

**PROTOCOLO DE COORDINACIÓN
DE LAS ACTUACIONES
EDUCATIVAS Y SANITARIAS
PARA LA DETECCIÓN
E INTERVENCIÓN TEMPRANA
EN LOS TRASTORNOS
DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)**

**PROTOCOLO DE COORDINACIÓN DE
LAS ACTUACIONES EDUCATIVAS
Y SANITARIAS PARA LA DETECCIÓN
E INTERVENCIÓN TEMPRANA EN
LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO
AUTISTA (TEA)**

Edita: Consejería de Sanidad y Política Social
Servicio Murciano de Salud
Subdirección General de Salud Mental

I.S.B.N.: 978-84-96994-80-5

D. L.: MU 991-2012

Imprime: O. A. BORM

ÍNDICE

[1] Introducción.....	7
[2] Los Trastornos del Espectro Autista	9
[3] Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias: flujograma	19
[4] Descripción del protocolo TEA	27
[5] Orientaciones para el profesorado	31
[6] Orientaciones para el personal sanitario	41
[7] Orientaciones para las familias.....	52
[8] Anexos.....	63
Anexo I: Indicadores de alarma en menores de 6, 12 y 15 meses.....	65
Anexo II: Indicadores de alarma en menores de 18 a 24 meses.....	66
Anexo III: Indicadores de alarma en menores de 3 y 4 años.....	67
Anexo IV: Indicadores de alarma en menores de 5 a 11 años.....	68
Anexo V: Recursos educativos, sanitarios y sociales para el alumnado con TEA escolarizado en centros educativos de la Región de Murcia.....	69
Anexo VI: Modelo de informe de derivación de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica de Atención Temprana a los Servicios Sanitarios	81
Anexo VII: Modelo de informe de derivación de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica de Sector/ Departamento de Orientación a Pediatría o Médico de Familia.....	82
Anexo VIII: Modelo de informe de derivación de los Servicios de Orientación al Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica Específico de Autismo y Trastornos Graves del Desarrollo	84
Anexo IX: Modelo de informe de Neuropediatría	86

Anexo X: Modelo de informe de Salud Mental para los servicios de orientación.....	88
Anexo XI: Modelo de informe de Salud Mental para Pediatría y Neuropediatría	89
Anexo XII: Modelo de informe de Pediatría a los Servicios de Orientación Educativa y Psicopedagógica.....	90
Anexo XIII: Interconsulta de Pediatría a Neuropediatría.....	91
Anexo XIV: Interconsulta de Pediatría a Salud Mental	93
Anexo XV: Cuestionario de autismo en la infancia (M-Chat)	95
Anexo XVI: Clasificaciones internacionales para el diagnóstico. Criterios diagnósticos según DSM-IV-TR	97

COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA EL DISEÑO, DESARROLLO Y SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO DE DETECCIÓN E INTERVENCIÓN TEMPRANA EN LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

En el curso académico 2010-2011 se constituye la Comisión de trabajo interinstitucional para diseñar un protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias para la detección e intervención temprana de los niños y niñas con trastornos del espectro autista (TEA). Han formado parte de la Comisión los siguientes profesionales:

Por la Consejería de Educación, Formación y Empleo:

NOMBRE	DESEMPEÑO
D. Isidoro Candel Gil	Orientador del Equipo de Atención Temprana Murcia II
D. Carlos F. Garrido Gil	Orientador. Asesor Técnico Docente del área de Orientación Educativa y Necesidades Específicas de Apoyo Educativo.
D. José Manuel Herrero Navarro	Orientador. Director del Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica Específico de Autismo y otros Trastornos del Desarrollo.
D.ª María del Mar Leal Baeza	Orientadora. Directora del Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica de Molina de Segura.
D. Juan Navarro Barba	Jefe del Servicio de Atención a la Diversidad. Consejería de Educación, Formación y Empleo.
D. Francisco Tortosa Nicolás	Orientador. Asesor Técnico Docente de Necesidades Educativas Especiales.

Por la Consejería de Sanidad y Política Social:

NOMBRE	DESEMPEÑO
D. ^a Fuensanta Belmonte Avilés	Psiquiatra Infantil. Servicio de Neuropediatría del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.
D. Carlos Casas Fernández	Neuropediatra. Jefe del Servicio de Neuropediatría del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.
D. ^a M. ^a Ángeles Chumilla Valderas	Pediatra. Coordinadora Regional de Pediatría. Dirección General de Asistencia Sanitaria.
D. ^a M. ^a Isabel Espín Ríos	Pediatra. Responsable del Programas de Salud Infantil de la Dirección General de Salud Pública.
D. ^a M. ^a Dolores Hernández Gil	Pediatra. Grupo de trabajo de Atención Temprana. Asociación de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria de la Región de Murcia (APERMAP).
D. Antonio Iofrío de Arce	Pediatra. Asociación de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria de la Región de Murcia (APERMAP).
D. ^a Concepción López Soler.	Psicóloga. Profesora Titular de Universidad. Psicóloga del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.
D. ^a Carmen Palma González	Psiquiatra. Jefa de Servicio Asistencial. Salud Mental Infanto-Juvenil.
D. Francisco Rodríguez Sánchez	Pediatra. Hospital General Universitario de Santa Lucía

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) son un conjunto de alteraciones que afectan al desarrollo infantil. La forma en la que estas alteraciones se manifiestan varía mucho de un niño a otro, de ahí que se hable de un “espectro” o “continuo de trastornos”, es decir, que existen diferentes maneras en las que los síntomas de este tipo de trastornos aparecen, y la gravedad de los mismos varía de unos casos a otros. El cuadro clínico no es uniforme, ni absolutamente demarcado, y su presentación oscila en un espectro de mayor a menor afectación; varía con el tiempo, y se ve influido por factores como el grado de capacidad intelectual asociada o el acceso a apoyos especializados.

Los TEA forman parte de los problemas de Salud Mental. Tienen un impacto considerable no sólo en el normal desarrollo y bienestar de los menores afectados, sino también de los familiares por la elevada carga de cuidados personalizados que necesitan. También hay que añadir que la prevalencia de dichos trastornos ha aumentado considerablemente. Lo que unido a su carácter crónico y la gravedad de los trastornos, precisan de un plan de tratamiento multidisciplinar personalizado y permanente a lo largo de todo el ciclo vital, en constante revisión, para favorecer el desarrollo potencial de los menores con TEA. Es un problema que puede producir estigmatización y la diversidad de manifestaciones clínicas dificultan la detección precoz y como consecuencia se va retrasando el diagnóstico

Estudios epidemiológicos recientes realizados en Europa y Estados Unidos apuntan a una prevalencia que oscila entre 0.5 a 1 caso por cada 150 niños en edad escolar. En ellos se confirma también que se presentan de manera más frecuente en los hombres que en las mujeres (en una proporción de 4:1) y que no existe diferencias en cuanto a su aparición en las distintas culturas o clases sociales.

En los últimos años se ha constatado también un aumento considerable de los casos detectados y diagnosticados dentro de los TEA. Es posible que este incremento se deba a una mayor precisión de los procedimientos e instrumentos de diagnóstico, a la mejora en el conocimiento y formación de profesionales, o incluso, a un aumento real de la incidencia de este tipo de trastornos.

Este protocolo pretende ser un instrumento útil para todos los profesionales implicados, en la detección, diagnóstico y tratamiento de los TEA, así como para los padres y familiares implicados en el cuidado de estos menores, de tal forma que puedan mejorar su psicopatología, aprendizajes y calidad de vida.

La detección precoz, va abrir el proceso que culminará con el diagnóstico

y tratamiento de los TEA. Para ello es necesario ofrecer una información, tanto a los profesionales sanitarios implicados de atención primaria y especializada, como a los servicios educativos para que tenga los conocimientos apropiados sobre este trastorno, así como los itinerarios a seguir para realizar el diagnóstico y la intervención precoz.

Se incluirá la detección precoz del TEA como parte del proceso de atención sanitaria del niño y se recomienda el M-CHAT como instrumento útil para la confirmación de sospecha clínica del TEA en los niños entre 18-24 meses y los indicadores de alarma para las otras franjas de edad.

El autismo no es un trastorno cerebral simple, la complejidad de las manifestaciones clínicas sugiere la existencia de una multicasualidad. Los avances más recientes indican la importancia de los factores genéticos y de algunos factores ambientales que dan lugar a alteraciones cerebrales muy tempranas. El diagnóstico es eminentemente clínico, ya que no existen hasta el momento marcadores biológicos ni pruebas o procedimientos técnicos para identificar aquellos niños que cumplen criterios diagnósticos de TEA y se utilizarán los manuales del CIE 10 (Clasificación Internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud) y/o DSM IV –TR (Manual de Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría) para el diagnóstico y se filiarán a los menores con TEA en cuanto a su nivel madurativo (CI o cociente de desarrollo) por ser un importante factor pronóstico que condiciona la evolución global (aprendizajes, habilidades sociales y comunicación). El tratamiento educativo y clínico vendrá determinado por el nivel madurativo, la psicopatología y /o patologías asociadas que presenten.

La Consejería de Educación, Formación y Empleo y la Consejería de Sanidad y Política Social han elaborado este Protocolo de Coordinación, de las actuaciones educativas y sanitarias, para la detección e intervención temprana en los niños y niñas con trastornos del espectro autista (TEA), que abarcaría desde sus primeros meses de vida hasta los 16 años, coincidiendo con el final de la Educación Secundaria Obligatoria. Se trata de llevar a cabo actuaciones educativas y sanitarias de forma coordinada que favorezcan la respuesta educativa y sanitaria así como de la integración social de los menores.

Este documento es fruto del trabajo interdisciplinar y colaborativo de profesionales sanitarios y educativos de ambas Consejerías, con la intención de facilitar una respuesta integral a aquellas personas vinculadas a este trastorno.

LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

Vivir en salud implica la capacidad de la persona para el manejo de su cuerpo y mente, afrontando su propio cuidado y los retos del transcurrir vital, de una manera adecuada y operativa, logrando una buena adaptación hacia sí mismo, a su entorno social, y una tendencia a ser razonablemente felices.

La afectación de la salud, puede ser predominantemente, física, psíquica o social, no olvidando que cualquier variación, por pequeña que sea, afecta al equilibrio global de la persona.

Pero existen algunos trastornos, que de forma habitual, alteran este equilibrio en mayor o menor medida, afectando a la forma de ser y estar en el mundo de la persona que los padece, y en la niñez y adolescencia son los Trastornos del Espectro Autista, sin olvidar otros Trastornos Psicóticos, los más representativos de ello.

1. Introducción

Los trastornos del espectro autista o trastornos generalizados del desarrollo incluyen, siguiendo los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) de la Organización Mundial de la Salud y del Manual de Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV), un rango de alteraciones persistentes del desarrollo del cerebro inmaduro. Todos ellos acumulan tres aspectos semiológicos esenciales: 1) Déficit de habilidad social y empatía. 2) Déficit de habilidad comunicativa verbal y extraverbal y de capacidad imaginativa. 3) Rango rígido y restrictivo de intereses, asociándose patrones repetitivos de conducta que se refleja en la existencia de determinadas estereotipias.

El autismo es uno de los trastornos del desarrollo más controvertido y discutido, tanto por la complejidad de la afectación de las áreas de conducta, como por la falta de un consenso universalmente aceptado de sus síntomas principales, todo ello enmarcado en la ausencia de marcadores biológicos que permitan la confirmación diagnóstica, y desde luego en las amplias lagunas aún existentes sobre su fisiopatogenia.

Históricamente y hasta hace sólo unas décadas el autismo era atribuido, erróneamente, a una alteración emocional en el vínculo madre-hijo, pero en los últimos años se ha llevado a cabo una exhaustiva investigación tanto neurometabólica como genética, y en las exploraciones cerebrales funcionales, neurofisiológicas y de neuroimagen, y si bien no se han obtenido resultados definitivos sí ha habido hallazgos parciales que han permitido identificar procesos neurobiológicos muy específicos.

2. Antecedentes históricos

Desde principios del siglo XIX se describen en la literatura médica especializada distintos cuadros clínicos que hoy se consideran integrantes del amplio espectro del trastorno autista, aunque los diferentes autores lo denominaran con términos diferentes.

En 1911 Eugen Bleuler introdujo el concepto de Autismo, para describir el retraimiento y rechazo al contacto con otras personas, que se observaba en las patologías esquizoides. Transcurren más de treinta años hasta que en 1943 Kanner, paidopsiquiatra del Hospital Johns Hopkins de Baltimore, define por vez primera este proceso, y un año después Asperger, pediatra austriaco, describe el mismo proceso, sin conocer lo referido un año antes, empleando ambos el término autismo que había empleado con anterioridad Eugen Bleuler.

Muchos años después, en 1991, Frith y Wing señalan las similitudes entre los trabajos de Kanner y Asperger, considerando estos cuadros clínicos como una esquizofrenia infantil, conclusión desmontada por Rapin, que subraya las diferencias semiológicas entre ambas entidades.

Hasta bien avanzada la segunda mitad del siglo XX se mantuvo la creencia de que el autismo estaba relacionado con alteraciones del vínculo materno, lo que condujo a instaurar diferentes medidas terapéuticas que buscaban mejorar la relación materno-filial para recuperar en la medida de lo posible al niño autista. No obstante y como en ocasiones ocurre en el desarrollo de la neurobiología, diferentes hechos clínicos en los niños autistas, entre ellos la epilepsia, como demostraron Deykin y MacMahon (1979), permitió invalidar esta teoría.

Finalizando el siglo XX se constata un notable incremento del diagnóstico de autismo, llegando a hablar Fombonne (1999) de “epidemia de autismo”, si bien Rapin atribuye este hecho a un mejor conocimiento de esta patología por parte de los profesionales de la medicina, y una mayor divulgación de la misma, alertándose la sociedad ante los primeros signos y síntomas que aparecen, jugando un papel determinante los nuevos medios de comunicación social, entre los que Internet se encuentra a la cabeza de todos ellos, unas veces con información muy útil y otras desvirtuando la realidad. En definitiva hace años sólo se conocían los casos clásicos de autismo y por tanto aquellos con sintomatología completa y abigarrada, sin embargo actualmente se identifican casos con afectación leve, e incluso con características propias de un autismo de alto funcionamiento o síndrome de Asperger, tal y como señala Gillberg (2002).

Actualmente nos hallamos ante una eclosión investigadora tanto desde la neurobiología como desde la genética y epigenética, siendo esperanzador pensar que en un futuro próximo se contará con herramientas diagnósticas que ofrecerán mayor seguridad en la confirmación de esta patología y en consecuencia un mejor manejo terapéutico.

3. Etiología y fisiopatología

El autismo no es una enfermedad, es síndrome, esto es, un conjunto de síntomas y signos de etiología amplia y habitualmente no conocida, en el que existe una disfunción neurológica con reflejo predominante en los hitos conductuales. En este sentido Rapin considera que el autismo implica que un sistema cerebral indefinido, y en consecuencia un amplio grupo de redes neuronales, tenga una disfunción que es la responsable de los síntomas propios del proceso. Por ello se ha buscado, dentro de las teorías anatómicas, corresponsabilizar a diferentes estructuras como el Cerebelo (Courchesne 1997, Kemper y Bauman 1998), el Diencefalo (Bauman y Kemper 2003), los Ganglios Basales y el Sistema Límbico (Hacebdar 2000), o el Lóbulo frontal (Luna 2002). Paralelamente se considera que la disfunción implica también alteraciones de los neurotransmisores, con afectación de la serotonina (Chugani 1999), así como disfunción catecolaminérgica y colinérgica (Perry 2001). Las teorías son múltiples, lo que haría excesiva y poco útil su exposición, pero valga conocer que hay abierto un amplio frente de investigación y será el tiempo el que permitirá conocer cuál es el más próximo a la realidad, y que sin duda tiene una base multifactorial, con predominio genético, de la que acabaremos por conocer un extenso genotipo que definirá los distintos fenotipos existentes que se detectan en la práctica clínica diaria. En consecuencia el significado genético es universalmente aceptado, y como ya informaba Fombonne (2003) se han detectado recurrencias entre el 3 y el 8% en las familias con un niño afecto, lo que informa sin duda existe en estos casos una etiología multigenética en lugar de defectos genéticos únicos.

4. Epidemiología

Los primeros estudios epidemiológicos sobre el autismo ofrecían unos valores bajos de prevalencia, cifrados en 4 casos por 10.000 niños, oscilando entre 2 y 6 / 10.000, pero sólo reflejaban los casos graves y con un fenotipo clínico completamente desarrollado.

En 1992 Sugiyama elabora un estudio epidemiológico de la población de Nagoya (Japón) y considera dos grupos que denomina "autismo definido" y "autismo sospechado", con valores más elevados en el primer grupo 13/10.000 frente a 7,7/10.000 en el segundo.

Yargin-Allsopp (2003) detectan en Atlanta (Estados Unidos) una prevalencia de 34/10.000 en niños de 3 a 10 años, sin diferencias en función de la raza o estado socioeconómico, destacando que la fuente principal de sospecha y posterior reconocimiento de los trastornos del espectro autista fueron las escuelas, comprobando que el 66% de estos pacientes tenían retraso mental, y que la relación varón/mujer varió de 4:1 a 1:3 según el nivel cognitivo descendía de normal a retraso profundo, considerando que los varones son portadores de genes para el autismo menos grave.

Epidemiológicamente la mayor frecuencia de varones sobre mujeres en todos los trastornos del neurodesarrollo, lo atribuye Galaburda (1985) a la influencia de la testosterona sobre la maduración cerebral y el desarrollo intrauterino del sistema inmune, teoría que en la actualidad no ha sido validada.

La investigación epidemiológica no siempre marca los límites con absoluta nitidez, de forma que Baron-Cohen (2001) investiga entre 840 estudiantes en la Universidad de Cambridge, aplicando un cuestionario en búsqueda de individuos que tuvieran un potencial trastorno del espectro autista, obteniendo que un 6% de ellos eran compatibles con ese diagnóstico. La reflexión sobre estos resultados lleva a Rapin a considerar que las fronteras entre normalidad y patología son borrosas.

La mencionada “epidemia de autismo” ha dado lugar a la aparición de diferentes teorías sobre los factores responsables, atribuyéndolo por ejemplo a la mayor exposición a sustancias tóxicas ambientales, alimenticias, o a los efectos nocivos de la vacuna antisarampión-parotiditis-rubéola como consecuencia del mercurio empleado como conservante, o de la persistencia del virus atenuado en el sistema inmunitario del intestino, consideraciones defendidas principalmente por Wakefield. Sin embargo en Dinamarca, Madden (2002) un riguroso estudio epidemiológico sobre medio millón de niños desmonta científicamente esta sospecha.

5. Sintomatología clínica

En todos los tipos de TGD o TEA se presentan manifestaciones clínicas en las siguientes áreas: interacción social, comunicación y repertorio restringido de intereses y comportamientos. Las manifestaciones del trastorno suelen ponerse de manifiesto antes de los tres años de vida, excepto el S. de Asperger y el TGD no especificado que se suelen diagnosticar más tarde y variarán en función del desarrollo y la edad cronológica de los menores

En la siguiente tabla se presentan las principales manifestaciones clínicas que definen el TEA, incluyendo los recogidos en los manuales diagnósticos, así como otras no claramente expuestas en dichos manuales.

Manifestaciones clínicas recogidas en los manuales diagnósticos (1)

Interacción social alterada	<p>Bebés: contacto visual, expresiones y gestos limitados. Lo que se traduce a veces en una especie de sordera selectiva ya que no suelen reaccionar cuando se les llama por su nombre.</p> <p>Niños pequeños: falta de interés en ser ayudados, falta de habilidad para iniciar o participar en juegos con otros niños o adultos, juegos en solitario, respuesta inapropiada en las relaciones sociales formales.</p>
-----------------------------	--

<p>Comunicación verbal y no-verbal alteradas</p>	<p>No usan el lenguaje verbal y/o corporal como comunicación funcional, incluso puede existir mutismo en los casos más graves. Algunos niños inician el desarrollo del lenguaje en el primer año de vida pero pueden sufrir una regresión a partir del segundo año y perderlo. Otros en cambio sufren retrasos generalizados en todos los aspectos del lenguaje y de la comunicación (no compensan con gestos o mímica). Cuando el lenguaje está presente existe alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación: ecolalia, confusión de pronombres personales (se refieren a ellos mismos en segunda o tercera persona), repetición verbal de frases o alrededor de un tema particular y anomalías de la prosodia. Utilizan un lenguaje estereotipado y repetitivo.</p>
<p>Restricción de intereses y comportamientos estereotipados y repetitivos</p>	<p>Preocupaciones absorbentes por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resultan anormales en su intensidad o en su contenido. Es común: la insistencia exagerada en una misma actividad, rutinas o rituales específicos. Tienen escasa tolerancia a los cambios de dichas rutinas. Suelen adquirir manierismos motores estereotipados y repetitivos como sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo.</p>
<p>Otras manifestaciones clínicas comunes y no claramente expuestas en los manuales diagnósticos son:</p>	
<p>Respuesta inusual a los estímulos</p>	<p>Percepción selectiva de determinados sonidos que se traduce en no responder a voces humanas o a su propio nombre y en cambio son extremadamente sensibles a ciertos sonidos, incluso considerados suaves para la mayoría. De igual forma ocurre con determinados estímulos visuales, táctiles, de olor o sabor. Esto se traduce a veces en trastornos de la alimentación por su preferencia o rechazo a determinados sabores o texturas, o rechazo a determinadas prendas de vestir por el color y tacto. A veces disfunción grave de la sensación del dolor que puede enmascarar problemas médicos como fracturas.</p>

Trastornos del comportamiento	A veces muestran dificultad para centrar la atención en determinados temas o actividades que no han sido elegidos por ellos mismos. Algunos niños suelen ser considerados hiperactivos o con problemas de déficit de atención, llegando incluso a niveles significativos de ansiedad. Otros responden a los cambios o frustraciones con agresividad o auto-agresión.
Habilidades especiales	Algunos niños pueden mostrar habilidades especiales en áreas concretas sensoriales, de memoria, cálculo, y otras, que pueden hacer que destaquen en temas como por ejemplo, música, arte o matemáticas.

