

# **Pla d'atenció a les persones en l'espectre autista**

## **Proposta d'atenció esglaonada a la Xarxa de Salut Mental**

**Juliol 2025**



**Generalitat  
de Catalunya**

**Direcció:**

Direcció General de Planificació en Salut  
Pla director de salut mental i addicions

**Coordinació:**

Dra. Maria J. Portella

*Afiliació: Institut de Recerca Sant Pau; Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM)*

**Autors:**

Coordinació de subgrup de treball: Dra. Maria Ribas

Coordinació de subgrup de treball: Dra. Cristina Lombardia

|                  |                 |                    |                |
|------------------|-----------------|--------------------|----------------|
| Aida Álvarez     | Elena Martínez  | Marcela Mezzatesta | Natàlia Radó   |
| Alba Verges      | Emilio Fortea   | Maria Rosa Padilla | Neus Elias     |
| Amaia Hervas     | Francesc Palau  | Marina Mestres     | Núria Tous     |
| Anna Bové        | Helena Rivera   | Mario Montero      | Raquel Monllor |
| Anna Gatell      | Jorge Lugo      | Meritxell Baro     | Susanna Esteba |
| Berta Salvadó    | Júlia Miralbell | Meritxell Saura    | Tali Vaimberg  |
| Blanca Garcia    | Lali Piera      | Mireia Gonzalez    | Valentín Bote  |
| Carles A. Vallvé | Laura Gispert   |                    |                |

**Alguns drets reservats**

© 2025, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a la pàgina [web de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

**Unitat promotora:**

Direcció General de Planificació en Salut.

**1a edició:**

Barcelona, juliol de 2025.

**Assessorament editorial:**

Gabinet del Conseller. Serveis editorials

**Assessorament lingüístic:**

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

**Pla editorial 2025:**

Núm. de registre: 13224

**DOI:**

10.62727//DSalut//13391

Disseny de plantilla accessible 1.07.

Oficina de Comunicació. Identitat Corporativa.

## Sumari

|          |                                                                                                                         |           |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>Presentació .....</b>                                                                                                | <b>6</b>  |
| <b>2</b> | <b>Introducció .....</b>                                                                                                | <b>6</b>  |
| <b>3</b> | <b>Context i abast del Pla d'atenció integral a les persones en l'espectre autista .....</b>                            | <b>7</b>  |
| 3.1.1    | Etiologia .....                                                                                                         | 10        |
| 3.2      | Atenció a l'autisme al llarg de tot el cicle vital .....                                                                | 11        |
| 3.3      | Manifestacions de l'autisme en relació amb el sexe/gènere .....                                                         | 12        |
| 3.3.1    | Epidemiologia .....                                                                                                     | 14        |
| 3.3.2    | Dades de Catalunya (2022).....                                                                                          | 16        |
| <b>4</b> | <b>Definició i desplegament del nou model d'atenció esglaonada a persones amb trastorns de l'espectre autista .....</b> | <b>22</b> |
| 4.1      | Detecció precoç del TEA .....                                                                                           | 24        |
| 4.1.1    | Senyals d'alarma .....                                                                                                  | 24        |
| 4.1.2    | Factors de risc .....                                                                                                   | 25        |
| 4.1.3    | Instruments de detecció i cribratge .....                                                                               | 26        |
| 4.2      | Avaluació diagnòstica del TEA.....                                                                                      | 26        |
| 4.2.1    | Procés d'avaluació diagnòstica .....                                                                                    | 27        |
| 4.2.2    | Informar el diagnòstic .....                                                                                            | 30        |
| 4.3      | Procés d'intervenció i tractament per persones amb TEA.....                                                             | 30        |
| 4.3.1    | Elements bàsics de la intervenció per persones amb TEA.....                                                             | 31        |
| 4.3.2    | Requisits del procés d'intervenció per a persones amb TEA.....                                                          | 32        |
| 4.3.3    | Procediments assistencials per atendre persones amb TEA.....                                                            | 34        |
| 4.4      | Model d'atenció esglaonat en salut mental i addiccions per a persones amb TEA .....                                     | 37        |
| 4.4.1    | Primer nivell d'atenció: atenció primària i comunitària (APiC) .....                                                    | 38        |
| 4.4.2    | Segon nivell d'atenció: atenció especialitzada comunitària .....                                                        | 39        |
| 4.4.3    | Tercer nivell d'atenció.....                                                                                            | 42        |
| 4.4.4    | Quart nivell d'atenció .....                                                                                            | 43        |
| 4.4.5    | Cinquè nivell d'atenció.....                                                                                            | 46        |

|          |                                                                      |           |
|----------|----------------------------------------------------------------------|-----------|
| 4.4.6    | Criteris d'atenció entre els diferents dispositius d'atenció.....    | 46        |
| 4.5      | Continuïtat assistencial entre nivells d'atenció.....                | 51        |
| <b>5</b> | <b>Formació.....</b>                                                 | <b>55</b> |
| <b>6</b> | <b>Resum dels àmbits d'actuació i les accions prioritàries .....</b> | <b>58</b> |
| <b>7</b> | <b>Apèndix.....</b>                                                  | <b>59</b> |
| 7.1      | Apèndix 1: Senyals d'alarma.....                                     | 59        |
| 7.2      | Apèndix 2: Instruments de detecció i cribratge .....                 | 67        |
| 7.3      | Apèndix 3: Tractaments basats en l'evidència .....                   | 71        |
| <b>8</b> | <b>Bibliografia.....</b>                                             | <b>79</b> |

## 1 Presentació

Durant el 2023 el Consell Assessor del Pla director de salut mental i addiccions va acordar dur a terme una revisió i actualització sobre l'atenció a l'autisme a la Xarxa de Salut Mental, i es va considerar oportú buscar una persona que coordinés la creació d'un grup de treball per portar a terme l'encàrrec, prenent el relleu a l'anterior Pla d'atenció integral a les persones amb trastorn de l'espectre autista (TEA) per tal d'ajustar-lo i actualitzar-lo en relació amb el model d'atenció esglaonat. A banda d'aquest objectiu més general, l'encàrrec tenia dos requeriments imprescindibles que s'havien de complir: l'atenció de l'autisme en totes les etapes vitals (més enllà de la infància i l'adolescència) per part de l'Administració pública i la inclusió d'una perspectiva de gènere genuïna que servís per abordar el decalatge en el diagnòstic i en la intervenció d'homes i de dones.

Amb aquest propòsit, es va crear el grup de Treball TEA i es van convidar professionals amb expertesa en TEA, associacions de TEA i primeres persones d'arreu de Catalunya. Per facilitar la feina encomanada, es va dividir en tres grans blocs temàtics per a la realització de la proposta que aquí es presenta:

- Definició del trastorn de l'espectre autista per establir un llenguatge comú
- Definició de les necessitats formatives dels professionals de tots i cadascun dels dispositius assistencials dins la Xarxa de Salut Mental, però també en atenció primària i comunitària
- Definició del model d'atenció esglaonada per al TEA.

Cadascun d'aquests blocs va estar liderat per una subcoordinadora, i els membres del grup de treball es van repartir segons la seva expertesa en cadascun d'aquests subgrups de treball.

L'objectiu d'aquest grup de treball format per experts, associacions d'autisme i primeres persones ha estat consensuar aquest **Pla d'atenció integral a les persones en l'espectre autista**, que persegueix fer un pas endavant per implementar criteris comuns de detecció precoç, diagnòstic i intervenció de l'autisme en totes les etapes vitals, amb una mirada especial a les dones, i assegurar una atenció de qualitat a aquestes persones, massa sovint oblidades i invisibilitzades per la xarxa pública sanitària.

## 2 Introducció

A Catalunya, com en molts altres indrets, l'atenció sanitària dels trastorns de l'espectre autista ha estat més treballada i desenvolupada en l'edat infantojuvenil. En aquest sentit, el Pla d'atenció integral a les persones en l'espectre autista, publicat al 2012 per la Generalitat de Catalunya, va suposar grans millores en el diagnòstic i en les intervencions. Amb la ingent feina feta per aquell grup de treball es va aconseguir disposar d'una eina que consensuava diferents tendències i

ideologies conceptuals i integrava la visió des de la neuropediatria, la psiquiatria, la psicologia, la psicopedagogia i l'educació. Tanmateix, aquest pla destacava la necessitat d'aplicar programes assistencials i terapèutics per a les persones adultes amb TEA i incorporava un epígraf sobre les diferències de gènere.

