



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Titulación:

Grado en Enfermería

TRABAJO FIN DE GRADO

Tipo de Trabajo:

Trabajo de revisión bibliográfica sistemática

Título

Rol enfermero en el Trastorno del Espectro Autista (TEA)

Estudiante:

Natalia Rodríguez González

Tutor:

Beatriz María Bermejo Gil

Salamanca, 15 de mayo de 2024

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN	4
1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1. Contextualización del Trastorno del Espectro Autista (TEA).....	5
1.1.1. Clasificación según el DSM	6
1.2. Definición y características del TEA	6
1.2.1. Definición	6
1.2.2. Manifestaciones clínicas	7
1.2.3. Diagnóstico	7
1.2.4. Causas y factores de riesgo	9
1.2.5. Epidemiología	9
1.2.6. Tratamiento del TEA	11
1.2.7. Rol de la enfermería en la evaluación y atención de personas con TEA y sus familias.....	11
2. OBJETIVOS.....	12
3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS	12
4. SÍNTESIS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	15
4.1. Rol de la enfermería e intervenciones en niños con TEA: atención psicosocial infanto-juvenil, escolar y hospitalización.....	15
4.2. Estrategias de intervención en los ámbitos del lenguaje, la nutrición, la higiene y el autocuidado.....	18
4.3. Experiencias familiares en el descubrimiento y diagnóstico de TEA, así como la perspectiva de las familias sobre la atención de la enfermería.....	19
5. DISCUSIÓN.....	21
6. CONCLUSIONES.....	25
7. BIBLIOGRAFÍA	26
8. ANEXOS	31

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a mi pareja Pedro, gracias por ser el motor de mi día a día, por tu bondad y paciencia infinita, gracias por tu apoyo constante, por animarme y convencerme de perseguir mi sueño, eres mi ejemplo a seguir. Gracias a ti, puedo celebrar la finalización de una etapa muy bonita de mi vida cumpliendo mi gran sueño, ser enfermera.

A mi familia, mis suegros, mi cuñada y mis amigas por animarme a no rendirme, por sus ánimos y fuerza constantes, porque sois todos mis pilares en la vida. Gracias.

A mi tutora, Dra. Beatriz Bermejo el apoyo para realizar este trabajo y a la Asociación Síndrome de Asperger-TEA por dejarme participar como voluntaria en sus talleres.

A todos los profesores de la Universidad, tanto de Zamora como de Salamanca, y a todas las enfermeras que han participado en mis cuatro años de formación, por transmitirme su vocación, su cercanía y por regalarme sus conocimientos y participación en mi formación académica.

Y, por último, a todas las compañeras que he tenido la oportunidad de conocer en esta bonita profesión, especialmente a Ángel y mi grupo de amigas de Zamora, por cada rato de risas, de llamadas y charlas intensas, de estrés antes de los exámenes y con las que he pasado los mejores momentos de esta bonita etapa.

¡GRACIAS!

RESUMEN

Introducción: El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un conjunto de trastornos del neurodesarrollo caracterizado por alteraciones a nivel de comunicación, interacción social y del comportamiento que suele diagnosticarse a los 18-24 meses de edad y permanece toda la vida. Actualmente existe una creciente prevalencia del TEA, se ha descrito predisposición hereditaria y factores exógenos como posibles causas.

Objetivos: En este trabajo, se revisa la evidencia científica actual para conocer en profundidad el rol de enfermería y las intervenciones en los niños con diagnóstico de TEA, y su abordaje en las necesidades de nutrición, comunicación, higiene, autocuidado y en contextos como la atención psicosocial, el ámbito escolar y la hospitalización. Además, se analizarán las experiencias familiares durante el diagnóstico del TEA y su perspectiva en cuanto a la atención de enfermería.

Material y métodos: Se realizó una revisión bibliográfica sistemática siguiendo la metodología PRISMA utilizando bases de datos: PubMed y SciELO. En el periodo entre diciembre de 2023 y febrero de 2024, incluyendo artículos publicados en los últimos 10 años.

Resultados: Se seleccionaron un total de 13 artículos, a través de los cuales se analizaron las funciones e intervenciones enfermeras y experiencias familiares durante y después del diagnóstico en diferentes contextos, así como su perspectiva sobre la atención recibida por parte de enfermería.

Discusión y conclusiones: Los estudios analizados resaltan la importancia de un abordaje temprano, individualizado y continuo por parte de los profesionales sanitarios, especialmente desde el papel de enfermería, hacia los padres y niños con TEA. Se destaca la necesidad de una formación continua y una coordinación multidisciplinar entre todos los profesionales para garantizar unos cuidados de calidad a los niños con TEA y sus familias.

Palabras clave: Enfermería. Intervenciones. Autismo. Trastorno del Espectro Autista. Familia.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Contextualización del Trastorno del Espectro Autista (TEA)

El término “autismo” proviene del griego “autos” que significa “uno mismo” e “ismo” que significa “condición” (1). El psiquiatra suizo Paul Eugen Bleuler introdujo el concepto “autismo” por primera vez en 1911 para referirse a una alteración típica en la esquizofrenia, en la que algunas personas se aislaban del mundo exterior viviendo una realidad dentro de sí mismas (2).

Durante los siguientes años, diversos autores siguieron investigando y trabajando sobre el concepto del autismo. Fue en 1943 cuando el psiquiatra austriaco Leo Kanner, aportó una descripción relevante y significativa de lo que hoy día conocemos como autismo. Kanner llevó a cabo un estudio con 11 niños con conductas que le habían llamado la atención y que describió con total detalle: incapacidad para establecer relaciones, alteraciones en el lenguaje, tendencia a refugiarse sobre sí mismo y aislándose del resto, movimientos estereotipados anómalos como repeticiones de movimientos y el aleteo de las manos y la necesidad de tener un entorno constante (2,3). Estos hallazgos fueron detallados en su artículo original “*Autistic Disturbances of Affective Contact*” (4).

Tan solo un año más tarde de la publicación de Kanner, el psiquiatra y pediatra austriaco Hans Asperger realizó un estudio similar en el que también empleó el término “autismo”. Sin embargo, las características que publicó Asperger sobre este término diferían de lo anterior publicado por Kanner. Asperger observó en su estudio a 4 niños con capacidades cognitivas y verbales aparentemente adecuadas pero con dificultad en la interacción social, por lo que lo denominó “*Psicopatía Autista*”, concepto que actualmente conocemos por “*Síndrome de Asperger*” (2,5). Sin embargo, el trabajo que realizó Asperger tuvo escasa repercusión científica en la psiquiatría y la neurología al haber sido publicado en alemán.

No fue hasta que, en 1981, Lorna Wing, psiquiatra británica, realizó la traducción al inglés de todos los trabajos de Asperger y se involucró en la investigación de los trastornos del comportamiento, por lo que se le atribuyó a ella el término “*Síndrome de Asperger*”. Tras la intensa divulgación y categorización del síndrome de Asperger; la misma autora en 1979 introdujo el concepto de Trastorno del Espectro Autista (TEA), donde el síndrome de Asperger queda incluido (6).

1.1.1. Clasificación según el DSM

Como resultado de las investigaciones de los autores, en 1980 se tomó la decisión de incluir el término “autismo”, por primera vez, como una categoría diagnóstica en la tercera edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). A pesar de la gran ventaja que ofreció el DSM-III al proporcionar el reconocimiento oficial del autismo infantil, la definición en sí misma era monotética, es decir, todos los criterios debían cumplirse. Posteriormente, en 1987, se realizaron diversos cambios importantes que quedaron recogidos en el DSM-III-R, que cambió el término “autismo infantil” por “desorden autista”. Este cambio reflejaba el reconocimiento de la necesidad de un abordaje más flexible en diferentes edades y niveles de desarrollo (7). Para la elaboración del DSM-IV trabajaron diferentes grupos de trabajo enfocados en diferentes temas, llevando a cabo una revisión bibliográfica y reanálisis de datos con el objetivo principal de conseguir un buen balance entre las áreas de investigación y clínica. Finalmente, el DSM-V marcó un cambio en la conceptualización del autismo de un sistema de diagnóstico multi-categorico a un diagnóstico único de múltiples dimensiones sustituyendo el término “Trastornos Generalizados del Desarrollo” por “Trastorno del Espectro Autista (TEA)”, que abarca: el Trastorno Autista, el Trastorno de Asperger, el Trastorno Desintegrativo Infantil, el Trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Todos ellos forman parte de los trastornos del neurodesarrollo, que se caracterizan por desarrollar alteraciones a nivel del sistema nervioso, provocando deficiencias en el funcionamiento cognitivo, social, emocional y/o motor (8,9). Con su última actualización, el DSM-5-TR sigue indicando como criterios de diagnóstico fundamentales en el TEA aspectos como el déficit en la comunicación social e interacción social, además de problemas en el aspecto socioemocional y en la comunicación verbal y no verbal.

