



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2015-2016

Trabajo Fin de Grado

**El papel de la enfermería en niños con
Trastorno del Espectro Autista.**

(Revisión Bibliográfica)

Alba Sánchez Pérez

Tutora: Fermina Alonso del Teso

Mayo, 2016

INDICE

1. RESUMEN	2
2. INTRODUCCIÓN	3
2.1 Justificación	3
2.2 Historia	3
2.3 Concepto y clasificación	5
2.4 Epidemiología	6
2.5 Etiopatogenia	7
2.6 Clínica / Sintomatología	8
2.7 Diagnóstico	11
2.8 Tratamientos y terapias	12
3. OBJETIVOS	16
4. MATERIAL Y MÉTODOS	17
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	19
Papel de la enfermería en AP	19
Papel de la enfermera en atención especial	21
Papel de la enfermera con la familia del paciente	24
6. CONCLUSIONES	27
7. BIBLIOGRAFÍA	28
8. ANEXOS	34
ANEXO 1. Grados del TEA	34
ANEXO 2. Detección temprana	35
ANEXO 3. Tabla de Desarrollo: Escala de Haizea Llevant	40
ANEXO 4. Islas de competencias	41
ANEXO 5. Errores y falsos mitos	43

1. RESUMEN

Introducción. Actualmente el Síndrome de Asperger, el autismo, el trastorno desintegrativo infantil y los trastornos generalizados del desarrollo no especificados, se aúnan en el DSM.V y este les define como un único diagnóstico, denominado Trastorno del Espectro Autista (TEA) , de origen aún desconocido y caracterizado por una perturbación socio-comunicativa. Dicho trastorno posee unos niveles de prevalencia que van en aumento, con unos tratamientos y terapias no curativas, pero que pueden mejorar en gran medida el pronóstico.

Objetivo. Revisar en la literatura científica las actuaciones realizadas por parte del personal de enfermería ante un paciente con TEA y sus familias.

Método. Tras la formulación de la pregunta PICO, se realiza una revisión sistemática en diferentes bases de datos de documentos científicos, siguiendo unos criterios de inclusión y exclusión, obteniendo así un total de 21 referencias bibliográficas.

Resultados. Las actuaciones enfermeras ante tales pacientes, se llevan a cabo en los centros de Atención Primaria, mediante el diagnóstico precoz y el seguimiento de los pacientes, o en los centros especiales u Hospitales de Día donde se realizan labores más específicas encaminadas a mejorar el pronóstico. En ambos lugares la enfermería debe desarrollar técnicas de comunicación y formas de actuación específicas.

Conclusiones. Existe una gran carencia de conocimientos por parte de los profesionales de enfermería sobre el TEA, pero que a su vez son estos, por su situación ante la sociedad el personal idóneo para la detección temprana y el seguimiento de los pacientes, apostando por las terapias artísticas y los pictogramas para la mejora de la sintomatología más característica de este trastorno.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista, Autismo, Enfermería, Terapias, Intervenciones.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 Justificación

El concepto clásico de autismo ha variado mucho desde sus descripciones originales y en la actualidad se habla de un “continuo”, por lo que se prefiere usar el término TEA (Trastorno del Espectro Autista)¹, el cual engloba un conjunto de trastornos del desarrollo cerebral, cuyos síntomas son el resultado de alteraciones generalizadas del desarrollo de diferentes funciones del sistema nervioso central.²

Autismo es una palabra que proviene del griego “autos” que significa “uno mismo”. El significado de autismo es por tanto meterse en uno mismo, ensimismarse, y este vocablo fue originalmente utilizado para personas que mostraban una inmersión en la fantasía como forma de escapar de la realidad.³

La principal motivación para la realización de este trabajo ha sido conocer en profundidad este trastorno, ya que existen muchos estereotipos y falsos mitos creados alrededor de él, y que es necesario clarificar. Además, la incidencia de niños con autismo está aumentando, ya que existen más medios y conocimientos para su diagnóstico, por lo que merece un conocimiento del mismo por parte de los profesionales de enfermería,⁴ pretendiéndoles aportar con este trabajo unos conocimientos sobre las pautas de actuación ante un paciente autista, con el objetivo de dar a conocer a esta parte del sector sanitario las características por las que se rigen este tipo de pacientes y poder solventar cualquier situación, así como a partir de la correcta praxis enfermera poder llegar a potenciar su rehabilitación.

2.2 Historia

El autismo es una discapacidad descrita por primera vez en la monografía redactada por Eugen Bleuler en 1908, donde acuñó esta palabra entre pacientes esquizofrénicos seriamente aislados.⁵

A pesar de que fue descrito por primera vez en el siglo XX parece probable, que existiera en épocas anteriores, y que los autistas se incluyeran como personas con discapacidad intelectual o de enfermedades mentales graves.³

En la segunda Guerra Mundial se habló íntegramente de este término, de forma independiente en ambos bandos; un psiquiatra norteamericano, Leo Kanner, en 1943 en su artículo “Alteraciones autísticas de contacto afectivo”, quien inició el estudio científico de este trastorno⁶, así como un pediatra austriaco, Hans Asperger, en 1944 con su artículo “Los psicópatas autistas en la infancia”.

Ambos identificaron grupos de niños que se apartaban de sus familiares y del resto de la sociedad, obsesionados con rutinas y con evidentes capacidades intelectuales, lo que les excluía de un diagnóstico de retraso mental.

A pesar de la coincidencia de utilizar ambos autores el término autista y la proximidad cronológica de las publicaciones de Kanner y Asperger, solo se estableció una relación entre ambos trabajos muchos años después³.

La evolución sobre el autismo es una historia reciente, donde queda de manifiesto algunas fechas significativas dentro de su evolución, como pueden ser:

- 1956 Bruno Bettelheim sugiere que el autismo es causado por los padres que no son capaces de establecer un lazo afectivo con sus hijos.
- 1964 El libro “Infantile Autism” de Bernard Rimland sugiere que el autismo tiene una causa orgánica, dando así una base biológica.
- 1979 Wing y Gould ponen de manifiesto la “triada de discapacidades” considerada como un elemento definitorio del autismo.
- 1980 Se reconoce el espectro de autismo en la tercera edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III).
- 2000 En el DSM-IV-TR se definen cinco categorías diagnósticas dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD): Trastorno Autista, Trastorno de Rett, Trastorno Desintegrativo Infantil, Trastorno de Asperger y Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado.
- 2013 en el DSM-5 se habla de una única categoría, el Trastorno del Espectro del Autismo (TEA).^{5,7,8,9}

2.3 Concepto y clasificación

Dentro del término Trastornos Generalizados del desarrollo (TGD) se incluyen un grupo de trastorno con sintomatología de características autísticas. Por ello en los últimos años se tiende a remplazar el término TGD por el de Trastornos del Espectro Autista (TEA), donde la palabra autismo suele emplearse como un término genérico para referirse a un concepto más amplio.¹⁰ Ya que existen muchos retrasos y alteraciones del desarrollo que se acompañan de síntomas característicos del autismo.⁶

A día de hoy la versión actualizada, el DSM-V introduce el concepto de Trastorno del Espectro Autista como un denominador común, y refiere que los cuatro trastornos citados por el DSM-IV (Autismo, síndrome de Asperger, trastorno de Rett, Trastorno Desintegrativo Infantil) son en realidad una sola categoría clínica con diferentes grados de severidad y manifestaciones clínicas.¹¹

Según el DSM-V el TEA se caracteriza por la perturbación grave y generalizada de las áreas:

- a) Socio-comunicativa.
- b) Intereses fijos y conductas repetitivas.

Así pues, ya no se considera que un sujeto esté afecto de autismo o que sufra el síndrome de Asperger, sino que se considera que dicho individuo tiene un TEA.¹²

- Autismo: Es una discapacidad, un trastorno neuropsicológico,⁶ que produce un comportamiento anómalo en el cual los niños afectados se muestran indiferentes, ausentes, con dificultad para formar lazos emocionales con otras personas.³
- Síndrome Asperger: Está incluido dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) y considerado un TEA.¹³ La comunicación y la sociabilización están mejor preservadas que en el autismo, siendo altos los niveles de función cognitiva. Muestran un lenguaje que a veces resulta pedante y se caracteriza por ser repetitivo, monótono e inexpressivo, al igual que lo son sus juegos: mecánicos y carentes de fantasía.¹¹

- Trastorno desintegrativo infantil: Es también conocido como Síndrome de Hedller. Su principal característica es que durante los dos primeros años de vida, existe un desarrollo normal del sujeto, produciéndose posteriormente y con anterioridad a los diez, una pérdida de las habilidades adquiridas previamente comenzando una manifestación de déficits sociales y comportamientos típicos del Trastorno Autista. Es frecuente, en estos casos, que ocurra una regresión profunda o una pérdida completa del lenguaje, de las actividades lúdicas, de la capacidad social y del comportamiento adaptativo. Con frecuencia se presenta además una pérdida del control de esfínteres y a veces un mal control de los movimientos. Es típico que estos rasgos se acompañen de una pérdida de interés por el entorno, manierismos motores repetitivos y estereotipados, y un deterioro de la comunicación e interacción sociales.¹⁴
- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (TGD-NOS): Comparten muchas de las características del autismo típico y del síndrome de Asperger pero no cumple con el estricto criterio utilizado para diagnosticar esas condiciones.¹⁵
- Trastorno de Rett: Se trata un trastorno del neurodesarrollo grave, de origen genético, que se presenta generalmente y casi en exclusividad en niñas, ya que está originado en el cromosoma X que da lugar al sexo femenino.¹⁴

2.4 Epidemiología

Actualmente según el centro de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) refleja los siguientes resultados:

- Un promedio de 1 de cada 110 niños presentan un Trastorno del Espectro Autista.
- Los TEA están presentes en todas las razas, etnias y grupos socioeconómicos.
- Son entre 4 y 5 veces más probables entre la población masculina que entre la población femenina.
- Entre gemelos, si uno de ellos lo presenta, el otro gemelo también lo presentará en el 60-96% de las ocasiones.

