

3

COMPONENTES

Descripción general

QUÉ	1. DETECCIÓN EN POBLACIÓN GENERAL
QUIÉN	Profesionales del SSPA/ Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT)/ Servicios Sociales Comunitarios (SS SS CC)/ Equipo de tratamiento Familiar (E.T.F.).
CUÁNDO	Durante el seguimiento, en respuesta a consultas de familia a iniciativa propia, o por recomendación de profesionales del ámbito del trabajo social, la educación y otras profesiones en relación al cuidado de la población infantil.
DÓNDE	Centro de Salud. En cualquier ámbito
CÓMO	Mediante instrumentos adecuados a su edad. Controles del Programa de Salud Infantil. Recomendaciones para identificación de posibles TEA.

QUÉ	2. SEGUIMIENTO DE NIÑOS Y NIÑAS CON RIESGO AUMENTADO DE PADECER TEA Y DETECCIÓN DE SEÑALES DE ALERTA
------------	---

QUIÉN	Profesionales de la Pediatría/ Medicina de familia /Enfermera
CUÁNDO	En cualquier contacto con sistema sanitario a lo largo del periodo evolutivo y siempre M-CHAT a los 18 meses
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Señales de Alerta / M-CHAT

QUÉ	3. DERIVACIÓN DE NIÑOS CON POSIBLE TEA A USMIJ, CAIT Y OTRAS ESPECIALIDADES QUE PROCEDAN
------------	---

QUIÉN	Profesionales de la Pediatría/ Medicina de familia
CUÁNDO	Existe sospecha documentada
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Mediante los documentos de derivación establecidos al efecto

QUÉ	4. GESTIÓN DE CITA PARA USMIJ, CAIT Y OTRAS ESPECIALIDADES QUE PROCEDAN
------------	--

QUIÉN	Servicio de Atención a la Ciudadanía de AP
CUÁNDO	Tras la derivación
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Manual de procedimientos de atención al usuario

QUÉ	5. PROCESO DIAGNÓSTICO DE TEA
------------	--------------------------------------

QUIÉN	Profesionales de la Psiquiatría / Profesionales De la Psicología Clínica
CUÁNDO	Tras detección documentada
DÓNDE	USMIJ/ Centros de Atención Infantil Temprana que cuenten con profesionales debidamente acreditados en el diagnóstico de TEA.
CÓMO	Mediante la utilización de instrumentos adecuados, que al menos incluyan entrevista clínica a cuidadores principales y observación.

QUÉ	6. DIAGNÓSTICO NEUROBIOLÓGICO
QUIÉN	Pediatra de la Unidad de Neuropediatra/ Pediatra FEA / ORL / Oftalmólogo
CUÁNDO	Tras detección documentada
DÓNDE	Centro Hospitalario
CÓMO	Mediante protocolos establecidos (Anexo 18)

QUÉ	7. ELABORACIÓN DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN TEMPRANA (PIAT)
QUIÉN	Equipo Interdisciplinar formado por profesionales de diferentes ámbitos coordinados por un profesional de la USMIJ
CUÁNDO	Tras diagnóstico provisional o definitivo
DÓNDE	USMIJ/ Centros de Atención Infantil Temprana que cuenten con profesionales debidamente acreditados en el diagnóstico y tratamiento de TEA
CÓMO	Mediante un prodecimiento protocolizado y consensuado

QUÉ	8. DESARROLLO DEL PIAT
QUIÉN	Equipo Interdisciplinar
CUÁNDO	Tras la evaluación para el PIAT
DÓNDE	USMIJ/CAIT/Atención Primaria/En su familia/ Otros entornos.
CÓMO	Mediante un prodecimiento protocolizado y consensuado



Profesionales. Actividades. Características de calidad

Profesionales del SSPA/ Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT)/ Servicios Sociales Comunitarios (SS SS CC)/ Equipo de tratamiento Familiar (E.T.F.)

Actividades	Características de calidad
<p>1º</p> <p>Detección en población general</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Dada la importancia de la detección precoz de TEA se sugiere informar a los progenitores, a través de material escrito, de los hitos del desarrollo y de los signos de alerta que pueda presentar la población infantil. El material puede ser entregado en los controles de salud y a través de cartelería dispuesta en la sala de espera del área materno-infantil.2. La vigilancia del desarrollo (Anexo 3) constituye un elemento esencial de la detección de niños con TEA⁷.<ul style="list-style-type: none">• Los profesionales sanitarios (pediatra, médico de familia y enfermera) deben conocer los hitos normales del desarrollo infantil en los primeros años de vida, vigilando estrechamente el desarrollo psicomotor de forma rutinaria en el Programa de Seguimiento de la Salud Infantil mediante escalas validadas como la Escala Haizea-Llevant (Anexo 4).• Durante la vigilancia rutinaria del desarrollo, se valorará de forma específica la adquisición de habilidades socio-comunicativas (Anexo 5), utilizando los signos de alerta de TEA en las distintas edades (Anexo 6).• Los profesionales sanitarios de AP deben considerar siempre los motivos de preocupación de la familia por ciertos aspectos del desarrollo, como habilidades comunicativas o de interacción social. Hay que tener presente que las manifestaciones más tempranas de TEA consisten en estas alteraciones (Anexo 7).• El trabajador social, en su trato con las familias, especialmente con aquellas que presenten riesgo social, puede asimismo observar estos signos de alerta y proceder a su derivación a los profesionales sanitarios para su evaluación.• Hay que considerar siempre los motivos de preocupación de profesionales del ámbito de la educación en niños escolari-

zados, ya que se encuentran en lugar privilegiado para observar signos de alerta de esta naturaleza y comunicarlo a través de la familia o, si fuera necesario, informando a los Servicios Sociales.

3. Detección específica

- Cuando se sospeche que un niño o una niña presenta alteraciones en su desarrollo sugerente de TEA, se valorará exhaustivamente. Es importante que no se consideren leves o transitorias, aún cuando sean aisladas, y no se recomienda la actitud de espera.
 - o Si tiene 18 meses o más se le aplicará el cuestionario M-CHAT (Anexo 8).
 - o Si tiene menos de 18 meses, se tendrá en cuenta la presencia de signos de alerta.
 - o En ambos supuestos, si se confirma la sospecha, se derivará al siguiente nivel de atención.
 - o En caso de no confirmarse, se recomienda la atención a los aspectos sociocomunicativos del desarrollo, ya señalados, en los controles rutinarios hasta los 6 años.

Profesionales de la Pediatría / Medicina de familia / Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>2º</p> <p>Seguimiento de niños y niñas con riesgo aumentado de padecer TEA y detección de señales de alerta</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se considera población infantil con mayor riesgo para presentar TEA aquella que presenta algunas de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de algún familiar directo con diagnóstico de TEA. • Síndrome genético relacionado con autismo (síndrome X frágil, esclerosis tuberosa, neurofibromatosis, fenilcetonuria, etc.) (Anexo 9). • Antecedentes biológicos desconocidos (adopción, ayuda a la fertilidad con donación de óvulos o espermatozoides). • Exposición prenatal a tóxicos (exposición materna a drogas, alcohol...). 2. Se realizará un seguimiento a todos los casos con alto riesgo de padecer TEA, prestando mayor atención a los aspectos del desarrollo comunicativo, y realizando el M-CHAT a los 18 meses

(Anexo 8). En ellos, también se tendrán en cuenta los signos de alerta conocidos desde edades tempranas.

