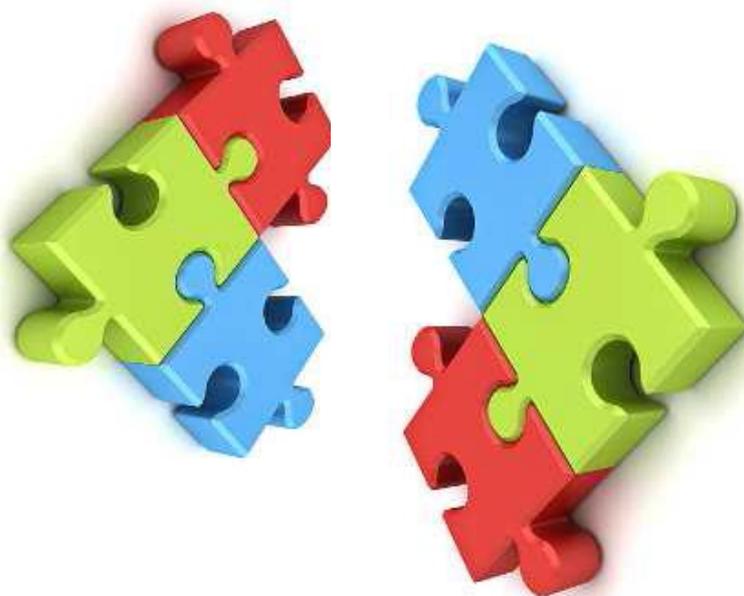


PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN, EL  
DIAGNÓSTICO Y LA INTERVENCIÓN EN  
NIÑOS Y NIÑAS CON SOSPECHA DE  
TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL  
AUTISMO  
(3 A 6 AÑOS)



# AUTORES

Departamento de Derechos Sociales:

- M<sup>a</sup> Rosario Larumbe Bidegain, Jefa de Negociado de centros para personas con discapacidad de la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas, ANADP.



*Departamento de Educación:*

- M<sup>a</sup> Pilar de los Arcos Velázquez, Orientadora del Equipo de Psíquicos del Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra, CREENA.
- Carmen Segura Urra, Orientadora del Equipo de Psíquicos del Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra, CREENA.
- Josean Villanueva Liras, Director del Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra, CREENA.



*Departamento de Salud:*

- Sergio Aguilera Albesa, Neuropediatra del Servicio de Pediatría y Áreas Específicas del Complejo Hospitalario de Navarra
- Ana Guinea Hidalgo, Psicóloga Clínica del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Clara Madoz Gúrpide, Psiquiatra y Directora del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Antonio Quetglas Pont, Psiquiatra del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Manuela Sánchez Echenique, Pediatra de Atención Primaria del SNS.
- M<sup>a</sup> Eugenia Yoldi Petri, Neuropediatra del Servicio de Pediatría y Áreas Específicas del Complejo Hospitalario de Navarra

*Revisores y colaboradores*

- Carmen García Ibero, Pediatra de Atención Primaria.
- Raimon Pèlach Pániker, Pediatra de Atención Primaria.
- Orientadores y orientadoras de la red pública y concertada.
- Profesionales de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Unidad de Igualdad del Departamento de Salud.

Revisado por la Comisión Interadministrativa de Atención Temprana.

Tipografía de títulos elaborada por Anna Vives, una chica con el Síndrome de Down. Iniciativa BOX21 que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de personas con necesidades especiales.  
[www.annavives.com](http://www.annavives.com)

# ÍNDICE

AUTORES	2
INDICE	3
GLOSARIO	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. DEFINICIÓN	6
3. PROTOCOLO DE COORDINACIÓN DE ACTUACIONES EDUCATIVAS Y SANITARIAS. --	7
3.1. FASE DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO.	8
3.1.1. PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA (AP)	9
3.1.2. EDUCACIÓN	11
3.1.3. SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (SMIJ)	13
3.1.4. NEUROPEDIATRÍA (NP)	13
3.2. FASE INTERVENCIÓN: intervención de tratamiento clínico, educativo y seguimiento TEA.	15
3.2.1. EDUCACIÓN	17
3.2.2. SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (SMIJ)	19
3.2.3. NEUROPEDIATRÍA	22
4. ORIENTACIONES PARA EL PERSONAL EDUCATIVO	23
5. ORIENTACIONES PARA EL PERSONAL SANITARIO	28
5.1. SÍNDROMES Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS	28
5.1.1. EPILEPSIA	28
5.1.2. ALTERACIONES SENSORIALES DIFICULTADES	28
5.1.3. TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS	28
5.1.4. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN	29
5.1.5. TRASTORNOS DEL SUEÑO	29
5.1.6. PROBLEMAS DERIVADOS DE SU COMPORTAMIENTO	30
6. ORIENTACIONES PARA LA FAMILIA	35
7. BIBLIOGRAFÍA	36
8. DOCUMENTOS DE INTERÉS	38
8.1. DOCUMENTOS DE INTERÉS PARA PROFESIONALES	38
8.2. DOCUMENTOS DE INTERÉS PARA FAMILIAS	39
8.3. ASOCIACIONES Y RECURSOS COMUNITARIOS	40
9. ANEXOS	41
9.1. ANEXO: AUTORIZACIÓN TRASPASO DE INFORMACIÓN	41
9.2. ANEXO 2: SEÑALES DE ALARMA	42
9.3. ANEXO 3: ORIENTACIONES PARA LA FAMILIA	45
9.4. ANEXO 4: PLAN INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADO (PII)	51

## GLOSARIO

AA	Aula Alternativa
ACS	Adaptación Curricular Significativa
ACACIA	Análisis de la competencia comunicativa e interactiva en autismo y otros trastornos del desarrollo con bajos niveles de funcionamiento cognitivo.
ANADP	Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas
AP	Atención Primaria
CAST	Test Infantil del Síndrome de Asperger
CAT	Centro de Atención Temprana
CSM	Centro de Salud Mental
CSMIJ	Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil Sarriguren
CREENA	Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra
IDAT	Inventario de Desarrollo de Atención Temprana
IDEA	Inventario de Espectro Autista.
MSCA	Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para niños/as.
NP	Neuropediatría
PEANA	Programa de Estructuración Ambiental en el aula de Niños/as con Autismo
PECS	Picture Exchange Communication System (Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes).
PII	Plan de Intervención Individualizado
SCQ	Cuestionario de Comunicación Social
SMIJ	Salud Mental Infanto-Juvenil (Sarriguren, Estella y Tudela)
TEA	Trastorno del Espectro del Autismo
TEACCH	Treatment and Education of Autistic related Communication Handicapped Children
UAE	Unidad de Apoyo Educativo
UT-TEA	Unidad de Transición-Trastorno del Espectro del Autismo
WPPSI	Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria
WNV	Escala No Verbal de Aptitud Intelectual de Wechsler

## 1. INTRODUCCIÓN

Este protocolo para la detección, el diagnóstico y la intervención en niños y niñas con sospecha de Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) abarca la edad de 3 a 6 años y es la continuidad del protocolo elaborado para esta población de 0 a 3 años y publicado en diciembre de 2016.

Se ha elaborado también en un espacio interdisciplinar con profesionales de los Departamentos de Derechos Sociales, Educación y Salud. El **grupo de trabajo** responsable de la creación de este protocolo depende de la **Comisión Técnica Interadministrativa de Atención Temprana**, que a su vez pertenece a la **Comisión Técnica de Atención Integral a la Infancia**. Esta comisión se constituyó en marzo de 2016 como un espacio interdepartamental desde donde diseñar un modelo de atención integral a la infancia, tanto en el ámbito de la prevención como en el de la intervención.

En la elaboración del protocolo también se han tenido en cuenta los objetivos establecidos en el documento “Estrategia Española en Trastorno del Espectro del Autismo” publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en octubre de 2015.

El protocolo busca plasmar cómo trabajar en Navarra con los niños/as con sospecha de TEA. Con los niños/as de la edad de 3 a 6 años, participan fundamentalmente profesionales pertenecientes a los departamentos de Educación y Salud. El objetivo prioritario del protocolo ha sido establecer las vías de coordinación y trabajo colaborativo entre distintos profesionales responsables de la intervención, pues consideramos esencial un trabajo conjunto que integre a profesionales en beneficio tanto de la población de 3-6 años como de sus familias.

Planteamos un protocolo dinámico que vaya actualizándose y complementándose con las mejoras y novedades que vayan surgiendo.

## 2. DEFINICIÓN

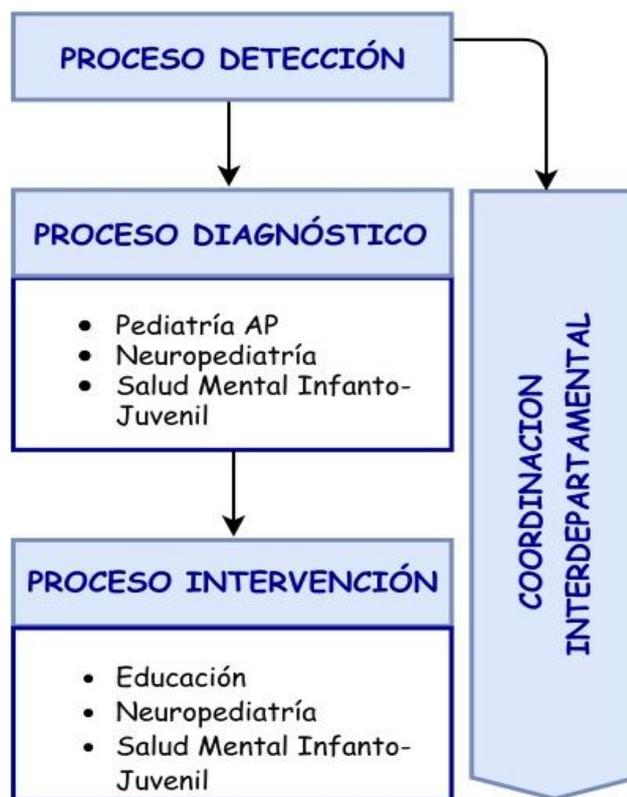
Como se recogía en el protocolo precedente a éste, los Trastornos del Espectro Del Autismo (TEA) comprenden una amplia gama de complejos trastornos del neurodesarrollo que se inician en la infancia y duran toda la vida, teniendo en común la afectación en la reciprocidad social, comunicación verbal y no verbal y la presencia de patrones repetitivos y restrictivos de la conducta. Los TEA varían ampliamente en el tipo de síntomas y su gravedad. Así, en los casos más leves, el trastorno puede pasar sin ser reconocido, enmascarándose con otros problemas físicos más debilitantes (Zwaigenbaum et al., 2015; Schaefer y Mendelsohn, 2013; Landa et al., 2013).