- Padres con un hijo/a con un TEA tiene entre un 2 y un 8% de posibilidades de tener un segundo hijo con este mismo trastorno.^{16,17}

En España no se sabe con seguridad el número de casos existentes (2015), ya que no se cuenta con estudios poblacionales ni censos oficiales. Por ello se manejan las cifras de estudios epidemiológicos realizados en Europa, los cuales apuntan una prevalencia de aproximadamente un caso por cada 100 nacimientos.¹⁸ En ellos se confirma que se presenta de manera más frecuente en niños que en niñas, en una proporción 4:1; y que no existen diferencias en cuanto a su aparición en las diferentes culturas y clases sociales.²

Según un estudio de la Universidad de Salamanca dirigido por Ricardo Canal Bedia, la prevalencia del autismo en niños de Castilla y León era de 1/700 en 2010. Demostrando también que la incidencia es mayor en niños que en niñas.¹⁹

Existen numerosas razones para justificar este aumento, gracias a una mayor precisión en los criterios diagnósticos y una mejora de los registros digitalizados, se sostiene que hay además un aumento real por otras causas, como podrían ser los factores tóxicos o migratorios.^{3, 20,21}

2.5 Etiopatogenia

La investigación actual pone de manifiesto la presencia de diversas alteraciones de tipo biológico (bioquímico, genético, neurológico) en los sujetos con TEA:

- La hipótesis 'bioquímica' se apoya en que, en estos sujetos se han encontrado diferencias en lo referente a los neurotransmisores: GABA, serotonina, dopamina y noradrenalina. El GABA actúa contra el estrés y la dispersión mental, frena la transmisión de las señales nerviosas, por lo que niveles bajos de este (como sucede en los sujetos autistas) origina que dichas señales nerviosas se transmitan a gran velocidad, dando como resultado: hipersensibilidad.⁶
- La hipótesis 'genética'. Se ha demostrado que la genética afectaría al desarrollo de las estructuras cerebrales, actuando sobre ella una gran variedad de factores externos o exógenos, durante la vida fetal o después

del nacimiento, dando lugar esta combinación a un desarrollo defectuoso del SNC.^{3,11}

Sin embargo esta hipótesis genética se sustenta en la mayor probabilidad de presencia de autismo en los hermanos de sujetos autistas que entre la población general.^{6,12}

- La hipótesis 'neurológica' se fundamenta en observaciones post-mortem del cerebro de individuos autistas, encontrando diferencias en el cerebelo, sistema límbico y corteza cerebral.¹²

Existen también estudios etiológicos acerca de la influencia de los factores perinatales,¹¹ problemas y complicaciones en el embarazo y en el parto.³ Entre ellos, se consideran factores de riesgo: la edad de los padres, el bajo peso al nacer, la escasa edad gestacional,¹¹ la oxitocina en el parto, problemas de salud de la madre (problemas inmunes o hipotiroidismo), exposiciones tóxicas...³

2.6 Clínica / Sintomatología

Las manifestaciones del TEA son muy amplias, difusas e inconstantes,⁶ los niños afectados son extremadamente diferentes entre sí.^{3,11}

A estas personas les resulta difícil desarrollar relaciones sociales, comunicarse y pensar en abstracto. Estas alteraciones afectan a varios ámbitos del desarrollo: interacción social, lenguaje, comunicación y el pensamiento.^{6,20}

- Discapacidad en el comportamiento y la interacción social

Los problemas de comportamiento de las personas con TEA varían de graves a leves. Los más graves son comportamientos anómalos, agresivos, llegando en ocasiones a causarse daño a sí mismos. En su forma menos severa, se parece a una dificultad de aprendizaje; pero incluso las formas más leves tienen una discapacidad para desarrollar su vida en comunidad debido a los déficits en las áreas de comunicación y sociabilidad.^{3,6} El contacto visual, las expresiones y los gestos están limitados, lo que se traduce a veces como una especie de sordera selectiva, ya que no suelen reaccionar cuando se les llama por su nombre.¹¹

- ✓ Normas y rutinas: Estos niños reclaman consistencia y persistencia en su ambiente (comer de los mismos platos, a una hora determinada...) Pueden ponerse muy nerviosos y estresados, e incluso violentos, si se alteran sus rutinas, generando rabietas o bloqueos.³
- ✓ Estereotipias: Generalmente estos niños tienen un aspecto físico normal y un buen control de sus movimientos.³ Sin embargo, es frecuente que presenten movimientos no propositivos (sin sentido, sin propósito o sin finalidad concreta) y repetitivos²² (Aletear con las manos, balancearse hacia atrás y adelante), denominados también manierismos.^{11, 2}

En todos estos aspectos del TEA hay grados, clasificándose los niños dentro de cuatro grandes grupos.³ (Anexo 1)

- Discapacidad en el lenguaje

Es una de las primeras causas de preocupación en los padres. A los tres años de edad, la mayoría de los niños con desarrollo normal han superado una serie de etapas en el aprendizaje del lenguaje.³ Una parte considerable de los niños diagnosticados de TEA, en concreto el 50% permanecen mudos toda la vida.¹¹ Algunos consiguen este desarrollo normal durante los primeros meses de vida, pero con una menor calidad y frecuencia y pronto dejan de hacerlo. En otros, lo que se produce es una ralentización, un retraso, no adquieren el lenguaje de a la misma velocidad que el resto de niños de la misma edad, consiguiendo hablar de una forma irregular a edades entre los 5 y los 8 años.

El gesto de señalar tiene dos funciones básicas: pedir y mostrar. Estos niños no lo suelen usar para mostrar, pero muchos lo usan para pedir.

Tampoco buscan otro medio para comunicarse, no usan gestos o imitan acciones. Se dice que carecen de lenguaje expresivo y receptivo;³ pero a menudo tienen dificultad para comprender o interpretar lo que otros les dicen.¹¹

Hay muchos aspectos donde el lenguaje o la comunicación muestran cambios:

- ✓ Ecolalia: Es un trastorno del habla que se caracteriza por la repetición automática de las últimas palabras o sílabas de otra persona.

- ✓ Uso del lenguaje de forma inexacta: Las palabras pueden no corresponderse con lo que realmente quieren decir. Suelen desarrollar códigos para indicar las cosas. (Puede llamar a los besos “burs” porque es el sonido que oye cuando la gente besa).
 - ✓ Falta de comprensión del lenguaje no verbal: Se basan solamente en el significado estricto de las palabras. Entienden las frases en un sentido exclusivamente literal, no entienden ni el sarcasmo ni la ironía.
 - ✓ Utilización incorrecta de nombres y pronombres.
 - ✓ Dificultad para comprender las situaciones sociales: No adaptan el lenguaje a las distintas situaciones.
 - ✓ Habla pedante: Esto solo se produce en los niños en la parte más favorable del Espectro Autista, y en particular en el Síndrome de Asperger.
 - ✓ Descoordinación lengua-mente: Pueden ser capaces de decir más de lo que pueden entender.^{3,11}
- Discapacidad en la información sensorial

La información sensorial es limitada o los datos que llegan no encajan entre sí, pudiendo llegar a tener uno de estos problemas o los dos:

- Disfunciones con las señales sensoriales que les llegan.
- Fallos en la integración de la información de los sentidos.

Con respecto a los problemas en la recepción sensorial se puede hablar de hipersensibilidad (son sensibles en extremo) o hiposensibilidad (son poco sensibles). Los niños sienten perfectamente pero no son capaces de comunicar su situación o las molestias que sienten.

Generalmente, al ir madurando, las personas con TEA mejoran el control del propio cuerpo y los problemas sensoriales disminuyen.³

- Discapacidad en la imaginación

Los problemas en este aspecto pueden aflorar de distintas maneras.

- ✓ Dificultades en el juego: la capacidad de jugar está limitada. La mayoría de los niños a partir de los dos años utilizan su imaginación para inventar historias, crear nuevos usos para un objeto, juegan a ser otro... los niños afectados por el trastorno raramente utilizan estos aspectos del juego. Tienen preferencias por los entretenimientos en solitario (puzzles). Se trata de un juego que suele ser repetitivo y no muestra evolución.^{3, 11, 6}
- ✓ Pensamiento rígido: Tienden a ver el mundo como un lugar en blanco y negro, donde todo es bueno o es malo, y no hay grises. Las reglas, normas y regulaciones proporcionan una estructura confortable. Romper una de estas normas es algo no permitido que les causa desazón y ansiedad.³
- ✓ Problemas para interpretar el futuro: El niño puede ponerse nervioso sobre las cosas cuyo resultado desconoce y se estresa preocupándose sobre lo que puede suceder o lo que puede alterar sus rutinas.²⁰

2.7 Diagnóstico

Para el diagnóstico de los trastornos mentales en nuestro medio, se utilizan tanto el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V) vigente desde el 2013, como la Clasificación Internacional de las Enfermedades, en su décima revisión de los Trastornos mentales y del comportamiento (The ICD-10 Classification of Mental and behavioural Disorders).²³

Los **criterios diagnósticos del DSM V** son los siguientes:

A. Déficits persistentes en comunicación social e interacción social a lo largo de múltiples contextos, según se manifiestan en los siguientes síntomas, actuales o pasados:

1. Déficits en reciprocidad socio-emocional.
2. Déficits en conductas comunicativas no verbales usadas en la interacción social.
3. Déficits para desarrollar, mantener y comprender relaciones.

B. Patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses, que se manifiestan en, al menos dos de los siguientes síntomas, actuales o pasados.

1. Movimientos motores, uso de objetos o habla estereotipados o repetitivos (ej., movimientos motores estereotipados simples, alinear objetos, dar vueltas a objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
2. Insistencia en la igualdad, adherencia inflexible a rutinas o patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizado.
3. Intereses altamente restringidos, obsesivos, que son anormales por su intensidad o su foco.
4. Hiper- o hipo-reactividad sensorial o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno.

