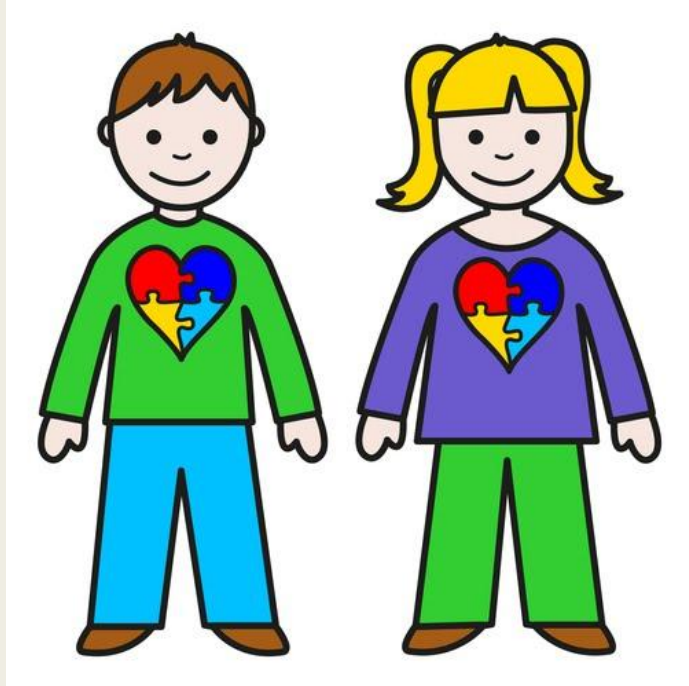




ATENCIÓN A NIÑOS CON TEA DESDE LAS USM

JORNADA CATALINA SANTANA 2020

APAP

Natalia Casanova Gracia

FEA Psiquiatría

CHUC



TEA

*Trastorno del
Espectro Autista*

*No es un mundo aparte
sino parte de este mundo*

TRASTORNO ESPECTRO AUTISTA

TEA

El trastorno del espectro autista (TEA), anteriormente conocido como trastorno generalizado del desarrollo (TGD), consta de una serie fenotípicamente heterogénea de síndromes del neurodesarrollo, de herencia poligénica, que se caracteriza por una amplia variedad de alteraciones en la comunicación e interacción social y por conductas restringidas y repetitivas.



Prevalencia TEA 1/68



1/42 niños y 1/189 de niñas



Es más frecuente el TEA que el cáncer, la diabetes y el SIDA en pediatría, juntos



Es posible que se deba a la visibilización de los menores con clínica TEA, a la relajación de los criterios diagnósticos (antes trastornos del neurodesarrollo, el dx de TGD NE, los dobles diagnósticos RM+TGD...) y a otras variables etiopatogénicas.



Menos afectación social en mujeres (la alteración es más sutil en las relaciones sociales)



En grupos étnicos distintos suele haber clínica más sutil.



A nivel de etiología, no hay nada claro



Posible relación con alteraciones genéticas prenatales que no serían transmisibles (delección, mutación, traslocación...). No serían heredadas, aparecen en cigoto o postcigoto (vulnerabilidad al ambiente?)

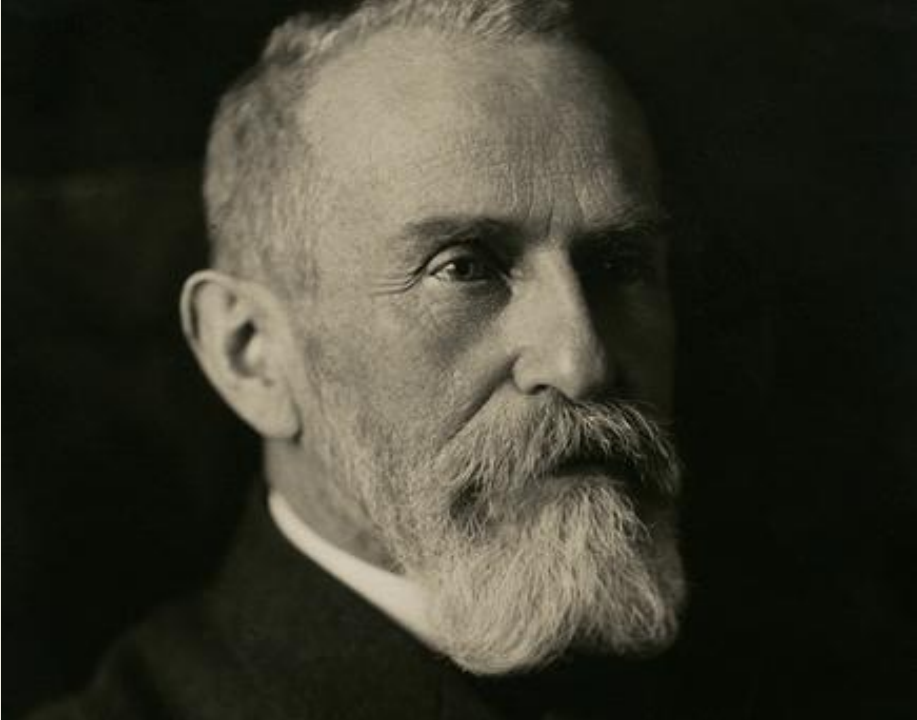


Es poco probable que la incidencia vaya a menos, porque no hay diagnóstico prenatal.



ES UN TEMA DE SALUD PÚBLICA (costes)





HISTORIA

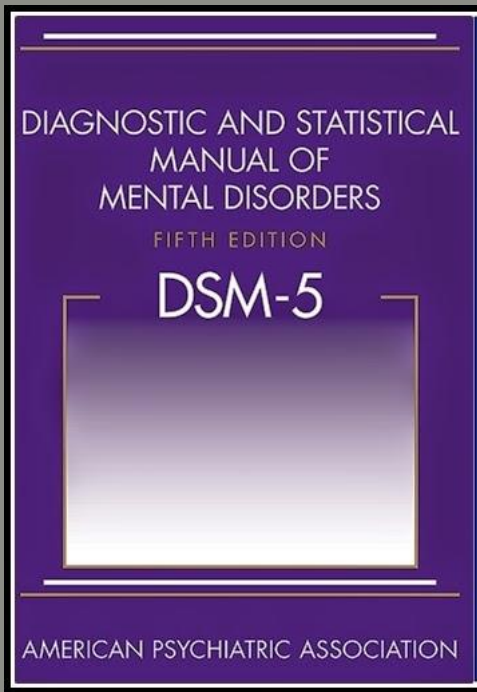
- Bleuler (1911), termino autismo como repliegue del esquizofrénico en su fantasía.
- Leo Kanner en 1943: autismo precoz infantil (soledad y aislamiento, comportamiento ansioso y obsesivo, control sobre objetos y el propio cuerpo).
- Hans Asperger 1944: s de Asperger (sin alteraciones del inicio del lenguaje, capacidad cognitiva normal y dificultades motoras sin retraso)



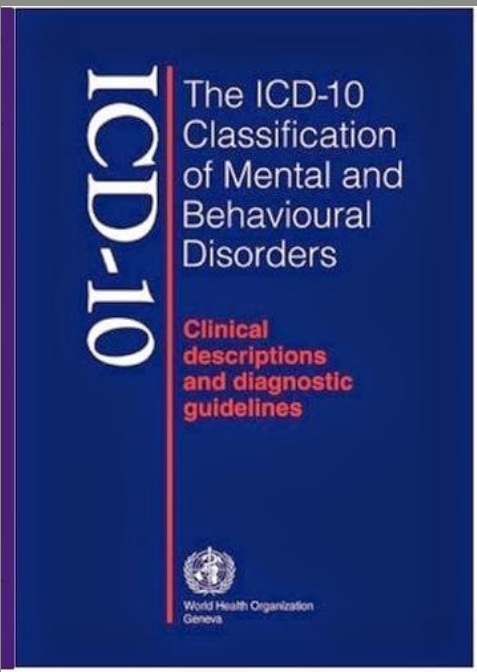
Leo Kanner



Hans Asperger



- Con el fin de homogeneizar la conceptualización de los trastornos mentales y unificar los criterios diagnósticos entre los profesionales se elaboraron los manuales diagnósticos, la OMS el International Classification of Diseases (ICD) y la American Psychiatric Association el Diagnostics and Statistics Manual of Mental Disorders (DSM).
- La primera versión, el DSM-I apareció en el año 1952. Aunque el autismo ya había sido identificado como una entidad específica nueve años antes no fue incluido en esta versión. Los niños de características descritas en el autismo eran diagnosticados como "reacción esquizofrénica de tipo infantil".
- El DSM-II, aparecido en 1968, tampoco contemplaba el autismo como un diagnóstico específico, sino como una característica propia de la esquizofrenia infantil. Se puntualizaba: "*La condición puede manifestarse por conducta autista, atípica y aislamiento*"; y se mencionaba además, la existencia de un fracaso para desarrollar una identidad independiente de la madre. También hacía referencia a la posible asociación con retraso mental, como una característica adicional.