Remitimos al anterior documento donde se exponen aspectos teóricos sobre epidemiología, fenotipos clínicos, etiología y evidencia en intervención temprana:

<http://creena.educacion.navarra.es/web/necesidades-educativas-especificas/atencion-temprana/recursos-atencion-temprana/documentos-at>

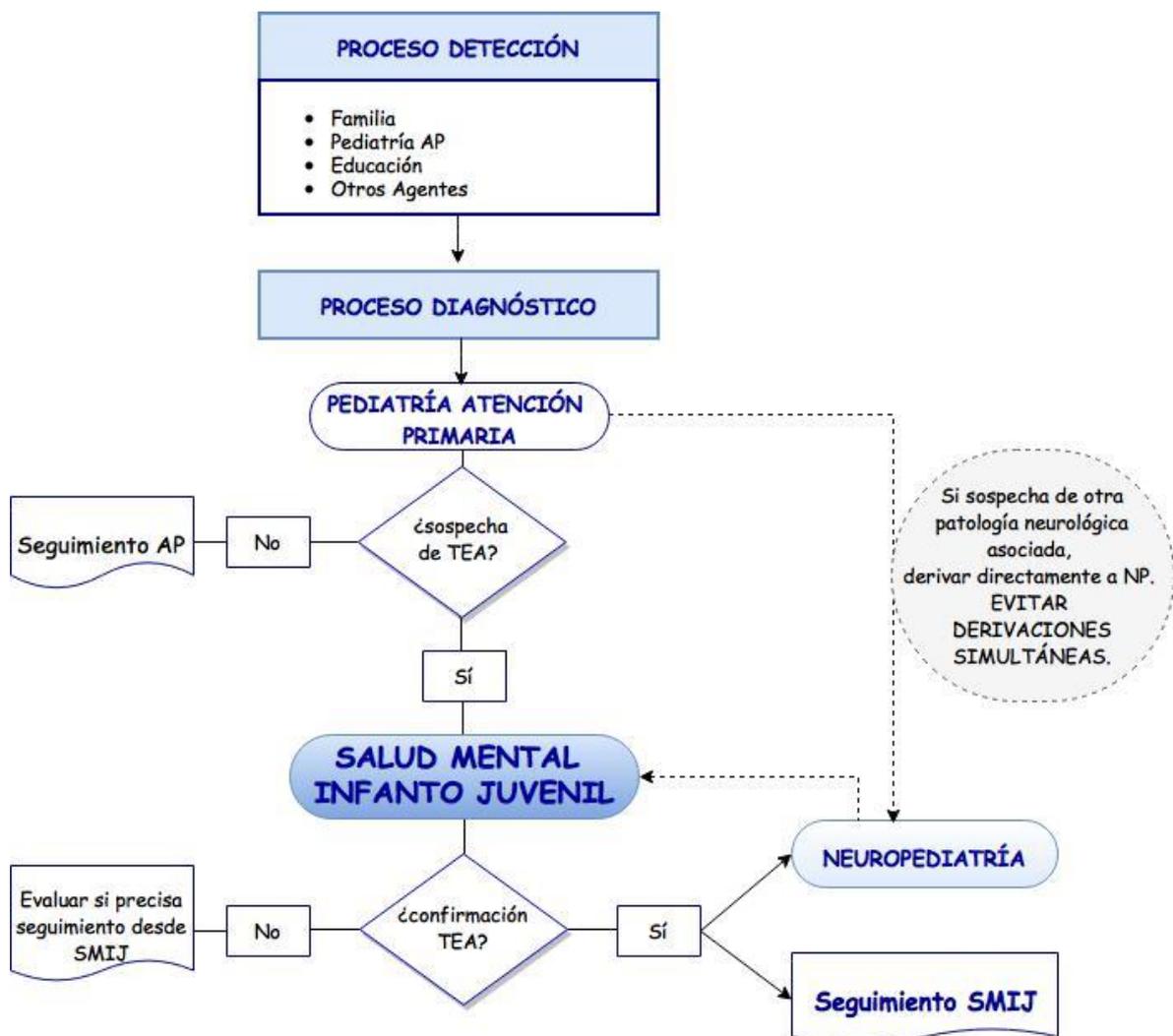
### 3. PROTOCOLO DE COORDINACIÓN DE ACTUACIONES EDUCATIVAS Y SANITARIAS.

#### FLUJOGRAMA GENERAL



### 3.1.FASE de DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO.

#### FLUJOGRAMA DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO



El objetivo fundamental del protocolo previo 0-3 años, es que todos los niños y las niñas con sospecha TEA estén evaluados y tratados antes de entrar en la franja de edad 3-6 años. Por tanto, en esta edad de 3 a 6 años, la mayoría ya tendrán el diagnóstico de TEA; sin embargo, algunos casos comenzarán en este período dicho proceso diagnóstico. En ocasiones, cuando no hay diagnóstico previo, la detección comienza en la escuela al observar en el aula la relación con sus iguales.

### 3.1.1. PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

Si los síntomas se detectaron con anterioridad, se habrán efectuado valoraciones de las diferentes áreas. Durante el periodo de 16-30 meses, además del seguimiento del desarrollo psicomotor, tenemos la herramienta específica del M-CHAT-R con su entrevista de seguimiento, que si es (+) nos indica la necesidad de derivación a Neuropediatría y paralelamente al centro de Atención Temprana de Sarriguren (CAT).

Los TEA se caracterizan fundamentalmente por:

- a) Alteraciones de la comunicación e interacción social
- b) Presencia de patrones restrictivos y repetitivos de la conducta

Estas alteraciones se observan a lo largo de la vida y se presentan con diferentes características según el momento de su desarrollo (primera infancia, etapa educativa, adolescencia, etc.).

Los síntomas referidos a la interacción social suelen empezar a manifestarse en el primer año, pero los síntomas del lenguaje se manifiestan más a partir del segundo año por lo que quienes en las revisiones periódicas de los 24 meses muestren algún retraso en esta área, se considerará que deberán llevar un seguimiento estrecho y valorar si se acompañan de otras alteraciones en el resto de áreas, con el fin de diferenciar las apariciones tardías del lenguaje de una sospecha de TEA. El comportamiento estereotipado suele ser el grupo de síntomas de aparición más tardía.

La variabilidad de la intensidad y tipo de síntomas predominantes puede ser tan grande que ésta puede ser la causa del retraso de diagnóstico en algunos casos.

La gravedad depende de factores como la comorbilidad con síndromes genéticos, el número de síntomas presentes y el cociente intelectual, pues un porcentaje significativo de niños/as con TEA cursa con discapacidad cognitiva más o menos grave.

La pediatría de AP tiene como principal misión, ante la sospecha de TEA, la derivación para el diagnóstico y tratamiento, y la coordinación y prevención de complicaciones, por lo que es necesario el establecimiento de amplios cauces de colaboración y de comunicación entre profesionales de diferentes niveles y departamentos (Derechos sociales, Educación y Salud). Para ello, se hace necesario contar con espacios en la agenda para realizar interconsultas (presenciales o no) con la escuela y otros recursos.

Si el niño/a ya está diagnosticado en esta etapa de su vida (3-6 años), se tiene que facilitar apoyo a la familia y supervisar que las recomendaciones que han sido indicadas por Atención Temprana, Salud Mental y Neuropediatría se cumplen.



Por otro lado, quienes estaban en seguimiento en AP, por no cumplir requisitos para derivación y/o quienes presentan en esta fase 3-6 años alguno de los síntomas indicados en el [ANEXO 9.2.], (en las **áreas de Comunicación**, tanto verbal como no verbal, **alteraciones en el área social**, o **en sus intereses**, actividades o conductas) se deben derivar para valoración a Salud Mental Infanto-Juvenil: en Sarriguren, Estella o Tudela según sus zonas de correspondencia. En función de las necesidades, desde estos dos últimos centros se podrá hacer una derivación al Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) Sarriguren para una segunda opinión (sobre diagnóstico o intervención).

Cuando pediatría realice las derivaciones, solicitará a la familia la autorización para la coordinación entre profesionales [ANEXO 9.1.] guardando una copia firmada en la historia clínica.

**A partir de los 36 meses se vigilará si hay signos en las áreas de:**

- **Comunicación y alteraciones sociales**
- **Alteraciones de los intereses, actividades y conductas**

**Los pasos a dar son:**

1. Aplicar el Programa de Salud Infantil.
2. Utilizar las herramientas de desarrollo validadas en población diana (Haizea-Llevant).
3. Valorar las preocupaciones de madres y padres o signos de alarma sobre el desarrollo.
4. Realizar audiometría en quienes presenten retraso en el desarrollo, especialmente tengan retrasos en las áreas sociales y del lenguaje.
5. Descartar déficit visual que también puede interferir en la adquisición del lenguaje y dificultar la interacción social.
6. Ponerse en contacto con la Trabajadora Social (de Atención Primaria o Salud Mental), para acogimiento de la familia y explicación de recursos tanto económicos como sociales, existencia y funcionamiento de asociaciones, seguimiento de la repercusión en la dinámica familiar y en los miembros de la familia, así como para la detección precoz de situaciones de riesgo de maltrato o negligencia si los hubiera.

**Cualquier pérdida de hitos logrados previamente, debe ser considerada signo de alarma y motivo de derivación.**



### 3.12 EDUCACIÓN

El periodo de 3-6 años supone el acceso a la escolarización de 2º ciclo de Educación Infantil en los diferentes centros educativos públicos y concertados.

La orientadora o el orientador de los centros educativos tiene como tarea prescriptiva la realización de la evaluación psicopedagógica del nuevo alumnado que se incorpora al ciclo de Educación Infantil y que presenta necesidades educativas especiales<sup>1</sup>

Cuando no se ha diagnosticado tempranamente, la escuela ofrece un espacio privilegiado para detectar señales de alerta, observando a las niñas y a los niños en la relación con sus iguales. Es ahí donde se pueden apreciar las dificultades en sus distintos grados, tanto en la comunicación y lenguaje, en la reciprocidad social como en los comportamientos en situación de juego.

La orientadora o el orientador comienzan su trabajo de detección bien por iniciativa/petición de profesionales del propio centro o bien por interés de la familia, mediante un proceso de evaluación encaminado, por una parte, a la derivación a otros servicios para su diagnóstico clínico y por otra, a la detección de las necesidades educativas que presenta, con el fin de coordinar la respuesta necesaria en el aula y en otros contextos.

El Equipo de Psíquicos<sup>2</sup> del Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra<sup>3</sup> ofrece asesoramiento y colaboración a los centros educativos desde los criterios de complementariedad y subsidiariedad, teniendo en cuenta los principios de normalización e inclusión en los que se basa la Atención a la Diversidad.

El profesional de orientación podrá solicitar a este equipo su intervención para concretar tanto la evaluación psicopedagógica como para ajustar la respuesta educativa, los recursos y ayudas que se precisan y la toma de decisiones sobre la modalidad de escolarización adecuada.

---

<sup>1</sup> Orden Foral 93/2008, de 13 de junio, por la que se regula la atención a la diversidad en los centros educativos de Educación Infantil y Primaria y Educación Secundaria de la Comunidad Foral de Navarra.

<sup>2</sup> El Equipo de Psíquicos del CREENA interviene de manera complementaria y subsidiaria, a petición de los centros, en los casos de Discapacidad Intelectual, Trastornos de Espectro del Autismo y Lenguaje.

<sup>3</sup> Decreto Foral 76/1993, de 1 de marzo, por el que se crea el Centro de Recursos de Educación Especial, dependiente del Departamento de Educación y Cultura.

En el proceso de evaluación se recogerá:

- La información aportada de la familia (encuesta 3 años de los centros educativos).
- La observación directa en los distintos contextos del centro (aula, patio, comedor) poniendo especial atención en la observación de la interacción y comunicación con los iguales.
- Modelo de Entrevista para las madres y los padres y Registro para la evaluación del nivel de desarrollo<sup>4</sup>.
- Registro para la evaluación del nivel de desarrollo adaptado para alumnado con TEA (Equipo de Psíquicos CREENA).
- Escalas de desarrollo estandarizadas: WPPSI, WNV, LEITER- R, Merrill-Palmer, McCarthy (si no hubieran sido proporcionadas por otros servicios).
- Inventarios de desarrollo: Battelle, IDAT.
- Escalas de Comunicación:
  - o Escala de Observación de la Comunicación Oral- E.C.O. Juana M<sup>a</sup> Hernández Rodríguez. Ed.CEPE.)
  - o Escala de Observación de la Comunicación en E.I. (Adaptación Mc Shane, Donellan y otros. Gobierno Vasco.
- Pruebas específicas:
  - o IDEA (Inventario de detección de espectro autista).
  - o Indicadores de autismo de la etapa de 1 a 4 años. (A. Rivière y J. Martos 2000).
  - o Escala de Observación de la Comunicación en E.I. (Adaptación Mc Shane, Donellan y otros. Gobierno Vasco.
  - o ACACIA. Prueba para el Análisis de la Competencia Comunicativa e Interactiva en Autismo (Tamarit, 2001).
  - o Escala Autónoma, para la Detección del Síndrome de Asperger y el Autismo de alto nivel de funcionamiento (M. Belinchón, Juana M<sup>a</sup> Hernández, J. Martos, M. Sotillo, M<sup>a</sup> Oliva Márquez y J. Olea).