1- Guía Clínica Ministerio de Sanidad y Consumo para el manejo de pacientes TEA en Atención primaria.

Es necesario mencionar un aspecto muy específico, el Autismo y epilepsia. Los niños con autismo presentan un mayor riesgo de epilepsia que la población general, incrementándose con el aumento de edad desde la niñez a la adolescencia y adultez, siendo aún mayor en el grupo de pacientes autistas con retraso mental. Asimismo en el paciente autista es más frecuente el hallazgo de alteraciones electroencefalográficas sin acompañarse de crisis epilépticas clínicas, que en algunas ocasiones se hacen más evidentes durante el registro de sueño, llegando incluso a aparecer una actividad epiléptica paroxística continua durante las fases NREM del mismo.

La relación entre autismo y epilepsia es un tema de gran actualidad, considerando Tuchman y Rapin un fenotipo que denominan Autismo-Epilepsia y vinculan con una etiología metabólica, específicamente con alteraciones mitocondriales, campo de intensa investigación actual que puede dar luz a otra faceta más de la amplia fisiopatogenia de este trastorno.

6. Regresión autista

Un hecho no explicado convincentemente es la razón por la que cerca del 30% de los niños con autismo suelen mostrar, alrededor de los dos años de edad, un fenómeno de regresión conductual, que en ocasiones coincide con algún factor “provocador” o “desencadenante”, como es una infección viral o una crisis convulsiva, pero en otras muchas sin una causa que lo justifique. La regresión se refleja en pérdida de habilidades de lenguaje y en una menor sociabilidad, pero preservándose generalmente las capacidades motoras.

No se conoce la explicación a este hecho, habiéndose querido esgrimir su relación con fenómenos epilépticos durante el sueño, remedando al síndrome de Landau-Kleffner (afasia epiléptica adquirida), pero no es una explicación convincente ya que en la mayoría de los casos el registro electroencefalográfico no lo confirma. Estamos por tanto ante otro de los hechos no explicados del

autismo. Volvemos a las consideraciones iniciales y nos apoyamos otra vez en la genética, la cual quizás nos ofrezca hallazgos específicos en estos grupos tan diferenciados, y sea el genotipo el que explique estos casos.

7. Bases neurológicas de la sintomatología autista

No hay datos que permitan conocer las bases neurológicas del autismo, si bien la neurofisiología, neuroimagen, neurometabolismo y genética van proporcionando algunos datos que sin ser la solución definitiva a estas dudas, se consideran los cimientos de un seguro hallazgo en un próximo futuro de la respuesta a las mismas.

Neuropatología: Clásicamente ha sido el cerebelo el órgano que más ha sido relacionado con la fisiopatogenia del autismo y específicamente la disminución del número de células de Purkinje en el vermis y hemisferios cerebelosos (Bauman y Kemper. 1985 y 1998), siendo estos mismos autores los que han atribuido también al diencefalo una implicación en este proceso, por disminución del número de dendritas en sus neuronas. Asimismo se han evidenciado defectos de la migración neuronal en algunos casos (Bailey. 1998).

Más recientemente Vargas (2005) describe la existencia de un proceso inflamatorio activo en la corteza, sustancia blanca y cerebelo, con activación de la microglia y astroglia, así como aumento de los niveles de proteína-1 de las citoquinas y del factor de crecimiento tumoral beta-1. No se conoce el significado real de estos hallazgos, pero se apunta hacia unas reacciones neuroinmunológicas en algunos de los casos de autismo.

Los exámenes neurorradiológicos han buscado la relación con los hallazgos neuropatológicos referidos, siendo por ello especialmente investigado el Cerebelo, refiriendo Courchesne (1988, 1993, 1994, 1998) descenso del tamaño de los lóbulos VI y VII del vermis y del Tronco Cerebral, Lóbulo Parietal y Cuerpo Calloso. Pero al mismo tiempo Bailey (1993) Aylward (2002) y Courchesne (2003) describen un crecimiento excesivo de la sustancia blanca cerebral únicamente en la niñez, siendo menos evidente en el adulto. Los trabajos de Rapin (1992) relacionan un mayor volumen de la sustancia blanca en los niños autistas con un CI no verbal inferior a 80, siendo más significativo para las fibras largas intrahemisféricas, pero no para las interhemisféricas.

Recientemente Herbert (2005) postula una simetría invertida de la corteza frontal asociada con el lenguaje, tanto en el autismo como en los trastornos del desarrollo del lenguaje, con mayor volumen del giro fusiforme izquierdo que el derecho, que está relacionado con el reconocimiento facial.

El resto de las investigaciones, especialmente los estudios metabólicos cerebrales, mediante Tomografía por emisión de positrones (PET), la Resonancia Magnética funcional (RMcf), la Tomografía por emisión de fotón único (SPECT)

y la Resonancia Magnética Espectroscópica (RMe), permiten explorar los cambios metabólicos regionales que se relacionan con la activación cerebral, siendo de esperar que se puedan identificar algunos elementos de la redes disfuncionales que caracterizan al autismo, pero actualmente y en una consideración práctica y diagnóstica no hay conclusiones que puedan orientarnos con certeza.

Asimismo la neurofisiología se orienta tanto por el estudio electroencefalográfico convencional como por la magnetoencefalografía, detectando en esta última en un elevado porcentaje de niños con regresión autista una actividad epileptiforme perisilviana izquierda, muy semejante a la hallada en los niños con Síndrome de Landau-Kleffner (Lewine. 1999), detectando en los casos que sometidos a intervención neuroquirúrgica un elevado porcentaje de displasias corticales.

8. Evaluación y diagnóstico

El diagnóstico del TEA, es eminentemente clínico, por no existir hasta el momento marcadores biológicos ni pruebas o procedimientos técnicos para identificar aquellos niños que cumplen criterios de TEA. Son los profesionales de los Centros de Salud Mental (psiquiatras infantiles y psicólogos clínicos), los que con su juicio clínico y apoyándose en los criterios diagnósticos de las clasificaciones vigentes, CIE-10 y/o DSMIV –TR, van a confirmar el diagnóstico.

Este proceso esta influenciado por los cambios propios del ciclo vital de los menores, por lo que la valoración siempre tiene que tener en cuenta la perspectiva evolutiva y adaptarse a la misma. Mientras que en el autismo las alteraciones principales se identifican por lo general antes de los tres años, otros trastornos como el Síndrome de Asperger o algunos TEA No-especificados se suelen diagnosticar más tarde. Tendremos que tener en cuenta que en los TEA se afecta el funcionamiento mental y adaptativo de la persona a lo largo de su vida por lo que la valoración debe ser entendida como un proceso continuo y flexible en función de los diferentes cambios que operan en la persona (maduración, dinámica familiar, intervenciones,..etc).

Para realizarlo nos basaremos en las características clínicas, algunas de las cuales son manifiestas desde los primeros meses de vida. El proceso de valoración debe comprender: la recogida de información a través de entrevistas con los padres y el niño, la exploración psicopatológica del niño (observación, juego, dibujo...), la información obtenida de otras instituciones implicadas (educativas, sociales,...) y de las exploraciones complementarias que precisen.

9. Conclusiones

Hablar de autismo quizás sea un error, es más adecuado hablar de autismos, por ello las consideraciones fisiopatogénicas, clínicas y neuropatológicas no pueden ser uniformes, hay múltiples variantes en todos estos aspectos, y

como se ha venido insistiendo la genética es el marcador diferencial de cada uno de ellos, el tiempo nos demostrará como cada autismo tiene un marcador genético específico, que a través de una determinada mutación se alterará una vía neurometabólica que incidirá sobre las diferentes redes neuronales y generará, finalmente, la sintomatología con las peculiaridades de cada grupo de los diferentes "autismos" existentes.

Por todo ello no se puede hablar de un tratamiento etiológico, únicamente se podrán emplear tratamientos farmacológicos sintomáticos cuando el caso lo requiera, siempre supeditados a las pautas psicoterapéuticas y psicopedagógicas que deben establecerse con la mayor precocidad posible.

Actualmente el tratamiento debe ser entendido como una terapia multidisciplinar y específica, que podrá ir cambiando según la evolución del proceso. Vendrá determinado por el nivel de maduración del menor (edad, nivel evolutivo, capacidades o discapacidades) la psicopatología que presente y/o las patologías asociadas, así como de los recursos disponibles.

Se tratará de que la vida diaria de los menores con TEA se organice, teniendo en cuenta la comprensión de las dificultades en sus distintos contextos (domicilio, escuela, etc.) y se oriente a mejorar las capacidades del menor comunicación, lenguaje, simbolización, estimulación de los déficit y corrección de las alteraciones que presente. Además de actuar lo antes posible, siempre que sea factible la familia deberá tener un papel activo en todas estas medidas terapéuticas. Obviamente si los menores tuvieran otra patología asociada, será tratada por el nivel sanitario que corresponda, debiendo destacar en cualquier caso la importancia que tiene, dentro del plan global de intervención con los menores con TEA, la coordinación de las actuaciones sanitarias y educativas que se realicen previo consentimiento de sus padres (Tutores legales del menor).

El tratamiento clínico, se realizará en los Centros de Salud Mental Infanto Juvenil de referencia de cada menor, debiendo incluir la intervención psicoterapéutica con el paciente, la orientación psicoterapéutica para los padres y tratamiento farmacológico si precisan.

La intervención educativa, se realizará en los Centros donde se hallen escolarizados los menores, e incluirá la orientación psicopedagógica a las familias y educadores, las derivaciones a los equipos de Atención Temprana, Orientación o de Departamento según la edad de los menores, así como aquellas adaptaciones del currículo que fueran necesarias

10. Bibliografía

1. American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales. Texto revisado (DSM IV-TR). Edición española. Barcelona. Masson. 2007.

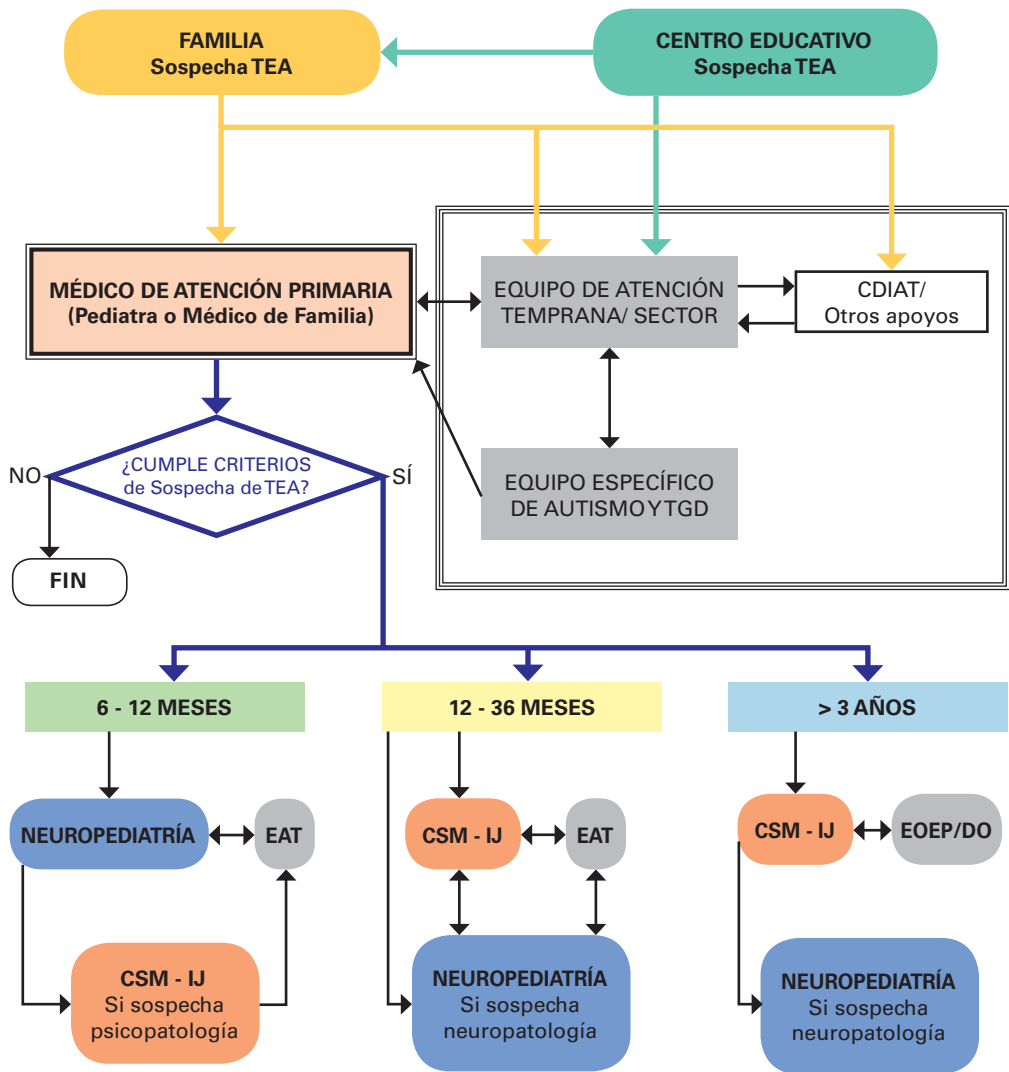
2. Chakrabari S, Fombonne E. Pervasive developmental disorders in preschool children: confirmation of high prevalence. *Am J Psychiatry* 2005, 162: 1133-41
3. Fombonne E. Epidemiological studies of pervasive developmental disorders. En: Volkmar FR, Paul R, Klin A, Cohen DJ. Editors. *Handbook of autism and pervasive developmental disorders. Vol I: Diagnosis, developmental, neurobiology and behaviour*. 3.ª ed. Hoboken, Wiley; 2005
4. Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad. *Guía para el diagnóstico de los Trastornos del Espectro Autista*.
5. Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad. *Guía para el diagnóstico de los Trastornos del Espectro Autista*.
6. Myers S, Johnson C. Management of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics* 2007, 120: 1162-82
7. National Institute for Health and Clinical Excellence. Autism. Recognition, referral and diagnosis of children and young people on the autism spectrum. NICE clinical guideline 128, 2011. Disponible en <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13572/56428/56428.pdf>
8. New Zealand Autism Spectrum Disorder Guideline. Ministries of Health and Education. 2008. Disponible en <http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/asd-guideline-apr08.pdf>
9. Organización Mundial de la Salud (OMS) CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.: Meditor2004.
10. Proceso Asistencial Integrado. Trastornos del Espectro Autista. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2010.
11. Protocolos Clínicos. Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Editorial Siglo S.L.2010
12. Ruggieri V. Autismo. Trastornos generalizados del desarrollo. En *Neurología para pediatras*. Ed.: J. Campistol. Editorial Médica Panamericana. Madrid 2011. Pág. 125-137
13. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Assessment, diagnosis and clinical interventions for children and young peoples with autism spectrum disorders. A National Clinical Guideline, 2007. Disponible en <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign98.pdf>
14. Valdez D, Ruggieri V. Autismo. Del diagnóstico al tratamiento. Buenos Aires. Editorial Paidós. 2011
15. Volkmar F, Rhea P, Klin A, Cohen D. eds. *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. 3ª ed. Hoboken. Jhon Wiley. 2005.

PROTOCOLO DE COORDINACIÓN DE LAS ACTUACIONES EDUCATIVAS Y SANITARIAS PARA LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN TEMPRANA EN LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA): FLUJOGRAMA

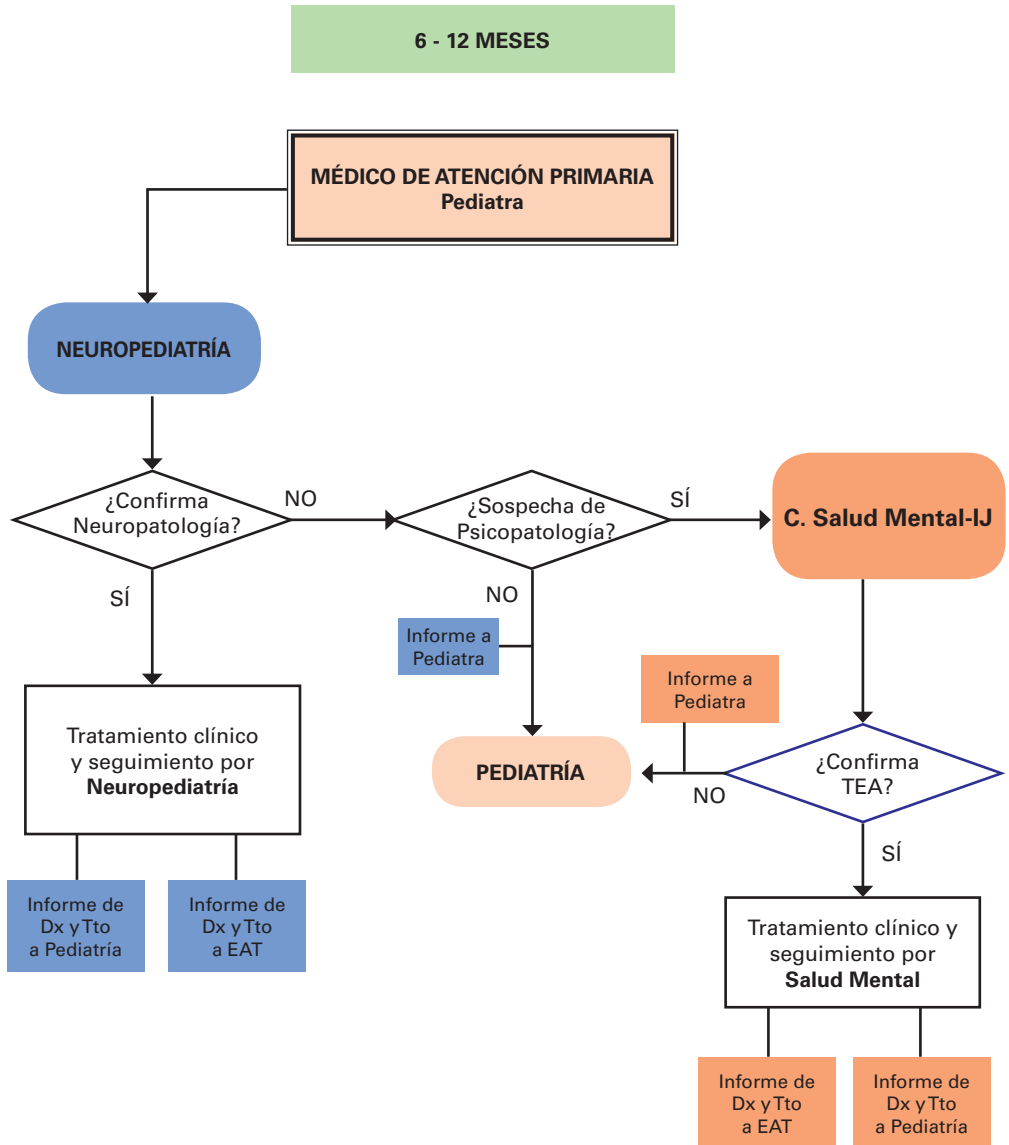
Glosario de abreviaturas

TEA	Trastornos del espectro autista
EOEP	Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica
EAT	Equipo de Atención Temprana
DO	Departamento de Orientación
CDIAT	Centro de desarrollo infantil y atención temprana
TGD	Trastorno Generalizado del Desarrollo
CSM-IJ	Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil
Dx	Diagnóstico
Tto	Tratamiento
CAT	Centro de Atención Temprana
EEl	Escuela de Educación Infantil
CEIP	Centro de Educación Infantil y Primaria
IES	Instituto de Enseñanza Secundaria