- No fue hasta 1980, con la publicación del DSM-III, cuando se incorporó el autismo como categoría diagnóstica específica. Se contemplaba como una entidad única, denominada "autismo infantil".
- El DSM III-R, 1987, supuso una modificación radical, no solo de los criterios sino también de la denominación. Se sustituyó autismo infantil por trastorno autista. (distancia conceptual con la terminología propia de los problemas médicos de etiología y fisiopatología conocida total o parcialmente). Además delimitó los criterios diagnósticos, cada uno de los cuales era descrito minuciosamente y con gran detalle. Además, se incorporaban al texto ejemplos concretos que aclaraban cuando un criterio se debía considerar positivo. Se relajaron los criterios diagnósticos y aumentó por tanto, el diagnóstico.
- En los años 1994 y 2000 aparecieron respectivamente el DSM-IV y el DSM IV-TR:
 - Definieron 5 categorías de autismo: *trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado.*
 - Se incorporó el término trastornos generalizados del desarrollo (*pervasive developmental disorders*), como denominación genérica para englobar los subtipos de autismo.



COMPARATIVA CIE-10 CON DSM- IV- TR

Cie-10	DSM-IV-TR
Autismo infantil (F84.0)	Trastorno autista
Síndrome de Rett (F84.2)	Trastorno de Rett
Otros trastornos desintegrativos infantiles (F84.3)	Trastorno desintegrativo infantil
Síndrome de Asperger (F84.5)	Trastorno de Asperger
Autismo Atípico (F84.1)	Trastornos generalizados del desarrollo no especificado (incluido autismo atípico)
Otros trastornos generalizados del desarrollo(F84.8)	
Trastorno generalizado del desarrollo inespecífico (F84.9)	
Trastorno hiperactivo con discapacidad intelectual y movimientos estereotipados	...

PRINCIPALES CAMBIOS DSM 5

- Los **Trastornos Generalizados del Desarrollo** del DSM-IV-TR se unifican en un único diagnóstico: **Trastorno del Espectro Autista**, con un carácter más dimensional, inicio en las primeras fases del desarrollo e incluyendo tablas de valoración de gravedad en distintos dominios.
- A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV-TR de Trastorno autista, Enfermedad de Asperger o Trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de Trastorno del espectro del autismo.
- Los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de trastorno del espectro del autismo, deben ser evaluados para diagnosticar el **Trastorno de la comunicación social (pragmática)**, un nuevo diagnóstico ubicado en el apartado de los Trastornos de la comunicación del DSM 5, dentro de Trastornos del Neurodesarrollo.

DSM IV TR EN TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Trastornos Generalizados del Desarrollo

- Trastorno Autista.
- Trastornos de Rett.
- Trastorno Desintegrativo Infantil.
- Trastorno de Asperger.
- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

DSM 5 EN TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO

Trastorno del espectro autista

- Trastorno del espectro autista.

- En el DSM V:

- *TEA solo es un diagnóstico con dos dominios clínicos (no tres)*

- (A) Déficit de comunicación social + interacción social (no cuantitativo, sino de cualidad y cantidad)
 - (B) Comportamientos restrictivos y repetitivos

NO hay diferentes tipo porque no hay justificación etiológica ni pronóstica

- En el DSM V no se obliga a presencia de clínica antes de los tres años (elimina alteraciones del desarrollo)
- Las dificultades deben estar presentes durante el desarrollo temprano

- Diferencia entre TEA y desarrollo normal no es la pregunta, la pregunta es hacer adecuado diagnóstico diferencial de las alteraciones del comportamiento.
- La mayoría de los menores tienen un diagnóstico comórbido (TDAH, Trastorno adaptativo, TOC...), y si están hay que tratarlos.
- NO caer en el error de incluir toda la presentación clínica dentro del dx de TEA.
- Los problemas sociocomunicativos y los intereses restringidos, deben juzgarse según expectativas del desarrollo (Cultura, CI...).
- Solo el 20% de los niños con dx TEA no desarrolla lenguaje funcional.

- En el DSM V existen especificadores y modificadores
- Especificadores:
 - *Asociado a otros diagnósticos médicos y genéticos*
 - *Asociado con otros trastornos mentales o del neurodesarrollo*
- *Modificadores:*
 - *Asociado a discapacidad, alteraciones del lenguaje...*

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA DSM 5

- A.** Déficits persistentes en la comunicación social y en la interacción social evidenciados en distintos diversos contextos, manifestado en el momento actual o en el pasado por las siguientes características (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):
1. Déficits en la reciprocidad socioemocional, que alternan desde un acercamiento social inadecuado y errores en el transcurrir de una conversación; disminución en compartir intereses, emociones o afectos; fracaso a la hora de iniciar o responder a las interacciones sociales.
 2. Déficits en las conductas no verbales de comunicación empleadas para la interacción social, oscilando, desde una comunicación no verbal y verbal desintegrada pasando por disfunciones del contacto visual y del lenguaje corporal o déficits de la comprensión y la utilización gestual, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
 3. Déficits en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, oscilando, por ejemplo, desde dificultades para adaptar la conducta en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para establecer amistades, hasta el desinterés total por otras personas.

Especificar la gravedad actual: La gravedad está basada en deterioros de la comunicación social y en patrones de conductuales restringidos o repetitivos.

B. Patrones de conducta e intereses repetitivos y restrictivos, ejemplificados de forma ilustrativa en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o en el pasado:

1. Movimientos, uso de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alinear o girar objetos, ecolalia).
2. Insistencia en mantener rituales, mostrando inflexibilidad de rutinas de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., malestar intenso frente a pequeños cambios pequeños, rigidez en el patrón de pensamiento, necesidad de no cambiar el tipo de comidas diarias).
3. Intereses muy acotados y fijos que son desproporcionados en cuanto a su intensidad o enfoque del interés (p. ej., fuerte apego o preocupación ante objetos inusuales, excesivamente circunscritos o intereses perseverantes).
4. Hiper o hiporreactividad sensorial o intereses poco habituales por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., aparente indiferencia al dolor o temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual ante luces o el movimiento).

Especificar la gravedad actual: la gravedad se basa en déficits de la comunicación social y en patrones repetitivos y rígidos de comportamiento.

- C. Los síntomas tienen que estar presentes en las fases tempranas del periodo de desarrollo (pero no tienen por qué manifestarse al 100% hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o patrones aprendidos en fases posteriores de la vida pueden estar enmascarándolo).
- D. Los síntomas causan una limitación significativa en el ámbito socio-laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento cotidiano.
- E. La discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o el retraso global del desarrollo no explican mejor estas alteraciones. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo se presentan comórbidos con bastante frecuencia; para hacer diagnósticos de la presentación conjunta de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo esperable para el nivel general de desarrollo.

