

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

Análisis del enfoque multidisciplinar en el abordaje de
los Trastornos del Espectro Autista

Autora: Dña. Aurora Carrión Martínez

Directora: Dra. Dña. Nuria Vela de Oro

Murcia, a 3 de Abril de 2014

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

Análisis del enfoque multidisciplinar en el abordaje de
los Trastornos del Espectro Autista

Autora: Dña. Aurora Carrión Martínez

Directora: Dra. Dña. Nuria Vela de Oro

Murcia, a 3 de Abril de 2014



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR/TUTOR DEL TRABAJO FIN DE GRADO
PARA PRESENTACIÓN Y DEFENSA

ALUMNO		CURSO ACADÉMICO: 2013/2014
Apellidos: CARRIÓN MARTÍNEZ		Nombre: AURORA
DNI: 48616189P	Titulación: GRADO EN ENFERMERÍA	
Título del trabajo: ANÁLISIS DEL ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR EN EL ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA		

La Profa. Dña. Nuria Vela de Oro, Tutora⁽¹⁾ del trabajo reseñado arriba, acreditó su idoneidad y otorgó el V.º B.º a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia, a 26 de marzo de 2014

Fdo.: Nuria Vela de Oro

⁽¹⁾ Si el trabajo está dirigido por más de un Director tienen que constar y firmar ambos.



Facultad de Enfermería

Campus de Los Jerónimos. 30107 Guadalupe (Murcia)

Tel. (+34) 968 27 8 808 • Fax (+34) 968 27 8 649

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar me gustaría agradecerle a Dña Nuria Vela de Oro toda su implicación, dedicación y ayuda en la realización de este trabajo, así como estos cuatro años en los que me ha guiado como tutora personal.

Me gustaría dedicar una línea a todos los profesores que han participado en mi formación; de cada uno me llevo una gran lección.

Gracias a todos los amigos que he conocido durante mi etapa universitaria, ahora formáis parte de mi vida, no hace falta que os nombre uno a uno porque vosotros sabéis quienes sois.

Para mis padres no puedo tener más que palabras de amor y gratitud. Gracias de todo corazón por creer en mí, nunca podré compensaros el esfuerzo que habéis realizado para que este sueño se cumpla. A mis hermanas, ejemplo de superación; aunque estéis lejos, cada día de mi vida os tengo presentes

A la familia de José Miguel Rivera Caravaca por mostrarme su cariño y apoyo como a una hija; sin ellos parte de esto no sería posible. A él por llegar en el momento adecuado. Eres mi motivación, mi amigo, mi compañero y mi vida. Gracias.

ÍNDICE

RESUMEN	XIX
ABSTRACT	XIXI
1. INTRODUCCIÓN	23
2. OBJETIVOS	25
2.1. Objetivo General.....	25
2.2. Objetivos Específicos.....	25
3. MARCO TEÓRICO	27
3.1. Tipos de Autismo	27
3.1.1. Clasificación CIE-10	27
3.1.2. Clasificación DSM-IV-TR.....	28
3.2. Etiología del Autismo	29
3.2.1. Factores genéticos	30
3.2.2. Alteraciones Neuroquímicas.....	30
3.2.3. Cambios anatómicos	30
3.2.4. Factores ambientales	31
3.3. Epidemiología	31
3.4. Manifestaciones clínicas	32
3.4.1. Diagnóstico.....	34
3.4.2. Profesionales implicados en el diagnóstico.....	34
3.4.3. Profesionales implicados en la práctica clínica	36
3.5. Tratamiento farmacológico	37
3.6. Tratamiento no farmacológico	38
3.6.1. Tratamientos sensoriomotrices.....	39
3.6.2. Terapia de integración sensorial.....	39

3.6.3. <i>Programas de intervención conductual</i>	39
3.6.4. <i>Estrategias de moldeamiento</i>	39
3.6.5. <i>Estrategias para la autonomía</i>	40
3.6.6. <i>Soportes visuales</i>	40
3.6.7. <i>Relajación</i>	40
3.6.8. <i>Actividades deportivas/ocio y tiempo libre</i>	40
3.6.9. <i>Terapia Ocupacional</i>	40
3.7. <i>Predictores de Salud</i>	41
3.8. <i>Enfermería y los TEA</i>	41
3.8.1. <i>Preparación y ejecución de las intervenciones de Enfermería</i>	44
3.8.2. <i>Proporcionar control y seguimiento de la medicación</i>	45
3.8.3. <i>Talleres de Enfermería</i>	46
3.9. <i>Equipos de trabajo</i>	48
4. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	49
4.1. <i>Diseño</i>	49
4.2. <i>Sujeto del estudio</i>	49
4.3. <i>Ámbito y Periodo del estudio</i>	49
4.4. <i>Procedimiento de recogida de información</i>	49
4.4.1. <i>Fuente de información</i>	49
4.4.2. <i>Procedimiento de recogida de información</i>	50
4.4.3. <i>Procesamiento de los datos</i>	50
5. RESULTADOS	51
5.1. <i>Descripción del caso</i>	51
5.2. <i>Valoración del caso</i>	52
5.3. <i>Descripción del diagnóstico de enfermería</i>	57
5.3.1. <i>Justificación del DxE principal</i>	58

5.4. Problema de colaboración y complicaciones potenciales	59
5.4.1. <i>Justificación de la Complicación Potencial Principal</i>	60
5.5. Planificación.....	61
5.5.1. <i>Resultados NOC e intervenciones NIC para el DxE principal</i>	61
5.5.2. <i>Resultados NOC e intervenciones NIC para la Complicación Potencial principal</i>	64
5.6. Ejecución del diagnóstico enfermero y la complicación potencial.....	66
5.7. Evaluación	74
5.8 Reflexión	76
6. DISCUSIÓN	77
6.1. Limitaciones.....	83
7. CONCLUSIONES	85
8. BIBLIOGRAFÍA	87
9. ANEXOS	97
9.1. Instrumento de valoración M-CHAT (Versión para el profesional).....	97
9.2. Instrumento de valoración M-CHAT (Versión para los padres).....	98
9.3. Signos de alarma del Trastorno del Espectro Autista	99
9.4. Modelo Bifocal	101

FIGURAS

Figura 1. Casos de Autismo diagnosticados desde 1975 a 2009.	31
Figura 2. Edad del primer diagnóstico.	34
Figura 3. Especialistas implicados en el diagnóstico del Autismo.	35
Figura 4. Estructura química de la Risperidona.	37
Figura 5. Pictogramas para la realización de actividades de Enfermería.	45
Figura 6. Red de razonamiento clínico para los diagnósticos enfermeros.	57
Figura 7. Red de razonamiento clínico para las Complicaciones Potenciales.	59

TABLAS

Tabla 1. Perfiles profesionales y funciones.	36
Tabla 2. Estrategias de intervención en los patrones funcionales de salud.	47
Tabla 3. Resultados para el DxE Principal.	61
Tabla 4. Resultados para la C.P. Principal.	64
Tabla 5. Resultados para el DxE Principal al finalizar el plan de cuidados.	74
Tabla 6. Resultados para la C.P. Principal al finalizar el plan de cuidados.	75

RESUMEN

Introducción: El Autismo es el resultado de disfunciones en el desarrollo del Sistema Nervioso Central. Se hace necesaria una intervención multidisciplinar que garantice la eficacia de los cuidados, donde Enfermería debe proporcionar una atención integral y holística de calidad. Se revisan los estudios más importantes sobre el Autismo para dar a conocer su clínica, etiología y epidemiología; así como su tratamiento, diagnóstico y el posterior desarrollo de los profesionales implicados en la práctica clínica. Objetivos: El estudio que se presenta tiene como objetivo ofrecer un análisis sobre el enfoque multidisciplinar en el abordaje de los Trastornos del Espectro Autista, así como, dar a conocer las terapias psicoeducativas, profesionales implicados y la importancia de la elaboración de un Plan de Cuidados enfermero dirigido a la atención de estos pacientes. Metodología: Investigación cualitativa, tipo estudio de caso de un paciente de 44 años diagnosticado de Trastorno del Espectro Autista, que ingresa en la residencia AFAPADE y al que se le ha elaborado un Plan de Cuidados según la Taxonomía NANDA y la Clasificación NOC, NIC para proporcionar los cuidados necesarios. Resultados: Se ha identificado (00052) Deterioro de la interacción social r/c alteración de los procesos del pensamiento m/p interacción disfuncional con los demás, como Diagnóstico Enfermero Principal y cuya Complicación Potencial Principal derivada del diagnóstico médico es Epilepsia. Discusión: Conocer los aspectos y características fundamentales de los Trastornos del Espectro Autista, certifica una correcta formación de los profesionales implicados en el tratamiento. Es necesario garantizar la coordinación de los equipos multidisciplinarios que intervienen en dicha práctica. Conclusiones: El abordaje multidisciplinar de los pacientes con Trastorno del Espectro Autista proporciona una atención de mayor calidad y una mejor asistencia sanitaria.

Descriptor: Salud Mental, Trastorno Autístico, Enfermería, Tratamiento, Terapia Cognitiva, Psicofarmacología, Multidisciplinar.

ABSTRACT

Introduction: Autism is the result of dysfunction in the Central Nervous System development. Multidisciplinary intervention is necessary to ensure the effectiveness of cares, where Nursing should provide a comprehensive and holistic quality care. Major studies on Autism are reviewed to present its clinical manifestations, etiology and epidemiology, as well as treatment, diagnosis and subsequent development of the professionals involved in clinical practice.

Objectives: The present study aims to provide an analysis of the multidisciplinary approach to Autism Spectrum Disorders, as well as show the psychoeducational therapies, professionals involved and the importance of developing a nursing care plan with these patients.

Methodology: Qualitative research case study of a 44 years patient diagnosed of Autism Spectrum Disorder, who entered in AFAPADE residence. Nursing Care Plan was developed according to the NANDA-International taxonomy and NOC-NIC Classification, to provide our patient with the appropriate cares.

Results: We identified (00052) Impaired social interactions r/t impaired thought processes aeb dysfunctional interaction with others, as Principal Nurse Diagnosis whose Principal Potential Complication derived from medical diagnosis is Epilepsy.

Discussion: Knowledge of the basic aspects and characteristics of Autism Spectrum, certifies the appropriate application of professionals involved in treatment. It is necessary to ensure the coordination of multidisciplinary staff involved in that practice.

Conclusions: The multidisciplinary approach to patients with Autism Spectrum Disorders provides higher quality care and better health care.

Keywords: Mental Health, Autistic Disorder, Nursing, Treatment, Cognitive Therapy, Psychopharmacology, Multidisciplinary.

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Clasificación Internacional de Enfermedades¹ define el Autismo como “Un síndrome que se presenta desde el nacimiento o se inicia durante los primeros treinta meses de vida en donde las respuestas a estímulos auditivos y visuales son anormales y hay dificultad en la comprensión del lenguaje hablado, existe el deterioro del uso social del lenguaje y de los gestos y donde la inteligencia puede hallarse severamente disminuida, ser normal o estar por encima de los niveles ordinarios”.

Los trastornos incluidos dentro del espectro Autista se clasifican como “Trastornos Generalizados del Desarrollo” (TGD)², los cuales son un conjunto de alteraciones que afectan al desarrollo infantil³. Estos trastornos neuropsiquiátricos presentan una amplia variedad de expresiones clínicas, resultado de disfunciones multifactoriales del desarrollo del sistema nervioso central (SNC)². Estudios epidemiológicos recientes, realizados en Europa y Estados Unidos apuntan que la prevalencia del autismo ha aumentado en los últimos años³, sin embargo, los datos sobre prevalencia real del autismo están poco estudiados dando validez general a los datos de prevalencia del Autismo obtenidos en Estados Unidos (EE.UU.)⁴.

Actualmente son muchas las líneas de investigación que se encuentran abiertas para conocer con exactitud su etiología. Debido a que el autismo no es un trastorno cerebral simple y a la complejidad de las manifestaciones clínicas, los estudios sugieren la existencia de una multicasualidad⁵.

En la actualidad el autismo se ve influido por factores; tales como el acceso a apoyos especializados, el entorno familiar y la capacidad intelectual³. El impacto que sufre la familia tras recibir un diagnóstico concreto sobre el autismo representa una gran influencia sobre la calidad de vida, influyendo sobre los niveles de responsabilidad, madurez, dedicación y recursos, así como las relaciones sociales con otros grupos o familias³. La implicación de la familia significa trabajar sin descanso durante 24 horas al día, el núcleo familiar se ve sometido a tensiones sobre el “ahora” o lo que ocurrirá y surgen cuestiones sobre el lugar que ocupará el niño en la sociedad⁶. Los sentimientos de culpa y rabia aparecen en la etapa diagnóstica, el aislamiento y la desesperanza

durante la etapa escolar y la adolescencia, mientras que cuando el Autista llega a la edad adulta la familia se enfrenta al deseo de protegerlo y la lucha por encontrar servicios que puedan ofrecerle una calidad de vida óptima. A esto se le une la urgencia de contar con los recursos económicos adecuados para asegurar su cuidado y atención⁷.

En la actualidad, la salud mental juega un papel primordial dentro de los servicios de salud, sobre todo en la calidad de atención que proporciona el personal de Enfermería, al ser éste el que está en contacto con los pacientes. En este sentido, se reconoce que la Enfermera de salud mental debe poseer las competencias señaladas en todos los niveles de prevención; primaria, secundaria y terciaria⁸.

La persona con autismo, ya sea niño, adolescente o adulto, requiere unos cuidados especializados por parte del personal de Enfermería. Estos cuidados se basan en el conocimiento del trastorno que padecen, las áreas de afectación y de sus posibilidades de interacción. Este conocimiento permitirá prestar unos cuidados de calidad y, sobre todo, evitar un efecto iatrogénico que, tanto la institución sanitaria como los profesionales de la salud, pueden provocar en la persona con autismo, que conlleve consecuencias duraderas e impredecibles⁹.

El trabajo en Ciencias de la Salud raramente se realiza de forma individual, se hace necesaria una intervención multidisciplinar con una estrecha coordinación entre profesionales para garantizar la eficacia en los cuidados del paciente¹⁰, es por ello que se considera necesario el desarrollo de este trabajo.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General:

- Analizar el enfoque multidisciplinar en el abordaje de los Trastornos del Espectro Autista.

2.2. Objetivos Específicos:

- Describir las terapias psicoeducativas para los pacientes con Trastornos del Espectro Autista.
- Identificar los diferentes perfiles profesionales en los equipos multidisciplinares.
- Desarrollar un Plan de Cuidados de Enfermería, según la taxonomía NANDA, NOC, NIC y Problemas de Colaboración de Linda Carpenito para un paciente con Trastorno del Espectro Autista.

3. MARCO TEÓRICO

El término Autismo proviene del griego “Autos”, uno mismo e “ismos”, modo de estar¹¹. El término fue acuñado por primera vez hace más de 70 años, en 1943, por Leo Kanner, considerado el padre de la investigación de este trastorno merced a su artículo “Alteraciones autísticas de contacto afectivo”¹². Tras la realización de numerosos estudios Kanner destacó como características central de la patología, la obsesión por vivir en mundo estático donde no son aceptados los cambios, así como dificultad para la adquisición y uso del lenguaje. Un año más tarde en 1944 nació otra visión hacia esta patología acuñada por el médico vienés Hans Asperger; que sin conocer las publicaciones de Kanner, realizó observaciones muy similares a las de éste, aportando pequeñas diferencias que en la actualidad dan lugar a las distintas clasificaciones del Autismo. Asperger, en sus observaciones solía denominar a estos pacientes como “pequeños profesores” ya que destacaba de ellos su capacidad para desarrollar un discurso organizado sobre sus temas favoritos de manera detallada y precisa¹¹. Años después Kanner y Asperger estuvieron de acuerdo en decir que se trataba de entidades nosológicamente diferentes a pesar de su psicopatología autística común¹³.

3.1. Tipos de Autismo

3.1.1. Clasificación CIE-10

Según la clasificación CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes, los tipos de Autismo se basan en la clasificación del Eje 1 “Síndromes psiquiátricos clínicos”¹.

Apartado F84 “Trastornos generalizados del desarrollo” donde se encuentran:

- F84.0 Autismo infantil: Trastorno global del desarrollo definido por la presencia de un desarrollo alterado o anormal que se manifiesta antes de los tres años de vida, afectando a la interacción social a la comunicación y a la presencia de conductas estereotipadas. Es predominante en el niño con una frecuencia de tres a cuatro veces mayor que en las niñas.
- F84.1 Autismo atípico: Difiere del autismo en la edad de inicio apareciendo después de los tres años de edad. No se pueden demostrar

anomalías en una, dos o tres áreas de psicopatología requeridas para el diagnóstico del autismo. Este trastorno suele presentarse en individuos con retraso mental profundo.

- F84.2 Síndrome de Rett: Es descrito hasta ahora solo en niñas cuyo desarrollo es aparentemente normal pero que tiende a progresar hacia una pérdida parcial o completa de las habilidades manuales adquiridas y del habla. El interés social suele mantenerse, pero se acompaña de degeneración física, crisis epilépticas y aparición de estereotipias.
- F84.3 Trastorno desintegrativo de la infancia: Se trata de un trastorno global del desarrollo, con frecuencia hay un periodo prodrómico en el que el niño se vuelve inquieto, irritable, ansioso e hiperactivo a lo cual le sigue una pérdida del lenguaje y el habla acompañado por una desintegración del comportamiento. Si a este trastorno se le asocia alguna alteración neurológica, esta debe codificarse por separado.
- F84.5 Síndrome de Asperger: Este trastorno se diferencia del Autismo en que no hay déficits o retrasos del lenguaje o del desarrollo cognitivo. La mayoría de los afectados tienen una inteligencia normal pero suelen ser llamativamente torpes desde el punto de vista motor. Ocasionalmente suelen aparecer episodios psicóticos en el ciclo de la vida adulta.
- F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo: El CIE-10 no aporta datos descriptivos.
- F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo sin especificar: Se trata de una categoría diagnóstica residual que debe emplearse para tratar trastornos con características similares a las de la descripción general, pero que por falta de una información adecuada o por hallazgos contradictorios, no satisface las pautas de diagnóstico de cualquiera de los otros códigos de apartado F84.

