Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria

NOTA:

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y **su vigencia no ha sido revisada.**

Por este motivo, **se desconoce si sus recomendaciones continúan vigentes**, por lo que deben ser consideradas con precaución y aplicadas teniendo en cuenta **el juicio clínico y las circunstancias individuales de cada paciente.**

Guía Rápida

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL
Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud
SaludMadrid
Agencia Laín Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios
Comunidad de Madrid

Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Esta Guía Rápida forma parte de la *Guía de Práctica Clínica Para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria*, en el marco del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. Guía de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2007/5-3.
Ha sido desarrollada por un grupo de trabajo formado por profesionales sanitarios del SNS y la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS) de la Agencia Laín Entralgo, Comunidad de Madrid.

Existe también una guía *resumida* y una *versión informativa para padres y cuidadores* en edición impresa y en las páginas web de *GuíaSalud* y de la *UETS*. En estas páginas web puede consultarse también la versión *completa* de la GPC, su *documento metodológico* y el *Manual Metodológico* de elaboración de GPC que recoge la metodología general empleada.

Edita: Agencia Lain Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
Gran Vía, 27
28013 Madrid
España - Spain

ISBN: 978-84-451-3305-7

Depósito Legal: M-15312-2010

Imprime: Estilo Estugraf Impresores, S. L. - www.estugraf.es

Están reservados todos los derechos. Se permite la reproducción total o parcial de esta publicación siempre que se cite la fuente.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Índice

1. Recomendaciones 4
2. Niveles de evidencia y grados de recomendación 10
3. Criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR 13
4. Algoritmo de manejo ante sospecha de Trastorno del Espectro Autista (TEA) en Atención Primaria (AP) 16
5. Tabla de seguimiento del desarrollo Haizea-Llevant 18
6. Señales de alerta de TEA 21
7. Preguntas del Instrumento PEDS sobre las preocupaciones de los padres por el desarrollo 25
8. Instrumento de valoración del riesgo de TEA (M-CHAT) 26
9. Escala Autónoma para la detección del síndrome de Asperger y autismo de alto funcionamiento 30
10. Diagnósticos NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería) para niños con TEA y familiares 35

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

1. Recomendaciones

A	B	C	D	GRADO DE RECOMENDACIÓN	✓	RECOMENDACIÓN POR CONSENSO DEL GRUPO DE TRABAJO
Q	RECOMENDACIÓN BASADA EN ESTUDIOS CUALITATIVOS					

¿Son útiles los criterios diagnósticos establecidos en los manuales DSM-IV-TR o CIE-10 para el diagnóstico de los TEA?

C	Se recomienda a los profesionales implicados en la detección de niños con TEA, sobre todo a aquellos con poca experiencia, usar los manuales diagnósticos del DSM-IV-TR y/o CIE-10 (Ver apartado 3)

¿Cómo debe ser el seguimiento del niño sano en AP para detectar precozmente problemas en el desarrollo?

C	Se recomienda la detección precoz de niños con TEA como parte del proceso de atención del niño sano
D	Los profesionales sanitarios y educacionales deben regularmente discutir con los padres el desarrollo psicomotor, intelectual y conductual de sus hijos (al menos entre los 8-12 meses, entre los 2-3 años y entre 4-5 años) como parte del seguimiento del niño sano
D	Los profesionales sanitarios deben incorporar un alto nivel de vigilancia en los campos de desarrollo social, juego, lenguaje y comportamiento para la identificación temprana de los TEA y otros desórdenes
✓	En la vigilancia del desarrollo del niño sano en AP, como ayuda para detectar cualquier trastorno del desarrollo, incluidos los TEA, es aconsejable el uso de escalas (como la escala Haizea-Llevant desarrollada en nuestro contexto) (Ver apartado 5)

¿Existen señales de alerta/criterios de sospecha específicos de los TEA útiles para la detección precoz en AP?

D, ✓	Los profesionales sanitarios deben monitorizar el desarrollo de los niños sanos teniendo en cuenta las "señales de alerta" propuestas (Ver apartado 6): - señales de alerta inmediata - compendio de señales de alerta de TEA según periodos de edad

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación y vigencia de la Guía de Práctica Clínica y su versión no ha sido revisada.

¿La alerta de los padres puede ser efectiva en AP para la evaluación del riesgo de TEA?

C	Las preocupaciones o alarma de los padres con respecto al desarrollo de sus hijos deben valorarse tanto como la propia presencia de rasgos anormales
C	Aprovechar cualquier visita (de seguimiento rutinaria o por enfermedad) para consultar a los padres las preocupaciones o problemas respecto al desarrollo de sus hijos
✓	Los profesionales pueden utilizar los ítems de la escala PEDS para orientar las preguntas sobre las preocupaciones de los padres (Ver apartado 7)

¿Qué escalas de evaluación de sospecha de TEA son más efectivas?

C	El cribado poblacional para los TEA no está recomendado con los instrumentos desarrollados actualmente, aunque se está investigando la capacidad del M-CHAT y Escala Autónoma
B, C	Se recomienda el instrumento M-CHAT como una herramienta útil para la confirmación de la sospecha clínica del TEA en niños entre 16 y 30 meses (Ver apartado 8)
B, C	Se recomienda el uso de la Escala Autónoma, en niños mayores de 5 años, como una herramienta útil para la confirmación de la sospecha clínica del trastorno de Asperger (Ver apartado 9)

¿Es necesario un seguimiento más exhaustivo en los grupos de riesgo?

C, D	Se recomienda tener en cuenta aquellos factores asociados al desarrollo de TEA en las visitas periódicas: factores perinatales (consumo de fármacos o sustancias teratógenas, infecciones perinatales, diabetes gestacional, sangrado gestacional, sufrimiento fetal, prematuridad, bajo peso), enfermedades metabólicas, edad avanzada de los padres, padres con antecedentes de psicosis esquizofrénica o afectiva y antecedentes familiares de TEA (hermanos con TEA)
C	Los profesionales deberán seguir de forma exhaustiva, el desarrollo de aquellos hermanos de los niños con TEA por ser población de riesgo

¿Cuál es la edad mínima de sospecha?