---

<sup>4</sup> "Alumnado con grave discapacidad psíquica en Educación Infantil y Primaria. Orientaciones para la respuesta educativa" CREENA, 2001.



### 3.1.3. SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (SMIJ)

Al igual que en la anterior etapa, desde SMIJ se reunirá toda la información posible de estos niños y niñas, a través de los diferentes ámbitos en los que participan y a través de las pruebas psicométricas con las que se cuenta. Además, se recogerá el análisis multidisciplinar de diferentes profesionales.

Para ello, se programará inicialmente una primera sesión de evaluación con Psiquiatría o Psicología Clínica, en la que se recogerá la anamnesis con familiares directos basándonos en guía de entrevista ADI-R (entrevista para el diagnóstico del autismo de Rutter) para exploración de criterios diagnósticos y en la recogida de información procedente de Educación, Derechos Sociales y Salud. Además, se aplicarán cuestionarios a madres y padres si se considera necesario.

A partir de esa sesión se valorará la necesidad de completar valoración con diferentes pruebas:

- Sesiones con PSICOLOGÍA CLÍNICA Y ENFERMERÍA, para aplicación de:
  - *Escala ADOS-2 de valoración de sintomatología TEA*
  - Escalas de valoración del desarrollo cognitivo, en función de la edad si se estimase necesario.
- Sesión con PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSIQUIATRÍA de observación y exploración del *juego libre* (evaluación de capacidad comunicativa, adaptativa y simbólica).

Posteriormente se programará una sesión de devolución diagnóstica con la familia y se realizará el informe clínico de las conclusiones.

Si no se confirmara el diagnóstico, se cerrará el proceso. Si se confirmara se pondrá un Plan de Intervención Individualizado (PII) coordinado con Educación.

Si se detecta una sospecha de problema neurológico, se derivará a Neuropediatría de manera preferente. Si no se detecta un problema neurológico asociado al TEA, de realizará una derivación de forma ordinaria a Neuropediatría, para una adecuada evaluación neurológica del paciente con TEA.

### 3.1.4. NEUROPEDIATRÍA (NP)

La consulta de Neuropediatría es esencial para definir el diagnóstico conductual y determinar una hipótesis diagnóstica que permita orientar los estudios complementarios a realizar y llegar, si es posible, a realizar un diagnóstico etiológico; dado que en la actualidad no existe un marcador biológico específico para el diagnóstico del TEA.



En esta etapa de 3-6 años, si surge la sospecha de TEA no detectada en la etapa 0-3 años, el profesional de Neuropediatría debe realizar una evaluación y exploración neurológica detallada, en paralelo al proceso diagnóstico realizado desde SMIJ. Para ello, el menor será derivado desde SMIJ a Neuropediatría.

La historia clínica detallada (motivo de consulta, antecedentes familiares y personales completos) junto con la exploración clínica y la observación (actitud en consulta, juego, lenguaje y comunicación no verbal), permiten establecer un diagnóstico diferencial y planificar pruebas complementarias a realizar en cada caso.

Es de señalar la importancia de la observación conductual ya que en algunos pacientes permite definir un fenotipo conductual característico de síndromes genéticos ya definidos y ayuda a establecer un abordaje terapéutico.

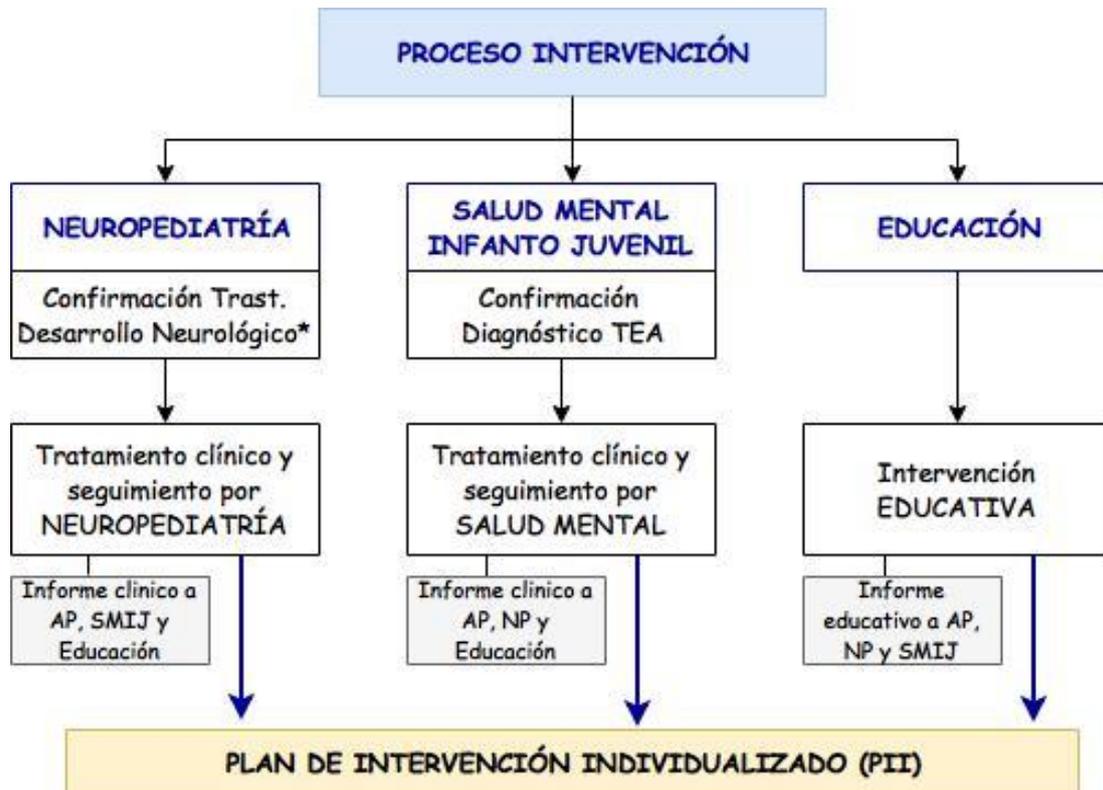
El diagnóstico diferencial con trastornos severos del lenguaje oral puede ser laborioso; las enfermedades neurológicas que pueden subyacer en los TEA obligan a una cuidadosa valoración sobre los exámenes complementarios a efectuar. La realización de pruebas complementarias debe establecerse siempre en relación a una hipótesis diagnóstica.

Se solicitan exploraciones médicas complementarias de forma racional, dado el bajo rendimiento diagnóstico de las mismas en TEA. El protocolo a aplicar es el mismo que en la etapa 0-3 años (ver ANEXO 4 del protocolo previo).



### 3.2 FASE INTERVENCIÓN: intervención de tratamiento clínico, educativo y seguimiento TEA.

#### FLUJOGRAMA INTERVENCIÓN



\*Trastorno Desarrollo Neurológico: síndrome genético, fenotipos conductuales, epilepsia, lesión cerebral.

Según Martos-Pérez 2013, toda intervención en TEA debe ser individualizada, con unos objetivos adaptados al proceso de evaluación de las destrezas y las dificultades en diferentes áreas funcionales. Por otro lado, la Estrategia Española del TEA plantea como una de las líneas estratégicas específicas el diseño, la implementación y la evaluación de sistemas de coordinación entre los diferentes ámbitos de cara a garantizar la transversalidad de las intervenciones.

La intervención en esta franja de edad es fundamentalmente psicoeducativa, recayendo por tanto en el ámbito escolar. El entorno escolar es un ámbito natural para el menor en el que pasa mucho tiempo, y en el que se puede valorar de manera más pormenorizada la evolución de las dificultades y respuesta a las intervenciones.



Siguiendo estas premisas, en nuestro entorno se planteará una intervención transversal y coordinada, basada en:

- la valoración del funcionamiento en diferentes contextos y áreas.
- los resultados de las pruebas estandarizadas aplicadas.
- el acuerdo entre profesionales que participan en el proceso, incluida la familia.

El énfasis de la intervención recaerá en la acción acordada y coordinada entre diferentes profesionales de cara a:

- potenciar y sistematizar las estrategias puestas en marcha en unos y otros ámbitos.
- garantizar la generalización de habilidades a distintos contextos.
- apoyar e incluir a la familia en el aprendizaje de recursos comunes y no disonantes, con coherencia en los objetivos y en las estrategias educativas.
- gestionar más rápida y eficazmente la resolución de los obstáculos que puedan surgir.

El punto de partida de la intervención en los casos ya diagnosticados lo constituirá la reunión entre el Centro de Atención Temprana (CAT), los equipos del CREENA y SMIJ, en el inicio del segundo ciclo de Educación Infantil. Se plantearán los siguientes objetivos:

- decidir quién es el coordinador de cada caso.
- conocer el modelo de escolarización.
- poner en común entre los departamentos información sobre aspectos del diagnóstico y evolución.
- elaborar un “Plan de Intervención Individualizado” (PII), en el que se valorará inicialmente y de manera consensuada el nivel en el que se encuentra el niño o la niña en cinco áreas:
  1. comunicación
    - a. expresiva
    - b. comprensiva
  2. Habilidades sociales y Gestión de emociones
  3. Conducta
  4. Autonomía
  5. Cognición-Juego

El Plan de Intervención Individualizado (PII), se materializará en un documento que mejore la operatividad, agilidad y valoración de los objetivos [\[ANEXO 9.4.\]](#). Supondrá de alguna manera el eje sobre el que se vertebrará la intervención y servirá para:

- establecer la línea basal del nivel madurativo del que se parte.
- formular objetivos operativos.
- potenciar la coordinación entre los departamentos.
- valorar los progresos en las diferentes áreas.



La intervención se ajustará por tanto a cada caso y de manera dinámica, según múltiples variables como la gravedad del cuadro, nivel madurativo, nivel comunicativo o modelo de escolarización y teniendo en cuenta las sinergias entre unas áreas y otras. El PII será revisado periódicamente, también de manera coordinada, actualizando los objetivos operativos a trabajar, así como las acciones a poner en marcha en cada ámbito y por cada una de las personas implicadas.

Dicha coordinación se establecerá en base al citado documento, de la siguiente manera:

- Para el alumnado escolarizado en Unidades de Transición, se harán reuniones presenciales entre el centro escolar, CREENA y SMIJ.
- Con el alumnado escolarizado en aulas ordinarias, la coordinación se hará entre el personal orientador escolar y SMIJ. La frecuencia y formato (presencial, teléfono, mail) se concretará según las necesidades.

### 3.2.1. EDUCACIÓN

Tras la fase de detección y diagnóstico, se procederá al análisis y valoración de los resultados de la evaluación realizada para determinar la respuesta individualizada pertinente: tipo de escolarización, la previsión de recursos y la respuesta educativa.

Los centros de la comunidad (ordinarios y específicos sostenidos con fondos públicos) cuentan con recursos personales (profesorado tutor, orientación, especialistas en Pedagogía Terapéutica, en Audición y Lenguaje), personal cuidador, y con materiales, para dar respuesta a las necesidades de los niños y de las niñas con diagnóstico o sospecha de TEA.

El orientador/a, será el responsable de organizar la coordinación de los profesionales que atienden al niño/a y de implementar en el contexto educativo el programa de intervención (objetivos, seguimiento, evaluación...). Dinamizará y coordinará todo el proceso desde la Unidad de Apoyo Educativo (UAE) con el resto de profesionales del centro. Realizará la previsión de los recursos personales y materiales necesarios para proporcionar la respuesta adecuada y la trasladará al Departamento de Educación.<sup>5</sup>

Se realizará un análisis de los puntos fuertes y débiles de cada una de las personas evaluadas para hacer un extracto de las necesidades que requiere en el entorno escolar y social, y determinar finalmente los apoyos personales y materiales que se precisen, de acuerdo con el programa de intervención individualizada que se haya diseñado conjuntamente por los profesionales que atienden al niño/a.