C. Los síntomas deben estar presentes en el período de desarrollo temprano (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas del entorno excedan las capacidades del niño, o pueden verse enmascaradas en momentos posteriores de la vida por habilidades aprendidas).

D. Los síntomas causan alteraciones clínicamente significativas a nivel social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento actual.

E. Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de una discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o un retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro de autismo con frecuencia coinciden; para hacer un diagnóstico de comorbilidad del trastorno del espectro de autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social debe estar por debajo de lo esperado en función del nivel general de desarrollo.²⁴

2.8 Tratamientos y terapias

En el abordaje de un niño con TEA no es solo importante seleccionar un método de intervención adecuado, sino también informar, contener y acompañar a la familia, además de mantener un contacto estrecho con los centros de atención temprana y educativa.^{1, 25}

✓ **Terapias educativas y psicosociales**

- ❖ Estrategias y herramientas de comunicación: Siendo las dificultades para comunicarse una de las características limitantes, se han desarrollado numerosas técnicas de comunicación:
 - Comunicación facilitada: Se trata de pulsar en un teclado, y que pueda expresar sus pensamientos y necesidades.
 - Comunicación manual o lenguaje de señas: Generalmente se utilizan las mismas señas que en el lenguaje para sordos, aunque en la mayoría de los casos, se establecen señas específicas que solamente los familiares y maestros comprenden y utilizan.
 - Comunicación por intercambio de imágenes (pictogramas).^{26,3}
- ❖ Terapias artísticas: Todas ellas pretenden desarrollar la confianza, la autoestima y la expresión del niño, pudiendo ayudar a tratar algunas dificultades secundarias propias del TEA como la ansiedad o la depresión. Destacan la musicoterapia,¹¹ el teatro y la dramatización,²⁷ el dibujo o la danza.³
- ❖ Delfinoterapia o equinoterapia: La impresión inicial de montar a caballo o nadar con delfines origina una gran descarga de adrenalina que podría ser beneficiosa para la conducta.³ Sin embargo, no existe ninguna revisión sistemática que apoye científicamente el uso terapéutico de animales en esta población.²⁸

✓ **Tratamientos biológicos y dietas de eliminación**

Los aspectos fundamentales de las dietas de eliminación, se refieren a evitar el daño que muchos de los alimentos posteriormente descritos producirían en los niños con TEA.^{3,29}

Las principales evidencias apuntan a factores como:

- ❖ Probable acción de los opiáceos externos: La leche de vaca y de cabra, el trigo, el centeno y la cebada, poseen proteínas (caseína y gluten), que al no ser digerida completamente, presentan propiedades opiáceas. En esta población de niños, existe una mayor tendencia a presentar errores en el metabolismo que impiden la degradación de esas moléculas, además

presentan un mayor permeabilidad de las barreras naturales (barreras hematoencefálica) por lo que las morfina externas llegarían con mayor facilidad a los sitios del cerebro donde se desarrolla el lenguaje, la comunicación, las relaciones sociales etc.

- ❖ Alergias e intolerancias alimenticias: Muchos de estos niños presentan hipersensibilidad a diversos alimentos (lácteos, trigo, cebada, centeno vinagres), provocando una serie de alteraciones intestinales, manifestaciones cutáneas, y fiebres. Tales alteraciones tendrían efectos que se relacionan con problemas conductuales, irritación, llanto inmotivado, problemas de atención o autoagresión.

Por estas razones, especialistas y sociedades sugieren eliminar de la dieta de estos niños, estos alimentos y efectuar exámenes para determinar las probables alergias o intolerancias a fin de disminuir las reacciones y con ello mucho de los problemas conductuales asociados.^{1, 3, 11, 29}

✓ **Tratamiento farmacológico**

Los medicamentos utilizados en este tipo de trastornos son efectivos para aliviar los síntomas y los comportamientos que hacen a estas personas problemáticas para convivir y desenvolverse en casa o la escuela y poder mejorar la calidad de vida de las personas que lo padecen y sus familias.³

Algunos de los medicamentos más utilizados en este tipo de trastornos son:

- ❖ Neurolépticos: Se prescriben para el control de un amplio rango de conductas (hiperactividad, agresividad, autoagresión, agitación o insomnio). El *Haloperidol* consigue también reducir los movimientos estereotipados, los tics y la evitación social. Otros medicamentos comparables son la *Levomepromazina* (Sinogan) y la *Risperidona* (Risperdal).
- ❖ Anticonvulsivos: Aproximadamente un 3% de estos individuos desarrollan también epilepsia y son muy propensos a presentar convulsiones. Destacan el *fenobarbital* (Epilatin), la *Carbamazepina* (Tegretol) o el *Ac. Valproico* (Depakine).

- ❖ Ansiolíticos: Se indican cuando la persona está ansiosa o irritada por cambios en las pautas diarias, en sus rutinas. Ejemplos de ansiolíticos son el *Lorazepam* (Orfidal), *Diazepam* (Valium), *Alprazolam* (Trankimazin).
- ❖ Antidepresivos: Estas personas pueden padecer trastornos como depresión, manía, compulsiones, ansiedad o pánico. Entre los principios activos más utilizados son: *Imipramina* (Tofranil) y la *Sertralina* (Aremis).
- ❖ Antagonistas opioides: Algunos muestran alteraciones sensoriales donde estímulos normales se perciben como dolorosos, o por el contrario son insensibles al dolor. La *Naltrexona* y *Naloxona* son fármacos que bloquean los receptores opiáceos, muy útiles para individuos que presentan conductas auto-agresivas.^{3, 11, 16,30}

3. OBJETIVOS

General:

Realizar una revisión bibliográfica sobre los datos más actuales del Trastorno del Espectro Autista y dar a conocer al personal de enfermería las diferentes técnicas de abordaje del paciente con este trastorno y de su familia.

Específicos:

- Acercar el concepto de TEA al profesional de enfermería y aportar información que sirva de apoyo ante el cuidado de niños con dicho trastorno.
- Explicar al personal enfermero su implicación en el cuidado y seguimiento de dichos pacientes, así como su coordinación con el equipo multidisciplinar para la realización de un trabajo más eficaz.
- Conocer las herramientas necesarias para administrar unos cuidados integrales, de calidad y efectivos, tanto al paciente como a sus cuidadores, con el fin de mejorar su calidad de vida.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

La metodología que se ha seguido en el desarrollo del presente Trabajo de Fin de Grado ha sido una revisión sistemática basada en la búsqueda bibliográfica, realizada en varias ocasiones desde Diciembre del 2015 a Mayo del 2016 con el fin de obtener información sobre el tema.

La pregunta PICO (Paciente, Intervención, Comparación y Resultados) que se estructuró fue la siguiente, **¿Qué papel desarrolla la enfermería ante un paciente con TEA?**

Las búsquedas se han realizado principalmente a través de internet, para ello han sido utilizados recursos específicos, estos recursos son los siguientes:

Tabla 1: Fuentes consultadas

BASES DE DATOS	BUSCADORES	PÁGINAS DE SALUD	REVISTAS
Lilacs PudMed Cochrane Plus Scielo Medline SAS	Google Académico	FESPAU CAE APNA AETAPI	Autismo Diario Dialnet

Además, para completar la información se han consultado libros sobre la materia y se han incluido guías sobre el cuidado del paciente con TEA.

Para el desarrollo de los enunciados de búsqueda se ha utilizado un lenguaje controlado, con los siguientes términos o descriptores, ya sean MeSH o DeCS para encontrar resultados específicos:

Tabla 2: Palabras clave.

DESCRIPTORES	PALABRA	INGLÉS	ESPAÑOL
DeCS	Autismo	Autistic Disorder	Trastorno autístico
	Enfermería	Nursing	Enfermería
	Terapias	Therapies	Terápias
	Intervenciones	Interventions	Intervenciones
MeSH	Autism	Autism Spectrum Disorder	Autismo
	Nurse	Pediatric Nurse Practitioner	Enfermería

Para unir estos términos y reducir el número de documentos disponibles sobre el tema, se usaron los siguientes operadores booleanos: AND, OR Y NOT, creando así combinaciones de búsqueda. (Intervenciones-enfermería-autismo, terapias-enfermería-autismo)

En la selección de artículos: Tras las primeras búsquedas se encontró una gran cantidad de información, pero sólo fueron seleccionados 21 documentos considerados relevantes de acuerdo a los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Artículos de acceso libre y de texto completo.
- Artículos escritos a partir del año 2005 hasta la actualidad.
- Artículos en inglés o español.
- Artículos que traten sobre el TEA en enfermería pediátrica.

Criterios de exclusión:

- Artículos que relacionan el TEA con otras patologías (Comorbilidad).
- Artículos referidos al TEA en adultos.
- Artículos experimentales.
- Artículos que tratasen sobre el tratamiento farmacológico en el TEA.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) producen un gran impacto en el desarrollo y bienestar de los afectados, además de en sus familiares y personas que les rodean. El carácter crónico y la gravedad de estos trastornos hacen que se precise de un plan de detección precoz y un tratamiento multidisciplinar personalizado.³¹

Se habla de la actividad de la enfermería ante el paciente con TEA jugando un papel prioritario en dos ámbitos, uno en la Atención Primaria (AP) y otro en Atención Especializada pudiéndose esta llevar a cabo en centros especiales o en Hospitales de día.