1.2. Definición y características del TEA

1.2.1. Definición

El Trastorno Espectro Autista (TEA) es un conjunto de trastornos del neurodesarrollo caracterizados por alteraciones a nivel de la comunicación, la interacción social y en los comportamientos, actividades e intereses siendo éstos repetitivos o restrictivos. Suele aparecer en la infancia y perdura durante toda la vida (10).

1.2.2. Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas según el DSM-V y su actualización DSM-5-TR se agrupan en dos importantes áreas:

⇒ *Déficit en la comunicación e interacción social*

Los signos que se incluyen son las dificultades relacionadas con la comunicación verbal y no verbal, viéndose especialmente afectada la interacción social. Dentro de la comunicación verbal, las dificultades están relacionadas en el inicio y/o mantenimiento de conversaciones, así como problemas en el desarrollo del lenguaje. También es común el uso repetitivo de frases o palabras y un interés limitado en las emociones e intereses de los demás. Con relación a la comunicación no verbal, son comunes las dificultades en la expresión emocional, concretamente en la expresión facial y corporal, así como la ausencia en el contacto visual. Estas dificultades afectan a también a la comprensión de las normas sociales (8).

⇒ *Presencia de patrones restrictivos y repetitivos en el comportamiento, intereses o actividades*

La presencia de patrones restrictivos hace que las personas con TEA requieran una rutina precisa y constante en el desarrollo de sus actividades, ya que tienen dificultades para adaptarse a los cambios, necesitando planificar y tener conocimiento previo al desarrollo de sus actividades. Además, suelen realizar comportamientos repetitivos, teniendo especial interés en los movimientos motores repetitivos y estereotipados, tanto en sí mismos como en el de los objetos cercanos (por ejemplo, agitar las manos en forma de mariposa o girar las ruedas de un coche, entre otros) (8).

1.2.3. Diagnóstico

El diagnóstico de TEA se realiza por un equipo multidisciplinar donde hay participación de neurólogos, pediatras, psicólogos y psiquiatras, entre otros. Para realizar un correcto diagnóstico se suele requerir una entrevista previa a los padres, donde se les pregunta antecedentes personales y observaciones realizadas en el comportamiento del niño, evaluaciones médicas a nivel cognitivo y social, y finalmente, mediante exámenes médicos y neurológicos (10). Existen tres niveles o grados de severidad del TEA, siendo el Grado 1: “necesita ayuda”, Grado 2: “necesita ayuda notable” y Grado 3: “necesita ayuda muy notable” (8). Para llevar a

cabo estas evaluaciones se utilizan diferentes escalas, entre las que se detallan en la Tabla 1.

Es importante destacar que un diagnóstico precoz es fundamental para una intervención temprana a nivel sanitario y educativo. Sin embargo, dependiendo de los factores ambientales y de desarrollo de cada niño, en ocasiones, los primeros síntomas son detectados alrededor de los 2-3 años por los padres y/o familiares y/o profesionales escolares o sanitarios (10).

Tabla 1. Escalas de diagnóstico del TEA. Elaboración propia.

ESCALAS	CARACTERÍSTICAS Y PUNTUACIÓN
Escala M-CHAT Modified Checklist for Autism in Toddlers (11,12)	· <i>Lista de verificación modificada para el autismo en niños pequeños</i>, que consta de 20 ítems más entrevista de seguimiento a los padres. · Existen cuatro versiones de la escala M-CHAT pero la más destacada es M-CHAT/R/F; que sirve como herramienta para la detección precoz de los signos y síntomas del TEA. · Cribado realizado en edades comprendidas entre los 18 y 24 meses en niños sanos con riesgo de TEA en Atención Primaria (AP).
ADOS-II Autism Diagnostic Observation Schedule – second edition (13)	· <i>Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo – 2ª ed.</i>; escala semiestructurada dividida en 5 módulos, siendo cada uno dirigido a una edad cronológica y un nivel de lenguaje determinado que evalúa los siguientes aspectos: ⇒ La comunicación ⇒ La interacción social ⇒ La imaginación en el uso de materiales. · Cribado dirigido a niños de edades mayores de 18 meses con sospecha de tener TEA.
ADI-R Autism Diagnostic Interview - Revised (14)	· <i>Entrevista Diagnóstica para el Autismo – Revisada</i>, siendo semiestructurada dirigida a los padres. · Consta de 93 ítems divididos en tres áreas: ⇒ Área del lenguaje y la comunicación ⇒ Área de la interacción social ⇒ Área de las conductas e intereses siendo éstos restringidos, repetitivos y estereotipados. · Cribado dirigido a niños de edades mayores de 18 meses.

1.2.4. Causas y factores de riesgo

⇒ Predisposición hereditaria

En la última década, se han logrado avances significativos en cuanto al TEA. Ejemplo de ello son los recientes avances en genética, que han permitido una nueva conceptualización de los mecanismos moleculares. El riesgo de recurrencia de TEA en hermanos de niños con autismo es del 2% al 8%. Además, varios estudios con gemelos han sugerido que esta agregación dentro de las familias se explica mejor por genética (genes compartidos) que por un ambiente compartido (15).

Entre las alteraciones genéticas que las investigaciones han identificado que contribuyen al TEA, se incluyen las mutaciones raras y reordenamientos cromosómicos. Estas alteraciones afectan principalmente a genes implicados en la plasticidad sináptica y el desarrollo cerebral. A pesar de los avances en la identificación de genes asociados al autismo, queda por resolver la correlación entre la genética y el fenotipo, dado que mutaciones idénticas pueden estar asociadas con distintos fenotipos o manifestaciones (15).

⇒ Factores de riesgo exógenos

- Factores prenatales y perinatales: factores como la diabetes gestacional materna, el sangrado durante el embarazo y la exposición a infecciones intrauterinas aumentan el riesgo de TEA. También se ha observado un mayor riesgo en niños primerizos e hijos de madres nacidas en el extranjero. La exposición a infecciones intrauterinas parece estar asociada con un aumento significativo en el riesgo de autismo, así las complicaciones del cordón umbilical y el bajo peso al nacer, entre otros (15).

- Exposición a medicamentos y sustancias tóxicas: la exposición prenatal a ciertos medicamentos, como el valproato y los antidepresivos, así como insecticidas organofosforados, aumenta el riesgo de TEA. No obstante, son necesarios más estudios para comprender mejor los riesgos asociados con la exposición a sustancias, así como los mecanismos moleculares de cara a identificar tratamientos (15).

1.2.5. Epidemiología

El diagnóstico de autismo puede realizarse a los 18-24 meses de edad. Los avances en la investigación del TEA han ido de la mano con un progreso significativo en política internacional a nivel global. Ejemplo de ello son las iniciativas de la OMS y

su Plan de Acción Integral en Salud Mental, y organizaciones como UNICEF, entre otras. Estas iniciativas y organizaciones han resultado en una mejora significativa de la conciencia, el respeto a la dignidad, la libertad de elección e independencia, la no discriminación, la plena participación e inclusión en la sociedad y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad humana (16–18).

Según los últimos estudios analizando la epidemiología del TEA, la prevalencia es de 100 casos por cada 10.000 personas que, comparado con la anterior revisión sistémica realizada en 2012 que mostró una prevalencia de 62 casos por cada 10.000 personas, ha aumentado considerablemente (19,20). Estos hallazgos revelan un aumento en la prevalencia global del autismo, reflejando los efectos combinados de múltiples factores, incluido el aumento en la conciencia comunitaria y la respuesta de salud pública a nivel mundial, el progreso en la identificación y definición de casos, y un aumento en la capacidad comunitaria (Figura 1). La proporción mediana entre hombres/mujeres es de 4/2. Algunos estudios han atribuido estas diferencias a aspectos del diagnóstico, que se centran más en los niños, a que las niñas tienen intereses restringidos más socialmente aceptables que los niños, o niveles generales de habilidades sociales más altos, o un coeficiente intelectual más bajo (21,22). Además, las prácticas actuales de evaluación para el autismo no están adaptadas de manera óptima para las niñas en comparación con los niños (23,24). Por lo tanto, aunque el sexo masculino puede utilizarse razonablemente como un indicador biológico, se desconoce el impacto de los problemas de identificación en las estimaciones de prevalencia y, de hecho, estos estudios apuntan a posibles sesgos.