---

<sup>5</sup> Decreto Foral 66/2010, de 29 de octubre, que regula la Orientación Educativa y Profesional en la Comunidad Foral.



Posteriormente y teniendo en cuenta la valoración del contexto educativo y los recursos disponibles, se realizará el diseño de la Adaptación Curricular Significativa (ACS) o Programa de intervención, y del Programa de Autonomía (en caso de que el alumno tenga concedido recurso de cuidador/a).

Estos documentos, que conformarán la carpeta individual de la alumna y del alumno con TEA, se irán revisando durante el curso y/o siempre que se considere necesario, y se irán actualizando en función de los logros y necesidades que se vayan detectando.

Los centros realizarán diferentes coordinaciones a lo largo del curso para ajustar el diseño de la evaluación e intervención, donde podrán contar con el apoyo y asesoramiento del Equipo de Psíquicos del CREENA.

En relación a la escolarización, tal y como ya se apuntaba en el protocolo anterior, dada la casuística variada y amplia de alumnado con diagnóstico y/o sospecha de TEA en la comunidad, existen diferentes modalidades de escolarización y medidas organizativas que vienen reguladas por la normativa sobre atención a la diversidad y especificadas en el documento “Orientaciones para la escolarización de alumnado con necesidades educativas especiales” publicado anualmente desde el CREENA.

Los centros pueden contar con el apoyo y asesoramiento de los Equipos del CREENA para decidir la modalidad de escolarización más adecuada como el ajuste de la respuesta.

Las medidas organizativas y modalidades de escolarización que tenemos en nuestra comunidad son:

- **Escolarización en centro ordinario:** con carácter general se propone esta cuando las necesidades educativas especiales del alumnado pueden ser atendidas con los recursos ordinarios y sectoriales con los que cuentan los centros escolares. La escolarización en estos casos se lleva a cabo en un aula ordinaria del grupo que le corresponde.
- **Escolarización en centro ordinario en un Aula Unidad de Transición-Trastorno del Espectro del Autismo (UT-TEA):** esta medida organizativa, valorada y propuesta por el CREENA y Departamento de Educación, está dirigida al alumnado que necesita una respuesta altamente estructurada para una escolarización adecuada.

El alumnado con diagnóstico de TEA se escolariza en un aula en la que participan de 3 a 5 personas que presentan necesidades educativas especiales asociadas a diagnóstico trastorno del espectro autista y/o trastornos graves de la comunicación; se beneficia en algunos momentos de la integración en su clase ordinario de referencia.



- **Escolarización en Centro Educación Especial:** se lleva a cabo cuando las necesidades que requieren estas personas con TEA, no puedan ser atendidas en el marco de atención a la diversidad de los centros ordinarios. Esta modalidad se considera adecuada para situaciones de necesidades graves y permanentes que necesitan un grado de ayuda muy específica donde el entorno ordinario no puede responder a sus necesidades.
- **Escolarización en Aula Alternativa (A.A.) a Centro de Educación Especial en zona rural:** son aulas ubicadas en centros ordinarios de educación infantil, primaria y secundaria, sectorizadas en función de las necesidades que se presentan en las zonas en cuya proximidad no haya un centro de Educación Especial.  
El objetivo de estas aulas es atender al alumnado con modalidad Centro Educación Especial.

Al finalizar la etapa de Educación Infantil, el orientador/a del centro con la colaboración del Equipo de Psíquicos del CREENA realiza un informe síntesis donde determina los recursos necesarios para la atención a las necesidades de esta población, así como la propuesta para la siguiente etapa en cuanto a la modalidad educativa más adecuada y los recursos que se estiman.

### 3.2.2 SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (SMIJ)

La intervención en el SMIJ tendrá como objetivos generales:

1. Apoyar a las familias en la aceptación del diagnóstico y mejor comprensión del mismo.
2. Realizar un seguimiento de la evolución.
3. Favorecer el aprendizaje de estrategias tanto en la persona diagnosticada de TEA como de la familia, de forma complementaria a la intervención que se esté llevando a cabo en el centro educativo.

Como ya se ha comentado anteriormente estos objetivos se irán abordando, de manera secuencial, planificada y consensuada con Educación, según las necesidades individuales que se marquen en el PII:

1. Familia: ya desde la devolución de la impresión diagnóstica y la elaboración del informe, se comenzará con el apoyo a las familias para la mejor comprensión de las dificultades propias del trastorno y de su hijo/a en particular.



2. Seguimiento longitudinal: Se hará un seguimiento a largo plazo de la persona diagnosticada de TEA para ir dando respuesta a las diversas dificultades presentadas, manteniendo la continuidad de cuidados, valorando la estabilidad del diagnóstico, las posibles comorbilidades e identificando necesidades de intervención a nivel psicológico y/o psiquiátrico. El seguimiento lo harán especialistas en Psicología clínica y/o en Psiquiatría infantil, con apoyo de Enfermería. Si se estima necesario se pautará tratamiento farmacológico, que, si bien no actuaría sobre los síntomas nucleares de los TEA, ni se considera la intervención de primera elección, podría resultar eficaz para disminuir algunos síntomas asociados, en beneficio de la calidad de vida de estas personas con autismo. Si se pautara medicación, se informará a Pediatría de AP y a Neuropediatría vía historia clínica, individualizando las recomendaciones.
3. Aprendizaje de estrategias y recursos: se buscará fomentar el aprendizaje de recursos y estrategias en quien está diagnosticado de TEA y en la familia, para poner en práctica en el ámbito cotidiano, que complementen a las puestas en marcha desde el ámbito escolar, con especial atención en áreas de conducta, habilidades sociales y gestión de emociones. Se proporcionarán pautas de modificación de conducta, ya que esta se considera un elemento fundamental de la intervención y ha demostrado su eficacia en el aprendizaje de habilidades comunicativas verbales y no verbales, de rutinas o la extinción de conductas inadecuadas.

Estos objetivos se trabajarán siguiendo diferentes itinerarios, en función de diversas variables como el modelo de escolarización o el nivel de afectación. Las sesiones podrán ser a nivel grupal o individual, según los casos y también se tendrán sesiones con la familia.

GRUPOS DE INTERVENCIÓN: La oferta de grupos es variable cada año en función de las distintas necesidades y de aspectos organizativos.

Los distintos grupos son:

**De 3 a 5 años:**

- **Objetivos:**
  - Crear situaciones en las que, partiendo de sus intereses, se genere motivación por comunicarse, fomentando las habilidades de comunicación espontánea y funcional, potenciando experiencias interpersonales afectivas.
  - Favorecer el desarrollo de habilidades sociales básicas como aumento de las capacidades de atención y acción conjunta o el empleo más funcional y adaptado del contacto ocular.
  - Enriquecer y desarrollar su conducta de juego, partiendo del nivel de cada niño/a.

- Se utilizan sesiones de juego, con estructuración de rutinas.

#### **De 5 años en adelante:**

- Objetivos:
  - o Ayudar en el reconocimiento y en la expresión de las emociones.
  - o Fomentar las habilidades relacionales con iguales y con personas adultas.
  - o Regular las reacciones desproporcionadas que den lugar a comportamientos disruptivos.
  - o Regulación de reacciones agresivas
- También se utilizan sesiones de juego, con estructuración de rutinas.

#### SEGUIMIENTO INDIVIDUAL:

- Si **no** se encuentran **escolarizados en UT-TEA**, se alternarán sesiones con la familia y con el menor o la menor, ajustándose la frecuencia en función de las necesidades individuales de cada caso. Los objetivos a trabajar vendrán marcados por el PII y en las coordinaciones periódicas con educación, teniendo en cuenta las prioridades de intervención del CSMIJ, descritas anteriormente.
- Si se encuentran **escolarizados en UT-TEA**, la frecuencia de las sesiones con la niña o el niño y la familia será menor, basando la intervención en la potenciación de los avances y en la resolución de dificultades objetivadas en el aula. De igual manera las acciones del CSMIJ corresponderán con las acordadas en el PII.

Además, en todos los casos si se evidenciasen dificultades socio-familiares severas, alta necesidad de apoyo, discapacidad significativa o necesidad de derivar a otros dispositivos, se programarán consultas con el personal de Trabajo Social del CSMIJ. Si se considera necesario se derivará a la Sección de Valoración de la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo las Personas (ANADP) para valorar la discapacidad y/o dependencia.

Desde Salud Mental se mantendrá la intervención en el CSMIJ Sarriguren, CSM Estella o Tudela, en función de variables clínicas y del área de Salud Mental correspondiente. Las personas menores de 17 años de los centros de Estella y Tudela, diagnosticadas de TEA, se podrán derivar al CSMIJ Sarriguren para segunda opinión (de diagnóstico o intervención). En estos casos se derivarán nuevamente a Estella o Tudela para seguimiento, en función del criterio de estabilización, entendiéndose por tal:

- a) Ausencia de alteraciones de conducta graves
- b) El itinerario educativo está organizado y se ha dado coordinación con CREENA
- c) La medicación (si precisa) está ajustada.
- d) No estar participando de grupo terapéutico del CSMIJ.

### 3.2.3. NEUROPEDIATRÍA

Algunos niños/as con TEA presentan la sintomatología asociada a síndromes genéticos identificables, muchos de ellos con fenotipos cognitivo-conductuales que se muestran a partir de la etapa 3-6 años. Así, se hace necesario que el profesional de Neuropediatría realice un seguimiento longitudinal de estos niños/as, ya que las diversas complicaciones que pueden presentar irán apareciendo en distintos tiempos.

La intervención en Neuropediatría tendrá como objetivos generales:

1. Orientación familiar desde el ámbito neurológico, para una mejor comprensión de la base neurobiológica del trastorno en cada etapa del proceso
2. Seguimiento longitudinal para establecer un diagnóstico etiológico: genético, ambiental, lesión cerebral
3. Seguimiento longitudinal para vigilancia de otros trastornos neurológicos asociados: trastornos de aprendizaje, de coordinación motora, del sueño, epilepsia u otras complicaciones relacionadas con la etiología
4. Reforzar el aprendizaje de estrategias tanto de la persona diagnosticada de TEA como de la familia, de forma complementaria a la intervención que se esté llevando a cabo en el centro educativo y en salud mental



## 4. ORIENTACIONES PARA EL PERSONAL EDUCATIVO

La educación inclusiva y el apoyo son los principales medios de intervención para el alumnado con necesidades educativas especiales derivadas del TEA.

En la actualidad existe consenso sobre la importancia de la intervención temprana específica en la mejoría del pronóstico por lo que todas aquellas metodologías de intervención que están demostrando su eficacia deben ser aplicadas en el aula ordinaria de Educación Infantil: “los factores asociados con los mejores resultados incluyen la identificación temprana acompañada de una pronta incorporación a programas de intervención apropiados y una inclusión exitosa en contextos de la comunidad y educativos normalizados con alumnado que tenga un desarrollo normal” (Johnson y cols., 2007)

La integración con los apoyos necesarios en el medio escolar ordinario permite que los niños y las niñas con TEA accedan a un medio social estimulante y a su vez consigan la máxima inclusión social. La finalidad de la enseñanza será conseguir que comprendan y participen en las interacciones naturales dotando de sentido a la actividad de las demás personas del centro educativo y a la suya propia.

Es necesario igualmente que el profesorado sea conocedor de las características del trastorno para comprender el modo en que piensan y aprenden y así facilitar un estilo de enseñanza organizado y tranquilo que establezca exigencias adecuadas al nivel de desarrollo y a las características de esta población.