- **Papel de la enfermería en AP**

La detección temprana parece mejorar el pronóstico global de estos niños en cuanto a su adaptabilidad al futuro; sobre todo en lo referente a la comunicación y a su futura inserción social como personas más independientes, además de los beneficios que suponen sobre la familia.³²

Es recomendado que tanto los profesionales de Atención Primaria (AP) como educadores, tuvieran los conocimientos necesarios para poder realizar una detección precoz, ya que son los que van a ser consultados en primer lugar, teniendo mayor posibilidad de detectar más temprano y fácilmente dichos trastornos.^{21, 34}

Además este tipo de pacientes tiene problemas en la accesibilidad al sistema sanitario³¹ ya que sus recursos y medios están concebidos para la población general, sin tener en cuenta las singularidades propias de dichos pacientes,^{33, 34} a esto se suman las dificultades diagnósticas debidas a este desconocimiento, la falta de coordinación por parte de los profesionales implicados, y la ignorancia de los familiares sobre dónde acudir.^{31, 34}

Por la proximidad de la enfermera de Atención Primaria en el seguimiento del paciente, según J.M. Hernandez; se deben distinguir dos niveles de evaluación: el primero mediante el “Programa del Niño Sano”,^{21, 31,32} y el segundo en el diagnóstico definitivo.³¹ (*Anexo 2*)

Un alto nivel de vigilancia por parte del profesional enfermero, en los campos de desarrollo social, juego, lenguaje y comportamiento, mejora la identificación temprana de estos casos.³²

❖ Recomendaciones en el seguimiento del niño sano:

- El profesional enfermero debe discutir regularmente con los padres, en cada visita el desarrollo psicomotor, intelectual y conductual de sus hijos, como parte del seguimiento del niño sano.
- En la vigilancia del desarrollo del niño sano es aconsejable el uso de escalas para detectar cualquier trastorno (Escala Haizea-Llevant). (Anexo 3)

Especial importancia le otorga el Ministerio de Sanidad al seguimiento de grupos de riesgo; niños que por sus antecedentes personales o familiares presentan mayor riesgo de TEA, aunque no se haya evidenciado ningún síntoma específico.³²

❖ Recomendaciones en el seguimiento de grupos de riesgo:

- Tener en cuenta en las visitas periódicas factores asociados al trastorno como: factores perinatales (consumo de fármacos, diabetes gestacional, sufrimiento fetal...) bajo peso al nacer, edad avanzada de los padres, antecedentes familiares de TEA.
- Seguir de forma exhaustiva, el desarrollo de aquellos hermanos de los niños con TEA por ser esta población de riesgo.

Ciertos autores apoyan el uso de escalas y test de valoración.^{31,32} En contraposición la "Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria" habla de que el uso de escalas no está estandarizado, teniendo éstas escasa sensibilidad y especificidad.³²

La autora Mónica Cueto habla de que el siguiente paso a la sospecha por parte de la enfermera, sería su comunicación al pediatra de AP, para valorar su posterior derivación al especialista (centro de salud mental infantil y/o neuropediatra) el cual valorará y formalizará un diagnóstico definitivo y la adaptación de un tratamiento individual y multimodal, el cual no cura pero si mejora los síntomas.³¹

Dicha autora recalca además, la gran importancia del trabajo multidisciplinar (Pediatras, neurólogos, pedagogos, psiquiatras, terapeutas y enfermeros),³¹ los cuales deben articular un protocolo de actuación general que garantice a las familias el acceso a cada especialista.³² Presentando la enfermera de AP el eslabón de unión entre todos ellos.³¹

Será esta enfermera de AP quien continúe realizando un seguimiento integral del niño³⁵ y de apoyo a los padres, para prevenir cualquier tipo de complicación, así como para poder controlar el cumplimiento del tratamiento farmacológico, la aparición de posibles efectos adversos y continuar con los cuidados de prevención y promoción de la salud del niño (crecimiento, vacunación, promoción de hábitos saludables...) ³¹

- **Papel de la enfermera en atención especial**

Dentro de las actividades que realiza la enfermería para desarrollar ciertas habilidades en estos pacientes destacan: estímulo-respuesta, reforzamiento y repetición e imitación entre otras. Estas medidas son puestas en práctica dentro de los centros especiales y hospitales de día, donde se desarrollan programas para su atención, en colaboración con el equipo multidisciplinar, donde cada experto establece sus objetivos pero siempre con un fin común, es decir, con un objetivo establecido en base a las necesidades del paciente, y para ello se requiere una comunicación recíproca entre los profesionales.³⁷

La realización más idónea de las intervenciones enfermeras son los espacios grupales, promoviendo el trabajo en grupo y mejorando las actitudes comunicativas, pero previo a estos talleres según Carballal y Fornés es conveniente la realización de otras terapias individuales en base a la disfunción de los patrones alterados, basándose en la evaluación de Marjory Gordon (*Se trata de once patrones funcionales (alimentación, percepción de la propia salud, eliminación...) que tienen la característica de conducir de forma lógica el diagnóstico enfermero, contemplando al paciente de forma holística y recogiendo toda la información necesaria del paciente, familia y entorno*) y destacando que cada una de las actuaciones debe ampliarse y adaptarse a la persona.³⁸

Dentro de las terapias que realiza la enfermera en los centros especializados y hospitales de día, se han encontrado:

- ❖ Arteterapia: a través del dibujo el niño refleja de forma holística su desarrollo, sin llegar a tener una finalidad diagnóstica; del mismo modo que las características del dibujo identifican los grados de autismo.^{39,40} El hecho de que la enfermera dibuje con el niño hace que se cree un vínculo entre ambos, facilitando la relación en la terapia, convirtiendo los dibujos en un medio de comunicación para expresar vivencias, intereses y sentimientos del niño.

Las estadísticas sobre los resultados de estas terapias en estudios consultados hablan de una mejoría en las habilidades sociales, en los problemas de comportamiento interno y la hiperactividad; la elección de materiales para el desarrollo de la actividad incrementa el compromiso que tiene el niño con la actividad, fomentando su participación.⁴⁰

- ❖ Musicoterapia, danza y dramatización: terapias expresivas que utilizan los vínculos lúdico-artísticos como forma de proporcionar la expresión del mundo interno de la persona y el descubrimiento de las relaciones interpersonales. Este tipo de terapia reduce las estereotipias y los manierismos, tratándose además de un canal de comunicación, producen un aumento de las verbalizaciones y mejor tolerancia a la proximidad física y un mayor contacto, desarrollando a su vez las capacidades visuales y la reciprocidad emocional y sensorial, además de aumentar el vínculo enfermera-paciente.⁴¹
- ❖ Pictogramas: el uso del pictograma se encuentra muy extendido en los métodos enseñados por parte de la enfermería a las personas con autismo, la mayoría de ellos consiguen aprender a utilizarlo correctamente, tanto para comprender su entorno, estructurar su espacio y su tiempo y para comunicarse con los demás.⁴²

Entre las utilidades que le dan este tipo de pacientes a los pictogramas están:

- Agendas visuales: para poder comprender situaciones, reduciendo así la ansiedad que les genera lo nuevo.
- Secuencias de tareas: para mejorar su autonomía e independencia.

- Normas de conducta: para mejorar su comportamiento, enseñándoles a adaptar su comportamiento a las distintas situaciones sociales.⁴³

Actualmente hay un creciente movimiento en relación a la colocación de pictogramas, que han conseguido señalar lugares públicos, mejorando la comunicación de estos, gracias a las iniciativas de ciertas asociaciones de autismo.⁴²

La enfermería está capacitada para la realización de este tipo de terapias, y esto se demuestra mediante su inclusión en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).⁴⁴ Donde se define como “Facilitación de la comunicación por medio de dibujos u otras formas de arte” y “La utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o a nivel fisiológico”.⁴⁴

❖ Consejos para la actuación enfermera en las hospitalizaciones de niños con TEA:⁴⁵

- Entender el Trastorno del Espectro Autista.
- Incluir a la familia en todo el proceso.
- Determinar junto con el niño y la familia el mejor método de comunicación.
- En el ámbito hospitalario la rutina a la que están acostumbrados estos niños se rompe, por lo que debe hacerse todo lo posible para regular el horario del niño mientras esté en el hospital y cumplir con la mayor parte del horario de casa como sea posible (hora de las comidas, actividades de la vida diaria y jugar) ya que puede disminuir la ansiedad y la agitación.
- Al tratar de fomentar el uso de una rutina en el ámbito hospitalario, es preferible que sea un número limitado de cuidadores los que interactúan con el paciente.
- Crear un ambiente seguro para disminuir la ansiedad. La enfermera debe trabajar con la familia para identificar si el paciente es especialmente sensible al tacto, oído, olfato, vista, alimentos... Una vez identificado el estímulo que genera ansiedad, se intenta reducir.
- Obtener una participación multidisciplinar. Aunando a un equipo de expertos que participen en el cuidado del paciente.⁴⁵

- **Papel de la enfermera con la familia del paciente**

Tanto en el ámbito de AP, como en el ámbito hospitalario o del especialista hay que tener muy en cuenta a la familia, ya que los trastornos de conducta y del comportamiento son uno de los problemas más preocupantes para los padres, que ven como sus hijos necesitan ayuda médica y psicopedagógica; según la autora Mónica Cueto.³¹

Según el artículo “Competencias de la enfermería en salud mental” las enfermeras en coordinación con otros profesionales deben otorgar una atención integral a los familiares, dándoles asesoramiento, orientación y apoyo, realizando además un seguimiento de los mismos y en especial del cuidador principal proporcionando recomendaciones para la identificación y el diagnóstico precoz de los problemas, informando y formando acerca de los cuidados necesarios.³⁸

El análisis elaborado en España por el Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista (GETEA) concluye que un 82,4% de los casos es la familia quien establece la primera sospecha de una alteración en el desarrollo de su hijo.²¹ Por esta razón, cabe destacar la importancia de formar a los padres del desarrollo normal, para que puedan detectar y controlar posibles síntomas, conociendo la manera de actuación.^{46, 47, 48}

Son ellos también quienes reciben tres o cuatro diagnósticos previos antes del correcto,²¹ produciéndoles gran ansiedad y preocupación. Es por ello que la enfermería debe prestar los cuidados necesarios a los padres.⁴⁸