Durant aquesta darrera dècada, amb el creixement exponencial del nombre de publicacions científiques en autisme —d'unes dues mil publicacions el 2010 a més de 7.400 el 2023—, el coneixement sobre l'autisme ha augmentat i ha permès evidenciar que efectivament l'autisme és una condició que continua en la vida adulta, que afecta les persones de sexe femení i no binari, i que es manifesta de manera molt heterogènia entre individus i en el mateix individu al llarg de la vida, més enllà de la triada autista. Aquestes característiques defineixen necessitats d'atenció que han de ser considerades plenament per les administracions públiques, ni a escala sanitària però tampoc en l'àmbit social, laboral ni personal, per esmentar-ne uns exemples.

Paradoxalment, i potser de manera paral·lela, familiars i primeres persones s'han unit en associacions i fundacions arreu de Catalunya, a l'Estat Espanyol, i a la resta del món per conscienciar sobre l'autisme, per defensar els drets de les persones que en tenen i per oferir o rebre l'ajut que necessiten. Tenen ben interioritzat què és l'autisme i les seves necessitats d'atenció al llarg de tota la vida. La veu d'aquestes persones és fonamental per aconseguir el pas endavant en la implementació d'un pla d'atenció que cobreixi les necessitats sanitàries de les persones TEA, des que neixen fins que fineixen. En una societat del benestar aquest paper l'ha d'assumir l'Administració pública. Les persones autistes hi tenen tot el dret i en massa casos no el poden exercir.

Així doncs, presentem aquesta proposta d'atenció sanitària, consensuada entre professionals de la Xarxa de Salut Mental, de neuropediatria i d'atenció primària, de diferents associacions d'autisme que donen cobertura a aquestes necessitats i de primeres persones. El Pla es basa en el model d'atenció esglaonat que ja s'ha implementat en els trastorns de la conducta alimentària, i s'adapta a les necessitats assistencials de l'autisme. La implementació d'aquest Pla ha de permetre una atenció sanitària de qualitat durant tota la vida.

### **3 Context i abast del Pla d'atenció integral a les persones en l'espectre autista**

L'autisme és un trastorn o condició del neurodesenvolupament que perdura tota la vida, amb característiques centrals que inclouen dificultats persistents en les habilitats socials i la comunicació, així com la presència de comportaments estereotípics (rígids i repetitius), resistència al canvi o interessos restringits, que componen els dos elements nuclears per fer el diagnòstic de l'autisme. Altres característiques presents són la disfunció executiva (dificultats amb la flexibilitat cognitiva i conductual), la desregulació emocional (que sovint és l'àrea d'afectació que s'associa amb la simptomatologia psiquiàtrica i psicològica) i una sensibilitat

sensorial alterada (dificultats en el processament sensorial). La forma com es manifesta l'autisme en cada individu pot canviar en diferents etapes de la vida, en resposta a les intervencions i en presència de condicions coexistents, com les dificultats d'aprenentatge i l'existència de discapacitat intel·lectual o no, o la comorbiditat o coexistència d'altres condicions del neurodesenvolupament, mèdiques o psicològiques. Les característiques de l'autisme es poden modificar en gravetat i poden fluctuar amb el temps o en resposta a canvis en les circumstàncies i al grau de gravetat que presenti.

El Grup de Desenvolupament de Guies (GDG) reconeix que les variacions en la manera com es fan servir els termes per descriure l'autisme poden causar confusió, per tant diferents individus i grups tenen preferències per termes específics, com ara *trastorn de l'espectre autista* o *condició de l'espectre autista*. Algunes persones amb autisme i les seves famílies i cuidadors descriuen l'autisme com una diferència neurològica, per a la qual pot ser necessari l'accés a suport, en lloc de considerar-ho un trastorn. En aquest pla d'atenció es faran servir els termes *autisme*, *persona amb autisme*, *persona autista* i *TEA* i *CEA*, que són consistents en les principals guies internacionals (NICE, 2011a, NICE, 2012a). Aquests termes engloben tots els trastorns del desenvolupament generalitzat, trastorn de l'espectre autista i subgrups com es descriuen en documents recents de Salut, Oficina Nacional d'Auditoria i Comitè de Comptes Públics.

L'autisme es diagnostica típicament en la primera infància, detectable als 18 i 30 mesos de vida segons les guies més actualitzades (*American Academy of Pediatrics* i *National Institute of Health and Care Excellence*, respectivament), però moltes persones no reben el diagnòstic fins més endavant (de mitjana als 6 anys —a Catalunya, en un estudi publicat al 2019, la mitjana va ser de 8,8 anys— Pérez-Crespo *et al.*, 2019) o fins i tot en l'edat adulta, si és que acaben sent diagnosticades. L'epígraf de trastorns de l'espectre autista (TEA) és emprat en els dos manuals diagnòstics de referència a nivell internacional: El Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals, DSM-5-TR (5a edició, text revisat) (Associació Americana de Psiquiatria 2022) i la ICD-11 (Organització Mundial de la Salut, 2022). Aquests manuals són referents en relació amb els criteris per diagnosticar les persones dins l'espectre. Durant el procés de diagnosi, els professionals s'haurien de centrar en diferències clau en el desenvolupament, que normalment es produeixen al llarg de la infància. Algunes d'aquestes diferències poden ser subtils i, per tant, cal formació i experiència per detectar-les, ja siguin els elements nuclears o les altres manifestacions esmentades anteriorment. Tant si són subtils com si són més evidents (sobretot quan l'autisme s'acompanya de discapacitat intel·lectual o dificultats o manca de llenguatge verbal), el que cal determinar són les dificultats per adaptar-se a l'entorn i ajustar el tipus de suport, ajut o tractament que calgui.

El diagnòstic amb el DSM-5-TR s'ha d'acompanyar del nivell de gravetat: grau 1, «necessita ajuda»; grau 2, «necessita ajuda notable»; grau 3, «necessita ajuda molt notable». Aquesta especificació és clau per al model d'atenció, ja que qualsevol individu diagnosticat requereix suport i ajut. Altres especificacions que es preveuen en el DSM-5-TR i el ICD-11 es refereixen a la presència de comorbiditat psiquiàtrica, de discapacitat intel·lectual o d'alteracions genètiques, la qual cosa fa que cada cas sigui particular i únic. Cal fer esment que en l'actualitat l'atenció a les persones TEA amb grau 3 requereix recursos prou adaptats i integrats per atendre de forma específica les necessitats sanitàries, socioeducatives, judicials, etc.

Les persones autistes mostren una prevalença més alta de determinades malalties mèdiques, com ara epilèpsia, al·lèrgies, intoleràncies alimentàries i problemes gastrointestinals, entre d'altres, en comparació amb la població general (Al-Beltagi, 2021), però també un diagnòstic més tardà de patologies mèdiques, la qual cosa comporta una mortalitat més elevada i una esperança de vida més curta en aquesta població, sobretot en aquells pacients amb discapacitat intel·lectual (DI) acompanyant (Vogan *et al.*, 2017). Les evidències recents suggereixen que els adults amb autisme tenen més probabilitats de desenvolupar la malaltia d'Alzheimer i altres demències en comparació amb els adults neurotípics (Harker *et al.*, 2023). A banda de les dificultats en la comunicació i interacció social, les persones amb TEA experimenten altres obstacles, com l'alta tolerància al dolor, les alteracions sensorials i l'ansietat en situacions socials. També s'enfronten a vivències d'entorns hostils en les visites mèdiques i presenten dificultats per expressar malestar o demanar ajuda. Per aquest motiu, a diferents països, particularment als EUA (Mazurek *et al.*, 2023), es promou una gran tasca de psicoeducació, conscienciació i formació als diferents professionals que intervenen en l'atenció de l'autisme, més enllà dels serveis de salut, que inclouen els referents socials, educatius i la mateixa família. Els resultats dels estudis indiquen la necessitat de formar els proveïdors i d'implementar millores en el sistema de prestació de serveis de salut per satisfer millor aquestes necessitats úniques dels adults amb autisme.

Per tant, es destaca la importància de:

- Conscienciar sobre la detecció precisa de problemes de salut en persones amb TEA, tinguin discapacitat intel·lectual o no.
- Formar professionals de la salut per comprendre la diversitat d'expressió de problemes de salut en aquesta població i millorar-ne l'aproximació i la comunicació amb els pacients amb TEA.
- Adaptar entorns mèdics segurs, amables i amb una baixa estimulació sensorial per acomodar les necessitats de les persones amb TEA.
- Establir circuits especials d'atenció per a pacients amb TEA.

- Desenvolupar protocols específics d'exploració mèdica per minimitzar el patiment de les persones autistes i promoure una millor col·laboració amb els serveis de salut.