Dunlop y colaboradores (2008) señalan entre las buenas prácticas consensuadas en el tratamiento de los TEA, los siguientes componentes esenciales de un programa educativo:

- Enseñanza sistemática que incluya programación específica para lograrla.
- Adaptaciones curriculares centradas especialmente en el desarrollo de la comunicación y la socialización.
- Priorización de los objetivos de comunicación de necesidades básicas, de necesidades de materiales, apoyos visuales, favorecer pedir ayuda cuando sea necesario, hacer elecciones, iniciar rutinas.
- Individualización, apoyos y servicios individualizados, teniendo en cuenta las necesidades de la familia y las características de esta población, promoviendo una intervención educativa inclusiva con el resto de sus compañeros/as.
- Entornos de aprendizaje que sean comprensibles y estructurados (agendas, cronogramas).
- Enfoque funcional ante los problemas de conducta.
- Implicación familiar.



Rogers y Vismara (2008), en el ámbito de la atención temprana, pero válidas también en un contexto escolar, apuntan las siguientes líneas guía para determinar el mejor tratamiento:

- El tratamiento de las conductas desafiantes o no deseadas debe seguir los principios y prácticas del apoyo conductual positivo.
- Construir habilidades de comunicación espontáneas y funcionales es un aspecto crucial de la efectividad de la educación/tratamiento de toda persona con autismo, tenga la edad que tenga, tenga el nivel que tenga.
- Deben darse oportunidades para la comunicación a lo largo de todo el día.
- Esta población con TEA necesita implicarse en actividades de aprendizaje significativas (para él y ella y para su entorno) y apropiadas a la edad que sean funcionales en múltiples contextos. El enfoque de enseñanza natural es la mejor práctica.
- La atención temprana efectiva puede llevarse a cabo en diversos contextos, tales como el hogar, la escuela, contextos inclusivos a través de la enseñanza de habilidades evolutivamente apropiadas a lo largo de todo el día, de actividades con validez ecológica –contextos naturales con muy diversas personas- y del registro adecuado de los progresos.
- Las actividades con iguales son una parte crucial de la intervención en todas las edades y niveles de capacidad.
- Es necesario incluir en la intervención a las madres y a los padres y otros miembros de la familia, en el establecimiento de metas y prioridades de intervención.

### **Planificación de la intervención**

La educación infantil es un espacio donde la interacción natural con el resto de iguales es la base del aprendizaje. Para los niños y niñas con TEA es necesario trabajar con metodologías adaptadas de forma sistemática y por medio de rutinas predecibles los aspectos relacionados con la comunicación y el lenguaje, el conocimiento de sí mismo y autonomía personal, la interacción social y el conocimiento del entorno que son las áreas que conforman curricularmente esta etapa.

Dependiendo de la gravedad del trastorno y del nivel de capacidad será necesario planificar la respuesta educativa y priorizar los aspectos más deficitarios y que los aprendizajes sean lo más funcionales posibles.



Las Leyes Educativas vigentes<sup>6</sup>, señalan en su artículo 71.3 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 regirá por los principios de normalización e inclusión”.

La Orden Foral 93/2008, determina la escolarización y respuesta educativa para los alumnos con necesidad de apoyo educativo, y, en su artículo 14, recoge las medidas organizativas para el alumnado con Necesidades Educativas Especiales.

Para conocer las necesidades educativas que requieren estas personas con TEA es necesario llevar a cabo una evaluación psicopedagógica que recoja todos los datos relevantes de la anamnesis, del desarrollo (cognitivo, comunicativo, socioafectivo, de autonomía y conductual).

El profesional de orientación, dinamizará y coordinará todo este proceso desde la UAE con el resto de profesionales del centro.

Se realizará un análisis de los puntos fuertes y débiles de cada persona con TEA para hacer un extracto de las necesidades que presenta en el entorno escolar y social, y determinar finalmente los apoyos personales y materiales que se precisan.

Posteriormente se diseñará una respuesta educativa personalizada que será objeto de revisión y actualización.

### **Organización de la respuesta educativa**

Para la escolarización de una persona con TEA en un centro de la comunidad en cualquiera de sus medidas organizativas y modalidades (aula ordinaria, aula TEA, Centro de Educación Especial), será necesario dar a conocer al claustro y/o al equipo docente de las características de estas personas que tienen este trastorno, así como de la respuesta educativa que precisan. Se trata de sensibilizar y hacer visible y comprensible el trastorno para que la atención por parte de toda la comunidad educativa sea la adecuada. Como ya hemos comentado, el Centro podrá solicitar colaboración y asesoramiento al Equipo de Psíquicos del CREENA.

---

<sup>6</sup> Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación y Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa.

- Se realizarán en el centro los cambios organizativos que posibiliten el llevar a cabo la respuesta establecida, concretando las actuaciones, así como sus responsables.
- Teniendo en cuenta las características del Trastorno se tenderá a realizar una intervención globalizada con el eje de la comunicación y el lenguaje como base del día a día. Se establecerán objetivos funcionales de trabajo donde se prioricen los relacionados con la interacción social, la comunicación, representación simbólica e imitación. Habrá que tener en cuenta la accesibilidad cognitiva, esto supone una señalización accesible, inteligible y significativa.
- Se elaborará y desarrollará la ACS (Adaptación Curricular Significativa). Se tomará como referencia el desarrollo normal con el currículo oficial como base con las tres áreas curriculares<sup>7</sup>. Se podrán incorporar objetivos de la etapa anterior<sup>8</sup>, así como objetivos de metodologías específicas.
- Se cumplimentará el Programa de Autonomía donde se van marcando los objetivos a trabajar con el personal cuidador y que se revisará cada curso.
- Se realizará la Evaluación en relación a la Orden Foral 47/2009, de 2 de abril, que regula la evaluación en el segundo ciclo de Educación Infantil.

#### **Estrategias de enseñanza-aprendizaje:**

Estas personas con TEA tienen dificultades para adquirir las habilidades sociales y de comunicación; en cambio, son buenos aprendices visuales. Es necesario tener en cuenta las características del alumnado con TEA y utilizar estrategias específicas de enseñanza:

- **Estructuración espacio-temporal del aula** (PEANA, TEACCH): Será necesario proporcionar ambientes estructurados que faciliten y aseguren los aprendizajes (claridad para saber dónde tiene que ir y qué tiene que hacer) con marcadores visuales.
- **Organización de los espacios del aula** y/o un espacio propio para esta persona (rincones, zonas específicas de información: agenda, mesa). Colocar imágenes que representen el contenido de cajas y armarios, así como tarjetas representativas de los rincones.
- **Elaboración de calendarios con imágenes** que representen la sucesión de actividades del día mediante fotos de las personas o pictogramas del lugar o de la actividad.
- **Ubicación adecuada del alumno o alumna:** señalar con su foto cuál será su sitio; se pueden utilizar marcadores.
- **Uso de agendas** (de actividades, temporales, cuadernos de ida y vuelta). El uso de apoyos y claves visuales es esencial para ayudar a la comprensión de situaciones y garantizar el aprendizaje.

<sup>7</sup> (Decreto Foral 23/2007, de 19 de marzo que establece el currículo de las enseñanzas del II ciclo de Educación Infantil).

<sup>8</sup> Decreto Foral 28/2007, de 26 de marzo, que regula el I ciclo de Educación Infantil y Orden Foral 51/2007, de 23 de mayo, que regula la implantación de las enseñanzas del II ciclo de Educación Infantil.

- **Potenciar la enseñanza en el contexto natural.** Es vital realizar una enseñanza contextualizada donde se puedan producir situaciones de aprendizaje por imitación (contraimitación).
- **Enseñanza estructurada y secuenciación de las actividades:** informarle de las actividades que va a realizar mediante pictogramas y que una vez finalizadas podrá levantarse de la mesa y realizar la actividad que elija.
- **Enseñanza explícita:** de las emociones y de las normas para favorecer para su comprensión.
- **Comunicación y Lenguaje:** Se crearán contextos comunicativos a través de programas de comunicación adaptados a este alumnado. El uso de PECS, el Programa de Comunicación total (de B. Schaeffer) son algunos ejemplos.
- **Información lingüística adaptada.** Hay una tendencia a dar demasiadas explicaciones orales que llegan de forma escasa a personas con TEA; además muchas veces esta información se les da de espaldas, sin mirarles a la cara, etc. Es necesario utilizar el lenguaje oral en su justa medida y acompañarlo de estrategias como tarjetas, gestos naturales de apoyo a la comprensión, etc.
- **Paneles de comunicación** (en función de las distintas actividades: WC, comedor, asamblea, etc.)
- **Uso de las estrategias de anticipación y elección** como regulación del aprendizaje. La predictibilidad: avisarle, anticiparle, es fundamental para comprender los acontecimientos que va a vivir y evitar las conductas desadaptadas que se puedan dar.
- **Apoyo conductual positivo:** como modelo diseñado para responder con eficacia a las conductas problemáticas.
- **Moldeamiento:** técnica que consiste en reforzar sistemáticamente cada paso de una secuencia, conducta o acción que queremos instaurar.
- **Encadenamiento hacia atrás:** se trata de descomponer la secuencia en pasos proporcionando toda la ayuda para ir retirándola poco a poco.
- **Aprendizaje sin error** y no aprendizaje por ensayo y error; consiste en no atender a los errores facilitando el aprendizaje correcto.
- **Progresión y retirada de la ayuda** de tal manera que vayamos acercándonos a la conducta deseada eliminando paulatinamente los apoyos.
- **Generalización de los aprendizajes** en distintos contextos de tal manera que sea funcionales y significativos para resolver los problemas de la vida cotidiana y no una suma de aprendizajes mecánicos.
- **Coordinación/trabajo en red:** el trabajo coordinado de profesionales que intervienen dentro del centro y externos) va a determinar el éxito de las intervenciones en favor de la coherencia de las intervenciones.
- **Intervención sistémica:** centro escolar, familiar, social. El uso de las agendas de ida y vuelta con las familias ayuda a la comunicación entre ambos contextos, así como la interacción social.



## 5. ORIENTACIONES PARA EL PERSONAL SANITARIO

El conjunto de profesionales sanitarios que tratan con personas con trastornos del espectro autista (TEA) deben conocer sus peculiaridades y como hacerles la visita sanitaria más agradable.

### Problemas de salud más frecuentemente asociados

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

#### 5.1. 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.

##### 5.1.1. EPILEPSIA

Se presenta en población infantil con TEA con mayor frecuencia que en la población general. Debido a la dificultad de comunicación, las crisis de ausencia pueden pasar desapercibidas.

##### 5.1.2. 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; incluso las dificultades de comunicación y de diagnóstico pueden influir en una infradetección de dificultades perceptivas).

##### 5.1.3. TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

No es infrecuente que desarrollen psicopatología asociada o secundaria (emocional, mental o conductual). Son casos de difícil diagnóstico debido al solapamiento y a las dificultades comunicativas que presentan.

**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 así como 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 trastornos del humor.

### 5.1.4. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

Son frecuentes los casos de menores 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 muchos de estos niños y estas niñas. 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). Es importante tratar de evitar el estreñimiento para prevenir la retención y molestias que interfieren en el comportamiento. Otros hábitos de riesgo pueden ser regurgitaciones constantes, atragantamientos, etc. Pese a todo, no son muy frecuentes los casos de desnutrición o malnutrición. 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.

### 5.1.5. TRASTORNOS DEL SUEÑO

Son un problema asociado bastante frecuente en menores 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. 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.



## 5.1.6. PROBLEMAS DERIVADOS DE SU COMPORTAMIENTO

Se encuentra cierta tendencia a ser víctimas 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 los casos que tienen buenas capacidades cognitivas, las dificultades sociales y la presencia de pensamiento inflexible o rígido generan la incompreensión 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, favorece que sean fáciles víctimas para posibles situaciones de abuso (psicológico, sexual o físico).