Especificar si:

- *Con o sin déficit intelectual acompañante.*
- *Con o sin deterioro del lenguaje acompañante.*
- *Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos.*
- *Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento.*
- *Con catatonia.*

ESPECIFICADOR DE GRAVEDAD		
	COMUNICACIÓN SOCIAL	COMPORTAMIENTOS RESTRINGIDOS
NIVEL 1 «Necesita ayuda»	Sin ayuda in situ, las deficiencias en la comunicación social causan problemas irrelevantes. Dificultad para iniciar contactos sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias ante la apertura social de terceros. Puede parecer que tiene desinterés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que entabla comunicación, pero cuya conversación amplia con terceros falla y los intentos de hacer amistades son excéntricos y habitualmente carentes de éxito.	La inflexibilidad de las conductas causa una interferencia notoria con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para cambiar actividades. Los problemas en la organización y en la planificación dificultan la autonomía.
NIVEL 2 «Necesita ayuda notable»	Déficits notables de las aptitudes de comunicación social no verbal y verbal; problemas sociales aparentes a pesar de la ayuda in situ; inicio muy escaso de interacciones con terceros; y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de terceros. Por ejemplo, una persona que dice frases simples, cuya relación con otra persona se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy excéntrica.	La rigidez de comportamiento, los problemas de hacer frente a los cambios u otras conductas restringidas/repetitivas aparecen con frecuencia claramente a la persona que observa por casualidad e interfieren con el funcionamiento en distintos contextos. Ansiedad y/o dificultad para alternar el foco de acción.
NIVEL 3 «Necesita ayuda muy notable»	Los déficits graves de las aptitudes de comunicación social no verbal y verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de terceros. Por ejemplo, una persona parca en palabras entendibles que raramente inicia interacción y que, cuando lo realiza, hace estrategias infrecuentes únicamente para cumplir con las necesidades y solo responde a aproximaciones sociales muy directas.	La inflexibilidad conductual, la excesiva dificultad de hacer frente a los cambios u otras conductas restringidas/ repetitivas influyen notablemente con el funcionamiento en todos los aspectos vitales. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de acción.

MITOS



- **El autismo es una enfermedad.** Los TEA son un trastorno de origen neurobiológico relacionados con el desarrollo del sistema nervioso. No son una enfermedad que se contagie o que pueda contraerse en un momento determinado de la vida. Por tanto, una persona con TEA no está enferma, sino que presenta una discapacidad que le acompañará durante todas las etapas de su vida.
- **El autismo se puede curar.** Siguiendo con el punto anterior, el TEA acompaña a la persona durante toda su vida por lo que no existen “remedios milagrosos” que puedan curar el trastorno. Sin embargo, la calidad de vida de las personas con TEA puede mejorar gracias a tratamientos psicoeducativos basados en la evidencia científica, que permitan fomentar sus competencias y habilidades (siempre de manera individualizada y adaptada a las distintas etapas de su desarrollo vital) para adaptarse mejor al entorno social.
- **La falta de cariño de los progenitores puede provocar autismo.** Aunque aún no es posible determinar una causa única que explique la aparición de los TEA, sí está claro que está relacionada con el desarrollo neurobiológico y que tiene una fuerte implicación genética. Por tanto, no puede relacionarse el origen del trastorno con problemas relacionados con vínculos afectivos en los primeros años de vida.

- **Las vacunas pueden causar autismo.** Después del desarrollo de numerosos trabajos de investigación a gran escala y a nivel internacional, la comunidad médica y científica de todo el mundo apoya de forma unánime la conclusión de que no existe evidencia que relacione la vacunación y el desarrollo de los TEA.
- **Las personas con TEA prefieren permanecer aisladas y evitar el contacto con los demás.** Las personas con TEA tienen interés en relacionarse con las demás, pero, en ocasiones, sus diferencias en la comprensión y manejo de las situaciones sociales dificultan que puedan establecer relaciones con otras personas. En otras ocasiones, algunas personas con TEA pueden ser más sensibles a determinados estímulos sensoriales (táctiles, visuales, sonoros), por lo que pueden no sentirse cómodos ante algunas situaciones que implican, por ejemplo, un contacto físico directo. Sin embargo, las personas con TEA pueden afrontar las demandas cotidianas y participar activamente en la sociedad si cuentan con los apoyos necesarios y los ajustes apropiados en el entorno.
- **Las personas con TEA no se comunican.** Todas las personas con TEA se comunican, pero no todas lo hacen de la misma manera. Además, puede que no empleen el lenguaje verbal, sino otras formas de comunicación para las que precisan apoyos y recursos, como Sistemas Alternativos o Aumentativos de Comunicación.

- **El autismo lleva asociados rasgos físicos diferenciadores.** Las personas con TEA no presentan ningún rasgo físico diferenciador en su apariencia externa. Las manifestaciones del trastorno son de tipo conductual, y pueden observarse por los comportamientos que tiene la persona y no por rasgos característicos.
- **Los TEA llevan asociada una discapacidad intelectual.** Los TEA se manifiestan de manera diferente en cada individuo en relación a diversas características, como es el caso de su capacidad intelectual. Algunas personas con TEA pueden presentar discapacidad intelectual asociada, mientras otras pueden mostrar capacidades esperadas para su edad o incluso por encima de lo esperado.
- **Las personas con TEA tienen “habilidades especiales”.** Como hemos comentado en el punto anterior, las personas con TEA son muy variables en cuanto a sus habilidades. Algunas de ellas pueden presentar talentos fuera de lo común, aunque sólo representan a una minoría de las personas con TEA. En muchos casos, estas habilidades están relacionadas con la forma en que funciona su cerebro o los intereses específicos que puedan tener.

- **Las personas con TEA son agresivas.** Las personas con TEA no son agresivas. En ocasiones experimentan niveles elevados de estrés relacionados con las dificultades para manejarse en entornos socialmente complejos e imprevisibles, que pueden manifestarse como conductas inadecuadas o no deseadas y que resultan extrañas a otras personas. La aparición de tales conductas suele deberse a la falta de accesibilidad y adaptación por parte del entorno, situaciones que pueden afrontarse con los ajustes y apoyos necesarios.
- **Se presenta más en hombres que en mujeres.** Tradicionalmente se ha observado un mayor número de diagnósticos en hombres que en mujeres. Sin embargo, en los últimos años se está planteando que factores relacionados con diferencias en las manifestaciones del trastorno en función del género y con sesgos en los criterios diagnósticos, puedan estar afectando a limitaciones y retrasos en los diagnósticos adecuados de niñas y las mujeres.

8 MITOS SOBRE EL AUTISMO

Avanzandoconemociones.com

1. Son agresivos con los demás.



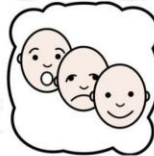
2 No saben hablar.



3 No comprenden nada del entorno.



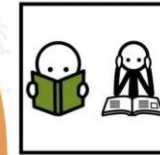
4 No sienten emociones.



5 Las vacunas causan autismo.



6 No tienen futuro escolar ni laboral.



7 El autismo se da solo en hombres.



8 No les gusta relacionarse.



AUTISMO

REALIDADES

VS

MITOS



LAS PERSONAS CON
AUTISMO:



Viven con un trastorno que afecta su desarrollo y conducta



Desarrollan apego, afecto y amistad, aunque lo expresen de manera diferente.



Con los apoyos adecuados, pueden aprender muchas cosas, en diversos niveles



Con el apoyo de maestras "sombra" acuden a la escuela y se integran a ella



Han sido diagnosticadas con un trastorno del espectro autista



No tienen este trastorno por culpa de sus padres, debido a su falta de afecto.



Aunque a simple vista pueda parecerlo, NO están enfermas.



NO viven en su mundo, ni son incapaces de sentir afecto.



NO son incapaces de aprender y NO todos tienen discapacidad intelectual



NO deben ser excluidos bajo el argumento de protegerlos.



NO son autistas, sino personas CON autismo, el diagnóstico no los define como seres humanos.



Hasta el momento no existe una causa única que provoque autismo. Es un trastorno de origen multifactorial -con muchas causas-.