Tot i que encara hi ha molta feina a fer per entendre totalment l'autisme i desenvolupar tractaments més eficaços, aquesta definició considera la transcendència d'integrar les troballes més recents en neurociència i teràpia en la comprensió i abordatge de l'autisme en un context de neurodiversitat i respecte cap als individus autistes. En aquest sentit, cal tenir en compte el canvi de paradigma d'alguns col·lectius envers conceptes *neuroafirmatius*, que celebren aquesta diversitat a escala neurobiològica i que entenen l'autisme i altres condicions del neurodesenvolupament com una manera diferent de comunicar-se, pensar i interactuar amb l'entorn —i que accepten i incorporen en aquest nou paradigma les necessitats de suport i els reptes quotidians.

El cervell de les persones autistes (o amb autisme) funciona de manera diferent, i modifica la manera com aquestes persones es comuniquen i interactuen amb el món que els envolta. Per a moltes persones, el diagnòstic és una validació llargament esperada que els permet explicar el fet de sentir-se diferents. Pot proporcionar claredat, pertinença, tranquil·litat mental i suport.

No totes les persones autistes es veuen a elles mateixes com a discapacitades —l'autisme no s'hauria de considerar una discapacitat com a tal—, però això no treu que puguin requerir suport específic més enllà del sanitari (fer amistats, fer front a l'escola, gestionar aspectes laborals o a l'hora de sortir i participar en la comunitat).

### 3.1.1 Etiologia

L'autisme és un trastorn amb una base neurobiològica complexa. Les recents investigacions i metaanàlisis han proporcionat noves percepcions sobre les característiques neurobiològiques de l'autisme. S'han identificat patrons específics de desenvolupament cerebral, com ara l'augment de la connectivitat neuronal en algunes regions i la disminució en altres àrees, que s'han relacionat directament amb les característiques autistes i amb la simptomatologia associada (Shang *et al.*, 2023). Aquestes troballes han contribuït a entendre millor les bases neurobiològiques de l'autisme, però encara són temes d'investigació contínua. S'han descrit fins a 60 condicions neurològiques i metabòliques que tenen a veure directament amb l'autisme (per exemple, la síndrome del cromosoma X fràgil), però aquestes només podrien explicar un 10% dels casos, aproximadament (NICE). No se'n coneixen les causes, però l'evidència ha demostrat que els factors genètics contribueixen en un 40-80% al risc de TEA. Factors derivats de les variants genètiques, combinats amb els factors ambientals, com l'edat dels pares, les complicacions en el naixement i altres que encara no s'han identificat,

determinen el risc individual de desenvolupar aquesta condició complexa. El que sí que s'ha descartat és que factors com estils educatius, cures negligents, ús de vacunes o altres factors siguin causa inequívoca de l'autisme.

### 3.2 Atenció a l'autisme al llarg de tot el cicle vital

El diagnòstic de persones amb TEA és cada vegada més freqüent en el nostre entorn gràcies a tres punts clau: les **proves diagnòstiques**, la **formació dels professionals** i la **consciència social**. Des de l'inici, s'ha posat un fort èmfasi en el diagnòstic precoç per poder-hi intervenir al més aviat possible i, d'aquesta manera, millorar la qualitat de vida de les persones amb TEA. No obstant això, tenim una **població adulta** que, quan era menor d'edat, no va estar en un entorn tan especialitzat ni conscient com avui dia. Per aquest motiu, ara és important fer especial èmfasi en la detecció dels adults no diagnosticats amb TEA, amb presència de disfuncionalitat a la vida diària, que poden acudir als nostres serveis a la recerca d'ajuda a causa d'una **presentació atípica**, d'un **diagnòstic equivocat** que se'ls hagi donat o d'una **comorbiditat psiquiàtrica**. Aquest aspecte és especialment rellevant en la vellesa, moment vital on poden aparèixer altres determinants com la soledat, la manca de suport social i/o d'autocura, i una esperança de vida minvada associada amb una pitjor salut general.

Les persones amb TEA poden trobar-se reptes en el funcionament diari a la infància, l'adolescència, l'adulthood i la vellesa, i poden necessitar un suport diferent en funció de l'etapa de la vida. La revisió duta a terme per Chiang i Wineman al 2014 va revelar que l'edat correlaciona negativament amb la qualitat de vida dels infants amb TEA, i suggereix que cal ajustar els recursos, les estratègies i/o els serveis a mesura que creixin, ja que tindran diferents necessitats. En l'actualitat es busca un model que maximitzi el potencial de la persona, limiti les barreres que n'impedeixen el desenvolupament i adaptació a l'entorn (Lai, 2020).

Hi ha alguns estudis que han avaluat l'estabilitat del diagnòstic de TEA al llarg del temps, i han determinat que una minoria significativa de nens ja no complia els criteris diagnòstic després d'un període de seguiment, particularment aquells diagnosticats en l'etapa preescolar amb deteriorament cognitiu (Woolfenden *et al.*, 2012). La trajectòria de gravetat del TEA no és totalment consistent, ja s'observa una variabilitat significativa a llarg termini. A l'adolescència, alguns joves que han millorat després de la intervenció continuen necessitant suport, tant educatiu com mèdic, transcorreguts deu anys (Olsson MB, Westerlund J i Lundström S, 2015), mentre que altres joves amb TEA poden arribar a un nivell normalitzat de funcionament. El conjunt d'habilitats (factors protectors) relacionades amb aquesta millora inclou un quocient intel·lectual més alt, menys gravetat dels símptomes d'autisme, millor comprensió de les emocions i de la qualitat del joc (Di Renzo M *et al.*, 2021). Un altre aspecte important, associat amb l'evolució de la simptomatologia del TEA a l'adolescència, és l'entorn familiar. Miranda, Mira, Baixauli i Roselló (2023) evidencien la influència negativa d'un ambient familiar de risc en la gravetat del TEA i en el desenvolupament d'habilitats socioadaptatives. Així mateix, l'accés als serveis i la qualitat de l'atenció són factors que també

s'han associat a l'evolució de l'autisme en l'adolescència i joventut (Voss *et al.*, 2019), amb marcades diferències entre països i cultures. Al final de l'adolescència i el principi de l'adulthood és especialment important treballar específicament sobre la transició a l'edat adulta (NICE, 2012), però encara no hi ha consens sobre la millor manera de dur a terme aquest acompanyament. Actualment hi ha pocs recursos per planificar l'orientació laboral, l'habitatge i la independència (Turcotte, Mathew, Shea, Brusilovsky i Nonnemacher, 2016).

A l'edat adulta i la vellesa, les persones amb TEA es poden trobar un entorn més exigent i poden tenir dificultats a l'hora d'afrontar les experiències a l'àmbit laboral, les relacions socials i la vida autònoma (Robinson, Curwen i Ryan, 2012). Alguns adults poden ser diagnosticats en aquest moment gràcies a la creixent conscienciació sobre l'autisme, l'ampliació als criteris diagnòstics i la introducció del concepte d'espectre (Lai i Baron-Cohen, 2015). Aquestes persones poden beneficiar-se de grups de suport postdiagnòstic (Crompton, 2022). Alhora, les persones amb TEA adultes també tenen necessitat de rebre atenció clínica per als trastorns comòrbids que experimenten de manera freqüent (Buck, 2014).

Assegurar una feina apropiada és una de les maneres més efectives de garantir la qualitat de vida (Fuentes, Hervas, Howlin, 2020), tenint en compte que la qualitat de la feina, si la feina correspon als seus interessos, i el salari i beneficis poden influir en aquesta relació (Chiang i Wineman, 2014). A banda, és necessari afavorir que els adults i les persones grans participin en activitats d'oci, atès que s'associen amb una millor qualitat de vida (Chiang i Wineman, 2014).

En definitiva, és fonamental fer un bon diagnòstic en qualsevol etapa de la vida i oferir un acompanyament en totes les necessitats que requereixin suport en els diversos entorns de la vida de la persona autista per poder gaudir d'una vida plena.