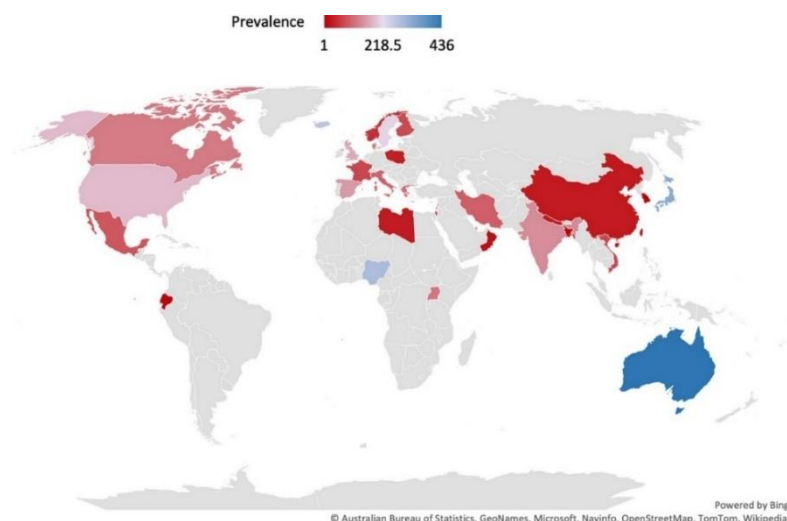


Figura 1. Prevalencia del autismo (2012-2021) (19).

1.2.6. Tratamiento del TEA

Los individuos con TEA tienen tasas más altas de depresión (20% vs 7%), ansiedad (11% vs 5%), dificultades para dormir (13% vs 5%), y epilepsia (21% vs 0.8%). Las intervenciones conductuales intensivas, como el Modelo de Denver de Inicio Temprano, son beneficiosas en niños de 5 años o menos para mejorar el lenguaje, el juego y la comunicación social. La terapia farmacológica está indicada para condiciones psiquiátricas asociadas, como son la regulación emocional o el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). La risperidona y el aripiprazol pueden mejorar la irritabilidad y la agresión, y los psicoestimulantes son efectivos para el TDAH (25).

1.2.7. Rol de la enfermería en la evaluación y atención de personas con TEA y sus familias

Criar a un hijo con TEA puede resultar abrumador para las familias, afectando a su salud mental y física, así como en el bienestar y economía familiar. Estos desafíos pueden afectar negativamente al niño y subrayan la necesidad de evaluar intervenciones considerando a las familias (26). La intervención temprana antes de los 5 años genera los mayores avances, aunque también son efectivas en todas las edades. Estas buscan aumentar la comunicación funcional y promover la independencia del niño, y centran su atención en el desarrollo de habilidades de comunicación y la “atención conjunta” de grupo. Un tipo de intervención denominado Intervención Temprana Intensiva Basada en el Análisis de Comportamiento (27), aborda las dificultades del niño con TEA de manera individualizada, y se basa en un diseño de intervención temprano en el que los padres, bajo la supervisión de un profesional cualificado y el seguimiento del centro de atención especializada, participan en la implementación, gestión o colaboración en la planificación y ejecución del tratamiento, lo que mejora la efectividad del mismo. Estas guías ponen de manifiesto la relevancia del seguimiento y monitorización del caso por los profesionales y centros especializados para una atención de calidad (27).

2. OBJETIVOS

- **Objetivo general**

Revisar la evidencia científica actual para conocer en profundidad el rol de enfermería y las intervenciones en la atención psicosocial, el ámbito escolar y la hospitalización del niño diagnosticado con TEA.

- **Objetivos específicos**

1. Analizar las estrategias de intervención en los ámbitos específicos de lenguaje, nutrición, higiene y autocuidado.
2. Analizar las experiencias familiares en el descubrimiento y diagnóstico de TEA, así como la perspectiva de las familias sobre la atención de la enfermería.

3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS

Para lograr los objetivos planteados, se ha realizado una Revisión Bibliográfica Sistemática, realizando búsqueda de artículos científicos en las bases de datos especializadas PubMed y SciELO entre diciembre de 2023 y febrero de 2024 siguiendo la metodología PRISMA y utilizando los términos clave “MeSH”: trastorno autista (“autistic disorder”), trastorno del espectro autista (“autism spectrum disorder”), enfermería (“nursing”) y familia (“family”). Dichos términos mencionados han sido combinados mediante los operadores booleanos OR y AND, tal y como se detalla posteriormente.

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión utilizados. *Elaboración propia.*

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Artículos referidos a niños de edades pediátricas.	Artículos que sólo aborden los cuidados enfermeros previos al diagnóstico de TEA.
Artículos que aborden los cuidados de enfermería en los niños/as con TEA.	Artículos centrados en otras patologías.
Artículos que también hagan referencia a sus cuidadores principales.	Artículos no disponibles para su consulta.

Artículos que aborden las actividades y el entorno en los niños/as diagnosticados con TEA.	
Artículos publicados en los últimos 10 años (2014-2024).	
Artículos publicados en inglés o castellano.	

Tal y como indica el diagrama de búsqueda e identificación de artículos según la metodología PRISMA (Figura 2), se han identificado 218 artículos en total utilizando las bases de datos PUBMED y SCIELO. De ellos, 194 corresponden a las búsquedas realizadas en PUBMED con los motores de búsqueda:

- “Autistic Disorder” [Mesh] OR “Autism Spectrum Disorder” [Mesh] AND “Nursing” [Mesh] AND “Family” [Mesh]
- “Autistic Disorder” [Mesh] OR “Autism Spectrum Disorder” [Mesh] AND “Nursing” [Mesh]

Los 24 restantes fueron identificados en SCIELO con los mismos motores de búsqueda sin el término MeSH.

En el primer cribado realizado con el límite de los últimos 10 años, se descartaron 160 artículos de PUBMED y 0 de SCIELO. En el segundo cribado realizado, se descartaron 5 artículos de PUBMED y 8 de SCIELO por encontrarse en ambos motores de búsqueda. De los 45 artículos restantes, se descartaron 5 por encontrarse duplicados y 1 más por identificarse de manera común en ambas bases de datos (PUBMED y SCIELO).

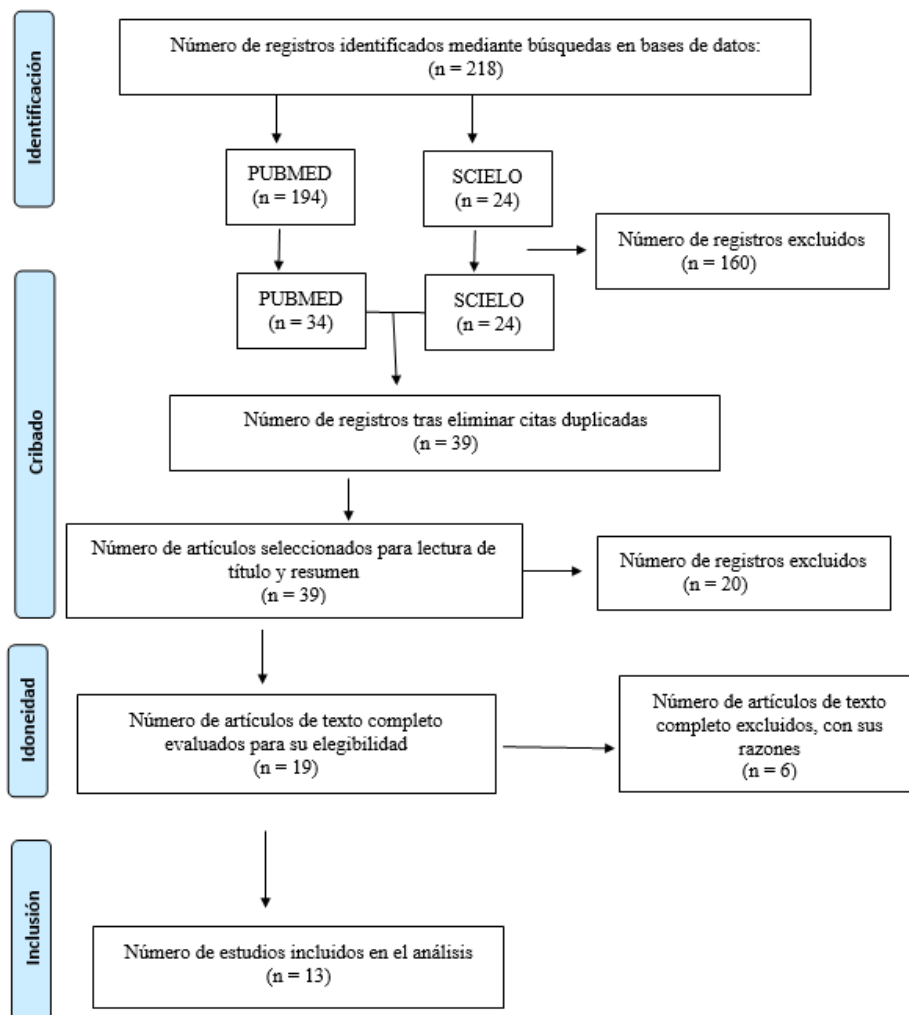
Tras la eliminación de las citas duplicadas, seleccionamos 39 artículos para lectura de título y resumen. Tras su análisis, se excluyeron un total de 20 artículos. Para esta selección, se tuvieron en cuenta criterios de inclusión y exclusión, relevancia y otros factores como por ejemplo que los artículos estén disponibles. Así, del total de 20 excluidos, 5 no estaban disponibles, 3 no estaban disponibles en inglés ni castellano, 3 no hacían referencia a pacientes pediátricos, 7 centraban su atención en otros temas, y 2 de ellos recogían una experiencia única no relevante.