C	Los profesionales deben vigilar la presencia de posibles señales de alarma desde al menos los 6 meses de edad
✓	Dado que no se ha evidenciado una edad mínima para detectar alteraciones, la derivación a Atención Especializada puede ser considerada a cualquier edad en que se sospeche un TEA

Herramienta complementaria de uso desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica, su vigencia no ha sido revisada

¿Cuáles son los aspectos a tener en cuenta en relación a los padres al proporcionar la información ante sospecha de TEA?

✓	Los profesionales deben proporcionar información a los padres sobre lo que es un desarrollo adecuado del niño
D	Se recomienda atender siempre a cualquier preocupación que pudieran tener los padres sobre el comportamiento o desarrollo de sus hijos para mejorar su satisfacción con el trato recibido por el profesional
Q	Se debe tener presente que los padres primerizos o sin referentes previos pueden presentar mayor dificultad para detectar trastornos en el desarrollo de sus hijos
✓	Ante la sospecha de TEA, se debe *alertar* a los padres pero sin *alarmarles,* haciéndoles conscientes de la importancia de una valoración inmediata
✓	Los profesionales deberán facilitar correctamente la información, para ayudar a los padres a darse cuenta de las dificultades de su hijo, ya que algunas familias tienen dificultades para reconocer, comprender y aceptar el trastorno, especialmente cuando los profesionales les están dando información completamente inesperada
✓	Se recomienda NO UTILIZAR los términos "trastorno" o "autismo" (puesto que aún no se ha hecho un diagnóstico), y expresarse en términos como: su hijo/a "parece" no tener un desarrollo comunicativo y social adecuados para su edad
✓	Se debe actuar ante los sentimientos de miedo y negación de los padres siendo positivo, sin juzgar y escuchando activamente sus preocupaciones sobre la derivación a Atención Especializada
D	Ante sospecha de TEA, se debe ser ágil y dar información sobre el proceso diagnóstico (derivación), para aumentar la satisfacción y la confianza de los padres y disminuir su incertidumbre. Ver documento de información para padres ante sospecha de TEA disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/autismo/pacientes/sospecha/01_sospecha.html
✓	El Equipo de Atención, en especial el trabajador social, debe ejercer un papel "facilitador" a la hora de proporcionar e interpretar la información de manera conjunta con las familias

¿Cuáles son los aspectos a tener en cuenta en relación a los padres al proporcionar información tras un diagnóstico de TEA?

Q	Los profesionales deben aceptar y comprender las primeras emociones resultantes del diagnóstico como parte del proceso de aceptación de la nueva realidad
D	Los profesionales deben proporcionar información objetiva y sencilla a los padres sobre lo que son los TEA, su etiología, y responder ante cualquier duda o consulta que pudieran solicitar, para que puedan controlar la situación cuanto antes y aumentar su capacidad de afrontamiento. Ver documento de información para padres tras diagnóstico de TEA disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/autismo/pacientes/diagnostico/01_introduccion.html

Han transcurrido cinco años desde la última revisión de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada

D	Los profesionales deben estar atentos ante los fenómenos de sobrecarga, depresión o estrés del cuidador principal, habitualmente la madre
Q	Los profesionales deben ser positivos en los mensajes que se trasmiten para que el proceso de adaptación y aceptación de las familias sea efectivo, ya que deben reconstruir su conceptualización social de lo que significa tener un hijo con autismo, así como adquirir habilidades de manejo
✓	El Equipo de Atención, en especial el trabajador social, debe ejercer un papel "facilitador" a la hora de proporcionar e interpretar la información de manera conjunta con las familias

¿Cómo planificar la consulta de los niños con TEA en AP? ¿Qué aspectos deben ser explorados/seguidos en la consulta de AP de los niños con TEA?

✓	Los profesionales deberán tener en cuenta la sintomatología y los trastornos conductuales de los niños con TEA para preparar, en coordinación con los padres, las consultas del niño y prevenir confusión o sobreestimulación y posibles problemas de salud o hábitos de riesgo
C	Se recomienda filiar a los niños con TEA en cuanto al nivel madurativo (cociente intelectual o nivel de desarrollo) por ser un importante factor pronóstico, que condiciona la evolución global (aprendizajes, comunicación, habilidades sociales)
C	Los profesionales pueden utilizar intervenciones con apoyo visual como el uso de pictogramas, viñetas, imitación en muñecos, para apoyar los procesos de comunicación en los niños con TEA. Ej: para mostrarles el instrumental, procedimientos y técnicas, exploración del dolor y otros síntomas
D	Los profesionales deberán utilizar frases cortas, simples, sin dobles sentidos para comunicar previamente al niño lo que se le va a hacer, y utilizar órdenes directas cuando hay que solicitarles algo, utilizando la ayuda de los padres para entenderles y comunicarse
✓	En la consulta de niños con TEA, los profesionales de AP deberían tener en cuenta,: - Coordinarse con los padres para que éstos anticipen la consulta al niño -Procurar que no esperen en la sala de espera mucho tiempo, sobre todo si ésta está llena con otros pacientes - Confíe en el criterio de manejo de los padres - Procure recibirle en un ambiente ordenado y tranquilo - Los refuerzos con premios (juguetes, pegatinas y otros) pueden facilitar futuras visitas

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica, su vigencia no ha sido revisada