3.1.2. Clasificación DSM-IV-TR

A continuación se detalla la clasificación recogida en el DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Este Manual

Diagnóstico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) es el sistema de clasificación con mayor aceptación, tanto para el diagnóstico clínico como para la investigación y la docencia¹⁴.

- Trastorno Autista, autismo infantil o Síndrome de Kanner. Cuya caracterización coincide por la descrita por Leo Kanner en 1943, describiendo manifestaciones en mayor o menor grado de las tres áreas principales; comunicación, falta de flexibilidad en el razonamiento y comportamiento e interacción social.
- Trastorno de Rett. Solo se da en niñas e implica una regresión motora y de la conducta antes de los 4 años, aparecen estereotipias características. Es un trastorno que aparece con baja frecuencia y va asociado a una discapacidad mental grave.
- Trastorno desintegrativo infantil o Síndrome de Heller. Es un trastorno muy poco frecuente, que se desencadena, después de un desarrollo inicial aparentemente normal. La edad de aparición se encuentra entre los 2-10 años, con una pérdida de habilidades adquiridas anteriormente. Suele ir asociado a discapacidad intelectual grave y trastornos convulsivos.
- Trastorno de Asperger. Se caracteriza por una incapacidad para establecer relaciones sociales adecuadas a la edad y desarrollo, junto con una rigidez mental y comportamental. Se diferencia del trastorno autista en que presenta un desarrollo lingüístico aparentemente normal y sin existencia de discapacidad intelectual.
- Trastornos generalizados del desarrollo no especificados (incluido el autismo atípico). Agrupa todos los casos en los que no coinciden claramente los cuadros anteriores, o bien se presentan de forma incompleta los síntomas de autismo en cuanto a la edad de inicio.

3.2. Etiología del Autismo

Son muchas las teorías aportadas a lo largo de los últimos años sobre las causas del Autismo. En la actualidad, la complejidad de las manifestaciones clínicas sugiere la existencia de una multicasualidad encontrando algunos

factores genéticos, alteraciones neuroquímicas, cambios anatómicos o factores ambientales que desempeñan un papel importante^{5,15}. A continuación se detallan los factores más estudiados en cuanto a la etiología del autismo.

3.2.1. Factores genéticos

No se conoce con exactitud los mecanismos de transmisión implicados. Aunque las investigaciones realizadas en gemelos indican una concordancia del 60% para gemelos monocigóticos¹⁶, el riesgo de que se presente en hermanos es 100 veces superior respecto a la población normal y se relaciona con anomalías cromosómicas y mutaciones en el 5-10% de los casos¹⁵. En las últimas investigaciones se ha identificado una versión de un gen localizado en el cromosoma 7, ligado al autismo en las familias que tienen más de un niño autista⁵. A su vez el Autismo se ha asociado con una serie de patologías, entre las que se encuentran:

- Fenilcetonuria.
- Neurofibromatosis.
- Esclerosis Tuberosa y otros síndromes congénitos¹².

3.2.2. Alteraciones Neuroquímicas

Están relacionadas con determinados neurotransmisores¹⁶ detectando niveles elevados de serotonina en la sangre de estos pacientes¹² o alteraciones en las vías de dopamina y noradrenalina⁵. Estas anomalías alteran o modifican la maduración del SNC¹⁵ en alguna etapa del desarrollo temprano. En individuos con conductas autolesivas se han detectado niveles elevados de endorfinas en el líquido cefalorraquídeo; sustancia en parte similar a los opiáceos.

3.2.3. Cambios anatómicos

Muestran alteraciones neuroradiológicas en las áreas prefrontal y temporal, aumento de volumen de varias regiones cerebrales así como una disminución del número de células de Purkinje e hiperdensidad del sistema límbico⁵.

3.2.4. Factores ambientales

Aunque los factores genéticos son prioritarios, la expresión del genoma de una persona está condicionada por el ambiente. En esta explicación se encuentra la influencia de complicaciones obstétricas, enfermedades infecciosas, hipótesis sobre la aparición de Autismo relacionado con administración de la vacuna Triple Vírica; exposición al mercurio durante el embarazo y exposición intra-útero a diversos agentes tóxicos que pueden alterar el desarrollo y generar fenopatías de tipo Autista^{12,15}.

3.3. Epidemiología

Si se realiza un recorrido por el tiempo se observa un dato evidente, y es que los casos diagnosticados de Autismo han ido creciendo a lo largo de la historia. Como se observa en la siguiente figura (*Figura 1*) a mediados de los 70 la prevalencia se estimaba en 1/5000, a mediados de los 80 en 1/2500, a mediados de los 90 en 1/500 y en la actualidad varía entre 1/150 a 1/110, en función de las fuentes consultadas⁴.

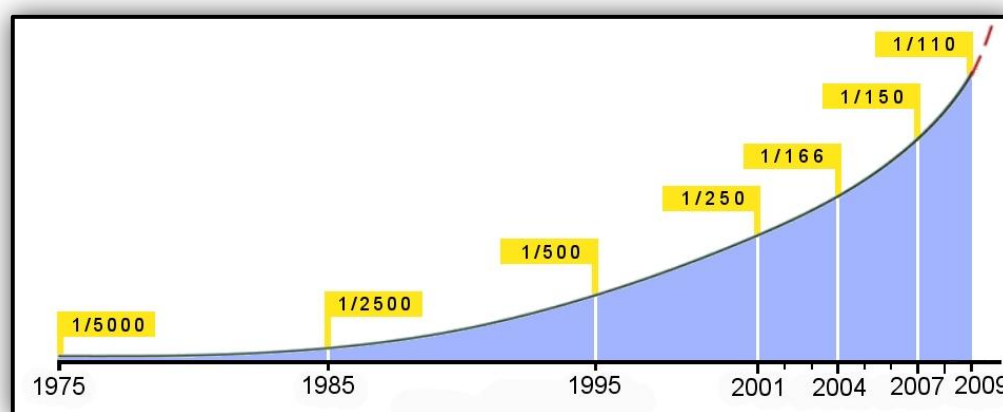


Figura 1. Casos de Autismo diagnosticados desde 1975 a 2009.

Fuente: Modificado de autismo diario, 2011⁴

Los Centros para el Control y Detección de Enfermedades, calculan que 1 de cada 88 niños han sido identificados con un trastorno del espectro Autista. Estos cálculos provienen de la Red de Vigilancia del Autismo y las Discapacidades del Desarrollo (por sus siglas en inglés ADDM) el cual observa el número de pacientes con Autismo que viven en EE.UU¹⁷.

Estudios publicados en 2011 en Asia, Europa y Norteamérica han identificado a personas con Autismo con una prevalencia aproximada del 1%¹⁸. Este aumento de la incidencia y prevalencia se debe a las mejoras en los procesos de detección temprana, cambios en los criterios diagnósticos, sensibilización y conciencia social e instrumentos de diagnóstico más eficaces¹⁹, por lo que se podría hablar de un aumento del 26.4% de casos debido a las nuevas formas de diagnóstico precoz²⁰.

Dada la escasez de datos que existen en España sobre estudios transversales del Autismo son muy limitados los que se pueden aportar y de pocas comunidades. Así, en Castilla y León se hablaría de 1/700, en el País Vasco 1/250 y en las Islas Baleares los casos de Autismo Severo apenas han variado en los últimos 30 años⁴.

Según los últimos datos del Centro para el Control y Detección de Enfermedades (CDC) de EE.UU, la prevalencia final de Autismo se sitúa entre 1/80-1/225 en EE.UU¹⁷.

Por último, la realización de la investigación epidemiológica de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) en los adultos es similar a la encontrada en los niños, con la diferencia de que estos viven en la comunidad y se encuentran actualmente en desventaja social²¹. A pesar de que existen servicios y recursos especializados para dar apoyo y orientar hacia la inclusión, participación y educación, el acceso al mercado laboral y a la vida independiente, parece ser que todavía son insuficientes²².

3.4. Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas más comunes en los Trastornos del Espectro Autista se presentan en varias áreas, tales como la interacción social, la comunicación y patrones de comportamiento, intereses, actividades, y un repertorio de movimientos repetitivos y estereotipados^{15,23}.

- Interacción social. Contacto visual y gestos limitados. Una especie de sordera selectiva, pues no suelen reaccionar cuando se les llama por su nombre, no tienen interés por ser ayudados, existe una falta de habilidad para iniciar o participar en juegos y presentan una respuesta inapropiada en las relaciones sociales formales.

- Comunicación verbal y no verbal. No utilizan el lenguaje verbal y corporal como comunicación funcional, algunos inician el lenguaje y con el tiempo sufren una regresión. Cuando el lenguaje está presente existe alteración importante para mantener o iniciar conversaciones produciéndose ecolalias, lenguaje estereotipado y repetitivo.
- Restricción de intereses y comportamientos estereotipados. En estos casos es común la existencia exagerada de una misma actividad, rutinas o rituales específicos, presentan una escasa tolerancia a los cambios de dichas rutinas. Suelen adquirir manierismos motores (sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos).

Así mismo existen otras manifestaciones comunes y que no se encuentran claramente especificadas en los diagnósticos¹⁵:

- Respuesta inusual a los estímulos. En ocasiones son extremadamente sensibles a ciertos sonidos, de igual forma ocurre con determinados estímulos visuales y táctiles de olor o sabor, lo cual puede traducirse en trastornos de alimentación. En multitud de ocasiones se presenta una disfunción grave de la sensación del dolor que puede enmascarar problemas médicos^{3,15}.
- Trastornos del comportamiento. Encuentran dificultades para concentrarse en temas que no han sido elegidos por ellos mismos e incluso responden a los cambios o frustraciones con agresividad o auto-agresión^{3,15}.
- Habilidades especiales. Algunos pacientes pueden mostrar habilidades especiales en áreas concretas, sensoriales, memoria, cálculo, que pueden hacer que destaquen en temas como el arte, la música o las matemáticas^{3,15}.

Además de dichas manifestaciones la comorbilidad del TEA está asociada a trastornos afectivos en el 28% y a la epilepsia en un 40%. Las crisis suelen aparecer con más frecuencia en la adolescencia y se asocian a los casos que presentan un retraso mental grave²⁴. En una investigación coordinada por la Federación de Autismo de Castilla y León, se recogió información acerca de los

problemas que con mayor frecuencia suponían una consulta médica, siendo los más frecuentes los digestivos con un 54,4%, seguidos de epilepsia en un 33,8%, visuales en un 44,2%, dentales en un 35,3% y traumatológicos en un 35,3%²⁵.

3.4.1. Diagnóstico

El diagnóstico precoz es crucial para asentar las bases del tratamiento psicoeducativo eficaz. Sin embargo, la formación inespecífica de los profesionales hace que este diagnóstico sea realizado cuando el niño cumple los 25/36 meses una vez que los signos del Autismo se hacen bastante evidentes³. En la siguiente figura (*Figura 2*) elaborada por el departamento de Psicología en la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, se representan el intervalo de edad en el que se realizó el primer diagnóstico de autismo con su correspondiente porcentaje²⁶.

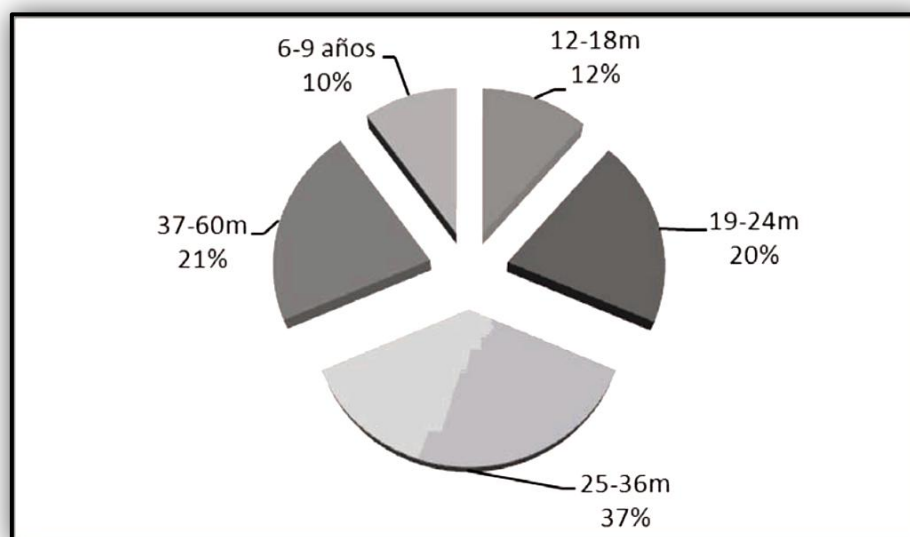


Figura 2. Edad del primer diagnóstico.

Fuente: Fortea, 2013²⁶.

3.4.2. Profesionales implicados en el diagnóstico

Las familias de pacientes autistas suelen recibir tres o cuatro diagnósticos previos antes de tener el diagnóstico correcto. Esto puede ocurrir debido a que los instrumentos que se diseñan para la identificación del Autismo necesitan un

entrenamiento profesional concreto²⁷. A continuación se exponen los más comunes:

- M-CHAT¹⁵.
- Cédula para el diagnóstico del autismo (ADOS)²⁷.

Con independencia del diagnóstico inicial, el 59.2% de las familias buscan una segunda opinión, efectuada por otros profesionales en su mayoría Psicólogos y Psiquiatras (*Figura 3*)^{3,26}.

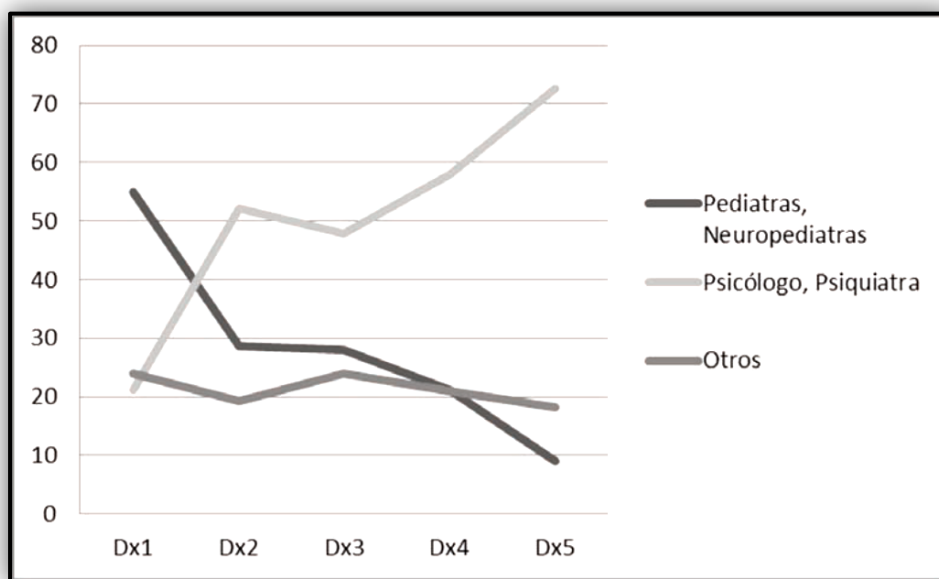


Figura 3. Especialistas implicados en el diagnóstico del Autismo.

Fuente: Fortea, 2013²⁶.

Tanto los Pediatras como Neuropediatras, juegan un papel importante en los primeros procesos diagnósticos, acelerando el proceso para una correcta valoración neurológica, psicológica y bioquímica. La participación de los Psicólogos y Psiquiatras es de suma importancia en el juicio clínico.

Los Pediatras se encargan de vigilar la salud de los niños en los controles estipulados y prestar atención a los síntomas tempranos del TEA, prestando atención a la información aportada por las familias²⁶.

Por otro lado es de suma importancia el papel de Enfermería en la detección del diagnóstico precoz, realizando un proceso correcto de atención mediante el Programa del niño sano en Atención Primaria¹⁵.

El equipo Multidisciplinar (Pediatras, Neurólogos, Psicólogos, Psiquiatras, Foniatras, Pedagogos, Terapeutas Ocupacionales y Enfermeras) debe articular un protocolo de actuación general que garantice a las familias el acceso a cada especialista²⁶.

3.4.3. Profesionales implicados en la práctica clínica

A continuación se detalla de una manera resumida todos los profesionales que durante la vida del paciente con TEA ofrecen asistencia sanitaria y no sanitaria, cuyo objetivo común es la mejora de la calidad de vida (*Tabla 1*).

Tabla 1. Perfiles profesionales y funciones.