3. Si el despistaje resultara positivo se enviará según procedimiento referido en la actividad 3°.

Profesionales de la Pediatría/ Medicina de familia

Actividades	Características de calidad
<p>3°</p> <p>Derivación de niños y niñas con posible TEA a USMIJ, CAIT y otras especialidades.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. El profesional médico que atienda al niño o a la niña derivará los casos con sospecha de padecer TEA de forma simultánea a USMIJ y CAIT en documentos de interconsulta correspondientes a tal efecto (p-111 para USMIJ y documento de interconsulta de centros sanitarios a CAIT, hasta que estén disponibles los medios informáticos en la aplicación Diraya).<ul style="list-style-type: none">• Datos que deben aparecer en el documento de derivación a USMIJ y CAIT:<ul style="list-style-type: none">o Administrativos: nombre y apellidos, fecha nacimiento, domicilio, NUHSA, teléfono, datos del tutor.o Clínicos:<ul style="list-style-type: none">- Antecedentes personales relevantes: preconcepcionales prenatales, perinatales, enfermedades pasadas, ingresos hospitalarios.- Antecedentes familiares: en especial con enfermedades de la esfera psiquiátrica, neurológica, sindrómica.- Exploración clínica: con especial énfasis en el aspecto neuropsicomotor.- Pruebas complementarias realizadas: en su caso M-CHAT.- Sospecha diagnóstica.- Expresamente en la derivación al CAIT se incluirá el diagnóstico según la clasificación de la Organización Diagnóstica de Atención Temprana (ODAT).• Se registrará en la Historia de Salud Digital la derivación y todos los datos clínicos referidos anteriormente.

2. Si se sospecha alteración de la audición (Anexo 10), a pesar de tener un cribado negativo⁸, se procederá además a Interconsulta con ORL (p-111).
3. Si en la historia clínica del niño o de la niña y/o en la exploración se presentan datos sugerentes de enfermedad neurológica, genética o sindrómica asociada se derivará también a la Unidad de Neuropediatría.
 - Una vez detectados los signos de alerta o el desarrollo alterado en algunas de las áreas mencionadas el pediatra debe buscar posibles enfermedades que puedan expresarse como TEA.
 - El TEA sindrómico o secundario constituye para algunos investigadores entre el 10-30%. Para que un paciente sea considerado como portador de un “Síndrome doble” se requiere que el segundo síndrome sea una enfermedad que en su origen haya sido descrita en pacientes sin autismo, y que la mayoría de los pacientes que lo padecen no tengan autismo.
 - El o la pediatra de AP, debe estar familiarizado en la detección de signos físicos que sugieran enfermedades asociadas a TEA (Anexo 11).
 - Entre otros se consideran TEA sindrómicos los enumerados en el anexo 9.
 - El o la pediatra debe estar alerta y preguntar sobre síntomas o signos sugestivos de enfermedad metabólica como vómitos repetidos, epilepsia precoz, dismorfias, retraso mental, regresión del desarrollo, antecedentes familiares.... (Anexo 12)
4. Previamente a la derivación se comunicará a la familia el diagnóstico o la sospecha de una forma comprensible. Se creará un ambiente lo más empático posible.
5. Se comunicará el caso al profesional de trabajo social para el seguimiento de las citas y, para su valoración si existen factores de riesgo social asociado (Anexo 13)⁹.

Servicio de Atención a la Ciudadanía de AP

Actividades	Características de calidad
<p>4º</p> <p>Gestión de cita para USMIJ, CAIT y otras especialidades que procedan</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Comprobación de que todos los datos administrativos se han cumplimentado en la documentación. Complimentarlos, si fuese necesario, a fin de que cualquier incidencia en la gestión de la cita pueda ser comunicada por teléfono o carta a la familia.2. Gestión del día y hora de la cita en acto único.3. El paciente tendrá una copia del modelo de solicitud como resguardo y garantía de plazos.4. Gestión de cita para CAIT<ul style="list-style-type: none">• Mediante los medios informáticos cuando estén disponibles en la aplicación DIRAYA. En su defecto, mediante el “Documento de Interconsulta de Centros Sanitarios a Centros de Atención Infantil Temprana”. Gestión de cita por teléfono mediante contacto directo con CAIT. Se enviará para facilitar la priorización una copia del Documento de Interconsulta mediante Fax o correo electrónico.• La valoración por CAIT debe realizarse antes de 15 días y la intervención se iniciará antes de 30 días.• En caso de existir demora se informará de ello al Referente de Atención Temprana.5. Gestión de cita para USMIJ<ul style="list-style-type: none">• Mediante los medios informáticos cuando estén disponibles en la aplicación DIRAYA. En su defecto, mediante modelo p111 para USMIJ.• Gestión de cita por teléfono mediante contacto directo con el SAC de Atención Hospitalaria (AH), cuando no exista acceso a las agendas de USMIJ.• La demora en la primera cita con USMIJ no superará los 15 días desde la indicación de Atención Primaria y la intervención se iniciará antes de 30 días.6. En la gestión de cita para otras especialidades se seguirá un procedimiento igual al de la USMIJ.

Profesionales de la Psiquiatría / Profesionales de la Psicología Clínica

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="242 280 271 311">5°</p> <p data-bbox="158 351 316 438">Proceso Diagnóstico de TEA</p>	<p data-bbox="383 280 687 311">1. Consideraciones previas:</p> <ul data-bbox="422 323 1128 766" style="list-style-type: none"><li data-bbox="422 323 1128 414">• Las niñas o los niños derivados serán atendidos en primera consulta, en el plazo máximo de 15 días desde la solicitud de cita por el personal médico de Atención Primaria.<li data-bbox="422 429 1128 556">• Los profesionales deben favorecer un clima de comunicación con los padres o cuidadores que les permita expresar sus preocupaciones e iniciar el establecimiento de una alianza terapéutica.<li data-bbox="422 571 1128 662">• Toda la información recogida por los diferentes profesionales que intervienen en el proceso de diagnóstico, debe quedar registrada en la historia clínica.<li data-bbox="422 677 1128 766">• El diagnóstico realizado por el Psiquiatra o Psicólogo Clínico, contará con las aportaciones del equipo multidisciplinar que ha intervenido en la evaluación. <p data-bbox="383 820 1128 1011">2. La finalidad del proceso diagnóstico especializado es obtener la información necesaria para establecer un diagnóstico provisional o de confirmación de TEA, describiendo el comportamiento del niño o niña como perteneciente a una categoría diagnóstica concreta, identificando los trastornos comórbidos y su diferencia con otros trastornos mentales¹⁰.</p> <p data-bbox="383 1066 664 1097">3. Etapas del diagnóstico</p> <ul data-bbox="422 1110 1128 1576" style="list-style-type: none"><li data-bbox="422 1110 1128 1237">• Recogida de información: es el primer paso en el proceso de diagnóstico, consiste en recoger la información pertinente a través de una historia clínica detallada del individuo durante la primera entrevista clínica.<ul data-bbox="458 1250 1128 1576" style="list-style-type: none"><li data-bbox="458 1250 1128 1412">o Contenidos fundamentales que deben incluirse en la historia clínica: antecedentes familiares, datos pre y neonatales, historia evolutiva, antecedentes en cuanto a la salud, aspectos familiares y psicosociales, consultas y tratamientos anteriores, primera entrevista clínica (Anexo 14).<li data-bbox="458 1426 1128 1576">o La historia clínica debe considerar exhaustivamente el desarrollo de los tres ámbitos de afectación característicos de los TEA: alteraciones en la interacción social y en la comunicación, y patrones restringidos de comportamiento, actividad e intereses.