✓	- En el caso de necesitar un determinado procedimiento que implica contacto físico hay que valorar el riesgo/beneficio de realizarlo. Por ejemplo, extracción sanguínea, donde habría que prepararle en la medida de lo posible, flexibilizar normas como permitir el acompañamiento de los padres, o adaptar el procedimiento si fuera necesario - Se debe estar atento a los trastornos de sensibilidad y de conducta para detectar: síntomas enmascarados como el dolor, determinados hábitos nocivos o peligrosos como inhalar o ingerir sustancias tóxicas, autoagresiones - Ajustar el formato de la medicación a las preferencias del niño en la medida de lo posible (ej. jarabes en vez de comprimidos)
D	Los profesionales deberán vigilar el estado nutricional de los niños con TEA, recomendando suplementos dietéticos si fuera necesario o incluso derivando
D	Los profesionales deberán manejar los problemas gastrointestinales de los niños con TEA de la misma manera que en niños sin TEA, teniendo en cuenta que la existencia de problemas digestivos funcionales (estreñimiento, alteraciones del ritmo intestinal, y otros) puede tener mayores consecuencias comportamentales y adaptativas que en población sin TEA
✓	Los profesionales deben informar a los padres sobre hábitos saludables como la dieta o el ejercicio y la realización de actividades de ocio y tiempo libre, seleccionando aquellas que, dentro de las posibilidades familiares y la oferta comunitaria, proporcionen mayor disfrute y bienestar al niño
D	Se deberá vigilar la higiene bucal de los niños con TEA. En caso de que se comiera la pasta dentífrica, recomendar una sin flúor. Las asociaciones de pacientes y padres pueden orientar sobre qué dentistas tienen experiencia atendiendo a niños con autismo, ya que en ocasiones pueden ser necesarias algunas adaptaciones en los procedimientos. Lo mismo ocurre si precisa revisión oftalmológica
B	Todos los niños con TEA deben seguir el calendario vacunal indicado al igual que el resto de los niños, incluyendo la vacunación de la triple vírica (Rubéola, Sarampión y Paperas). Los profesionales deberán informar de la importancia de ello a los padres
C	Los profesionales de Atención Primaria deben vigilar la presencia de trastornos del sueño
C	Los profesionales deberán informar a los padres de que no existe evidencia de que los TEA estén relacionados con trastornos digestivos
A **B**	Los profesionales deberán informar a los padres de que actualmente no existe evidencia de la efectividad de las dietas libres de gluten y caseína, secretina, vitamina B6 + magnesio, ácidos grasos Omega-3, dimetilglicina, oxígeno hiperbárico y musicoterapia, para el tratamiento específico de los TEA

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido evaluada.

C **D**	Los profesionales deberán informar a los padres de que actualmente no existe evidencia de la efectividad de terapias con antimicóticos, quelantes e inmunoterapia
✓	Los profesionales deben informar a los padres de que existen en la actualidad determinados "tratamientos alternativos" que no tienen base científica que respalde su uso y que pudieran ser potencialmente peligrosos, por lo que se les recomienda tengan en cuenta sólo aquellas intervenciones recomendadas por los profesionales

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada

2. Niveles de evidencia y grados de recomendación (SIGN)

	Niveles de evidencia científica
1++	Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Meta-análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

NOTA: Estudios de metodología cualitativa ***"Investigación Cualitativa".*** Esta categoría no está contemplada por SIGN. Los estudios incluidos han sido evaluados a nivel metodológico, incluyéndose en esta categoría aquellos estudios más rigurosos.

	Grados de recomendación
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su contenido ha sido revisada.

C	Un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++
D	Evidencia científica de nivel 3 ó 4 ; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+

Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.

✓ [1]	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

1. En ocasiones el grupo elaborador se percata de que existe algún aspecto práctico importante sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual no existe, probablemente, ninguna evidencia científica que lo soporte. En general estos casos están relacionados con algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica clínica y que nadie cuestionaría habitualmente. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica. Estos mensajes no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.

Q	Evidencia extraida de estudios cualitativos relevantes y de calidad. Esta categoría no está contemplada por SIGN.

Niveles de evidencia y grado de recomendaciones para estudios sobre diagnóstico (adaptación del NICE de los niveles de evidencia del Oxford Centre for Evidence-based Medicine y del Centre for Reviews and Dissemination)

Niveles de evidencia científica	Tipo de evidencia científica
Ia	Revisión sistemática con homogeneidad de estudios de nivel 1.
Ib	Estudios de nivel 1.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada

II	Estudios de nivel 2. Revisión sistemática de estudios de nivel 2.
III	Estudios de nivel 3. Revisión sistemática de estudios de nivel 3.
IV	Consenso, opiniones de expertos sin valoración crítica explícita.
Estudios de Nivel 1	Cumplen : • Comparación enmascarada con una prueba de referencia ("patrón oro") válida. • Espectro adecuado de pacientes.
Estudios de Nivel 2	Presentan sólo uno de estos sesgos: • Población no representativa (la muestra no refleja la población donde se aplicará la prueba). • Comparación con el patrón de referencia ("patrón oro") inadecuado (la prueba que se evaluará forma parte del patrón oro o el resultado de la prueba influye en la realización del patrón oro). • Comparación no enmascarada. • studios casos-control.
Estudios de Nivel 3	Presentan dos o más de los criterios descritos en los estudios de nivel 2

Recomendación	Evidencia
A	Ia o Ib
B	II
C	III
D	IV

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

3. Criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR*

Criterios para el diagnóstico de F84.0 Trastorno autista [299.00]

A. Un total de 6 (o más) ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y de (3):
   (1) alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:
      (a) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social
      (b) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo
      (c) ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés)
      (d) falta de reciprocidad social o emocional
   (2) alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por una de las siguientes características:
      (a) retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica)
      (b) en sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros
      (c) utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico
      (d) ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imaginativo social propio del nivel de desarrollo
   (3) patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados manifestados por lo menos una de las siguientes características:
      (a) preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés y que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.
      (b) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
      (c) manierismos motores estereotipados y repetitivos (ej. aleteo o giro de las manos o los dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
      (d) preocupación persistente por partes de objetos.
B. Retraso o funcionamiento anormal en al menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: (1) interacción social, (2) lenguaje utilizado en la comunicación social, o (3) juego simbólico o imaginativo.
C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

*Nota: los códigos numéricos junto a cada categoría diagnóstica se corresponden con el CIE-10 y CIE-9 consecutivamente.