El autor Wiley J. ha examinado y demostrado la eficacia del entrenamiento de padres con terapia grupal conductual para los problemas infantiles. Este tipo de terapia provoca una reacción terapéutica en la que los participantes no se sienten solos y acentúa su actitud solidaria, favoreciendo a su vez el aprendizaje al escuchar como otros afrontan las mismas dificultades.⁴⁹

Otros autores como Díez Cuervo hablan de las limitaciones que puede suponer este tipo de metodología; como por ejemplo la falta de atención individualizada, ya que en ciertas ocasiones el participante necesita hablar ampliamente y desahogarse.⁴⁷

Dentro de la formación de este tipo de programas desarrollados por la enfermería, se enseña a los padres, técnicas de comunicación mediante pictogramas, paneles de comunicación y estrategias para la interacción.^{43, 45}

Un aspecto importante que forma parte de la visión holística que envuelve al paciente, es la inclusión de la familia en el tratamiento del niño, mediante métodos de Arteterapia. La terapia familiar es de gran importancia en el desarrollo de estas actividades, y su realización en el hogar; ya que potencian un vínculo entre ambos y mejoran su calidad de vida tanto en el contacto fuera del domicilio, como en la convivencia en el entorno residencial.⁴⁰

La enfermera encargada del seguimiento, debe informar de la existencia de diversas asociaciones para padres de niños con TEA, que ofertan servicios de diagnóstico, evaluación y orientación además de programas de respiro familiar, actividades de ocio y tiempo libre, servicio de formación, escuelas de padres, etc.^{46,47} Ya que es necesario promover una mejora en la educación sanitaria en la familia de los niños afectados; recíprocamente estos deben poder encontrar un apoyo en los profesionales sanitarios, concretamente en la enfermería, dándole respuestas a sus dudas.

❖ Recomendaciones para la información a los padres:

- Proporcionar información sobre lo que es un desarrollo adecuado del niño.
- Atender siempre a cualquier preocupación que pudiesen tener los padres sobre el comportamiento o desarrollo de sus hijos.
- Ante la sospecha de TEA, alertar pero sin alarmarles.
- Facilitar correctamente la información.
- Actuar ante los sentimientos de miedo y negación, sin juzgar y escuchando activamente sus preocupaciones sobre la derivación a Atención Especial.
- Los profesionales enfermeros ante el diagnóstico definitivo deben de estar atentos sobre las repuesta de sobrecarga, depresión y estrés del cuidador principal.³²

En la línea de los Programas de Educación para la Salud enfocados a los padres, las búsquedas son menos diversas, ya que la mayoría de los programas están dirigidos a los niños, y se reduce aún más siendo la enfermera quien debe realizar dichas actividades.

Se hace visible en todos los ámbitos de actuación de la enfermería ante el TEA, la importancia de un buen conocimiento por parte de los profesionales, tanto de la patología como de las técnicas necesarias para el cuidado de estos niños. Se llevan a cabo también talleres enfocados para padres y dirigidos por diferentes profesionales a los enfermeros (psicopedagogos, psicomotristas, psicólogos, educadores especiales...), pero que por su preparación y los conocimientos adquiridos podrían ser impartidos también por la enfermería, como son por ejemplo la musicoterapia, talleres de psicomotricidad etc.

Por último la enfermería tiene las competencias de cuidar al paciente para mejorar su calidad de vida en la medida de lo posible, y adquiere una función educadora; además de contribuir en el avance de las intervenciones, en el ámbito tanto del paciente como de la familia

Los resultados sugieren por tanto la necesidad de fortalecer la formación de los profesionales de enfermería en aspectos biopsicosociales en las consultas de enfermería pediátrica, ya que hasta ahora y a pesar de tener en cuenta los cuidados enfermeros al niño como un ser biopsicosocial, estos temas son poco abordados.

También los protocolos de valoración del crecimiento y desarrollo de enfermería en AP se deberían modificar, teniendo en cuenta indicadores clínicos y parámetros validados que facilitarían el diagnóstico precoz, y reducirían la pérdida de tiempo hasta llegar al diagnóstico definitivo, así como, la demanda de los profesionales visitados por las familias y sus costes; lo que supondría una reducción del estrés que tiene la familia durante el periodo de establecimiento de un diagnóstico definitivo.

Es recomendable continuar con líneas de investigación futuras que promuevan el hecho de normalizar e integrar a la población general y especialmente implicar más a los profesionales sanitarios no especializados en el tema.

6. CONCLUSIONES

- Existe de una gran falta de conocimientos por parte de los profesionales enfermeros con respecto al TEA, sus cuidados y abordaje.
- El profesional enfermero se encuentra en una posición adecuada con respecto a la población para la detección temprana, el soporte y el seguimiento de los pacientes pediátricos con TEA.
- La importancia del diagnóstico y la intervención temprana multidisciplinar reside en el hecho de que la sintomatología en estos trastornos puede mejorar.
- El abordaje de las terapias (arteterapia, danza o dramatización) mejoran las habilidades sociales, el comportamiento, las estereotipias y manierismos entre otros, de estos pacientes; así como la práctica de los pictogramas mejoran su comunicación.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Mulas F, Ros-Cervera G, Millá MG, Etchepareborda MC, Abad L, Tellez de Meneses M. Modelos de intervención en niños con autismo. Rev Neurol [Internet]. 2010; 50 (3): 77-84. [Fecha acceso: 26.01.2015]. Disponible en: <http://eoeptgdbadajoz.juntaextremadura.net/wp-content/uploads/2012/12/Modelos-de-intervenci%C3%B3n-en-ni%C3%B1os-peque%C3%B1os-con-autismo.pdf>
2. Confederación Autismo España. [Internet]. Madrid: Autismo España; 2014 [Fecha acceso: 28.01.2015]. Disponible en: <http://www.autismo.org.es/>
3. Alonso Peña JR. Autismo y Síndrome de Asperger (Guía para familiares, amigos y profesionales). 2ª ed. Salamanca: Amarú Ediciones; 2009.
4. Baio J. CDC. Prevalence of Autism Spectrum Disorders – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, fourteen sites, United States, 2008. MMWR [Internet]. 2012; 61 (3): 1 – 18. [Fecha acceso: 28.01.2015]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6103.pdf>
5. Garrabé de Lara J. El autismo. Historia y clasificaciones. Salud Mental [Internet]. 2012; 35 (3): 257-261. [Fecha acceso: 26.01.2015]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000300010
6. Lopez Gomez S, Rivas Torres RM, Taboada Ares EM. Revisiones sobre el autismo. Rev Latinoam Psic [Internet]. 2009; 41(3): 555-570. [Fecha acceso: 26.01.2015]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v41n3/v41n3a11>
7. Artigas-Pallares J, Pérez IP. El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2012; 32 (115): 567-587. [Fecha acceso: 26.01.2015]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v32n115/08.pdf>
8. Balbuena Rivera F. Breve revisión histórica del autismo. Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2007; 27 (100): 333-353. [Fecha acceso: 26.01.2015]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v27n2/v27n2a06.pdf>
9. Anaya Mandal. Historia Cronológica del Autismo. News Medical, Life sciences and medicine [Internet]. 14 de junio del 2014. [Fecha acceso: 26.01.2015]. Disponible en: [http://www.news-medical.net/health/Autism-History-\(Spanish\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Autism-History-(Spanish).aspx)

10. Jimenez Pascual AM, et al. Descripción y análisis exploratorio de dos modelos de atención de los Trastornos de los Espectro Autista en niños y adolescentes en edad escolar del Área Mancha Centro. Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2011; 31(112): 631-646. [Fecha acceso: 30.01.2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000400003&lng=es&nrm=iso
11. Ruiz-Lázaro PM, Posada de la Paz M, Hijano Bandera F. Trastornos del Espectro Autista. Detección precoz, herramientas de cribado. Rev Pediatr Aten. Primaria [Internet]. 2009; 11 (17) 381-397. [Fecha acceso: 30.01.2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322009000700009&script=sci_arttext
12. Regatky N, Gutson K, Salamanco G. Trastorno del Espectro Autista. Rev Hosp Niños BAires. 2009; 51 (235): 235-249.
13. Cobo González MC, Morán Velasco E. El Síndrome de Asperger. Intervenciones Psicoeducativas. [Internet]. Zaragoza: Asociación Asperger y TGDs Aragón. [Fecha acceso: 30.01.2015] Disponible en: <http://www.aspergeraragon.org.es/ARTICULOS/Asperger%20inter.pdf>
14. Díaz Atienza F, García Pablos C, Martín Romera A. Diagnóstico precoz de los Trastornos Generalizados del Desarrollo. Rev de Psiq y Psic del Niño y del Adolescente [Internet]. 2005, 4(2): 127-144. [Fecha acceso: 02.02.2015] Disponible en: <http://eoeptqdbadajoz.juntaextremadura.net/wp-content/uploads/2011/10/Diagnostico-precoz-de-los-Trastornos-Generalizados-del.pdf>
15. Sandoval A, Moyano A, Barrera P. Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado. Una reflexión sobre este diagnóstico. Rev Chil Neuro-Psiquiat [Internet]. 2012; 50 (3): 202-203. [Fecha acceso: 02.02.2015] Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v50n3/art10.pdf>
16. FESPAU, Confederación Española de Autismo. [Internet]. Madrid: Confederación española de autismo; 2012. [Fecha acceso: 02.02.2015]. Disponible en: <http://www.fespau.es/index.html>
17. CDC (Centro de control y la prevención de enfermedades) [Internet]. USA: Us Department of Health and Humans Services; 2014. [16 de septiembre de 2014] [Fecha acceso: 02.02.2015]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/autism/facts.html>