### **1. 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, en algunos casos, los efectos paradójicos de los tratamientos farmacológicos que siguen.

### **2. Dificultades en la atención sanitaria a menores con TEA**

Habitualmente tienen dificultades para hacerse entender al expresar los síntomas que padecen. 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 habituales (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: golpearse la cabeza cuando tienen un intenso dolor de cabeza, o golpearse 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.



## Recomendaciones para mejorar la realización de la atención sanitaria

Esta información está dirigida a profesionales de la salud que pueden entrar en contacto con una persona con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA).

Visitas a especialidades médicas como odontología, oftalmología o simplemente acudir a un hospital puede ser extremadamente agotador para una persona con TEA. Pueden experimentar sobrecarga sensorial y comportamiento desafiante.

Es importante involucrar al personal adulto de referencia en todos los aspectos de la atención.

### Citas médicas

Si es posible, organice una visita informal antes del tratamiento real. La relación con profesionales de la salud en estos momentos es extremadamente útil para que la persona con TEA pueda familiarizarse con este entorno hasta ahora desconocido, su consulta y cualquier equipo, por ejemplo, una silla especial o gafas, etc. Otra opción puede ser permitir que vea como otra persona de su entorno cercano está siendo tratado de modo que las citas subsiguientes no sean tan estresantes.

- Puede ser útil reservar una cita doble para acomodar las necesidades adicionales que presente y pueda recibir la atención necesaria sin prisas.
- La primera o la última cita del día suelen ser las más adecuadas para estas personas. La persona con TEA encuentra la espera para una cita extremadamente agotadora.
- Si es posible, encuentre una sala de espera lateral donde la familia pueda esperar.
- Si es probable que la cita vaya con retraso, la familia puede desear salir del edificio completamente y regresar en un tiempo acordado más tarde.

### Hablar con pacientes con TEA

#### *Procedimientos médicos y exámenes físicos*

- Explique siempre lo que va a hacer antes de iniciar cualquier procedimiento o examen.
- Si es posible, muestre una imagen de lo que va a pasar o use una muñeca o un muñeco para explicar lo que va a hacer. Los exámenes físicos pueden resultar muy estresantes y es esencial anticiparse avisando antes de explorar qué se va a hacer. Existen unos pictogramas para urgencias que pueden ayudar a disminuir la ansiedad.
- Explique lo que está haciendo y porqué.

- Recorra a la ayuda de las personas adultas de referencia siempre que sea posible, especialmente si la persona con TEA tiene limitaciones en la expresión verbal o usa un método o ayuda alternativa de comunicación.
- Utilice un lenguaje claro y sencillo con frases cortas.
- Las personas con TEA pueden tomar las cosas literalmente. Haga que su lenguaje sea concreto y evite el uso de modismos, ironía, metáforas y palabras con doble significado, por ejemplo "Me muero de sed", etc.
- Dé instrucciones directas, por ejemplo "Por favor, ponte de pie". Si dice: "¿Puedes levantarte?" Esto puede hacer que la persona permanezca sentada o la respuesta "sí", ya que pueden no entender que se está pidiendo que hagan algo.
- Compruebe que ha entendido lo que se ha dicho: algunas personas con TEA pueden hablar claramente, pero tienen dificultades para una plena comprensión.
- Evite usar lenguaje corporal, gestos o expresiones faciales sin instrucciones verbales. Estos pueden no ser entendidos.

### **Respuestas que nos pueden ofrecer estas personas**

No se sorprenda si no hace contacto visual, especialmente si está en un estado de angustia. La falta de contacto visual no significa necesariamente que no están escuchando lo que usted está diciendo.

- Estas personas requieren más tiempo para procesar lo que ha dicho, tenga paciencia.
- No asuma que una persona con TEA no verbal no puede entender lo que está diciendo.
- Las personas con autismo pueden encontrar difícil entender la perspectiva de otra persona.
- Pueden no entender el espacio personal. Pueden invadir su espacio personal o necesitan más espacio personal que la persona promedio.

### **Estímulo sensorial**

Algunos o todos de los siguientes pueden aplicarse a su paciente.

#### **Luces**

- Algunas personas en el espectro del autismo son extremadamente sensibles a la luz y pueden discernir el parpadeo de las luces fluorescentes.
- Los focos de luz pueden desencadenar convulsiones en individuos susceptibles.

#### **Sobrecarga sensorial**

- Es fácil para alguien en el espectro del autismo ser superado por la sobrecarga sensorial, por ejemplo, en el ajetreo y el bullicio de un departamento de Urgencias. Las luces de emergencia y las máquinas emiten sonidos agudos de "silbido" que pueden ser agonizantes para estas personas.



- En las consultas de odontología, el ruido del taladro e incluso la sensación de instrumentos fríos en la boca pueden contribuir a la sobrecarga sensorial. El sabor fuerte de enjuague bucal o pasta también puede ser problemático. Del mismo modo, los equipos ópticos, como los anteojos de ojos pesados, puede ser difícil para estas personas para hacer frente.
- Algunas personas podrían retirarse (por ejemplo, meterse los dedos en los oídos, cerrar los ojos) y otras se autoestimulan. Esto significa que hacen movimientos como batir las manos, oscilando o chasqueando los dedos con el fin de estimular la sensación o para lidiar con el estrés. Este tipo de comportamiento también puede tener un efecto calmante, o el equilibrio de la ayuda y la postura, por lo que es mejor no tratar de detener a menos que sea absolutamente esencial.

### **Dolor**

- Las personas con autismo pueden tener un umbral de dolor muy alto. Incluso cuando no lo manifiesta, pueden, por ejemplo, tener roto un hueso.
- Pueden mostrar una respuesta inusual al dolor que podría incluir risa, zumbido, canto y eliminación de la ropa.
- La agitación y el comportamiento pueden ser los únicos indicios de que está sufriendo.
- La herramienta “Mostrarme dónde” puede ayudar a las personas a indicar dónde tienen dolor o molestia.

### **Inyecciones / análisis de sangre**

- Utilice imágenes o una muñeca o un muñeco para demostrar lo que va a suceder y puede ayudar a explicar en qué parte del cuerpo se va a inyectar.
- Las personas con TEA pueden tener un umbral del dolor más alto o, por el contrario, ser más sensibles al dolor. De modo que algunas personas pueden sentir el dolor agudamente y estar muy angustiadas, mientras que otras pueden no parecer reaccionar en absoluto.
- Es aconsejable asumir que sentirá el dolor y usar una crema anestésica local para adormecer el sitio de la inyección.

### **Paramédicos**

- Los problemas sensoriales son particularmente pertinentes para el paramédico.
- El sonido de una sirena puede ser terriblemente doloroso para estas personas, apáguelo si es posible. En otros casos pueden disfrutar de ser llevados al hospital en una ambulancia que tiene su sirena sonando. Lo mejor es consultar con una persona de referencia sobre cómo la sirena puede afectar a esta persona.
- Algunas personas con autismo pueden aterrorizarse por las restricciones utilizadas para sujetar a las personas a una camilla. Pueden manifestar una agitación extrema. Trate de explicarle o ayudarse de una persona de referencia para hacerlo.



## Accidentes y emergencias

Accidentes y Emergencias es una experiencia muy estresante para cualquiera, pero para una persona con autismo, puede ser totalmente abrumador. No sólo es un lugar extraño y, a menudo, aparentemente caótico, pero la experiencia sensorial de luces brillantes, monitores y otros equipos pueden sobrecargar completamente su sistema causando un "colapso", la retirada, o un comportamiento desafiante.

Permita que una persona adulta de referencia tome el control, ya que sabrán como ofrecer el apoyo necesario.

- A veces, el personal médico y de enfermería piden a las personas acompañantes que salgan de la habitación mientras están dando tratamiento de emergencia. En el tratamiento de pacientes con TEA, puede ser útil permitir que se queden si es posible. Esto puede ayudar a tranquilizarles, y también permitirá a las personas de referencia dar información valiosa sobre ellos y su comportamiento, si es necesario.
- Informe al personal de enfermería de triaje que a quien van a atender padece un TEA para que se le pueda dar una prioridad más alta de lo que sería normal. Esto es para minimizar el tiempo de espera.
- Trate de limitar al máximo el personal que le atenderá. La previsibilidad les ayudará a entender lo que les está pasando y a identificar los roles del personal. Si es posible, asigne una persona referente de su atención para todo el proceso.

## 6. ORIENTACIONES PARA LA FAMILIA

En el [\[ANEXO 9.3\]](#) se incluye información útil para las familias. Se divide en tres momentos:

- 1.- Información útil en el momento de la **detección**.
- 2.- **Después de la detección y el diagnóstico**.
- 3.- Orientaciones para la **intervención dentro de la familia**.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Consejería de Sanidad y Política Social. Servicio Murciano de Salud. Subdirección General de Salud Mental. Protocolo de coordinación de las actuaciones educativas y sanitarias para la detección e intervención temprana en los Trastornos del Espectro Autista (TEA). 2012.
- Cuadrado P y Valiente S. Niños con Autismo y TGD. ¿cómo puedo ayudarles? Pautas para padres y profesionales. Editorial Síntesis, 2008.
- Cornago A. Manual del Juego para niños con autismo. Del cucutrás al juego simbólico. Ejercicios, materiales y estrategias. Editorial Psylicom, 2013.
- Díez-Cuervo A, Muñoz-Yunta JA, Fuentes-Biggi J, et al. Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo, España). Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. Rev Neurol 2005; 41 (5): 299-310
- Dunlop G, Iovannone R y Kincaid D. Essential components for effective autism educational programs. En J.K. Luiselli, D. C. Russo, W. P. Christian, S. M. Wilczynski (Eds.): Effective practices for children with autism. Educational and behavioural support interventions that work. Nueva York: Oxford University Press. 2008: 111-136.
- Fuentes-Biggi J, Ferrari-Arroyo MJ, Boada-Muñoz L, et al. Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo, España. Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista Rev Neurol 2006; 43: 425-438
- Goldberg WA, Ossan K, Filipeck PA, Lauthere T, Jarvis K, Modal C, et al. Language and other regression: Assessment and timing. J Autism Dev Disord. 2003;33:607-16.
- Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III (2005). Guía de buena práctica para la detección, diagnóstico, investigación y tratamiento de los trastornos del espectro autista. Revista Neurología 2006; 43(7): 425-438.
- Hernández J, Ruiz B, Martín A (2007). Déjame que te hable de los niños y niñas con autismo de tu escuela. Teleno Ediciones SL.
- Johnson CP y Myers SM. The Council on Children with Disabilities. Identification and Evaluation of Children with Autism Spectrum Disorders. Pediatrics, 2007: 120, 5, 1183-1215.