Esta versión impresa es sólo para la utilización de esta Guía de Práctica Clínica. Su vigencia ha sido revisada.

Criterios para el diagnóstico de F84.2 Trastorno de Rett [299.80]

A. Todas las características siguientes:
   (1) desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal
   (2) desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros 5 meses después del nacimiento
   (3) circunferencia craneal normal en el nacimiento
B. Aparición de todas las características siguientes después del período de desarrollo normal:
   (1) desaceleración del crecimiento craneal entre los 5 y 48 meses de edad
   (2) pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas entre los 5 y 30 meses de edad, con el subsiguiente desarrollo de movimientos manuales estereotipados (p. ej., escribir o lavarse las manos)
   (3) pérdida de implicación social en el inicio del trastorno (aunque con frecuencia la interacción social se desarrolla posteriormente)
   (4) mala coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco
   (5) desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo gravemente afectado, con retraso psicomotor grave

Criterios para el diagnóstico de F84.3 Trastorno desintegrativo infantil [299.10]

A. Desarrollo aparentemente normal durante por lo menos los primeros 2 años posteriores al nacimiento, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto.
B. Pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas (antes de los 10 años de edad) en por lo menos dos de las siguientes áreas:
   (1) lenguaje expresivo o receptivo
   (2) habilidades sociales o comportamiento adaptativo
   (3) control intestinal o vesical
   (4) juego
   (5) habilidades motoras
C. Anormalidades en por lo menos dos de las siguientes áreas:
   (1) alteración cualitativa de la interacción social (p. ej., alteración de comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, ausencia de reciprocidad social o emocional)
   (2) alteraciones cualitativas de la comunicación (p. ej., retraso o ausencia de lenguaje hablado, incapacidad para iniciar o sostener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, ausencia de juego realista variado)
   (3) patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, en los que se incluyen estereotipias motoras y manierismos
D. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia.

Versión preliminar sin diagnósticos desde la publicación de la Guía de Práctica Clínica y aún no ha sido revisada.

Criterios para el diagnóstico del F84.5 Trastorno de Asperger [299.80]

A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:
   (1) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social
   (2) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto
   (3) ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses u objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés)
   (4) ausencia de reciprocidad social o emocional
B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:
   (1) preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo
   (2) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
   (3) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
   (4) preocupación persistente por partes de objetos
C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.
D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).
E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.
F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

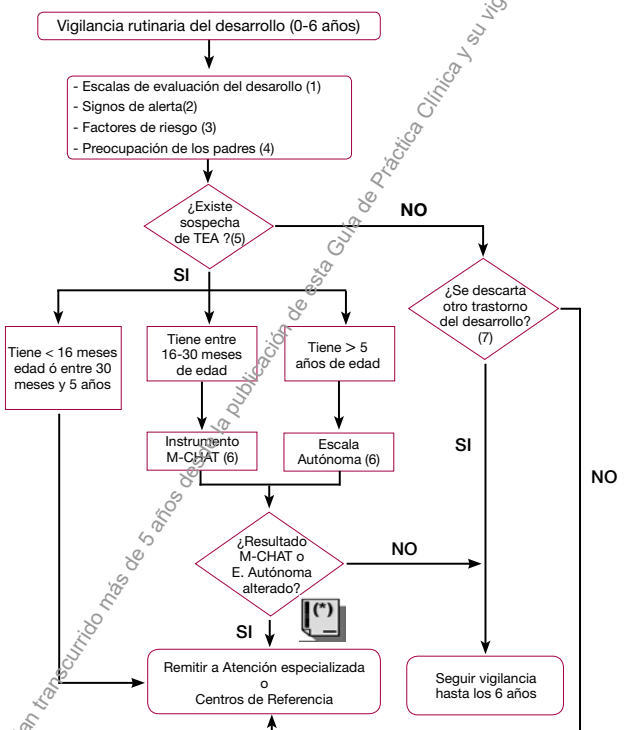
Diagnóstico del F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (incluyendo autismo atípico) [299.80]

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

Para cualquier uso diferente a la consulta personal de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

4. Algoritmo de manejo ante la sospecha de TEA

Como orientación inicial, ante un niño con sospecha de TEA, se presenta el siguiente algoritmo, basado en las recomendaciones presentadas previamente en la guía:



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

NOTAS DEL ALGORITMO DE MANEJO DE SOSPECHA DE TEA EN AP:

(1) Escalas de evaluación del desarrollo: Escala Haizea-Llevant (desarrollada en nuestro contexto). (Apartado 5)

(2) Señales de alerta inmediata y compendio de señales de alerta de TEA según periodos de edad (Apartado 6)

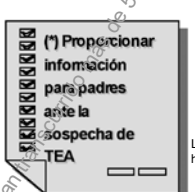
(3) Factores de riesgo de TEA a tener en cuenta en la valoración de antecedentes del niño: factores perinatales (consumo de fármacos o sustancias teratógenas, infecciones perinatales, diabetes gestacional, sangrado gestacional, sufrimiento fetal, prematuridad, bajo peso), enfermedades metabólicas, edad avanzada de los padres, padres con antecedentes de psicosis esquiezofrénica o afectiva y antecedentes familiares (hermanos con TEA)

(4) La preocupación de los padres. Escala PEDS para orientar al profesional sobre qué preguntar a los padres (Apartado 7)

(5) Descartar alteraciones metabólicas y auditivas

(6) Escala M-CHAT y Escala Autónoma. Usar como complemento si hay sospechas en niños:
- Entre 16-30 meses: M-CHAT (Auto-administrada a padres) - Apartado 8
- Mayores de 5 años: Escala Autónoma (Auto-administrada a padres y profesores) - Apartado 9