### 3.3 Manifestacions de l'autisme en relació amb el sexe/gènere

La descripció actual de l'espectre de l'autisme té clarament un biaix de gènere. Les definicions i els criteris dels manuals de diagnòstic internacionals responen a les manifestacions prototípicament masculines. En aquest document, es fa referència a les diferències basades en el sexe assignat en néixer, ja que de moment només ens consta l'evidència científica amb perspectiva binària. Actualment se sap que la prevalença d'autisme femení és més alta del que s'estimava (1 dona: 2,5 homes) (Posserud *et al.*, 2021) i que les nenes, noies i dones manifesten els símptomes de manera diferent: tenen les mateixes dificultats per entendre el món social i rigidesa que els nens, nois i homes, però poden ser més comunicatives, desenvolupar estratègies per estar socialment més adaptades i presentar uns interessos restringits més subtils (Lai *et al.*, 2020). Entre aquestes estratègies destaca el camuflatge, que consisteix a posar en marxa conductes i processos cognitius per adaptar-se al funcionament social neurotípic (Cook *et al.*, 2021). Exemples de camuflatge poden ser observar i imitar la conducta dels altres, posar en marxa mecanismes compensatoris per evitar

conflictes en les relacions (per exemple, demanar disculpes per endavant per possibles errors) o limitar les conductes repetitives a contextos de confiança (Livingstone *et al.*, 2019). Altres característiques diferencials podrien ser:

- Més habilitats de comunicació, ús de gestos, mirades i expressions acceptades socialment, apreses per imitació.
- Més desig i interès en la interacció social. Poden arribar a tenir una amiga o una relació significativa, amb certa dependència i risc de relacions abusives.
- Interessos restringits que qualitativament s'assemblen als de les seves iguals sense autisme: dibuixar, manualitats, ballar, sèries, animals...
- Menys conductes repetitives de tipus motor.
- Presència de joc simbòlic durant la infància.

Aquest biaix de gènere ha comportat que les persones del sexe femení autistes tradicionalment hagin passat desapercebudes, amb un diagnòstic més tardà —si és que l'han rebut— i amb un llarg recorregut d'altres diagnòstics psiquiàtrics previs, especialment en els casos amb capacitats cognitives preservades (Bargiela *et al.*, 2016). Això els genera un malestar acumulatiu durant les diferents etapes vitals i els augmenta el risc de presentar comorbiditats amb problemes d'ansietat, depressió, autolesions i conducta suïcida, entre d'altres. Sovint aquests símptomes psiquiàtrics s'han manifestat a conseqüència de l'esforç de les nenes i dones autistes per camuflar les característiques autistes que aparentment les fa estar més «adaptades», però és a costa d'aquest gran patiment (Bargiela *et al.*, 2016).

Una altra característica és una gran sensibilitat envers l'estat emocional propi, dels altres i de l'entorn, però amb moltes dificultats per regular-se, la qual cosa constitueix un patró d'instabilitat i desregulació emocional constant (Beck *et al.*, 2020). Això implica un risc incrementat respecte de la població general de patir un altre trastorn psiquiàtric en algun moment de la vida (Green *et al.*, 2019), que de retruc emmascara el possible diagnòstic de TEA. El tipus de trastorns psiquiàtrics en les nenes i dones acostuma a ser internalitzant (ansietat i depressió); quant a l'externalitzant, és més comú en nois i homes (Hull *et al.*, 2021; Jadav *et al.*, 2022). També presenten un risc de suïcidi més alt (Nyrenius *et al.*, 2023) i les comorbiditats són freqüents (trastorns del desenvolupament —trastorns del llenguatge i TDAH—, fòbia social, trastorn per estrès posttraumàtic, trastorn obsessiu-compulsiu, trastorns de l'alimentació o trastorns de personalitat, entre d'altres (Lever *et al.*, 2016; Jadav *et al.*, 2022).

Finalment, és clau destacar que l'autisme sovint s'associa a transidentitat de gènere (Bouzy *et al.*, 2023). En la darrera dècada, nombroses investigacions han demostrat que entre un 5,7% i un 7,7% d'infants i adolescents amb una identitat de gènere no conforme compleixen amb els criteris de diagnòstic d'autisme o mostren trets autistes evidents (Warrier *et al.*, 2020). Es postula que les dificultats

socials relacionades amb l'autisme implicarien menys identificació amb les normes de gènere i menys pressió per conformar-se amb aquestes normes, fet que permetria un ventall més divers de gèneres en les persones autistes. Una metaanàlisi recent ha estimat que la prevalença de l'autisme en persones amb identitat de gènere trans és de l'11% (Kallitsounaki & Williams, 2022). D'altra banda, els experts en les dues àrees reclamen la necessitat d'una atenció especialitzada per a les persones amb aquesta doble identitat. Ja existeix evidència que apunta a la necessitat de proporcionar atenció especialitzada per a les persones transgènere amb autisme (Bouzy *et al.*, 2013).

Etapes vitals com l'adolescència, la maternitat o la vellesa, entre d'altres, són moments clau en què la salut mental d'aquestes persones pot estar més en risc. La gran vulnerabilitat en aquestes etapes està relacionada amb factors socials i ambientals (per exemple, canvis de rol, complexitat creixent i demanda d'autonomia), però també amb aspectes biològics, com ara més sensibilitat als canvis hormonals (Lever *et al.*, 2016; Moseley *et al.*, 2021). Per tot això, la detecció precoç de nenes, noies i dones és essencial, a fi de poder-los donar el suport que necessiten i per acompanyar-les en el procés de desenvolupament. Disposar dels recursos assistencials necessaris i ajudar-les a tenir més estratègies, per entendre el seu propi món intern i el dels altres, és clau per empoderar-les i fomentar-ne l'autonomia i qualitat de vida, però també ho és legitimar les seves necessitats i la seva manera de ser per tal que puguin acceptar-se tal com són i crear un entorn adequat a allò que necessiten (Livingston *et al.*, 2020). El biaix de gènere ha fet que no rebim els suports terapèutics, educatius, laborals, socials i familiars que els calen.

### 3.3.1 Epidemiologia

L'obtenció de dades sobre la prevalença i la incidència de nous casos de persones diagnosticades amb trastorn de l'espectre de l'autisme (TEA) és de gran importància per a estudiar si hi ha un augment real de casos, comprendre les seves causes i establir plans de detecció i atenció adequats, ajustant els recursos a la incidència del diagnòstic.

Els primers estudis sobre la prevalença del TEA es van desenvolupar entre el 1960 i el 1970, i van determinar que hi havia aproximadament quatre o cinc persones amb TEA per cada 10.000 naixements. Posteriorment, es van dur a terme estudis a Europa, com l'estudi «Autism Spectrum Disorders in Europe» (ASDEU), que ha mostrat prevalences que van de 5 a 12,2 per cada 1.000 nens i nenes de 7 a 9 anys. (Rasta *et al.*, 2023; Fuentes *et al.*, 2021; Scattoni, Fatta i Mical, 2023)

Si es tenen en compte les dades a escala internacional, els centres per al control i la prevenció de malalties (CDC) dels Estats Units van informar que el 2020 un de cada 36 nens havia estat diagnosticat amb trastorn de l'espectre de l'autisme (TEA), en contrast amb les xifres d'una dècada enrere, quan es registrava un cas per cada 150 persones. Altres estudis indiquen que la prevalença del TEA a

Amèrica del Nord i Europa se situa de mitjana al voltant del 0,90% i el 0,61%, respectivament (Pérez-Crespo *et al.*, 2019). Aquestes dades només es veurien parcialment confirmades amb el nombre de casos atesos als CSM de Catalunya, ja que encara quedarien casos sense diagnosticar i/o seguir.

Entre les causes que poden haver contribuït a aquest augment de la prevalença, se'n discuteixen diverses. Una d'aquestes causes és l'aparició a la dècada dels vuitanta de la tercera edició del *Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals* (DSM-III). Aquesta edició del manual va introduir criteris diagnòstics específics per a l'autisme infantil, fet que va provocar un augment de la detecció dels casos de TEA, que van passar de 3,3 casos per cada 10.000 naixements en un rang d'edat de 3 a 18 anys. Actualment, els estudis epidemiològics presenten dades que estan molt lluny de les anteriors. El 2019, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va afirmar que un de cada 160 nens té un trastorn de l'espectre autista. Altres raons d'aquest augment podrien ser una actualització dels criteris de diagnòstic, una millor precisió en els procediments i les eines diagnòstiques, la millora en la formació dels professionals, un ampli reconeixement per part de les famílies i un augment de la conscienciació social.

A més d'això, s'han recollit dades aïllades de diferents regions d'Espanya. A les Illes Canàries, s'estima una prevalença del 0,61% en infants de 18 mesos a 3 anys, mentre que a Galícia se situa en el 0,85% en nens de 0 a 14 anys, i a Castella i Lleó en el 0,92% en infants de 18 mesos a 3 anys. A Catalunya, la prevalença és del 2% en infants de 3 a 6 anys.