- o Se recomienda el uso de alguno de los instrumentos contrastados para recoger esta información proporcionada por los familiares o educadores con un amplio conocimiento de la persona (Anexo 15).
- o Se obtendrá información, directa o indirecta, acerca del comportamiento del niño o de la niña en sus entornos naturales cotidianos (hogar, centro educativo...) mediante visitas, cuestionarios, conversaciones telefónicas, correo electrónico...
- o En las entrevistas con la familia se tratará de conocer asimismo sus características, genograma, relación con los hermanos y otros miembros de la familia, vivencia de los padres ante las dificultades del niño o de la niña, redes sociales de apoyo, posibles disfunciones familiares previas o secundarias a la aparición de las dificultades.
- Planteamiento del caso en el Equipo:
 - o Como continuidad del Proceso Diagnóstico, se pondrá en común el caso con los profesionales que se consideren necesarios en este proceso (enfermera referente, Trabajador o trabajadora social...) constituyéndose un Equipo funcional.
- Exploración del niño o de la niña:
 - o Se realizará con el fin de detectar las alteraciones propias de los TEA.
 - o La realizará el o la profesional de Psiquiatría o Psicología Clínica en una o varias sesiones de observación en diferentes situaciones (individual, con los padres o cuidadores, en grupo) así como en entrevistas con la familia.
 - o Se recomienda utilizar alguno de los instrumentos ampliamente aceptados por la comunidad científica (Anexo 16).
 - o Se valorará, el desarrollo cognitivo-intelectual mediante el uso de una escala de desarrollo (Anexo 17).
- Diagnóstico diferencial:
 - o Se descartarán otros diagnósticos que pudieran explicar las alteraciones presentes: déficit auditivo, discapacidad intelectual, Trastorno específico del lenguaje (TEL), Trastorno semántico-pragmático, trastorno del vínculo, mutismo selectivo.
 - o Se explorará la presencia de cuadros psicopatológicos comórbidos o síntomas asociados al TEA (problemas de conducta, trastornos del sueño, de la alimentación, irritabilidad, ansiedad, depresión, TDAH...)

- o Es necesario solicitar una exploración neurobiológica (si no se ha realizado previamente) en los siguientes supuestos:
 - Retraso mental moderado-grave.
 - Autismo atípico.
 - Signos sugestivos de enfermedades asociadas (Anexos 9 y 11).
- Reunión de los profesionales implicados (Equipo funcional):
 - o Se realizará para integrar toda la información recogida que permita confirmar o no el diagnóstico de TEA, iniciar la elaboración del Programa Individualizado de Atención Temprana (PIAT) y las intervenciones necesarias, incluyendo posibles derivaciones a otros especialistas o dispositivos.
- Elaboración del informe: el proceso diagnóstico finaliza con la emisión de un informe que deberá:
 - o Estar escrito en un lenguaje claro, respetuoso y comprensible.
 - o Referirse a:
 - El proceso de evaluación.
 - Los puntos fuertes, las alteraciones y limitaciones del niño o de la niña.
 - o Un diagnóstico claro y preciso, sin ambigüedades.
 - o El juicio clínico debe basarse en los criterios diagnósticos aceptados internacionalmente (DSM IV-TR o CIE-10 en Anexos 1 y 2).
 - o Contener orientaciones fáciles de comprender, operativas y claras (derivación al CAIT, alternativas de Escolarización, asociaciones de apoyo mutuo...).
- Devolución e información diagnóstica:
 - o La Entrevista de devolución e información diagnóstica con entrega de informe clínico, se realizará en un plazo máximo de 60 días desde la fecha de la primera consulta a la USMIJ o CAIT, aconsejándose se realice dentro de un plazo de 10 días tras la última intervención realizada.
 - o Esta actividad la realizará en todos los casos el o la profesional referente (Psiquiatra/Psicólogo Clínico) del o la menor, en un ambiente / entorno / encuadre sosegado, con tiempo suficiente para responder a las dudas de la familia.

- o Si se considera que la evolución una vez iniciado el tratamiento es esencial para la confirmación del diagnóstico diferencial, se les comunicará así a los padres.
- o En esta misma entrevista se informará de las posibilidades de tratamiento y de los distintos recursos y opciones.

Pediatra de la Unidad de Neuropediatra/ Pediatra FEA/ ORL/ Oftalmólogo

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center; margin: 0;">6º</p> <p style="margin: 0;">Diagnóstico Neurobiológico</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aunque, en la mayoría de los casos de autismo no es posible detectar una etiología específica (casos idiopáticos), en algunas ocasiones sí es posible diagnosticar alguna enfermedad, constituyendo para algunos autores hasta el 10% de los casos. Son los denominados autismos sindrómicos o secundarios y aparecen especialmente en los casos asociados a retraso mental grave o en los autismos atípicos. (Anexo 9) 2. Aún no se conoce ningún marcador biológico en el autismo, por lo que el diagnóstico sigue siendo clínico e incluso cuando un síndrome o enfermedad se presenta asociado a autismo no significa en todos los casos que haya relación etiológica entre ambos problemas¹¹. 3. Para hacer el diagnóstico biomédico de enfermedades asociadas es preciso solicitar exámenes complementarios. Muchos de estos estudios son de baja rentabilidad diagnóstica, por lo que los exámenes deben solicitarse según evidencia científica y grados de recomendación, evitando así pruebas innecesarias y siempre siguiendo una sospecha clínica basada en la historia y en la exploración médica. 4. Hay muchas propuestas y guías clínicas en otros países en cuanto al protocolo médico a seguir. En España el grupo de estudio de los TEA del Instituto de Salud Carlos III (GETEA) recopila y analiza estas propuestas que son consensuadas por este equipo de trabajo y se encuentran disponibles en la web: http://iier.isciii.es/autismo.

5. Las recomendaciones son las siguientes (Anexo 18):

- Exploraciones rutinarias:
 - o Historia personal y familiar detallada.
 - o Examen clínico:
 - Perímetro cefálico (actual y al nacimiento y velocidad de crecimiento) peso y talla.
 - Rasgos dismórficos y manchas cutáneas.
 - Exploración neurológica y del desarrollo psicomotor.
 - o Descartar problemas auditivos y visuales:
 - Otoemisiones e impedanciometría. Si los resultados son normales no es preciso realizar más estudios; si es patológico explorar oído externo y repetir en 3 meses las dos pruebas anteriores; si vuelve a ser patológico se debe realizar examen audiométrico con potenciales evocados del tronco cerebral.
 - Valorar refracción con ciclopléjico; fondo de ojo, comprobación de medios transparentes y motilidad ocular. Si son patológicas estas exploraciones o genera dudas valorar electroretinograma y potenciales evocados visuales.
 - o Examen rutinario de sangre.
 - o Estudio genético (cariotipo), en caso de retraso mental asociado, fenotipo constitucional sugerente o ante sospecha de síndrome de Rett (MECP2), X-frágil (FMR1), Síndrome de Angelmann, Síndrome de Prader-willi, etc o en aquellos casos con antecedentes familiares.
 - o Estudios metabólicos en presencia de hallazgos físicos o clínicos sugestivos, historia familiar de retraso mental o ausencia de cribado perinatal:
 - Estudio sérico: Fenilalanina, TSH, T4, Aminoácidos, ácido láctico, ácido pirúvico, gasometría venosa y Aminoácidos en orina, etc.
- Exploraciones recomendadas en algunos protocolos internacionales no aceptadas para uso generalizado:
 - o Estudios de genética molecular: FISH para identificar duplicaciones o microdelecciones subteloméricas.
 - o Medición Plumbemia en sangre.
 - o Es preciso preguntar datos relacionados o riesgo de intoxicación por metales pesados como la existencia de numero-

sas amalgamas dentales en la madre lactante, pica o sospecha de intoxicación por metales pesados de otro origen.