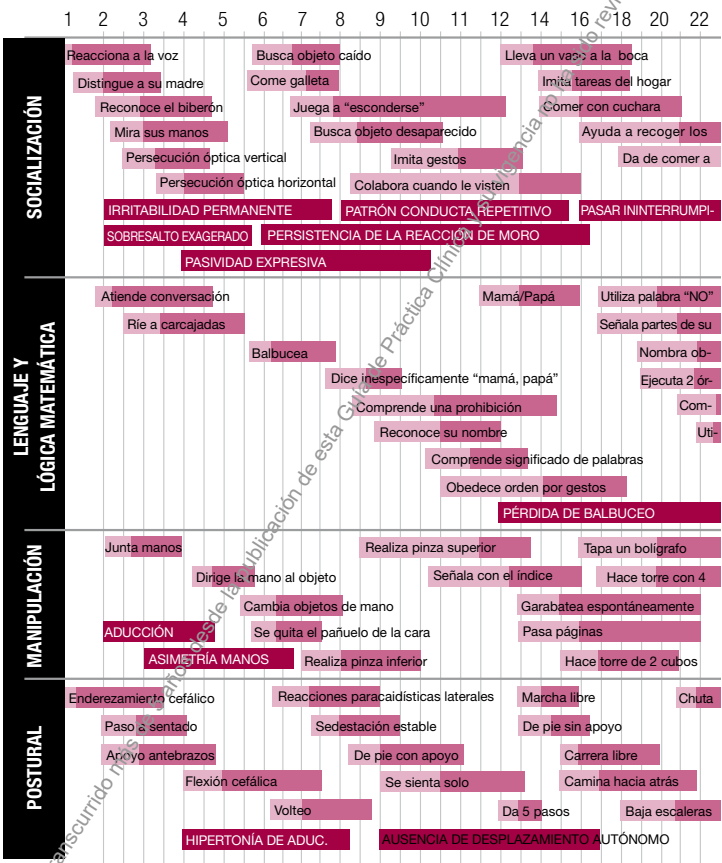
(7) Otros trastornos del desarrollo. Se refiere a la presencia de otros trastornos que no cumplan los criterios de los TEA, como trastornos de la habilidades motoras (ataxias, problemas de coordinación, hipotonía, que son indicativos de Parálisis Cerebral Infantil, etc.), discapacidad intelectual (en cualquier grado), trastornos de aprendizaje, o trastornos de la comunicación (expresivo, receptivo, mixto o fonológico) y otros.



La información para los padres podrán encontrarla en el link:
http://www.guiasalud.es/egpc/autismo/pacientes/sospecha/01_sospecha.html

Hay versión para niños de 5 años disponible. Publicación de esta Guía de Práctica Clínica en vigencia no ha sido revisada.

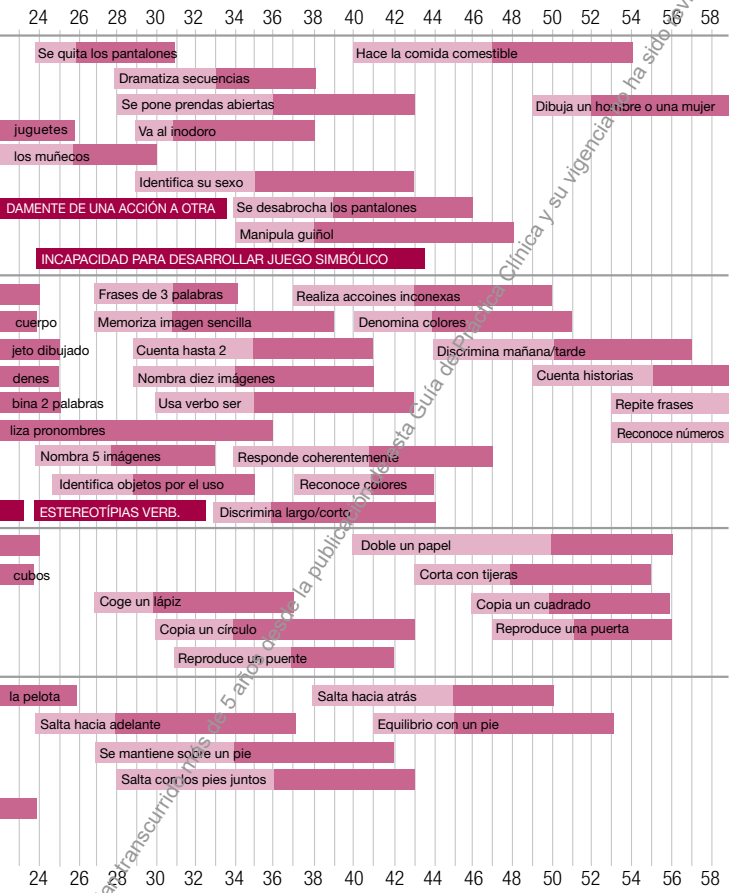
5. Tabla de desarrollo Haizea-Llevant* (0-



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica. La evidencia científica no ha sido revisada

* Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Haizea Llevant. Tabla de desarrollo (0 - 5 años). Eds. Servicio

5 años)



Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. 1991.

Hará transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Normas de interpretación de la tabla de desarrollo 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 color 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.

Encontramos 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:

a) Aquellos elementos situados a la izquierda de la línea trazada.
b) 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 diagnósticos.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

6. Señales de alerta de TEA

SEÑALES DE ALERTA INMEDIATA*
- No balbucea, no hace gestos (señalar, decir adiós con la mano) a los 12 meses. - No dice palabras sencillas a los 18 meses. - No dice frases espontáneas de dos palabras (no ecolálicas) a los 24 meses. - Cualquier pérdida de habilidades del lenguaje o a nivel social a cualquier edad.

* Filipek PA, Accardo P, Baranek GT et al. The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. J Autism Dev Disord. 1999;29:439-484.