Se procedió a la lectura de texto completo y evaluación de elegibilidad con los 19 artículos seleccionados. Tras su lectura, se excluyeron 6 artículos. Uno de ellos se

excluyó debido a que es una carta al editor e incluye escasa información relevante; 4 más por hacer énfasis en la propia percepción de las enfermeras y no tanto en su rol para con el paciente con TEA, y otro más por focalizarse sólo en el período de pandemia causada por el COVID-19.

De los 13 estudios seleccionados, 3 de ellos abordan de manera más general los cuidados de enfermería en los pacientes con diagnóstico de TEA y sus cuidadores principales, así como sus rutinas diarias; y 10 de ellos ponen el foco en un contexto determinado, como por ejemplo el ámbito escolar, el autocuidado, la nutrición, la hospitalización, lenguaje, y el nivel de conocimiento de los profesionales sanitarios.

Figura 2. Diagrama de flujo PRISMA.



Fuente: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097
Para más información, visite: www.prisma-statement.org.

4. SÍNTESIS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se analizaron un total de 13 artículos para la revisión bibliográfica sistemática basados en los criterios de inclusión y exclusión mencionados anteriormente. Los resultados obtenidos se presentan mediante una tabla, enumerando los aspectos: Título original del artículo, Autor y año, Tipo de artículo, Objetivo, Resultados y Conclusiones (Anexo 1). A continuación, se realiza una síntesis de cada artículo dando respuesta a los objetivos planteados al inicio:

4.1. Rol de la enfermería e intervenciones en niños con TEA: atención psicosocial infanto-juvenil, escolar y hospitalización.

La enfermería juega un papel fundamental en la identificación de los signos y síntomas del TEA, así como en la toma de decisiones e intervenciones a llevar a cabo. Por ello, cada vez más, se enfatiza en el rol de las prácticas en enfermería en los centros especializados que atienden niños con TEA.

Jerónimo *et al* describen en su artículo el papel central de los centros de **atención psicosocial** infanto-juvenil, así como el sistema de salud ya que, a menudo, los niños con TEA presentan comorbilidades psicológicas y médicas (28). Además, abordan el rol del enfermero en los centros de atención primaria para identificar los signos y síntomas del TEA, y brindar apoyo a los miembros de la familia. Durante su análisis, utilizaron dos categorías. La primera representó "los cuidados de enfermería en los niños con TEA", que subcategorizaron en: cuidados basados en un "ambiente terapéutico" e interacción social; guía a los miembros de la familia y cuidadores; y asistencia en la recogida de información para la identificación y evaluación de casos y de planes de tratamiento. La segunda categoría para representar la información recogida consistió en "las dificultades a las que se enfrentan las enfermeras en dar el apoyo", subdividida en: problemas en el desarrollo de los niños con TEA; dificultades en la comunicación y colaboración con la familia y el sistema educativo para la continuidad de los cuidados de enfermería; y el bajo grado de entrenamiento para los cuidados e intervenciones enfermeras en niños con TEA.

En cuanto a los **cuidados** de enfermería, los enfermeros encuestados indicaron que la enseñanza de habilidades sociales a niños con TEA les ayuda a convivir con otros niños y a interactuar de manera apropiada, además de aprender reglas y límites, entender emociones, y diferenciar lo que puede y no puede hacer. Además, destacaron la importancia del entorno terapéutico y el alcance de la interacción social

de niños con TEA, que incluye la atención a éstos mediante la adaptación y uso de espacios como estrategia de cuidado, teniendo en cuenta las necesidades individuales y del entorno en el que se desenvuelven. Los encuestados indicaron que el **guiado** a los cuidadores y familia es fundamental para el éxito del tratamiento y mejora del niño. Por otro lado, las enfermeras también destacaron su rol en cuanto a la identificación de los signos y síntomas del TEA, así como del seguimiento de posibles mejoras (28).

En relación con las **dificultades**, los encuestados destacaron los resultados lentos y constantes altibajos, así como la importancia de mantenerse positivo en cuanto a esta lenta evolución y mejoras del niño con TEA. Esta es la mayor dificultad que los enfermeros identificaron, afirmando que “no sólo es importante para el enfermero, también para la familia, ya que realmente necesitan que el tratamiento continúe en casa y la escuela, sin importar cómo de intenso éste pueda resultar”. Por último, los encuestados mencionaron que, tras varios años de trabajo en estos centros de atención especializada, ahora están más preparados. Sin embargo, comentan que durante sus estudios no aprendieron todo lo necesario y han tenido que adquirir una experiencia resultado del día a día. Por ello, ponen en valor el guiado por parte de “todo el grupo de profesionales” del centro de atención especializada (28).

Por otro lado, los artículos de Lucas *et al*, McIntosh *et al* (2016) y Rutkowsky y Brimer abordan el rol e intervenciones enfermeras en el contexto escolar (29–31), y los de Wood *et al*, Quiban y Gettis *et al*, en el contexto de la hospitalización del niño con TEA (32–34). A través de un caso escenario, el artículo de Lucas *et al* describen un abordaje y manejo de los comportamientos asociados al TEA en la escuela. Así, en su estudio, para una correcta intervención enfermera en la escuela es necesario: un **plan de acción** previo a una posible crisis elaborado por un equipo multidisciplinar y los padres, una **formación** adecuada de la enfermería escolar, **practicar el plan de acción** antes de que suceda cualquier crisis, y establecer una **relación enfermera-niño**, creando un ambiente de confianza y tranquilidad, fortaleciendo un vínculo seguro (29). El estudio llevado a cabo por McIntosh *et al* (2016) recogieron los resultados de entrevistas a enfermeras escolares, donde se incide una vez más en la relevancia de la **formación** constante de estas enfermeras en el TEA, y pone el foco en conocer las patologías asociadas al TEA (como pueden ser las convulsiones, los problemas del sueño o gastrointestinales) para estar preparadas y poder darles una

atención de calidad. Este estudio apunta también a los limitados conocimientos en cuanto a los criterios de diagnóstico del TEA por parte del personal de enfermería escolar, y a su baja participación en la detección temprana. Además, hacen hincapié en la falta de **información** disponible sobre estas intervenciones de enfermería escolar en niños con TEA (30).

Rutkowsky y Brimer realizan una revisión de la evidencia del rol de la enfermería escolar en la educación física, abogando por una participación de la enfermera escolar en el desarrollo de los Planes Educativos Individualizados (PEI) realizando **adaptaciones** en las clases de educación física para los niños con TEA, teniendo en cuenta las **limitaciones** particulares de los niños en cuanto a sus habilidades motoras, emocionales y sociales. Además, el estudio evidencia su papel decisivo en la formación del resto del equipo multidisciplinar sobre los planes de adaptación o sobre cuestiones médicas (ya sea medicación, afección, u otros) (31).