- Landa RJ, Gross AL, Stuart EA, Faherty A. Developmental trajectories in children with and without autism spectrum disorders: the first 3 years. *Child Dev.* 2013; 84: 429–442
- Martos J, Llorente M, González A, Ayuda R., y Freire S. (Equipo DELETREA) (2008). *Los niños pequeños con autismo. Soluciones prácticas para problemas cotidianos.* Madrid. CEPE.
- Martos J. Espectro autista: una reflexión desde la práctica clínica. En: Martos J, Riviere A, editores. *Autismo: comprensión y explicación actual.* Instituto de Migraciones y Asuntos Sociales (IMSERSO). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001. p. 17-38.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. *Guía de Práctica Clínica para manejo de pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria.* 2009.
- Muhle R, Trentacoste SV, Rapin I. The genetics of autism. *Pediatrics.* 2004;113:e472-9.
- Rapin I. Neurobiology of autism. *Ann Neurol.* 1998;43:7-14.
- Rapin I. Autism. *N Engl J Med.* 1997;337:97-103.
- Riviere Á. y Martos J. (2000): *El niño pequeño con autismo.* Madrid. APNA (Asociación de padres de niños autistas)
- Rogers, S. J. y Vismara, L. A. Evidence based comprehensive treatments for early autism. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2008. 37 (1), 8-38.
- Schaefer GB, Mendelsohn NJ; for the Professional Practice and Guidelines Committee. Clinical genetics evaluation in indentifying the etiology of autism spectrum disorders: 2013 guideline revisions. *Genet Med* 2013; 15: 399-407
- Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, *Guía Colaborativa de Atención Primaria y Salud mental Infanto-Juvenil.* Pamplona, 2015.
- Tuchman R, Rapin I. Regression in pervasive developmental disorders: Seizures and epileptiform electroencephalogram correlates. *Pediatrics.* 1997;99:560-6.
- Wing L. The autistic spectrum. *Lancet.* 1997;350:1761-6.
- Zwaigenbaum L, Bauman ML, Fein D, et al. Early screening of autism spectrum disorder: recommendations for practice and research. *Pediatrics.* 2015; 136: S41-S59

## 8. DOCUMENTOS DE INTERÉS

### 8.1. DOCUMENTOS DE INTERÉS PARA PROFESIONALES

- CREENA <http://creena.educacion.navarra.es>
- Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con TEA en Atención Primaria. Ministerios de Sanidad y Política Social.
- Protocolo de coordinación de las actuaciones educativas y sanitarias para la detección e intervención temprana en los Trastornos del Espectro Autista (TEA). Consejería de Sanidad y Política Social. Servicio Murciano de Salud. Subdirección General de Salud Mental.
- Los niños pequeños con autismo (soluciones prácticas para problemas cotidianos). Editorial CEPE.
- Guía recursos Atención Temprana:  
<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/D4F9C9C2-8BBA-4FF1-A448-5D80D1A98F72/283236/GuiaAtencionTemprana.pdf>
- Protocolo colaboración Interdepartamental:  
<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/A1C34644-77CA-4043-84CE-6BAF6C72A3A7/254449/ProtocolodeColaboraciónAtenciónalaInfanciayAdolesc.pdf>
- Educación inclusiva: Trastorno del Espectro del Autismo  
[http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/185/cd/unidad\\_1/mo1\\_para\\_pensar.htm](http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/185/cd/unidad_1/mo1_para_pensar.htm)
- Para facilitar visitas y prácticas médicas puede ser útil consultar:  
<http://www.doctortea.org/>
- PICTOGRAMAS:
  - Escáner:  
<http://www.autismonavarra.com/wp-content/uploads/2016/10/Salud-escaner.pdf>
  - Examen ginecológico:  
<http://www.autismonavarra.com/wp-content/uploads/2016/10/Salud-examen-ginec%C3%B3logico.pdf>
  - Poner un yeso:  
<http://www.autismonavarra.com/wp-content/uploads/2016/10/Salud-poner-un-yeso.pdf>
  - Sacar sangre:  
<http://www.autismonavarra.com/wp-content/uploads/2016/10/Salud-sacar-sangre.pdf>
  - Resonancia Magnética:  
<http://www.autismonavarra.com/wp-content/uploads/2016/10/Salud-resonancia-magnética.pdf>



Radiografía:

<http://www.autismonavarra.com/wp-content/uploads/2016/10/Salud-radiograf%C3%ADa.pdf>

- Visita médica:

<http://www.autismonavarra.com/wp-content/uploads/2016/10/Salud-visita-medica.pdf>

- Revisión dentista:

<http://www.autismonavarra.com/wp-content/uploads/2016/10/Salud-voy-al-dentista-revisi%C3%B3n.pdf>

- Caries dentista:

<http://www.autismonavarra.com/wp-content/uploads/2016/10/Salud-voy-al-dentista-caries.pdf>

## 8.2. DOCUMENTOS DE INTERÉS PARA FAMILIAS

- Un niño con autismo en la familia (Guía básica para familias que han recibido un diagnóstico de autismo para su hijo o hija). Universidad de Salamanca y Ministerio de trabajo y Asuntos sociales. 2007.
- No estás solo: un documento elaborado por padres y madres y dirigido a aquellas familias con hijos con trastornos del desarrollo. APPS, miembro de FEAPS.
- Información útil para padres tras un diagnóstico de TEA. En GPC clínica para el manejo de pacientes con TEA en Atención Primaria.
- La primera noticia. Estudio sobre los procedimientos profesionales, las vivencias y las necesidades de los padres cuando se les informa de que su hijo tiene una discapacidad o un trastorno del desarrollo. Federación Estatal de asociaciones de Profesionales de atención Temprana (GAT). MEC. Editorial Polibea. 2011.
- Guía de Intervención ante los Trastornos de la Alimentación en niños y niñas con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA). Federación Autismo Madrid. Comunidad de Madrid.
- Mi hermano tiene autismo. Un libro explicativo para hermanos de entre 4 y 5 años de edad. Un libro explicativo para hermanos de entre 6 y 7 años de edad. González, A y Labat. V. Deletrea.
- ¿Qué le pasa a tu hermano? Manual para hermanos y hermanas de niños con discapacidad. Ponce, A. y Gallardo, M. Fundación MRW. Plena Inclusión.



### 8.3. ASOCIACIONES Y RECURSOS COMUNITARIOS

- ANA, Asociación Navarra de Autismo. [www.autismonavarra.com](http://www.autismonavarra.com)
- ANFAS, Asociación Navarra en favor de las personas con discapacidad del desarrollo y sus familias. [www.anfasnavarra.org/la-seccion-de-autismo-de-anfas](http://www.anfasnavarra.org/la-seccion-de-autismo-de-anfas)
- LUCIÉRNAGA, Asociación de familias con personas con Síndrome de Asperger y TEA de Navarra. [www.aspergernavarra.com](http://www.aspergernavarra.com)
- ANAIF, Asociación Navarra de Ayuda a la Infancia y a las Familias. [www.anaif.org](http://www.anaif.org)
- Confederación de Autismo de España. [www.autismo.org.es](http://www.autismo.org.es)
- Confederación Española de Autismo. [www.fespau.es](http://www.fespau.es)
- AETAPI. [www.aetapi.org](http://www.aetapi.org)
- PLENA INCLUSIÓN. [www.plenainclusion.org](http://www.plenainclusion.org)



## 9. ANEXOS

### 9.1. ANEXO: AUTORIZACIÓN TRASPASO DE INFORMACIÓN

Tras ser informado de la necesidad de valoración de mi hijo/a y del proceso diagnóstico que se va a iniciar, yo D/Dña.....  
.....responsable legal  
de.....nombre  
del niño o de la niña, doy mi consentimiento para que la información referente a las  
dificultades que puedan afectar a.....  
.....nombre del niño o de la niña, esté a  
disposición de todo el personal de Educación, Sanidad o Departamento de Derechos  
Sociales que van a intervenir en el proceso de detección y diagnóstico.

Fecha:

Firma de quien ostenta la representación legal de nombre del niño o de la niña  
En calidad de (madre, padre, tutor, tutora)

DNI:

## 9.2 ANEXO 2: SEÑALES DE ALARMA

*En cualquier edad se pueden presentar las señales establecidas. Estas señales de forma aislada no indican TEA, alertan a los profesionales del riesgo de TEA, de forma que la derivación dependerá de la situación en su conjunto. Tampoco pueden interpretarse desde el punto de vista evolutivo del TEA, sino como posibles signos que podemos encontrarnos en menores evaluados en edades referenciadas.*

(Extraído de la Guía Colaborativa Atención Primaria y Salud Mental Infanto-Juvenil. Pamplona, 2015. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.)

### **A partir de los 36 meses:**

#### **Comunicación:**

- Ausencia o retraso en el lenguaje o déficit en el desarrollo del lenguaje no compensado por otros modos de comunicación.
- Uso estereotipado o repetitivo del lenguaje como ecolalia o referirse a sí mismo en 2ª o 3ª persona.
- Entonación anormal.
- Pobre respuesta a su nombre.
- Déficit en la comunicación no verbal (ej. no señalar o dificultad para compartir un “foco de atención” con la mirada).
- Fracaso en la sonrisa para compartir placer y responder a la sonrisa de los otros.
- Consigue cosas por sí mismo, sin pedir las.
- Antes usaba palabras, pero ahora no.
- Ausencia de juegos de representación o imitación social variados y apropiados al nivel de desarrollo.

#### **Alteraciones sociales:**

- Imitación limitada (ej. aplaudir) o ausencia de acciones con juguetes o con otros objetos.
- No “muestra” objetos a los demás.
- Falta de interés o acercamientos extraños a los niños y niñas de su edad.
- Escaso reconocimiento o respuesta a la felicidad o tristeza de otras personas.
- No se une a otros en juegos de imaginación compartidos.
- Fracaso a la hora de iniciar juegos simples con otros o participar en juegos sociales sencillos.
- Preferencia por actividades solitarias.
- Relaciones extrañas con personas adultas desde una excesiva intensidad a una llamativa indiferencia.
- Escasa utilización social de la mirada.



### **Alteraciones de los intereses, actividades y conductas:**

- Insistencia en rutinas y/o resistencia a los cambios en situaciones poco estructuradas.
- Juegos repetitivos con juguetes (ej. alinear objetos, encender y apagar luces, etc.).
- Apego inusual a algún juguete u objeto que lleva consigo que interfiere en su vida cotidiana.
- Hipersensibilidad a los sonidos, al tacto y ciertas texturas.
- Respuesta inusual al dolor.
- Respuesta inusual ante estímulos sensoriales (auditivos, olfativos, visuales, táctiles y del gusto).
- Patrones posturales extraños como andar de puntillas.
- Estereotipias o manierismos motores.

**Detección a partir de los 5 años:** *las señales de alerta a partir de los 5 años de edad están más orientadas a aquellos casos que han podido pasar desapercibidos en evaluaciones anteriores por ser cuadros de TEA con menos afectación como el caso de Asperger.*

### **Alteraciones de la comunicación:**

- Desarrollo deficiente del lenguaje, que incluye mutismo, entonación rara o inapropiada, ecolalia, vocabulario inusual para su edad o grupo social.
- En los casos que no hay deficiencias en el desarrollo del lenguaje existe un uso limitado del lenguaje para comunicarse y tendencia a hablar espontáneamente sólo sobre temas de su interés (lenguaje fluido, pero poco adecuado al contexto).

### **Alteraciones sociales:**

- Dificultad para unirse al juego de los otros/otras niños/as o intentos inapropiados de jugar conjuntamente.
- Limitada habilidad para apreciar las normas culturales (en el vestir, estilo del habla, intereses, etc.).
- Los estímulos sociales le producen confusión o desagrado.
- Relación con personas adulta inapropiada (demasiado intensa o inexistente).
- Muestra reacciones extremas ante la invasión de su espacio personal o mental (resistencia intensa cuando se le presiona con consignas distintas a su foco de interés).

**Limitación de intereses, actividades y conductas:**

- Ausencia de flexibilidad y juego imaginativo cooperativo, aunque suela crear solo/a ciertos escenarios imaginarios (copiados de los vídeos o dibujos animados).
- Dificultad de organización en espacios poco estructurados.
- Falta de habilidad para desenvolverse en los cambios o situaciones poco estructuradas, incluso en aquellas en las que las niñas y los niños disfrutan como excursiones del colegio, cuando falta una profesora o un profesor, etc.
- Acumula datos sobre ciertos temas de su interés de forma restrictiva y estereotipada.

**Otros rasgos:**

- Perfil inusual de habilidades y puntos débiles (habilidades sociales y motoras escasamente desarrolladas, torpeza motora gruesa).
- Mientras que el conocimiento general, la lectura o el vocabulario pueden estar por encima de la edad cronológica o mental.
- Cualquier historia significativa de pérdida de habilidades.
- Ciertas áreas de conocimientos pueden estar especialmente desarrolladas, mostrando habilidades sorprendentes en áreas como matemáticas, mecánica, música, pintura, escultura.