COMPENDIO DE SEÑALES DE ALERTA DE TEA SEGÚN PERIODOS DE EDAD
Nota: <u>En cualquier edad se pueden presentar los signos establecidos en las etapas previas</u>. Estos factores de forma aislada no indican TEA. Deben alertar 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 niños evaluados en las edades referenciadas.
Antes de los 12 meses
- poca frecuencia del uso de la mirada dirigida a personas - no muestra anticipación cuando va a ser cogido - falta de interés en juegos interactivos simples como el “cucu-tras” o el “toma y daca” - falta de sonrisa social - falta de ansiedad ante los extraños sobre los 9 meses
Después de los 12 meses
- menor contacto ocular - no responde a su nombre - no señala para “pedir algo”(protoimperativo) - no muestra objetos - respuesta inusual ante estímulos auditivos - falta de interés en juegos interactivos simples como el “cucu-tras” o el “toma y daca” - no mira hacia donde otros señalan - ausencia de imitación espontánea - ausencia de balbuceo social/comunicativo como si conversara con el adulto

Hasta cumplir los 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Entre los 18-24 meses

- no señala con el dedo para "compartir un interés" (protodeclarativo)
- dificultades para seguir la mirada del adulto
- no mirar hacia donde otros señalan
- retraso en el desarrollo del lenguaje comprensivo y/o expresivo
- falta de juego funcional con juguetes o presencia de formas repetitivas de juego con objetos (ej. alinear, abrir y cerrar, encender y apagar, etc)
- ausencia de juego simbólico
- falta de interés en otros niños o hermanos
- no suele mostrar objetos
- no responde cuando se le llama
- no imita ni repite gestos o acciones que otros hacer (ej. muecas, aplaudir)
- pocas expresiones para compartir afecto positivo
- antes usaba palabras pero ahora no (regresión en el lenguaje)

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 el comunicación no verbal (ej. no señalar y dificultad para compartir un "foco de atención" con la mirada)
- fracaso en la sonrisa social para compartir placer y responder a la sonrisa de los otros
- consigue cosas por sí mismo, sin pedirlas
- antes usaba palabras pero ahora no
- ausencia de juegos de representación o imitación social variados y apropiados al nivel de desarrollo

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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 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 adultos 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 estructurada
- juegos repetitivos con juguetes (ej. alinear objetos, encender y apagar luces, etc
- apego inusual a algún juguete u objeto que siempre 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*

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 caso en que no hay deficiencias en el desarrollo del lenguaje existe uso limitado del lenguaje para comunicarse y tendencia a hablar espontáneamente sólo sobre temas específicos de su interés (lenguaje fluido pero poco adecuado al contexto)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica; su vigencia no ha sido revisada.

Alteraciones sociales

- dificultad para unirse al juego de los otros niños 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 adultos 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 los niños disfrutan como excursiones del colegio, cuando falta una profesora, etc
- acumula datos sobre ciertos temas de su interés de forma restrictiva y estereotipada

Otros rasgos

- perfil inusual de habilidades y puntos débiles (por ejemplo, habilidades sociales y motoras escasamente desarrolladas, torpeza motora gruesa)
- 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

*Las señales de alarma *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 del síndrome de Asperger.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

7. Instrumento PEDS*. Preguntas exploratorias sobre las preocupaciones de los padres sobre el desarrollo de sus hijos.

Traducción del Instrumento PEDS (Parent´s Evaluation of Development Status)

- Por favor, díganos si le preocupa algo de la manera en que su hijo/a está aprendiendo, se desarrolla o se comporta.
- ¿Le preocupa cómo su hijo/a habla y emite los sonidos al hablar?
- ¿Le preocupa cómo su hijo/a entiende lo que le dicen?
- ¿Le preocupa cómo su hijo/a usa las manos y dedos para hacer las cosas?
- ¿Le preocupa cómo su hijo/a utiliza las piernas y los brazos para hacer las cosas?
- ¿Le preocupa cómo se comporta su hijo/a?
- ¿Le preocupa cómo su hijo/a se relaciona con otras personas?
- ¿Le preocupa cómo su hijo/a está aprendiendo a hacer cosas por sí mismo?
- ¿Le preocupa cómo su hijo/a está adquiriendo habilidades en la guardería o en el colegio?
- Por favor, díganos cualquier otra preocupación al respecto.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

* Glascoe FP. Parents´ evaluation of developmental status: how well do parents´ concerns identify children with behavioral and emotional problems? Clinical Pediatrics. 2003;42:133-138.

8. Instrumento de valoración M-Chat* (Formato para el profesional)

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

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

Hay instrumentos más consolidados. Reproducido de la Guía de Práctica Clínica y no ha sido revisado

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

Guía de Práctica Clínica, su vigencia no ha sido revisada.
Guía de Práctica Clínica desde la publicación de esta Guía con transcurrido un periodo de 5 años

INFORMACIÓN PARA EL PROFESIONAL:

Puntos de corte en el cuestionario para ser considerado un "fallo" (en negrita)

- Fallo en al menos 3 de los 23 elementos (se considera fallo a las respuestas si/no en negrita)
- Fallo en al menos 2 de los 6 elementos críticos (números 2, 7, 9, 13,14, 15 en negrita)

* Robins DL, Fein D, Barton ML et al. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. J Autism Dev Disord. 2001;31:131-144.

Instrumento de valoración M-CHAT (Formato para los padres)

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

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

Esta Guía de Práctica Clínica y su versión no ha sido revisada. Han transcurrido más de 5 años desde su publicación

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

Fecha:
Nombre de la persona que rellena el cuestionario:
(Especifique): Parentescon con el niño: Madre Padres Otro

DATOS DEL NIÑO/A
Nombre y Apellidos:
Fecha de Nacimiento:
Sexo: Varón Mujer
Teléfono de contacto:
Dirección:

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

9. Escala autónoma para la detección del Síndrome de Asperger y el Autismo de alto nivel de funcionamiento*

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y la evidencia no ha sido revisada

INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN

Cada uno de los enunciados que va a leer a continuación describe formas de ser y comportarse que podrían ser indicativos de Síndrome de Asperger o autismo. Estas personas suelen presentar, de un modo u otro, características como las que aquí se recogen, especialmente a **partir de los 6 años**.