- Exploraciones que requieren sospecha clínica de alteración específica:
 - o Estudio EEG de sueño o tras privación del mismo si se sospecha epilepsia o actividad epileptiforme, en casos de regresión social o comunicativa, especialmente en pacientes de corta edad, o comportamientos explosivos intermitentes.
 - o Resonancia Magnética Nuclear en casos de dismorfias, convulsiones, historia familiar de problemas neurológicos o de desarrollo, síndromes específicos identificados (como esclerosis tuberosa) o anomalías en el examen neurológico, especialmente si son focales o asimétricas.
- Exploraciones consideradas solo en investigación o tras indicación personalizada por hallazgos o sospechas clínicas que las justifiquen:
 - o Pruebas de evaluación neurofisiológica:
 - Electroencefalograma y cartografía cerebral.
 - Polisomnograma nocturno.
 - Monitorización vídeo-EEG.
 - Potenciales evocados somestésicos (SEP).
 - Potenciales evocados cognitivos.
 - Registros de Magnetoencefalografía.
 - o Pruebas de neuroimagen estructural y funcional.
 - Resonancia Magnética con Espectroscopia.
 - Resonancia Magnética Funcional.
 - Tomografía por Emisión de Positrones.
 - Técnica MSI (Fusión de RM estructural y MEG).

6. Se emitirá un informe tras cada acto único en el que se recoja la valoración del proceso, pruebas solicitadas, resultados y en su caso diagnóstico provisional. Dicho informe se dirigirá al profesional que ha remitido el caso, asegurando su recepción a través de la herramienta informática DIRAYA, correo ordinario, electrónico y/o FAX.

Equipo Interdisciplinar formado por profesionales de diferentes ámbitos coordinados por un profesional de la USMIJ

Actividades	Características de calidad
<p>7°</p> <p>Elaboración del Plan Individualizado de Atención Temprana (PIAT)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Una vez finalizado el proceso de evaluación, se elaborará la planificación del tratamiento que se concretará en el Plan Individualizado de Atención Temprana (PIAT). Su elaboración ha de ser interdisciplinar, individualizada y basada en: <ul style="list-style-type: none"> • La edad y características individuales del niño o de la niña. • Su nivel de funcionamiento. • Discapacidades asociadas. • Situación de la familia. • Diferentes posibilidades de los entornos. 2. Teniendo en cuenta todos estos elementos, se consideran aspectos fundamentales en la elaboración del Plan Individualizado de Atención Temprana los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • La definición de objetivos terapéuticos globales y objetivos y actividades específicas de cada dispositivo de atención. • La coordinación y comunicación entre los distintos profesionales que se relacionan con el menor y la familia. • La asignación de un Facultativo responsable del proceso de elaboración y desarrollo del PIAT. Este facultativo será un Psicólogo clínico o Psiquiatra de la USMIJ que tendrá como funciones: <ul style="list-style-type: none"> o Coordinar la elaboración del PIAT. o Actuar de interlocutor con los distintos servicios y/o profesionales referentes (CAIT, Atención Primaria, etc). o Evaluar periódicamente el PIAT. • Es necesaria la existencia de un Profesional referente en el CAIT, Atención Primaria, Centros Educativos, u otros dispositivos cuya intervención se considere necesaria. Sus funciones serán: <ul style="list-style-type: none"> o Ser responsable de la elaboración y cumplimiento del PIAT en su dispositivo. o Coordinarse con los profesionales de referencia en los distintos ámbitos implicados en el PIAT, para su elaboración, seguimiento y evaluación.

3. El Plan Individualizado de Atención Temprana se concretará en un documento en el que se especificará:
 - Datos personales.
 - Diagnóstico (provisional/definitivo).
 - Resumen de la evaluación realizada: puntos fuertes y débiles, necesidades detectadas, nivel cognitivo, aspectos funcionales de la conducta, trastornos comórbidos, datos de la situación familiar.
 - Objetivos a conseguir por áreas.
 - Intervenciones previstas: tipo, profesionales implicados, lugar, intensidad.
 - Procedimiento de seguimiento y evaluación periódica.

4. Con carácter general todo PIAT deberá incluir:
 - Intervenciones dirigidas al menor: terapéuticas, psicoeducativas, y Plan de Cuidados.
 - Intervenciones dirigidas a la familia.
 - Intervenciones dirigidas al entorno: de apoyo social, apoyo en la escolarización...

5. Se deberá comenzar la elaboración del PIAT y la coordinación de profesionales en un plazo inferior a 30 días, y finalizarse antes de los 60 días, sin perjuicio de que comience la intervención en las áreas que se considere oportuno.

6. El PIAT debe ser siempre acordado y consensuado con los padres y/o cuidadores o responsables legales, considerándose su participación fundamental en su desarrollo.

7. Evaluación para la elaboración del PIAT.
 - En el momento de llegada del menor con TEA o sospecha de padecerlo, en la USMIJ y el CAIT se inicia una evaluación extensa, de carácter funcional y ecológico.
 - Se formará un equipo de evaluación* con participación de profesionales de los distintos ámbitos coordinado por el facultativo responsable, haciendo copartícipe del proceso de evaluación a la familia desde el primer momento.

* Equipo Interdisciplinar formado por profesionales del Trabajo Social, Enfermería, Medicina, Psicología, Terapia Ocupacional, Maestros, Profesores de Pedagogía Terapéutica...

- Las personas que mejor conocen al niño o a la niña (padres y educadores) participarán en la evaluación, como principal fuente de información sobre sus puntos fuertes y débiles.
- Se centrará en tres aspectos: el menor con TEA, su familia y su entorno social.
- Tiene por objeto la confección del PIAT, previa a la intervención de los diferentes profesionales del CAIT.

8. Evaluación del niño o de la niña se centrará en:

- El desarrollo de las áreas especialmente afectadas en los TEA¹² (Anexo 19):
 - o Interacción social y mentalismo: los contenidos a evaluar incluirían:
 - Uso espontáneo de la mirada.
 - Mantenimiento espontáneo de la proximidad.
 - Imitación social.
 - Toma de turnos.
 - Iniciativa social.
 - Expresión y comprensión de emociones.
 - Desarrollo del yo.
 - Capacidad para captar, comprender e interpretar las claves socioemocionales
 - Capacidad para comprender el punto de vista y las intenciones de los demás.
 - o Comunicación y lenguaje. Se realizará a través de la observación en situaciones naturales o estructuradas o con instrumentos específicos (Anexo 20):
 - Comprensión de la comunicación sencilla. Lenguaje receptivo: comprensión de los diferentes modos de comunicación, de las intenciones comunicativas, del lenguaje no literal.
 - Estrategias instrumentales y reguladoras, para satisfacer sus necesidades y regular la conducta de los demás. Lenguaje expresivo: intención comunicativa, funciones comunicativas.
 - Estrategias de interacción social.
 - Estrategias de atención conjunta.