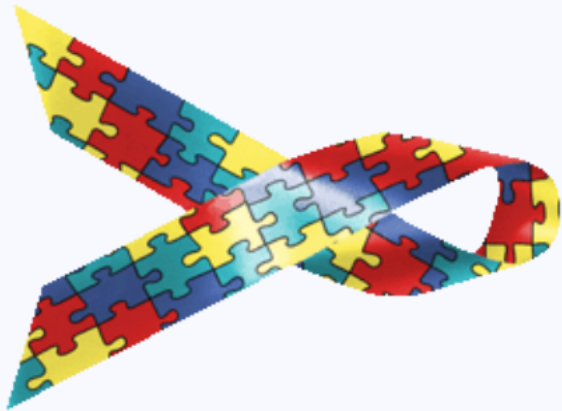
**NO
a los estereotipos sobre el autismo**



<http://fundacionacompanandoangelitos.com>

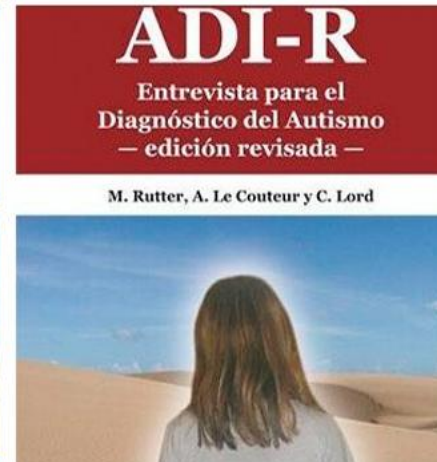
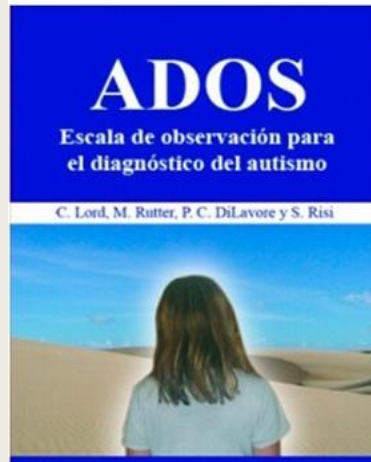
TEST QUE SE REALIZAN

- No existen los test diagnósticos
- La detección temprana es importante porque cambia la trayectoria evolutiva de los niños con TEA, atenúa la sintomatología, promueve el lenguaje y reduce discapacidades asociadas



EspectroAutista.Info

- Existen multitud de test, para screening, evaluación de historia personal y evolutiva, comportamientos, escalas de desarrollo, escalas adaptativas, escalas de evaluación cognitiva, escalas de comunicación, de evaluación adaptativa y simbólica...
- Las más empleadas: M-CHAT, ADOS y ADI-R



Cuestionario de Autismo en la Infancia- Modificado (M-CHAT)¹

Por favor, rellene lo que su hijo hace habitualmente. Trate de responder a todas las preguntas. Si la conducta es poco frecuente (ej. la ha observado una o dos veces), responda "No".

1. ¿Disfruta su hijo cuando se le balancea, se le hace saltar sobre sus rodillas...?	Si	No
2. ¿Muestra su hijo interés por otros niños?	Si	No
3. ¿Le gusta a su hijo subir a las cosas, como p.ej. las escaleras?	Si	No
4. ¿Disfruta su hijo jugando a cucu-tras o al escondite?	Si	No
5. ¿Su hijo simula alguna vez, por ejemplo, hablar por teléfono o cuidar a las muñecas o imagina otra cosa?	Si	No
6. ¿Utiliza su hijo alguna vez su dedo índice para señalar pidiendo algo?	Si	No
7. ¿Utiliza su hijo alguna vez su dedo índice para señalar mostrando su interés en algo?	Si	No
8. ¿Puede su hijo jugar apropiadamente con juguetes pequeños (ej. coches o bloques) sin metérselos en la boca, toquetearlos o tirarlos únicamente?	Si	No
9. ¿Le acerca su hijo alguna vez objetos para enseñárselos?	Si	No
10. ¿Le mira su hijo a los ojos durante más de uno o dos segundos?	Si	No
11. ¿Su hijo parece hipersensible a los ruidos? (ej. tapándose los oídos)	Si	No
12. ¿Responde su hijo con una sonrisa a su cara o a su sonrisa?	Si	No
13. ¿Le imita su hijo? (ej. poner una cara que su hijo imita?)	Si	No
14. ¿Su hijo responde cuando se le llama por su nombre?	Si	No
15. Si usted señala un juguete al otro lado de la habitación, ¿su hijo lo mira?	Si	No
16. ¿Anda su hijo?	Si	No
17. ¿Mira su hijo a las cosas que está usted mirando?	Si	No
18. ¿Hace su hijo movimientos raros con los dedos cerca de su propia cara?	Si	No
19. ¿Trata de atraer su hijo la atención sobre su propia actividad?	Si	No
20. ¿Alguna vez ha sospechado que su hijo era sordo?	Si	No
21. ¿Entiende su hijo lo que dice la gente?	Si	No
22. ¿A veces su hijo se queda mirando fijamente al vacío o deambula sin ningún propósito?	Si	No
23. ¿Mira su hijo a su cara para observar su reacción cuando se enfrenta con algo desconocido?	Si	No

¹ Traducción no oficial del original: Robins DL et al. (2001). Modified Checklist for Autism in Toddlers. Journal of Autism and Developmental Disorders.



- La prueba de screening más importante utilizada en detección precoz.
- Sensibilidad(0.87) y Especificidad (0.99).
- Hay una entrevista diagnóstica posterior (M-CHAT-RF) diseñada para pasar a los padres en el caso de que las puntuaciones del M-CHAT sean consideradas de riesgo moderado y se necesite precisar más los resultados.
- El tiempo de aplicación es corto
- Rango de edad es de 18 a 60 meses.
- El cuestionario inicial consta de 23 ítems subdivididos internamente en las categorías normales o críticas.
- Se considera que un niño falla en el cuestionario si falla en 2 o más ítems críticos o si falla 3 ítems cualquiera.
- Si el test resulta positivo se considera la derivación del caso:
 - *Si la puntuación total es de 3 a 7 se hace la entrevista de seguimiento M-CHAT-RF y se valora. Si la entrevista de seguimiento da una puntuación mayor de 2 se deriva para diagnóstico y si es de 0 -1 se realiza vigilancia del desarrollo.*
 - *Si la puntuación es e 8-10 el riesgo es alto y se deriva para valoración diagnóstica*

ADOS-2

Autism Diagnostic Observation Schedule
Second Edition

- Esta escala es una evaluación estandarizada y semiestructurada de la comunicación, la interacción social y el juego o uso imaginario de materiales.
- Consta de un conjunto de actividades que permiten observar si ocurren o no ciertos comportamientos que han sido identificados como importantes para el diagnóstico de TEA en distintos niveles de desarrollo y edades cronológicas.
- En el ADOS hay ciertas situaciones sociales planificadas, denominadas “presiones”, en donde es probable que surja este comportamiento.
- La forma actual del ADOS es el ADOS2 /ADOS-G y hay un módulo de ADOS TODDLERS a partir de 12 meses.
- Se compone de 4 módulos, cada uno con su propio protocolo y que están diseñados según diferentes niveles de desarrollo y lenguaje.



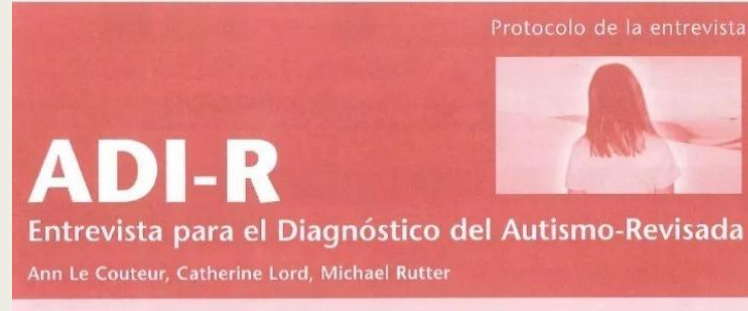
- El diagnóstico requiere evaluación en los distintos dominios del funcionamiento.
- ADOS permite guiar la intervención (viendo las fortalezas y las debilidades del menor); aunque no es muy útil para la progresión.
- Entrevista ADOS no da fiabilidad, precisa de práctica continua y se precisa tener el manual a mano.
- Hay niños en los que no es necesario porque la valoración clínica es suficiente.
- Se puede administrar ADOS desde los 12 meses cuando no hay impedimentos sensoriales o motores.
- ADOS sirve para la observación de alteraciones y estandarizaciones.
- Es difícil observar alteraciones en valoraciones breves, ya que los niños con dx de TEA muestran comportamientos típicos hasta en el 90% del tiempo de consulta.
- M-CHAT es una herramienta de cribado a la familia y para valorar ítems de desarrollo. No permite un diagnóstico fiable solo indica que precisa valoración.