Encara que a Espanya no hi ha censos oficials de persones amb TEA, els estudis epidemiològics que s'han fet a Europa indiquen aproximadament un cas de TEA per cada cent naixements, total que equivaldria a més de 450.000 persones amb TEA al país. Si es tenen en compte les famílies afectades, aquesta xifra s'eleva a prop de 1,5 milions de persones aproximadament. Les dades estimades de prevalença pel Sistema Nacional de Salut (SNS) de trastorns generalitzats del desenvolupament (que inclouen trastorn autista, síndrome d'Asperger i trastorns de l'espectre autista) en centres d'atenció primària de vuit comunitats autònomes es detallen a la taula 1 (any 2021):

**Taula 1.** Prevalença estimada de trastorns generalitzats del desenvolupament del Sistema Nacional de Salud (SNS).

| Edat                           | Home          | Dona          | Total          |
|--------------------------------|---------------|---------------|----------------|
| 0-14 anys                      | 53.839        | 11.352        | 68.191         |
| 15-34 anys                     | 31.125        | 7.081         | 38.206         |
| 15-64 anys                     | 3.593         | 1.577         | 5.170          |
| 65 anys i més                  | 241           | 166           | 407            |
| <b>Total</b>                   | <b>88.798</b> | <b>20.176</b> | <b>108.974</b> |
| <b>Taxa x 10.000 habitants</b> |               |               |                |
| 0-14 anys                      | 1,70          | 0,38          | 1,06           |
| 15-34 anys                     | 0,63          | 0,15          | 0,39           |
| 15-64 anys                     | 0,03          | 0,02          | 0,02           |
| 65 anys i més                  | 0,01          | 0             | 0              |
| <b>Total</b>                   | <b>0,4</b>    | <b>0,09</b>   | <b>0,24</b>    |

### 3.3.2 Dades de Catalunya (2022)

L'any 2022 es van atendre als CSM de Catalunya 17.491 persones amb diagnòstic de TEA, xifra que representa un 24,1 x 10.000\* habitants de la població de Catalunya (taula 2). A més, 2.090 persones tenien el TEA com a diagnòstic secundari.

- 4.016 (22,96%) persones amb TEA es van visitar per primera vegada al CSM l'any 2022.
- Menys d'una quarta part de les persones ateses amb TEA van ser dones (3.721 – 21,27%).
- La prevalença atesa x 10.000 habitants més elevada es registra en els menors d'edat, amb un 113,5.

**Taula 2.** Persones ateses CSM, gènere i edats. Taxa per 10.000 habitants. Catalunya 2022.

| CMBD-SMP 2022                   | N      | %      | Taxa x 10.000*<br>habitants |
|---------------------------------|--------|--------|-----------------------------|
| <b>TEA diagnòstic principal</b> | 17.491 |        | 24,1                        |
| <b>Primeres visites</b>         | 4.016  | 22,96% | 5,5                         |
| <b>Homes</b>                    | 13.770 | 78,73% | 38,4                        |
| <b>Dones</b>                    | 3.721  | 21,27% | 10,1                        |
| <b>Fins 11 anys</b>             | 7.698  | 44,01% | 95,3                        |
| <b>12-25 anys</b>               | 8.743  | 49,99% | 80,7                        |
| <b>26-64 anys</b>               | 1.035  | 5,92%  | 2,6                         |
| <b>65 anys i més</b>            | 15     | 0,09%  | 0,1                         |
| <b>&lt;18 anys</b>              | 14.684 | 83,95% | 113,5                       |
| <b>&gt;=18 anys</b>             | 2.807  | 16,05% | 4,7                         |

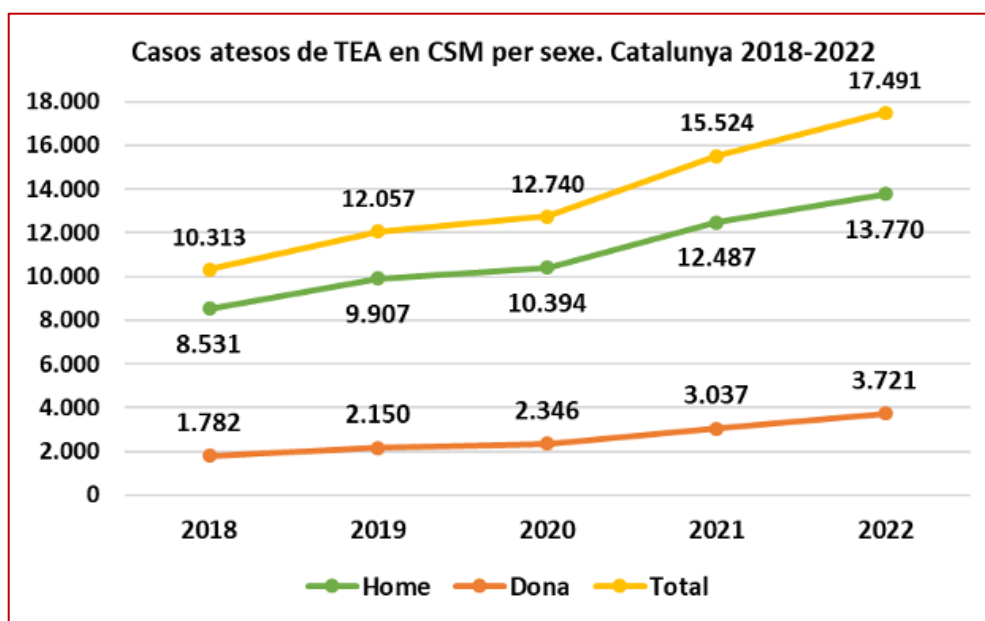
Les dones van representar un 21,3% del total, amb un percentatge lleugerament superior al 25,0% en primeres visites. A mesura que augmenta l'edat, el percentatge de dones ateses en CSM respecte del total s'anava incrementant (vegeu taula 3), i això confirmava el biaix de sexe esmentat més amunt.

**Taula 3.** Persones ateses al CSM per sexe. Catalunya 2022.

| CMBD-SMP 2022    | Home   | Dona  | Total  | % Dona |
|------------------|--------|-------|--------|--------|
| TEA              | 13.770 | 3.721 | 17.491 | 21,3%  |
| Primeres visites | 3.011  | 1.005 | 4.016  | 25,0%  |
| Fins 11 anys     | 6.294  | 1.404 | 7.698  | 18,2%  |
| 12-25 anys       | 6.733  | 2.010 | 8.743  | 23,0%  |
| 26-64 anys       | 733    | 302   | 1.035  | 29,2%  |
| 65 anys i més    | 10     | 5     | 15     | 33,3%  |
| <18 anys         | 11.662 | 3.022 | 14.684 | 20,6%  |
| >=18 anys        | 2.108  | 699   | 2.807  | 24,9%  |

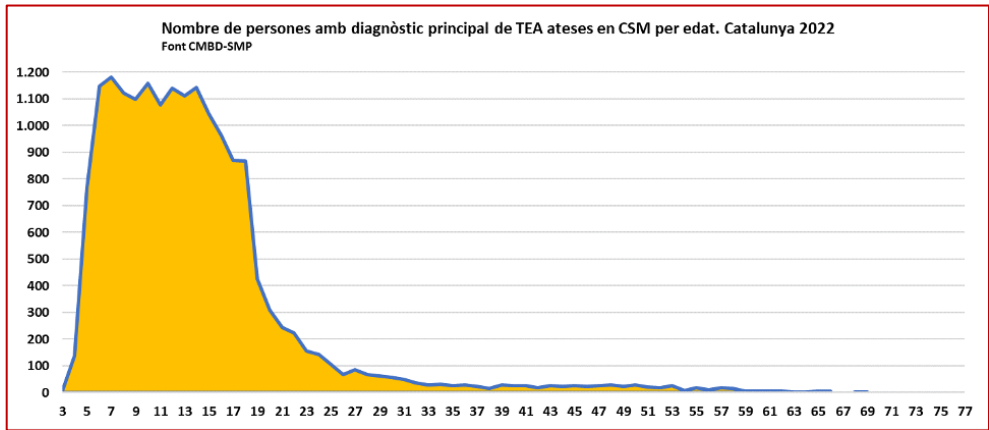
Les dades indiquen un increment en el nombre de casos atesos als CSM (el 2022, un 12,7% més respecte de l'any anterior, i un 69,6% més respecte del 2018), que es podria explicar per una consciència més gran respecte a l'autisme, i en particular, la prevalença en dones, tal com es pot observar a la figura 1. Durant el 2022 es van atendre un 22,5% més de dones i 10,3% més d'homes, respecte de l'any anterior; aquest creixement va ser d'un 108,8% en dones i d'un 61,4% en homes respecte de l'any 2018.

**Figura 1.** Persones amb TEA ateses al CSM per sexe. Catalunya 2018-2022.



D'altra banda, també confirmen el biaix en les diferents etapes de la vida, amb una prevalença atesa per cada 10.000 habitants de 102,3 en infants fins als 11 anys, de 91,9, en adolescents i joves entre 12 i 25 anys, i de només 3,4 en adults i persones grans (figura 2).