## 9.3. ANEXO 3: ORIENTACIONES PARA LA FAMILIA

### DetECCIÓN

Los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA) son a menudo desconocidos entre la población en general y especialmente entre las familias. Por ello, es importante que padres y madres conozcan las características evolutivas del desarrollo normal de niños y de niñas para detectar si existen anomalías que hagan pensar en la existencia de estos trastornos.

En el desarrollo del primer año de vida existen algunos indicios que pueden hacer sospechar a padres y madres de la existencia de un TEA en su hijo/a. 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 que se les hacen.
- No responde cuando se le llama por su nombre, parece como si no oyera.
- 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.

Ante la sospecha de la existencia de dificultades en el desarrollo, se recomienda acudir a su pediatra quien valorará la realización de pruebas complementarias y/o la derivación correspondiente.

La evaluación es un proceso basado en la observación del comportamiento de estas personas, su nivel de desarrollo cognitivo, motor, del lenguaje y de la interacción social que establece, además de recoger información acerca de antecedentes de otras enfermedades. Por otro lado, es necesario recabar datos de su comportamiento en el contexto familiar, escolar y social para lo cual se preguntará a los padres y madres sobre ello, pues son los que mejor conocen a su hija o a su hijo.

La familia puede estar presentes en la evaluación y deben preparar y anticipar la visita a los servicios sanitarios con objeto de tranquilizar a su hijo/a ante un espacio y unas personas desconocidas.

### Después de la detección y del diagnóstico

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

- Cuando se recibe el diagnóstico pueden surgir sentimientos negativos (tristeza, negación, culpa...). Comuniquen su nivel de estrés y compartan las situaciones complicadas por las que estén pasando en relación con este proceso. Expresen abiertamente sus temores y sus dudas. Es normal pasar por un proceso de aceptación de la nueva realidad.
- Es positivo que muestren sus emociones y preocupaciones al personal profesional que les atiende. Ello ayuda a mejorar la comprensión de su situación.
- Soliciten que se les proporcione la información en un lenguaje sencillo, evitando los tecnicismos. Necesitan tener información realista acerca del diagnóstico, intervenciones, recursos que pueden utilizar... Prescindan de ideas preconcebidas sobre el trastorno. 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 el equipo de profesionales que les ayuda/acompaña. Hagan una lista de las dudas que les vayan surgiendo para aprovechar las visitas y resolverlas. Procuren anotar las cosas, tanto la información recibida como las citas programadas, nombres, fechas, incluso las llamadas telefónicas y mantengan, en lo posible, una agenda detallada.
- Es importante que la información sobre el trastorno se adapte a todos los miembros de la familia, en especial a los hermanos y hermanas. Una información apropiada para ellos, de acuerdo a su nivel de desarrollo, puede disminuir efectos negativos o estresantes, influenciar y promover relaciones positivas entre el resto de miembros de la familia. [\(Ver Documentos de Interés para Familias. Capítulo 8.2. Página 39\)](#)
- Puede resultarles útil ponerse en contacto con asociaciones de familiares que puedan orientarles en función de sus experiencias.

## Orientaciones para la intervención

Es conveniente establecer prioridades de intervención según los puntos fuertes, el momento y la situación concreta que está viviendo cada menor con TEA, planteando objetivos concretos y alcanzables, a lograr poco a poco.

Como orientación general conviene que padres y madres tengan en cuenta el siguiente orden de prioridades:

### 1. Salud y seguridad

Mantener un buen estado de salud integral de la niña o del niño con TEA es una de las prioridades a tener en cuenta. Las actuaciones fundamentales son las siguientes:

- Llevar seguimiento periódico de la salud.
- Asegurar el cuidado médico básico.
- Planificar la intervención de especialistas.
- Antes de la visita, procure informar a los profesionales de las peculiaridades y necesidades de su hijo/a, para que el profesional que le va a atender pueda preparar dicha consulta.
- Realizar las pruebas médicas asociadas que se le indiquen (alergias, déficits sensoriales...)
- Establecer un control preciso de la medicación.
- Cuidar su alimentación
- 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.

### 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 deben premiar y promover cualquier forma de comunicación que utilice, 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 conjunta.
- La conducta de 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. Área Social**

En el caso de las personas con TEA las habilidades sociales deben ser enseñadas de manera intencionada ya que muchas de ellas no son capaces de aprenderlas por imitación de otras. Las relaciones sociales son muy complejas para ser descifradas por personas con TEA, aunque la familia es el contexto más adecuado para enseñarles a mejorar en su flexibilidad y habilidad de relación social.

Las madres y los padres pueden ayudar a trabajar aspectos como:

- El contacto ocular.
- La observación del juego del otro, de la otra.
- 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 una persona adulta.
- Las actividades en grupo dirigidas o supervisadas por una persona adulta.
- Practicar juegos de turnos.
- Ofrecer oportunidades de juego.
- Abrir intereses para compartir con iguales.
- Involucrar a la familia extensa en las relaciones sociales con la persona con TEA.
- Facilitar la formación en habilidades básicas de conversación.
- Ofrecer la práctica de deportes y otras actividades sociales.
- Promover la dotación de flexibilidad emocional para manejar situaciones cambiantes.
- Enseñarles a usar el humor.
- Anticipar las reacciones de otras personas y entendiendo cómo se sienten.

#### 4. Ámbito académico

En el área educativa las madres y los padres deben tener un buen conocimiento de las capacidades de su hijo/a para poder tener unas expectativas realistas y ajustadas a las mismas.

En ocasiones será preciso revisar la modalidad educativa en la que se realiza la escolarización. En este tema es fundamental el asesoramiento del personal de orientación del centro y los equipos del CREENA para decidir la modalidad más adecuada en relación a las necesidades y características del niño/a.

Algunas orientaciones a tener en cuenta pueden ser:

- Es muy importante mantener el contacto estrecho con el personal de la enseñanza en el centro educativo: profesorado, orientación, logopedia, especialistas de apoyo... el conjunto de la familia debe ser parte integrante y activa de las intervenciones y contribuir a los aprendizajes del miembro de la misma con TEA.
- Para ayudarles a generalizar los aprendizajes es importante aprovechar los contextos que permitan un aprendizaje vivencial como la calle, el parque, el supermercado, las amistades... Por ejemplo, realizar pequeñas tareas en casa (orden de su habitación, sus juguetes, su ropa...)
- Proporcionar recursos de apoyo especializados para el desarrollo del lenguaje y la comunicación y para la consecución de objetivos curriculares.
- La dinámica familiar debe estar establecida de manera estructurada, con rutinas conocidas por la totalidad de sus miembros, responsabilidades y horarios fijados, ya que una necesidad de las personas con TEA es la organización espaciotemporal.
- Es necesario utilizar apoyos de tipo visual (fotos, gestos...) a la información ofrecida a la niña o al niño para que reconozca la secuencia de las actividades que debe realizar y los tiempos y espacios donde se desarrollan.
- En el entorno familiar se 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 a conductas adecuadas e ignorar las negativas.
- Ofrecer un ambiente normalizado de participación en el contexto educativo, ayudando a que asista a excursiones, representaciones teatrales...

## 5. Alimentación

Diversas investigaciones han llegado a determinar que la mitad de menores con trastorno del espectro autista tienen síntomas gastrointestinales clínicamente significativos. Es importante tratar de evitar el estreñimiento, para prevenir la retención y sus molestias, que interfieran con el comportamiento.

A menudo existe un patrón de lo que come o en dónde come bien. Por ello conviene conocer qué estímulos sensoriales que pudieran motivarle a comer ciertos alimentos o evitar otros. La introducción de una comida nueva debe ser gradual, para ayudar a que no se sensibilice al olor y/o apariencia, y así acepte alimentos nuevos poco a poco. Es una buena estrategia ofrecerle pequeños bocados de la comida que les gusta acompañados de pequeños bocados de la comida nueva o introducir alimentos con una textura y olor similar a los que ya come.

## 9.4. ANEXO 4: PLAN INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADO (PII)

<b>Nombre:</b>			
<b>Madre:</b>	<b>Padre:</b>		
<b>Referente SMIJ:</b>			
<b>Centro escolar:</b>			
<b>Curso y tutor/a:</b>			
<b>Asociación:</b>			
<b>OBJETIVOS E INTERVENCIÓN</b>			
<b>ÁREA: COMUNICACIÓN RECEPTIVA</b>			
Nivel adquirido por completo:			
Nivel adquisición parcial:			
Objetivo:			
Intervención a realizar	Centro escolar	SMIJ	Familia/Otros



<b>ÁREA: COMUNICACIÓN EXPRESIVA</b>			
Nivel adquirido por completo:			
Nivel adquisición parcial:			
Objetivo:			
Intervención a realizar	Centro escolar	SMIJ	Familia/Otros
<b>ÁREA: HABILIDADES SOCIALES (ATENCIÓN-ACCIÓN CONJUNTA)</b>			
Nivel adquirido por completo:			
Nivel adquisición parcial:			
Objetivo:			
Intervención a realizar	Centro escolar	SMIJ	Familia/Otros



<b>ÁREA: IMITACIÓN</b>				
Nivel adquirido por completo:				
Nivel adquisición parcial:				
Objetivo:				
Intervención a realizar	Centro escolar:	SMIJ		Familia/Otros
<b>ÁREA: JUEGO</b>				
Nivel adquirido por completo:				
Nivel adquisición parcial:				
Objetivo:				
Intervención a realizar	Centro escolar:	SMIJ		Familia/Otros



<b>ÁREA: CONDUCTA</b>				
Nivel adquirido por completo:				
Nivel adquisición parcial:				
Objetivo:				
Intervención a realizar	Centro escolar:	SMIJ		Familia/Otros
<b>ÁREA: GESTIÓN EMOCIONES</b>				
Nivel adquirido por completo:				
Nivel adquisición parcial:				
Objetivo:				
Intervención a realizar	Centro escolar:	SMIJ		Familia/Otros



OBJETIVOS E INTERVENCIÓN (Seguimiento por Enfermería)		
<b>ÁREA: INDEPENDENCIA PERSONAL, COMER</b>		
Nivel adquirido por completo:		
Nivel adquisición parcial:		
Objetivo:		
Intervención a realizar	Centro escolar	Familia/Otros
<b>ÁREA: INDEPENDENCIA PERSONAL, VESTIRSE</b>		
Nivel adquirido por completo:		
Nivel adquisición parcial:		
Objetivo:		
Intervención a realizar	Centro escolar	Familia/Otros



<b>ÁREA: INDEPENDENCIA PERSONAL, ASEO</b>		
Nivel adquirido por completo:		
Nivel adquisición parcial:		
Objetivo:		
Intervención a realizar	Centro escolar	Familia/Otros
<b>ÁREA: INDEPENDENCIA PERSONAL, TAREAS DE CASA</b>		
Nivel adquirido por completo:		
Nivel adquisición parcial:		
Objetivo:		
Intervención a realizar	Centro escolar	Familia/Otros



<b>ÁREA: INDEPENDENCIA PERSONAL, TAREAS ESCOLARES</b>		
Nivel adquirido por completo:		
Nivel adquisición parcial:		
Objetivo:		
Intervención a realizar	Centro escolar	Familia/Otros



OBJETIVOS E INTERVENCIÓN (EXTERNAS a SMIJ)		
<b>ÁREA: COGNICION</b>		
Nivel adquirido por completo:		
Nivel adquisición parcial:		
Objetivo:		
Intervención a realizar	Centro escolar	Familia/Otros
<b>ÁREA: MOTRICIDAD FINA</b>		
Nivel adquirido por completo:		
Nivel adquisición parcial:		
Objetivo:		
Intervención a realizar	Centro escolar	Familia/Otros
<b>ÁREA: MOTRICIDAD GRUESA</b>		
Nivel adquirido por completo:		
Nivel adquisición parcial:		
Objetivo:		
Intervención a realizar	Centro escolar	Familia/Otros