- PRESENCIA DE COMPORTAMIENTOS ANÓMALOS Y LA AUSENCIA DE HABILIDADES SOCIOCOMUNICATIVAS MADURAS PARA HACER EL DIAGNÓSTICO DE TEA

- Tener en cuenta:

- *Edad*
- *CI*
- *Desarrollo del lenguaje*
- *Sexo*
- *Cultura*
- *Contexto (consulta, colegio...)*
- *...*

Todo ello puede afectar a cómo se expresan los comportamientos (por eso el ADOS no es una entrevista diagnóstica; y además solo puntúa desde el inicio hasta el final)



- Es una entrevista semiestructurada a las familias, muy exhaustiva y con la que se obtienen puntuaciones en las tres áreas que se consideran afectadas en los TEA: social, comunicación y patrones de intereses.
- Existen puntuaciones de corte en las tres áreas.
- Se complementa con cuestionarios.
- El ADI-R tiene un algoritmo diagnóstico y se centra en la historia completa del desarrollo del sujeto evaluado. Este algoritmo ha sido completamente evaluado y validado. Existe otro algoritmo que sería el algoritmo de la conducta actual y las puntuaciones se basan en las conductas observadas durante los meses más recientes de vida.
- El ADI-R es el mejor indicador de diagnóstico clínico, con mayor fiabilidad.
- Se dispone del ADI-R TODDLERS que mejora la capacidad de la herramienta en niños de 12 a 47 meses.



DERIVACIÓN A SALUD MENTAL

SIEMPRE

Actualmente en las USM se ha intentado priorizar los niños con sospecha TEA, pero es tal demanda, que a pesar de ello, nos encontramos con tiempos de demora para una primera evaluación de unos 3 meses, salvo que existe clínica acompañante que implique la necesidad de valoración más temprana.

Tabla 1. Señales de alarma entre los 2 y los 6 meses

	<i>Manifestaciones clínicas</i>
Procesamiento sensorial (a partir de los 2 meses): un 90% de las personas con TEA muestran un procesamiento e integración sensorial atípico. Este puede manifestarse en todas las modalidades sensoriales ⁽¹⁴⁾	<i>Exceso</i> Hipersensibilidad a los estímulos. Por ejemplo: intolerancia a las texturas de determinados alimentos, molestias exageradas causadas por la ropa, manía a determinados olores, a los ruidos, etc. <i>Defecto</i> Hiposensibilidad a los estímulos. Por ejemplo: falta de percepción al dolor
Mirada (a partir de los 2 meses): el contacto ocular está presente durante los primeros meses, pero en declive/alterado entre los 2 y 6 meses ⁽¹⁵⁾	<i>Exceso</i> Mirada fija y poco modulada que no combina cambios sutiles con otro tipo de comunicación <i>Defecto</i> Ausencia de contacto ocular o un contacto pobre para iniciar la interacción social
Reacción al entorno (a partir de los 2 meses): alteración en la capacidad de regulación del <i>arousal</i> ⁽⁴⁾	<i>Exceso</i> Llanto difícil de interpretar, rabieta sin motivo aparente e inquietud motriz. Reacciones emocionales intensas y difíciles de calmar <i>Defecto</i> Bebés descritos como “muy buenos” que se fatigan fácilmente. Apatía e inhibición con hipersomnia
Sonrisa social correspondida (a partir de los 3 meses)	<i>Exceso</i> Sonrisa postiza, congelada y fija que no responde a la interacción social <i>Defecto</i> Sonrisa que únicamente se da como un acto reflejo y/o está provocada por una estimulación motriz o sensorial. Por ejemplo: cosquillas
Mayor interés por los objetos que por las personas (a partir de los 4-5 meses): ausencia de la preferencia innata hacia estímulos biológicos vs los no biológicos ⁽¹⁶⁾	 Preferencia por contingencias perfectas, es decir, juegos siempre iguales, sin cambios, conductas repetitivas y con poca variabilidad ⁽¹¹⁾
Dificultades motoras (a partir de los 4 meses): dificultades para entender el propio cuerpo e integrarlo ⁽¹⁷⁾	 Hipotonía o hipertonía, dificultades para ajustarse al cuerpo de la persona que lo cuida, de integración de línea media y para hacer el volteo y gatear de forma simétrica. No desaparición de algunos de los reflejos motores primarios
Cualidad de la interacción: en el adulto, dificultad para permanecer en contacto con el niño, de mantener la atención sobre él y/o sentimientos de malestar, preocupación o estar mantenido a distancia	 Ausencia de interacción lúdica que nos hace sentir que disfrutamos. Constante esfuerzo para buscar la relación que provoca angustia, cansancio y desánimo ^(4,11) . La interacción puede ser agradable a veces, pero no sostenida

Tabla IV. Detección específica TEA: signos de alerta a cada edad

9 meses

- No suele seguir con la mirada cuando el cuidador señala y exclama: “¡mira el... (un objeto familiar)!”

12 meses *(lo anterior más lo siguiente)*

- No intenta obtener un objeto fuera del alcance llamando la atención del cuidador señalando, verbalizando y estableciendo un contacto visual (acción protoimperativa)
- Ausencia o disminución de balbuceo
- Ausencia o disminución de gesticulaciones (señalar, hacer adiós con la mano)

15 meses *(lo anterior más lo siguiente)*

- No suele establecer contacto visual cuando habla con alguien
- No extiende los brazos anticipadamente cuando van a tomarlo en brazos
- No muestra atención compartida (compartir el interés por un objeto o actividad)
- No responde de forma consistente a su nombre
- No responde consistentemente a órdenes simples

- No dice palabras simples (16 meses), no dice “papá” y “mamá” con sentido

18 meses *(lo anterior más lo siguiente)*

- No señala partes de su cuerpo
- No dice algunas palabras con significado
- No hace juego simbólico (muñecos, teléfono)
- No responde cuando el examinador señala un objeto
- No señala consistentemente un objeto, verbaliza y establece contacto visual alternativamente entre el objeto y el cuidador con la única intención de dirigir la atención del adulto hacia el objeto (acción protodeclarativa)
- No trae objetos a los adultos, simplemente para mostrarlos

24 meses *(lo anterior más lo siguiente)*

- No utiliza frases de dos palabras
- No imita tareas domésticas
- No muestra interés por los otros niños/as

.../...

Tabla IV. Detección específica TEA: signos de alerta a cada edad (*continuación*)

	A partir 36 meses	A partir 4-5 años	Adolescencia
Comunicación	– Desarrollo deficiente del lenguaje – Escaso uso del lenguaje – Ecolalia demorada o lenguaje idiosincrásico – Déficit en la comunicación no verbal: gestos (instrumentales, convencionales), entonación, volumen, ritmo y velocidad – No señala para expresar interés – Poca imitación espontánea de acciones	– Entonación rara o inapropiada – Ausencia/cualidad extraña de los gestos – Vocabulario inusual para la edad del niño (tecnicismos) – Limitado uso del lenguaje para comunicarse – Tendencia a hablar espontáneamente solo sobre temas específicos de su interés – Escaso uso del lenguaje para compartir experiencias personales – Preguntas o expresiones inapropiadas sin importar el contexto	– Escaso uso del lenguaje para compartir vivencias y experiencias emocionales con sus iguales y con sus familiares – Ausencia de “charla social” – Comprensión literal del lenguaje – Dificultades para establecer una conversación recíproca adecuada a su edad
Alteraciones sociales	– No iniciación de atención conjunta (compartir un foco de interés con otro) – Baja respuesta a la atención conjunta – Ausencia sonrisa social para compartir placer – Ausencia de respuesta a la sonrisa social – Escaso uso del contacto ocular para comunicarse – Ausencia de acciones con juguetes/objetos – No mostrar o dirigir la atención sobre algo de su interés – Falta de interés por sus iguales – Acercamientos extraños con sus iguales (p.ej., tocar las orejas) – Escaso reconocimiento/respuesta a estados emocionales de otros – No ofrecimiento de consuelo – No juegos de ficción – No inicia juegos simples con otros niños/as – No participa en juegos sociales sencillos – Preferencia de actividades solitarias	– Dificultades para la integración del contacto ocular con otras formas de comunicación (gestos, lenguaje) – Dificultad para unirse al juego de otros niños/as – Intentos inapropiados para jugar de manera conjunta con otros niños/as – No cumplimiento de las normas sociales implícitas (criticar al profesor, no cooperar en actividades del grupo) – Limitada habilidad para apreciar las normas de su edad y cultura (moda, estilo de hablar) – Las demandas sociales le confunden o le desagradan (no quiere ir a los cumpleaños)	– Escaso interés por pertenecer a un grupo – Escaso interés por seguir la moda – Dificultades de comprensión social – Dificultades para mostrarse asertivo en una variedad de situaciones
Intereses y conducta	– Resistencia a los cambios – Excesiva sensibilidad general al ruido – Juegos repetitivos – Hipersensibilidades – Manerismos/estereotipias	– Dificultades de planificación (establecer un objetivo y los pasos a seguir) – Dificultades para saber comportarse en situaciones poco “estructuradas” (pasillo, gimnasio,...) o situaciones imprevistas – Intereses intensos y poco compartidos – Rituales-compulsiones	– Intereses intensos y poco dirigidos a desarrollar una orientación vocacional (p. ej., diseñar juegos de ordenador)