- Estrategias rituales e imaginativas, destinadas a la expresión de normas de conducta y a recrear la realidad.
- Lenguaje formal.
- Fonología.
- Morfología.
- Sintaxis.
- Semántica.
- o Juego simbólico/ de pretensión. Se valorará mediante entrevistas estructuradas, cuestionarios y observación semi-estructurada (juego libre):
 - Manipulativo / Exploratorio.
 - Organizativo.
 - Estructurado / Constructivo.
 - Juegos de Causa y Efectos / Medios-Fin.
 - Juego Interactivo.
 - Juego de Simulación-Funcional.
 - Juego de Simulación-Simbólico.
 - Juego de Simulación-Fantasía.
 - Juego de Simulación-Social.
 - Juego cooperativo.
- o Flexibilidad y autorregulación. Se valorará mediante la observación en diferentes situaciones y la entrevista a los padres y/o cuidadores:
 - Intereses funcionales y flexibles.
 - Capacidad de anticipación.
 - Aceptación de los cambios.
- Desarrollo de habilidades adaptativas adecuadas a su edad: mediante entrevista a los padres:
 - o Alimentación.
 - o Control de esfínteres.
 - o Vestido.
 - o Aseo.
- Desarrollo motor, mediante la observación, información de los padres, el examen motor e instrumentos:
 - o Motricidad fina y gruesa.
 - o Tono muscular: hipotonía, espasticidad.
 - o Apraxias.

- Alteraciones conductuales y psicopatología asociada, si las hubiera. Se podrán evaluar mediante la observación e información de los padres y cuidadores:
 - o Hiperactividad / déficit atencional.
 - o Ansiedad.
 - o Trastornos del sueño.
 - o Fobias.
 - o Trastornos de la alimentación.
 - o Conductas disruptivas o desafiantes.
 - o Autolesiones.
 - o Agresividad.
- Área afectiva y socioemocional. Se valorará mediante la observación y la entrevista a los padres o cuidadores, evaluando:
 - o Aspectos emocionales en relación con el vínculo afectivo con los padres o personas de referencia.
 - o Búsqueda y disfrute del contacto físico.
 - o Ansiedad de separación.
 - o Reacción al consuelo.
 - o Disfrute en las actividades de juego.
 - o Irritabilidad.
- Área cognitiva. Se utilizará una prueba adecuada a esta población que evalúe el nivel cognitivo del niño o la niña, con el fin de conocer sus capacidades y limitaciones cognitivas (Anexo 17).

9. Evaluación de la familia.

- Se procederá a evaluar mediante entrevista la situación familiar, el impacto del diagnóstico, sus recursos para superarlo y establecer vías adecuadas de colaboración en el tratamiento, la relación del menor con los familiares, la estructura del entorno doméstico y funcionamiento familiar.
- Esta evaluación se centrará sobre (Anexos 21 y 22):
 - o Aspectos objetivos de la familia.
 - o Relaciones intrafamiliares.
 - o Repercusión en la familia de la discapacidad de su hijo o hija, necesidades de apoyo.
 - o Nivel de salud y competencia educativa de la familia.
 - o Apoyos naturales y de servicios con que cuenta la familia.

10. Evaluación del entorno.
- Se centrará sobre:
 - o Evaluación del entorno educativo (Anexo 23)
 - o Entornos diarios como la casa de abuelos... (Anexo 22)
 - o Redes sociales y de recursos en el entorno próximo.
 - Factores de riesgo y protección en el entorno.

Equipo Interdisciplinar

Actividades	Características de calidad
<p>8º</p> <p>Desarrollo del PIAT</p>	<p>1. Aspectos generales de la intervención ^{13,14,15,16}:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La intervención funcional sobre los déficits y las alteraciones se realiza lo antes posible, sin esperar a un diagnóstico definitivo. • Será intensiva. Se recomienda que entre profesionales y familiares se dediquen al menos 20-25 horas semanales al plan de tratamiento establecido. • Se realizará, preferentemente, en los entornos naturales (hogar, escuela), utilizando rutinas cotidianas y consecuencias naturales. • Estará orientada a mejorar las modalidades relacionales del menor y permitir la adquisición del mayor nivel de desarrollo posible. • Los aspectos a tratar son: la interrelación y el vínculo afectivo, la comunicación, la simbolización y los hábitos personales y sociales. • El tratamiento es complejo y amplio, se trata de que su vida diaria se organice con una actitud que tenga en cuenta la comprensión de sus dificultades, en sus distintos contextos de desarrollo (la casa familiar, la escuela, dispositivos de tratamiento, etc.). <p>2. El equipo de intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De carácter interdisciplinario estable, elaborará un plan de tratamiento con objetivos, principios y métodos consensuados basados en la mayor evidencia disponible, coordinado por un pro-

fesional experto en TEA y en el que participen profesionales, familia y otros cuidadores.

- Los profesionales estarán formados en el trabajo con las familias, trabajo en equipo y desarrollo evolutivo del menor, y en la intervención de Trastornos del Espectro Autista.

3. La familia:

- Tiene un papel activo, y preponderante, en el tratamiento educativo de su hijo o hija, en su planificación y su desarrollo.
- Se realizan consultas individualizadas con los padres, con el fin de prestar el apoyo psicológico necesario.
- Se realizan sesiones de grupos de padres y de hermanos con el fin de promover el apoyo mutuo.
- Se promueve la colaboración y coordinación a nivel del entorno cercano del menor, con los servicios sanitarios, sociales y educativos, las asociaciones de familias...
- Se ofrece un plan de formación para cubrir sus necesidades formativas en TEA y sobre el programa de intervención.

4. Enfoques y técnicas recomendadas:

- Los pilares del tratamiento son las intervenciones psicológicas, educativas y de apoyo social.
- Se utilizan métodos y recursos basados en la mejor evidencia disponible, que siguiendo la clasificación del GETEA¹⁷, serían:
 - o Evidencia de eficacia y recomendados:
 - Intervenciones conductuales.
 - Risperidona*.
 - o Evidencia débil aunque recomendados:
 - Promoción de competencias sociales.
 - Sistemas alternativos/aumentativos de comunicación.
 - Sistema TEACCH.
 - Terapia cognitivo conductual.
 - Estimulantes en TEA+TDAH.
 - o Evidencia débil (solo recomendado en estudios experimentales debidamente controlados):
 - Integración auditiva.

* Aunque el GETEA sitúa la Risperidona en este bloque, las revisiones sistemáticas no permiten asegurar su eficacia ¹⁸ en los trastornos del espectro autista por la limitación de estudios disponibles.