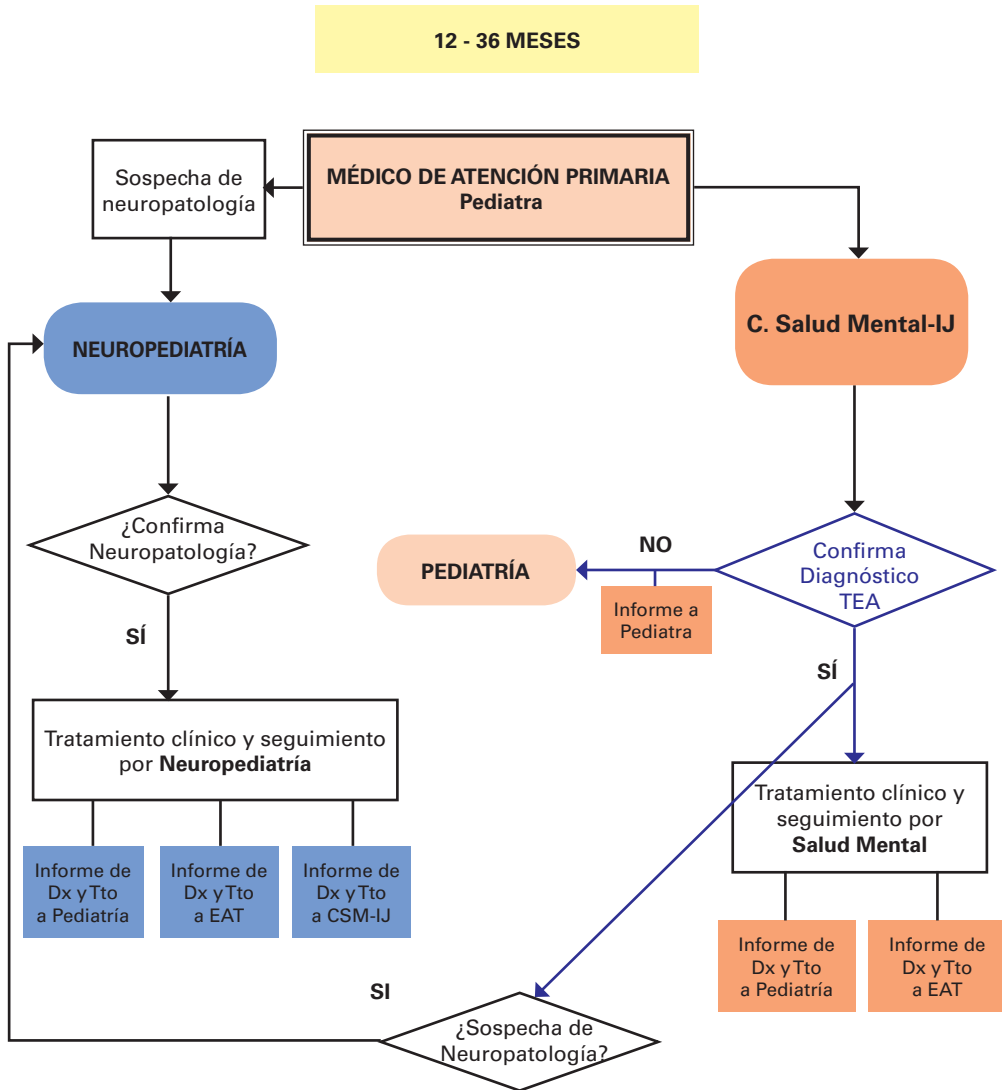
FASE 1 - DETECCIÓN INICIAL EN TEA



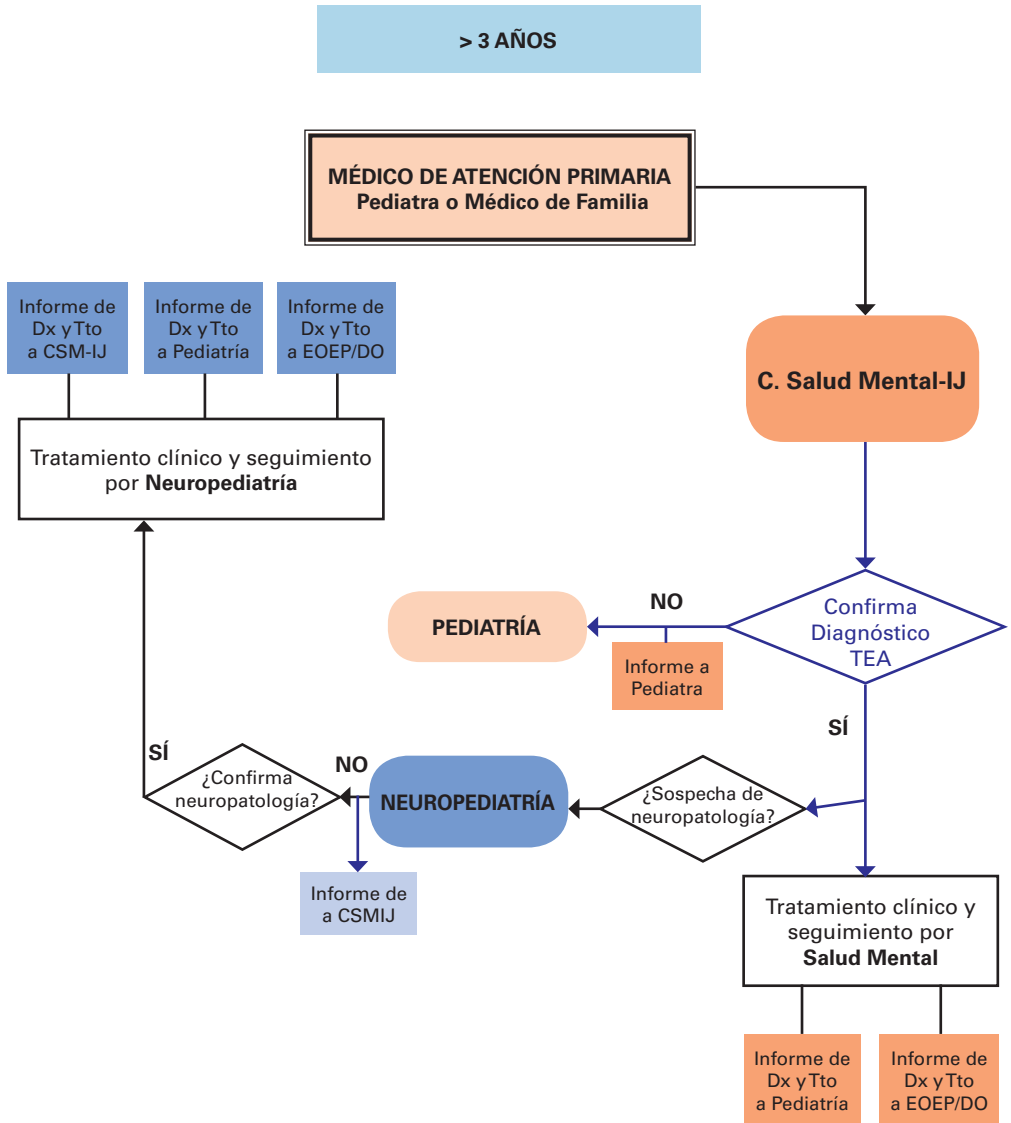
FASE 2 - DIAGNÓSTICO TEA



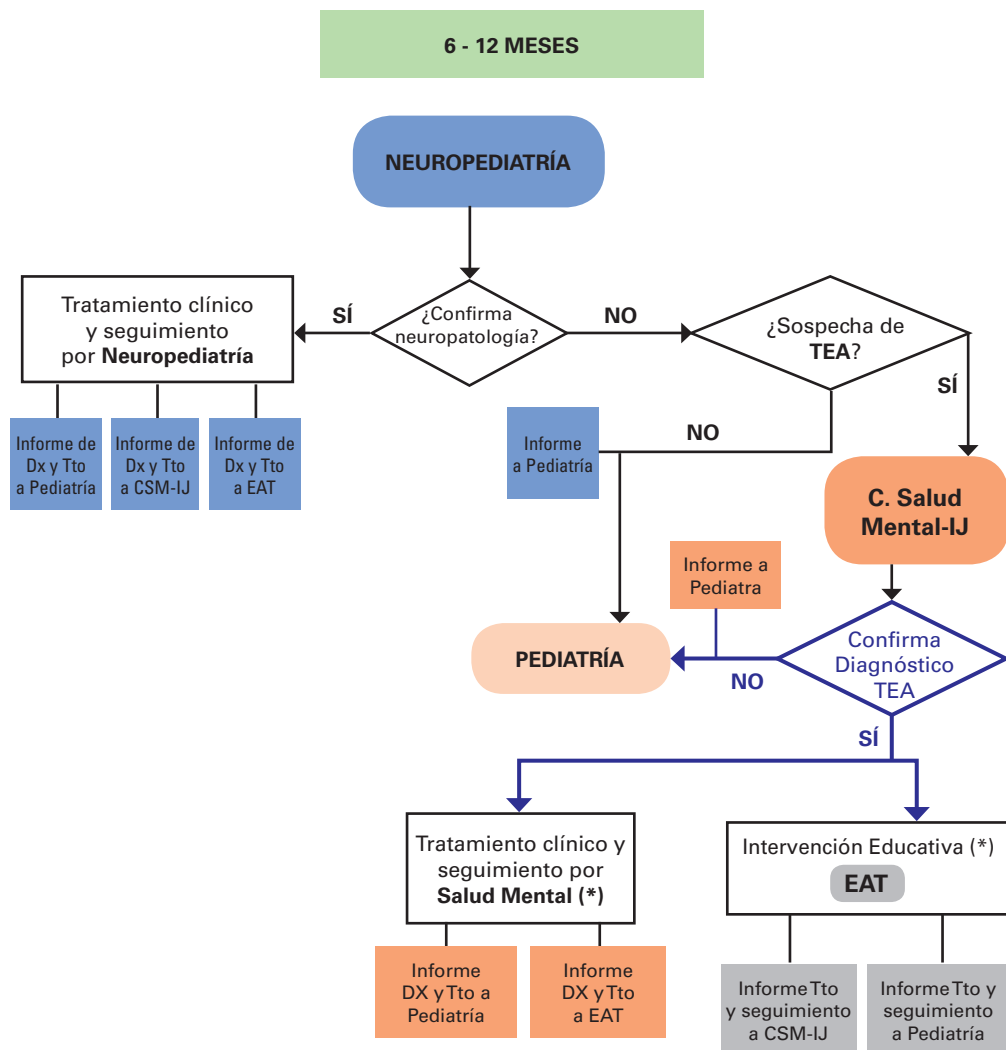
FASE 2 - DIAGNÓSTICO TEA



FASE 2 - DIAGNÓSTICO TEA



FASE 3 - INTERVENCIÓN DE TRATAMIENTO CLÍNICO, EDUCATIVO Y SEGUIMIENTO DE TEA



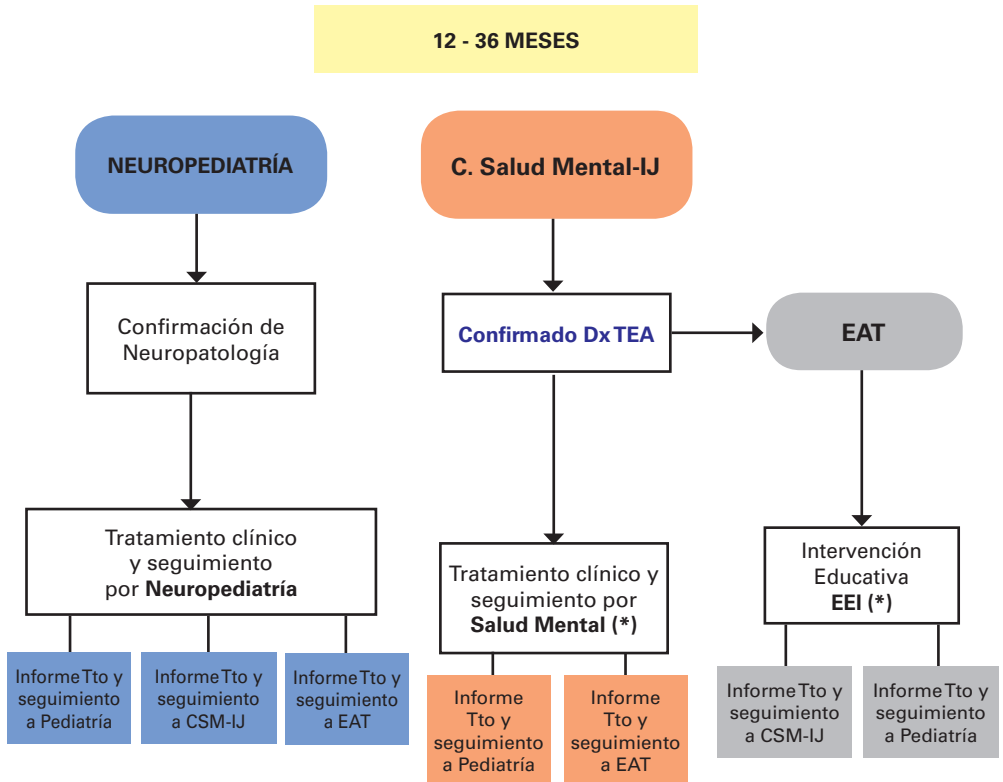
(*)

Tto Clínico Salud Mental: Tto farmacológico si precisa
Intervención psicoterapéutica con el menor
Orientación psicoterapéutica y entrenamiento a padres
Seguimiento del tratamiento clínico

Intervención Educativa: Orientación a familias y educadores
Derivaciones a C.A.T.
Adaptaciones del currículo

Los informes de confirmación diagnóstica o de seguimiento se entregarán a las familias para su remisión al Pediatra, Salud Mental o Servicio de Orientación. En aquellos casos que se considere necesario, con el consentimiento de los padres o tutores legales, se remitirá directamente al Servicio correspondiente, garantizando en todo caso la confidencialidad de los datos del paciente.

FASE 3 - INTERVENCIÓN DE TRATAMIENTO CLÍNICO, EDUCATIVO Y SEGUIMIENTO DE TEA



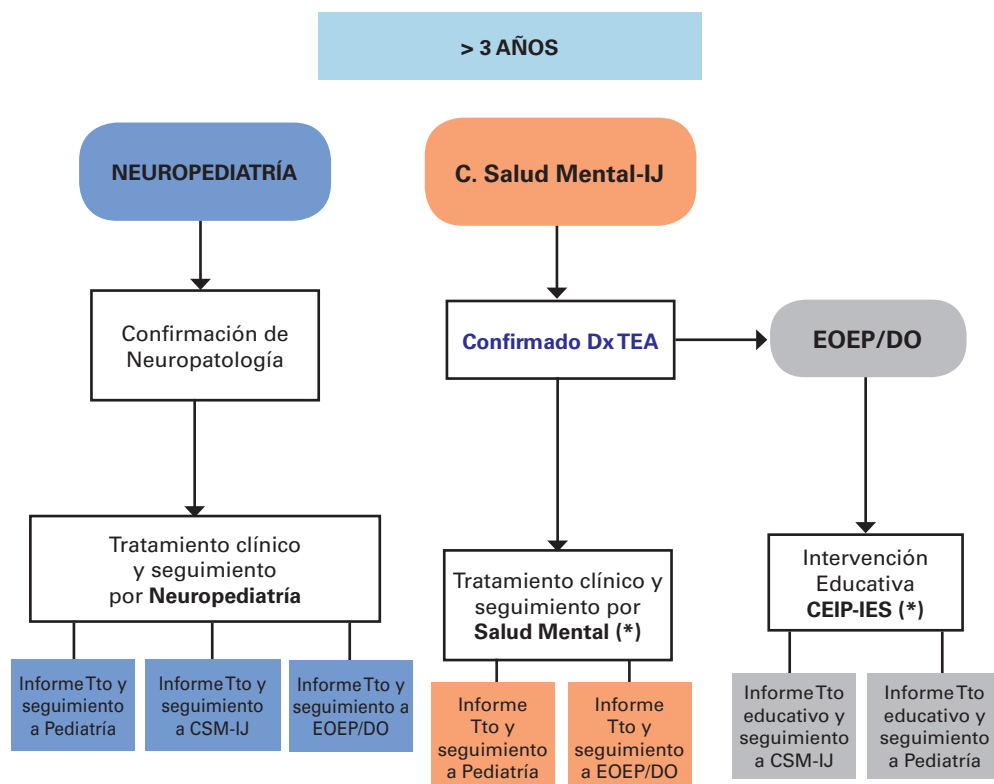
(*)

Tto Clínico Salud Mental: Tto farmacológico si precisa
Intervención psicoterapéutica con el menor
Orientación psicoterapéutica y entrenamiento a padres
Seguimiento del tratamiento clínico

Intervención Educativa: Orientación a familias y educadores
Derivaciones a C.A.T.
Adaptaciones del currículo

Los informes de confirmación diagnóstica o de seguimiento se entregarán a las familias para su remisión al Pediatra, Salud Mental o Servicio de Orientación. En aquellos casos que se considere necesario, con el consentimiento de los padres o tutores legales, se remitirá directamente al Servicio correspondiente, garantizando en todo caso la confidencialidad de los datos del paciente.

FASE 3 - INTERVENCIÓN DE TRATAMIENTO CLÍNICO, EDUCATIVO Y SEGUIMIENTO DE TEA



(*)

Tto Clínico Salud Mental: Tto farmacológico si precisa

Intervención psicoterapéutica con el menor

Orientación psicoterapéutica y entrenamiento a padres

Seguimiento del tratamiento clínico

Intervención Educativa: Orientación a familias y educadores

Derivaciones a C.A.T.

Adaptaciones del currículo

Los informes de confirmación diagnóstica o de seguimiento se entregarán a las familias para su remisión al Pediatra, Salud Mental o Servicio de Orientación. En aquellos casos que se considere necesario, con el consentimiento de los padres o tutores legales, se remitirá directamente al Servicio correspondiente, garantizando en todo caso la confidencialidad de los datos del paciente.

DESCRIPCIÓN DEL PROTOCOLO TEA

Fase 1.- Detección inicial del Trastorno del Espectro Autista (TEA).

El objetivo de esta fase es identificar aquellos menores que, por sus conductas, podamos sospechar que presentan TEA. Se abre el proceso cuando la familia, el centro educativo o en las revisiones sanitarias del Programa de Atención al niño y Adolescente, aparece esta sospecha. Es el Pediatra quien valora si cumple los criterios de sospecha según la edad (6-12-15 meses y de 3 a 11 años con indicadores de Alarma Anexo I, II, III y IV), y desde los 18-36 meses signos de Alarma (Anexo III y IV) y M-Chat (Anexo XVI). Si no los cumple cierra el proceso, y si los cumple los derivará a los equipos sanitarios especializados, dependiendo de la edad del menor, para su evaluación diagnóstica.

Respecto al ámbito educativo es fundamental, según se propugna como principio en la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE, artículo 73.3), la identificación temprana de las necesidades educativas especiales del alumnado, así como la atención integral del mismo. En el mismo sentido, el Decreto 359/2009, de 30 de octubre, por el que se establece y regula la respuesta educativa a la diversidad del alumnado en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, hace hincapié en la detección, la prevención y la atención temprana de las necesidades específicas de apoyo educativo (artículo 2.2).

Desde estos planteamientos legislativos, cuando desde el centro educativo (sea Escuela Infantil, Centro de Educación Infantil y Primaria o Instituto de Educación Secundaria, en su caso) se tengan fundadas sospechas de la posible existencia en un alumno o alumna con un trastorno del espectro autista, se deben comunicar, de manera efectiva y adecuada, a los servicios de orientación educativa del centro escolar (Equipo de Atención Temprana -EAT-, equipo de sector -EOEP- u Orientador del centro), así como a su familia. El objetivo es, como hemos comentado, que el pediatra o el médico de familia, con las informaciones técnicas pertinentes, valore si, en efecto, dicho alumno o alumna cumple criterios de sospecha de TEA. A criterio de los mencionados servicios de orientación educativa, en este proceso inicial puede también intervenir el Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica Específico de Autismo y otros Trastornos Graves del Desarrollo, de la Consejería de Educación. Por otra parte, esos mismos servicios de orientación educativa deben, en función de las necesidades detectadas inicialmente en el alumno o en la alumna -aunque no se haya establecido aún un diagnóstico definitivo-, y con criterio de adecuada inmediatez, orientar a la familia para que su hijo o hija reciba la necesaria atención especializada en un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT), o en cualquier otro servicio de apoyo especializado.

Los servicios de orientación educativa de la Consejería de Educación, Formación y Empleo (Equipo de Atención Temprana hasta los 3 años y los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica u Orientadores en centros educativos a partir de esa edad) elaborarán informes técnicos (según modelo establecido, que figura en los anexos VI y VII), que harán llegar a la Sección de Neuropediatría o al Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) correspondiente en su caso. Estos servicios de orientación educativa recibirán, asimismo, informes protocolizados (anexos IX y X) del ámbito médico-sanitario (Neuropediatría y Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil).

Fase 2.- Diagnóstico de TEA.

El objetivo de esta fase es confirmar el diagnóstico de TEA o, en su caso, cerrar el proceso. Dependiendo de la edad y la posible patología se abrirán los siguientes itinerarios:

DE 6-12 MESES

El Pediatra *derivará a Neuropediatría* que, si confirma neuropatología, instaurará tratamiento neuropatológico y hará su seguimiento, aportando con la familia informe para su Pediatra y para el EAT de referencia. Si no existe neuropatología cerrará el proceso con un informe a pediatría; pero si hay sospecha de psicopatología deriva al Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de referencia (Anexo IX).

Si el CSMIJ no confirma diagnóstico de TEA cerrará el proceso con un informe a pediatría y si lo confirma pondrá tratamiento psicopatológico y, a través de la familia, aportará informe con el diagnóstico y tratamiento a pediatría y al EAT de referencia (Anexos X y XI).

DE 12-36 MESES

El pediatra derivará al Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de referencia y a Neuropediatría si existe sospecha neuropatológica (Anexos XIII y XIV).

El Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil, si no confirma diagnóstico de TEA cerrará el proceso con un informe a pediatría y si lo confirma pondrá tratamiento psicopatológico y, a través de la familia, aportará informe con el diagnóstico y tratamiento a pediatría y al EAT de referencia (Anexos X y XI). Si aparece sospecha de neuropatología derivará al servicio de Neuropediatría para diagnóstico y tratamiento neuropatológico (Anexo XI).

Si en *Neuropediatría* se confirma neuropatología, se instaurará tratamiento neuropatológico y hará su seguimiento, aportando con la familia informe para su pediatra y EAT y CSMIJ de referencia (Anexo IX). Si no existe neuropatología, a través de la familia aportará informe igualmente a CSMIJ, a pediatría y al EAT de referencia.

MAYORES DE 3 AÑOS

El Pediatra, o médico de familia en su caso, derivará al *Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil* de referencia (Anexo XIV). Si no confirma diagnóstico, a través de la familia aportará informe a pediatría (Anexo XI), o médico de familia, y cerrará el proceso. Si confirma diagnóstico de TEA, aportará informe a pediatría (Anexo XI) y al Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica de Sector (EOEP) o al Orientador (Anexo X), en su caso, con el diagnóstico y el tratamiento psicopatológico. Si aparece sospecha neuropatológicas, el CSMIJ derivará a Neuropediatría para confirmar diagnóstico y tratamiento (Anexo XI).