DETECCIÓN

FAMILIA, GUARDERÍA, COLEGIO, OTROS

PROCESO DIAGNÓSTICO

PEDIATRÍA AP

Neuropediatría

(Neurología si $\geq$
15 años)

¿Pruebas con
hallazgos patológicos?

Sí

No

Se mantiene sospecha TEA

No

Sí

Alta y seguimiento por
pediatría AP

Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil de zona

Se confirma sospecha TEA

Sí

No

Otra psicopatología

Sí

No

Seguimiento

Diagnóstico e
intervención
familiar

Recurso terapéutico
externo

Alta y seguimiento
por pediatría

Rehabilitación

0-3 años

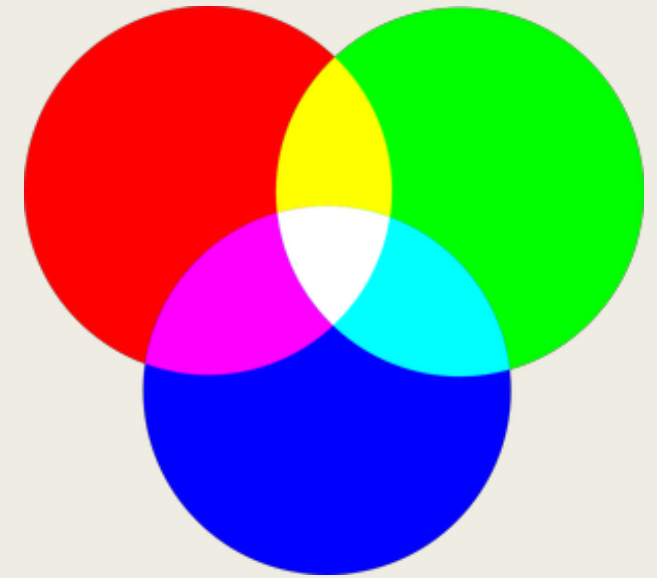
Terapia Ocupacional

3-6 años sin
recurso externo

Logopedia

COMORBILIDAD Y TEA

- 50-70% SINTOMATOLOGÍA TDAH (Lee 2006, Klin 2005, Sinzig 2008)
- 65% ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (Ghazuiddin 2002), en respuesta a la conciencia de fallo social. Mas vulnerabilidad en Asperger por deseo social.
- TICS (8%) - T. TOURETTE (Gillberg 1986)
- TOC (Thomsem 1994)
- Síntomas psicóticos
- Depresión psicótica
- Trastorno Bipolar (Gillberg 1985)
- Trastorno de Conducta: trasgresión de normas pero por falta de empatía o rigidez pero no ausencia de compasión o no deseo de bienestar.
- Tantam 1991, relación Asperger y esquizofrenia, Wolff (1995), puente entre Asperger y esquizofrenia, evidencia no relación con esquizofrenia.



Epilepsia
Trastorno sueño
T. GI
Esclerosis tuberosa
S. X frágil
...

TDAH

- **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: SINTOMAS DE TEA PUEDEN CONFUNDIRSE CON SINTOMAS DE TDAH.**
- **COMORBILIDAD: MAS DEL 50% CASOS DE TEA ASOCIADOS A TDAH (Lee 2006)**

TRASTORNOS

ANSIOSOS

- La depresión es el trastorno emocional asociado más común en los TEA a partir de la adolescencia y vida adulta (40%) (Ghaziuddin, Ghaziuddin & Greden 2002; Ghaziuddin, Weidmer- Mikhail, & Ghaziuddin, 1998; Howlin, 2000). En general no se reconoce.
- Existen varios estudios que muestran un incremento en la incidencia de un Trastorno Depresivo en las madres de niños/as con autismo **ANTES DEL NACIMIENTO DEL HIJO/A**, sugiriendo una influencia genética para padecer autismo en personas con autismo (Bolton, Pickles, Murphy & Rutter, 1998; Piven & Palmer, 1999).

- PROBLEMAS DE RECONOCIMIENTO DE SUS PROPIAS EMOCIONES.
- NO VERBALIZAN SUS SENTIMIENTOS DEPRESIVOS.
- NO EXISTE UNA EXPRESIÓN NO VERBAL ACORDE A SUS EMOCIONES.
- INCREMENTO DE IRRITABILIDAD, CONDUCTAS REPETITIVAS.
- APARICIÓN BRUSCA DE AGRESIVIDAD.
- DISMINUCIÓN DEL INTERÉS POR SUS ACTIVIDADES FAVORITAS.
- BRUSCA DISMINUCIÓN DEL RENDIMIENTO ESCOLAR.
- INSOMNIO, INCREMENTO DE SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA.
- PUEDE EXISTIR CONTENIDO AUTOREFENCIAL, PARANOIDE



NO ES INFRECLENTE QUE EPISODIOS DEPRESIVOS, CON BRUSCA ALTERACIÓN DE CONDUCTA, IRRITABILIDAD, AISLAMIENTO, INCREMENTO DE CONDUCTAS REPETITIVAS SE CONFUNDA CON INICIO DE CUADRO PSICOTICO

TOC

- Conducta repetitiva del niños con TEA se basa en una disfunción ejecutiva no en una base ansiosa como en el TOC.
- Intereses y conductas repetitivas buscadas por ellos, no intrusivas.
- Sintomatología común: rituales, manías, intereses..

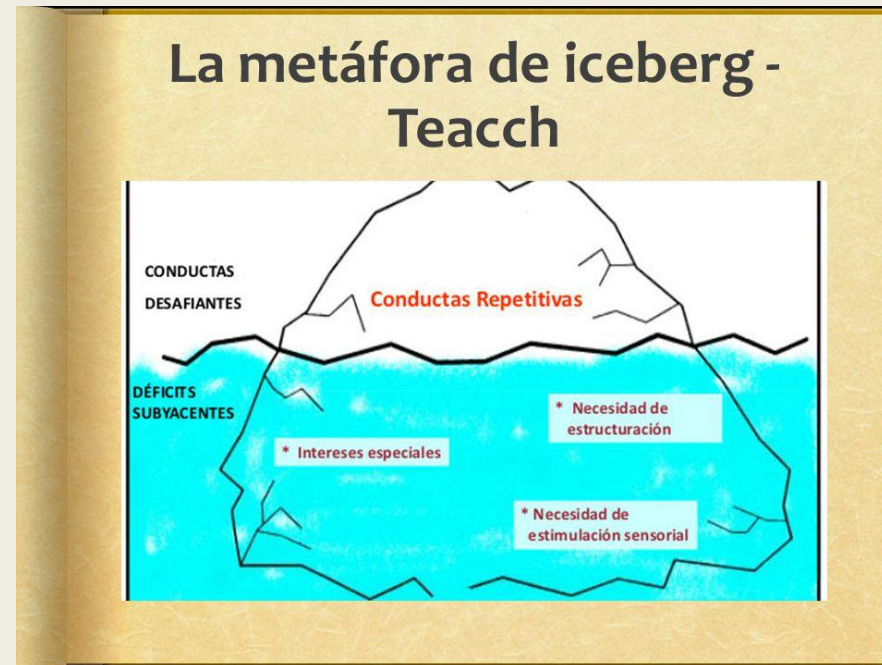
“Necesito que esté así colocado porque sino no es mi lugar...”