En el contexto hospitalario del niño con TEA Wood *et al*, Quiban y Gettis *et al* analizan en sus artículos los retos y posibles medidas para minimizar los riesgos y mejorar los procesos en las diferentes **unidades hospitalarias** (32–34). En su artículo, Wood *et al* describen y evalúan un modelo organizado para **Urgencias Pediátricas** dirigido a niños neurodiversos, que brinde una atención efectiva y segura para una experiencia positiva durante el tiempo que se encuentre en dicho servicio. Este proyecto se llevó a cabo con enfermeras, especialistas y familias, quienes aportaron diferentes tipos de información. En este artículo, se pusieron en contacto con padres de niños con TEA, y recabaron información para detectar las necesidades de niños y familias para una mejora en su experiencia sensorial y de comunicación durante la estancia en urgencias, lo cual se llevó a cabo a través de cuestionarios informales y anónimos a los padres con niños con TEA dónde se les pedía que describieran aquellos recursos que les gustaría tener y considerasen beneficiosos para realizar durante la visita de sus hijos al servicio de urgencias (32).

Por su parte, Quiban revisa la bibliografía hasta el año 2020 para presentar algunos recursos útiles en el contexto de la **hospitalización** del niño con TEA que puedan ayudar a construir relaciones positivas con las familias, y que esto pueda facilitar el abordaje de las necesidades del niño. En esta revisión, se describe la importancia de las interacciones con las familias para brindarles la información y las estrategias de actuación necesarias para el buen desarrollo del paciente ingresado con TEA, lo que

ayuda a las familias en el cuidado, evolución y ambiente positivo (33): proporcionar educación sobre nutrición para una correcta promoción y prevención de su salud, mejorando así su autocuidado; proporcionar técnicas para reducir el estrés y la ansiedad; proporcionar apoyo social a los padres; vincular a los padres con los trabajadores sociales para que éstos les informen sobre alternativas en situaciones de ansiedad e incertidumbre.

En su artículo, Gettis *et al* también revisan la bibliografía, en este caso hasta el 2018, con el objetivo de analizar estrategias efectivas en el **quirófano** con pacientes con TEA: la medicación, las técnicas de distracción y la terapia de juego. Especialmente, los autores destacaron estas dos últimas por haber demostrado gran eficacia. Además, exponen la relevancia de establecer planes de afrontamiento basados en las informaciones que proporcionan las familias del niño con TEA a los enfermeros (34).

4.2. Estrategias de intervención en los ámbitos del lenguaje, la nutrición, la higiene y el autocuidado.

Distintos autores presentaron estrategias en los ámbitos del lenguaje, nutrición, higiene y autocuidado (35–38).

Los autores Shake y Cashin han revisado la evidencia entre el 2010 y 2018 para identificar artículos que aborden el **lenguaje** para personas con TEA. Sin embargo, la primera idea que arrojan es la escasez de investigaciones que lo exploraran sistemáticamente y que considerasen la representación de posibles consecuencias en cuanto a la elección de un modelo de identificación de lenguaje u otro. Entre los resultados encontrados más relevantes, destaca que algunos niños con TEA prefieren la adopción el Lenguaje de Facilitación de la Interacción (LFI), y que familias y niños neurodiversos reclaman una normalización y en ocasiones una falta de identidad de grupo (35).

En cuanto al ámbito de la **nutrición**, McIntosh *et al* (2019) proponen en su artículo una guía con consejos nutricionales y de selección de comidas para los niños con TEA que categoriza en: rechazo de los alimentos, aceptación de alimentos limitados y consumo frecuente y regular de un tipo específico de alimento. Dado sus posibles déficits en la comunicación verbal y no verbal, puede resultar más complejo averiguar el motivo por el que el niño con TEA no come ciertos alimentos, ya sea porque no les gusta, o tienen alergia o intolerancia asociada, por tanto, McIntosh *et al* recomiendan conocer bien los signos y síntomas para poder diagnosticar rápida y

correctamente. El artículo también aboga por tener en cuenta los posibles cambios asociados a las medicaciones, ya que pueden repercutir en la alimentación (36).

Los niños con TEA presentan mayor sensibilidad sensorial al tacto, oído y/o gusto que los niños neurotípicos, lo que puede ocasionar dificultad en el **cuidado personal** y como consecuencia afectar a las relaciones sociales. Según las recomendaciones de McIntosh *et al* (2018), es necesario que la enfermera escolar desarrolle un plan de acción para conseguir una independencia del niño. Para ello, es necesario que la información de la que se provee a los niños sea muy clara, específica y adaptada a las necesidades individuales de cada uno de ellos. Así, proponen: establecer expectativas, proporcionar apoyos visuales y ofrecer elección (37).

Por su parte, Rodríguez *et al* evalúan los resultados de las intervenciones de enfermería aplicando la teoría de Dorothea Orem combinado con lo que llamaron “Historias Sociales” como herramienta de aprendizaje social en un caso de un niño con TEA para potenciar su **autocuidado**. Para ello, se realizaron tres intervenciones semanales de estimulación del autocuidado y evaluaciones con la madre sobre la evolución del niño. Se constató tal evolución, observando un incremento de capacidad de autocuidado en baño, cepillado de dientes e higiene, así como evacuación intestinal (38).

4.3. Experiencias familiares en el descubrimiento y diagnóstico de TEA, así como la perspectiva de las familias sobre la atención de la enfermería.

En su estudio, Bonfim *et al* abordaron la experiencia de la familia en estas primeras etapas durante el diagnóstico y primeras intervenciones (39). Este estudio pretende comprender las realidades intrínsecas de cada niño y familia, y el significado que dan a estas experiencias, a través de entrevistas abiertas pero guiadas por preguntas.

En el artículo, las familias reportaron que empezaron a darse cuenta de pequeños **cambios en el comportamiento** de sus hijos que eran diferentes a los esperados para su edad, como, por ejemplo, aislamiento en actividades de grupo, dificultades para interaccionar en el colegio, así como dificultades en el lenguaje y habilidades sociales. Las familias reportaron dificultades en la identificación de los primeros síntomas del TEA, ya que justificaban estos comportamientos como características de la personalidad del niño o de su propia edad que podrían desaparecer posteriormente. El estudio también indica que fueron las escuelas y su personal quienes en primer lugar reconocieron estos comportamientos y aspectos del

desarrollo. Algunas de estas familias reportaron que, previamente, requirieron servicios médicos relacionados con síntomas de enfermedades neurológicas, asociadas con experiencias previas en el desarrollo del niño, tales como convulsiones o fiebres altas desde el primer año de vida.

Desde el punto de vista de la escuela, las familias fueron informadas y referidas a centros sanitarios e instituciones especializadas en niños con alteraciones en el desarrollo para llevar a cabo una evaluación por especialistas. En sus relatos, las familias describieron los obstáculos que afectaron a la rutina diaria durante esta primera fase de evaluación del niño, básicamente por la necesidad de acudir a otra ciudad para tener acceso a profesionales especializados. Por ello, las familias destacaron la **conciliación** en el trabajo como uno de los principales problemas durante esta etapa. Además, indicaron la falta de una **red de apoyo**, tanto profesional, como desde el punto de vista social y de familia, e informaron que sufrieron un gran impacto en cuanto a sus propias interacciones sociales y relaciones, como consecuencia de las dificultades que tenían para manejar los comportamientos de su hijo o hija y la propia falta de comprensión por otras personas en cuanto al comportamiento del niño con TEA que erróneamente creen que son resultado de un manejo incorrecto por parte de los padres (39).

Tras la comunicación de la sospecha de TEA, las familias narraron su experiencia como difícil, acompañada de sentimientos de tristeza y dificultades en su aceptación. En estas entrevistas, las familias informaron que no conocían el TEA, y que estaban muy asustados por el mero desconocimiento, especialmente por la **incertidumbre** del futuro del niño. Sin embargo, el diagnóstico también fue descrito como una **liberación**, al poner nombre y de este modo comprender las características y comportamientos atípicos de su hijo o hija. En ese momento, los padres comenzaron a indagar sobre el TEA, sus tratamientos y los derechos de sus hijos; y a buscar atención especializada adecuada con la esperanza de manejar su comportamiento. Algunas escuelas, además, contaban con un profesor especializado para realizar un seguimiento estrecho de la evolución, una vez que el niño con TEA comienza su tratamiento farmacológico, psicosocial y psicoeducacional. Tras el comienzo del tratamiento, algunas familias informaron que ya eran más conscientes de su nueva realidad y que aún condicionaba sus relaciones sociales, pero de una manera más consciente; y otras reportaron una evolución y mejora del comportamiento del niño y

de sus interacciones sociales. Sin embargo, otras familias informaron dificultades en manejar esta nueva situación, especialmente las relacionadas con las limitaciones del niño, atención y tratamiento especializados. Por último, el estudio recoge las dificultades en la **aceptación** por parte de otros familiares y amigos de la familia, lo cual describieron como momentos realmente difíciles.