**Figura 2.** Edat de les persones ateses al CSM. Catalunya 2022.

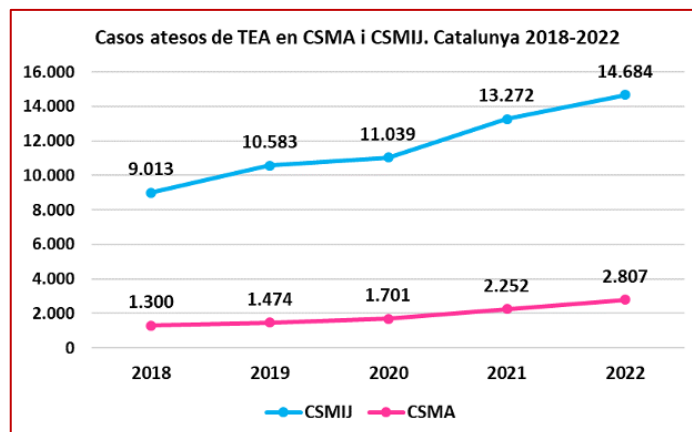


El nombre de casos amb TEA atesos al CSMIJ el 2022 ha augmentat un 10,6% respecte de l'any anterior i un 62,9% respecte del 2018. Al CSMA el nombre de casos atesos és molt inferior que al CSMIJ, però les pujades respecte d'altres anys són molt superiors; han augmentat un 24,6% respecte de l'any anterior i un 115,9% respecte del 2018 (taula 4 i figura 3).

**Taula 4.** Persones ateses al CSMA i CSMIJ. Catalunya 2018-2022.

| TEA                | CSMIJ  | CSMA   | Total  |
|--------------------|--------|--------|--------|
| 2018               | 9.013  | 1.300  | 10.313 |
| 2019               | 10.583 | 1.474  | 12.057 |
| 2020               | 11.039 | 1.701  | 12.740 |
| 2021               | 13.272 | 2.252  | 15.524 |
| 2022               | 14.684 | 2.807  | 17.491 |
| Variació 2018-2022 | 62,9%  | 115,9% | 69,6%  |
| Variació 2021-2022 | 10,6%  | 24,6%  | 12,7%  |

**Figura 3.** Nombre de persones amb TEA ateses al CSMIJ i CSMA. Catalunya 2018-2022.



Quant a l'atenció hospitalària, l'any 2022 es van comptabilitzar a Catalunya 496 ingressos amb diagnòstic principal de TEA, xifra que representa una taxa de 0,7 x 10.000 habitants de la població de Catalunya (taula 5).

- 190 (38,3%) dels ingressos de persones TEA van ser dones.
- La taxa d'ingressos x 10.000 habitants més elevada es va registrar en el grup d'edat dels 12 als 25 anys amb una taxa de 3,7.
- El 85% dels ingressos del 2022 van ser a les unitats d'aguts.

**Taula 5.** Nombre d'ingressos hospitalaris amb diagnòstic principal de TEA i taxa per 10.000 habitants. Catalunya 2022.

| CMBD-SMHAH 2022                 | N   | %     | Taxa hosp.<br>x 10.000 hab. |
|---------------------------------|-----|-------|-----------------------------|
| <b>TEA Diagnòstic Principal</b> | 496 |       | 0,7                         |
| <b>Homes</b>                    | 306 | 61,7% | 0,9                         |
| <b>Dones</b>                    | 190 | 38,3% | 0,5                         |
| <b>Fins a 11 anys</b>           | 35  | 7,1%  | 0,4                         |
| <b>12-25 anys</b>               | 398 | 80,2% | 3,7                         |
| <b>26-64 anys</b>               | 63  | 12,7% | 0,2                         |
| <b>65 anys i més</b>            | 0   | 0,0%  | 0,0                         |
| <b>&lt;18 anys</b>              | 288 | 58,1% | 2,2                         |
| <b>&gt;=18 anys</b>             | 208 | 41,9% | 0,3                         |

És una dada destacable que el 21,3% de les persones ateses al CSM l'any 2022 són dones; en canvi, representen el 38,3% dels ingressos hospitalaris (taula 6).

**Taula 6.** Nombre d'ingressos hospitalaris amb diagnòstic principal de TEA per sexe. Catalunya 2022.

| CMBD- SMHAH 2022      | Home | Dona | Total | % Dona |
|-----------------------|------|------|-------|--------|
| <b>TEA</b>            | 306  | 190  | 496   | 38,3%  |
| <b>Fins a 11 anys</b> | 31   | 4    | 35    | 11,4%  |
| <b>12-25 anys</b>     | 230  | 168  | 398   | 42,2%  |
| <b>26-64 anys</b>     | 45   | 18   | 63    | 28,6%  |
| <b>65 anys i més</b>  | 0    | 0    | 0     |        |
| <b>&lt;18 anys</b>    | 166  | 122  | 288   | 42,4%  |
| <b>&gt;=18 anys</b>   | 140  | 68   | 208   | 32,7%  |

Novament es detecten increments en els percentatges d'ingressos hospitalaris respecte d'anys anteriors. Durant el 2022 hi va haver un 23,9% més d'ingressos amb diagnòstic principal de TEA respecte de l'any anterior: 22,6% més en dones i 23,9% més en homes. Les variacions respecte de l'any 2019 són superiors, amb un augment global del 96,8%, d'un 153,3% de dones i d'un 73,9% d'homes.

**Taula 7.** Nombre d'ingressos hospitalaris amb diagnòstic principal de TEA per sexe. Catalunya 2019-2022

|                           | Home  | Dona   | Total | % Dona |
|---------------------------|-------|--------|-------|--------|
| <b>2019</b>               | 176   | 75     | 252   | 29,8%  |
| <b>2020</b>               | 197   | 71     | 269   | 26,4%  |
| <b>2021</b>               | 247   | 155    | 402   | 38,6%  |
| <b>2022</b>               | 306   | 190    | 496   | 38,3%  |
| <b>Variació 2019-2022</b> | 73,9% | 153,3% | 96,8% |        |
| <b>Variació 2021-2022</b> | 23,9% | 22,6%  | 23,4% |        |

Finalment, les dades analitzades en relació amb el territori, el percentatge de persones amb TEA majors de 18 anys ateses als CSMA durant l'any 2022 canvia des d'un 0% a la Regió Sanitària de l'Alt Pirineu i Aran fins a un 3,5% a la Regió Sanitària de la Catalunya Central, amb una mitjana d'1,3%. En el cas dels CSMIJ, els percentatges d'atenció de les diferents regions sanitàries es troben entre un 10% i un 38,5% amb marcades variacions dins de les regions sanitàries i entre regions sanitàries. Les dades d'atenció hospitalària també denoten diferències entre regions sanitàries i segons l'edat, com es pot veure a les taules 8 i 9.

**Taula 8.** Nombre d'ingressos hospitalaris de menors de 18 anys per centre hospitalari i regió sanitària de localització de centre. Catalunya 2022.

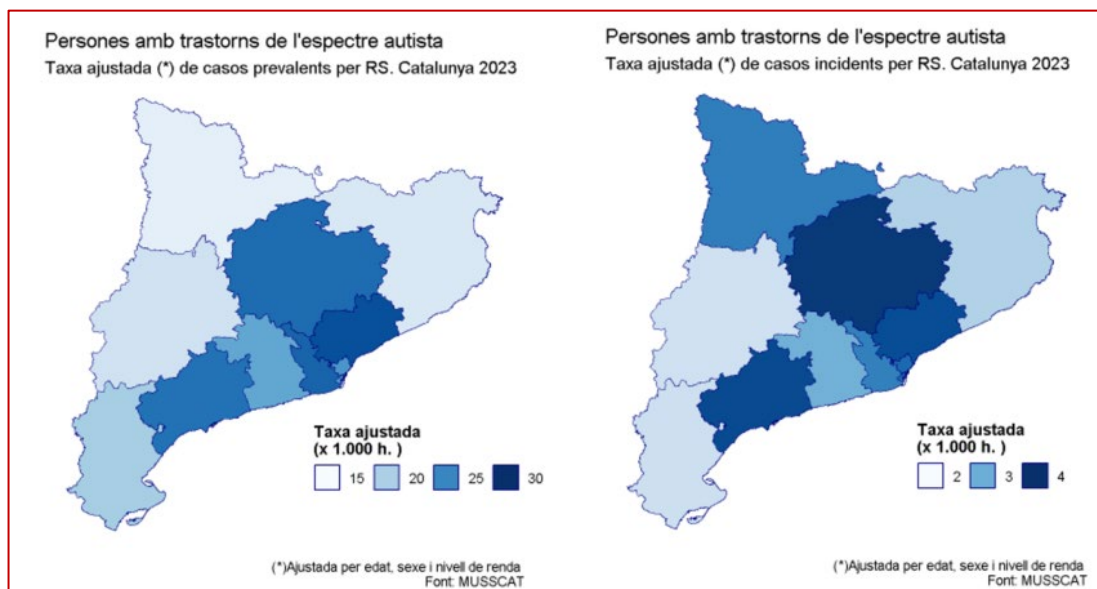
| EDAT < 18 anys     | Aguts      | Subaguts  | Total      |
|--------------------|------------|-----------|------------|
| Barcelona ciutat   | 21         |           | 21         |
| Camp de Tarragona  | 30         |           | 30         |
| Catalunya Central  | 38         | 10        | 48         |
| Girona             | 13         |           | 13         |
| Lleida             | 6          |           | 6          |
| Metropolitana Nord | 82         | 5         | 87         |
| Metropolitana Sud  | 66         | 17        | 83         |
| <b>Total</b>       | <b>256</b> | <b>32</b> | <b>288</b> |