Aunque la confirmación diagnóstica definitiva se debe realizar en el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil, los servicios de orientación educativa de la Consejería de Educación (con la colaboración del EOEP Específico de Autismo y otros Trastornos Graves del Desarrollo de la misma Consejería, si se estima necesaria) tienen que establecer, para la adecuada provisión de servicios y apoyos del ámbito educativo, si las necesidades educativas especiales de este alumnado están vinculadas a un trastorno del espectro autista. Estos servicios de orientación educativa harán llegar a los servicios médico-sanitarios tales propuestas recogidas en el informe psicopedagógico y, asimismo, recibirán por parte de estos últimos un informe sobre el diagnóstico y el tratamiento del alumno o de la alumna.

Fase 3.- Intervención Clínica, Educativa y Seguimiento.

El objetivo de esta fase es realizar el tratamiento clínico y educativo, así como su seguimiento. Dependiendo de la edad y de la patología se realizará la intervención y el seguimiento.

DE 6-12 MESES

Neuropediatría realizará el tratamiento neuropatológico y su seguimiento si se confirmó el diagnóstico neuropediátrico. Aportará informe (Anexo IX), a través de la familia, del tratamiento y evolución a pediatría, EAT y CSMIJ (en este último caso si es paciente también de CSMIJ).

El *Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil* de referencia realizará tratamiento psicopatológico y seguimiento del TEA si confirmó el diagnóstico TEA, y aportará informe, a través de la familia, del tratamiento y evolución a pediatría y EAT (Anexos X y XI).

El Equipo de Atención Temprana (EAT), orientará la adecuada intervención educativa, enviando informe psicopedagógico que incluye el tratamiento y seguimiento tanto al Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil como a pediatría.

DE 12 -36 MESES

El Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de referencia realizará tratamiento psicopatológico y seguimiento del TEA si se confirma el diagnóstico y aportará informe, a través de la familia, del tratamiento y evolución a pediatría y EAT (Anexos X y XI).

Neuropediatría realizará el tratamiento clínico y su seguimiento si se confirmó el diagnóstico neuropediátrico. Aportará informe, a través de la familia, del tratamiento neuropatológicos y evolución a pediatría, EAT y CSMIJ, si está en seguimiento también de CSMIJ (Anexo IX),

De igual modo que en la etapa anterior, el Equipo de Atención Temprana (EAT), orientará la adecuada intervención educativa, enviando informe psicopedagógico que incluya el tratamiento y seguimiento tanto al Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil como a pediatría.

MAYORES DE 3 AÑOS

El Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de referencia, realizará tratamiento psicopatológico y seguimiento del TEA si se confirma el diagnóstico y aportará informe, a través de la familia, del tratamiento y evolución a pediatría y al Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica o, en su caso, al Orientador del centro educativo (Anexos X y XI).

Neuropediatría, realizará el tratamiento neuropatológico y su seguimiento si se confirmó el diagnóstico neuropediátrico. Aportará informe, a través de la familia, del tratamiento neuropatológico y evolución a pediatría, EAT y CSMIJ, si está en seguimiento de CSMIJ (Anexo IX),

De la misma manera que el EAT en la franja de edad 6-36 meses, el Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP), o el Orientador en su caso, orientará la adecuada intervención educativa, enviando informe psicopedagógico que incluya el tratamiento y seguimiento tanto al Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil como a pediatría o, en su caso, médico de familia.

ORIENTACIONES PARA EL PROFESORADO

1. Introducción

El profesor Ángel Rivière escribía en 1997 que “el tratamiento de las personas con autismo es largo, complejo, paciente, sin milagros pero sí con lentos avances” (citado por Tortosa, 2008). En la LOE, en su artículo 71,3, se señala que “las Administraciones educativas establecerán los procedimientos y recursos precisos para identificar tempranamente las necesidades educativas del alumnado con necesidad específica de apoyo educativo. La atención integral a este alumnado se iniciará desde el mismo momento en que dicha necesidad sea identificada y se registrará por los principios de normalización e inclusión”. En nuestra Comunidad Autónoma, el Decreto 359/2009, de 30 de octubre, por el que se regula y establece la respuesta educativa a la Diversidad, determina como deberá ser la respuesta educativa al alumnado con necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad, regulando la variedad de programas, actividades y recursos puestos en marcha para responder de manera más ajustada a este alumnado.

Dentro del alumnado con necesidades educativas especiales, los alumnos con autismo y otros Trastornos Generalizados del Desarrollo, destacan como una de las poblaciones más enigmáticas y atrayentes, tal vez debido a la falta de marcadores físicos y biológicos evidentes de sus alteraciones. Las siguientes orientaciones para mejorar la respuesta educativa, se refieren a todo el alumnado con Trastornos del Espectro con Autismo (en adelante TEA), que se habrán de adecuar a cada una de estas personas, comprendiéndolas, favoreciendo su desarrollo y mejorando su calidad de vida.

Parece aceptado por todos que los procesos de aprendizaje y el desarrollo evolutivo están alterados, que no retrasados, en las personas con TEA; también se sabe que dentro del perfil del Espectro Autista, las personas con autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo, son muy diferentes entre sí, encontrando diferentes subtipos y sintomatología. Es por esto, que se puede afirmar, que si ya es difícil encontrar un ser humano igual a otro, en el caso de personas con TEA, esto es aún más difícil, aunque sí parece que existen algunos hechos constatados en cuanto al aprendizaje para este alumnado. Dentro de la diversidad de este alumnado, se puede diferenciar entre los llamados Autistas de alto nivel, que algunos autores identifican con el Síndrome de Asperger, y los TEA con discapacidad intelectual asociada, que son la mayoría del alumnado escolarizado en nuestros centros.

Como ya es sabido, la intervención educativa adecuada es fundamental en la mejora de la calidad de vida de las personas con TEA, como decían Schrei-

bman y Koegel en 1981 (citados por Rivière, 1998), “los niños autistas pueden aprender, pero parece que sólo lo hacen en condiciones de aprendizaje muy cuidadas. No aprenden apenas a menos que se sigan, de forma muy escrupulosa, reglas específicas de enseñanza, identificadas a través de la investigación en el área del aprendizaje. En el tratamiento de las personas autistas, el control adecuado del medio para producir aprendizaje es actualmente el recurso esencial, y bastan pequeñas desviaciones en la conducta del profesor para que se produzcan graves perturbaciones en el aprendizaje del niño autista”.

La intervención educativa con este alumnado ha de estar orientada en su globalidad a responder de manera adecuada a las necesidades educativas derivadas de estos trastornos, y a conseguir la mejora de los aprendizajes necesarios para la comunicación, la interacción social y el desarrollo curricular. Es fundamental la elaboración de programas de intervención, y asegurar la coordinación necesaria entre todos los profesionales que posibilitarán la coherencia en el desarrollo de la respuesta educativa, intercambio de información sobre pautas a seguir, logros conseguidos, tareas a reforzar, etc., así como favorecer una estrecha y sistemática comunicación con la familia.

En el ámbito escolar, los profesionales de la orientación educativa, con el asesoramiento, en su caso, del EOEP Específico de Autismo y otros Trastornos Graves del Desarrollo, juegan un papel importante en la valoración, el diagnóstico y el asesoramiento al profesorado y a las familias; la intervención educativa irá precedida de la pertinente evaluación psicopedagógica, realizada por el EAT, EOEP o por el DO, que permita identificar las necesidades educativas especiales de este alumnado, y determinar las ayudas necesarias que faciliten el máximo desarrollo de sus posibilidades y competencias.

2. Organización de la respuesta educativa

En la intención de mejorar la respuesta al continuo de necesidades educativas de los alumnos con TEA en los centros educativos, se propone el modelo de las adaptaciones curriculares; detallando las que se pueden realizar en los elementos de acceso al currículo y en los elementos básicos del currículo. En la medida que se tengan en cuenta las necesidades de los alumnos con necesidades educativas especiales (NEE) en la toma de decisiones curriculares (proyecto educativo y programaciones docentes) o de aula (programación de aula), serán menos necesarios los ajustes individuales para estos alumnos.

2.1. Adaptaciones en los elementos de acceso.

2.1.1. Adaptaciones de acceso en los elementos personales.

- Un centro educativo debe atender adecuadamente a todo su alumnado. Para las personas con TEA se realizarán los cambios organizativos que mejoren esa respuesta, a nivel de modalidades y tipos de apoyo, acción tutorial,

especial interés en la colaboración con la familia, coordinación de todos los implicados, actitudes y situaciones de interacción, delimitando conjuntamente los diferentes niveles de responsabilidad y campos de actuación.

■ Atender bien a estos alumnos puede requerir de recursos adicionales como personal de apoyo o especialistas (cuidadores, orientador, médico-psiquiatra de los servicios de salud mental y profesionales especializados en el tratamiento de estos alumnos) cuya necesidad debe contemplarse en el Proyecto Educativo de Centro (PEC). La presencia de otros adultos que apoyen la intervención directa con este alumnado, actuando de mediadores y facilitadores sociales, especialmente en los cursos iniciales, puede mejorar de forma sorprendente su integración y desarrollo. En la Región de Murcia, la Asociación ASTRADE (Asociación de los Trastornos del Desarrollo) a través del convenio de la Consejería de Educación, Formación y Empleo con FEAPS Murcia (Federación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual), apoya con profesionales al alumnado con TEA dentro de los centros educativos de nuestra región. Actualmente, están surgiendo nuevas asociaciones en la Región de Murcia como ASTEAMUR, ADAMUR o ASINTER, que también están realizando esta función dentro de los centros a través de nuevos convenios con la Consejería de Educación, Formación y Empleo de la Región de Murcia.

■ Especialmente, en el caso de los alumnos con TEA escolarizados en Centros de Educación Secundaria habrá que prestar especial atención al amplio abanico de materias curriculares y la consiguiente necesidad de adaptarse a diferentes profesores y a sus distintas metodologías de trabajo, la presencia “diluida” de la figura del tutor a la que estaba acostumbrado, la presencia de otros profesionales diferentes, la adaptación a la cantidad de tiempos no estructurados (recreos, cambios de clases, desplazamientos constantes, guardias y sustituciones), diferentes espacios físicos a los que adaptarse (aula de música, de idiomas, de informática, laboratorio, gimnasio), además de los problemas típicos de cualquier adolescente (cambios hormonales, oposición sistemática,...) acentuados con los asociados a estos alumnos (aparición de crisis obsesivas, hipersensibilidad visual y auditiva, episodios depresivos...). Todo ello requerirá una serie de actuaciones desde el principio a través de un adecuado plan de acogida, donde se recojan las necesidades y características de estos alumnos y se incluya la figura del tutor (que realmente lo tutorice), la de posibles compañeros tutores en las diferentes situaciones (especialmente en espacios no estructurados: recreos, cambios de clase, aseos, vestuarios, salidas), anticipaciones de los contextos que vivirá, así como el cuidado de los primeros contactos que se establezcan para evitar que se generen expectativas negativas hacia el centro que dificulten la adaptación del alumno al mismo.

■ El claustro contará con profesionales “expertos” en la atención al alumnado con TEA, que puedan dar pautas claras al equipo docente para la in-

tervención educativa más adecuada y para que procuren adaptar la metodología de trabajo de sus clases, en la medida de lo posible, al estilo de aprendizaje de este alumnado; en nuestra Región, se puede recurrir al Equipo Específico de Autismo y otros Trastornos Graves del Desarrollo. Sería aconsejable que se formara al profesorado previamente a la incorporación de los alumnos.

2.1.2. Adaptaciones de acceso en los elementos materiales. Para este alumnado, todas y cada una de las dependencias del centro y del entorno natural, que tengan un sentido funcional, van a ser contextos y espacios educativos, por lo que la programación por Espacios Estructurados y Entornos Educativamente Significativos será la respuesta más adecuada. Se buscará:

- Ambiente cuidado y agradable.
- Estructuración ambiental y temporal adecuada. Programas como PEANA y TEACCH serán característicos de los centros escolares que atienden a este alumnado.
- Materiales adecuados y motivadores.

En cuanto a los espacios y tiempos, serán elementos importantes a considerar los siguientes: Estructuración del horario escolar combinando los elementos del referente curricular y los tratamientos específicos, uso de materiales adecuados, estructura ambiental, uso de agendas, libros personales de centros de interés, pictogramas y carteles, etc. Suele funcionar bastante bien la presencia de rincones y lugares de trabajo concreto para cada actividad, así como mesas y espacios para el trabajo individual y en grupo.

Con respecto a los materiales procede señalar que son interesantes todos aquellos juguetes y objetos que estimulen la percepción y las sensaciones, del tipo de los materiales usados en la Estimulación Basal y la Estimulación Multisensorial, y especialmente, destacar los recursos tecnológicos e informáticos (las tecnologías de la información y la comunicación proporcionan un caudal de recursos y materiales impresionante: ordenadores, agendas personales, pizarras digitales interactivas, tablet, móviles, programas infantiles y de adulto, realidad virtual y aumentada, robots, etc., pueden ser muy útiles si se utilizan de forma adecuada).

2.1.3. Adaptaciones en la comunicación: Sistemas de Comunicación Aumentativa y Alternativa, actualmente denominados Sistemas de Comunicación Aumentativa (SCA). En la medida de lo posible serán conocidos y usados por la comunidad educativa; entre ellos se destacan el Programa de Comunicación Total de Benson Schaeffer (1980) y el PECS (Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes), teniendo en cuenta que el uso de un SCA no excluye a los demás, y que lo importante es crear contextos comunicativos, que favo-

rezcan las interacciones sociales y comunicativas, y que para ello pueden usarse recursos muy variados. Por supuesto que será muy importante extender el conocimiento de los vehículos de comunicación utilizados a todas las personas que se relacionan con este alumnado. Las tecnologías de la información y la comunicación han cambiado en los últimos años el panorama de la intervención en la comunicación con el alumnado con TEA.

2.2. Adaptaciones en los elementos básicos del currículo.

2.2.1. Adaptaciones en el qué enseñar.

Se ha de promover el desarrollo normalizado con un currículo basado en los siguientes criterios:

- Objetivos adecuados a la evolución del niño.
- Se tomará como referencia el desarrollo normal.
- Objetivos funcionales, promoviendo la mayor autonomía posible y el trabajo autónomo.
- Con validez ecológica, que favorezcan la adaptación a sus medios naturales.

Se considerarán las siguientes orientaciones:

- Serán prioritarios los objetivos relacionados con la interacción social y actividad funcional con objetos; la comunicación, representación simbólica e imitación; el desarrollo motor y las habilidades de autonomía; que sean realistas y funcionales.
- Procurarles ambientes muy estructurados, predecibles y fijos, evitando los contextos poco definidos y caóticos, para facilitar sus posibilidades de anticipación. Un ambiente estructurado es aquel donde el niño sabe y conoce las pautas básicas de comportamiento, tiene seguridad de lo que se espera de él, el adulto dirige y organiza las diferentes situaciones, con rutinas y así predecible.
- Además de la estructuración ambiental conviene utilizar el aprendizaje sin error; su uso consiste en no atender a los errores y procurar que la posibilidad de los mismos sea mínima, adaptar los objetivos al nivel evolutivo del niño-a, asegurar la adquisición previa de los objetivos de conducta que se pretenden enseñar, descomponer al máximo los objetivos educativos, controlar la presentación clara de los estímulos discriminativos y neutralizar los irrelevantes, evitar factores de distracción y ambigüedad en la situación educativa, mantener motivada a la persona mediante el uso de reforzadores suficientemente poderosos y reconocerle los logros adquiridos.

- Otra técnica metodológica fundamental en el proceso de enseñanza-aprendizaje a seguir, es el Encadenamiento hacia atrás, que consiste en descomponer la secuencia de un determinado aprendizaje en objetivos de conducta muy delimitados, proporcionar total ayuda para la realización de la conducta completa, e ir desvaneciendo las ayudas desde el final hacia delante, de modo que la persona realizará la conducta con cada vez menos ayuda; lo último que realizará por sí sola, será el primer paso de la secuencia.
- Utilizar en ocasiones el entrenamiento o la enseñanza incidental, es decir, cuando los episodios de enseñanza son iniciados por la persona en lugar y contenido; se trata de aprovechar los imprevistos de lo cotidiano como objeto de aprendizaje. El adulto ha de estar alerta a estas iniciativas adaptándose a las nuevas circunstancias, reforzando de forma natural las respuestas adecuadas.
- Es fundamental responder consistentemente ante conductas comunicativas verbales o gestuales (miradas, coger al adulto de la mano, acercarse a un objeto y mirarlo) y aunque estas conductas no sean intencionales, se les atribuirá ese sentido para hacerlas funcionales.
- Para favorecer la ocurrencia de la función comunicativa de petición es necesario manipular algunos aspectos o situaciones que eliciten con mayor probabilidad estas conductas: colocar los objetos que le gusten fuera de su alcance y esperar a que realice algún acercamiento o tipo de petición, preguntarle, acercarle el objeto y cuando extienda el brazo, dárselo y reforzarle el intento.
- Dada su capacidad para lo visual, utilizar apoyos como: dibujos, fotografías, pictogramas, tarjetas, televisión, vídeo, ordenador, etc. Estar atentos a su fascinación por los detalles.
- Evitar hacer preguntas indefinidas, evitar modismos, dobles significados, sarcasmos, bromas. Ser “concretos” en todas las interacciones, ser “claros”: ¿Qué queremos? ¿Qué esperamos de él?
- En el tratamiento de las conductas problemáticas (rabietas, conductas autolesivas y heteroagresivas, etc.) se actuará siguiendo las tesis de la Intervención Comunicativa y el Apoyo Conductual Positivo; así en el caso de conductas autolesivas y heteroagresivas se actuará impidiendo su refuerzo, interviniendo con conductas alternativas y/o incompatibles. Es importante observar los estímulos que preceden a las autolesiones y las consecuencias que se obtienen tras su realización. Técnicas como evitar los estímulos desencadenantes, la extinción, el “tiempo-fuera” han de ser tenidas en cuenta; realizar el análisis funcional de la conducta y pensar que el 90% de estas conductas tienen una intención comunicativa (petición, escape y llamada de atención), y que si ésta se conoce habrá que enseñar a lograr lo mismo con habilidades más sociales y comunicativas.

- Otras técnicas que pueden utilizarse en el tratamiento de estas alteraciones, al margen de la modificación de conducta, son las de corte cognitivo, como las técnicas de Autocontrol y Autoinstrucciones, donde se enseñan al niño competencias básicas para controlar o regular su propio comportamiento, de manera que las acciones del alumno o alumna ajustadas al contexto, se llevan a cabo a través de mediadores manejados y controlados por ellos.

- En cuanto a la comunicación, cuando no existe lenguaje oral o éste es ecológico y no funcional, es aconsejable implantar algún SCA, como el Programa de Comunicación Total – Habla Signada de Benson Schaeffer, que no sólo no limita ni impide el desarrollo del lenguaje oral, sino que lo facilita, organiza y desarrolla. Este sistema alternativo, de signos, está muy estructurado y utiliza un procedimiento de enseñanza muy apropiado (moldeamiento físico, encadenamiento hacia atrás, espera estructurada, reforzamiento natural y social, y desarrolla la espontaneidad). De igual forma, el PECS, Enseñar a Señalar y Estrategias Visuales para la Comunicación serán herramientas que facilitarán y desarrollarán la comunicación verbal y no verbal.

2.2.2. Adaptaciones en el cómo enseñar.

La intervención educativa según Rivière (1998, página 48):

- Se basa en el aprendizaje sin error y no por ensayo y error.
- Implica una valoración cuidadosa de los requisitos y significados evolutivos de los objetivos y procesos de aprendizaje que se piden del niño.
- Produce aprendizaje y desarrollo en contextos lo más naturales posible.
- Valora en alto grado el carácter funcional y la utilidad para el desarrollo posterior de los objetivos de aprendizaje.
- Se centra en los objetivos positivos más que en los negativos. Trata de disminuir las conductas disfuncionales a través de procesos de adquisición de pautas funcionales alternativas.
- Es necesario que en todos los ámbitos sociales en que el niño se mueva, exista coherencia en cuanto a objetivos y procedimientos educativos.
- Da especial prioridad a aquellos objetivos que se refieren a las competencias comunicativas, desde perspectivas pragmáticas y funcionales.
- Trata de estimular los procesos de aprendizaje y desarrollo en ambientes que sean lo menos restrictivos posible (principio de mínima restrictividad ambiental).

- Al mismo tiempo, define los niveles de estructura y predictibilidad ambiental imprescindibles para que el desarrollo se produzca, pues ayudan al niño a anticipar y comprender los sucesos del medio.
- Emplea a los iguales y las figuras adultas significativas como agentes importantes de cambio evolutivo, para lo que las capacita para que puedan jugar un papel de coterapeutas.

Insistir en la relevancia de la estructura educativa (inversamente proporcional al nivel cognitivo y habilidades comunicativas de los alumnos) que favorece las relaciones de contingencia y anticipación y facilita el uso de procedimientos operantes y claros; en la disposición de claves contextuales que funcionen como marcadores socio-cognitivos, en el diseño de actividades para la generalización de los aprendizajes, y en la atribución consistente de intenciones sociales y comunicativas. Para fomentar las interacciones sociales se han de cuidar los agrupamientos (situar al alumno con TEA con los compañeros que mejor pueda trabajar) y se han de programar entornos cooperativos con actividades colectivas que favorezcan actitudes de respeto, colaboración, participación y tolerancia. Los grupos funcionarán mejor cuanto menor sea su tamaño. Aprendizaje cooperativo y enseñanza tutorada son recursos muy adecuados para organizar las dinámicas de las aulas, además de técnicas como el aprendizaje sin error, el encadenamiento hacia atrás, la enseñanza incidental, las técnicas de incitación y modelado, la espera estructurada, la interrupción de respuesta y el uso de recursos de varias modalidades de percepción, especialmente los visuales.