Le rogamos que lea detenidamente cada enunciado, y que estime en qué medida ha observado los siguientes comportamientos en la persona sobre la que va a informar marcando la respuesta apropiada con los criterios siguientes:

1) Si el comportamiento descrito en el enunciado no corresponde en absoluto con las características de la persona sobre la que informa, conteste marcando el espacio dedicado a la categoría **"Nunca"**.
2) Si algunas veces ha observado esas características, aunque no sea lo habitual, marque en el espacio correspondiente a **"Algunas veces"**.
3) Si el comportamiento descrito es habitual, conteste **"Frecuentemente"**.
4) Si generalmente se comporta como se describe en el enunciado, hasta el punto de que cualquiera esperaría que se comporte así, conteste **"Siempre"**.
5) Puede ocurrir que algunas descripciones se refieran a comportamientos que se producen en situaciones en las que usted no ha estado presente nunca; por ejemplo: "Come sin ayuda de nadie", es un comportamiento que sólo ha podido observar si ha tenido la oportunidad de estar presente a la hora de comer. Si se encuentra ante este caso, conteste **"No observado"**.

* Belinchón M, Hernández JM, Sotillo M. Capítulo 5: Escala Autónoma para la detección del Síndrome de Asperger y el autismo de alto funcionamiento. En: Personas con Síndrome de Asperger. Funcionamiento, detección y necesidades. 2008; Madrid.

INSTRUCCIONES PARA LA CORRECCIÓN

1. Puntúe las respuestas a cada ítem observado del siguiente modo:
- "Nunca": 1 punto
- "Algunas veces": 2 puntos
- "Frecuentemente": 3 puntos
- "Siempre": 4 puntos

2. Compruebe si se cumplen las dos condiciones siguientes:
- Se han contestado los 18 ítems
- No hay más de 2 ítems con la respuesta "No Observado"

3. Si se cumplen estas dos condiciones, obtenga la *puntuación directa* de la prueba sumando los puntos de todas las respuestas (la puntuación mínima que podrá obtener en dicha suma será 18 y la máxima 72).

4. Si no se cumplen estas dos condiciones, obtenga la *puntuación promedio* de la prueba sumando los puntos de todas las respuestas y dividiendo el resultado por el número de ítems respondidos (la puntuación mínima que podrá obtener será 1 y la máxima 4).

5. Se recomienda consultar a un especialista si la *puntuación directa* obtenida es de 36 (o se acerca a este valor), y si la *puntuación promedio* es de 2 (o se acerca a este valor) –ver Nota.

NOTA: Nada impide iniciar la consulta al profesional si la puntuación directa no llega a 36 pero se sitúa por encima de los 30 puntos (o si la puntuación promedio no llega a 2 pero se sitúa por encima del 1,7); tampoco hay razones psicométricas que impidan adoptar un criterio más exigente (por ejemplo, tomar como punto de corte una puntuación directa de 40, o una puntuación promedio de 2,22). Esta *Escala no es un instrumento diagnóstico por sí mismo*, sino una herramienta dirigida a facilitar la detección de personas que *pueden tener* Síndrome de Asperger o Autismo de no asociado a discapacidad intelectual y sobre las cuales interesaría determinar *cuanto antes* su diagnóstico clínico y sus necesidades de apoyo.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica: su vigencia no ha sido revisada.

ESCALA AUTÓNOMA

ÍTEMS	Nunca	Algunas veces	Frecuen-temente	Siempre	No observado
1. Tiene dificultades para realizar tareas en las que es especialmente importante extraer las ideas principales del contenido y obviar detalles irrelevantes (p.ej., al contar una película, al describir a una persona...).					
2. Muestra dificultades para entender el sentido final de expresiones no literales tales como bromas, frases hechas, peticiones mediante preguntas, metáforas, etc.					
3. Prefiere hacer cosas solo antes que con otros (p.ej, juega solo o se limita a observar cómo juegan otros, prefiere hacer solo los trabajos escolares o las tareas laborales).					
4. Su forma de iniciar y mantener las interacciones con los demás resulta extraña.					
5. Manifiesta dificultades para comprender expresiones faciales sutiles que no sean muy exageradas.					
6. Tiene problemas para interpretar el sentido adecuado de palabras o expresiones cuyo significado depende del contexto en que se usan.					
7. Carece de iniciativa y creatividad en las actividades en que participa.					

Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada. Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta

8. Hace un uso estereotipado o peculiar de fórmulas sociales en la conversación (p.ej., saluda o se despide de un modo especial o ritualizado, usa fórmulas de cortesía infrecuentes o impropias...)					
9. Le resulta difícil hacer amigos.					
10. La conversación con él/ella resulta laboriosa y poco fluida (p.ej., sus temas de conversación son muy limitados, tarda mucho en responder o no responde a comentarios y preguntas que se le hacen, dice cosas que no guardan relación con lo que se acaba de decir...).					
11.Ofrece la impresión de no compartir con el grupo de iguales intereses, gustos, aficiones, etc.					
12. Tiene dificultades para cooperar eficazmente con otros.					
13. Su comportamiento resulta ingenuo (no se da cuenta de que le engañan ni de las burlas, no sabe mentir ni ocultar información, no sabe disimular u ocultar sus intenciones…)					
14. Hace un uso idiosincrásico de las palabras (p.ej., utiliza palabras poco habituales o con acepciones poco frecuentes, asigna significados muy concretos a algunas palabras).					
15. Los demás tienen dificultades para interpretar sus expresiones emocionales y sus muestras de empatía.					