“Si lo cambias puede pasar algo.. Tiene que estar así, sino me pondré mal..”



TRASTORNOS DE CONDUCTA

- Pueden existir multitud de alteraciones de conducta, que no son específicas de autismo, y que suelen ser debidas a la falta de comprensión social o ante cambios sensibilidad extrema...



TRASTORNOS PSICÓTICOS

- La mayoría de las investigaciones concluyen que no existe una fuerte evidencia de INCREMENTO de esquizofrenia en este grupo de adolescentes o adultos con autismo (Rutter y col. 2006; Ghaziuddin Ghaziuddin y col., 2002; Howlin & Goode, 1998).
- Sin embargo, se han reportado casos de individuos que han padecido de paranoia aislada o pensamiento alucinatorio o alucinaciones auditivas (Clarke, Baxter, Perry & Prasher Prasher, 1999; Howlin, 2000,2003), así como también de Trastorno Bipolar (Clarke y col.1999; y col.1999; Howlin, 2000; Tantam, 2000).



Síntomas que pueden confundir con cuadros psicóticos:

- No saben explicar sus sentimientos internos o experiencias.
- Imágenes visuales recurrentes que les gusta.
- Se ríen solos y se divierten con ellas.
- Hablan solos .
- No identifican de donde vienen las voces.
- Piensan que no hay nadie.
- No diferencian pensamientos con voces exteriores.
- Ideación paranoide es frecuente.



TRATAMIENTO

- Los TEA son trastornos del [neurodesarrollo](#) crónicos.
- En la actualidad, no existen fármacos de probada efectividad para los síntomas nucleares propios del TEA, cuando iniciamos abordaje farmacológico, es porque han aparecido problemas asociados a este trastorno.
- Antes de instaurar un tratamientos farmacológico en pacientes TEA, es importante realizar una valoración clínica completa, por profesionales con experiencia en el área, que conozcan la eficacia y efectos adversos posibles en estos pacientes. Además, el tratamiento farmacológico debe ir siempre asociados a abordajes multidisciplinares, y no debería utilizarse nunca en exclusiva como una terapia única.
- Actualmente existen dos fármacos aprobados por la FDA:
 - Risperidona y Aripiprazol ([irritabilidad](#), [impulsividad](#) e [hiperactividad](#)).
- Con respecto al TEA-TDAH, hay cierta evidencia de efectividad tanto para los tratamientos estimulantes como los no estimulantes, pero la vulnerabilidad a efectos secundarios asociados exige una alta precaución en su uso.
- No existe evidencia clara de efectividad para el uso de los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) en las conductas estereotipadas asociadas al TEA, y su efectividad se relaciona al uso asociado a trastornos de ansiedad, del humor y trastorno obsesivo compulsivo (TOC) comórbidos con TEA.

- **NO EXISTEN TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS EFECTIVOS PARA LOS SINTOMAS ESPECIFICOS DEL AUTISMO.**
- **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SIEMPRE INTEGRADO DENTRO DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO MULTIMODAL.**
- **EFFECTIVIDAD Y EFECTOS SECUNDARIOS SIEMPRE VALORARLO A CORTO Y LARGO TERMINO.**
- **FARMACOS DURANTE MUCHOS AÑOS. CONOCIDOS LOS EFECTOS SECUNDARIOS A LARGO TERMINO DE ANTIPSICÓTICOS TÍPICOS. DESCONOCIDO DE LOS ATÍPICOS.**

- COMORBILIDAD FRECUENTE EN TEA.
- RESPONSABLE DE ERRORES DIAGNOSTICOS.
- ASOCIADO A DETERIORO EN FUNCIONAMIENTO EN TEA.
- TRATAMIENTO FARMACOLOGICO NO CURATIVO DE TEA.
- TRATAMIENTO FARMACOLOGICO PARA COMORBILIDAD.
- SENSIBILIDAD A EFECTOS SECUNDARIOS.
- SIEMPRE COMENZAR CON DOSIS PEQUEÑAS Y CON PRECAUCIÓN.

COMUNICACIÓN ENTRE SALUD MENTAL Y PEDIATRÍA ATENCIÓN PRIMARIA



- Se intenta realizar una reunióncurso al año
- Se dispone de contacto vía telefónica o vía email
- Se realiza generalmente a través de ta7 o vía informe clínico

COMUNICACIÓN ENTRE SALUD MENTAL Y EDUCACIÓN

- Se realizan dos reuniones al año con orientadores de zona para comentar casos más graves.
- El equipo TGD se reúne con nosotros dos veces al año igualmente.
- Disponen de la vía telefónica y de email para comunicación más rápida.
- Informe psicopedagógico e informe clínico.



ADAPTACIÓN DEL NIÑO con TEA EN CONSULTAS



- Las personas con TEA no solo pueden presentar mayores necesidades médicas que el resto, sino que tienen, además, características particulares que hacen que el acceso a servicios médicos suponga una experiencia complicada e incluso a veces traumática. Esto se debe a sus peculiaridades perceptivas, cognitivas y comportamentales
- El TEA generan dificultades de acceso a la atención de la salud porque el entorno sanitario puede resultar extraño y amenazador. El entorno sanitario es complejo, lento, a veces hostil y está saturado de personas y de estímulos.
- Debido a sus problemas de comprensión, si no se ofrece una adecuada información y anticipación a las personas con TEA, cualquier prueba médica puede generar altos niveles de ansiedad y agitación.

En suma, existen unas características esenciales en la población con TEA que complican su relación con el sistema sanitario y que van a influir directamente en la atención (Parellada et al. 2016; Pérez, Bueno, Díez, Martín y Esteban, 2016):

- Poca o nula tolerancia a las situaciones de espera y manejo de conceptos abstractos como el tiempo.
- Dificultades de comunicación verbal o no verbal, que generan complicaciones a todos los niveles de la atención médica, desde la toma de historia clínica, el diagnóstico correcto de la enfermedad o el ajuste de la medicación.
- Un alto porcentaje tiene discapacidad intelectual (50-70%) o no tiene lenguaje oral.
- La necesidad de apoyarse en la interpretación de los familiares/cuidadores para reconocer la sintomatología del paciente complica la relación médico-enfermo.
- Comorbilidad alta con trastornos psiquiátricos.
- Dificultades para identificar estados físicos o emocionales, para localizar el origen del dolor y expresar al personal sanitario su malestar, la intensidad de los síntomas o el tiempo transcurrido desde su aparición.
- Dificultades al salir del entorno habitual y reacciones conductuales negativas ante cambios de rutina.
- Conductas repetitivas, intereses restringidos e inflexibilidad cognitiva que complican la exploración médica.
- Conductas autolesivas (morderse, rozarse, darse cabezazos, etc.) ante cualquier situación de discomfort por sus limitadas estrategias de afrontamiento.
- Gran dependencia en el cuidado personal, dificultad en el desarrollo de hábitos saludables en cuanto a patrones de nutrición, ejercicio físico, higiene bucal, sueño u otros.
- Frecuente polimedicación y efectos paradójicos de los tratamientos farmacológicos.
- Frecuente ansiedad, e incluso fobias, a someterse a determinadas pruebas y exploraciones médicas basadas en anteriores episodios desagradables.
- Frecuentes alteraciones sensoriales.

Por otra parte, también es necesario tener en cuenta las dificultades asociadas a las características propias de los servicios sanitarios (Parellada et al. 2016; Pérez, Bueno, Díez, Martín y Esteban, 2016):

- Las consultas médicas empiezan con una estancia en la sala de espera, en entornos variables y cargados de estímulos sensoriales. Este tiempo de espera en inactividad y lleno de ruidos y personas, suele ser muy negativo para las personas con TEA.
- Su limitado acceso a los servicios médicos hace que muchos profesionales sanitarios no tengan experiencia en el manejo de estos pacientes, cuya problemática de base condiciona de forma importante su relación con los demás.
- Escaso conocimiento por parte del personal sanitario de las características particulares de los pacientes con TEA.
- Variabilidad del personal que atiende a la persona con TEA a lo largo de todo el proceso de asistencia sanitaria.
- Utilización de instrumental y aparatos desconocidos y novedosos para la persona con TEA.
- Dificultad en inversión de tiempo para calmar al paciente antes de realizarle una exploración o administrar un tratamiento.
- La complicación de orientarse a través del sistema es aún mayor en esta población: necesidad de múltiples gestiones, citación en persona, etc. son algunos de los factores que pueden ser muy complicados.
- Ausencia de guías o pautas específicas de atención sanitaria a pacientes con problemas de acceso al sistema sanitario.
- La rigidez del sistema impide que en ocasiones se puedan individualizar procedimientos médicos que posibilitarían una mejor atención al paciente con discapacidad.