El tema de las ayudas adecuadas es clave para favorecer la motivación en el proceso de enseñanza-aprendizaje de las personas con TEA. Además de partir siempre de lo conocido y del nivel alcanzado hay que secuenciar debidamente las actividades y reforzar sólo los intentos y los logros, evitando que se produzcan errores. En principio las ayudas pueden ser físicas (moldeamiento, encadenamiento hacia atrás, ayuda total), visuales (modelado, carteles, pictogramas, palabras, secuencias, referencias de color) y verbales (instrucciones más sencillas, explicaciones, ánimos y refuerzo, instigación). La metodología TEACCH (Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y otros Problemas de Comunicación) que se basa fundamentalmente en la Estructura y las Ayudas Visuales, es idónea en el trabajo diario con este alumnado, especialmente en la organización de las Aulas Abiertas y aulas específicas que escolarizan alumnos autistas.

2.2.3. Adaptaciones en la Evaluación.

Consiste en evaluar el grado de aprendizaje y determinar si la ayuda ofrecida al alumno ha sido la adecuada. Las personas con TEA requieren de formas e instrumentos diferentes de evaluar que tengan en cuenta su falta de generalización de los aprendizajes en distintos ambientes, los grandes desfases en áreas que deberían correlacionar según modelos piagetianos y evolutivos, la poca resistencia a la frustración por lo que necesitan aprendizajes sin error, la conve-

nencia de contar con refuerzos especiales como golosinas, alimentos, objetos fetiche o música para conseguir una mejor ejecución. Su falta de comprensión del mundo social dificulta y casi anula la administración de pruebas y cuestionarios psicométricas y estandarizadas. En los cursos superiores se considerarán sus características y dificultades, por ejemplo para la escritura, y se facilitará la realización de pruebas orales, disponibilidad de más tiempo, disponibilidad de ayudas visuales, y cualesquiera otras que faciliten la comprensión y expresión oral y escrita.

La evaluación siempre incluirá registros, inventarios de conducta y observaciones con o sin estructuración, cuestionarios y Escalas de Desarrollo y del Espectro Autista, referentes a la propuesta curricular individualizada y a los distintos contextos educativamente significativos, y por supuesto cuestionarios y entrevistas a la familia y profesionales que inciden en la intervención educativa y posibilitan su seguimiento.

Otra parte fundamental de la evaluación será la propia sobre el centro, en la línea de preguntarnos si los diferentes elementos del mismo favorecen la respuesta educativa más adecuada a las personas con TEA. Para ello sería necesario la elaboración de una guía de reflexión del centro donde periódicamente se revisará la práctica educativa, se evaluará si las propuestas educativas asumidas en los centros son adecuadas, y se orientará sobre la toma de decisiones sobre el tipo de modificaciones necesarias para ajustar y mejorar la respuesta educativa.

Además de la evaluación del alumno que será inicial, procesual y sumativa; es imprescindible evaluar la interacción con el tutor y demás elementos personales, adultos y compañeros, y por supuesto todo el contexto de aula: espacio, mobiliario, recursos y materiales, iluminación, etc. La utilización del vídeo nos facilitará una evaluación más objetiva y permitirá un mejor seguimiento del proceso de enseñanza-aprendizaje, de las actividades e interacciones del alumno, pero también como autoevaluación del equipo docente.

En el caso de las personas con TEA se atenderán especialmente los siguientes aspectos:

- Problemas para aprender mediante la observación e imitación.
- Tendencia al cansancio y al negativismo.
- Graves dificultades para generalizar los aprendizajes.
- Dificultad para establecer significantes y asignar relevancias.
- Dificultades para la resolución de problemas.

- Hiperselectividad atencional y atención paradójica.
- Falta de consistencia en las reacciones a la estimulación.
- Ausencia de motivación de logro.
- Resistencia a las actividades nuevas y a los cambios en general.
- Presencia de conductas obsesivas, rutinas y estereotipias que focalizan su atención.
- Problemas de aprendizaje en situaciones grupales y para compartir.
- Mejor tolerancia a la mediación del adulto.
- Preocupación excesiva por los detalles y partes y formas de objetos.
- Motivaciones sociales, sensoriales, lúdicas diferentes.

Indicadores que nos pueden servir para la evaluación de estos alumnos son:

- Aumento en los intentos de participación en las diferentes actividades.
- Participación más prolongada en juegos y tareas.
- Reducción de comportamientos no adecuados (llantos, rechazos, etc.).
- Manifestaciones de actitudes positivas hacia las personas y situaciones (expresiones faciales, gestos de complacencia).
- Señales fisiológicas de bienestar (tono relajado, respiración pausada).
- Manifestaciones de agrado o desagrado y preferencias.
- Disminución de ayudas para participar en las diferentes actividades o entornos.

3. Conclusión.

Y para concluir estas orientaciones, se hará con otro texto de una autora también muy relevante, Mary Warnock (1978), que en su famoso informe escribe: "En lo sucesivo, ningún niño debe ser considerado ineducable... La educación es un bien al que todos tienen derecho... Los fines de la educación son los mismos para todos, independientemente de las ventajas o desventajas de los diferentes niños. Estos fines son, primero, aumentar el conocimiento que el niño tiene del mundo en que vive, al igual que su comprensión imaginativa tan-

to de las posibilidades de ese mundo como de sus propias responsabilidades en él; y, segundo, proporcionarle toda la independencia y autosuficiencia de que sea capaz, enseñándole con este fin lo necesario para que encuentre un trabajo y esté en disposición de controlar y dirigir su propia vida. Evidentemente los niños encuentran diferentes obstáculos en su camino hacia este doble fin; para algunos, incluso los obstáculos son tan enormes que la distancia que recorrerán no será muy larga. Sin embargo, en ellos, cualquier progreso es significativo". Palabras referidas al mundo de las NEE en general, pero que resumen de manera brillante la respuesta educativa que requiere nuestro alumnado con TEA.

El autismo, y por extensión el resto de trastornos asimilables desde el punto de vista educativo, es algo más que una entidad objeto de estudio e investigación, es ante todo, una condición que afecta al día a día de las personas con TEA y sus familias; se ha mostrado cómo se ha de dar respuesta educativa desde el centro a este alumnado, lo importante que es su tratamiento en el Proyecto Educativo y las programaciones docentes, de cómo en la medida que ello se hace bien, son menos necesarias las adaptaciones a nivel de aula e individuales. Se ha destacado la importancia de la coordinación y la colaboración de todos los profesionales que intervienen, así como de la familia, papel relevante, único e insustituible. Especialmente en el caso de nuestro alumnado con TEA, la colaboración y participación de los familiares en los programas educativos favorece el desarrollo del alumno, la generalización y reforzamiento de aprendizajes a otros contextos diferentes del escolar y, además, facilita que estos aprendizajes sean más estables y duraderos en el tiempo. La vida de una persona con TEA es mucho más larga que los años de escolaridad obligatoria, y sus necesidades educativas se extienden más allá del ámbito escolar; además, los profesionales cambian, y son los padres los que permanecen durante más tiempo junto a ellos. Si de partida, uno de los principales fines educativos es mejorar la calidad de vida de las personas con TEA y sus familias, parece evidente que no se puede intervenir de espaldas a ellos y se ha de conocer y considerar sus expectativas y necesidades personales específicas.

4. Bibliografía.

1. Arnáiz P, Álvarez-Castellanos Niñerola ML. El PCC: Autismo y Atención a la Diversidad. Universidad de Murcia. Murcia: Ed. Editum; 1995.
2. Consejería de Educación, Formación y Empleo. Atención educativa al alumnado con Autismo y otros Trastornos Generalizados del Desarrollo. Consejería de Educación, Formación y Empleo. Murcia; 2010. Disponible en: http://orientamur.murciadiversidad.org/gestion/archivos/noticias/tgd_prueba_4.pdf
3. Herrero JM. Trastornos Generalizados del Desarrollo. Atención Educativa. Consejería de Educación, Formación y Empleo. Murcia; 2010. Disponible en: [http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=32463&IDTIPO=100&RAS_TRO=c148\\$m22398](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=32463&IDTIPO=100&RAS_TRO=c148$m22398)

4. Lozano J, García R. Adaptaciones Curriculares para la Diversidad. Murcia: KR; 1999.
5. Riviere A, Martos J. El tratamiento del Autismo. Nuevas Perspectivas. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y APNA; 1998.
6. Riviere A. Autismo. Orientaciones para la intervención educativa. Madrid: Trotta; 2001.
7. Tortosa F. Intervención educativa en el alumnado con trastornos del espectro autista. Servicio de Atención a la Diversidad. Consejería de Educación, Ciencia e Innovación. Murcia; 2008. Disponible en: <http://teleformacion.carm.es/moodle/mod/resource/view.php?id=86775>
8. Trastornos del desarrollo y logopedia. Portal Open Course Ware. Instrumentos para evaluación del autismo y síndrome de Asperger. Universidad de Murcia. Disponible en: <http://ocw.um.es/cc.-sociales/trastornos-del-desarrollo-y-logopedia/lectura-obligatoria-1/tema7.pdf>
9. Wing L. El autismo en niños y adultos. Barcelona: Paidós; 1998.

ORIENTACIONES AL PERSONAL SANITARIO

Introducción

Los profesionales sanitarios que tratamos con personas con trastornos del espectro autista (TEA) debemos conocer las peculiaridades de estos pacientes y como hacerles la visita sanitaria más agradable.

Las personas con TEA pueden padecer los mismos problemas de salud que el resto de la población aunque presentan una mayor vulnerabilidad para ciertos problemas:

1. Síndromes y/o síntomas asociados

El TEA es más frecuente en cuadros sindrómicos como el de X frágil, Rett, Angelman, esclerosis tuberosa, West, Cornelia de Lange, Guilles de la Tourette, Prader-Willi, Down, ...

1.1. Epilepsia

Se presenta en las personas con TEA con mayor frecuencia que en la población general. Debido a las dificultades de comunicación, las crisis de ausencia pueden pasar desapercibidas. Además hay casos de epilepsia cuyas manifestaciones críticas son interpretadas como agudización de la conducta peculiar de estos niños.

1.2. Alteraciones sensoriales

Las personas con TEA pueden tener respuestas idiosincrásicas a los estímulos, e incluso diferentes umbrales de percepción sensorial (hiper o hiposensibilidad visual, auditiva e incluso dolorosa). Pueden no tener estrategias de defensa ante estímulos aversivos (no abrigarse en situaciones de frío, apretarse excesivamente una prenda, comer alimentos demasiado calientes, no distinguir temperatura del agua...). No podemos obviar tampoco que las dificultades de comunicación y de diagnóstico pueden influir en una infradetección de dificultades perceptivas (como dificultades visuales o auditivas)

1.3. Trastornos psiquiátricos

No son infrecuentes los casos de personas con TEA que desarrollan psicopatología asociada o secundaria (emocional, mental o conductual). Son casos de difícil diagnóstico debido al solapamiento y a las dificultades comunicativas de estas personas.

Las **dificultades de atención** a ciertos aspectos del ambiente son características de niños con TEA. Esto puede manifestarse por una pobre discriminación, por enfocar estímulos insólitos o parciales y por cambios rápidos de foco de atención, que pueden asociarse con **hiperactividad**.

La ansiedad es un problema común y puede estar causada por la evitación del contacto social (ansiedad social), por interferencias con rituales o rutinas o ser consecuencia de aversiones específicas (miedos/fobias) limitando la participación en actividades.

Los **comportamientos obsesivo-compulsivos y rituales** están frecuentemente asociados y pueden surgir de intereses limitados o estereotipias. La excitación acompaña a menudo al comportamiento ritualista, por lo que los intentos por obstruir o distraer a la persona con TEA de realizar la conducta en cuestión pueden fácilmente generar reacciones explosivas o agresiones, debidas a la ansiedad.

Trastorno del humor. Síntomas como pérdida de interés en actividades habituales, fatiga inexplicable, cambio de hábitos de sueño (aumento o disminución), cambio del apetito (aumento o disminución), cambio de la concentración/cognición, y signos de angustia, como gemidos o gritos sin razón evidente, pueden reflejar depresión clínica. La disminución del tiempo de sueño, aumento de nivel de actividad, agresión no provocada, desinhibición (p.ej., sexual), aumento de apetito, irritabilidad y vértigo o la alegría, sobre todo si son cíclicos, pueden sugerir el trastorno bipolar. A veces la pista principal es la periodicidad de cualquier tipo de conducta (como agresión, etc), a menudo precedida de noches de insomnio inusuales.

1.4. Alimentación y nutrición

Son frecuentes los casos de personas con TEA que muestran una variedad limitada de preferencias de alimentos y, en ocasiones aversión a algunos de ellos. Esto puede ser debido al rechazo a la transición entre texturas, a alimentos de un color particular, a un aumento de la sensibilidad o a dificultades relacionadas con la hora de comer. Estas preferencias alimenticias pueden ser reflejo de la rigidez conductual de muchas de estas personas. Son frecuentes la presencia de rituales en las comidas (siempre en el mismo sitio, muy despacio, muy rápido, sin masticar casi, nulas normas educación -escupir lo que no les gusta, rigidez con el horario, etc). En ocasiones pueden beber compulsivamente o no hacerlo en absoluto. Sus elecciones alimenticias son percibidas por familiares o tutores como poco saludables o demasiado limitadas. Generalmente puede abrirse el abanico de opciones con programas de alimentación basados en la introducción lenta y programada de opciones más sanas de alimentos. Es también conveniente introducir pautas de comportamiento en la alimentación (higiene, ritmo, cantidad y sobre todo fomentar una alimentación equilibrada). Otros hábitos de riesgo pueden ser regurgitaciones constantes, atragantamientos, etc... Pese a todo, no son muy frecuentes los casos de desnutrición o mal-

nutrición. Casos de pica, coprofagia o sintomatología obsesivo-compulsiva con rituales alimenticios deberían remitirse a un especialista con experiencia en trastornos de alimentación en esta población.

1.5. Trastornos del sueño

Son un problema asociado bastante frecuente en personas con TEA, presentándose hasta en un 70 % de los casos. Incluyen dificultades en la conciliación del sueño, despertares nocturnos o repentinos, o más temprano de lo habitual y pueden ser de naturaleza conductual, reflejo de un desorden subyacente orgánico o una combinación de ambos. No sólo afecta el estado de salud de la persona que lo padece, sino que tienen un elevado impacto en la vida de la familia o tutores. Es un problema que debe ser abordado estableciendo las oportunas estrategias conductuales para asegurar una adecuada higiene de sueño e intervención médica para aquellos casos debidos a causas orgánicas incluyendo pruebas y medicación oportunas.

1.6. Problemas derivados de su comportamiento

Encontramos cierta tendencia a ser víctima de accidentes. Esto puede deberse a dificultades en la misma comprensión del sentido del peligro, a su forma de procesamiento de la información, a las dificultades de planificación de una acción de evitación adecuada o por generar una lenta o inadecuada respuesta a situaciones de riesgo.

Generado por las alteraciones sensoriales anteriormente comentadas, puede que muestren reacciones particulares a ciertas sensaciones. Estas alteraciones pueden obstaculizar las automáticas respuestas de evitación o de defensa ante estímulos aversivos. Por ejemplo, no abrigarse en situaciones de frío, no cubrirse ante la lluvia, apretarse excesivamente una prenda de vestir, comer alimentos demasiado calientes, lavarse con agua a excesiva temperatura, etc...

La presencia de hábitos sensoriales inusuales y potencialmente peligrosos puede generar situaciones de riesgo para la salud: quemaduras, laceraciones, inhalación de sustancias, pica, manipulación de heces,...

Incluso en casos de personas con buenas capacidades cognitivas, las dificultades sociales y la presencia de pensamiento inflexible o rígido generan la incomprensión y/o mala interpretación de situaciones que pueden suponer potenciales riesgos para la persona. Ej. Puede responder al contacto físico de forma inadecuada por vivirlo como una amenaza, lo que en ocasiones puede derivar en peleas.

La honestidad y falta de dobles intenciones que presentan las personas con TEA los hace fáciles víctimas para posibles situaciones de abuso (psicológico, sexual o físico).

2. Problemas derivados de tratamientos médicos

Generalmente son pacientes medicados, con la posibilidad de que se produzcan interacciones entre medicamentos. Además hay que tener en cuenta los efectos paradójicos en algunas personas con TEA de los tratamientos farmacológicos que siguen.

3. Dificultades en la atención sanitaria a personas con TEA

Las personas con TEA tienen dificultad para hacerse entender al expresar los síntomas que padecen, lo que dificulta el poder comunicar a las personas que se encargan de su cuidado diario y al personal médico la sintomatología o malestar. Sus necesidades pueden malinterpretarse pudiendo llegarse a diagnósticos erróneos debidos a estos problemas de comunicación. En muchos casos no podemos conocer con exactitud el tiempo que lleva experimentando molestias, ni la gravedad, intensidad u origen del malestar. Las familias a través del conocimiento estrecho que tienen de la persona con TEA y de la interpretación que hacen de su conducta pueden inferir que el estado de salud de dicha persona no es el habitual o el adecuado. Resulta especialmente relevante, cómo en esta interpretación de conductas, uno de los síntomas más frecuentes que reconocen las familias como indicio de enfermedad, es la falta de actividad, la apatía o descenso de las rutinas y obsesiones típicas de los TEA (paradójicamente un buen comportamiento, en ocasiones, es signo de estar frente a un estado no saludable). Conductas como autoagresiones pueden tener la función de aliviar algún dolor: personas que se golpean la cabeza cuando tienen un intenso dolor de cabeza, o que se golpean el vientre cuando tienen espasmos u otra molestia estomacal importante.

Encuentran dificultades para entender las reglas, consignas, demandas y expectativas de diferentes situaciones y profesionales sanitarios, pudiendo parecer desagradables o maleducados.

Ausencia o alteración de la interacción social, lo que dificulta el poder relacionarse con el personal sanitario.

Dificultades para la tolerancia de cambios y situaciones nuevas. Las personas con TEA, generalmente funcionan con agendas en las que se les estructura su jornada. La presencia de una situación de urgencia, por simple que parezca, supone la alteración de su rutina diaria y puede implicar la aparición de conductas problemáticas. Por ejemplo, ante la simple auscultación o exploración de garganta pueden producirse reacciones inesperadas al ser percibidas las acciones médicas como situaciones de riesgo.

Poca o nula tolerancia a las situaciones de espera y manejo de conceptos abstractos como el tiempo.

Dificultad para comprender la necesidad de mantener hábitos saludables de vida que repercutan en su bienestar: posturas adecuadas, hábitos de alimentación, etc.

Por parte del personal sanitario, las dificultades pueden aparecer por el desconocimiento de las características particulares en el trato con pacientes con TEA, personal cambiante a lo largo del proceso asistencial (cambios de médico,...), dificultades para llevar a cabo medidas que hagan el entorno más amigable, tiempos de espera, sobreestimulación sensorial por ruido excesivo, presencia de muchas personas desconocidas en las salas de espera o movimientos rápidos e impredecibles, y la rigidez en protocolos, procedimientos, materiales y procesos médicos.

4. Entorno sanitario deseable

Las personas con TEA requieren y merecen una especial comprensión de sus dificultades. Ética, legal y moralmente debemos ofrecerles las mejores prácticas disponibles. Para ello, además del conocimiento de los profesionales que los atiendan, nuestra capacidad de “ayudarles a explicarse” es imprescindible. Entendemos, que como el resto de ciudadanos, esta atención sanitaria debe tener lugar en la comunidad. Especialmente porque, aunque el uso de entornos comunitarios suponga a personas con TEA, familias y profesionales, el contacto con entornos menos previsible, es indudable que éstos fomentan y facilitan la inclusión social. La situación ideal de atención para evitar que reciban una atención inadecuada es el trabajo conjunto de los servicios de salud, servicios sociales, educación y sector asociativo de forma proactiva para ofrecer recursos dirigidos a las necesidades de estos niños y sus familias.

En muchos casos, la principal dificultad en hacer realidad este acceso al cuidado de la salud parte de un condicionamiento aprendido de la persona con TEA a los entornos sanitarios, fruto de muy negativas experiencias anteriores, que podrían haberse evitado.

El profesional sanitario que atiende a una persona con TEA debe tener una actitud vigilante sobre los posibles problemas de salud que puedan aparecer. Sólo así se evitarán casos de dificultades graves de salud consecuencia de la evolución o degeneración de pequeños problemas no atendidos. En este sentido es importante introducir desde los primeros años en los programas educativos con estas personas el entrenamiento en habilidades de autorregulación básicas como identificar fuentes de malestar físico, programas de autocuidado y comunicación de sensaciones de dolor. Deberemos instaurar un programa amplio de expresión/localización del dolor, basado en situaciones naturales. No olvidemos que además de prevenir futuros problemas de salud, nuestro objetivo debe ser siempre prestarle apoyos para que logren la mayor autonomía posible.

La situación prototípica de una persona con TEA que tiene problemas en los entornos sanitarios es fruto de experiencias de aprendizaje que se han de-

sarrollado con falta de adaptación a las necesidades que él o ella presenta. Los entornos accesibles lo son no sólo por la eliminación de barreras físicas, sino comunicativas, sociales e incluso ambientales.

Para esta persona a la que no le hemos anticipado ni explicado la situación, el mero hecho de acceder a las instalaciones donde tenga lugar la visita, ya supone “ser llevado” a un entorno nuevo y a priori incómodo para alguien que prefiere desenvolverse en ambientes conocidos y rutinarios.