- Integración sensorial.
- Psicoterapias expresivas.
- Vitaminas y suplementos dietéticos.
- Dietas sin gluten/caseína.
- o Sin evidencia o no recomendados:
 - Sistema Doman Decalato.
 - Lentes de Irlen.
 - Comunicación facilitada.
 - Terapia psicodinámica.
 - Secretina.
 - Terapia antimicótica.
 - Tratamiento con quelantes.
 - Inmunoterapia.
 - Terapia sacrocraneal.
 - Terapias asistidas con animales.
- Se procura el aprendizaje significativo y motivante, teniendo en cuenta sus intereses.
- Los entornos en que se desenvuelva el menor tendrán un elevado nivel de estructuración y predictibilidad.
- Las ayudas visuales serán utilizadas con diferentes objetivos: ordenar el mundo físico y temporal (agendas), mejorar la comprensión del lenguaje oral, como sistema alternativo de comunicación, para la resolución de problemas...
- Ante la presencia de problemas de comportamiento se utilizarán preferentemente principios y técnicas psicológicas, fundamentalmente el Apoyo Conductual Positivo.
- Se adaptan los entornos y actividades para minimizar las reacciones negativas y las distorsiones perceptivas que puedan presentar.

5. Ámbitos de intervención.

- Intervenciones en USMIJ-HD:
 - o Las USMIJ-HD están formadas por Equipos multiprofesionales compuestos de: Facultativos Especialistas en Psiquiatría y Psicología Clínica, Personal de Enfermería, Terapia Ocupacional, Trabajo Social y otros.

- o Las tareas que desempeña con menores con autismo quedan esquemáticamente recogidas en el PIAT y se trata de un trabajo clínico que no incluye aspectos psicopedagógicos propiamente dichos.
- o Tareas a desempeñar:
 - Comunicación del diagnóstico, acompañamiento y apoyo psicológico en el “duelo” de los padres. Estas intervenciones, deben considerarse parte integrante del tratamiento clínico por la incidencia que tienen en aspectos profundos de la dinámica relacional en la familia, con resultados positivos o negativos en el proceso de tratamiento y en la evolución del paciente.
 - Abordarán los problemas de estos o estas menores desde una perspectiva clínica utilizando distintas técnicas con la mejor evidencia disponible, incluida la farmacológica, en el marco del PIAT consensuado con los demás agentes, especialmente con los CAIT.
 - Atención a la comorbilidad: los menores con autismo, además de la sintomatología específica, pueden presentar otros problemas asociados: dificultad para el control de los impulsos, conductas auto o heteroagresivas... Esta patología es atendida en la USMIJ-HD con distintas técnicas terapéuticas, incluida la farmacológica.
 - Seguimiento del proceso: uno de los riesgos de las patologías severas y, en particular, del autismo, es que su atención sea excesivamente dispersa. Esto genera sufrimiento innecesario en los niños o niñas y sus familias, por eso es importante, como parte indisoluble del tratamiento, un seguimiento unificado del conjunto de las intervenciones que tienen que ver con su Salud Mental.
 - Atención a posibles desajustes sociales y necesidades especiales en este ámbito: esta tarea se desarrollará especialmente por los profesionales de Trabajo Social de la Unidad, en coordinación con los de otros niveles de atención.
- o Organización de la Asistencia:
 - Habrá un Programa específico para la atención de estos niños y niñas. En este programa participarán los profesionales que en cada dispositivo se considere oportuno.

- El niño o niña tendrá un referente estable durante todo el proceso y a lo largo de toda su relación con la USMIJ-HD, siempre que esto sea posible. Este profesional será un especialista en Psiquiatría o Psicología Clínica, pudiendo además asignarse una persona de referencia entre el personal de Enfermería o el resto de profesionales. Esta persona se mantendrá así mismo estable durante todo el proceso.
- Las intervenciones biomédicas será coordinados por profesional de psiquiatría siempre en comunicación con el facultativo de referencia del equipo e informando al Pediatra de AP.
- Los menores recibirán una atención con periodicidad semanal, con la distribución que cada Equipo considere oportuno, teniendo en cuenta que siempre incluirá atención directa a los menores y a sus familias y coordinación con otros dispositivos sanitarios y no sanitarios que los atiendan. Esta periodicidad variará en aquellos casos debidamente justificados en el PIAT, por razones geográficas, características de la patología o de la atención.
- Intervenciones en el CAIT:
 - o Los CAIT están formados por Equipos multiprofesionales compuestos de: especialistas en Psicología, Logopedia, Educación, Trabajo Social y otros.
 - o Las tareas que desempeña con estos menores incluyen aspectos principalmente psicoeducativos, así como un enfoque de apoyo conductual ante las diversas manifestaciones clínicas.
 - o Tareas a desempeñar:
 - Comunicación del diagnóstico en los centros debidamente acreditados, acompañamiento y apoyo psicológico en el “duelo” de los padres.
 - Estimulación de las capacidades de interacción social, comunicativas, imaginativas y adaptativas: se hará mediante sesiones individualizadas por los profesionales (en el propio CAIT o en sus entornos naturales) y aplicación de técnicas adecuadas por los otros educadores y la familia en los entornos naturales del menor.
 - Atención a la comorbilidad: en estos menores aparecen con cierta frecuencia conductas inadaptadas relacionadas con su discapacidad y peculiaridades, que serán tra-

tadas, preferentemente, mediante técnicas de Apoyo Conductual Positivo.

- Seguimiento del proceso: se realizarán reuniones periódicas entre los miembros del equipo (profesionales del CAIT, familia, educadores y otros profesionales), con el fin de asegurar la coordinación entre ellos. También se harán informes en diferentes momentos (inicial, trimestrales, anuales y final).
- Atención a posibles desajustes sociales y necesidades especiales en este ámbito: esta tarea se desarrollará especialmente por los profesionales de Trabajo Social del Centro o de su entorno.
- o Organización de la Asistencia:
 - Existirá un programa específico para la atención que será elaborado y desarrollado conjuntamente por un equipo formado por los profesionales del CAIT que atiendan el caso, sus otros educadores y su familia.
 - Cada niño o niña tendrá una persona de referencia, que se ocupará del seguimiento del caso, desde su entrada al centro hasta su salida, la coordinación con el resto de profesionales (especialmente con los de la USMIJ-HD) que intervengan en el caso, así como con la familia.
 - La intensidad de la intervención semanal tendrá un grado que estará en función del nivel de las necesidades de apoyo que el PIAT establezca para el menor, su familia y su entorno.

6. Áreas de intervención prioritarias^{13,14,15}

- Comunicación: (Anexo 20)
 - o Se trabajará en paralelo con el área de Socialización.
 - o Las actividades deben ser diseñadas en base a los aspectos pragmáticos que desarrollen las dimensiones sociales como la atención conjunta, gestos protoimperativos y protodeclarativos, prosodia, toma de turnos, tener en cuenta la información del interlocutor, cambio de temas, lenguaje corporal...
 - o Se diseñarán las actividades para conseguir los siguientes objetivos: espontaneidad, iniciativa, motivación y autorregulación.