Hoja de cumplimiento de la fecha de la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada

16. Tiene dificultades para entender situaciones ficticias (películas, narraciones, teatro, cuentos, juegos de rol...).					
17. Realiza o trata de imponer rutinas o rituales complejos que dificultan la realización de actividades cotidianas.					
18. En los juegos, se adhiere de forma rígida e inflexible a las reglas (p.ej., no admite variaciones en el juego, nunca hace trampas y es intolerante con las de los demás).					
PUNTUACIÓN PROMEDIO:	**PUNTUACIÓN DIRECTA TOTAL:**				

DATOS A CUMPLIMENTAR JUNTO A LA ESCALA AUTÓNOMA

FECHA DE APLICACIÓN:

DATOS DE LA PERSONA SOBRE LA QUE SE INFORMA
NOMBRE:
FECHA DE NACIMIENTO: EDAD:
SEXO:

DATOS DE LA PERSONA QUE INFORMA
NOMBRE:
VINCULACIÓN CON LA PERSONA SOBRE LA QUE SE INFORMA:

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

10. Diagnósticos NANDA (Asociación norteamericana de diagnósticos de Enfermería) propuestos para niños con TEA y familiares

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

DIAGNÓSTICOS ORIENTADOS AL NIÑO CON TEA

00111 Retraso en el crecimiento y desarrollo: Desviaciones de las normas para un grupo de edad

00112 Riesgo de retraso en el desarrollo: Riesgo de sufrir un retraso del 25% o más en una o más de las áreas de conducta social o autorreguladora, cognitiva, del lenguaje o de las habilidades motoras groseras o finas

NOC	NIC
0120 Desarrollo infantil: 1 mes	8274 Fomentar el desarrollo: niño
0100 Desarrollo infantil: 2 meses	5605 Enseñanza: estimulación infantil
0101 Desarrollo infantil: 4 meses	5566 Educación paterna: crianza familiar de los niños
0102 Desarrollo infantil: 6 meses	8250 Cuidados del desarrollo
0103 Desarrollo infantil: 12 meses	4360 Modificación de la conducta
0104 Desarrollo infantil: 2 años	
0105 Desarrollo infantil: 3 años	
0106 Desarrollo infantil: 4 años	
0107 Desarrollo infantil: preescolar	
0108 Desarrollo infantil: segunda infancia	

00051 Deterioro de la comunicación verbal: Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos

NOC	NIC
0902 Comunicación 0903 Comunicación expresiva 0904 Comunicación receptiva	4976 Mejorar la comunicación: déficit del habla 5540 Potenciación de la disposición de aprendizaje 4720 Estimulación cognoscitiva 5460 Contacto

00052 Deterioro de la interacción social: Intercambio social inefectivo o cuantitativamente insuficiente o excesivo

NOC	NIC
0116 Participación en juegos 1502 Habilidades de interacción social 0915 Nivel de Hiperactividad	5100 Potenciación de la socialización 4362 Modificación de la conducta: habilidades sociales 4430 Terapia con juegos 4352 Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención

DIAGNÓSTICOS ORIENTADOS A FAMILIARES DEL NIÑO CON TEA

00126 Conocimientos deficientes (especificar): Carencia o deficiencia de la información cognitiva relacionada con un tema específico

NOC	NIC
1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad 1824 Conocimiento: asistencia médica 1806 Conocimiento: recursos sanitarios 1823 Conocimiento: fomento de la salud 1801 Conocimiento: seguridad infantil 1700 Creencias sobre la salud 1703 Creencias sobre la salud: percepción de recursos	7400 Guías del sistema sanitario 5510 Educación sanitaria 5568 Educación paterna 5632 Enseñanza: seguridad del niño pequeño 5630 Enseñanza: nutrición del niño pequeño 5520 Facilitar el aprendizaje 6610 Identificación de riesgos

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

00075 Disposición para mejorar el afrontamiento familiar: Manejo efectivo de las tareas adaptativas del miembro de la familia implicado en el reto de la salud del cliente, que ahora muestra deseos y disponibilidad para aumentar su propia salud y desarrollo y los del cliente

NOC		NIC	
2204	Relación entre el cuidador principal y el paciente	7140	Apoyo a la familia
2602	Funcionamiento de la familia	5240	Asesoramiento
2605	Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional	7280	Apoyo de hermanos

00073 Afrontamiento familiar incapacitante: Comportamiento de una persona significativa que inhabilita sus propias capacidades y las del cliente para abandonar efectivamente tareas esenciales para la adaptación de ambos al reto de salud

NOC		NIC	
2506	Salud emocional del cuidador principal	7110	Fomento de la implicación familiar
2508	Bienestar del cuidador principal	7120	Movilización familiar
2208	Factores estresantes del cuidador familiar	4700	Reestructuración cognitiva
2210	Posible resistencia al cuidado familiar	5400	Potenciación de la autoestima
1606	Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria		

00074 Afrontamiento familiar comprometido: La persona que habitualmente brinda el soporte principal proporciona en este caso un apoyo, consuelo, ayuda o estímulo insuficiente o inefectivo que puede ser necesario para que el cliente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su salud

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada

NOC		NIC	
2600	Superación de problemas de la familia	5270	Apoyo emocional
2604	Normalización de la familia	7040	Apoyo al cuidador principal
2205	Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos	5250	Apoyo en la toma de decisiones
		5230	Aumentar el afrontamiento
2206	Rendimiento del cuidador principal: cuidados indirectos	7100	Estimulación de la integridad familiar
		7200	Fomentar la normalización familiar
		5520	Facilitar el aprendizaje

00164 Disposición para mejorar el rol parental: Patrón de proporcionar un entorno para los niños u otras personas dependientes que es suficiente para favorecer el crecimiento y desarrollo y que puede ser reforzado.

NOC		NIC	
2211	Ser padre	8300	Fomento de la paternidad
1603	Conducta de búsqueda de la salud	5566	Educación paterna: crianza familiar de los niños
1602	Conducta de fomento de la salud	5568	Educación paterna: niño

00058 Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante/niño: Alteración del proceso interactivo entre los padres o persona significativa y el lactante/niño que fomenta el desarrollo de una relación reciproca protectora y formativa.

NOC		NIC	
1500	Lazos afectivos padre-hijo	6481	Manejo ambiental: proceso de acercamiento
2211	Ejecución del rol de padres	6710	Fomentar el acercamiento
1704	Creencias sobre la salud: percepción de amenaza	5370	Potenciación de roles
		5480	Clarificación de valores
		4480	Facilitar la autorresponsabilidad

Han transcurrido más de cuatro años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su información ha sido revisada.



P.V.P.: 10 euros

www.msps.es
www.madrid.org/lainentralgo