PERFIL PROFESIONAL	FUNCIONES
Familia	Seguimiento de pautas, detección, signos de alerta, comunicación con profesional educativo y médico...
Equipo Técnico (Psicólogos, Logopedas, Maestros, Pedagogos, Terapeutas, Educadores)	Elaboración de pautas ante conductas problemáticas, control emocional, elaboración de materiales adaptados, informes de seguimiento...
Psiquiatra	Control de niveles de medicación
Médico de familia y Enfermeras	Analíticas de control, vacunación
Enfermeras radiodiagnóstico	Desensibilización de rayos, ecografías
Farmacóloga	Formación en fármacos y distinguir sus efectos secundarios
Nutricionista	Elaboración de menús equilibrados
Óptico	Revisiones oculares
Neurólogo	Seguimiento y diagnóstico
Traumatólogo	Revisiones específicas
Servicio de Urgencias	Elaboración y puesta en práctica de un protocolo de actuación
Odontólogo	Revisiones dentales
Fisioterapeuta	Fisioterapia, control postural, ejercicio diario
Personal Voluntario	Apoyo en todos los programas

Fuente: *Elaboración propia basada en AETAPI, 2010²⁵.*

3.5. Tratamiento farmacológico

En la actualidad, el tratamiento médico está enfocado a controlar los síntomas que puedan aparecer en un paciente concreto. El perfil de respuesta de cada individuo hace que el tratamiento varíe de un paciente a otro. El tratamiento farmacológico debe utilizarse como complemento a otras intervenciones, facilitando la realización de éstas¹⁶.

Algunos de los medicamentos más utilizados son:

- Antidepresivos. Utilizados con el fin de disminuir las estereotipias y la agresividad²⁸.
- Antiepilépticos como el ácido valproico (Depakine Crono[®]), carbamacepina (Tegretol[®]), y topiramato (Topamax[®]). Son los medicamentos de elección ante la presencia de epilepsia²⁸.
- Antipsicóticos. Estos fármacos en general tranquilizan sin deteriorar la conciencia y alivian los síntomas psicóticos. Los más utilizados son los atípicos; que causan menos efectos secundarios motrices que los antipsicóticos típicos. Actúan bloqueando los receptores de dopamina en el cerebro. Este grupo incluye fármacos como la clozapina y olanzapina²⁹. El Risperdal[®] es el agente psicoactivo más utilizado en el tratamiento del autismo. Su principio activo es la Risperidona. Su estructura química, tal y como se aprecia en la figura (*Figura 4*), contiene benzisoxazola y piperidina²⁹. Es útil para reducir las estereotipias motrices, la hiperactividad, las conductas agresivas y en algunos casos; la conducta social. Entre sus efectos adversos más frecuentes encontramos, somnolencia, aumento del pulso, aumento de peso y fatiga²⁹.

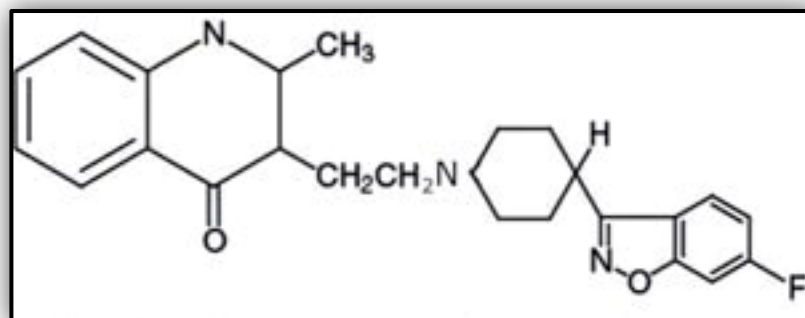


Figura 4. Estructura química de la Risperidona. Fuente: Jesner, 2008²⁹.

El 45% de los niños y adolescentes y el 75% de los adultos con TEA siguen tratamiento con los fármacos mencionados anteriormente³⁰ haciendo imprescindible la monitorización de efectos secundarios. Actualmente el tratamiento farmacológico no es curativo por lo que se presenta la necesidad de realizar más estudios sobre la eficacia de estos en población con TEA.

Lo característico de estos pacientes es que reciben una dosis alta de fármacos a lo largo del día que se suma al tratamiento que reciben si presentan otro tipo de patología asociada²⁹.

Este año el National Institute for Health and Care Excellence (NICE)³¹ ha actualizado los estándares de calidad destinados a la atención de niños, jóvenes y adultos con autismo, estableciendo indicadores capaces de abarcar la mayoría de los aspectos relacionados con la calidad de vida de estas personas. Estos indicadores se manifiestan radicalmente en contra del uso de fármacos para tratar los problemas de conducta; pues han demostrado no ser eficaces con las características centrales del autismo, presentando también múltiples riesgos. Los antipsicóticos; antidepresivos y anticonvulsivos se han incluido como fármacos no recomendados. Además han establecido que las conductas desafiantes presentes en las personas con autismo solo se deben tratar con medicamentos antipsicóticos en el caso de que las intervenciones de carácter psicosocial u otros tratamientos no sean suficientes para aliviar la gravedad de la conducta³¹.

3.6. Tratamiento no farmacológico

El tratamiento no farmacológico se basa en la realización de terapias en las que el paciente con TEA es el principal protagonista.

En este apartado realizamos un breve resumen de las intervenciones seleccionadas para el desarrollo óptimo de las capacidades de estos pacientes, en el que se describirá la técnica en sí y su eficacia³².

3.6.1. *Tratamientos sensoriomotrices*

Entrenamiento en integración auditiva

Esta terapia consiste en escuchar determinados sonidos modificados electrónicamente a través de unos auriculares. La reacción de las personas con TEA ante determinados estímulos auditivos llevó a pensar que produciría una mejora de los síntomas. Tras varias revisiones y tras la falta de evidencia se encuentra en fase experimental pues no tiene beneficios probados³³.

3.6.2. *Terapia de integración sensorial*

Los pacientes con TEA no procesan adecuadamente los estímulos táctiles, vestibulares y propioceptivos y, generalmente; sienten aversión a ser tocados.

La terapia consiste en realizar sesiones de “juego dirigido” en las que sean partícipes y efectúen acciones, movimientos y estímulos que permitan la integración poco a poco de habilidades sensorceptivas. Las salas de estimulación sensorial (también llamadas Snoezelen) son el elemento ideal para trabajar todos los aspectos relacionados con la hipersensibilidad o hiposensibilidad de las personas con TEA hacia ciertos estímulos²⁵.

3.6.3. *Programas de intervención conductual*

Se incluyen aquí todas las terapias que aplican los principios de modificación de conducta³³. Están diseñadas para reducir los problemas del comportamiento y enseñar conductas alternativas. Entre ellas podemos distinguir las técnicas de apoyo y esfuerzo, análisis de las tareas, encadenamiento de actividades y economía de fichas, por citar algunos ejemplos³⁴. Para establecer la eficacia de las terapias conductuales es necesario un tratamiento a largo plazo y la realización de éstas por personal cualificado³².

3.6.4. *Estrategias de moldeamiento*

Esta estrategia consiste en presentar una conducta que se ha de imitar, cuyo propósito es enseñar y provocar esa conducta en otra persona. Esto implica aplicar a su vez estrategias de refuerzos positivos, con el fin de obtener el objetivo deseado³⁴.

3.6.5. Estrategias para la autonomía

Estas intervenciones esta dirigidas a favorecer la independencia y regular su conducta³⁴, realizando las actividades programadas por cada servicio para mantener o conseguir una mayor autonomía en las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

3.6.6. Soportes visuales

Se trata de colocar señales visuales en el entorno de trabajo, con el propósito de establecer una comunicación funcional, enseñar habilidades, establecer rutinas que se van a desarrollar o introducir al paciente hacia la actividad a realizar³⁴.

3.6.7. Relajación

La presencia de alteraciones de la conducta en personas con TEA está asociada en muchas ocasiones a situaciones en las que no se sientes seguros, desconocen lo que se les va a pedir o no son capaces de prever las consecuencias de lo que va a suceder. La forma con la que se aborda este problema suele ser a través de la Relajación Condicionada y cuyo objetivo es que la persona sea capaz de adoptar una conducta de aprendizaje hacia las situaciones estresantes²⁵.

3.6.8. Actividades deportivas/ocio y tiempo libre

Con dichas actividades se fomenta el mantenimiento preventivo de la salud, la inclusión social, el ocio y el disfrute. El objetivo de este tipo de actividades es estimular, movilizar y dinamizar las diferentes partes del cuerpo consiguiendo un mantenimiento físico y una prevención ante mala ergonomía postural. Las actividades deben graduarse dependiendo de las necesidades del paciente y sus posibilidades²⁵.

3.6.9. Terapia Ocupacional

El déficit mental produce alteraciones en la ejecución de las AVD, observándose ineficiencia, respuestas desadaptadas y pobre respuesta a demandas ambientales. La intervención del Terapeuta Ocupacional es aplicar

técnicas que favorezcan el desarrollo o mantenimiento de las AVD. Para ello utiliza estrategias que favorecen la expresión de emociones y canalización de la agresividad de las personas con TEA, con el fin de brindar alternativas que permitan mantener un equilibrio emocional y optimizar el desempeño ocupacional de cada individuo teniendo en cuenta su edad, y su nivel de independencia y funcionalidad³⁵.

3.7. Predictores de Salud

Desde que el paciente es diagnosticado de autismo en su niñez hasta la adolescencia, se presenta una notable mejoría si el programa de tratamiento ha sido adecuado. Los cambios que se suceden varían dependiendo de la gravedad del trastorno y la capacidad intelectual. La adolescencia en algunos casos implica un periodo de regresión apareciendo de nuevo síntomas ya superados, inestabilidad emocional, hetero-agresividad, insomnio, agitación y crisis epilépticas. Las personas con Autismo que reciben una atención adecuada pueden conseguir un nivel de autonomía y de integración aceptable, condicionados sus posibilidades. Los mejores predictores para la etapa adulta son el cociente intelectual y nivel de lenguaje comunicativo¹⁶.

En la actualidad existen pocos estudios que nos acerquen hacia la esperanza de vida de los TEA, sin embargo en un estudio realizado en Dinamarca por Moruridsen³⁶, se comparó la mortalidad de la población general con la de los TEA mediante un seguimiento longitudinal desde 1960 a 1993. Durante este periodo el número de personas con TEA que murieron resultó el doble de la población general; resultando la mortalidad particularmente elevada en las mujeres y a causa de la epilepsia²⁵.

3.8. Enfermería y los TEA

El artículo 25 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad aprobado por la ONU en 2006 cita: "Las personas con discapacidad tienen derecho al más alto nivel posible de salud sin discriminación debido a su discapacidad"³⁷.

Los recursos y medios del sistema sanitario generalmente están concebidos para la población general, sin tener en cuenta las singularidades propias de esta discapacidad²⁵. Las personas con TEA sufren más problemas de salud que la población en general y, a su vez, los profesionales sanitarios presentan una clara desinformación ante las necesidades asistenciales de este colectivo³⁸. En un estudio realizado en Castilla y León en 2008³⁹ se recogieron las propuestas que el personal sanitario consideró más importantes a la hora de atender a personas con TEA, entre las que se destacan las siguientes:

- Mayor formación e información a través de la elaboración de programas, protocolos y guías.
- Asignación de equipos sanitarios en centros especializados.
- Campañas de información a médicos de familia, pediatras y enfermeros.
- Comunicación y coordinación entre los profesionales y los servicios.

Enfermería es el nexo de unión entre el paciente con TEA y el acceso al sistema sanitario, bien sea porque es el profesional con el que se tiene el primer contacto en la institución sanitaria o porque es uno de los integrantes del equipo multidisciplinar que trabaja en el ámbito de educación o institucionalización del paciente⁹. Teniendo en cuenta este aspecto, los profesionales de Enfermería deben ser conocedores de los niveles de dependencia que pueden adquirir dichos pacientes. La Ley Española plantea como reto atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de dependencia requieren apoyos para llevar a cabo las actividades esenciales de la vida diaria¹⁰. A su vez, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, (Ley 39/2006) reconoce en su artículo 26 distintos grados de dependencia⁴⁰. A continuación se detallan dichos grados.

- Grado I: Dependencia moderada. Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria (ABVD), al menos una vez al día, o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su entorno.

- Grado II: Dependencia grave. La persona necesita ayuda para realizar varias ABVD dos o tres veces al día, o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- Grado III: Gran dependencia. Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD varias veces al día, y por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial requiere apoyo generalizado para su autonomía personal.

A su vez cada grado de dependencia se clasifica en dos niveles; en función de la autonomía y de la intensidad del cuidado que requieren.

Las personas con discapacidad intelectual grave, tras ser valoradas, recibirán en general el dictamen de Grado III o Gran dependencia¹⁰.

La intervención planificada desde el ámbito de la Atención Temprana debe contemplar la globalidad del niño con TEA, atendiendo a todas las áreas del desarrollo. En este sentido, Enfermería debe realizar un seguimiento y proporcionar una atención integral de los pacientes con alteraciones del desarrollo, estableciendo un seguimiento programado del neurodesarrollo, proporcionando recomendaciones para la identificación y diagnóstico precoz de los problemas, así como la vigilancia de los niños con lesión establecida, facilitando apoyo a la familia e informando y formando de los cuidados necesarios una vez establecido el programa de actuación^{41,42}. Independientemente del ámbito en el que se desarrolle la práctica de Enfermería es necesario establecer una serie de criterios generales antes del establecimiento de cualquier tratamiento o intervención.

Enfermería debe promover actividades gratificantes en contextos que produzcan ansiedad; favoreciendo la comprensión de situaciones y debe desarrollar vías de comunicación (información visual) que fomenten la comprensión de las personas con TEA⁹.

Para establecer una adecuada interacción con la persona Autista en relación con las áreas afectadas se tiene en cuenta⁴³:

- Imaginación. La alteración en la capacidad de imaginación y la inflexibilidad a los cambios hace necesario que se les proporcione una

estructura espaciotemporal adecuada, para determinar la acción en la que van a ser participes. La utilización de pictogramas sobre la actividad que van a realizar o la técnica a la que se van a someter ofrece claves visuales para realizar un proceso adecuado^{5,9}.

- **Conducta social.** Al tener afectada la interacción social, las personas parecen impredecibles y por tanto carentes de interés. Por ello, será preciso que el personal de Enfermería se presente activo, interesante y divertido, fomentando el interés y la interacción. El hecho de establecer dicha interacción ayuda a fomentar la confianza a la hora de solicitar colaboración y de prestar cuidados de Enfermería más eficaces^{5,9}.
- **Comunicación.** Se debe determinar el nivel de lenguaje del paciente con TEA y su capacidad de entendimiento. En este aspecto se deben minimizar las preguntas indirectas, comentar y repetir los pasos de lo que se le esté realizando y tener paciencia ya que no siempre las respuestas se dan cuando se espera. Ser expresivo fomentará la comunicación, y buscar el contacto visual y reforzar positivamente todo acto o intención comunicativa ayudará a la comunicación de estos pacientes con el profesional⁹.

Por otro lado; dentro de las estrategias que realiza Enfermería para desarrollar las habilidades en pacientes autistas se destacan: estímulo-respuesta, reforzamiento y repetición, e imitación. Estas medidas pueden ser puestas en práctica dentro de los centros especiales donde se desarrollen programas para la atención de los pacientes con TEA y se realizarán en colaboración con el equipo multidisciplinar⁴⁴.

3.8.1. Preparación y ejecución de las intervenciones de Enfermería.

Establecer un contacto previo a la consulta o intervención, prepara al paciente con TEA ante una situación potencialmente estresante. El tiempo que se emplea no debe ser un problema, ya que la obtención de muestras sanguíneas constantes vitales, exámenes físicos o administración de

inyecciones intramusculares son procedimientos potencialmente problemáticos⁵.

Una vez se comienza con el procedimiento o técnica de Enfermería se debe tener en cuenta que estos pacientes pueden presentar ansiedad y agitación, por ello se le informará con sinceridad sobre lo que va a ocurrir y se le proporcionará un entorno seguro y preparado con anterioridad. Para tener éxito en la realización de la técnica, Enfermería pondrá en práctica intervenciones de conducta específicas. Por ejemplo; si se desea obtener la temperatura axilar, se podría utilizar un objeto no amenazante y simular el procedimiento, intentando que el paciente imite la conducta y familiarizándolo con el proceso.

A su vez se puede utilizar técnicas de distracción y proporcionar recompensas según las respuestas del paciente⁵.

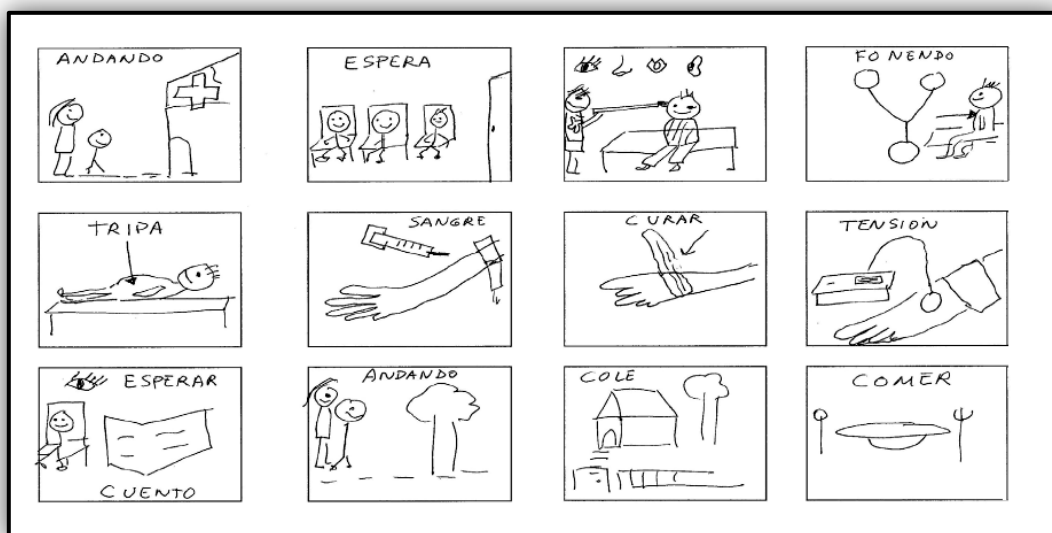


Figura 5. Pictogramas para la realización de actividades de Enfermería.