Una consulta típica, empieza en la sala de espera, que suele ser un lugar ruidoso y lleno de personas, lo que lógicamente afecta a alguien con hipersensibilidad auditiva. Si la estancia allí se dilata, le generaremos más estrés: los tiempos de espera en inactividad son muy negativos para las personas con TEA, que ya en este momento no sólo está confuso y temeroso, sino que además sufre ya de una importante ansiedad. Por ello, la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia desde Mayo de 2011 ha desarrollado el **“Protocolo de Atención Sanitaria Preferente y Específico para las Personas Discapacitadas”**, que deberá ser conocido y salvaguardado por todos los profesionales de los centros sanitarios del Servicio Murciano de Salud que incluye fundamentalmente el desarrollo de dos líneas de actuación:

1.º Garantizar el derecho de acompañamiento de estas personas por parte del cuidador o acompañante durante la consulta o acto médico, si ello es compatible con la asistencia sanitaria. Este derecho tan sólo podrá limitarse cuando su ejercicio perjudique u obstaculice de forma grave y evidente su tratamiento.

2.º Procurar, en la medida en que la asistencia sanitaria lo permita en cada momento y situación, minimizar los tiempos de espera previos a las consultas o actos médicos, sean programados o no, a las personas discapacitadas que resulten beneficiarias de lo previsto en el presente protocolo.

Sin una explicación previa de lo que va a suceder, cualquier contacto físico (tomar la tensión, palpar, etc.) puede vivirse como una agresión y generar una reacción defensiva (huir, revolverse, golpear...). En este momento, puede solicitarse la colaboración de personal para ayudar en esta situación utilizando alguna forma de restricción o control físico que agrave aún más el problema. La ansiedad de la persona con TEA (que sigue sin entender la situación en absoluto) se incrementa ya a situación de pánico y parece no tener otra opción que defenderse de este “ataque”.

Un dilatado historial de experiencias desagradables como la descrita genera una fobia a estas situaciones que dificulta futuros accesos y que se muestra incluso en la evitación de los estímulos presentes: (ej. bata blanca).

Para que la visita pueda resultar lo más agradable posible, tanto a la persona con TEA como al equipo de profesionales sanitarios, la principal intervención

debe ser anticipar lo que va a ocurrir en todo momento a la persona con TEA, lo que supone proporcionarle explicaciones previas adaptadas a sus necesidades. En ello estarán implicados, tanto los tutores como los propios profesionales. Serán necesarias estrategias generales como proporcionar un entorno lo más seguro posible, que preste especial atención a los posibles problemas sensoriales, realizar aproximaciones sucesivas, no amenazadoras o mantener un claro sentido de estructura durante la visita. Pero, pese a estas estrategias globales, la intervención debe ser lo más individualizada posible, por lo que será necesario considerar previamente la historia personal y circunstancias familiares.

Una buena estrategia es realizar una serie de simulacros y ensayos previos

1. Anticipar la información.. Los familiares o tutores deben proporcionar a la persona información relevante y comprensible sobre qué va a hacer, dónde va a ir, cuándo, qué es lo que va a encontrar
2. Preparar la visita mediante visitas previas de “reconocimiento” para que no resulte extraño el centro sanitario.
3. Aguardar el mínimo tiempo en la sala de espera. Dadas las ya comentadas dificultades en las esperas debemos reducir dicho tiempo al mínimo posible, para lo que se recomienda seguir el protocolo de personas discapacitadas
4. Tolerar la exploración física: Los pasos del protocolo de exploración rutinaria, pueden ser entrenados previamente en entornos más familiares.

Es esencial que el equipo de atención médica sea creativo, que trate de mantener su sentido de humor y, en la medida de lo posible, preparar la visita con antelación:

- Los cuidadores/padres son los que le conocen mejor. Siempre preguntar qué funciona mejor y qué hay que evitar. Comentar el área social, comunicación, habilidades/limitaciones, hipersensibilidad, respuesta a ansiedad, experiencias previas que han funcionado. Fomentar la participación de los cuidadores en la consulta.
- Adaptar el entorno físico lo más posible: Controlar intensidad de luz, volumen...atención al tejido de la mesa de examen...
- Brevedad y simplicidad: Explicar breve y simplemente lo que vas a hacer, preferentemente con material visual o incluso un muñeco si es apropiado.
- Adaptar la comunicación: Tono de voz bajo, lenguaje simple, frases cortas, evitar lenguaje literal, ironías, frases hechas, dar instrucciones concretas y directas. Comprobar si se ha comprendido y no esperar comentarios espontáneos.

- La actitud de aceptación es crítica: Prepararte para trabajar en el suelo, en el regazo de los padres o donde la persona se sienta cómodo. Minimizar palabras y contacto físico, respetar espacio personal, no esperar contacto ocular, permitir que manipule el material si es seguro.
- Enfatizar lo positivo: Alabar conducta colaboradora, ignorar conductas extrañas.
- Atención a los momentos de ansiedad y conductas desafiantes.

Bibliografía

1. Álvarez Pérez R, Lobatón Rodríguez S, Rojano Martins MA. Las personas con autismo en el ámbito sanitario. Una guía para profesionales de la salud, familiares y personas con TEA. Federación de Autismo de Andalucía. 2007. Disponible en: <http://espectroautista.info/ficheros/publicaciones/las-personas-con-autismo-en-el-ambito-sanitario.pdf>
2. Consejería de Salud. Trastornos del Espectro Autista. Guía para su detección precoz. Junta de Andalucía, 2005. Disponible en: http://www.junta-deandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/infancia_y_salud/guia_autismo.pdf
3. Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado. Trastorno del Espectro Autista. Junta de Andalucía, 2010. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/tea/0_tea.pdf
4. Federación de Autismo de Castilla y León. Guía de actuación en urgencias para personas con Autismo. Junta de Castilla y León y Fundación ONCE. 2009. Disponible en: http://www.autismocastillayleon.com/documents/guia_urgencias.pdf.
5. Galbe Sánchez-Ventura, J. Cribado de los trastornos del espectro autista. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS. Actualizado octubre de 2010. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/autismo.htm>
6. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2006
7. SaludMadrid. Guía de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista. La atención en la red de Salud Mental. Comunidad de Madrid. Madrid: COGESIN S.L.U; 2008. Disponible en: <http://www.apfem.com/trastornos/2009-Comunidad-Madrid-guia-tea.pdf>

8. Sánchez Díaz D, Estébanez Ruiz S, Barela Prieto C, Hernández Corral L. Guía para la atención de niños con Trastorno del Espectro Autista en Atención Primaria. Gerencia Regional de Salud de la Junta de Castilla y León. 2006. Disponible en: <http://espectroautista.info/ficheros/publicaciones/guia-para-la-atencion-de-ninos-con-TEA.pdf>

ORIENTACIONES A LOS PADRES DE HIJOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

Los trastornos del espectro Autista (TEA) son a menudo desconocidos entre la población general y especialmente entre las familias. Por ello, es importante que los padres conozcan las características evolutivas del desarrollo normal del niño para percibir si existen anomalías que hagan pensar en la existencia de estos trastornos. Una vez confirmado el diagnóstico de Trastorno del espectro autista los padres presentan normalmente sentimientos negativos. Es preciso reconocer esos sentimientos y saber que hay que avanzar hacia otros más positivos, alejados de la culpa, la angustia, el dolor o la autocompasión.

El primer paso es pasar a la acción y mantener el contacto con la realidad. Es necesario que conozcan en qué ámbitos pueden intervenir tras el diagnóstico de su hijo y en qué aspectos deben centrar sus actuaciones. Para ello es importante tener información realista acerca del diagnóstico, la intervención educativa, sanitaria, social, los recursos que pueden utilizar y quién los puede ayudar en cada momento.

Los padres deben sentir que no están solos ante las circunstancias que están viviendo y que pueden acudir en busca del apoyo de los especialistas y de otros padres para solventar cualquier situación.

La información acerca de los Trastornos del Espectro Autista es muy abundante y los padres necesitan que sea clara y precisa, adaptada a sus necesidades de cada momento. Por otra parte, los especialistas que van a intervenir con su hijos también son muchos, por lo que es necesario conocerlos bien, tener en cuenta lo que cada uno puede ofrecer y el papel que desempeña en el transcurso del desarrollo evolutivo de su hijo.

Como orientación general los padres deben saber que tienen un hijo con un desarrollo diferente a otros niños de su edad pero que de igual manera pasará por las diferentes etapas evolutivas de otros niños y que las pautas educativas a seguir deben adaptarse a sus necesidades a lo largo de ese crecimiento.

1. Antes del diagnóstico

En el desarrollo temprano del niño (a partir del primer año de vida) existen algunos indicios que pueden hacer sospechar a los padres de la existencia de un Trastorno del Espectro Autista en su hijo. Algunos de estos indicios son los siguientes:

- Apenas mantiene el contacto ocular.
- No sonríe ni mira a la cara en respuesta a las sonrisas y a las llamadas de atención de otros.
- No responde cuando se le llama por su nombre, parece sordo.
- No imita gestos, palmitas, adiós...
- Tiene un retraso en la aparición de jerga comunicativa y de las primeras palabras
- Uso escaso o poco funcional del lenguaje. No usa gestos para hacerse entender a falta de lenguaje.
- Escasa respuesta ante juegos de interacción social como por ejemplo “los cinco lobitos”
- Presenta una pobre exploración de los objetos, con los que se limita a chuparlos, tirarlos, lanzarlos...
- Tiene patrones de movimiento raros y/o repetitivos.
- Aparente insensibilidad al dolor.
- Resistencia a los cambios y pataletas sin motivo aparente.
- Apego inusual a los objetos.

2. Una vez conocido el diagnóstico.

Ante la sospecha de la existencia de dificultades en el desarrollo del niño los padres deben buscar los especialistas que van a llevar a cabo la evaluación del niño y la confirmación o no del diagnóstico. El primer paso es acudir a los servicios sanitarios, es decir, al pediatra del niño, el cual lo puede derivar a la realización de pruebas complementarias por parte de otros especialistas (neurólogos, psiquiatras infantiles, psicólogos...) a los que realizará la derivación correspondiente (ver Anexos). La evaluación es un proceso basado en la observación del comportamiento del niño y la determinación del nivel de desarrollo cognitivo, del lenguaje y social del niño. Además se recoge información de la familia acerca de antecedentes de otras enfermedades así como de datos del desarrollo del niño, especialmente hitos del desarrollo motor, del lenguaje o la interacción social. Son importantes también los datos de su comportamiento en el contexto familiar y escolar en su caso, contextos a los que no tiene acceso el personal sanitario y que deben ser evaluados por los equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica, que en algunos casos hacen una primera detección.

Los padres, a criterio del facultativo que realiza la evaluación, pueden estar presentes en dicha evaluación del niño y deben preparar y anticipar la visita a los servicios sanitarios con objeto de tranquilizar al niño ante un espacio y unas personas desconocidas.

Una vez confirmado el diagnóstico de TEA la relación de los padres con los profesionales sanitarios que tratan al niño debe seguir las siguientes pautas según la Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con trastornos del espectro autista en Atención Primaria del Ministerio de Sanidad.

Es positivo mostrar sus emociones y preocupaciones a los profesionales. Ayuda a mejorar la comprensión de su situación por parte de los profesionales.

- Comuniquen su nivel de estrés y compartan las situaciones complicadas por las que estén pasando con su hijo.
- A pesar de la experiencia del resto de los profesionales, son ustedes los que mejor conocen a su hijo y tienen información muy valiosa que deben compartir. Prescindan de ideas preconcebidas derivadas de opiniones recibidas previamente por parte de la familia, o incluso de otros profesionales.

Expresen abiertamente sus temores y sus dudas.

- Hagan una lista de las dudas que les vayan surgiendo para aprovechar las visitas y resolverlas con los profesionales.
- Soliciten que la información se les proporcione en un lenguaje sencillo, evitando los tecnicismos. Recuerden que al final del proceso se les proporcionará un informe clínico que deberán guardar bien para poder utilizarlo cuando sea necesario.
- Mantengan la comunicación y aclaren los problemas que vayan surgiendo con los profesionales.
- Procuren anotar las cosas, tanto la información recibida como las citas programadas, nombres, fechas, incluso las llamadas telefónicas.

Mantenga, en lo posible, una agenda detallada.

- En caso de que su hijo necesite atención sanitaria, procuren informar de sus necesidades y peculiaridades antes de la visita para que los profesionales puedan preparar dicha consulta.
- Se recomienda ponerse en contacto con asociaciones de padres que puedan orientarlo en función de sus experiencias.

En general después del diagnóstico los padres deben tener en cuenta las siguientes orientaciones:

a) Piensa en ti.

Cuando unos padres reciben el diagnóstico de un TEA para un hijo sufren unos momentos de gran tensión y preocupación. Sin embargo es muy importante que se cuiden y se dejen cuidar por los demás. Es una situación que provoca un gran estrés, así que conviene cuidarse y hacer acopio de recursos necesarios para proporcionar al hijo lo necesario. Los padres deben aprender a manejar emociones, mantenerse tranquilos, positivos, atender a otras facetas de sus vidas...para ofrecer un ambiente de equilibrio donde se desarrolle su hijo. Para ello lo mejor es intentar vivir el presente y los retos que plantea y procurar hacer una vida dentro de la normalidad, siguiendo unas rutinas que permitan la estabilidad.

b) Mantén una actitud positiva.

Ante el diagnóstico los sentimientos de los padres son generalmente negativos. Es preciso pasar esa etapa de negación, duelo, tristeza, culpabilidad...y crear otra actitud más positiva que permita el avance en el tratamiento del Trastorno. Para ello les ayudará tener información clara acerca de las necesidades del hijo y crear unas expectativas realistas con unas metas alcanzables. En cualquier caso deben pensar que el niño puede evolucionar positivamente.

c) Busca apoyo en los demás.

Es conveniente rodearse de una red de apoyos que permitan acudir a ella y delegar en ocasiones tareas que permitan a los padres tener un respiro. Existen numerosos servicios de carácter educativo, sanitario y social que pueden ofrecer estos recursos. Los padres deben informarse de los más adecuados a las necesidades de su hijo teniendo en cuenta la rentabilidad de su uso.

También es conveniente contar con el apoyo de otros padres que han pasado ya por esa situación y que comparten su experiencia personal. Existen algunas asociaciones que tienen programas de apoyo padre a padre.

d) Relación con los familiares y amigos.

La relación de los padres de niños con TEA con los familiares y amigos cambia a partir del diagnóstico y es preciso saber manejar los sentimientos que se derivan de esas relaciones. Los padres necesitan trabajar el afrontamiento de la situación que hace la pareja, los abuelos, los hermanos, otros miembros de la familia y los amigos. A todos ellos deben darle información clara acerca de las necesidades del niño, facilitando su comprensión del trastorno y aclarándoles en qué aspectos les pueden ayudar. Los hermanos pueden asistir a sesiones de ayuda en las asociaciones junto a otros hermanos. En todo caso, es importante

que los padres estén atentos a las necesidades de los otros hijos además de atender a las de los niños con TEA.

3. Orientaciones para la intervención

Es necesario conocer las necesidades concretas del niño con TEA antes de la intervención dadas las variadas manifestaciones presentes en los niños que tienen estos Trastornos. Así los padres deben establecer prioridades en los objetivos de trabajo que se planteen. Como orientación general conviene tener en cuenta en el siguiente orden de prioridades:

- Salud y seguridad.
- Comunicación.
- Ámbito social.
- Ámbito académico y vocacional.

3.1. Salud y seguridad:

Mantener un buen estado de salud integral del niño es una de las prioridades a tener en cuenta por los padres. Las actuaciones fundamentales son las siguientes:

- Llevar seguimiento periódico de la salud del niño TEA en un centro especializado.
- Cuidar su alimentación
- Planificar la intervención de especialistas.
- Establecer un control preciso de la medicación.
- Realizar pruebas médicas asociadas (alergias, déficits sensoriales...)
- Asegurar el cuidado médico básico.
- Crear un plan para intervenir en momentos de crisis.
- Protección en conductas de agresión a otros o autoagresión.
- Establecer mecanismos de seguridad en el hogar.
- Desarrollar programas de aprendizaje de habilidades básicas de salud, autocuidado y hábitos sanitarios.

3.2. Comunicación

El objetivo fundamental de la intervención en el área de la comunicación es conseguir una estimulación de la misma y del lenguaje funcional. Para conseguirlo los padres deben premiar y promover cualquier forma de comunicación que utilice el niño, tanto si es un lenguaje verbal, como si se desarrolla por medio de signos, sonidos, palabras aisladas u otros instrumentos de comunicación.

La intervención debe basarse en mejorar aspectos como:

- El contacto ocular.
- La atención
- El señalar.
- El uso de libros de comunicación con imágenes.
- La producción de sonidos.
- La reducción de ecolalias.
- El uso de instrumentos aumentativos sencillos.
- El uso de palabras sencillas.
- El uso de combinaciones de palabras.
- El uso de oraciones sencillas.
- La mejora de la prosodia.
- El uso de expresiones faciales variadas.
- La comprensión del lenguaje no verbal.

3.3. Área Social.

En el caso de los niños con TEA las Habilidades sociales deben ser enseñadas de manera intencionada ya que muchos de ellos no son capaces de aprenderlas por imitación de otros. Las relaciones sociales son muy complejas para ser descifradas por un niño con TEA, aunque la familia es un contexto muy adecuado para enseñarles a mejorar en su flexibilidad y habilidad de relación social.

Los padres pueden ayudar a trabajar aspectos como:

- El contacto ocular.
- La observación del juego del otro.
- El desarrollo del juego paralelo.
- Reducir la impulsividad.
- Reducir contactos inadecuados.
- Reducir los comportamientos repetitivos y las actividades obsesivo-compulsivas.
- El desarrollo del juego uno a uno dirigido por el adulto.
- Actividades en grupo dirigidas o supervisadas por el adulto.
- Practicando juegos de turnos.
- Ofreciendo oportunidades de juego
- Abriendo intereses para compartir con iguales.
- Involucrando a la familia extensa en las relaciones sociales con el niño.
- Formándolos en habilidades básicas de conversación
- Ofreciéndoles la práctica de deportes y otras actividades sociales.
- Dotándolos de flexibilidad emocional para manejar situaciones cambiantes.
- Enseñarles a usar el humor.
- Anticipando las reacciones de otras personas y entendiendo cómo se sienten.

3.4. **Ámbito académico y vocacional.**

En el área educativa los padres deben tener un buen conocimiento de las capacidades de su hijo para poder tener unas expectativas realistas y ajustadas a las mismas. Es preciso adecuar a las necesidades del niño los métodos de enseñanza y avanzar en cada etapa respondiendo a los cambios que se produzcan a lo largo de todo el proceso de enseñanza aprendizaje. Una decisión importante que deben tomar los padres en éste área es la modalidad

educativa en la que van a escolarizar a sus hijos. En este tema es fundamental el asesoramiento de los Equipos de Orientación, Generales, de Atención Temprana y Específico de Autismo y otros Trastornos generales del Desarrollo para decidir si el niño debe ser escolarizado en la modalidad de Integración, de Aula Abierta o de Educación Especial y asistir al centro educativo donde se cursen las citadas modalidades.

Los padres deben comenzar la intervención educativa de su hijo en la etapa la edad Temprana, una vez diagnosticado el niño. Hay que tener la evaluación realizada por los orientadores de los centros educativos referida a las áreas cognitiva del niño, lingüística, social, su estilo de aprendizaje...para crear una adaptación del currículo que le dé respuesta.

Algunas orientaciones a tener en cuenta son:

- La dinámica familiar debe estar establecida de manera estructurada, con rutinas conocidas por todos, responsabilidades y horarios fijados, ya que una necesidad de los niños con TEA es la organización espaciotemporal.
- La secuencia en la realización de las actividades familiares debe ser la misma ya que esto ayuda al aprendizaje del niño.
- Es necesario utilizar apoyos de tipo visual (fotos, gestos...) a la información ofrecida al niño para que reconozca la secuencia de las actividades que debe realizar y los tiempos y espacios donde se desarrollan.
- Los padres deben seguir pautas educativas basadas en la modificación de conductas no deseables y el refuerzo de las positivas. Para ello es preciso premiar cada aproximación las conductas adecuadas e ignorar las negativas.
- Para ayudarles a generalizar los aprendizajes es importante aprovechar los contextos que permitan un aprendizaje vivencial como la calle, el supermercado, los amigos...
- Es muy importante mantener el contacto estrecho con los profesionales de la enseñanza en los centros educativos a los que asiste el niño: maestros, orientadores, logopedas, especialistas de apoyo...
- Ofrecer un ambiente normalizado de participación en el contexto educativo, ayudando a que asista a excursiones, representaciones teatrales...
- Proporcionar recursos de apoyo especializados para el desarrollo del lenguaje y la comunicación y para la consecución de objetivos curriculares.

La familia debe proporcionar al niño aprendizajes relacionados con las habilidades de la vida diaria. Algunas de ellas son:

- Manejo del dinero.
- Uso del transporte público.
- Uso de la bicicleta.
- Planificación de rutas cotidianas (camino de casa a la escuela...)
- Realización de encargos pequeños.
- Aprender a leer mapas.
- Realización de tareas de organización de la casa (limpieza, lavado,...)

Asimismo en los casos en los que sea posible la familia debe intervenir en aspectos relacionados con la vocación. En primer lugar despertando aptitudes vocacionales, orientando al hijo hacia el desempeño de un empleo protegido y acercándolo a las nuevas tecnologías.

Actuar en todos los ámbitos al mismo tiempo resulta muy complicado para las familias. Es conveniente establecer prioridades en la intervención según el momento y la situación concreta que está viviendo cada niño y comenzar por los puntos fuertes dentro del trastorno. Hay que establecer objetivos concretos que serán alcanzados siguiendo pasos pequeños y que estarán siempre dentro de lo posible, no de lo inalcanzable.

Para establecer estos objetivos es imprescindible que la familia conozca y tenga acceso a los recursos de su zona de referencia (ver ANEXO V).

La familia debe aprender a vivir con naturalidad una vida familiar peculiar y seguir la máxima que propone la autora Carmen Martín Gaité: “La mirada lejana y el paso cortito.”