**Taula 9.** Nombre d'ingressos hospitalaris de persones adultes per centre hospitalari i regió sanitària de localització de centre. Catalunya 2022

| EDAT ≥ 18 anys     | Aguts      | Subaguts  | Total      |
|--------------------|------------|-----------|------------|
| Barcelona ciutat   | 48         | 22        | 70         |
| Camp de Tarragona  | 4          |           | 4          |
| Catalunya Central  | 17         | 5         | 22         |
| Girona             | 16         | 1         | 17         |
| Lleida             | 3          | 3         | 6          |
| Metropolitana Nord | 57         | 5         | 62         |
| Metropolitana Sud  | 20         | 7         | 27         |
| <b>Total</b>       | <b>165</b> | <b>43</b> | <b>208</b> |

Les taules anteriors mostren una elevada variabilitat territorial tant en el diagnòstic com en l'ús de recursos. En analitzar les taxes de casos prevalents i incidents per regions sanitàries (figura 4), les diferències territorials demostren que els casos prevalents es concentren a la Catalunya Central, i coincideixen probablement amb llocs on es disposa de serveis sanitaris suprasectorials especialitzats en autisme. Per contra, la variació dels casos incidents seria menor respecte de la Catalunya Central, exceptuant la regió sanitària de Lleida i del Camp de Tarragona. Aquest fet es podria atribuir a un augment de la detecció i diagnòstic de TEA en altres regions sanitàries els últims anys. Per aquest motiu, la proposta de model esglaonat ha de garantir l'equitat territorial en l'atenció a les persones en l'espectre autista, especialment a les regions amb les taxes de casos incidents més baixes.

**Figura 4.** Taxes ajustades de casos prevalents (esquerra) i incidents (dreta) per regions sanitàries de Catalunya 2023.



#### 4 Definició i desplegament del nou model d'atenció esglaonada a persones amb trastorns de l'espectre autista

Els principis sobre els quals reposa l'organització del model d'atenció de salut mental i addiccions parteixen del concepte d'atenció esglaonada. En l'àmbit de la salut mental es tracta d'un model reconegut internacionalment, i en el qual destaquen les experiències britànica, australiana i canadenca (Pilling *et al.*, 2011; Australian Government Department of Health, 2019; Nova Scotia Health Authority, 2017).

El model esglaonat d'atenció es basa en una estratègia d'organització dels serveis de salut mental i addiccions organitzada en nivells que jerarquitzen les intervencions segons la intensitat. Es tracta d'un model que respon a una atenció centrada en la persona perquè s'orienta a les necessitats individuals, adaptant la intensitat de la intervenció a la persona. D'aquesta manera rebrà l'atenció que s'ajusti de manera ideal i oportuna a les seves necessitats.

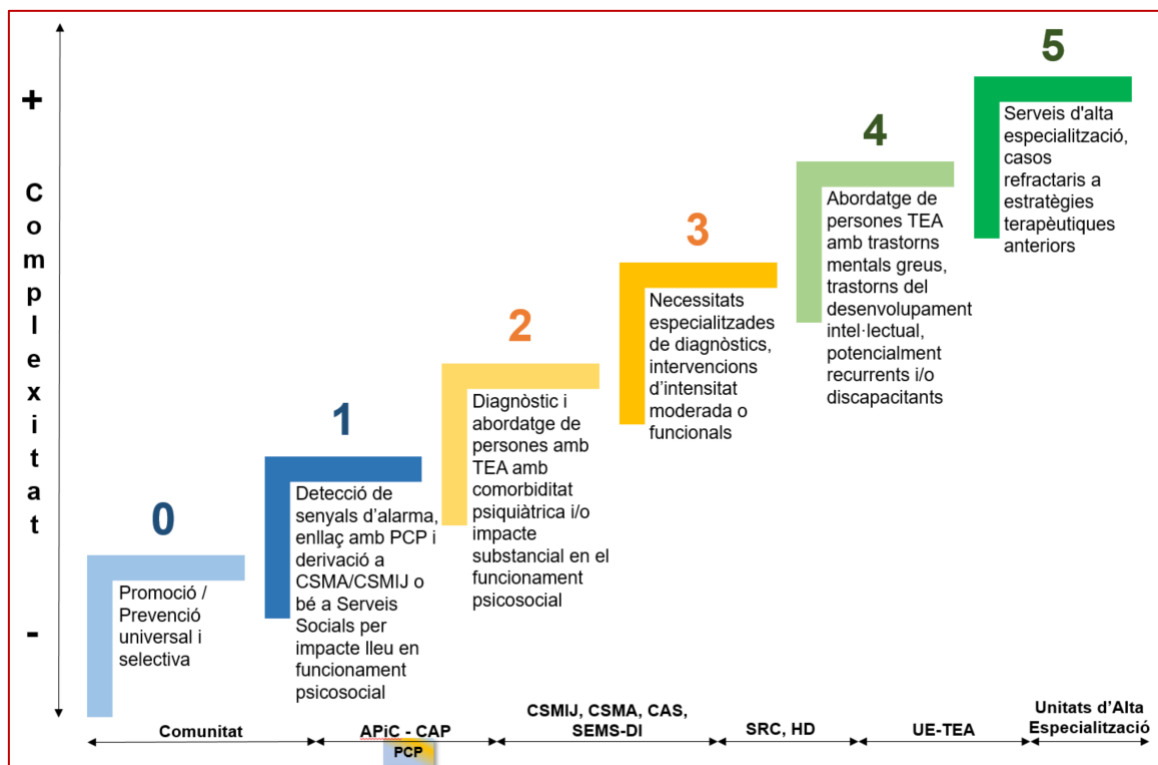
En resum, l'organització de serveis de salut mental i addiccions basada en el model esglaonat implica un exercici conceptual a partir dels passos següents:

- L'estratificació de la població en diferents grups de necessitats segons criteris de risc i complexitat.
- La identificació d'intervencions per a cada grup de necessitats basades en l'evidència disponible a partir del recurs al tractament menys restrictiu o intensiu d'acord amb les necessitats de la persona atesa.

- Per a cada grup de necessitats, l'assignació de tipologies de serveis, intervencions i objectius de tractament.

Amb l'aplicació d'aquest model esglaonat, s'optimitzen els recursos de manera que les persones amb necessitats més especialitzades poden rebre una atenció amb una freqüència i una expertesa en els processos assistencials més adaptada a les problemàtiques i complexitats simptomatològiques que presenten.

**Figura 5.** Model d'intervenció esglaonada



Les persones amb TEA demanen necessitats diferents segons l'etapa de la vida. És cabdal la detecció precoç i tenir coneixement dels signes i símptomes d'alarma, el diagnòstic integral i determinar la intervenció adaptada a les necessitats clíniques i de suport de cada persona amb autisme. El desenvolupament i la concreció de l'atenció esglaonada que s'ha d'oferir a cada nivell assistencial impacta en l'èxit d'estratègies que millorin la qualitat de vida i permet assolir el màxim nivell de funcionament, i evitar comorbiditats en salut mental. Un exemple, respecte de la població general, pot ser que les persones amb diagnòstic principal de TEA tinguin sis vegades més risc de ser diagnosticats de TDAH, quatre vegades més risc de desenvolupar un trastorn de conducta i onze vegades més risc de tenir associat un trastorn del desenvolupament intel·lectual.