En el estudio llevado a cabo por Calisto-Moreira *et al*, recogen los relatos de los cuidadores y refuerzan la idea de que el **diagnóstico precoz** y oportuno del autismo constituye un pilar fundamental en el desarrollo e inserción social del niño, ya que favorece el acceso a tratamiento, atención integral y una mejor adaptación al tratamiento (40). Calisto-Moreira *et al* también identifican un desgaste emocional para las familias, especialmente aquellos casos severos y moderados donde existen grandes comorbilidades, a los que se añaden limitaciones como el acceso a terapias y las escasas redes de apoyo. Los autores también han identificado un cambio en los cuidadores a lo largo del proceso, los cuales, al comienzo sienten incertidumbre y desconocimiento, que posteriormente superan a través de la implementación de estrategias y herramientas (en ocasiones de forma autónoma) para satisfacer las diferentes necesidades de los niños. Por todo ello, el estudio reconoce como componente fundamental el acompañamiento, orientación y empoderamiento de los cuidadores en la asistencia de los niños.

En este estudio, además, se relatan experiencias de madres donde literalmente mencionan la falta de preparación de algunas enfermeras frente a la atención de pacientes con TEA, advirtiendo la **necesidad de una mayor formación** y capacitación. No obstante, en general, el estudio apunta a una atención amena y cercana por parte de las enfermeras que realizaron el control de la salud infantil, así como su empatía, asertividad, amplios conocimientos y experiencia (40).

5. DISCUSIÓN

En la presente revisión bibliográfica, se analizan estudios y revisiones evaluando el papel de los profesionales que atienden a los niños con TEA y sus familias, con un enfoque instrumental basado en estrategias de cuidado establecidas en diferentes contextos.

En el artículo de Jerónimo *et al* se recogen encuestas de varios profesionales de enfermería de centros especializados, pudiendo así estructurar categorías relevantes y analizar cada una de ellas con las respuestas obtenidas (28). Así, los autores

concluyen que un entorno terapéutico apropiado para niños con TEA debería ayudarles a desarrollar la autoestima y el autocuidado, fomentar la interacción y la reintegración social, y brindar cuidado integral. Los enfermeros buscan, basándose en una evaluación integral, considerar todo el espectro de la vida de los niños, incluyendo el entorno familiar y escolar, explorando alternativas de intervención, lo cual requiere disposición y creatividad. Además, concluyen que la preparación de los padres es de vital importancia para la continuidad del cuidado y la integralidad del mismo (28).

En línea con algunas de las conclusiones del estudio de Jerónimo *et al*, varios autores (29–31) abogan por un abordaje y manejo multidisciplinar de los profesionales de educación y de enfermería escolar, así como el desarrollo de planes previos que involucren a los padres. Además, los estudios focalizan su atención en la intervención y rol de la enfermera en primera línea ante una crisis, puesto que es la persona que ha trabajado el vínculo afectivo y seguro con el niño. De forma interesante, en las entrevistas del estudio de McIntosh *et al* (2016) y la revisión de Rutkowsky y Brimer, se pone de manifiesto la escasa formación del personal de enfermería escolar en cuanto al TEA y, además, las mismas enfermeras escolares mencionan la falta de información, lo cual podría indicar una falta de programas de formación e información del TEA (30,31) .

Muchos de los niños con TEA tienen sensibilidad a las luces, sonidos u olores, por lo que al llegar al hospital pueden abrumarse o encontrarse sobreexcitados. Como consecuencia, pueden darse comportamientos e interacciones paciente-familia-profesionales inseguras y negativas que conllevan riesgos. Aunque existen recursos de ayuda en enfermería para la atención de niños con TEA, estos no profundizan en los retos y oportunidades para la modificación de procesos en las diferentes **unidades hospitalarias**. Los estudios de Wood *et al*, Quiban y Gettis *et al* coinciden en una aproximación “centrada en la persona, ofreciendo un cuidado humanizado a los pacientes hospitalizados”, creando un espacio con un ambiente agradable para los niños y familias, y desarrollar diferentes estrategias para afrontar de manera positiva la llegada y estancia en el hospital. Estos estudios también coinciden en la relevancia de establecer relaciones y proveer de información adecuada a las familias que favorezca el autocuidado y permita reducir el estrés (32–34); convirtiéndose en

recursos para aquellos centros y unidades de enfermería que quieran implementar cambios.

En cuanto a las estrategias aplicadas al **lenguaje, nutrición, higiene y autocuidado** de niños con TEA, en primer lugar, es importante resaltar la escasez en número y calidad de los estudios de la bibliografía, lo que pone de manifiesto la relevancia de profundizar en estos ámbitos. Los propios Shake y Cashin, en su revisión, concluyen que, ante la falta de estudios empíricos para guiar la práctica, se alienta a los enfermeros de salud mental a apreciar las complejidades de identificar el lenguaje adecuado y a utilizar su juicio profesional para guiar la selección del lenguaje basándose en el contexto y las preferencias del niño.

La importancia de estudios individualizados en cada niño con TEA, se evidencia en distintos artículos para poder establecer estrategias adaptadas (35–38).

En relación con la **nutrición**, las enfermeras deben entender la selectividad alimentaria de los niños con TEA y ayudar a los padres con estrategias nutricionales, así como colaborar con nutricionistas para asegurar una alimentación adecuada mediante estrategias para el personal escolar y los padres (36). Para abordarlo de manera efectiva, es importante establecer una conexión con los padres, que a menudo requiere que compartan información personal, de salud y financiera para que las enfermeras lo tengan como referencia en la elaboración de planes de cuidados. En la misma línea, el papel de la enfermería es fundamental para abordar las conductas de **higiene** mediante técnicas de refuerzo y motivación, promoviendo un intercambio bidireccional entre enfermera y niño que asegure su bienestar (37). De forma interesante, el artículo de Rodrigues *et al* ponen el foco en mejorar el autocuidado de un niño con TEA y aplican las teorías de la enfermería y recomendaciones mencionadas (como el uso de elementos visuales) y la teoría Dorothea Orem combinado con el aprendizaje social, observando mejoras en el **autocuidado** (38). Esto demuestra que, aunque la evidencia científica en la literatura aún es escasa, las teorías e intervenciones de enfermería en paciente con TEA, así como las guías y recomendaciones publicadas, permiten mejorar el bienestar del niño con TEA.

En relación con las familias, Bonfim *et al* profundizan en las **necesidades** de los padres durante este proceso, su sufrimiento emocional, así como en las estrategias para hacer frente y adaptarse a esta nueva situación tras el diagnóstico. Así, en el estudio, se identificaron las **dificultades** de la familia en hacer frente a la nueva

realidad y en adaptarse a las condiciones del niño, así como en los cuidados y tratamientos. Por último, destacan la intervención de enfermería que reconozca a la familia como una unidad de cuidado, apoyándola y promoviendo su “empoderamiento” para poder afrontar la situación, así como contribuir a mejores resultados en los cuidados (39). De forma interesante, algunas familias reportaron la falta de soporte y apoyo del **padre** del niño con TEA, y otras mencionan situaciones en las que la falta de aceptación por parte del padre condujo a situaciones de agresividad (39). Esto supone un indicador más de la relevancia de una intervención que tenga en cuenta el rol de ambos cuidadores, integradora, con perspectiva de género, que en última instancia se traduzca en una intervención más eficaz.

Bonfim *et al* también abordan el impacto emocional de los cuidadores debido al diagnóstico y a la decepción en la vida idealizada del niño, especialmente notable cuando la familia no cuenta con una red de soporte. En el estudio, se identifica a la escuela y sus profesionales como un punto de reconocimiento de los primeros síntomas, aunque debería ser también llevado a cabo en los seguimientos de atención primaria, como son las consultas rutinarias. Esto es un reflejo de la relevancia de la formación y entrenamiento especializado de los equipos para reconocer los primeros síntomas del TEA y para llevar a cabo de manera y tiempo adecuado una derivación. Teniendo en cuenta que la identificación e inicio de intervenciones tempranas llevan a un mejor pronóstico y mejora del desarrollo del niño, la coordinación entre los profesionales en la escuela, de atención primaria y de la familia, son fundamentales. Esta idea viene reforzada por el estudio de Calisto-Moreira *et al*, donde los autores concluyen que el diagnóstico precoz y oportuno del autismo constituye un pilar fundamental en el desarrollo e inserción social del niño, y pone además el foco en el empoderamiento y formación de la familia, abogando por un acompañamiento y orientación adecuados (a menudo escaso o de difícil acceso), para satisfacer las diferentes necesidades de los niños.