18. Autism Europe [Internet]. Bruselas: Autism Europe; 2016 [Fecha acceso: 02.02.2015]. Disponible en: <http://www.autismeurope.org/about-autism/>
19. Canal Bedia R, et al. Modified Checklist for autism in toddlers: Cross-cultural adaptation and validation in Spain. J Autism Dev Disord. 2010; 41 (10): 1342-1351.
20. Federación Autismo Andalucía. Federación Andaluza de Padres con Hijos con Trastorno del Espectro Autista. [Internet]. [Fecha acceso: 02.02.2015]. Disponible en: <http://www.autismoandalucia.org/index.php/los-tea/epidemiologia>
21. Fortea Sevilla MS, Escandell Bermudez MO, Castro Sánchez JJ. Aumento de la prevalencia de los Trastornos del Espectro Autista: Una revisión teórica. Rev. Psic [Internet]. 2013; 1 (1): 746-768. [Fecha acceso: 02.02.2015]. Disponible en: http://infad.eu/RevistaINFAD/wp-content/uploads/INFAD_010125_746-768.pdf
22. Ovellana Ayala CE. Estereotipias y Autismo. Autismo Diario. [Internet]. 2014 [Fecha acceso: 05.02.2015]. Disponible en: <http://autismodiario.org/2014/09/23/estereotipias-y-autismo-para-saber-mas/>
23. Medrano J. DSM-V, un año después. Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2014; 34 (124), 655-662. [Fecha acceso: 08.02.2015]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v34n124/editorial.pdf>
24. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-V. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales del. 5ª ed. Madrid: Panamericana; 2013.
25. Alessandri M, Thorp D, Mundy P, Tuchman R.F. ¿Podemos curar el autismo? Del desenlace clínico a la intervención. Rev. Neurol [Internet]. 2005; 40(1): 131-136. [Fecha acceso: 15.02.2015]. Disponible en: http://www.psicologiainfantilfortea.com/articulos/mundy_podemos_curar_el_autismo.pdf
26. Salvadó Salvadó B, Palau Baduell M, Clofent Torrentó M, Montero-Camacho M, Hernández-Latorre M.A. Modelos de intervención global en personas con Trastorno del Espectro Autista. Rev. Neurol [Internet]. 2012; 54(1): 63-71. [Fecha acceso: 15.02.2015]. Disponible en: <http://www.asteahenares.org/pdf/modelos1.pdf.pdf>
27. Martos Pérez J, Llorente Comí M. Tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista: unión entre la comprensión y la práctica basada en la evidencia. Rev. Neurol [Internet]. 2013; 57(1): 185-191. [Fecha acceso: 20.02.2015]. Disponible en:

http://www.viadesarrollo.es/mediapool/141/1410576/data/Tratamiento_TEA_evidencia_martos-llorente.pdf

28. Mebarak M, Martínez M, Serna A. Revisión bibliográfica analítica acerca de las diversas teorías y programas de intervención del autismo infantil. *Psicología desde el Caribe*. Universidad del Norte. [Internet]. 2009; 24: 120-146. [Fecha acceso: 25.02.2015]. Disponible en: http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/psicologia_caribe/24/6_Revision%20biblio%20analitica.pdf
29. Higuera M. Tratamientos Biológicos del Autismo y Dietas de Eliminación. *Rev Chil Pediatr* [Internet]. 2010; 81 (3): 204-214. [Fecha acceso: 03.03.2015]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062010000300002
30. Diaz Atienza F. Bases biológicas del autismo y tratamientos farmacológicos. *Rev Psiquiatr Psicol Niño Adolescente*. [Internet]. 2005; 18-30. [Fecha acceso: 10.03.2015]. Disponible en: http://asperger.es/articulos_detalle.php?id=162Bases%20biol%F3gicas%20del%20autismo%20y%20tratamientos%20farmacol%F3gicos
31. Cueto Pérez M. Papel de la enfermera de Atención Primaria en la detección precoz del niño con Trastorno del Espectro Autista y Síndrome de Asperger. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA)*. [Internet]. 2015; 3 (4):37-35. [Fecha acceso: 20.03.2015]. Disponible en: http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/Otono%202015/RevistaRqR_Oto%C3%B1o2015_Aasperger.pdf
32. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009. [Fecha acceso: 25.03.2015]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dautismo+guia_resumida.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271579362127&ssbinary=true
33. Asociación Española de Profesionales de Autismo (AETAPI). Investigación e innovación en Autismo. Premios Ángel Rivière 2010. España: Diputación de

- Zaragoza; 2010. [Fecha acceso: 30.03.2015]. Disponible en: <http://aetapi.org/investigacion-y-buenas-practicas/>
34. Ferreira de Sena RC, Medeiros Reinalde E, Dos Santos Silva GW, Silva Sobreira MV. La práctica y el conocimiento de las enfermeras acerca del autismo infantil. *J.res: fundam Care* [Internet]: 2015; 7(3): 2707-2716. [Fecha acceso: 30.03.2015]. Disponible en: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3883/pdf_1609
 35. Pérez E, Del Barco MI, García J, Mena A. Autismo: Introducción y aplicaciones prácticas para los cuidados de Enfermería. *Hygia de Enfermería*. 2005; 17(61): 25-3.
 36. Ramírez Torres M. Autismo infantil. Atención enfermera en urgencias pediátricas. *Rev Presencia*. 2011; 7 (13).
 37. Chamorro E, Galicia AP, Santiago N. Desarrollo de habilidades a paciente con autismo. *Rev Paraninfo Digital*, 2010; 10.
 38. Estévez R, Basset I, Gallegos RM, Reyes B, Hidalgo SM. Competencias de Enfermería en Salud Mental. *Rev Enf Neur*. 2010; 3 (9): 125-127.
 39. Gómez Higuera J. Aplicación e integración del arte como terapia en los cuidados enfermeros. *Rev Educa (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*. [Internet]. 2009; 1 (2): 442-450. [Fecha acceso: 07.04.2015]. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/72/57>
 40. Martin N, Lawrence KS. Assessing Portrait Drawing Created by Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*. 2008; 25(1): 15-23.
 41. Freire N, Ronaldo F, Costa MM. Arteterápia como dispositivo terapéutico en salud mental. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(6): 859-62.
 42. Alcantud F, Rico D, Lozano L. Trastorno del Espectro Autista: Guía para padres y profesionales. 3ªed. Valencia: Imprenta la Plaça; 2012.
 43. Brown A, Elder J. Communication in Autism Spectrum Disorder. *Journal of Pediatric Nursing*. 2014; 40(5): 219-225.
 44. McCloskey J, Burlecek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.
 45. Jolly A.A. Handle with Care: Top Ten Tips a Nurse Should Know Before Caring For a Hospitalized Child with Autism Spectrum Disorder. *Pediatric Nursing*.

- [Internet]. 2015; 41 (1): 11-22. [Fecha acceso: 09.04.2015]. Disponible en: <https://www.pediatricnursing.net/ce/2017/article41011122.pdf>
46. Hernández JM, et al. Guía de buena práctica para la detección temprana. Rev Neurol. [Internet]. 2005; 41(4): 237 – 245. [Fecha acceso: 09.04.2015]. Disponible en: <http://www.associacioaprenem.org/sites/default/files/guideteccioTEA.pdf>
47. Díez Cuervo A. Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. Rev Neurol [Internet]. 2005; 41(5): 299- 310.
48. Sampedro Tobón M^ªE, González González M, Vélez Vieira Susana, Lemos Hoyos M. Detección temprana en Trastornos del Espectro Autista: una decisión responsable para un mejor pronóstico. Bol Med Hosp Infant Mex. [Internet]. 2013; 70 (6): 45-466. [Fecha acceso: 10.04.2015]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462013000600006&lang=es
49. Wiley J. Intervención temprana mediada por los padres para niños pequeños con Trastorno del Espectro Autista (TEA). The Cochrane Collaboration. 2013; 10. [Fecha acceso: 10.04.2015]. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/control.php?URL=/PDF-ES/CD009774.pdf>
50. Asociación Española de Pediatría. [Internet] Protocolo del Niño Sano (3-5años). 2008. [Fecha acceso: 10.04.2015] Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/nino_sano_3-5_anos.pdf

8. ANEXOS

ANEXO 1: Grados del TEA

- ❖ Niños aislados: No participan en la interacción social y son a menudo descritos como “viviendo en su propio mundo”. Pasan largos periodos solos y la comunicación, si existe, se limita a cubrir las necesidades básicas.
- ❖ Niños pasivos: No buscan de forma activa relacionarse con otros. Sin embargo, cuando se les incluye en distintas actividades, lo aceptan e incluso muestran su agrado. Raramente piden algo.
- ❖ Niños activos pero raros: Estos niños desean relacionarse con otros niños pero no tienen las habilidades sociales para hacerlo adecuadamente y cometen errores que causan incomprensión o rechazo.
- ❖ Niños excesivamente formales: Es una discapacidad social que aparece en los adolescentes y adultos capacitados, siendo más característico del Síndrome de Asperger. Suelen tener unas maneras muy estiradas y muy rígidas para relacionarse³.

ANEXO 2. Detención temprana

- PROGRAMA DEL NIÑO SANO⁵⁰:

Tabla 3: Programa del niño sano: Hitos del desarrollo.