Fuente: Nieto, 2008⁽²³⁾.

3.8.2. Proporcionar control y seguimiento de la medicación

Enfermería debe proporcionar protocolos de medicación en los que se recoja de manera exhaustiva la forma en que el paciente debe tomar la medicación, así como la persona responsable o los procesos que se deben seguir para solicitar medicación. Cumplimentar adecuadamente los registros de administración es esencial en los ámbitos residenciales, y ha de recogerse

toma por toma, anotando el profesional que administra el medicamento, así como la fecha en la que se recibe medicación para cada paciente. Por último, y no por ello menos importante; se deben cumplimentar los registros de efectos secundarios; en los que la familia y el conjunto de profesionales que convive con la persona con autismo anote los efectos secundarios que puedan presentar los medicamentos administrados. Este registro es de gran utilidad para Enfermería ya que, se puede observar la eficacia del tratamiento en un determinado paciente. Toda la información recogida en estos protocolos tiene como finalidad última poder evaluar de la forma más exhaustiva posible la eficacia y eficiencia de la medicación, con la posibilidad de informar de manera directa a los profesionales médicos responsables en caso de alguna incidencia; proporcionando así una atención de calidad²⁵.

3.8.3. Talleres de Enfermería

La realización más idónea de las intervenciones de enfermería son los espacios grupales y desde esta perspectiva se promueve el trabajo en grupo, y actitudes comunicativas. Previo al desarrollo de dichas intervenciones Carballal y Fornés⁴⁵, proponen la organización de los talleres en base a la disfunción de los patrones alterados (*Tabla 2*), basándose en la evaluación de Marjory Gordon y destacando que, cada una de las actuaciones debe ampliarse o adaptarse a la persona y a situaciones o contextos concretos.

Tabla 2. Estrategias de intervención en los patrones funcionales de salud.

PATRONES DE SALUD	TALLERES	DESCRIPCIÓN
PERCEPCIÓN Y CONTROL DE LA SALUD	Talleres de salud	Intervenciones dirigidas a estimular el interés sobre el bienestar.
NUTRICIONAL METABÓLICO	Talleres sobre alimentos	Conjunto de actividades que estimulen el conocimiento sobre alimentación y necesidades
ELIMINACIÓN	Talleres de residuos	Intervenciones para fomentar un correcto funcionamiento sobre este patrón
ACTIVIDAD EJERCICIO	Talleres de psicomotricidad	Actividades que desarrollen los sistemas de movimientos y coordinación
SUEÑO-DESCANSO	Talleres de descanso y sueño	Actividades destinadas a desarrollar recursos personales para favorecer el sueño
COGNITIVO-PERCEPTIVO	Talleres ACOM (atención, concentración y memoria)	Agrupación de intervenciones que fomenten el funcionamiento cognitivo
AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO	Talleres sobre la imagen	Actividades propuestas para conocer aspectos sobre la imagen personal
ROL RELACIONES	Talleres de roles	Intervenciones dirigidas a la reflexión de roles dentro de la familia o institución
SEXUALIDAD REPRODUCCIÓN	Talleres de sexualidad	Actividades que abordan los aspectos de sexualidad social, fisiológica y afectiva
ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS	Talleres de relajación	Intervenciones dirigidas a estimular el interés por los aspectos que influyen en la adaptación y control de estrés
VALORES Y CREENCIAS	Talleres de asertividad	Agrupación de intervenciones dirigidas a estimular el interés para analizar su sistema de valores

Fuente: *Elaboración propia basada en Carballal y Fornés, 2001⁴⁵.*

3.9. Equipos de trabajo

La efectividad de las intervenciones en el abordaje de los trastornos mentales requiere la participación de equipos multidisciplinarios que interactúen desde los diferentes niveles asistenciales. El establecimiento de métodos de cooperación permite prestar una atención de calidad con la integración de todos los servicios implicados⁴⁶. Según Arrazola y colaboradores⁴⁷, un equipo es “un número pequeño de personas con habilidades complementarias, comprometidas con un propósito común de cuyo logro se consideran mutuamente responsables, bajo el liderazgo de una de ellas”.

El equipo Multidisciplinar es considerado como un conjunto de miembros diferentes, en el que se observan diferentes disciplinas, independientemente de la interrelación e interacción entre ellos. Todos los miembros del equipo tienen funciones definidas de acuerdo con la profesión desempeñada por cada uno de los integrantes, sin embargo cada miembro establece objetivos personales y no se considera un objetivo común⁴⁸.

En cuanto al equipo Interdisciplinar se puede establecer que, sus integrantes tienen funciones definidas de acuerdo al oficio desempeñado por cada uno. En este caso existen una serie de funciones comunes a todos, pues se establece un objetivo común al equipo de trabajo⁴⁶.

Por lo tanto desde la perspectiva del abordaje en los TEA esta forma de trabajo mediante equipo interdisciplinar supone una comunicación recíproca entre los diferentes profesionales donde cada experto establece sus objetivos, pero siempre con fin de un común; es decir, un objetivo establecido en base a las necesidades del paciente⁴⁷.

En la teoría se define esta metodología de trabajo como; equipo multiprofesional e interdisciplinario en el que existirá una verdadera interacción y comunicación dinámica entre los miembros de las diferentes disciplinas, lo cual asegura, por consiguiente, una intervención eficaz⁴⁸.

4. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

4.1. Diseño

Para dar respuesta a los objetivos propuestos se ha diseñado una investigación cualitativa, tipo estudio de caso.

4.2. Sujeto del estudio

Varón de 44 años diagnosticado de TEA, que ingresa en AFADE hace cuatro años tras ser derivado del Centro Ocupacional de Espinardo.

4.3. Ámbito y Periodo del estudio

El estudio se realizó en la residencia AFAPADE de la ciudad de Murcia. El periodo de estudio quedó comprendido entre el 4 de Noviembre 2013 y el 22 de Diciembre de 2013, para la fase de contacto, observación del paciente y recogida de los datos clínicos, y se extendió hasta el 3 de abril de 2014.

4.4. Procedimiento de recogida de información

4.4.1. Fuente de información

Como fuente de información se han utilizado los siguientes instrumentos:

- Valoración enfermera según los patrones funcionales de Margory Gordon⁴⁹.
- Historia clínica del paciente
- Examen físico del paciente.
- Observación directa del paciente.
- Entrevista con los familiares
- Entrevista con los monitores de la residencia.
- Revisión de la evidencia científica realizando una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: CUIDEN, PubMed, Scielo, Biblioteca Cochrane, Web of Science, Elsevier, ScienceDirect, Dialnet utilizando los siguientes descriptores: Salud Mental, Trastorno Autístico, Enfermería, Tratamiento, Terapia Cognitiva, Psicofarmacología, Multidisciplinar.
- Libros publicados destinados a Enfermería, guías de práctica clínica y documentos no oficiales.
- Consulta a expertos.

4.4.2. Procedimiento de recogida de información.

El estudio fue autorizado por los familiares y profesionales del centro garantizando durante todo el proceso la confidencialidad de los datos y su privacidad. Se acordó con el equipo el momento adecuado para la recogida de datos, con el fin de no entorpecer la rutina diaria de los residentes.

Se realizó una revisión de la literatura científica seleccionando información en función de los objetivos del estudio.

La recogida de datos se inició a través del acceso a la historia clínica del paciente, de donde se extrajeron los datos clínicos, antecedentes personales, evolución clínica, y tratamientos. Se realizó una entrevista personal con la familia, y la valoración de Enfermería mediante los 11 patrones de Margory Gordon⁴⁹, una observación directa del paciente, exploración física para la recogida de constantes y una posterior entrevista con los monitores del centro.

4.4.3. Procesamiento de los datos

Los datos han sido analizados y organizados en base a la metodología enfermera.

En el primer momento se realizó un análisis crítico basado en el modelo área para obtener el diagnóstico enfermero principal según la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)⁵⁰, los resultados basados en el lenguaje de Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)⁵¹ e implementación de las intervenciones según el modelo Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)⁵². De la misma manera se obtuvo el Problema de Colaboración y su correspondiente Complicación Principal según Linda Carpenito⁵³.

5. RESULTADOS

5.1. Descripción del caso

Paciente de 44 años, varón, con fecha de nacimiento 27/02/1969, pensionista con nivel de dependencia III-2, 87 puntos y discapacidad del 98%. Ingresa en AFAPADE hace 4 años tras pertenecer al Centro Ocupacional de Espinardo. Es derivado de dicho centro por varios episodios de agresiones a monitores. Diagnóstico principal; Trastorno Generalizado de la Conducta (espectro Autista). Tras su ingreso es valorado por la Psiquiatra y se modifica el tratamiento dejando este permanente hasta el día de hoy. Como antecedentes presentamos; Bronconeumonía, Anemia mixta macrocítica por déficit de B12, episodios Epilépticos y Traumatismo Craneoencefálico leve (TCE). Presenta alteración en el lenguaje, de la movilidad, agresividad (auto y heteroagresividad). Es portador ocasional de pañales aunque presenta alteración del funcionamiento de los esfínteres (enuresis). Necesita ayuda para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (AVDB) y supervisión continua. Muestra escaso interés por las personas y las relaciones. Residente de la Asociación AFAPADE en régimen continuo, recibe visitas de sus familiares los miércoles de cada semana. Durante la evaluación de enfermería semanal se toman constantes.

Tratamiento actual:

- Akineton Retard[®] 4mg (Biperideno) antiparkinsoniano, pauta: 1-0-0 vía oral.
- Clopixol[®] 10mg (Zuclopentixol) antipsicótico, pauta: 1-1-1 vía oral.
- Depakine Crono 500mg (Ácido valproico) antiepiléptico, pauta: 1-0-1 vía oral.
- Diazepam[®] 10mg (Benzodiacepina) ansiolítico, pauta: 1-1-1 vía oral.
- Rivotril[®] 2mg (Clonazepam) antiepiléptico, pauta: 1-1-1 vía oral.
- Tegretol[®] 400mg (Carbamacepina) antiepiléptico, pauta: 1-0.5-1 vía oral.
- Topamax[®] 200mg (Topirimato) antiepiléptico, pauta: 1-0-1 vía oral.
- Dormodor[®] 30mg (Flurazepam) hipnótico, pauta: antes de dormir.
- Risperdal Consta[®] 150mg (Risperidona) antipsicótico, pauta: 1/14 días vía intramuscular.

5.2. Valoración del caso

Valoración realizada según los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon⁴⁹.

Patrón 1 Percepción-Manejo de la Salud:

Paciente de 44 años residente de AFAPADE. No presenta hábitos tóxicos. Toma fármacos antipsicóticos y antiepilépticos. Se le administra el tratamiento adecuadamente por el personal del centro. No presenta alergias a medicamentos. Antecedentes de ingresos hospitalarios por: Bronconeumonía, Anemia mixta macrocítica por déficit de B12, episodios Epilépticos y Traumatismo Craneoencefálico leve (TCE) por intento de Autolisis.

Patrón 2 Nutricional-Metabólico:

Peso: 50kg, Altura: 1,53 cm, IMC: 21.6. Valores normales: intervalo entre 18,5-24,95. Normopeso. Glucemia en ayunas: 85 mg/dl. Presenta pérdida de incisivos centrales superiores e incisivos laterales superiores. Realiza 5 comidas diarias, con un menú establecido por nutricionista. Ingesta de líquidos, aproximadamente 1L/día. Se observa buena coloración de la piel, pero aspecto un poco seco. Pequeña herida en omóplato derecho autoinfligida. Mepentol diario en puntos de presión.

Patrón 3 Eliminación

Eliminación intestinal

Deposiciones cada dos días, ha sufrido episodios anteriores de Hemorroides. Se le administra un Duphalac si estreñimiento.

Eliminación urinaria

Portador ocasional de pañal. Enuresis.

Patrón 4 Actividad-Ejercicio

Frecuencia respiratoria: 16 respiraciones por minuto. Eupnea. Frecuencia cardiaca: 65 latidos por minuto. Tensión arterial: sistólica: 110 mmHg, diastólica: 70 mmHg.

Habitualmente pasivo y apático, precisa ayuda para las Actividades de la Vida Diaria Básicas (AVDB) con supervisión continúa.

Nivel de dependencia III-2 87 puntos, Discapacidad del 98% con marcha inestable, aunque camina solo. Durante las salidas del centro se recurre a una silla de ruedas. Realiza Talleres de Educación Física, Ocio.

Patrón 5 Sueño-Descanso

Horas habituales de sueño: 9H pero se levanta varias veces durante la noche Se encuentra en tratamiento con Dormodor[®] 30mg. Duerme siesta de 15 min diarios en taller de Relajación. Pero durante el día aparenta estar adormecido.

Patrón 6 Perceptivo-Cognitivo

Presencia de leve Nigtasmus óptico._Responde a órdenes verbales. Alteración en el lenguaje oral y realiza llamadas de atención a través de ataques hacia los demás. Durante las tareas presenta periodos de abstracción. Falta de concentración.

Patrón 7 Autopercepción-Autoconcepto

Le gusta ir al médico y que lo curen.

Patrón 8 Rol-Relaciones

Pensionista, residente en AFAPADE._Precisa ayuda de los Monitores para realizar las actividades._No existe interacción social con el resto de residentes No realiza contacto ocular con el interlocutor. Recibe visitas de la familia los miércoles de cada semana.

Patrón 9 Sexualidad-Reproducción

Por su enfermedad no es un individuo sexualmente activo.

Patrón 10 Adaptación-Tolerancia al estrés

Conductas ansiosas ante los cambios de su rutina diaria. Intentos de autolisis, portador de casco. Incapacidad para verbalizar sentimientos.

Patrón 11.Valores y Creencias

Pertenece a una familia religiosa, no practicante.

Tras la valoración obtuvimos alteración en los patrones: 2, 3, 4, 6, 8 y 10

Diagnósticos de Enfermería según NANDA⁵⁰ para los patrones alterados

PATRÓN 2 Nutricional-Metabólico.

(00048) Deterioro de la dentición r/c barreras para el Autocuidado m/p falta de piezas dentarias.

- Dominio 11: Seguridad/protección.
- Clase 2: Lesión física.
- Definición: Alteración de los patrones de erupción o desarrollo de los dientes o de la integridad estructural de la dentadura.

(00046) Deterioro de la integridad cutánea r/c factores mecánicos m/p alteración de las capas de la piel.

- Dominio 11: Seguridad/ protección.
- Clase 1: Lesión física.
- Definición: Alteración de la epidermis y/o dermis.

PATRÓN 3 Eliminación.

(00020) Incontinencia urinaria funcional r/c deterioro de la cognición m/p pérdida de orina antes de llegar al inodoro, percepción de la necesidad de miccionar.

- Dominio 3: Eliminación e intercambio.
- Clase 2: Función urinaria.
- Definición: Incapacidad de una persona, normalmente continente, para llegar al inodoro a tiempo de evitar la pérdida involuntaria de orina.

PATRÓN 4 Actividad- Ejercicio.

(00102) Déficit de Autocuidado: alimentación r/c deterioro cognitivo m/p incapacidad para completar una comida.

- Dominio 4: Actividad/reposo.
- Clase 5: Autocuidado.
- Definición: Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de autoalimentación.

(00110) Déficit de Autocuidado: uso del inodoro r/c deterioro cognitivo m/p incapacidad para llegar hasta el inodoro o el orinal.

- Dominio 4: Actividad/reposo.
- Clase 5: Autocuidado.
- Definición: Deterioro de la habilidad para realizar o completar por si mismo las actividades de evacuación.

(00088) Deterioro de la ambulación r/c deterioro cognitivo m/p deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas.

- Dominio 4: Actividad/reposo.
- Clase 2: Actividad/ejercicio.
- Definición: Limitación del movimiento independiente a pie o en el entorno.

(00155) Riesgo de caídas r/c disminución del estado mental, ansiolíticos, dificultad de la marcha, deterioro del equilibrio.

- Dominio 11: Seguridad/protección.
- Clase 2: Lesión física.
- Definición: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

PATRÓN 6 Perceptivo-cognitivo.

(00051) Deterioro de la comunicación verbal r/c diferencias relacionas con la edad de desarrollo m/p verbalización inapropiada.

- Dominio 5: Percepción/cognición.
- Clase 5: Comunicación.
- Definición: Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.

(00138) Riesgo de violencia dirigida a otros r/c deterioro cognitivo, historia de violencia dirigida a otros.

- Dominio 11: Seguridad/protección.
- Clase 3: violencia

- Definición: Riesgo de conductas en que la persona demuestre que puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para otros.

PATRÓN 8 Rol relaciones.

(00052) Deterioro de la interacción social r/c alteración de los procesos del pensamiento m/p interacción disfuncional con los demás.

- Dominio 7: Rol/relaciones.
- Clase 3: Desempeño del rol.
- Definición: Cantidad insuficiente o excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social.

PATRÓN 10 Adaptación tolerancia al estrés.

(00151) Automutilación r/c autismo m/p golpearse, hurgarse las heridas.

- Dominio 11: Seguridad/protección.
- Clase 3: Violencia.
- Definición: Conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión.

(00210) Deterioro de la capacidad de recuperación personal r/c desórdenes psicológicos m/p uso de habilidades de afrontamiento no adecuadas.

- Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés.
- Clase 2: Respuestas de afrontamiento.
- Definición: Reducción de la capacidad para mantener un patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis.

5.3. Descripción del diagnóstico de enfermería

Para priorizar sobre los Diagnósticos de Enfermería nos basamos en la Red de Razonamiento Clínico del modelo AREA propuesta por el Dr. Pesut y Herman⁵⁴ (Figura 6). Tras la realización de la priorización obtuvimos como diagnóstico enfermero principal (DxE); (00052) Deterioro de la interacción social r/c alteración de los procesos del pensamiento m/p interacción disfuncional con los demás, perteneciente al Dominio 7: Rol/relaciones, Clase 3: Desempeño del rol. Y cuya definición es: Cantidad insuficiente o excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social

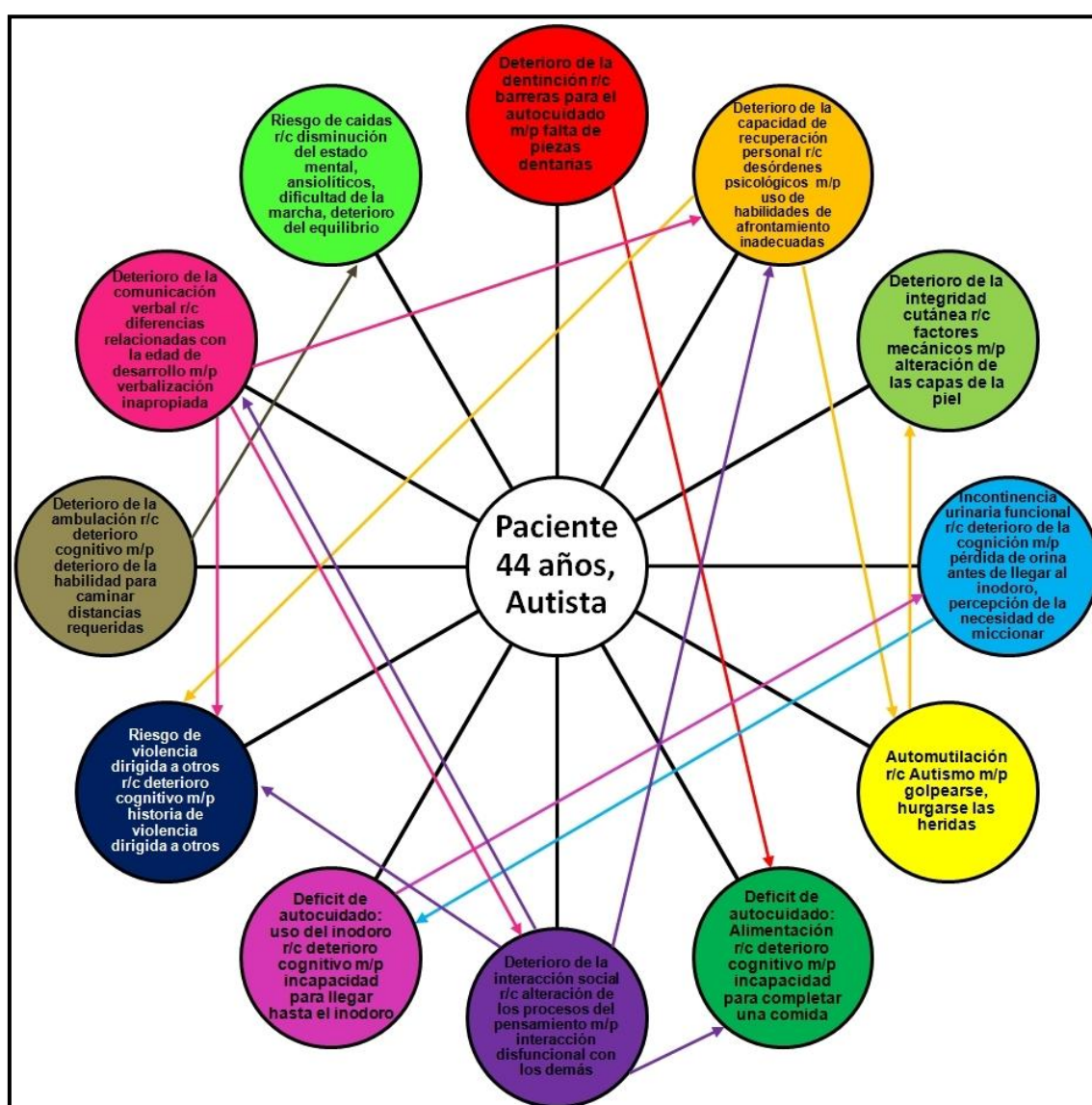


Figura 6. Red de razonamiento clínico para los diagnósticos enfermeros.

Fuente: Elaboración propia basada en Pesut⁵⁴.

5.3.1. Justificación del DxE principal

Como DxE principal hemos elegido (00052) Deterioro de la interacción social r/c alteración de los procesos del pensamiento m/p interacción disfuncional con los demás, dado que nuestro usuario muestra dificultades tales como la falta de empatía, no mantiene relaciones con iguales efectivas y muestra un escaso interés por las personas. Debido a que en los perfiles neurocognitivos de esta patología; el deterioro de la interacción social va altamente relacionado con un deterioro en la comunicación verbal⁵⁵ hemos creído conveniente relacionar estos dos diagnósticos ya que aunque no seamos capaces de solucionarlos sí se puede mantener una interacción social efectiva y esta puede influir positivamente en el nivel de lenguaje de nuestro usuario ya que es capaz de verbalizar determinadas palabras y responder a órdenes verbales. Puesto que en determinadas ocasiones realiza conductas agresivas con el resto de usuarios pensamos que realizando las intervenciones adecuadas que permitan una interacción social más efectiva se mitigarían estas respuestas agresivas que van dirigidas a demandar atención del medio que le rodea así como mantener una respuesta efectiva ante las situaciones de estrés y como consecuencia mantener un nivel estable de nuestro diagnóstico deterioro de la capacidad de recuperación personal. Por otro lado presenta un déficit de Autocuidado en el uso del inodoro y de la alimentación; en cuanto a la alimentación no es capaz de terminar algunas comidas y las realiza apartado del resto de usuarios y en cuanto al uso de inodoro muestra conductas sociales no aceptadas ya que no es capaz de llegar al baño, por ello trabajando adecuadamente la interacción social se podría seguir estrategias que deriven en un buen comportamiento a la hora de la alimentación y el uso del inodoro teniendo en cuenta que por sus características no trataremos de llegar a una normalización completa en sus relaciones sociales pero sí mantener conductas adecuadas que fomenten relaciones estables con el resto de usuarios de la residencia.

5.4. Problema de colaboración y complicaciones potenciales

Nuestro principal Problema de Colaboración es el diagnóstico médico principal; Trastorno generalizado de la conducta (espectro Autista). A continuación se detallan las Complicaciones Potenciales que derivan de dicho Problema de Colaboración. Complicaciones Potenciales (C.P) del Autismo según Carpenito⁵³:

- C.P: Convulsiones.
- C.P: Epilepsia.
- C.P: Síndrome Neuroléptico maligno.
- C.P: Deficiencia cognitiva severa

Con el fin de conocer la complicación potencial principal, se realizó la red de razonamiento clínico según el modelo ÁREA, basada en el Dr. Pesut y Herman⁵⁴, estableciendo como Complicación Potencial; la Epilepsia.

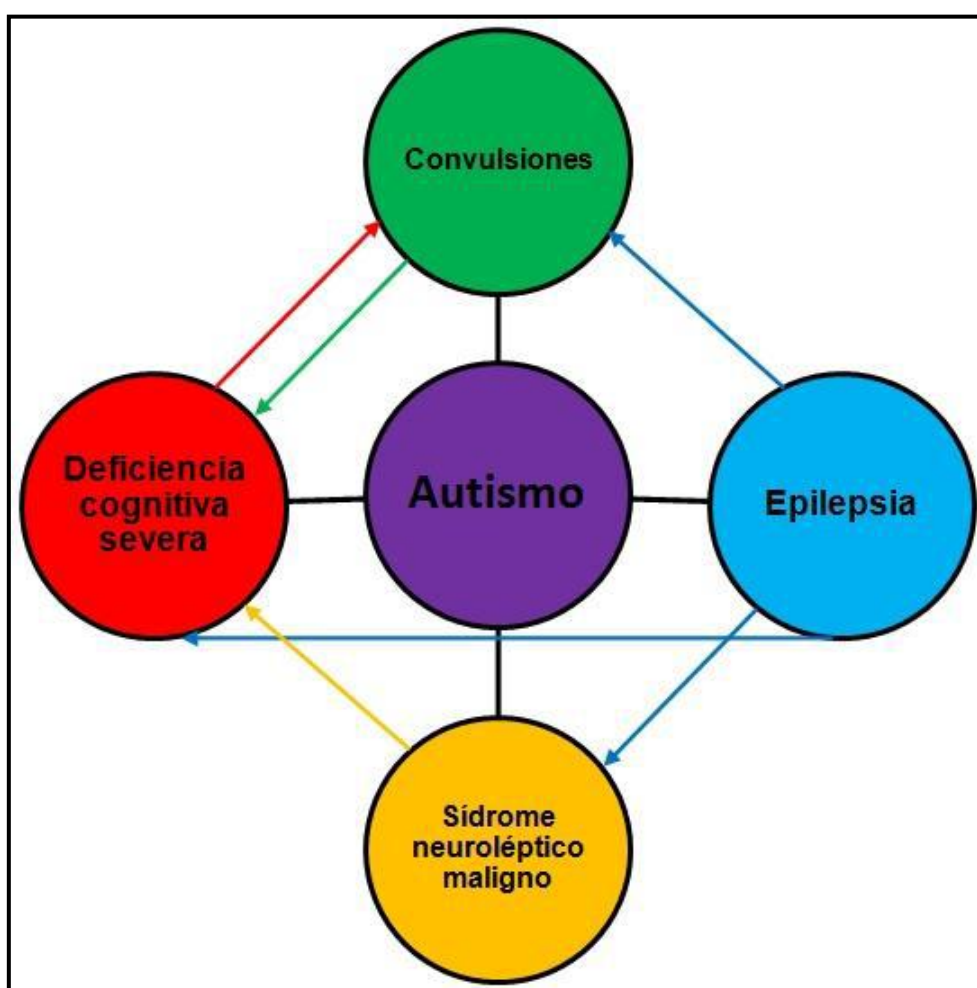


Figura 7. Red de razonamiento clínico para las Complicaciones Potenciales.

Fuente: Elaboración propia basada en el Dr. Pesut⁵⁴.

5.4.1. Justificación de la Complicación Potencial Principal

Como resultado de mi red de razonamiento, hemos considerado la Epilepsia como mi C.P Principal ya que de ella derivan el resto de complicaciones potenciales. Cuando se habla de Autismo se hace referencia a un Autismo Primario o Idiopático, no asociado a ningún síndrome. En este caso la Epilepsia si está asociada al Autismo, esto es debido a que la mayoría de los casos de Autismo son “Autismos Sindrómicos” en los que observamos patologías asociadas que pueden contener o no un nexo de unión⁵⁶. Por lo tanto si realizamos las intervenciones adecuadas para prevenir la Epilepsia evitaremos que aparezcan las convulsiones bien sean epilépticas o aisladas, dado que una convulsión aislada no se considera Epilepsia. En segundo lugar preveremos la aparición del Síndrome neuroléptico maligno pues muchos de los medicamentos asociados al Autismo son antipsicóticos y uno de sus efectos secundarios más frecuentes es este síndrome⁵⁷. Por último hemos relacionado la Epilepsia con la Disfunción cognitiva severa porque determinados tipos de Autismo están asociados con un deterioro cognitivo. La función cognitiva es una compleja interacción de las capacidades intelectuales y motivacionales y este funcionamiento cognitivo disminuye en las personas que sufren Epilepsia, lo que sugiere que el daño cerebral puede estar asociado con los ataques⁵⁸ y por lo tanto actuando para prevenir dichos ataques estaríamos evitando dicha complicación potencial.

5.5. Planificación

5.5.1. Resultados NOC⁵¹ e intervenciones NIC⁵² para el DxE principal

Objetivo: Habilidades de interacción social (1502).

Dominio III: Salud psicosocial.

Clase P: Interacción social.

Definición: Conductas personales que fomenten relaciones eficaces

Tabla 3. Resultados para el DxE Principal.

Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
2	3	5 días

Código	Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación Diana	Tiempo
150202	Receptividad si es apropiado/procedente	2	3	5 días
150203	Cooperación con los demás	2	3	5 días
150204	Sensibilidad con los demás	2	3	5 días
150205	Uso de asertividad si procede	2	3	5 días
150210	Mostrar estabilidad	2	5	5 días
150212	Relaciones con los demás	3	3	5 días

Escala: 1. Nunca demostrado; 2. Raramente demostrado; 3. A veces demostrado; 4. Frecuentemente demostrado; 5. Siempre demostrado.

Fuente: Elaboración propia NOC⁵¹

Intervención: Potenciación de la socialización (5100).

Campo 3: Conductual.

Clase Q: Potenciación de la comunicación.

Definición: Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros.

Actividades:

- Fomentar la implicación en relaciones potenciadas ya establecidas.
- Fomentar actividades sociales y comunitarias.
- Solicitar y esperar comunicaciones verbales.

Intervención: Terapia con el entorno (4390).

Campo 3: Conductual.

Clase O: Terapia conductual

Definición: Utilización de personas, recursos y sucesos del ambiente inmediatos al paciente para promover un funcionamiento psicosocial óptimo.

Actividades:

- Disponer de los recursos necesarios para los autocuidados.
- Asegurar la presencia y supervisión del personal.
- Proporcionar zonas afectivamente amuebladas para las conversaciones privadas con otros pacientes, familia y amigos.
- Vigilar la conducta individual que pueda interrumpir o perjudicar el bienestar global de los demás.

Intervención: Terapia de actividad (4310).

Campo 3: Conductual.

Clase O: Terapia conductual.

Definición: Prescripción de y asistencia en actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el margen, frecuencia o duración de la actividad de un individuo (o grupo).

Actividades:

- Colaborar con Terapeutas Ocupacionales, físicos y/o recreacionales en la planificación y control de un programa de actividades, si procede.
- Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales.

- Ayudarle a centrarse en lo que el paciente puede hacer, más que en los déficits.
- Facilitar la sustitución de actividades cuando el paciente tenga limitaciones de tiempo, energía o movimiento.
- Disponer de un refuerzo positivo en la participación de actividades.

5.5.2. Resultados NOC⁵¹ e intervenciones NIC⁵² para la Complicación Potencial principal

Objetivo: Estado neurológico (0909).

Dominio II: Salud fisiológica.

Clase I: Neurocognitivo.

Definición: Capacidad del sistema nervioso central y periférico para percibir, procesar y responder a los estímulos externos e internos.

Tabla 4. Resultados para la C.P. Principal.

Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
5	5	3días

Código	Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación Diana	Tiempo
090901	Consciencia	5	5	3 días
090910	Patrón de movimiento ocular	4	4	3 días
090911	Patrón respiratorio	5	5	3 días
090917	Presión sanguínea	5	5	3 días
090919	Frecuencia respiratoria	5	5	3 días
090922	Frecuencia cardiaca radial	5	5	3 días
090923	Orientación cognitiva	4	4	3 días
090924	Capacidad cognitiva	3	3	3 días

Escala: 1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente comprometido; 3. Moderadamente comprometido; 4. Levemente comprometido; 5. No comprometido

Fuente: *Elaboración propia basada en NOC⁵¹.*

Intervención: Precauciones contra las convulsiones (2690).

Campo2: Fisiológico complejo.

Clase I: Control Neurológico.

Definición: Prevenir o minimizar lesiones potenciales sufridas por un paciente con trastorno de ataques convulsivos conocidos.

Actividades:

- Proporcionar una cama de baja altura si resulta posible.
- Acompañar al paciente durante las actividades fuera de la sala, si procede.
- Vigilar el régimen de fármacos.
- Comprobar el cumplimiento del tratamiento con medicamentos antiepilépticos.
- Instruir a la familia/cuidador acerca de los primeros auxilios en caso de ataque convulsivo.

Intervención: Administración de medicación: oral (2304)

Campo2: Fisiológico complejo.

Clase H: Control de fármacos.

Definición: Preparación y administración de medicamentos por la boca.

Actividades:

- Seguir los cinco principios de administración de medicación.
- Comprobar las posibles interacciones y contradicciones de los fármacos.
- Ayudar al paciente con la ingestión de los medicamentos si lo precisa.
- Realizar comprobaciones bucales después de la administración de la medicación, si es necesario.
- Observar los efectos terapéuticos, efectos adversos, toxicidad del fármaco e interacciones de los medicamentos en el paciente.

5.6. Ejecución del diagnóstico enfermero y la complicación potencial

A continuación pasamos a describir como se realizó este Plan de Cuidados. Se llevó a cabo en un periodo de cinco días distribuidos cada uno de ellos en turnos de mañanas consecutivos. Nos centramos en la realización de actividades indicadas para nuestro paciente teniendo en cuenta el horario del centro para la realización de diferentes talleres. Debido a la rutina establecida y a las características de nuestro usuario todas las actividades se realizaron todos los días siguiendo una rutina propia para poder obtener una continuidad en los cuidados y conseguir un mejor resultado en nuestros objetivos, por ello es necesario especificar que, a continuación, se desarrollará la actuación de enfermería en un día pero esta se realizó igual en los siguientes días y lo único que varió fue la programación de los talleres propios establecidos en el horario de la asociación. En el primer turno tras establecer el DxE principal y la Complicación Potencial principal pusimos en marcha nuestras intervenciones NIC para intentar conseguir nuestros objetivos NOC planteados para la realización del Plan de Cuidados.