Otro aspecto importante que aborda el estudio de Bonfim *et al* es la soledad, o sensación de **aislamiento**. Las familias de niños con TEA reportan comúnmente dificultad para establecer o mantener relaciones, o directamente aislamiento, bien por falta de educación o formación en cuanto al TEA, o directamente por actitudes discriminatorias (39). Por tanto, es muy importante la aplicación de medidas de

sensibilización y concienciación social que atenúen estos comportamientos, y favorezcan la tan necesaria integración social de los niños con TEA y de sus familias. Todos los estudios abordados, respaldan los beneficios de una evaluación clínica precisa y un abordaje precoz, personalizado y continuado para cada caso, que a menudo se ve dificultado por el contexto específico del propio niño y de las familias, proponiendo la formación constante y cooperación multidisciplinar para mitigar estas dificultades.

6. CONCLUSIONES

El rol y las intervenciones de enfermería son clave, ya que son los profesionales sanitarios los que deben crear un vínculo afectivo y seguro con el niño. No obstante, la evidencia científica aún es limitada y, en ocasiones, es necesario un mayor esfuerzo en la formación e información para el personal de enfermería en cuanto al TEA.

Un abordaje y manejo multidisciplinar de los profesionales de educación y de enfermería, así como el desarrollo de planes previos que involucren a los padres, es crucial para la continuidad y mejora de los cuidados en los niños con TEA.

La calidad y número de estudios evaluando las estrategias de enfermería aplicadas a ámbitos clave como el lenguaje, la nutrición, higiene o autocuidado es aún escasa en la literatura. No obstante, se alienta al estudio individualizado de cada niño para comprender y valorar a cada uno de ellos para aplicar intervenciones adaptadas.

Una intervención integradora que involucre a ambos cuidadores podría traducirse en intervenciones más eficaces.

El diagnóstico precoz y la implementación temprana de intervenciones conducen a un mejor pronóstico y progreso en el desarrollo del niño.

La aplicación de medidas de sensibilización y concienciación social podrían favorecer la integración social de los niños con TEA y sus familias.

7. **BIBLIOGRAFÍA**

1. Albores-Gallo L, Hernández-Guzmán L, Díaz-Pichardo JA, Cortes-Hernández B. Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo: Una discusión. Salud mental. febrero de 2008;31(1):37-44.
2. Artigas-Pallares J, Paula I. El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. septiembre de 2012;32(115):567-87.
3. Rosen NE, Lord C, Volkmar FR. The Diagnosis of Autism: From Kanner to DSM-III to DSM-5 and Beyond. J Autism Dev Disord. 2021;51(12):4253-70.
4. Kanner L. Autistic Disturbances of Affective Contact. Nervous Child. 2(3):217-50.
5. Parellada M. El destino del diagnóstico de síndrome de Asperger. ¿Qué le depara el futuro al síndrome de Asperger? Rev Psiquiatr Salud Ment. 1 de julio de 2020;13(3):115-7.
6. Wing L. Asperger's syndrome: a clinical account. Psychol Med. 1 de febrero de 1981;11(1):115-29.
7. Kendell RE. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed., revised (DSM-III-R). AJP. octubre de 1988;145(10):1301-2.
8. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. 5ª ed. Arlington VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
9. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013. xlv, 947 p. (Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed).
10. Trastornos del espectro autista - Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) [Internet]. [citado 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-del-espectro-autista>

11. Coelho-Medeiros ME, Bronstein J, Aedo K, Pereira JA, Arraño V, Perez CA, et al. M-CHAT-R/F Validation as a screening tool for early detection in children with autism spectrum disorder. *Rev Chil Pediatr.* octubre de 2019;90(5):492-9.
12. Galbe Sánchez-Ventura J, Pallás Alonso CR, Rando Diego Á, Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Colomer Revuelta J, Cortés Rico O, et al. Detección precoz de los trastornos del desarrollo (parte 2): trastornos del espectro autista. *Pediatría Atención Primaria.* septiembre de 2018;20(79):277-85.
13. ADOS-2. Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo - 2 [Internet]. [citado 11 de abril de 2024]. Disponible en: <https://web.teaediciones.com/ADOS-2-Escala-de-Observacion-para-el-Diagnostico-del-Autismo---2.aspx>
14. ADI-R. Entrevista para el Diagnóstico del Autismo - Revisada [Internet]. [citado 11 de abril de 2024]. Disponible en: <https://web.teaediciones.com/adi-r-entrevista-para-el-diagnostico-del-autismo---revisada.aspx>
15. Chaste P, Leboyer M. Autism risk factors: genes, environment, and gene-environment interactions. *Dialogues Clin Neurosci.* septiembre de 2012;14(3):281-92.
16. Fombonne É. Current issues in epidemiological studies of autism. *Psicologia: teoria e prática.* diciembre de 2019;21(3):405-17.
17. Franz L, Chambers N, von Isenburg M, de Vries PJ. Autism spectrum disorder in sub-saharan africa: A comprehensive scoping review. *Autism Res.* mayo de 2017;10(5):723-49.
18. Raina SK, Chander V, Bhardwaj AK, Kumar D, Sharma S, Kashyap V, et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder among Rural, Urban, and Tribal Children (1–10 Years of Age). *J Neurosci Rural Pract.* 2017;8(3):368-74.
19. Zeidan J, Fombonne E, Scora J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Res.* mayo de 2022;15(5):778-90.

20. Elsabbagh M, Divan G, Koh YJ, Kim YS, Kauchali S, Marcín C, et al. Global Prevalence of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders. *Autism Res.* junio de 2012;5(3):160-79.
21. Chaaya M, Saab D, Maalouf FT, Boustany RM. Prevalence of Autism Spectrum Disorder in Nurseries in Lebanon: A Cross Sectional Study. *J Autism Dev Disord.* 1 de febrero de 2016;46(2):514-22.
22. Frazier TW, Georgiades S, Bishop SL, Hardan AY. Behavioral and Cognitive Characteristics of Females and Males With Autism in the Simons Simplex Collection. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* marzo de 2014;53(3):329-340.e3.
23. Beggiato A, Peyre H, Maruani A, Scheid I, Rastam M, Amsellem F, et al. Gender differences in autism spectrum disorders: Divergence among specific core symptoms. *Autism Research.* 2017;10(4):680-9.
24. Van Wijngaarden-Cremers PJM, van Eeten E, Groen WB, Van Deurzen PA, Oosterling IJ, Van der Gaag RJ. Gender and Age Differences in the Core Triad of Impairments in Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Autism Dev Disord.* 1 de marzo de 2014;44(3):627-35.
25. Hirota T, King BH. Autism Spectrum Disorder: A Review. *JAMA.* 10 de enero de 2023;329(2):157-68.
26. Karst JS, Van Hecke AV. Parent and Family Impact of Autism Spectrum Disorders: A Review and Proposed Model for Intervention Evaluation. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 1 de septiembre de 2012;15(3):247-77.
27. Reichow B, Hume K, Barton EE, Boyd BA. Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev.* 9 de mayo de 2018;2018(5):CD009260.
28. Jerônimo TGZ, Mazzaia MC, Viana JM, Chistofolini DM. Nurses' care to children and adolescents with autism spectrum disorder. *Acta paul enferm.* 30 de junio de 2023;36:eAPE030832.
29. Lucas C, Mahler K, Tierney CD, Olympia RP. School Nurses on the Front Lines of Health Care: How to Help Students With Autism Spectrum Disorder

Navigate a Meltdown in School. NASN School Nurse. 1 de mayo de 2020;35(3):143-6.

30. McIntosh CE, Thomas CM, Brattain CK. Nurses Identify Education and Communication Among Professionals as Essential in Serving ASD Children. NASN School Nurse. 1 de mayo de 2016;31(3):164-9.

31. Rutkowski EM, Brimer D. Physical Education Issues for Students With Autism: School Nurse Challenges. The Journal of School Nursing. 1 de agosto de 2014;30(4):256-61.

32. Wood EB, Halverson A, Harrison G, Rosenkranz A. Creating a Sensory-Friendly Pediatric Emergency Department. Journal of Emergency Nursing. 1 de julio de 2019;45(4):415-24.

33. Quiban C. Addressing Needs of Hospitalized Patients With Autism: Partnership With Parents. Critical Care Nursing Quarterly. marzo de 2020;43(1):68.