Bibliografía

1. Boyd B. Educando niños con síndrome de Asperger. 200 consejos y estrategias. Disponible en: <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23860/educando-a-ninos-con-sindrome-de-asperger-200-consejos-y-estrategias-brenda-boyd.pdf>
2. Federación Autismo Andalucía. Colección Guías para familiares y profesionales. Disponible en: http://www.autismoandalucia.org/index.php?option=com_remository&Itemid=100&func=select&id=15

3. No estas solo. Un documento elaborado por padres y madres y dirigido a aquellos familiares con hijos con trastornos en el desarrollo. FEAPS y APPS. 3.ª ed. 2011. Disponible en: <http://familiaycole.files.wordpress.com/2011/08/no-estas-solo.pdf>
4. Waltz M. Después del diagnóstico: empezando a actuar. Trastornos generalizados del desarrollo: encontrando un diagnóstico y encontrando ayuda". Disponible en: <http://www.asperger.es/publicaciones.php?id=3&cap=128&cat=4>

ANEXOS

Indicadores de alarma en menores de 6, 12 y 15 meses

Revisión 6 meses

Dirige la mirada a personas, sonidos u objetos	SÍ	NO	
Sonrisa social presente	SÍ	NO	
Reacciona ante estímulos sociales o ante otros objetos	SÍ	NO	
Emite vocalizaciones en respuesta a estímulos del adulto	SÍ	NO	
Se deja acunar o acariciar	SÍ	NO	

Revisión 12 meses

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

Revisión 15 meses

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

Indicadores de alarma en menores de 18 a 24 meses

Revisión 18 meses

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

Revisión 24 meses

Tiene lenguaje acolálico.	SÍ		NO	
Se relaciona con otros niños o adultos. Juega con ellos.	SÍ		NO	
Tiene juego simbólico.	SÍ		NO	



Indicadores de alarma en menores de 3 y 4 años

COMUNICACIÓN

Ausencia o retraso en el lenguaje no compensado por otras formas de comunicación.	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Uso estereotipado o repetitivo del lenguaje. Se refiere a sí mismo en 2. ^a o 3. ^a persona.	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

SOCIAL

Muestra interés por juegos simples con otros.	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Prefiere actividades solitarias.	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

INTERESES, ACTIVIDADES Y CONDUCTAS

Insiste en rutinas y/o presenta resistencia a cambios.	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Realiza juegos repetitivos con juguetes.	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Reacciona de forma exagerada a ciertos estímulos. (auditivos, visuales, olfativos, táctiles y del gusto)	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Indicadores de alarma en menores de 5 a 11 años

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

SÍ NO

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

SÍ NO

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

SÍ NO

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

SÍ NO

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

SÍ NO

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

SÍ NO

Recursos educativos, sanitarios y sociales para el alumnado con TEA escolarizado en centros educativos de la Región de Murcia

A. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

A-1 Servicio Murciano de Salud.

www.murciasalud.es

Directorio de Centros de Atención Primaria

ÁREA I	MURCIA ESTE - OESTE			
CENTRO SALUD	DIRECCIÓN	C.P.	TELÉFONO	FAX
Alcantarilla	C/ Alc. Pedro Cascales Vivanco s/n	30820	968 892822	968 892322
Alcantarilla-Sangonera	C/ Carmen s/n	30820	968 806646	968 808706
Sangonera la Seca Cons.	C/ Antonete Gálvez, 4	30825	968891861	968891861
Algezares	C/ Ascensión de la Fuensanta s/n	30157	968 840077	968 841309
Los Garres Cons.	C/ Escuelas s/n	30158	968873561	
Aljucer	C/ Senda Alta s/n	30152	968342640	
Alhama de Murcia	Avda. Sierra Espuña, 14	30840	968 631711	968 636129
Librilla Cons.	C/ San Bartolomé, 98	30892	968 658083	968 658 373
Campo de Cartagena.	C/ San Félix, 1	30153	968 380327	968 380509
El Palmar	C/ Burgos S/N (Esquina Avda. Progreso)	30120	968 886305	968 884501
Espinardo	C/ La Cruz (esqu. Juan Carlos I, s/n)	30100	968 830475	968 832061
Guadalupe Cons.	C/ Pueblos Hispánicos s/n	30107	968 859050	
La Alberca	C/ José Paredes s/n	30150	968 845362	968 845844
Santo Ángel Cons.	C/ Moreras s/n	30150	968840175	
La Ñora	C/ Carreras s/n	30830	968 805153	968 807417

Javalí Nuevo Cons.	C/ Miguel Indurain s/n	30832	968 894681	
Mula	Avda. Juan Viñepla, s/n	30170	968 637217	968 662055
Campos del Río Cons.	C/ Constitución, 18	30191	968650116	
Pliego Cons.	C/ D. Antonio Aranda, s/n	30176	968666390	
Murcia San Andrés	C/ Esc. José Sánchez Lozano, 7	30005	968 394800	968 394830
Nonduermas	C/ Constitución, s/n	30166	968 343100	968 345010
Sangonera la Verde	C/ Rosalinda s/n	30833	968 869077	968 869508
ÁREA II	CARTAGENA			
CENTRO SALUD	DIRECCIÓN	C.P.	TELÉFONO	FAX
Los Barreros	C/ Astorga, 1	30310	968 314193	968 534402
Los Dolores de Cartagena	C/ Jardines s/n	30310	968 313186	968 313394
La Aljorra Cons.	C/ Alpuente, 9	30390	968164180	
Polígono Santa Ana Cons	C/ Espronceda, 1	30319	968169081	
San Antón	C/ Recoletos, 98	30205	968 517572	968 311374
Santa Lucía	C/ Pedro Jorquera, s/n	30202	968 502713	968 525398
Barrio de Peral	C/ Ulloa, 6	30300	968 314500	968 314530
Cartagena-Casco	C/ San Vicente, 2	30202	968 505267	968 527817
Cartagena-Este	C/ Cabrerías, s/n	30 203	968 528500	968 528700
Cartagena-Oeste	C/ Cabrerías, s/n	30 203	968 528500	968 528700
Barrio de la Concepción Cons.	Subida Vergel, 1	30225	968124791	
Fuente Álamo	Ronda de Ponente	30320	968 598507	968 597150
La Manga-Costa Cálida	Gran Vía (Urb. Castillo del Mar)	30370	968 142125	968 142041
La Unión	Avda. Cristo de los Mineros	30360	968 541707	968 560250
Mar Menor-Algar	C/ Mejorana, s/n	30366	968 135510	968 135571
Mazarrón	Avda. Constitución	30870	968 590411	968 590861
Molinos Marfagones	C/ Puerto del Suspiro, s/n	30393	968 168985	968 168984

Canteras Cons.	C/ Séneca, s/n	30394	968162337	
Pozo Estrecho	Avda. Estación, s/n	30594	968 166371	968 166270
Puerto de Mazarrón	Sierra de Alcaraz	30870	968595342	
AREA III	LORCA			
CENTRO SALUD	DIRECCIÓN	C.P.	TELÉFONO	FAX
Águilas Norte	Avda. Democracia, Urb. Majadas	30880	968 493350	968 493352
Águilas Sur	C/ Iberia (crta. Vera) s/n	30880	968 446014	968 448400
Lorca- La Paca	Centro Salud s/n	30812	968 491111	968 491129
Lorca-Centro	Alameda Ramón y Cajal, s/n	30800	968 463209	968 444709
Lorca-San Diego	Camino de los Sangradores, s/n	30800	968 479022	968 479023
Lorca-Sur	C/ Talleres, s/n	30800	968 463308	968 443230
Pto. Lumbreras	Avda. Río Segura, s/n	30890	968 402116	968 400222
Totana	Cruz de los Hortelanos, s/n	30850	968 421111	968 424558
ÁREA IV	NOROESTE CARAVACA			
CENTRO SALUD	DIRECCIÓN	C.P.	TELÉFONO	FAX
Barranda	Camino de la Cabezueta, s/n	30412	968 725222	968 725211
Bullas	C/ Fco. Puerta González-Conde, s/n	30180	968 652150	968 652424
Calasparra	C/ Sanidad, s/n	30420	968 720154	968 720600
Caravaca de la Cruz	C/ Junquillo, s/n	30400	968 702412	968 707235
Cehegín	Camino Verde, s/n	30430	968 723650	968 723651
Moratalla	C/ Tomás "El Cura", 7	30440	968 706239	968 706100
ÁREA V	ALTIPLANO			
CENTRO SALUD	DIRECCIÓN	C.P.	TELÉFONO	FAX
Jumilla	Avda. Reyes Católicos, s/n	30520	968 780561	968 756906
Yecla Francisco Palao	C/ Juan Albert, s/n	30510	968 793315	968 791691
Yecla Mariano Yago	Avda. de la Feria, s/n	30510	968 790818	968 795190

ÁREA VI		VEGA MEDIA DEL SEGURA		
CENTRO SALUD	DIRECCIÓN	C.P.	TELÉFONO	FAX
Abanilla	C/ Antonio Machado, 26	30640	968 681250	968 681299
Alguazas	C/ Prol. Gran Vía San Onofre, s/n	30560	968 621262	968 620708
Archena	C/ Siria, s/n	30600	968 670822	968 670351
La Algaida Cons.	Cno/ de los Galindos	30609	968671919	
Cabezo de Torres	C/ Carmen, s/n	30110	968 833012	968 833661
Ceutí	Avda. de las Farolas, s/n	30562	968 693434	968 693871
El Ranero	Paseo Duques de Lugo, s/n	30009	968 286142	
Fortuna	Avda. Juan de la Cierva, s/n	30620	968 686392	968 686269
Las Torres de Cotillas	Avda. Reyes Católicos, s/n	30565	968 626146	968 627014
Lorquí	C/ la Noria, s/n	30564	968 693539	968 693648
Molina Antonio García	Avda. de Levante, s/n	30500	968 641110	968 641140
La Alcayna Cons.	C/ la Iglesia, s/n	30500	968430005	968608096
Molina Jesús Marín	C/ Enrique Bernal Capel, 4	30500	968-389838	968 616561
Molina-La Ribera Cons.	C/ Asociación, s/n	30500	968 649024	968 616561
Murcia Centro	C/ Esc. José Sánchez Lozano, 7	30005	968 394848	968 394829
Sta. M.ª de Gracia	C/ Arturo Duperier, s/n	30009	968 296912	968 280612
Vista Alegre	Paseo Ing. Sebastián Feringán, 18	30007	968 242439	968 231077
Zarandona	C/ Goya, s/n	30007	968 233747	968 233384
ÁREA VII		VEGA BAJA DEL SEGURA		
CENTRO SALUD	DIRECCIÓN	C.P.	TELÉFONO	FAX
Alquerías	C/ Ramón Fdez. Miñarro, 8	30580	968 870100	968 870845
Barrio del Carmen	C/ Madre Elisea Oliver Molina, 12	30002	968 264099	968 268091
Beniján	C/ Salvador del Real, s/n	30570	968 823662	968 824687
Torreagüera Cons.	Ctra. San Javier, 20	30579	968 823391	

San José de la Vega Cons.	C/ Mayor, 50	30570	968 875831	968 875330
Los Ramos Cons	C/ Ramón de Campoamor, s/n	30589	968879010	
Beniel	C/ Francisco Robles, s/n	30130	968 602446	968 602589
Llano de Brujas	C/ José González Valentín, 10	30007	968 870020	
Monteagudo	Avda. de la Constitución, s/n	30160	968 853187	968 850653
El Esparragal Cons.	C/ Isla Plana, s/n	30163	968852626	
Murcia Infante	C/ Pintor Almela Costa, s/n	30011	968 343000	968 343388
Barrio del Progreso Cons.	C/ Isidro Roca Navarro	30012	968 346625	968 269153
Los Dolores Cons	Plaza de la Constitución, s/n	30011	968 347898	
Patiño Cons	C/ Soledad s/n	30012	968342071	
Sta Catalina Con	C/ Casas de Jesús Coll, s/n	30012	968347240	
Puente Tocinos	Plaza Reina Sofía, s/n	30006	968 301409	968 302654
Santomera	C/ Carril de la Gloria, 57	30140	968 860251	968 863147
Vistabella	1ª Travesía J. Maluquer y Salvador	30003	968 340300	968 340322
ÁREA VIII	MAR MENOR			
CENTRO SALUD	DIRECCIÓN	C.P.	TELÉFONO	FAX
Los Alcázares	Crta. Balsicas S/N	30710	968 575800	968 574332
San Javier	C/ Cabo Ras	30730	968 192333	968 191030
San Pedro del Pinatar	Avda. Salinera, s/n	30740	968 182062	968 185096
Torre Pacheco-Este	C/ Venecia, s/n	30700	968-577201	968 585389
Torre Pacheco-Oeste	Plz. Rosa Regás, 1	30700	968-576433	968 142041
Roldán Cons.	C/ del Parque, s/n	30709	968588066	
AREA IX	MURCIA -VEGA ALTA DEL SEGURA			
CENTRO SALUD	DIRECCIÓN	C.P.	TELÉFONO	FAX
Abarán	Avda. la Constitución, s/n	30550	968-451533	968-451017
Blanca	C/ Federico García Lorca, 40-41	30540	968 459202	968 778647

Cieza Este	Avda. de Italia, s/n	30530	968 762420	968 763500
Cieza Oeste	C/ Morericas, s/n	968-	968-453455	

Directorio de Centros de Salud-Mental Infanto-Juvenil

MURCIA ESTE (ÁREA VII), MURCIA OESTE (ÁREA I) (excepto Mula) Y VEGA MEDIA DEL SEGURA (ÁREA VI), exclusivamente: Vistalegre ,Stª M.ª de Gracia, Cabezo de Torres, Mu-Centro , Mu-Simón García, Zarandona y el Ranero

CENTRO SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL	DIRECCIÓN	TELÉFONOS	FAX
C.S.M.I.J. MURCIA SAN ANDRÉS	C/ Escultor José Sánchez Lozano, s/n 30005 MURCIA	968 28 16 42	968 28 16 43
CENTRO DE DÍA .I.J. MURCIA SAN ANDRÉS	C/ Escultor José Sánchez Lozano, s/n 30005 MURCIA	968 29 91 11	968 29 91 43

CARTAGENA (ÁREA II) Y MAR MENOR (ÁREA VIII) (De forma provisional)

CENTRO SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL	DIRECCIÓN	TELÉFONOS	FAX
C.S.M.I.J. CARTAGENA	C/ Real, 8 30201 CARTAGENA	968 32 67 20	968 52 77 56

LORCA (ÁREA III)

CENTRO SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL	DIRECCIÓN	TELÉFONOS	FAX
C.S.M.I.J. LORCA	C/ Tenor Mario Gabarrón s/n, 30800 LORCA	968 46 00 65	968 47 04 05
UNIDAD SNIY. ÁGUILAS	Casa del Mar (Salud Mental) Avda. del Puerto s/n 30880 ÁGUILAS	968 92 70 15	968 44 94 55

NOROESTE (ÁREA IV) Y MULA (ÁREA I)

CENTRO SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL	DIRECCIÓN	TELÉFONOS	FAX
C.S.M.I.J. DE CARAVACA	C/ Junquicos s/n (Recinto H.C. N.O.), 30400 CARAVACA	968 70 83 22	968 70 52 75
C.S.M.I.J. MULA	Avda. Juan Viñeglas s/n, 30170 MULA	968 66 05 50	968 66 20 55

ALTIPLANO (ÁREA V)

CENTRO SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL	DIRECCIÓN	TELÉFONOS	FAX
C.S.M.I.J. JUMILLA	C/ Barón del Solar s/n, 30520 - JUMILLA	968 78 22 61	968 78 35 88
C.S.M.I.J. YECLA	C/ Aguilas s/n, 30510 YECLA	968 75 16 50	968 79 31 31

VEGA MEDIA DEL SEGURA (ÁREA VI) exclusivamente: Fortuna, Abanilla, Alguazas, Las Torres de Cotillas, Molina Norte, Molina Sur, La Ribera de Molina, Archena, Ceutí, Lorquí, Ricote, Ulea, Ojós.			
CENTRO SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL	DIRECCIÓN	TELÉFONOS	FAX
C.S.M.I.J. MOLINA DE SEGURA	C/ Gabriel Cárcelos, s/n 30500 MOLINA DE SEGURA	968 64 33 22	968 64 13 21
VEGA ALTA DEL SEGURA (ÁREA IX)			
CENTRO SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL	DIRECCIÓN	TELÉFONOS	FAX
C.S.M.I.J. CIEZA	Avda. Italia, s/n 30530 CIEZA (Frente a estación de atutobuses)	968773659	968765729

Sección de Neuropediatría del Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca"

A-2 Dirección General de Pensiones, Valoración y Programas de Inclusión.

Ronda de Levante, n.º 16, esquina Plaza Juan XXIII, Murcia – 30071
Tel. 968 36 62 62

■ Servicio de Valoración y Orientación de Discapacidad del IMAS. (EVO).

Murcia: C/ Huerto de las Bombas, 8, entrada por Plaza Toledo, 30009 Murcia.
Telf.: 968375537. Incluye el EVO del Altiplano: Yecla y Jumilla.

Cartagena: Alameda San Antón, 29 30205 Cartagena. Telf.: 968534338.

Lorca: Alameda de Cervantes, s/n 30800 Lorca. Telf.: 968472627. Incluye el EVO de Caravaca: Caravaca, Cehegín, Bullas, Calasparra y Moratalla.

■ Oficina Regional de Información y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad.

C/ Alonso Espejo, 7- Murcia. Tel. 968 23 23 07 Fax: 968 39 45 51
<http://www.carm.es/ctra/>

B. CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN, FORMACIÓN Y EMPLEO

Dirección General de Planificación y Ordenación Educativa
<http://www.carm.es/educacion>

■ Servicio de Atención a La Diversidad.

Directorio de Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica

MURCIA				
EOEP	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO
ATENCIÓN TEMPRANA MURCIA 1	C.P. La Paz. C/ Puente Tocinos, 12, 30006 Murcia	968231580	968231580	30700247@murciaeduca.es
ATENCIÓN TEMPRANA MURCIA 2	C.P. La Paz. C/ Puente Tocinos, 12 30006 Murcia	968230261	968201041	30700259@murciaeduca.es
CIEZA	C/ Fernando III el santo, s/n 30530 Cieza	968453832 968671649	968688482	30700120@murciaeduca.es
MOLINA DE SEGURA	C/ Joaquín Abellán s/n Centro el Jardín. 30500 Molina de Segura	968641669	968641669	30700090@murciaeduca.es
MULA	C/ Del Jardín, s/n 30170 Mula	968104352	968661051	30700168@murciaeduca.es
MURCIA 1	C.P. La Paz. C/ Puente Tocinos, 12 30006 Murcia	968200368	968200922	30700201@murciaeduca.es
MURCIA 2	C.P. La Paz. C/ Puente Tocinos, 12 30006 Murcia	968232154	968204806	30700171@murciaeduca.es
MURCIA 3	C.P. La Paz. C/ Puente Tocinos, 12 30006 Murcia	968233053 968204766	968204766	30700296@murciaeduca.es
MURCIA 4	C.P. La Paz. C/ Puente Tocinos, 12 30006 Murcia	968200488	968231882	30700302@murciaeduca.es
CARTAGENA				
EOEP	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO
ATENCIÓN TEMPRANA CARTAGENA	C.P. Carmen Conde. C/ Ribera San Javier, 13 30203 Cartagena	968120559	968521953	30700223@murciaeduca.es
CARTAGENA 1	C.P. Carmen Conde. C/ Ribera San Javier, 13 30203 Cartagena	968120592	968320686	30700107@murciaeduca.es
CARTAGENA 2	C.P. Carmen Conde. C/ Ribera San Javier, 13 30203 Cartagena	968529202	968320883	30700284@murciaeduca.es
MAR MENOR	Centro Cívico de Torre Pacheco situado en la Avda. de Fontes s/n	968171760 968582346	968171760	30700211@murciaeduca.es

LORCA				
EOEP	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO
ÁGUILAS	C/ Doctor Fleming, s/n - Bajo 30880 Águilas	968448575	968448575	30700089@murciaeduca.es
LORCA	Avda. Fuerzas Armadas, 8 Campus Universitario, Módulo A - 3ª - 30800 Lorca	968466242 968473304	968466242	30700144@murciaeduca.es
TOTANA	Paraje Antigor, s/n 1.ª planta 30850 Totana	968421516	968421516	30700193@murciaeduca.es
NOROESTE CARAVACA				
EOEP	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO
ATENCIÓN TEMPRANA NOROESTE	C/ Esparteros, 22 30430 Cehegín	968723614	968723614	eatcehegin@hotmail.com
CEHEGÍN	C/ Esparteros, 22 30430 Cehegín	968723614	968723614	30700119@murciaeduca.es
EOEP ESPECÍFICOS				
EOEP	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO
ALTAS CAPACIDADES	C.P. La Paz. C/ Puente Tocinos, 12 - 30006 Murcia	605042853	968204766	eoep_altascapacidades_ murcia@hotmail.es
CONVIVENCIA ESCOLAR	C.P. La Paz. C/ Puente Tocinos, 12 30006 Murcia	968270575	968270575	30400009@murciaeduca.es
DEFICIENCIA AUDITIVA	C.P. La Paz. C/ Puente Tocinos, 12 30006 Murcia	968245854	968245854	30700260@murciaeduca.es
DEFICIENCIA AUDITIVA CARTAGENA	C.P. Carmen Conde. C/ Ribera, San Javier, 13 30203 Cartagena	968121237	968121275	30400027@murciaeduca.es sordoscartagena@yahoo.es
DEFICIENCIA VISUAL A	C/ Calafate, 1 30202 Cartagena	968509011 968501250	968509609	30010005@murciaeduca.es
DEFICIENCIA VISUAL B	Plaza San Agustín, 1 30005 Murcia	968280890	968283586	30010004@murciaeduca.es
DEFICIENCIA MOTORA	C.P. La Paz. C/ Puente Tocinos, 12 30006 Murcia	968230916	968230916	30700272@murciaeduca.es
DIFICULTADES DE APRENDIZAJE	C.P. La Paz. C/ Puente Tocinos, 12 30006 Murcia	968240300		eoepeda@gmail.com
TRASTORNO GENERALIZADO DESARROLLO	CEE Niños Autista. Camino Viejo de Monteagudo, 109 30007 Murcia	968234860	968234860	equipoautismo@yahoo.es

- Centro de Educación Especial Específico de Autismo “Las Boqueras”

CEREA. Centro de Recursos Educativos de Autismo. C/ Camino Viejo de Monteagudo, 109. 30007- Murcia. Tel. 968 245018.