- o Se utilizarán soportes visuales (gestos, dibujos, pictogramas, fotos, objetos, TIC...), para apoyar tanto los aspectos expresivos como receptivos de la comunicación.
- o Debe apoyarse en el uso de diferentes estrategias y basarse en los intereses del menor.
- o Se diseñarán actividades que tengan en cuenta las dificultades de comunicación y su relación específicamente con conductas desafiantes.
- o Para el diseño de actividades se deberán tener muy en cuenta las necesidades de comunicación del entorno.
- o Se planificará la generalización y el uso de habilidades comunicativas en otros entornos, con otros interlocutores, y para otras necesidades.
- Socialización: (Anexo 19).
 - o El desarrollo de esta área debe estar en todos los planes individuales.
 - o Los objetivos deben tener un marcado carácter funcional en el desarrollo de las habilidades sociales, teniendo en cuenta aquellas que posibiliten el aprendizaje posterior de otras.
 - o Se desarrollará en entornos y actividades cotidianas tanto como sea posible aplicando estrategias específicas.
 - o Los compañeros, familia y hermanos deben ser cuidadosamente entrenados y apoyados para el desarrollo de objetivos concretos.
 - o Se deben incluir estrategias de mantenimiento y generalización de las habilidades adquiridas.
 - o Objetivos de desarrollo temprano para interactuar con adultos y compañeros de la misma edad.
- Simbolización:
 - o Se diseñan actividades para favorecer:
 - El uso adecuado de juguetes funcionales.
 - El uso de juguetes simbólicos sencillos (miniaturas, muñecos...).
 - El uso simulado de objetos y juguetes.
 - La representación de papeles.
- Flexibilidad:
 - o Se estructuran física y temporalmente los entornos naturales.

- o Se fomenta el reconocimiento y seguimiento de rutinas diarias en los entornos naturales.
- o Se diseñan actividades para el uso de las agendas visuales en la vida diaria, incluyendo cambios previsibles en la organización de espacio y tiempo.
- o Se entrena la aceptación de pequeños cambios imprevistos dentro de la estructura establecida.

7. Tipos de intervención:

- Intervenciones generales:
 - o Seguimiento: entrevistas en las que se hace seguimiento clínico-evolutivo y se recogen inquietudes de la familia, se sigue el cumplimiento de las intervenciones del PIAT y se hace el control del tratamiento farmacológico si lo tuviera.
 - o Atención urgente: en situaciones de crisis aguda con control, seguimiento y programación de la hospitalización completa o parcial:
 - Hospitalización completa: la necesidad de hospitalizar a menores de seis años con TEA, por razones de esta patología, es prácticamente inexistente. Por tanto no es procedente hacer ningún protocolo al respecto. Sólo señalar que, de darse alguna circunstancia que exigiera la hospitalización completa de un menor con TEA, ésta debería hacerse en Pediatría y siguiendo las recomendaciones generales, insistiendo especialmente en la necesidad de que los menores hospitalizados dispongan permanentemente de una persona de su entorno, particularmente la madre o el padre.
 - Hospital de día: En algunos lugares se ha adoptado esta fórmula de atención a menores de seis años con TEA, estableciendo, en algunos casos, acuerdos intersectoriales con Educación. Los menores reciben una atención individualizada, aunque con momentos también de vivencias grupales, pero siempre manteniendo una persona de referencia estable. Si bien esta fórmula de atención tan intensiva no es siempre extrapolable, las experiencias conocidas son en general muy positivas.

- o Atención a otros problemas de salud: ante la sospecha de otros problemas de salud, se pondrá en conocimiento de su Pediatra de AP para realizar su valoración y seguimiento.
- o En circunstancias en las que por proximidad u otras causas se haga directamente derivación por parte de la USMIJ a otra especialidad hospitalaria se informará siempre a su Pediatra de Atención Primaria.
- Intervenciones centradas en el menor:
 - o Intervenciones psicológicas y psicoeducativas¹⁹:
 - Se programarán intervenciones psicológicas individuales y/o grupales de forma individualizada, en función de las necesidades y nivel de su desarrollo y teniendo en cuenta las intervenciones en los distintos dispositivos.
 - Las intervenciones psicológicas individuales y/o grupales se desarrollaran, preferentemente, en los entornos naturales del menor, aunque también se podrán desarrollar en la USMIJ o en las instalaciones del CAIT.
 - Las intervenciones se ajustarán a las premisas generales de calidad y se basarán en las recomendaciones sobre ámbitos y áreas de intervención, recogidas en los apartados anteriores de esta actividad.
 - o Intervenciones farmacológicas: (adaptado de la Guía de buena práctica para el tratamiento de los TEA del GETEA¹⁷).
 - En la actualidad no existe ningún tratamiento biomédico específico para los síntomas nucleares de los TEA.
 - Los tratamientos farmacológicos se utilizan para síntomas concretos y/o trastornos comórbidos, que además de provocarles malestar, interfieran negativamente en su adaptación y en el posible beneficio que puedan obtener de las intervenciones psicológicas y/o educativas.
 - A la hora de valorar la instauración de un tratamiento farmacológico, se tendrán en cuenta las necesidades observadas en los diferentes contextos (familiar, terapéutico, educativo), la posible aparición de efectos adversos, la interacción con otros medicamentos y los efectos a largo plazo.
 - El tratamiento farmacológico debe utilizarse siempre formando parte de una estrategia global de tratamiento, junto con las intervenciones psicológicas, educativas, familiares y de apoyo social.

- Se recomienda su uso cauteloso, tanto en su instauración como en su retirada, así como una reevaluación periódica de los posibles efectos beneficiosos y/o adversos, y de la indicación o no de su continuidad.
 - En el momento de redacción de este subproceso únicamente se considera recomendable con nivel de evidencia A para este grupo poblacional, la risperidona y eventualmente los antiepilépticos.
- o Plan de cuidados de enfermería. (Anexo 24)
- Se trata de un Plan de Cuidados estandarizado que se debe adaptar a cada paciente ajustándose a los objetivos recogidos en el PIAT, evitando la reiteración de las actividades tanto evaluativas como de tratamiento.
 - Es muy importante trabajar conjuntamente con las personas cuidadoras, mediante la identificación precoz de sus necesidades y la prestación de ayuda en el desempeño de su papel. Esto ha llevado a la elaboración de otro Plan de Cuidados dirigido también a la persona cuidadora y su familia.
 - Ante esta situación desde la fragilidad hacia la dependencia, es importante el abordaje multidisciplinar e integral, así como asegurar la continuidad y coherencia de los cuidados proporcionados en los distintos ámbitos.
 - Este plan incluye:
 - * Valoración mínima específica según el modelo de necesidades de Virginia Henderson.
 - * Exposición de los principales problemas que deben abordarse, recogidos en etiquetas diagnósticas según la taxonomía de la NANDA, selección de los resultados esperados según la taxonomía NOC y de las intervenciones enfermeras necesarias para dar solución a estos problemas utilizando la clasificación NIC.
 - * Desarrollo de los resultados en indicadores y de las intervenciones en actividades.
 - Es importante la valoración continua del paciente, asegurando la continuidad y coherencia de los cuidados proporcionados en los distintos niveles asistenciales y en las distintas áreas del mismo nivel. El registro que toma vital importancia en este aspecto es el informe de

continuidad de cuidados, en el que quedarán reflejadas su evolución y su evaluación. Este deberá quedar perfectamente plasmado en los formatos de registros enfermeros que cada institución sanitaria posea.