34. Gettis MA, Wittling K, Palumbo-Dufur J, McClain A, Riley L. Identifying Best Practice for Healthcare Providers Caring for Autistic Children Perioperatively. Worldviews on Evidence-Based Nursing. 2018;15(2):127-9.

35. Shakes P, Cashin A. Identifying Language for People on the Autism Spectrum: A Scoping Review. Issues in Mental Health Nursing. 3 de abril de 2019;40(4):317-25.

36. McIntosh CE, Kandiah J, Boucher NR. Practical Considerations for School Nurses in Improving the Nutrition of Children With Autism Spectrum Disorder. NASN School Nurse. 1 de septiembre de 2019;34(5):296-302.

37. McIntosh CE, Gundlach J, Brelage P, Snyder S. School Nurses Increasing the Compliance of Hygiene Routines for Students With Autism Spectrum Disorder. NASN School Nurse. 1 de septiembre de 2018;33(5):319-23.

38. Rodrigues PM da S, Albuquerque MC dos S de, Brêda MZ, Bittencourt IG de S, Melo GB de, Leite A de A. Self-care of a child with autism spectrum by means of Social Stories. Esc Anna Nery. 16 de febrero de 2017;21:e20170022.

39. Bonfim T de A, Giacon-Arruda BCC, Hermes-Uliana C, Galera SAF, Marcheti MA. Family experiences in discovering Autism Spectrum Disorder:

implications for family nursing. Rev Bras Enferm. 25 de noviembre de 2020;73:e20190489.

40. Calisto-Moreira C, Barría-Maldonado D, Muñoz-Morales M, Villa-Velásquez J, Calisto-Moreira C, Barría-Maldonado D, et al. Percepciones sobre la atención de enfermería en madres de hijos con trastornos del espectro autista. Index de Enfermería. diciembre de 2022;31(4):260-4.

8. ANEXOS

Anexo 1: Tabla resumen de los 13 estudios seleccionados para su revisión. Elaboración propia.

<i>Título original del artículo</i>	<i>Autor y Año</i>	<i>Tipo de artículo</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Resultados y conclusiones</i>
<i>Nurses' care to children and adolescents with autism spectrum disorder</i>	Jerónimo et al (2023) (28)	Estudio exploratorio, descriptivo, transversal y cualitativo.	Comprender cómo es la atención brindada por los enfermeros en el cuidado de niños con TEA	La formación y educación permanente del enfermero permite superar las dificultades en la atención de niños con TEA.
<i>School nurses on the front lines of health care</i>	Lucas et al (2020) (29)	Presentación de un caso	Desarrollar desde el rol enfermero escolar la evaluación y manejo de los comportamientos físicos y mentales de los niños con TEA	Si la intervención enfermera en el entorno escolar funciona, no sería necesario realizar ninguna acción mientras que, si no funciona, es necesario hablar con los padres o tutores para determinar en conjunto posibles soluciones con respecto al comportamiento
<i>Nurses identify education and communication among professionals</i>	McIntosh et al (2016) (30)	Estudio cualitativo de grupo focal	Elaborar un plan de acción desde el rol enfermero escolar para abordar las necesidades de educación continua y reforzar la comunicación	La falta de comunicación y coordinación entre las enfermeras escolares, profesionales de educación y padres en el desarrollo de planes de

<i>as essential in serving ASD children</i>			entre los profesionales del entorno escolar en la atención de niños con TEA	intervención puede desencadenar errores en el diagnóstico y tratamiento de los niños con TEA. Es importante mejorar dicha comunicación para dar una atención y apoyo óptimo
<i>Physical Education Issues for students with autism: School nurse challenges</i>	Rutkowski y Brimer (2014) (31)	Revisión	Colaborar y visibilizar desde el rol enfermero escolar a los profesores en la elaboración de adaptaciones curriculares en el ámbito de la Educación Física para mejorar las habilidades sociales y de actividad física en niños con TEA	Dadas las limitaciones motoras, emocionales y sociales en los niños con TEA, resulta importante realizar una adaptación en la enseñanza en la Educación Física en estos niños debido a que juega un papel fundamental en la promoción de la salud, manejo de sus comportamientos y consecución de resultados en el ámbito escolar
<i>Creating a sensory-friendly pediatric emergency department</i>	Wood et al (2019) (32)	Estudio cualitativo descriptivo	Desarrollar un espacio en las Urgencias Pediátricas destinado a los niños con TEA dónde encuentren un entorno adaptado a nivel sensorial y emocional,	Se logró establecer un espacio adaptado a las necesidades sensoriales de los niños neurodiversos, permitiendo obtener una experiencia reconfortante durante

			favoreciendo una atención más cómoda y menos traumática	su visita a las Urgencias Pediátricas.
<i>Addressing needs of hospitalized patients with autism</i>	Quiban (2020) (33)	Revisión	Evaluar los métodos de comunicación del niño con TEA y la implementación de una atención centrada en el paciente	La interacción entre padres de niños con TEA y enfermeras durante la hospitalización es esencial en el cuidado diario y recuperación de estos niños
<i>Identifying best practice for healthcare providers caring for autistic children perioperatively</i>	Gettis et al (2018) (34)	Revisión de la literatura	Elaborar planes de cuidados e intervenciones efectivas para reducir el estrés y mejorar la comunicación con los niños con TEA en el quirófano	Gracias al conjunto de informaciones obtenidas mediante la evidencia científica y la facilitada por los padres de los niños con TEA que acuden a quirófano, se ha conseguido realizar intervenciones efectivas durante el perioperatorio
<i>Identifying language for people on the Autism Spectrum: A scoping review</i>	Shake y Cashin (2019) (35)	Revisión de la literatura	Analizar datos empíricos, conocimientos y discusiones relacionados con el lenguaje en niños con TEA	Es fundamental que las enfermeras de salud mental reconozcan las peculiaridades de los lenguajes en los niños con TEA, para poder adaptarse y proporcionar el apoyo necesario
<i>Practical considerations for</i>	McIntosh et al	Revisión narrativa	Brindar a las enfermeras escolares de consejos prácticos en la	Un constante intercambio de información, añadido a una

<i>school nurses in improving the nutrition of children with Autism Spectrum Disorder</i>	(2019) (36)		selección específica de alimentos destinados a los niños con TEA y elaborar estrategias que ayuden a los padres en la promoción de hábitos alimenticios más saludables	comunicación eficaz entre enfermera escolar y padres con niños con TEA en referencia a la nutrición es fundamental para disminuir problemas de desnutrición y desarrollo de hábitos saludables de alimentación
<i>School nurses increasing the compliance of higiene routines for students with Autism Spectrum Disorder</i>	McIntosh et al (2018) (37)	Revisión narrativa	Brindar a las enfermeras escolares y al resto de profesionales sanitarios estrategias de intervención efectiva relacionadas con la rutina en la higiene en los niños con TEA	La atención de la enfermera escolar es esencial en el desarrollo de los niños con TEA. Por ello, son las personas más adecuadas para desarrollar estrategias efectivas en la educación de medidas de higiene rutinarias
<i>Self-care of a child with autism spectrum by means of Social Stories</i>	Rodrigues et al (2017) (38)	Estudio cualitativo descriptivo	Implementar una estrategia que combine la Teoría del Autocuidado descrita por Dorothea Orem y las Historias Sociales como método de aprendizaje para fomentar el autocuidado en niños con TEA	La combinación realizada entre la teoría del autocuidado y las Historias Sociales resultó ser eficaz e impulsó el autocuidado en el niño con TEA

<i>Family experiences in discovering Autism Spectrum Disorder: implications for family nursing</i>	Bonfim et al (2020) (39)	Estudio cualitativo y descriptivo	Describir la experiencia de la familia en el proceso de descubrimiento del diagnóstico e inicio del tratamiento del niño con TEA	La implicación y apoyo de la enfermera y del equipo multidisciplinar es importante para las familias y niños con TEA tanto en el proceso de diagnóstico como en el inicio del tratamiento
<i>Percepciones sobre la atención de enfermería en madres de hijos con trastornos del espectro autista</i>	Calisto-Moreira et al (2022) (40)	Estudio cualitativo descriptivo, de carácter exploratorio, con enfoque fenomenológico	Analizar las experiencias de madres, cuidadoras de niños y niñas entre 3 y 9 años con TEA en relación a la atención de enfermería recibida	La atención realizada por la enfermera a las madres cuidadoras de niños con TEA fue adecuada y empática pero la relación terapéutica establecida fue limitada, destacando la necesidad de mejorarla