Como cada mañana nos dirigimos a la sala del comedor para comenzar con nuestra rutina diaria de trabajo; nuestro usuario se encontraba sentado solo en una mesa apartado del resto del grupo y los monitores nos informaron de que durante el aseo había realizado varias llamadas de atención e incluso había intentado agredir a un compañero. Tras recibir la información nos dispusimos a administrarle la medicación prescrita. Por su patología se le administran diversos medicamentos, pero para centrarnos en la prevención de la complicación potencial es necesario explicar la correcta administración de medicamentos antiepilépticos. El Objetivo de la farmacoterapia antiepiléptica es suprimir la actividad neuronal lo suficiente como para prevenir la hiperactividad cerebral. Así administramos en el desayuno Depakine Crono[®] 500 mg, Rivotril[®] 2mg, Tegretol[®] 400mg y Topamax[®] 200mg según pauta, para ello seguimos los cinco principios básicos de administración de medicamentos que consisten en conocer la vía de administración del medicamento que en este caso es oral, comprobar la fecha de caducidad, que el nombre del pastillero coincide con el de nuestro paciente y el principio activo del medicamento así como la hora de administración. Es necesario asegurarse de las posibles alergias del paciente

aunque ya se tenga un conocimiento previo; debido a que la medicación se presenta en capsulas y tabletas evitamos la manipulación excesiva, habiéndonos lavado las manos previamente y puesto unos guantes previniendo una posible contaminación de los fármacos⁵⁹. En este caso proporcionamos ayuda al paciente para la ingestión de la medicación ya que le faltan varias piezas dentales y en algunos casos rechazaba la toma de las pastillas. Para ello no es necesario triturarlas pero sí vigilar de cerca y proporcionar agua para facilitar la ingestión realizando por último una comprobación bucal para cerciorarnos de la correcta toma de los medicamentos. Para completar nuestra intervención de la manera más correcta comprobamos si existen interacciones entre los medicamentos. Por ello debemos de reconocer que en el caso del Depakine[®] es un fármaco que inhibe el catabolismo hepático, por lo que puede aumentar las concentraciones plasmáticas de algunos fármacos tales como la Carbamacepina que en este caso también administramos, así como ser prudente al asociarlo al Ácido Acetilsalicílico. En el caso del Clonazepam, Rivotril[®], debemos tener en cuenta que es un medicamento de segunda línea o acompañante que, a la larga, es frecuente que desarrolle tolerancia, y aunque es un medicamento que puede mejorar la conducta, en ocasiones también puede provocar irritabilidad, por ello es necesario observar el comportamiento de nuestro usuario. En este caso no se encuentran interacciones y no es necesaria una analítica de seguimiento pero sí valorar la tolerancia cada 3 meses. En cuanto al Topamax[®] debemos conocer que otros medicamentos como el Tegretol[®] podrían disminuir las concentraciones plasmáticas de este fármaco⁶⁰. No obstante es recomendable realizar controles cada 3 meses aproximadamente para observar las concentraciones plasmáticas y junto con los posibles efectos secundarios poder reconocer que determinadas conductas o síntomas físicos como pérdidas de peso, relajación o somnolencia pueden ser causa de un desajuste en la medicación y en ese caso saber reevaluar el tratamiento farmacológico con el especialista y su nuevo ajuste terapéutico. Esta intervención se realizó todas las mañanas de 9:15h a 9:45 en el desayuno, de 14:00 h a 15:00h en la comida y los lunes y miércoles de 20:00h a 20:30h en la cena ya que nuestro turno así lo distribuía. El resto de días en el horario de la tarde eran los monitores los encargados de repartir la medicación y a los que se les proporcionaba información y orientación acerca de la

observación y procedimiento de la toma de medicación oral. Una vez dada la medicación nuestro usuario comenzaba con su rutina diaria en la que fuimos interviniendo al comienzo de cada taller para poder realizar nuestras intervenciones colaborando con el resto del equipo. Es necesario entender que estos pacientes necesitan un mundo organizado y planificado donde sepan lo que va a suceder en cada momento, con el objetivo de que puedan sentirse seguros y crear un ambiente de tranquilidad donde poder aprender y relacionarse y esto se crea a través de rutinas⁶¹.

Debido a las características de los usuarios, y en particular al nuestro, y sobre todo a nuestro objetivo planteado en el Plan de Cuidados, las intervenciones seleccionadas se complementan unas con otras, por lo que en un mismo momento realizábamos varias intervenciones a la vez. Una de las primeras actividades que realizamos fue colaborar con el terapeuta o monitor para planificar las actividades centradas en el taller que tuviera nuestro usuario y elegir de manera coherente las que se adecuaban a sus posibilidades ya que la actividad prescrita a menudo permite que puedan expresarse de una forma no verbal sentimientos que serían muy difícil de manifestar de otra forma⁶², y adaptar las actividades de los talleres de una manera personalizada es necesario para una correcta evolución del paciente. Así, cuando nuestro usuario comenzaba la agenda recomendábamos al monitor además de sus actividades ya rutinarias, el uso de claves visuales que fomentaran el aprendizaje visual ya que tiene mejor capacidad de comprensión y los elementos visuales facilitan la explicación de conceptos. Estas podrían introducirse en la planificación del día mediante pictogramas o incluso para el ámbito social, mediante el uso de claves sociales, o para explicar estados emocionales de las distintas personas⁶¹, lo cual ayudaba a nuestro paciente a una interacción social más efectiva con el resto del grupo y por consiguiente, una mejora en su desarrollo social. Para todo ello debemos tener en cuenta que no siempre nuestro criterio es válido y, en ocasiones, las actividades que se planifican no resultan efectivas, por lo que debemos acordar con el resto del equipo que en estas situaciones se deben facilitar alternativas a la actividad y sustituirlas sin que se altere el ritmo del taller, es decir, ofrecer al usuario oportunidades para poder elegir y fomentar la toma de decisiones. Siguiendo con la rutina de nuestro paciente y aprovechando los diferentes talleres y el

horario del paseo pusimos en marcha la terapia con el entorno asegurando la presencia continua y supervisión del personal monitor, proporcionamos zonas efectivamente amuebladas para las conversaciones privadas como por ejemplo un entorno basal en el que el paciente recibía cada miércoles la visita de sus padres y proporcionaría un incremento en sus habilidades de relación y comunicación, favoreciendo la generalización de otros contextos. Estos contextos o entornos se presentan de forma estructurada, permitiendo al paciente identificar cada entorno con las actividades a realizar. De la misma manera cuando el paciente salía al patio o estaba de paseo suponía una experiencia enriquecedora que le permitiría desenvolverse en un medio natural, asumir determinadas responsabilidades en cuanto al cuidado de plantas o el cuidado de un compañero durante el paseo y a su vez establecer relaciones al compartir la actividad con el resto de compañeros⁶³. Durante la realización de todas las actividades observamos la conducta individual que pudiera interrumpir o perjudicar al bienestar global de los demás, pues la agitación un signo muy común en estos pacientes, un signo de alarma no solo en la persona que la padece sino también en las que le rodean y en los que puede influir de una manera negativa. Hay que tener en cuenta que el Autismo es un desorden crónico caracterizado por la disfunción significativa en la interacción social recíproca y las habilidades de comunicación asociado a conductas estereotipadas y restrictivas, el comportamiento agresivo a menudo se puede observar en este tipo de pacientes, así como la agitación psicomotriz⁶⁴ y desencadenar un efecto dominó de conductas no deseadas dentro del grupo de trabajo.

Durante el día, y mientras interveníamos en los diferentes talleres propuestos por el centro, como manualidades, jardinería, cocina o lavandería, siempre proporcionábamos refuerzos positivos a nuestro paciente, esto se realizaba para ayudar a entender las conductas, este tipo de refuerzos han de ser significativos para él. El uso de diferentes refuerzos nos ayudan a mantener al usuario concentrado mientras realiza la actividad y a dar forma a la conducta deseada, dicho refuerzo debemos darlo automáticamente después de la conducta deseada y así el paciente establecerá una conexión⁶², en nuestro caso cuando se obtenía una respuesta satisfactoria a una orden verbal o se evitaba la realización de una conducta no deseada se le proporcionaban sus

materiales de dibujo que es una de las cosas que valoraba o en el caso de no tenerlos al alcance uno de los premios que más efecto tenía era pasar un rato en una mecedora que se encuentra en la sala de Enfermería así como otros recursos que le resultaban significativos y que combinábamos según fuese la situación. Es imprescindible no frustrar al paciente, y ayudarlo a concentrarse más en sus capacidades que en los déficits. Una de sus últimas actividades de la mañana establecida como parte de su rutina diaria es la higiene que va ligada a la hora de comer y en la que por la planificación de nuestro Plan de Cuidados debíamos de asegurarnos de proporcionarle todos los recursos necesarios para los autocuidados. Entre el material encontramos; cepillo de dientes, pasta de dientes, jabón, toalla, toallitas higiénicas y las instalaciones de aseo propiamente dichas. Aunque nuestra actividad se centraba básicamente en asegurarnos de que a nuestro paciente se le proporcionan los materiales adecuados, la actividad realizada iba más allá y se engloba dentro de lo que los Terapeutas denominan Habilidades de Autocuidado. Para algunos autores estas habilidades incluyen todos los comportamientos relacionados con el aseo, la alimentación y el vestido y como objetivo fundamental se basan en que la persona dentro de su nivel de dependencia pueda desarrollar de la forma más autónoma posible su cuidado personal⁶⁵. La actividad se basa en la observación y las órdenes verbales siguiendo una secuencia estructurada de la misma actividad, como resultado no solo se obtiene la realización efectiva de la actividad en sí misma, sino que potencia la integración en la sociedad y la adquisición de conceptos como limpio-sucio y asociaciones como rojo-caliente o azul-frío⁶⁶, lo que nos lleva a la conclusión de que mientras realizábamos nuestra intervención en colaboración con la actividad programada por los monitores estábamos potenciando la interacción social, objetivo de nuestro Plan de cuidados.

Una vez terminado el turno de mañana y dado que los lunes Enfermería tiene turno partido acudimos por la tarde en el horario de 17:30 a 20:30 para continuar con nuestras intervenciones. Puesto que las actividades de la tarde son de carácter más lúdico como relajación, libre elección y patio, utilizamos este espacio para terminar nuestras intervenciones propuestas en el Plan de Cuidados. Estas se repetían los miércoles de igual manera en el mismo turno, e iban enfocadas a potenciar la socialización y tomar precauciones frente a

nuestra complicación potencial, Epilepsia. Así mientras que nuestro usuario se encontraba en el taller de relajación comprobamos la altura de la cama de nuestro paciente, precaución que el centro lleva a cabo con todos los usuarios proporcionando camas de baja altura debido a que la gran mayoría de los usuarios padecen como trastorno asociado la epilepsia o algún tipo de trastorno convulsivo, y con ello se evita que sufran alguna lesión si padecen crisis convulsivas durante la noche y caen de la cama. Cuando acudimos al patio nuestro usuario se encontraba sentado en un banco con más compañeros, era en estos momentos cuando nos centrábamos más directamente en potenciar la socialización, fomentando la implicación en relaciones potenciales ya establecidas. Como base de esta actividad y según la bibliografía consultada los pacientes con autismo padecen un déficit en las habilidades mentales, lo que repercute en la capacidad de entender las creencias y deseos de los demás, siendo por tanto incapaces de predecir acciones y conductas de los otros⁶¹. Desde ahí comenzamos a trabajar con la identificación de gestos y pictogramas relacionados con las emociones (alegría, enfado, susto.) haciendo partícipes al resto de compañeros y acompañándonos de órdenes verbales, a su vez relacionábamos los mismos pictogramas emocionales con una situación determinada como por ejemplo: si se le hacía cosquillas a un compañero y este se reía indicábamos a nuestro paciente que cogiera el pictograma adecuado realizando una pregunta, “¿*Qué está haciendo tu compañero?*” si cogía el pictograma que mostraba una cara sonriente pasábamos al siguiente escalón y le pedíamos a nuestro usuario que nos indicara verbalmente lo que hacía; y aunque muchas veces la comunicación verbal no era fluida, sí nos comunicaba deseos de miccionar o beber agua en ocasiones puntuales.

Durante la tarde propusimos a los monitores que se encontraban en ese turno instruirlos acerca de los primeros auxilios que se deben realizar cuando aparece un ataque epiléptico realizando así una de nuestras intervenciones encaminadas a prevenir la complicación potencial de nuestro paciente pero que serviría a su vez para el resto de usuarios. Por tanto explicamos que ante todo, el usuario debe de estar acompañado y bajo la supervisión de algún monitor, y centrándonos más directamente en los primeros auxilios expusimos de manera muy rápida en qué consistía una crisis convulsiva de un paciente con epilepsia,

explicando que, una crisis convulsiva ocurre cuando el patrón de impulsos eléctricos que realiza nuestro cerebro se ve interrumpido debido a cambios en esta actividad eléctrica. La comunicación entre las células se desarregla y los pensamientos, sensaciones o movimientos se desorientan o descontrolan momentáneamente. Para reconocerlas distinguimos entre las focales, en las que observarían una parte del cuerpo afectada dado que la convulsión estaría centrada en una parte del cerebro, y las generalizadas que comprometen todo el cerebro y por tanto todo el cuerpo. A modo general de cómo debían actuar ante una crisis describimos brevemente unos ítems sobre cómo se debe ayudar y lo que no se debe hacer. Permanecer junto a la persona y no perder la calma, que anotaran si fuera posible el tiempo o duración de la crisis convulsiva, proteger al usuario para que no sufra daño apartándolo de los objetos peligrosos del área, aflojar la ropa o poner algo blando debajo de la cabeza, no restringir los movimientos de la persona, no poner nada en la boca a la fuerza y no administrar agua o comida en ningún caso, y por último y más importante, llamar en primer lugar al servicio de emergencias, puesto que hay varios monitores y cada uno simultáneamente y bien coordinados pueden realizar todos los pasos. En caso de que cesen las convulsiones les indicamos que deberían poner al usuario en posición de seguridad sobre el lado izquierdo pues existe un pequeño riesgo de que la persona vomite después de la crisis y antes de recuperar el conocimiento⁶⁷. Esta actividad se repetiría dos días después en el siguiente turno de tarde ya que el equipo de monitores era diferente.

Por último comprobamos que el cumplimiento del tratamiento antiepiléptico se estaba realizando correctamente dado que durante tres tardes a la semana enfermería no está presente durante las cenas y es necesario vigilar que la toma de medicamentos sea la correcta. Diferentes autores señalan el problema del incumplimiento terapéutico como una de las causas más frecuentes del fracaso terapéutico y de recaídas o recurrencias en este tipo de enfermedades; y cuando las medidas no se cumplen o son incorrectamente seguidas hacen referencia a modificaciones hábitos y estilos de vida⁶². En este caso debemos de señalar que no cabe la posibilidad de un incumplimiento debido tanto a la patología del usuario y su predisposición a la toma de medicación como al régimen residencial en el que se encuentra ya que el encargado de la

administración de dicho tratamiento es Enfermería y en su defecto el equipo de monitores los cuales se encuentran cualificados para administrar la medicación y asegurar un correcto seguimiento y cumplimiento del régimen de fármacos. Al finalizar la tarde y por tanto el turno, en el horario de la cena de 20:00h a 20:30h administramos la medicación de la noche siguiendo los mismos pasos e indicaciones que pusimos en práctica por la mañana. Por último y referente a nuestra última actividad de nuestro Plan de Cuidados, fomentar habilidades sociales y comunitarias, me gustaría comentar que dispusimos de dos actividades sociales que no solo realizamos con nuestro paciente sino también con el resto de usuarios, compuestas por dos excursiones en las que uno de los días fuimos al Balneario de Archena y otro al Valle Perdido donde colaboraron poniendo las mesas y la comida, participaron en diferentes juegos, montaron a caballo y se relacionaron con otros usuarios que disfrutaban de las mismas actividades que nosotros. Fueron dos días que dieron buenos resultados y proporcionaron a los usuarios una rutina diferente y más distendida de la que estaban acostumbrados.

5.7. Evaluación

Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)⁵¹ para el Diagnóstico principal (00052) Deterioro de la interacción social r/c alteración de los procesos del pensamiento m/p interacción disfuncional con los demás.

Objetivo: Habilidades de interacción social (1502).

Dominio III: Salud psicosocial.

Clase P: Interacción social.

Definición: Conductas personales que fomenten relaciones eficaces

Tabla 5. Resultados para el DxE Principal al finalizar el plan de cuidados.

Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación obtenida	Tiempo
2	3	2	5 Días

Código	Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación Diana	Puntuación obtenida	Tiempo
150202	Receptividad si es apropiado/ procedente	2	3	2	5 días
150203	Cooperación con los demás	2	3	3	5 días
150204	Sensibilidad con los demás	2	3	2	5 días
150205	Uso de asertividad si procede	2	3	2	5 días
150210	Mostrar estabilidad	2	3	3	5 días
150212	Relaciones con los demás	2	3	3	5 días

Escala: 1. Nunca demostrado; 2. Raramente demostrado; 3. A veces demostrado; 4. Frecuentemente demostrado; 5. Siempre demostrado.

Fuente: Elaboración propia NOC⁵¹.

Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)⁵¹ para la Complicación Potencial, Epilepsia.

Objetivo: Estado neurológico (0909).