- Intervenciones centradas en la familia:
 - o Intervención psicológica:
 - El trabajo con la familia comienza en las primeras entrevistas diagnósticas, en las que es necesario tener una actitud terapéutica que les permita expresar sus preocupaciones, al mismo tiempo que puedan comenzar a comprender las dificultades de su hijo o hija empezando a orientarles en cómo relacionarse con él.
 - En entrevistas terapéuticas posteriores con la familia el objetivo será trabajar el duelo, es decir la pérdida de las expectativas de tener un hijo o hija sin problemas. Este aspecto se considera fundamental en las posibilidades de su evolución.
 - Otro elemento terapéutico importante en el trabajo con la familia, es que los profesionales les ayuden a mantener la esperanza, apoyándose en que es posible llevar a cabo un tratamiento que permita que el niño o la niña mejore su funcionamiento individual y su nivel de adaptación sociofamiliar.
 - Durante todo el tiempo de tratamiento, se realizará el apoyo psicoemocional a padres, hermanos y otros familiares implicados en los cuidados.
 - Se potenciarán los factores de protección y resiliencia de que disponga la familia.
 - o Intervención formativa y de apoyo:
 - La participación de la familia se considera fundamental en el tratamiento, por lo que los profesionales deben acordar con ella los objetivos terapéuticos, acompañando y orientando a los padres en las inquietudes que les despierta su hijo o hija.
 - La familia, en la medida de sus posibilidades, adquiere los conocimientos y destrezas necesarios para ser eficaces educadores, relacionados con:
 - * Estrategias favorecedoras de la comunicación, la interacción social y el juego simbólico.

- * Estructuración del entorno familiar.
- * Diseño y uso de las claves visuales.
- * Uso de las estrategias del Apoyo Conductual Positivo ante las alteraciones conductuales que se puedan presentar.
- El desarrollo de estas actividades por parte de la familia es dirigido y orientado por los profesionales que intervienen en el PIAT.
- Se desarrollaran reuniones de Apoyo Mutuo.
- Se iniciará terapia familiar cuando se considere indicada, al haberse detectado posible disfunción familiar.
- o Intervención social: En el marco del Plan de Atención Social se abordará (Anexo 25):
 - Prevención e intervención en situaciones de riesgo psicosocial en el menor y su familia.
 - Información sobre prestaciones y recursos públicos, privados y de iniciativa social.
 - Asesoramiento y ayuda para la gestión del Reconocimiento de la Minusvalía y prestaciones o servicios derivados de ella.
 - Orientación y derivación para la valoración del nivel y grado de dependencia y asesorar al PIA (Plan Individualizado de Tratamiento) derivado de la aplicación de la Ley de Atención a situaciones de Dependencia y Promoción de la Autonomía Personal.
- Intervenciones sobre el entorno:
 - o En el ámbito educativo las intervenciones seguirán los mismos criterios generales establecidos en la presente actividad para otros entornos (CAIT y USMIJ).
 - o Cuando sea preciso, se colaborará con los profesionales del centro educativo, aportando información para:
 - Mejorar su competencia educativa con alumnos con TEA.
 - Facilitarle el acceso a conocimientos y material específicos.
 - Resolución de conductas alteradas.

- o Igualmente se hará con las personas responsables de otros contextos a los que el menor esté acudiendo, con los mismos objetivos que en el caso anterior.
- o En el marco del Plan de Atención Social se abordará:
 - Promover, informar y conectar con Grupos de Ayuda Mutua, Grupos de Padres, Asociaciones de Afectados, etc.
 - Movilizar y promover actitudes y recursos en la comunidad favorecedores de la inclusión y el desarrollo de estos niños en el entorno.
- Intensidad del tratamiento.
 - o Módulos de intervención.
 - La medición de la duración de las sesiones se hará utilizando la Unidad de Medida de Atención Temprana (1 UMAT = 45 minutos/mes), tanto en actividad directa (menor) como indirecta (familia y entorno), cuyo número se adaptará a cada caso.²⁰
 - El PIAT establecerá el número de UMAT según el caso, que será supervisado por la Consultoría Provincial.
 - La pertinencia del número de UMAT se realizará desde cada Delegación Provincial de Salud, a través de la figura de la Consultoría Provincial.
 - En función del número de sesiones se establecerán los siguiente módulos:
 - * Niño o niña:
 - Tipo A, menos de 2 UMAT.
 - Tipo B, entre 2 y 4 UMAT.
 - Tipo C, entre 4 y 6 UMAT.
 - Tipo D, entre 6 y 8 UMAT.
 - Tipo E, más de 8 UMAT.
 - * Familia-Entorno:
 - Tipo A, menos de 1 UMAT.
 - Tipo B, 1 UMAT.
 - Tipo C, 2 UMAT.
 - Tipo D, más de 2 UMAT.
 - Todos los resultados obtenidos de la entrevista, observaciones y las valoraciones efectuadas se recogerán y se añadirán a la historia.

8. Coordinación.

- Con otros servicios o dispositivos²¹:
 - o Es una actividad que llevan a cabo todos los profesionales y a lo largo de todo el proceso de tratamiento para mejorar su efectividad y asegurar su continuidad evitando rupturas en la atención.
 - o Esta coordinación en función del PIAT de cada niño o niña abarcará a profesionales de Atención Primaria (Pediatra/ Médico de Familia, Enfermería Gestora de Casos, Trabajo Social), CAIT, USMIJ, Consultoría Provincial, Pediatra de la Unidad de Neuropediatría y otras especialidades que intervengan con el niño.
 - o Habrá una reunión como mínimo durante el proceso de elaboración del PIAT, a la que asistirán al menos los profesionales referentes de CAIT y USMIJ.
 - o Se realizarán reuniones de coordinación periódicas para seguimiento y evaluación de las intervenciones del PIAT, contactos telefónicos y mediante otras tecnologías de la información y comunicación (TIC), así como para informar de posibles cambios y/o necesidades detectadas y siempre que el menor vaya a ser dado de alta de cualquier dispositivo.
 - o Se establecerá un calendario de reuniones con una periodicidad mínima bimensual en las que se analizarán los casos en común.
- Con el ámbito educativo:
 - o Es necesaria para una adecuada integración entre los programas educativos y el PIAT.
 - o Intervendrán, según las necesidades y momentos, profesionales de la USMIJ, CAIT y de atención primaria, profesionales del Equipo de Orientación Educativa (EOE), profesorado tutor y de Pedagogía Terapéutica y Audición y Lenguaje del Centro Educativo, y el Equipo Provincial de Atención Temprana (EPAT).
 - o Debe producirse a lo largo de todo el proceso de escolarización, compartiendo la información del PIAT con los profesionales del ámbito educativo, siendo especialmente importantes los siguientes momentos:
 - Evaluación psicopedagógica.

- Elaboración del Dictamen de Escolarización: modalidad de escolarización y recursos necesarios.
- Asignación de Centro.
- Diseño y desarrollo de los programas educativos al inicio del curso escolar.
- Seguimiento trimestral y al final del curso.
- o Será necesario el consentimiento informado de la familia para el intercambio de información del PIAT entre los diferentes profesionales.
- o Tendrá como objetivo una función de apoyo a los profesionales del Centro Educativo, especialmente en los momentos de crisis del menor.
- o Podrá aportar a los profesionales sanitarios información relevante para su intervención.
- o Estas actividades se llevarán a cabo a través de contactos telefónicos, TIC, reuniones de coordinación y visitas al centro escolar si se considera necesario.