HITOS DEL DESARROLLO			
	3 AÑOS	4 AÑOS	5 AÑOS
SUEÑO	11-13 horas/día. Despertares frecuentes. Dificultades para dormirse. Inicio pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo	Disminución siesta.	Fin de siestas (influido por hábitos y cultura).
ALIMENTACIÓN	Sujeta una taza por el asa. Usa el tenedor. Mastica la mayor parte de las comidas. Mayor interés por la comida. Petición de comidas favoritas. Capaz de elegir entre dos comidas. Le influyen los anuncios.	Buen manejo de la taza. Capaz de comer solo. Habla mucho durante la comida. Mejora la ingesta con incentivos. Le interesa el origen y naturaleza de la comida.	Come solo. Prefiere todavía comidas sencillas, aunque menos resistente a las mezclas. Influencia social en hábitos. Conoce el significado social de la comida. Usa cuchillo a veces.
DESARROLLO PSICOMOTOR	Anda de puntillas. Puede equilibrarse sobre un pie. Alterna los pies al subir las escaleras. Corre con agilidad. Da pequeños saltos. Salta desde un taburete. Pedalea en triciclo. Abre puertas. Enrosca y desenrosca tapas. Torre >6 bloques. Sostiene un lápiz en posición de escritura. Copia un círculo y una cruz. Pasa las páginas de una en una. Control diurno esfínteres.	Anda de talones. Alterna los pies al bajar las escaleras. Sube y baja escaleras sin ayuda. Se mueve adelante y atrás con agilidad. Da saltos grandes. Bota una pelota. Lanza y atrapa una pelota con ambas manos. Copia el cuadrado. Dibuja personas con 2-4 partes corporales. Usa tijeras. Copia algunas letras mayúsculas.	Salta a la pata coja con ambos pies. Copia el triángulo. Dibuja personas con cabeza, cuerpo, brazos y piernas. Escribe algunas letras. Se viste y desviste solo. Se ata los cordones de los zapatos.

Tabla 3 (Cont.): Programa del niño sano: Hitos del desarrollo.

HITOS DEL DESARROLLO			
	3 AÑOS	4 AÑOS	5 AÑOS
COMUNICACIÓN	<p>Construye frases de tres palabras. Emplea el plural y pronombres. Dice su nombre. Comprende direcciones (arriba, abajo...). Reconoce casi todas las partes de su cuerpo. Cuenta hasta diez.</p>	<p>Gramática correcta. Nombra varios colores. Nombra partes de su cuerpo. Responde a órdenes de dos acciones y dos objetos (“mete el libro en la caja y dáselo a papá”). Identifica objetos cuando se le pregunta por su utilidad. Puede hacer “coreografías” con canciones o poesías.</p>	<p>Lenguaje fluido. Dice frases de más de 5 palabras. Recuerda parte de una historia. Usa el tiempo futuro. Cuenta cuentos largos. Dice su nombre y dirección. Reconoce la mayoría de las letras.</p>
REGULACIÓN EMOCIONAL	<p>Expresa un amplio abanico de emociones. En general, optimista. Comienza a distinguir la ficción de la fantasía. Comprende las consecuencias de sus actos.</p>	<p>Cuerpo y emociones o pensamientos integrados en el “yo”. Interés en diferencias sexuales.</p>	<p>Consciente de la sexualidad. Distingue ficción de fantasía.</p>
CONDUCTA	<p>Imita a los adultos y pares. Puede guardar su turno en un juego. Empieza a seguir las reglas. Inicio juego cooperativo. Comparte juguetes.</p>	<p>Interesado en nuevas experiencias. Capaz de negociar soluciones a los conflictos.</p>	<p>Unas veces es egoísta, otras coopera con entusiasmo. Le importa cumplir reglas.</p>
COGNITIVO-ATENCIÓN	<p>Juego imaginativo con muñecos, animales... Clasifica objetos por forma y color. Completa puzzles con 3-4 piezas. Entiende el concepto de “dos”. Entiende el concepto de “mío” y “suyo”. Puede estar tranquilo y concentrado al menos 30 minutos.</p>	<p>Mayor inventiva en juegos de fantasía. Entiende el concepto de contar y puede conocer algunos números. Enfoca los problemas desde un solo punto de vista. Sigue instrucciones de tres pasos. Se viste y desviste.</p>	<p>Puede contar >10 objetos. Nombra >4 colores. Entiende el concepto de tiempo. Va solo al WC. Control total de esfínteres.</p>

Tabla 3 (Cont.): Programa del niño sano: Hitos del desarrollo.

HITOS DEL DESARROLLO			
	3 AÑOS	4 AÑOS	5 AÑOS
AFECTIVIDAD	<p>Expresa afecto espontáneamente. Se separa de los padres con facilidad.</p> <p>Razonamiento moral primitivo, basado en reglas emitidas por la autoridad. Empieza a compararse con sus iguales.</p>	<p>Primeros "amigos". Mayor empatía. Cooperación con otros niños.</p> <p>Juega a "papás y mamás".</p>	<p>Más independiente de padres. Quiere complacer a los amigos, ser como ellos. Le gusta cantar, bailar y actuar. No entiende principios éticos, sólo reglas.</p>

Tabla 4: Programa del niño sano: Signos de alarma

SIGNOS DE ALARMA (para control de su evolución o derivación especializada)			
	3 AÑOS	4 AÑOS	5 AÑOS
SUEÑO	<p>Escasa duración. Duerme con padres. Hábitos irregulares. Trastornos que tienen importante impacto en la vida del niño o suponen peligro</p>		
ALIMENTACIÓN	<p>Malos hábitos o excesiva selectividad de los alimentos. No cumplimiento de hitos del desarrollo.</p>		
DESARROLLO PSICOMOTOR	<p>Caídas frecuentes o problemas con las escaleras. Incapaz de construir una torre >4 bloques. Dificultad para manejar pequeños objetos. Incapaz de copiar un círculo.</p>	<p>No puede tirar una pelota hacia arriba. No puede saltar. No puede pedalear en triciclo. No puede coger una pintura entre el pulgar y resto de dedos. Problemas para garabatear..</p>	<p>No puede correr sin caerse. No puede copiar un cuadrado. Dibujo de la figura humana irreconocible.</p>
COMUNICACIÓN	<p>Balbuceo o discurso ininteligible. No hace frases cortas.</p>	<p>No reconoce partes de su cuerpo ni colores.</p>	<p>Dificultades de pronunciación. Gramática incorrecta.</p>
REGULACIÓN EMOCIONAL	<p>No aprende de la experiencia ni generaliza ésta. Pesimista, triste.</p>	<p>No expresa sus emociones.</p>	<p>Habla de sí mismo en tercera persona. No distingue fantasía y realidad.</p>
CONDUCTA	<p>Desorganizado en el medio escolar. Aislado. Rabieta constantes.</p>	<p>No imita a los adultos. No cumple ninguna regla.</p>	<p>Extremadamente tímido, agresivo, inquieto, impulsivo o pasivo.</p>

Tabla 4 (Cont.): Programa del niño sano: Signos de alarma

SIGNOS DE ALARMA (para control de su evolución o derivación especializada)			
	3 AÑOS	4 AÑOS	5 AÑOS
COGNITIVO-ATENCIÓN	No juego simbólico. No entiende instrucciones simples. No se concentra en absoluto.	Retraso significativo en hitos del desarrollo	No entiende órdenes complejas. No puede estar concentrado en una sola actividad más de 5 minutos. Problemas con el uso del WC.
AFECTIVIDAD	Poco interés en otros niños. Muchas dificultades para separarse de la madre.	Escasa respuesta a personas fuera del círculo familiar. Ningún interés en juego cooperativo. Lloro o se resiste cuando se le separa de sus padres.	Respuesta escasa a las personas en general. Parece triste o infeliz la mayor parte del tiempo.

- **INSTRUMENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO:** Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria se ha centrado en la búsqueda de instrumentos que permitan realizar ese diagnóstico temprano^{11,3} entre los que destacan:

Tabla 5: Instrumentos de diagnóstico temprano.

NOMBRE	DESCRIPCIÓN ³
CHAT (Checklist form Autism in Toddlers)	Instrumento de cribado diseñado para detectar rasgos de autismo desde los 18 meses que se administra, a través de preguntas y de exploración del niño. Ofrece señales de alerta que indicarían la necesidad de una evaluación por expertos.
M-CHAT (Modified Checklist for Autism. in Toddlers)	Versión ampliada del CHAT que los padres de niños de 24 meses rellenan por escrito en la sala de espera. Tiene seis elementos clave y con la familia de cualquier niño que falle dos o más se contacta posteriormente por teléfono, a fin de determinar la indicación de una exploración especializada.

Tabla 5 (Cont.): Instrumentos de diagnóstico temprano.

NOMBRE	DESCRIPCIÓN ³
CAST (Childhood Asperger Syndrome Test)	Cuestionario de 37 ítems que se administra a las familias. Está basado en descripciones de comportamientos contemplados en el CIE-10 y en el DSM-IV como característicos del espectro autista. Algunos de sus ítems ya aparecían en otras dos herramientas diagnósticas: el PDD-Q y el ASSQ.
CARS (The Childhood Autism Rating Scale)	Escala diseñada para estructurar observaciones del niño en la escuela, la casa o el hospital, aplicable a cualquier niño mayor de 24 meses de edad. Consta de 15 reactivos organizados en un escala tipo lickert e cuatro puntos, que exploran conductas comúnmente observadas en niños con TEA.
ADOS-G (Diagnostic, Observation, Schedule- Generic)	Célula genérica de observación diagnóstica, resultado de las modificaciones de sus predecesores (ADOS y PL-ADOS), para evaluar la conducta de sujetos con sospecha de autismo dentro de un amplio rango de síntomas a los largo del desarrollo. Este instrumento es compatible con la clasificación del CIE-10y del DSM-IV.

ANEXO 3. Tabla de Desarrollo: Escala de Haizea Llevant

La tabla está dividida en cuatro áreas: sociabilidad, lenguaje, manipulación y postural con diferentes pruebas para cada una de ellas. Estas pruebas están representadas en la tabla en forma de barras horizontales de rosa claro y oscuro que indican el porcentaje de niños que ejecutan una acción. El inicio de la barra (rosa claro) indica el 50% de los niños, el cambio de color (rosa medio) indica un 75% y el final de la misma indica que a esa edad el 95% de los niños ya hacen la acción estudiada. Se encuentra también en la tabla unos signos de alerta representados como líneas de color rosa oscuro. El orden correcto de valoración de la tabla es “leyéndola” de izquierda a derecha y de arriba abajo. Trazar una raya vertical que corresponda a la edad en meses del niño o niña (ajustado por debajo de 18 meses de edad en aquellos casos de prematuridad). Preguntar a los familiares y comprobar, en su caso, si realiza: Aquellos elementos situados a la izquierda de la línea trazada. Aquellos elementos que dicha línea atraviesa. El examinador o examinadora valorará la falta de adquisición de dichos elementos, en todas o alguna de las áreas, así como la presencia de signos de alerta, para determinar la necesidad de otros estudios diagnósticos³².