QUÉ HACER

■ POR PARTE DEL EQUIPO ASISTENCIAL:

- *Sea comprensivo, ofrezca un sistema de citas por correo electrónico o Internet.*
- *Dirija a la persona y familiar a un lugar más reservado, menos masificado para esperar, ya que las personas con TEA encuentran difíciles los espacios concurridos.*
- *Asignar la primera o última cita del día, cuando hay menos gente, menos ruido y los retrasos son menos probables.*
- *Si hay un retraso en la hora de la cita, informe a la persona de cuánto tiempo estará esperando tan pronto como sea posible. Compruebe si hay signos de ansiedad tales como retorcerse las manos, balancearse o ir y venir compulsivamente. Si aparecen, proporcione información sobre los tiempos de espera y sobre qué va a pasar.*

■ COMUNICACIÓN Y COMPRENSIÓN

- *Evitar la cháchara social sin sentido, atenerse a los hechos.*
- *Trabaje con un familiar o cuidador para que le ayude en la comunicación.*
- *Evitar el lenguaje figurado, los modismos y las metáforas. Son confusos. Diga lo que quiera decir, por ejemplo, diga “suba a la báscula” en lugar de “¡arriba!”.*
- *Diríjase a la persona con TEA de manera acorde a su edad. Sea específico y evite el lenguaje ambiguo como: frecuentemente, a menudo, a veces...*
- *Explique el propósito y lo que puede esperar de su interacción, sea claro sobre si está proporcionando información o pidiéndola.*
- *No confíe en su expresión facial, lenguaje corporal, contacto visual o tono de voz para transmitir o enfatizar un punto. Sea claro y conciso, diga lo que quiere decir y quiera decir lo que diga.*

■ ANTE EL DOLOR

- *Debido a problemas de procesamiento sensorial, las personas con TEA pueden tener una respuesta aumentada o disminuida al dolor.*
- *Debe ser consciente de que:*
 - Algunas personas pueden no sentir mucho dolor en condiciones que podrían causar un dolor agudo en otras personas, asegúrese de tener esto en cuenta.
 - Algunas personas pueden sentir un mayor nivel de dolor, e incluso encontrar doloroso un ligero contacto.
 - Las personas con TEA encuentran difícil describir sentimientos, emociones y fuentes de incomodidad.

■ EVALUACION Y TRATAMIENTO

- *Las dificultades con la imaginación social y la interacción significan que no responden bien a técnicas de manejo del estrés, como distracciones o visualización. Ser más claro y previsible es más efectivo.*
- *No confíe en que su lenguaje corporal indique sus intenciones, como sostener un termómetro como una señal de que va a medirle la temperatura.*
- *Explique los procedimientos de forma clara y concisa y comente cada paso antes de comenzar.*
- *Asegúrese de que no hay sorpresas, demostrando el uso del material o equipo antes de usarlos para que sea consciente de cualquier ruido y sensación.*
- *Los problemas sensoriales significan que las sensaciones del material o equipo se intensifican, así que proceda lentamente y tenga en cuenta que un material frío puede causar problemas adicionales. Las luces brillantes pueden causar angustia, atenuarlas cuando sea posible.*
- *El autismo se encuentra a menudo junto con otras condiciones como el TDAH, que puede causar dificultades adicionales con mantenerse sentado durante largos períodos y con la concentración.*

- *TARJETA AA*





TARJETA SANITARIA AA

De Accesibilidad y Acompañamiento
(menor tiempo de espera y acompañamiento
de un familiar o representante legal)

QUIÉN PUEDE SOLICITARLA

Personas con:

- Demencia con nivel de afectación cognitivo moderado y/o trastorno de conducta.
- Discapacidad intelectual grave y profunda o con trastorno de conducta.
- Discapacidad con trastorno de comunicación grave.
- Trastorno del espectro autista con trastornos de conducta.
- Trastorno mental crónico con grave déficit del funcionamiento psicosocial.
- Sordoceguera.
- Parálisis cerebral.

CÓMO SOLICITARLA

1. El paciente o representante legal puede solicitar la Tarjeta AA a su médico de cabecera.
2. El médico comprobará si el paciente se encuentra incluido entre las personas que pueden solicitarla (puede llevar documentación que lo argumente).
3. Una vez constatado, con el consentimiento del paciente o su representante legal, el médico autorizará la Tarjeta AA dándole de alta en el sistema informático.
4. Con el alta, el médico de cabecera generará un documento y lo facilitará a la persona o representante legal para que lo lleve al área administrativa del centro sanitario.
5. El personal del área administrativa imprimirá la Tarjeta AA.



«El forastero», Donna Williams (Drawing Autism, 2010)

Para ella este dibujo se trata de «ser capaz de unirse a un grupo, porque uno ha conservado el derecho a salir también. Se trata de pisar los límites entre dos mundos. Creo que es universal. Todos hemos sido el forastero»

GRACIAS

ncasgra@gobiernodecanarias.org

LECTURAS RECOMENDADAS

■ Páginas web

- *La página web www.doctortea.org, propuesta por el equipo de AMITEA, incluye materiales para preparar a los pacientes antes de ir al hospital, para las visitas o procedimientos diagnósticos a los que se enfrentarán. Esta página contiene además materiales educativos para las familias y los profesionales, para mejorar su conocimiento sobre el autismo, sus comorbilidades y comportamientos asociados, con el objetivo de mejorar la atención y trato a los pacientes. (Boada y Parellada, 2014).*
- *Página de Autismo Europa, que pretende reivindicar los derechos de las personas con TEA relacionados con la salud: <https://bit.ly/2lfiACT>*
- *Página web de Autismo Galicia, que recoge medidas implantadas en dicha comunidad para facilitar el acceso a las personas con TEA al entorno sanitario: <https://goo.gl/dpl5ww>*
- *Guías publicadas Álvarez, R; Lobatón, S. y Rojano, M.A. (2007). Las personas con autismo en el ámbito sanitario. Una guía para profesionales de la salud, familias y personas con TEA. Madrid: Federación Autismo Andalucía. Recuperado el 11/04/2019 en: <https://bit.ly/2Udd3hC>*
- *Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla y León (2016). Guía para la atención de niños con Trastornos del Espectro Autista en Atención primaria. Gerencia Regional de Salud, Junta de Castilla y León. Recuperado el 11/04/2019 de: <https://goo.gl/rSsfF>*
- *Consellería de Sanidade Recomendacións para a atención sanitaria aos pacientes con trastorno do espectro do autismo e trastornos asociados. Xunta de Galicia. Recuperado el 11/04/2019: <https://goo.gl/dpl5ww>*

- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. (2009).
- Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid; 2009.
- Guías de Práctica Clínica en el S.N.S: UETS N° 2007. Recuperado el 11/04/2019 de: <https://bit.ly/2plhRHd> Jiménez, C.L, Domínguez, F. (2007).
- Protocolo sanitario para pacientes con autismo. Federación Autismo Galicia. Recuperado el 11/04/2019: <https://goo.gl/8vnfmP> Jones, E. (2008).
- Ir al médico / Ir al dentista: una guía para niños con Trastornos del Espectro Autista. (Rosa Álvarez, trad.). Sevilla, Federación Autismo Andalucía. (Original NAS Autism Helpline. The National Autistic Society, publicado en 2006). Recuperado el 11/04/2019 de: <https://bit.ly/2VEhQdF> Merino, M. (Coord.) (2006).
- Guía de actuación en Urgencias para personas con Autismo. Federación Autismo Castilla y León. <https://goo.gl/qyjfv1> Libros Aull, E.; (2013).