C. OTRAS ADMINISTRACIONES

AYUNTAMIENTOS

■ Centros de Servicios Sociales Municipales. Centros de Atención Temprana, Centros Ocupacionales, Escuelas Infantiles, Centros de Conciliación de la Vida Laboral y Familiar...

INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL – INSS

Murcia. Avda. Alfonso X El Sabio, 15. 30071 - Murcia. Tel. 968 38 23 00
Fax: 968 38 23 14. Prestaciones Económicas de la Seguridad Social. Tel. 900 16 65 65
<http://www.segsocial.es/>

■ Centros de Atención e Información de la Seguridad Social (CAISS)

- Caravaca de la Cruz. C/ Simancas, 13. Tel. 968 70 85 24
- Cartagena. C/ Caridad, 13. Tel. 968 50 21 33
- Cieza. C/ San Sebastián, 29. Tel. 968 76 00 80
- Jumilla. Plaza Rey D. Pedro y América, s/n. Tel. 968 78 01 18
- Lorca. C/ Lope Gisbert, 26. Tel. 968 46 61 68
- Mula. C/ Cartagena, 11. Tel. 968 66 00 74
- Murcia. C/ Simón García, 63. Tel. 968 21 95 66
- Molina de Segura. C/ Serrería, 1. 30500 Tel. 968 64 24 96
- Totana. C/ Cánovas del Castillo, 3. Tel. 968 42 00 49
- Yecla. C/ Juan Ortuño, 46. Tel. 968 79 01 47

D. OTROS RECURSOS

D-1 Asociaciones (de familiares)

- **ASTRADE** - Asociación para la Atención de Personas con Trastorno Generalizado del Desarrollo. C/ Alfonso XII, s/n Plaza Antiguas Escuelas Unitarias 30508 Ribera de Molina de Segura- Murcia Tel./Fax: 968 64 90 88 C/ Romeral, 8 Colegio San Carlos - 30205 Tentegorra - Cartagena Tel. 968 162046. e-mail: astrade@astradeautismo.org <http://www.astradeautismo.org/>
- **AFAPADE**. Asociación de Familiares y Amigos de Personas con Autismo u Otros Trastornos Generales del Desarrollo. Avd. Victoria, 16. 30007 –Murcia. Tel. 968 20 29 24 y Fax: 968 20 23 98 e-mail: afapade@ono.com
- **ASPERMUR**. Asociación Asperger Murcia. C/ Cabrera s/n. Cartagena. “Espacio Joven 585 m²” Murcia. Tel. 639 966 880. e-mail: murcia@asperger.es www.asperger.es aspermur.blogspot.com
- **ASTEAMUR**. Asociación para Personas con Trastorno del Espectro Autista de Murcia. C/ Pintor Portela n.º 38, 3.º E. 30203 Cartagena. e-mail: 2011@asteamur.es www.asteamur.org

D-2 Asociaciones (de profesionales)

- **ASINTER**.-ASOCIACIÓN PARA LA INTERVENCIÓN INTEGRAL DEL DESARROLLO INFANTIL Y LA ATENCIÓN TEMPRANA. C/ Almirante Malaspina 3, bajo La Flota 30007 Murcia. Tel. 968 230 284. www.asintermurcia.com. e-mail: asinter@asintermurcia.com
- **ADAMUR**. CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL Y ATENCIÓN TEMPRANA. C/ Sta. Lucía 21, 1.º J. SAN GINÉS. 30096. MURCIA. Tel. 968.886.367 / 638.395.104. El Palmar, La Alberca, Aljucer, San Ginés, Nonduermas, Era Alta, Sangonera la Verde. www.adamur.org
- **PROGRAMA**. ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES ESPECIALISTAS EN ALTERACIONES DEL DESARROLLO. Avda. Molina de Segura, 5 Esc.5, 2.º B. 30007. Murcia. Tel. 868.945.002/657.608.845. www.pragmatea.org. e-mail: info@pragmatea.org

D-3 Webs de interés

www.catedu.es/planetaVisual/

www.autismo.com

www.aetapi.org

www.attem.com

www.fundacionorange.es

<http://yasoyadulto.murciadiversidad.org>

www.feaps.org

Confederación Española de organizaciones a favor de las personas con discapacidad intelectual. FEAPS.

<http://sid.usal.es>

Servicio de información sobre discapacidad. Universidad de Salamanca. Ministerio de Sanidad y Política Social.

http://www.isciii.es/htdocs/centros/enfermedades_raras/autismo/objetivos.jsp

Instituto Carlos III. Grupo de expertos TEA

<http://autismo.uv.es>

Página web de la Universidad de Valencia.

www.fundacionadapta.org

Página web de la Fundación Adapta

MODELO DE INFORME DE DERIVACIÓN DE LOS EQUIPOS DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA DE ATENCIÓN TEMPRANA A LOS SERVICIOS SANITARIOS

INFORME DE VALORACIÓN

1. Datos del niño:

Apellidos: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre de los padres: _____

Teléfonos de contacto: _____

2. Centro o Servicio al que se remite:

3. Antecedentes personales y familiares:

4. Niveles y datos del desarrollo del niño. Comentario e interpretación (incluir los resultados de escalas de valoración utilizadas)

5. Datos del contexto familiar, social y escolar:

5. Resumen y orientaciones:

Murcia, a ____ de _____ de 20__

Fdo: _____

EAT _____

MODELO DE INFORME DE DERIVACIÓN DEL EQUIPO DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA DE SECTOR / DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN A PEDIATRÍA O MÉDICO DE FAMILIA

1. Datos del niño:

Apellidos:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Nombre de los padres:

Dirección:

Teléfonos de contacto:

Fecha de elaboración del informe:

Centro o Servicio al que se remite (Pediatra o Médico de familia):

2. Datos relevantes de la anamnesis:

3. Datos del desarrollo del niño (Especificar pruebas y resultados).

- Área Cognitiva.
- Comunicación y lenguaje.
- Área Socioafectiva.
- Autonomía personal.

4. Datos relevantes del contexto familiar y social.

5. Datos relevantes del contexto escolar.

- Problemas de aprendizaje que presenta.
- Apoyos educativos que recibe.

6. Valoración e intervenciones realizadas (derivaciones a otros servicios y orientaciones familiares):

Murcia, a ____ de _____ de 20__

Fdo: _____

EOEP/DO _____

MODELO DE INFORME DE DERIVACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ORIENTACIÓN AL EQUIPO DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA ESPECÍFICO DE AUTISMO Y TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

EOEP: _____	ORIENTADOR/A: _____	Tfn.: _____
ALUMNO/A: _____	Fecha de nac.: ____/____/____	
CENTRO: _____	Dirección: _____	
Localidad: _____	Tfn. del Centro: _____	
Nivel Educativo: ____	Apoyos que recibe y n.º de sesiones: PT: ____ AL: ____ ATE: ____	
Apoyos recibidos fuera del centro (Gabinetes, Asociaciones, ...): _____		
MOTIVO DE LA DEMANDA:		
- Diagnóstico diferencial <input type="checkbox"/>		
- Duplicidad en el diagnóstico <input type="checkbox"/>		
- Seguimiento por especiales características del alumno/a, graves problemas de comunicación, comportamiento, etc. <input type="checkbox"/>		
- Orientaciones o recursos <input type="checkbox"/>		
- Otros (Explícalo brevemente) _____		
ACTUACIONES REALIZADAS POR EL ORIENTADOR:		

DOCUMENTOS ADJUNTOS:		

FECHA DE ENVÍO DEL PROTOCOLO AL EOEP ESPECÍFICO DETGD: ____/____/20____		

NOTA: Los Protocolos deberán completarse en todos sus campos y deberán incluir la documentación de la que se hace referencia en cada caso, especificada en el Protocolo de Evaluación de este tipo de alumnado. En caso contrario los Protocolos serán devueltos al Orientador correspondiente para su revisión.

1. CUESTIONARIO PARA DETECTAR LOS SÍNTOMAS MÁS ESPECÍFICOS DE LOS TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO.

1. ¿Presenta el alumno/a dificultades en la interacción social, como incapacidad para relacionarse con sus compañeros, falta de contacto ocular, pobre expresión facial, etc.? Especificar brevemente tales dificultades.
2. ¿Comparte el alumno/a objetos o intereses con otras personas, enseñando, mostrando o señalando?
3. ¿Manifiesta el alumno/a sentimientos y emociones?; ¿entiende los nuestros?; ¿Hay reciprocidad social y comunicativa?
4. ¿Tiene el alumno/a lenguaje verbal?; si no lo tiene, ¿Lo compensa con el uso de gestos, mímica, etc.?; ¿Tiene ecolalias?
5. ¿Responde el alumno/a a su nombre?; ¿Se gira cuando le llamas?
6. ¿Cómo es su lenguaje comprensivo? ¿Es capaz de mantener conversaciones? ¿Responde a órdenes sencillas?
7. ¿Cómo es el juego del alumno/a?; ¿Manipula objetos?; ¿Tiene juego de ficción o juego simbólico?
8. ¿Tiene estereotipias?
9. ¿Realiza actividades sin un fin aparente; por ejemplo, carreras sin sentido?
10. ¿Es inflexible?; ¿Le cuestan los cambios o las situaciones nuevas?; ¿Presenta rituales?

2. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: _____

3. SERVICIOS A LA COMUNIDAD.

Indica si para esta demanda se requiere orientación o intervención familiar desde el perfil de servicios a la comunidad de nuestro equipo (recursos educativos, sociales, familiares, becas, ayudas, tramitación de documentos, actividades extraescolares, etc.), por la situación socio-económica de la familia o por otras causas que tú valores. Explicalo brevemente:

4. OBSERVACIONES:

MOLEDO DE INFORME DE NEUROPEDIATRÍA**Hospital Y. Virgen de la Arrixaca, Murcia****INFORME CLÍNICO****Pegatina identificativa. N.º**

Historia Clínica

Datos de filiación personal. Dirección - Teléfono

Datos identificación Servicio Murciano Salud

MOTIVO CONSULTA**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Madre

Padre

GAV

Consanguinidad (grado) Hermanos

N.º fratria

Enfermedades familiares

Árbol genealógico (sólo si la patología familiar lo requiere)

ANTECEDENTES PERSONALES

Gestación

Parto

Periodo Neonatal Vacunaciones Enfermedades anteriores Desarrollo Psicomotor

- Área motriz

- Área del lenguaje

- Interacción

- Escolaridad

Desarrollo Psicológico

Regresión de adquisiciones

ENFERMEDAD ACTUAL I MOTIVO CONSULTA

EXPLORACIÓN

- NEUROLÓGICA
- PSIQUIÁTRICA

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

TRATAMIENTO

REVISIÓN

Identificación nominal y firma del responsable del Servicio y del Facultativo encargado de la valoración diagnóstica y terapéutica del paciente

MODELO DE INFORME DE SALUD MENTAL PARA LOS SERVICIOS DE ORIENTACIÓN



Centro de Salud
Mental Infanto-
Juvenil
de""

		Dirección Postal	
Nombre		Teléfono	
1.º Apellido		C.I.P.	
2.º Apellido		F. Nacim.	
Sexo	Hombre	Edad	
DNI.		F. 1.ª Consulta	
		F. Alta	



C/
Telf.:
Fax.:

INFORME CLÍNICO PARA EL EOEP/EAT – ORIENTADOR

Centro escolar al que asiste:

Diagnóstico:

Tratamiento:

Recomendaciones:

Fdo: Facultativo responsable del caso

MODELO DE INFORME DE SALUD MENTAL PARA PEDIATRÍA Y NEUROPEDIATRÍA



Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de "....."

		Dirección Postal	
Nombre		Teléfono	
1.º Apellido		C.I.P.	
2.º Apellido		F. Nacim.	
Sexo	Hombre	Edad	
DNI.		F. 1.ª Consulta	
		F. Alta	



C/
Telf.:
Fax.:

INFORME CLÍNICO PARA PEDIATRÍA Y NEUROPEDIATRÍA

Motivo de Consulta:

Exploración psicopatológica:

Otras exploraciones:

Diagnóstico:

Tratamiento:

Recomendaciones:

Fdo: Facultativo responsable del caso

MODELO DE INFORME DE PEDIATRÍA A LOS SERVICIOS DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA

Centro de salud: _____ Fecha: _____

El niño _____ de _____ de edad ha sido valorado en esta consulta.

SÍ NO se confirma la sospecha de TEA,

Por lo que SÍ NO se deriva a Salud Mental.

Por lo que SÍ NO se deriva a Neuropediatría.

Dr./Dra.

Núm. colegiado:

CIAS:

MODELO DE INFORME DE INTERCONSULTA DE PEDIATRÍA A NEUROPEDIATRÍA

C. de Salud: Fecha:
Nombre y Apellidos:
F. de Nacimiento:
CIP Autonómico:
N. S.S:

INFORMACIÓN RECOGIDA EN EL PROTOCOLO DE DETECCIÓN DE T.E.A.

Historia actual

¿Aporta informe del equipo o unidad de orientación como posible TEA?
¿Aporta autorización firmada?
Presenta síntomas de alarma de:
Área motora:
Área perceptivo – cognitiva:
Área socio – comunicativa:
¿Hay regresión de habilidades adquiridas?
Edad de inicio de los síntomas (meses):
¿Realizado M-CHAT?

Antecedentes

Antecedentes Maternos Obstétricos:

Embarazo: Especificar:
Hábitos tóxicos de la madre:
Fumadora: N.º Cigarros (día):
Alcohol: Otros tóxicos: Especificar:
Parto:
Edad gestacional (semanas): Tipo de parto:
Reanimación neonatal:
Apgar 1 min. Apgar 5 min. 10 Apgar 10 min. 10
Ingresó en la unidad neonatal:
Especificar:

Antecedentes Familiares:

Trastornos de salud mental (TDAH, ansiedad, depresión...)

Sí, Especificar:

Otras enfermedades familiares de interés:

Antecedentes Personales (meses):

Inicio sedestación: Inicio gateo:

Inicio deambulación: Inicio balbuceo:

Inicio monosílabos: Inicio palabras:

Control de esfínteres:

Problemas de alimentación:

Problemas de sueño:

Desarrollo psicomotor:

Especificar:

¿Toma medicación crónica?

Trastornos o patologías previas de interés:

Exploración física y neurológica

PESO PEDIÁTRICO: TALLA PEDIÁTRICA:

EXPL. FÍSICA:

EXPL. NEUROLÓGICA:

EXPL. AUDITIVA:

EXPL. VISIÓN:

¿Se ha iniciado tratamiento desde A.P.?

Especificar:

D./D.^a :

CIAS:

Núm. Colegiado:

MODELO DE INFORME DE INTERCONSULTA DE PEDIATRÍA A SALUD MENTAL

C. de Salud: Fecha:
Nombre y Apellidos:
F. de Nacimiento:
CIP Autonómico:
N. S.S:

INFORMACIÓN RECOGIDA EN EL PROTOCOLO DE DETECCIÓN DE T.E.A.

Historia actual

¿Aporta informe del equipo o unidad de orientación como posible TEA?
¿Aporta autorización firmada?
Presenta síntomas de alarma de:
Área motora:
Área perceptivo – cognitiva:
Área socio – comunicativa:
¿Hay regresión de habilidades adquiridas?
Edad de inicio de los síntomas (meses):
¿Realizado M-CHAT?

Antecedentes

Antecedentes Maternos Obstétricos:

Embarazo: Especificar:
Hábitos tóxicos de la madre:
Fumadora: N.º Cigarros (día):
Alcohol: Otros tóxicos: Especificar:
Parto:
Edad gestacional (semanas): Tipo de parto:
Reanimación neonatal:
Apgar 1 min. Apgar 5 min. 10 Apgar 10 min. 10
Ingresó en la unidad neonatal:
Especificar:

Antecedentes Familiares:

Trastornos de salud mental (TDAH, ansiedad, depresión...)

Sí, Especificar:

Otras enfermedades familiares de interés:

Antecedentes Personales (meses):

Inicio sedestación: Inicio gateo: Inicio deambulación:

Inicio balbuceo: Inicio monosílabos: Inicio palabras:

Control de esfínteres:

Problemas de alimentación:

Problemas de sueño:

Desarrollo psicomotor:

Especificar:

¿Toma medicación crónica?

Trastornos o patologías previas de interés:

Exploración física y neurológica

PESO PEDIATRICO: TALLA PEDIÁTRICA:

EXPL. FÍSICA:

EXPL. NEUROLOGICA:

EXPL. AUDITIVA:

EXPL. VISIÓN:

¿Se ha iniciado tratamiento desde A.P.?

Especificar:

D./D.^a :

CIAS:

Núm. Colegiado:

CUESTIONARIO DEL DESARROLLO COMUNICATIVO Y SOCIAL EN LA INFANCIA (M-CHAT/ES).

Seleccione, rodeando con un círculo, la respuesta que le parece que refleja mejor cómo su hijo o hija actúa **NORMALMENTE**. Si el comportamiento no es el habitual (por ejemplo, usted solamente se lo ha visto hacer una o dos veces) conteste que el niño o niña **NO** lo hace. Por favor, conteste a todas las preguntas.

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

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

CLASIFICACIONES INTERNACIONALES

Se recomienda a los profesionales implicados en la detección de niños con TEA, sobre todo aquellos con poca experiencia, usar los Manuales Diagnósticos CIE-10 y DSM-IV-TR.

Comparación de clasificaciones diagnósticas CIE-10 y 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	

A continuación, se describen los **criterios diagnósticos** que deben cumplir los trastornos del espectro autista para ser considerados como tal según el **DSM-IV-TR (Estos criterios deberán adaptarse a la nueva clasificación del DSM-V, cuando entre en vigor)**

Criterios para el diagnóstico de F84.0 Trastorno autista

A. Un total de 6 (o más) ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y de (3):

1. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social
- incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo
- ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés)
- falta de reciprocidad social o emocional

2. Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por una de las siguientes características:

- retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica)
- en sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros
- utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico
- ausencia de juego realista espontáneo, variado o de juego imaginativo social propio del nivel de desarrollo

3. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos, y estereotipados manifestados por lo menos una de las siguientes características:

- preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés y que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.
- adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
- manierismos motores estereotipados y repetitivos (ej. Aleteo o giro de las manos o los dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
- preocupación persistente por partes de objetos.

B. Retraso o funcionamiento anormal en al menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: (1) interacción social, (2) lenguaje utilizado en la comunicación social, o (3) juego simbólico o imaginativo.

C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

Crterios para el diagnóstico de F84.2 Trastorno de Rett

A. Todas las características siguientes:

- desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal
- desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros 5 meses después del nacimiento
- circunferencia craneal normal en el nacimiento

B. Aparición de todas las características siguientes después del período de desarrollo normal:

- desaceleración del crecimiento craneal entre los 5 y 48 meses de edad
- pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas entre los 5 y 30 meses de edad, con el subsiguiente desarrollo de movimientos manuales estereotipados (p. ej., escribir o lavarse las manos)
- pérdida de implicación social en el inicio del trastorno (aunque con frecuencia la interacción social se desarrolla posteriormente)
- mala coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco
- desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo gravemente afectado, con retraso psicomotor grave.

Crterios para el diagnóstico de F84.3 Trastorno desintegrativo infantil

A. Desarrollo aparentemente normal durante por lo menos los primeros 2 años posteriores al nacimiento, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto.

B. Pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas (antes de los 10 años de edad) en por lo menos dos de las siguientes áreas:

- lenguaje expresivo o receptivo
- habilidades sociales o comportamiento adaptativo
- control intestinal o vesical
- juego
- habilidades motoras

C. Anormalidades en por lo menos dos de las siguientes áreas:

- alteración cualitativa de la interacción social (p. ej., alteración de comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, ausencia de reciprocidad social o emocional)
- alteraciones cualitativas de la comunicación (p. ej., retraso o ausencia de lenguaje hablado, incapacidad para iniciar o sostener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, ausencia de juego realista variado)
- patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, en los que se incluyen estereotipias motoras y manierismos

D. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia.**Crterios para el diagnóstico del F84.5 Trastorno de Asperger****A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:**

- importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social
- incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto
- ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés)
- ausencia de reciprocidad social o emocional

B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:

- preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo
- adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
- manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
- preocupación persistente por partes de objetos

C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.**D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).**

E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la integración social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.

F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

Diagnóstico del F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (incluyendo autismo atípico)

Esta categoría debe utilizarse cuando existe una alteración grave y generalizada del desarrollo de la interacción social recíproca o de las habilidades de comunicación verbal o no verbal, o cuando hay comportamientos, intereses y actividades estereotipadas, pero no se cumplen los criterios de un trastorno generalizado del desarrollo específico, esquizofrenia, trastorno esquizotípico de la personalidad o trastorno de la personalidad por evitación. Por ejemplo, esta categoría incluye el “autismo atípico”: casos que no cumplen los criterios de trastorno autista por una edad de inicio posterior, una sintomatología atípica o una sintomatología subliminal, o por todos estos hechos a la vez.

TEEA



Región de Murcia