SOCIALIZACIÓN	<p>Distingue a su madre</p> <p>Reconoce el biberón</p> <p>Mira sus manos</p> <p>Percepción óptica vertical</p> <p>Percepción óptica horizontal</p> <p>Imita tareas del hogar</p> <p>Comer con cuchara</p> <p>Ayuda a recoger los juguetes</p> <p>Da de comer a los muñecos</p> <p>Identifica su sexo</p> <p>Se desabrocha los pantalones</p> <p>Manipula guiñol</p> <p>Dramatiza secuencias</p> <p>Se pone prendas abiertas</p> <p>Va al inodoro</p> <p>Dibuja un hombre o una mujer</p>
LENGUAJE Y LÓGICA MATEMÁTICA	<p>Atiende conversación</p> <p>Ríe a carcajadas</p> <p>Mamá/Papá</p> <p>Utiliza palabra "NO"</p> <p>Señala partes de su cuerpo</p> <p>Nombra objeto dibujado</p> <p>Ejecuta 2 órdenes</p> <p>Combina 2 palabras</p> <p>Utiliza pronombres</p> <p>Nombra 5 imágenes</p> <p>Identifica objetos por el uso</p> <p>Responde coherentemente</p> <p>Reconoce colores</p> <p>Discrimina mañanahoye</p> <p>Cuenta historias</p> <p>Repite frases</p> <p>Reconoce números</p> <p>Comprende una prohibición</p> <p>Reconoce su nombre</p> <p>Comprende significado de palabras</p> <p>Obedece orden por gestos</p> <p>FRASES DE BALBUCEO</p> <p>ESTEREOTIPIAS VERB.</p> <p>Discrimina largo/corto</p> <p>Comprende "mamá, papá"</p> <p>Comprende una prohibición</p> <p>FRASES DE 3 PALABRAS</p> <p>Memoriza imagen sencilla</p> <p>Denomina colores</p> <p>Cuenta hasta 2</p> <p>Nombra diez imágenes</p> <p>Usa verbo ser</p> <p>Realiza acciones imitativas</p> <p>Se desabrocha los pantalones</p> <p>MANIPULA GUIÑOL</p> <p>INCAPACIDAD PARA DESARROLLAR JUEGO SIMBÓLICO</p>
MANIPULACIÓN	<p>Junta manos</p> <p>Dirige la mano al objeto</p> <p>Cambia objetos de mano</p> <p>Se quita el pañuelo de la cara</p> <p>Realiza pinza inferior</p> <p>Realiza pinza superior</p> <p>Señala con el índice</p> <p>Garabatea espontáneamente</p> <p>Pasa páginas</p> <p>Hace torre de 2 cubos</p> <p>Realiza pinza interior</p> <p>Reacciones paracaidísticas laterales</p> <p>Señalación estable</p> <p>De pie con apoyo</p> <p>Se sienta solo</p> <p>Flexión cefálica</p> <p>Volteo</p> <p>Realiza pinza superior</p> <p>Señala con el índice</p> <p>Hace torre con 4 cubos</p> <p>Marcha libre</p> <p>De pie sin apoyo</p> <p>Carreira libre</p> <p>Camina hacia atrás</p> <p>Da 5 pasos</p> <p>Baja escaleras</p> <p>Realiza pinza superior</p> <p>Señala con el índice</p> <p>Hace torre con 4 cubos</p> <p>Garabatea espontáneamente</p> <p>Pasa páginas</p> <p>Hace torre de 2 cubos</p> <p>Chuta la pelota</p> <p>Salta hacia atrás</p> <p>Equilibrio con un pie</p> <p>Se mantiene sobre un pie</p> <p>Salta con los pies juntos</p> <p>Realiza pinza superior</p> <p>Señala con el índice</p> <p>Hace torre con 4 cubos</p> <p>Garabatea espontáneamente</p> <p>Pasa páginas</p> <p>Hace torre de 2 cubos</p> <p>Chuta la pelota</p> <p>Salta hacia atrás</p> <p>Equilibrio con un pie</p> <p>Se mantiene sobre un pie</p> <p>Salta con los pies juntos</p>
POSTURAL	<p>Enderezamiento cefálico</p> <p>Paso a sentado</p> <p>Apoyo antebrazos</p> <p>Flexión cefálica</p> <p>Volteo</p> <p>Realiza pinza superior</p> <p>Señala con el índice</p> <p>Hace torre con 4 cubos</p> <p>Garabatea espontáneamente</p> <p>Pasa páginas</p> <p>Hace torre de 2 cubos</p> <p>Chuta la pelota</p> <p>Salta hacia atrás</p> <p>Equilibrio con un pie</p> <p>Se mantiene sobre un pie</p> <p>Salta con los pies juntos</p> <p>Realiza pinza superior</p> <p>Señala con el índice</p> <p>Hace torre con 4 cubos</p> <p>Garabatea espontáneamente</p> <p>Pasa páginas</p> <p>Hace torre de 2 cubos</p> <p>Chuta la pelota</p> <p>Salta hacia atrás</p> <p>Equilibrio con un pie</p> <p>Se mantiene sobre un pie</p> <p>Salta con los pies juntos</p> <p>Realiza pinza superior</p> <p>Señala con el índice</p> <p>Hace torre con 4 cubos</p> <p>Garabatea espontáneamente</p> <p>Pasa páginas</p> <p>Hace torre de 2 cubos</p> <p>Chuta la pelota</p> <p>Salta hacia atrás</p> <p>Equilibrio con un pie</p> <p>Se mantiene sobre un pie</p> <p>Salta con los pies juntos</p> <p>Realiza pinza superior</p> <p>Señala con el índice</p> <p>Hace torre con 4 cubos</p> <p>Garabatea espontáneamente</p> <p>Pasa páginas</p> <p>Hace torre de 2 cubos</p> <p>Chuta la pelota</p> <p>Salta hacia atrás</p> <p>Equilibrio con un pie</p> <p>Se mantiene sobre un pie</p> <p>Salta con los pies juntos</p> <p>Realiza pinza superior</p> <p>Señala con el índice</p> <p>Hace torre con 4 cubos</p> <p>Garabatea espontáneamente</p> <p>Pasa páginas</p> <p>Hace torre de 2 cubos</p> <p>Chuta la pelota</p> <p>Salta hacia atrás</p> <p>Equilibrio con un pie</p> <p>Se mantiene sobre un pie</p> <p>Salta con los pies juntos</p> <p>Realiza pinza superior</p> <p>Señala con el índice</p> <p>Hace torre con 4 cubos</p> <p>Garabatea espontáneamente</p> <p>Pasa páginas</p> <p>Hace torre de 2 cubos</p> <p>Chuta la pelota</p> <p>Salta hacia atrás</p> <p>Equilibrio con un pie</p> <p>Se mantiene sobre un pie</p> <p>Salta con los pies juntos</p> <p>Realiza pinza superior</p> <p>Señala con el índice</p> <p>Hace torre con 4 cubos</p> <p>Garabatea espontáneamente</p> <p>Pasa páginas</p> <p>Hace torre de 2 cubos</p> <p>Chuta la pelota</p> <p>Salta hacia atrás</p> <p>Equilibrio con un pie</p> <p>Se mantiene sobre un pie</p> <p>Salta con los pies juntos</p>

Tabla 6: Tabla de desarrollo: Escala Haizea Levant

ANEXO 4. Islas de competencias

En algunas ocasiones, aproximadamente en el 10% de los casos, los niños tienen un desarrollo superior al normal de algunas habilidades. A ellos se refiere el término “idiot savants” (idiotas sabios) y actualmente se habla del “Síndrome del Sabio” (savant síndrome). Los savants son mucho más frecuentes entre las personas con autismo que en los otros trastorno del espectro.

Se suelen centrar en uno de estos campos de actividades: capacidades artísticas (dibujo o escultura), calculo con el calendario o aritmético, memoria (enorme capacidad de recordar datos), música, habilidades mecánicas y razonamiento espacial (orientación).

Además de estas capacidades, puede suceder que los niños o adultos con autismo estén obsesionados con algún hobby o pasatiempo, pudiendo verbalizar su interés y hablando durante horas sin parar, sobre esa obsesión. La opinión o el placer de la audiencia en esos monólogos no es un factor, no esperan ninguna respuesta ni les preocupa la reacción del interlocutor^{3, 11}.

ANEXO 5. Errores y falsos mitos

Actualmente se mantienen muchos errores y mitos sobre el “autismo”. Algunos, porque los niños con autismo pueden ser muy distintos unos de otros y en otros casos, simplemente porque nunca ha sido cierto. Algunos de los errores sobre las personas con autismo son:

- El autismo se desarrolla porque los padres no quieren al niño.
- Las personas con autismo nunca hacen contacto visual.
- Si el niño muestra progresos significa que no tiene autismo.
- Los niños con autismo nunca hablan.
- El autismo se puede curar.
- Por debajo de esos comportamientos raros, es un niño normal.
- Los niños con autismo no pueden mostrar afecto ni responder a las muestras de cariño.
- Los niños con autismo nunca quieren que les toquen ni encuentran placer en ser abrazados o acariciados.
- Los niños con autismo no quieren tener amigos.
- Los niños con autismo no se relacionan con sus compañeros ni con adultos.
- Son personas muy manipuladoras.
- Los niños con autismo no pueden sonreír.
- Las personas con autismo no se dan cuenta de la presencia de otras personas ni son capaces de notar nada de esas otras personas.
- Cuando una persona con autismo no responde a una cuestión o no sigue unas instrucciones que antes atendió de una forma correcta es porque quiere llevar la contraria³.