Dominio II: Salud fisiológica.

Clase I: Neurocognitivo.

Definición: Capacidad del sistema nervioso central y periférico para percibir, procesar y responder a los estímulos externos e internos.

Tabla 6. Resultados para la C.P. Principal al finalizar el plan de cuidados.

Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación obtenida	Tiempo
5	5	5	3 días

Código	Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación Diana	Puntuación obtenida	Tiempo
090901	Conciencia	5	5	5	3 días
090910	Patrón movimiento ocular	4	4	4	3 días
090911	Patrón respiratorio	5	5	5	3 días
090917	Presión sanguínea	5	5	5	3 días
090919	Frecuencia respiratoria	5	5	5	3 días
090922	Frecuencia cardíaca radial	5	5	5	3 días
090923	Orientación cognitiva	4	4	4	3 días
090924	Capacidad cognitiva	3	3	3	3 días

Escala: 1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente comprometido; 3. Moderadamente comprometido; 4. Levemente comprometido; 5. No comprometido.

Fuente: Elaboración propia NOC⁵¹

5.8 Reflexión

Para nuestro DxE principal (0052) Deterioro de la interacción social r/c alteración de los procesos del pensamiento m/p interacción disfuncional con los demás, planteamos un objetivo; Habilidades de interacción social (1502) , el cual ha alcanzado la puntuación diana marcada en tres indicadores, Cooperación con los demás, mostrar estabilidad y relaciones con los demás, por lo que creemos conveniente no dar nuestro objetivo como conseguido pero sí como objetivo en consecución debido a que para alcanzar los resultados deseados con este tipo de pacientes la intervención debe ser continuada a lo largo del tiempo. En segundo lugar y para nuestra Complicación Potencial, Epilepsia, planteamos el objetivo, Estado Neurológico (0909) siendo este un objetivo conseguido, ya que se ha mantenido la puntuación deseada en cada uno de los indicadores durante nuestro tiempo de ejecución del Plan de Cuidados y por tanto evitado la aparición de dicha Complicación Potencial.

6. DISCUSIÓN

Los Trastornos del Espectro Autista al igual que el resto de los trastornos generalizados del desarrollo son objeto de gran estudio en la actualidad; sin embargo su etiología continúa aún siendo desconocida. Amodia y Auxiliadora¹⁶ recogen numerosas teorías sobre las causas del Autismo; entre las que cabe destacar: la de base genética donde exponen que; alteraciones genéticas como el Síndrome X frágil, Neurofibromatosis o Esclerosis Tuberosa pueden predisponer al individuo a padecer autismo; o la teoría de base biológica donde se encuentran los problemas prenatales.

Según López y Rivas¹², los síntomas del autismo son el resultado de alteraciones en el desarrollo de diversas funciones en el SNC, aunque en los últimos años parece cobrar más importancia el mecanismo biológico y orgánico, atendiendo al papel de los factores hereditarios con una compleja contribución genética y su interacción con eventos prenatales y perinatales. Entre las teorías que exponen; las de corte genetista coinciden con los estudios de Amodia y Auxiliadora¹⁶ en la asociación de patologías relacionadas, y aunque en el caso de nuestro paciente no presenta ningún antecedente relacionado con dichas enfermedades, sí encontramos similitud respecto a la serie de problemas asociados al embarazo. López y Rivas¹² señalan que los niños nacidos de embarazos de riesgo tienen una probabilidad significativamente mayor de sufrir desórdenes en el desarrollo. En el caso de nuestro sujeto de estudio, durante la entrevista con los familiares, se recogió información sobre el periodo de embarazo, revelándonos un embarazo de riesgo, así como diversas complicaciones durante el parto.

Como indican Nieto y Ventoso²³, el Autismo se caracteriza por la presencia de una alteración cualitativa de la interacción social tal y como muestra nuestro paciente. Aparecen también alteraciones de la comunicación y patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas.

En este estudio, al comienzo de la realización del Plan de Cuidados, el paciente se encontraba en el comedor, solo y aislado del grupo; debido a la tendencia a conductas agresivas con el resto de usuarios y profesionales; lo

cual nos indica la existencia de una alteración en la interacción social tal y como muestran estos autores.

Fuentes y Ferrari³³, proponen tras una revisión bibliográfica, las diferentes terapias para el tratamiento de las personas con TEA; entre las que se encuentran los tratamientos sensoriomotrices. Dentro de este apartado se realizan revisiones sistemáticas sobre su eficacia, llegando a la conclusión de que métodos terapéuticos como el Método Doman-Delacato; o las Lentes de Irlen no han demostrado los beneficios esperados. A esto se le une que, este tipo de terapias tan específicas representan un alto coste económico y una gran dedicación por parte de la familia.

Desde la Asociación Española de Profesionales del Trastorno del Espectro Autista (AETAPI)²⁵, proponen tratamientos sensoriomotrices basados en el fomento de determinados estímulos hacia el paciente; trabajando la sensopercepción a través de técnicas que no suponen un gran coste económico. Arnaiz⁶⁸ en colaboración con AETAPI²⁵, establece en un estudio que, terapias como las salas de estimulación sensorial además de servir como herramienta para trabajar la relajación ayudan a trabajar aspectos relacionados con la sensibilidad de estos pacientes a ciertos estímulos. A través de sonidos, música o luces, las personas son capaces de relajarse y autorregular su conducta de forma previa o ante los primeros síntomas de estrés o descontrol emocional. En este estudio, las actividades deportivas se diseñan desde una perspectiva preventiva, con el objetivo de conseguir un mantenimiento físico óptimo. Así mismo, Fuentes y Ferrari³³ establecen este tipo de terapias como terapias no descritas; ya que la limitada evidencia existente y su ausencia en el contexto español hacen difícil el análisis de su eficacia.

Entre otras intervenciones encontramos las de tipo conductual. Este tratamiento no se limita a contextos específicos sino que su realización abarca hospitales, centros ocupacionales, centros de día y entornos residenciales y el personal que las realice debe estar formado y poner en práctica los conocimientos adecuados para garantizar un buen resultado.

Esta terapia suele centrarse en pacientes que presenten conductas desafiantes, trastornos de conducta, comportamientos agresivos y autolisis, y su finalidad es reducir los problemas del comportamiento enseñando alternativas funcionales para conseguir las conductas deseadas^{32,34}.

Las estrategias de moldeamiento propuestas por Salvadó³⁴, implican la imitación de conductas, esta técnica no necesita ningún tipo de ayuda y se puede realizar de manera cotidiana y durante todo el tiempo que el profesional pase con el paciente. Los soportes visuales son sistemas alternativos de comunicación, necesarios cuando las personas con TEA no presentan un habla funcional o intención comunicativa³⁴, dichas técnicas se utilizan para potenciar la comunicación funcional.

En la bibliografía consultada los autores coinciden en llevar a cabo estrategias de desempeño ocupacional en las que el individuo sea capaz de promover hábitos de vida y rutinas saludables para intentar alcanzar la máxima autonomía en las actividades de la vida diaria^{32,34,35}.

Tras la revisión de la bibliografía sobre las terapias psicoeducativas, no existe un consenso a la hora de determinar su nomenclatura, así Salvadó³⁴ las denomina “Prácticas basadas en la intervención”, y Fuentes³³ presenta este tipo de intervenciones en base al área que se trabaja, sensorio-perceptivas, conductual, o de habilidades. La evidencia parece estar orientada a los Modelos Globales de Tratamiento (TEACCH, DENVER; SCERT, UCLA; LEAP)^{16,33,34}, estableciendo el resto de terapias psicoeducativas en un segundo plano ya que no hay un método de tratamiento universal³³.

Debido a la existencia de múltiples criterios a la hora de establecer un buen programa de intervención psicoeducativo; autores como Fuentes³³ y Salvadó³⁴, proponen que, un buen tratamiento para las personas con TEA debe ser individualizado, con un aprendizaje significativo que se base siempre en el interés personal y las motivaciones del paciente, debe ser estructurado; intensivo y extensivo a todos los contextos de la persona y debe fomentar en lo posible la participación de los padres y las madres.

En el caso del sujeto de estudio de este trabajo, las terapias realizadas se basaron en potenciar la interacción social, mediante técnicas conductuales, apoyo con soportes visuales, colaborando con los monitores en los talleres establecidos y proporcionando una atención individualizada. No se llevaron a cabo los Modelos Globales de Tratamiento analizados por Amodia¹⁶, Fuentes³³ y Salvadó³⁴, pero si se siguieron los criterios esenciales para establecer un buen programa de intervención.

Para la intervención en Enfermería, Carballal y Fornés⁴⁵, proponen talleres en base a los patrones alterados que presente el paciente. Esto se realiza a partir de la valoración de Enfermería según los 11 patrones de salud propuestos por Marjory Gordon, pues estas autoras afirman que la mayoría de las manifestaciones psicopatológicas pueden englobarse dentro de estos patrones. En contraposición, Chamorro y sus colaboradores⁴⁴ afirman que la intervención de Enfermería en personas con TEA debe estar basada en la teoría del déficit de Autocuidado de Dorothea Orem; priorizando los requisitos universales de autocuidado para trabajar el desarrollo de habilidades; fomentando el equilibrio entre soledad e interacción social, y manteniendo el desarrollo de actividades.

En este estudio de caso se siguió el modelo propuesto por Carballal y Fornés⁴⁵, estableciendo las actividades en base a la realización de la valoración de los 11 patrones según Marjory Gordon⁴⁹ y la posterior realización de un Plan de Cuidados basado en la Taxonomía NANDA⁵⁰ y la Clasificación NOC⁵¹, NIC⁵²; propuesto también por Fornés en otra de sus publicaciones.

En un estudio publicado en 2013 por Fortea²⁶, se describe al personal implicado en el Autismo. El estudio se centra en los profesionales implicados en el diagnóstico del mismo, concluyendo que, Pediatras, Psicólogos, Psiquiatras y Neurólogos, Foniatras, Pedagogos, Terapeutas Ocupacionales y Enfermeras juegan un papel primordial en el diagnóstico del TEA. Este equipo multidisciplinar se debe coordinar estableciendo las bases necesarias para garantizar un correcto diagnóstico y su posterior derivación a los recursos necesarios^{3,15}. Arraiz⁶⁸, señala en este aspecto que, las actividades que se requieran durante el cuidado del paciente con TEA deben ser coordinadas por numerosos profesionales de diferentes ámbitos y al igual que Fortea²⁶ presenta a varios profesionales de la salud, añadiendo en este caso el papel de Farmacólogos, Nutricionistas, Fisioterapeutas, Traumatólogos, personal de Urgencias, Odontólogos, Ópticos, equipo de radiodiagnóstico y, por último, y no por ello menos importante, familia y personal de voluntariado.

Esta red de coordinación que establece Arraiz⁶⁸ está orientada para asegurar los cuidados de salud del paciente con TEA de manera global; sin tener en cuenta la etapa en la que se encuentre.

En nuestro caso, el paciente fue atendido en un medio residencial, en el que contaba con la asistencia de numerosos Monitores, Psicólogo, Trabajador Social, Enfermero y personal Administrativo. El acceso al resto de profesionales se hace de la misma manera que la población general; por lo que no se articula ningún protocolo de coordinación que garantice el acceso inmediato a personal especialista en caso de necesidad.

Para realizar un abordaje de calidad en el tratamiento de las personas con TEA, se debe trabajar bajo un enfoque integral y multidisciplinario; donde participen, todos los profesionales anteriormente citados⁷. El carácter crónico y la gravedad de estos trastornos, hace que se precise un plan de detección precoz y un tratamiento personalizado y permanente a lo largo de todo el ciclo vital^{15,16}. García⁴⁷ explica que la multidisciplinariedad en la atención a los pacientes con TEA es imprescindible, entendiendo los equipos de actuación como una “mente colectiva”; que requieren colaboraciones estables que articulen los procesos de ayuda a los pacientes. Irarrázaval⁶⁹ y colaboradores comentan que un abordaje multidisciplinar de calidad diseña estrategias psicoterapéuticas que fomenten en la medida de lo posible la autonomía del paciente. Por último Rosales⁴⁸, describe las características que debe poseer un equipo multidisciplinar tales como: garantizar la continuidad y el seguimiento de los cuidados, realizar acciones generadas de un trabajo programado, garantizar el logro de objetivos propuestos y realizar acciones coordinadas que garanticen la eficacia del tratamiento y la consecución del objetivo final que no es otro que el bienestar de paciente.

En este estudio de caso, se promueve el enfoque multidisciplinar de Enfermería en el tratamiento del paciente durante el tiempo de ejecución del Plan de Cuidados. Sin embargo, encontramos que la bibliografía define las competencias de la Enfermería en Salud Mental solo para el ámbito hospitalario o de centro de salud, dejando sin especificar las competencias para entornos como residencias y con pacientes autistas adultos, tal y como se presenta en este estudio. En este tipo de entornos, la actuación enfermera suele limitarse a la aplicación de técnicas puntuales y se presenta como un apoyo en determinadas intervenciones psicoeducativas.

El sujeto de estudio presenta un Autismo de larga evolución, en régimen de residente en la Asociación de AFAPADE y, por lo tanto, con unas

características definidas desde hace tiempo, resultando difícil reeducar habilidades en un periodo tan corto⁶⁹. Aunque las intervenciones planteadas daban resultados satisfactorios es necesario un seguimiento de las actividades más prolongado en el tiempo ya que los progresos que pueda presentar un paciente Autista adulto no son tan evidentes como si se plantearan en un paciente pediátrico³⁴.

En cuanto a la evolución de esta patología Martos y colaboradores²⁴ sugieren, tras la revisión de la evidencia, que aunque se producen cambios en la sintomatología del autismo en la adolescencia y la edad adulta estos son muy leves, existiendo un pequeño porcentaje con una mejoría evidente y que corresponde a lo que se denomina autismo de alto funcionamiento o síndrome de Asperger. En este caso, debido a que el paciente tiene 44 años no se conoce si ha existido algún periodo de mejoría durante su desarrollo. En la actualidad, presenta un lenguaje limitado y un Cociente Intelectual (CI) bajo; por lo que según los predictores de salud que muestran, tanto la Sociedad Española de Profesionales de Autismo²⁵ como Martos y sus colaboradores²⁴, puede establecerse que, en este caso, no se han podido desarrollar las competencias lingüísticas suficientes ni el rango normal de CI; para haber adquirido las capacidades necesarias para el logro social y la vida independiente. Esto pone de manifiesto el por qué en los estudios de seguimiento realizados, se observa que sólo un pequeño porcentaje de personas con TEA llega a vivir y trabajar autónomamente en la vida adulta⁶⁹.

6.1. Limitaciones

Las limitaciones encontradas a lo largo del desarrollo de este estudio han sido:

- Limitación en el tiempo a la hora de realizar las intervenciones programadas en el estudio de caso; ya que los resultados obtenidos se ven sujetos al periodo de realización de dichas actividades.
- La evidencia científica se centra en el paciente pediátrico; por lo que no se ha obtenido suficiente información respecto al Autismo en adultos.
- Hubiera sido más gratificante que la familia del sujeto de estudio, al igual que profesionales como el Psiquiatra, hubieran estado presentes en el periodo de realización del estudio o en determinadas intervenciones.

7. CONCLUSIONES

1. El equipo multidisciplinar debe establecer una comunicación recíproca entre profesionales, considerando el abordaje del paciente con TEA desde una perspectiva integral, garantizando la calidad del tratamiento y donde todo el equipo participe para diseñar estrategias que fomenten la autonomía del paciente.
2. Se dispone de numerosas intervenciones psicoeducativas para el tratamiento de las personas con TEA, y aunque la evidencia muestra que no existe un método de tratamiento universal, las terapias se basan en: programas de intervención cognitivo-conductual, terapias sensoriomotrices, estrategias de moldeamiento, actividades de integración sensorial, utilización de soportes visuales, intervenciones de relajación, deportivas, ocio y tiempo libre y terapia ocupacional. Otros modelos globales de tratamiento incluyen programas como el TEACCH, DENVER, SCERT, UCLA y LEAP. La elección de una terapia u otra será siempre individualizada, y va a estar determinada por la situación clínica, características del paciente, contexto y ámbito donde se desarrolle.
3. La mayoría de los estudios de investigación se centran únicamente, en los profesionales que intervienen durante el proceso diagnóstico, y la asistencia sanitaria a nivel general del paciente con TEA.
4. La elaboración del Plan de Cuidados, refleja la importancia de Enfermería en la realización de un correcto abordaje terapéutico e integral del paciente con TEA. Durante la elaboración del mismo identificamos *(00052) Deterioro de la interacción social r/c alteración de los procesos del pensamiento m/p interacción disfuncional con los demás*, como Diagnóstico Enfermero Principal y *Epilepsia* como Complicación Potencial Principal.

5. Las intervenciones de Enfermería no solo se basarán en la ejecución de técnicas básicas, sino que proporcionarán los cuidados necesarios para fomentar la autonomía del paciente desde una perspectiva multidisciplinar.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2001.
2. Instituto de Salud Carlos III. Trastornos del Espectro Autista [Internet]. España: Ministerio de Salud y Consumo; 2006 [citado 6 Mar 2014]. Disponible en: <http://iier.isciii.es/autismo/>
3. Cande I, Garrido F, Leal M, Navarro J, Tortosa F. Protocolo de Coordinación de las Actuaciones Educativas y Sanitarias para la Detección e Intervención Temprana en los Trastornos del Espectro Autista. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social, Servicio Murciano de Salud, Subdirección General de Salud Mental; 2012.
4. Autismo Diario [Internet]. España: Entendiendo la Prevalencia, incidencia y causas del Autismo; [actualizado 6 Nov. 2011] [citado 6 Mar 2014]. [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://autismodiario.org/2011/11/06/entendiendo-la-prevalencia-incidencia-y-causas-del-autismo/>
5. Ramírez M. Autismo infantil. Atención enfermera en urgencias pediátricas. Rev Presencia. 2011; 7(13).
6. Ávila F, Soliz H. Impacto Psicosocial del Autismo en la Familia. Rev Gaceta Médica. 2006; 21-27.
7. Hernández P. Impacto psicosocial en familias con un hijo autista. Relatos autobiográficos de seis madres de distinto nivel socioeconómico [Tesis]. Santiago-Chile: Universidad Academia, 2008
8. Estévez RA, Basset I, Gallegos RM, Reyes B, Hidalgo SM. Competencias de Enfermería en Salud Mental. Rev Enfermería Neurológica. 2010; 3 (9): 125-126.

9. Pérez E, Del Barco MI, García J, Mena A. Autismo: Introducción y aplicaciones prácticas para los cuidados de Enfermería. *Hygia de Enfermería*. 2005; 17(61): 25-31.
10. Fornés J. *Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Valoración y cuidados*. 2º ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012.
11. Artigas Pallares J, Paula I. El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Rev Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2012; 32(115): 567-587.
12. López S, Rivas RM, Taboada EM. Revisiones sobre el Autismo. *Rev Latinoamericana de psicología*. 2009 Ene; 41(3): 555-570.
13. Garrabé J. El autismo: Historia y clasificaciones. *Rev Salud mental* 2012; 35(3), 257-261.
14. DSM-IV-TR. *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson; 2002.
15. Grupo de Trabajo de la GPC para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009.
16. Amodia J, Andrés M.A. *Trastornos del Autismo y Discapacidad intelectual*. [Pdf-online]. Disponible en: www.feaps.org/biblioteca/sindromes_y_apoyos/capitulo03.pdf
17. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of Autism Spectrum Disorders. *Surveillance Summaries*. 2008; 61(3): 1-18.
18. Kim YS, Lavalentha BL, Koh YJ, Fombome E, Laska E, Lim CE, et al. Prevalence on Autism Spectrum disorder in a total population simple. *American Journal Psychiatry*. 2011 Sep; 168 (9): 504-12.

19. Fortea MS, Encandell MO, Castro JJ. Aumento de la Prevalencia de los Trastornos del Espectro Autista: Una revisión teórica. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2013; 1 (1): 746-68.
20. King M, Beaman P. Diagnosis Change and the increased Prevalence of Autism. *International Journal of Epidemiology*. 2009 Sep; 38 (5): 224-234.
21. Brugha TS, McManus S, Bankart F, Purdon S, Smith J, Begginton P, et al. Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. *Archives of General Psychiatry*. 2011 May; 68 (5): 459-465.
22. Carbajo L. 15 Años de Autismo España: Cermi.es El periódico de la discapacidad. Post. Mar 2009.
23. Nieto C, Ventoso R, Covalada A, Adériz D, De Oro E. Programa de educación sanitaria para personas con trastorno del espectro autista. *Rev Anales de la Pediatría*. 2008; 1 (68): 149-158.
24. Martos M, Freire S, González A, Llorente M, Ayuda R. Evolución y seguimiento de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurología*. 2013; 56 (1): 561-66.
25. Asociación Española de Profesionales de Autismo (AETAPI). Investigación e innovación en Autismo. Premios Ángel Rivière 2010. España: Diputación de Zaragoza; 2010.
26. Fortea Ms, Escandel MO, Castro JJ. Detección Temprana del autismo: profesionales implicados. *Rev Española de Salud Pública* 2013; 87: 191-99
27. Albores L, Hernández L, Díaz J A, Cortes B. Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo: Una discusión. *Rev Salud Mental*. 2008; 31(1): 37-44.

28. Palacio J. Tratamiento farmacológico de conductas patológicas asociadas con el autismo y otros trastornos relacionados. *Rev Colombiana Psiquiátrica*. 2007; 1 (36): 221-240.
29. Jesner OS, Aref-Adib M, Cloren E. Risperidona para el trastorno del espectro autista (Revisión Cochrane). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%208603219&DocumentID=CD005040>
30. Llorente C. Tratamiento farmacológico en pacientes del espectro autista. [Pdf on-line]. Madrid: Hospital Gregorio Marañón. 2011 [Citado 12 Mar 2014] Disponible en: autismomadrid.es/.../Tratamiento-farmacéutico-de-las-personas-con-TEA.
31. National Institute for Health and Care. NICE Pathways [Internet]. England: Autism Overview; 2014 [actualizado Ene 2014]; [Citado 19 Mar 2014]. [aprox 2 pantallas]. Disponible en: <http://pathways.nice.org.uk/pathways/autism#content=view-info:quality-standards-autism4>
32. Hassiotis A, Hall I. Intervenciones conductuales y cognitivo-conductuales para el comportamiento agresivo hacia el entorno en personas con dificultades de aprendizaje (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%208603219&DocumentID=CD003406>
33. Fuentes J, Ferrari MJ, Boada L, Touriño E, Artigas J, Belinchon M, et al. Guía de Buena Práctica para el Tratamiento del Espectro Autista. *Rev Neurología*. 2006; 43 (7): 425-438.

34. Salvadó B, Palau M, Clofent M, Montero M, Hernández M. A. Modelos de intervención global en personas con trastorno del espectro autista. *Rev Neurología*. 2012; 54 (1): 563-571.
35. Puerto Y, Bernal D, Sánchez K. Características del Área de Desempeño Ocupacional del Juego en Niños con Trastornos Mentales. *Rev Umbral Científico*. 2007; (10): 63-70.
36. Mouridsen S.E, Bronnum-Hansen H, Rich B, Isaguer T. Mortality and causes of death in autism spectrum disorders: an update. *Autism*. 2008; 12(4): 403-414.
37. Organización de Naciones Unidas (2006). Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Naciones Unidas Enable. Disponible en: <http://www.convenciondiscapacidad.es/>
38. Muñoz J, Marín M. Necesidades sanitarias de las personas con discapacidad intelectual y sus familias. *Rev Siglo Cero. Revista Española de Discapacidad Intelectual*. 2005; 36(3) (215): 5-20.
39. Casado R, Lezcano F, Cuesta JL, Martínez M.A, Arnaiz J, Esteban N, Pérez L. Las necesidades de personas con TEA y sus familias en la Comunidad de Castilla y León; 2008.
40. Ley 39/2006 del 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE num.299 del 15 de diciembre de 2006.
41. Millá MG, Mulas F. Atención temprana y específica en el trastorno del espectro autista. *Rev Neurología*. 2009; 48 (2): 47-52.
42. Dorado MI, Ruiz E, Suárez N, Sánchez R, Reina C. Intervención de enfermería en los trastornos del espectro autista como elemento clave para una buena práctica clínica. *Rev Paraninfo Digital*, 2010; 8.

43. Buzón M, Barrios MJ, Pérez C, Real MD, De-Vega MC, Díaz M. Abordaje psicoeducativo de la Enfermera Especialista de Salud Mental a los alumnos/as autistas junto con los profesores de Educación Especial. Biblioteca Lascasas, 2012; 8(3). Disponible en: <http://77www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0674.php>
44. Chamorro E, Galicia AP, Santiago N. Desarrollo de habilidades a paciente con autismo. Rev Paraninfo Digital, 2010; 10.
45. Carballal MC, Fornés J. Estrategias de intervención en patrones disfuncionales. En: Carballal M^aC, Fonés J. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2001.
46. Instituto de Información Sanitaria. Atención a la Salud Mental. Subcomisión del sistema de información del SNS; 2009.
47. García R. Salud Mental Comunitaria. ¿Una tarea interdisciplinar? Revista Cuadernos de Trabajo Social. 2004; 17: 273-87.
48. Rosales M. El trabajo en equipo multiprofesional e interdisciplinario en salud. Revista Salud Uninorte. 2000; 14 (1): 46-52.
49. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. Madrid: Elsevier Mosby; 2003.
50. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones 2009–2011. Madrid: Harcourt; 2010.
51. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Barcelona: Elsevier Mosby; 2008.
52. Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona: Elsevier Mosby; 2008.

53. Carpenito LJ. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2005.
54. Pesut DJ, Herman J. Clinical reasoning: the art and science of critical and creative thinking. Delmar: Albany; 1999.
55. Etchepareborda MC. Perfiles Neurocognitivos del Espectro Autista. [Pdf On-line] [3-11-2013] Rev Neurol Clin. 2001; 2: 175-92 [1 página].
56. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Lain Entralgo; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N°2007/5-3 [Pdf On-line] [17-10-2013] 1-176 [2 páginas] Disponible en: <http://www.guiasalud.es/>
57. Complicaciones del Autismo. MedlinePlus. [On-line] página actualizada: 31 Octubre 2013 [2-11-2013]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001526.htm>
58. Lee TMC, Chan JKP. Factores que afectan el estado cognitivo de personas que sufren epilepsia. [Pdf On-line] [2-11-2013] Rev Neurol Clin. 2002; 34(9): 861-865 [2 páginas].
59. Giménez M, Carrasco JJ. Procedimientos básicos y cuidados de enfermería. Manual de Prácticas. Murcia: Diego Marín; 2008.
60. ASPACE. Antiepilépticos, Información de apoyo a Profesionales. Agosto 2006, Revisado Enero 2010. [pdf On-line] [2-11-2013] 1-33 [4 páginas] Disponible en: [http://www.aspacegi.org/upload/Publicaciones/Unidades/Antiepilepticos/Antiepilepticos%20-%20\(revisado%201.2010\).pdf](http://www.aspacegi.org/upload/Publicaciones/Unidades/Antiepilepticos/Antiepilepticos%20-%20(revisado%201.2010).pdf)

61. Bonnin J, Muñoz R, Pascual M. Metodología de trabajo con personas con TGD y sus familias: Aplicación de nuevas tecnologías. [Pdf On-line] [5-11-2013] 1-55 [3 páginas] Disponible en: <http://www.educa2.madrid.org/web/educamadrid/principal/files/87ef8071-35f4-4d3b-b10f-8e88436eb2b0/Metodolog%C3%ADa%20de%20trabajo%20con%20personas%20con%20TGD%20y%20sus%20familias%20aplicaci%C3%B3n%20de%20nuevas%20tecnolog%C3%ADas.pdf>
62. Boses, García J. Salud Mental: Enfermería Psiquiátrica. Madrid: Síntesis; 1994.
63. Rodgla Borja EM, Miravalls Cogollos M. Guía para la práctica educativa con niños con Autismo y Trastornos Generalizados del Desarrollo: Currículum y materiales didácticos. [Pdf On-line] [5-11-2013] 1-155 [3 páginas] Disponible en: <http://famiyaycole.files.wordpress.com/2013/03/guia-autismo-educadores.pdf>
64. O'Brien P, Kennedy W, Ballard K. Enfermería Psiquiátrica. México, D.F: McGraw-Hill; 2000.
65. Actividades de la vida diaria del niño con autismo. Autismo Diario. [On-line] [4-11-2013] página actualizada: 9 Septiembre 2013. Disponible en: <http://autismodiario.org/2013/03/14/actividades-de-la-vida-diaria-del-nino-con-autismo-la-ducha/>
66. Universidad Pedagógica Nacional, Unidad Ajusco. Programa para desarrollar habilidades de Autocuidado en adolescentes con autismo. [Pdf On-line] [5-11-2013] 1-141 [2 páginas] Disponible en: <http://biblioteca.ajusco.upn.mx/pdf/26238.pdf>

67. Primeros auxilios en casos de crisis convulsivas. Epilepsia, Australia. [Pdf On-line] [5-11-2013] 1-8 [1 página] Disponible en: <http://www.epinet.org.au/downloads/File/pdf/MultLang/SeizureFirstAid/79073%20SPANISH%20web.pdf>
68. Arnaiz J, Camba O, Cuesta JL, Merino M. Desarrollo del bienestar físico dentro del modelo de calidad de vida. Premio a la investigación en autismo. AETAPI. 2010.
69. Irrázaval ME, Walter A, Murillo GA. Autismo: una mirada desde la psiquiatría de adultos. Rev Chilena de Neuro-Psiquiatría. 2005; 43 (1): 51-6.

9. ANEXOS

9.1. Instrumento de valoración M-CHAT (Versión para el profesional)

Instrumento de valoración M-CHAT (Formato para el profesional)

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 sí/no en negrita)
- Fallo en al menos 2 de los 6 elementos críticos (números 2, 7, 9, 13, 14, 15 en negrita)

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, cómo 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	SI	NO
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 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, acercándose a los ojos?	SI	NO
19. ¿Intenta que usted preste atención a las actividades que él 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 a 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

9.2. Instrumento de valoración M-CHAT (Versión para los padres)

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

La información que contiene éste 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, cómo 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	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	SI	NO
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 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, acercándose a los ojos?	SI	NO
19. ¿Intenta que usted preste atención a las actividades que él 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 a 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

9.3. Signos de alarma del Trastorno del Espectro Autista

SIGNOS DE ALARMA DE TEA

REVISION 6 MESES	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sonrisa social presente 2. Dirige la mirada a la voz personas, sonidos u objetos. 3. Le agrada que lo abracen. 4. Emite vocalizaciones en respuesta al adulto. 5. Reacciona ante estímulos sociales o ante otros objetos.
REVISION 12 MESES	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dirige la mirada a personas o cosas. 2. Sonrisa social presente. 3. Participa de juegos interactivos (pom-pom, palmitas). 4. Emite silabas, vocaliza, balbucea. 5. Presenta anticipación cuando va a ser cogido. 6. Reacciona con emociones de forma adecuada (risa, llanto, malestar ante extraños).
REVISION 15 MESES	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Ha perdido el contacto ocular? 2. ¿Muestra objetos? 3. ¿Muestra interés por juegos participativos? 4. ¿Muestra intención comunicativa (señala con la mano)? 5. ¿Imita gestos? 6. ¿Ha perdido respuesta a su nombre? 7. ¿Presenta balbuceo social comunicativo (como si conversara con el adulto)?
REVISION 18 MESES	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Mantiene el contacto ocular? 2. ¿Se entretiene con los juguetes, los explora? 3. ¿Responde cuando se le llama? 4. ¿Imita y repite gestos o canciones? 5. ¿Tiene expresiones para demostrar afecto? 6. ¿Tiene regresión del lenguaje? 7. ¿Tiene conductas inadecuadas (andar de puntillas, no se interesa por nada, movimientos muy repetitivos)? 8. ¿Los padres están preocupados por algún aspecto del desarrollo de sus hijos?
REVISION 2 AÑOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Mantiene el contacto ocular? 2. ¿Se entretiene con los juguetes, los explora? 3. ¿Responde cuando se le llama? 4. ¿Imita y repite gestos o canciones? 5. ¿Tiene expresiones para demostrar afecto? 6. ¿Tiene regresión del lenguaje? 7. ¿Tiene lenguaje ecológico? 8. ¿Tiene conductas inadecuadas (andar de puntillas, no se interesa por nada, movimientos muy repetitivos)? 9. ¿Los padres están preocupados por algún aspecto del desarrollo de sus hijos?

<p>REVISION 3 AÑOS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Presenta ausencia o retraso del lenguaje no compensado por otras formas de comunicación? 2. ¿Presenta uso estereotipado o repetitivo del lenguaje. Se refiere a si mismo en 2ª-3ª persona? 3. ¿Muestra interés por juegos simples con otros? 4. ¿Prefiere actividades solitarias? 5. ¿Insiste en rutinas? 6. ¿Realiza juegos repetitivos con juguetes? 7. ¿Reacciona de forma exagerada ante ciertos estímulos (auditivos, visuales, olfativos, táctiles, del gusto)?.
<p>REVISION 4 AÑOS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Presenta ausencia o retraso del lenguaje, no compensado por otras formas de comunicación? 2. ¿Presenta uso estereotipado o repetitivo del lenguaje. Se refiere a si mismo en 2ª-3ª persona? 3. ¿Muestra interés por juegos simples con otros? 4. ¿Prefiere actividades solitarias? 5. ¿Insiste en rutinas? 6. ¿Realiza juegos repetitivos con juguetes? 7. ¿Reacciona de forma exagerada ante ciertos estímulos (auditivos, visuales, olfativos, táctiles, del gusto)?
<p>REVISION DE 6- 11 AÑOS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Tiene comportamientos no verbales extraños: mira poco a la cara, su gesto es poco expresivo habitualmente, a veces expresa sus emociones de forma desproporcionada, etc.? 2. ¿Su lenguaje tiene algunas características llamativas: entonación peculiar, vocabulario rebuscado, reiteraciones verbales, etc.? 3. ¿Tiene dificultades para iniciar o mantener una conversación, o mantenerla de forma apropiada: se va del tema, toma las cosas al pie de la letra, dice cosas que no vienen a cuento, etc.? 4. ¿Tiene un interés inusual por algún tema especial, habla y busca información sobre ese tema con mucha frecuencia. Por ej.: los planetas, los números, animales, medios de transporte, etc.? 5. ¿Tiene un comportamiento ritualista con cierta frecuencia. Por ej.: quiere hacer algo siempre de la misma forma: alinea objetos, quiere hacer siempre el mismo itinerario, etc.? 6. ¿Su relación con los compañeros es escasa, hay falta de reciprocidad social, no comparte intereses y disfrutes de forma apropiada, a menudo le gusta estar solo, tiene dificultad en comprender los sentimientos en otros, etc.?