## 4.1 Detecció precoç del TEA

La detecció precoç, en qualsevol trastorn o condició neurobiològica, és un factor clau per a un bon pronòstic i evolució, encara més en el cas del TEA en vista del infradiagnòstic existent. Afavoreix una intervenció precoç en diferents àmbits (educatiu, formatiu, d'oci i lleure, d'integració social) i la determinació d'un tractament que ajuda a:

- Millorar les habilitats de comunicació i interacció social.
- Minimitzar l'impacte dels símptomes.
- Prevenir i/o abordar situacions coocurrents i comorbiditats.
- Optimitzar el desenvolupament, sobretot durant la infància però també en l'adolescència i edat adulta per tal d'oferir la possibilitat de rebre els suports adients.

D'altra banda, també ajuda a reduir la incertesa en la família i/o cuidadors principals, redueix l'estrès i l'ansietat que produeix en els progenitors el diagnòstic d'autisme, i millora el benestar i la qualitat de la vida de tot el nucli familiar.

Encara que no disposem de marcadors biològics específics del TEA és fonamental utilitzar de la manera més eficaç possible els procediments d'identificació actuals per aconseguir la detecció precoç. La consulta pediàtrica és un context natural idoni per fer el seguiment de les fites del desenvolupament mitjançant les taules de seguiment del neurodesenvolupament a les edats de revisió programades.

La detecció precoç del TEA permet establir un tractament en l'edat primerenca que a la vegada s'associa amb una millor resposta i pronòstic. Aquesta circumstància ens permet recomanar que la detecció, la confirmació del diagnòstic i sobretot la intervenció primerenca específica del TEA es faciliti sempre que sigui adequat abans dels 36 mesos de vida amb l'objectiu d'estimular l'adquisició d'habilitats i la disminució de la simptomatologia pròpia de l'autisme.

Tanmateix, els professionals han de recollir les preocupacions de la família sobre el desenvolupament del fill. Quan una família expressa la preocupació fundada sobre l'atipicitat o el retard en el desenvolupament de l'infant en l'àmbit del llenguatge i la sociocomunicació, cal dur a terme una avaluació per descartar que hi hagi TEA.

### 4.1.1 Senyals d'alarma

Durant les primeres etapes de desenvolupament, entenem els senyals d'alarma com a elements biològics, emocionals o relacionals que ens suggereixen un risc d'afectació del desenvolupament de l'infant (apèndix 1). Els símptomes o senyals

d'alarma per edats ens alerten d'un augment de la possibilitat que aquest infant que examinem estigui afectat pel TEA .

Aquests senyals s'han d'utilitzar com a guia per ajudar a reconèixer el TEA de manera precoç. És clau tenir en compte que no hi ha un únic símptoma que sigui indicatiu per si mateix de la presència d'autisme i que l'absència de qualsevol de les característiques anteriors no descarta un possible diagnòstic; a més, un senyal d'alarma no implica necessàriament una afectació del desenvolupament.

Els senyals d'alarma inclouen:

- La presència de signes patològics.
- L'absència de conductes pròpies del desenvolupament típic.
- Diferències qualitatives en el desenvolupament de competències i conductes.

*Consulteu l'apèndix 1 per veure un recull exhaustiu dels senyals d'alarma que s'han de detectar segons els diferents grups d'edat.*

#### 4.1.2 Factors de risc

És vital sensibilitzar els professionals sobre els factors de risc per poder detectar millor els símptomes de TEA. A continuació es recullen els factors de risc més importants (Hallmayer *et al.*, 2011; Froehlich-Santino, Londono i Cleveland, 2014; Dodds, Fell i Shea, 2011; Carlsson *et al.*, 2020; Fang *et al.*, 2023; Whitehous *et al.*, 2018; Kristen *et al.*, 2020):

- **Antecedents familiars directes de TEA:** Els germans de casos identificats prèviament (estudis de bessons 60-76% de concordança i germans 20% tenen possibilitats de presentar un TGD).
- **L'augment de l'edat parental** incrementa la probabilitat de TEA; per cada increment de deu anys en l'edat creix la probabilitat de tenir un fill amb TEA en un 18% en mares i un 21% en pares.
- **Infants maltractats** i/o que han patit negligència.
  - Nadons de cuidadors amb depressió i trastorns psiquiàtrics.
  - Infants amb discapacitat física, psíquica i/o sensorial.
- **Antecedents de desenvolupament prenatal o perinatal no òptim:** Per exemple, ús de medicaments d'ambdós progenitors (àcid valproic, antidepressius, ansiolítics, etc.), tòxics durant l'embaràs, obesitat materna, hipertensió o infeccions perinatals.
- **Prematuritat**, sobretot en els menors de 32 setmanes de gestació (fins el 25% de prematurs de menys de 28 setmanes de gestació i 1.000 grams de pes).

- **Síndromes genètiques:**

- Inversions i duplicacions com, per exemple, la que correspon al loci 15q11-15.
- Esclerosi tuberosa: 30-50% probabilitats de tenir TEA.
- Neurofibromatosi de tipus 1: 25% de probabilitats de tenir TEA.
- Cromosoma X fràgil: 30% de probabilitats de tenir TEA.
- Síndrome de Down: 10% de probabilitats de tenir TEA.
- Altres afectacions semblants, com la síndrome d'Angelman.

#### 4.1.3 Instruments de detecció i cribratge

Les **eines o instruments per identificar** infants i joves amb més probabilitat de presentar TEA poden ser útils per recopilar informació sobre signes i símptomes d'autisme d'una manera estructurada. No estan dissenyades per confirmar o descartar un diagnòstic i no s'han de fer servir amb aquesta finalitat. L'ús d'aquests instruments de detecció precoç del TEA serveix com a cribratge en l'avaluació clínica d'infants en situació de risc per aquest trastorn.

En les dones, les eines estandarditzades poden ser menys precises per identificar les característiques del TEA, i contenen biaixos de sexe/gènere en el disseny, ja que es van desenvolupar segons la conceptualització/fenotip de l'autisme més prevalent; és a dir, el masculí (Moseley, Hitchier i Kirkby, 2018). Un dels aspectes que hi podria contribuir és la presència d'una millor habilitat de comunicació no verbal per compensar, emmascarar i camuflar les dificultats socials. És rellevant sospitar un possible diagnòstic d'autisme davant de dones adultes amb un historial de diagnòstics múltiples o comorbiditats en salut mental. Les eines de cribratge ens ajuden a sistematitzar la mirada clínica, però no són diagnòstiques.

*Consulteu l'apèndix 2 en el qual es descriuen els instruments més adequats per a les diferents edats.*

#### 4.2 Avaluació diagnòstica del TEA

El diagnòstic del trastorn de l'espectre autista (TEA) es basa en el judici clínic, d'acord amb criteris de consens internacional, com els descrits al *Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals* (DSM-5-TR) o la Classificació Internacional de Malalties (CIE-10/CIE-11). És crucial tenir en compte que el TEA pot manifestar-se de manera diferent segons l'etapa vital, del gènere i de les comorbiditats.

Els criteris diagnòstics del TEA no són necessàriament exclusius d'aquest trastorn ja que hi ha una considerable superposició amb altres alteracions de comunicació, desenvolupament neurològic i salut mental. L'autisme coexisteix amb altres condicions amb més freqüència que com a diagnòstic únic. Aquesta coocurrència

(tant en salut mental com mèdiques o del desenvolupament) és comuna i no només augmenta l'heterogeneïtat fenotípica, sinó que també pot dificultar la identificació precisa del TEA i retardar-ne el diagnòstic. És fonamental considerar diagnòstics diferencials o concurrents.

D'altra banda, els estudis epidemiològics (Hyman, Levy i Myers, 2020; Maenner *et al.*, 2018) més recents estimen que a l'edat infantojuvenil un 31% de nens amb TEA tenen un trastorn del desenvolupament intel·lectual (CI < 70), un 25% funcionament intel·lectual límit (CI 71-85), i un 44% una capacitat en el rang mitjà o superior (CI ≥ 85).

El moment del diagnòstic està influït pel tipus de comorbiditat. Els infants amb certes comorbiditats tendeixen a ser diagnosticats a edats més primerenques, mentre que aquells amb altres afectacions, com TDAH, ansietat o trastorn negativista desafiant, poden rebre el diagnòstic més tard. Diagnosticar i intervenir en infants abans dels trenta mesos està associat amb la millora del pronòstic. (Gabbay-Dizdar *et al.*, 2022). Disposem d'intervencions específiques en aquestes edats beneficioses per establir un pronòstic que més endavant ja no són adequades. A l'edat adulta, el diagnòstic es relaciona amb millores en qualitat de vida, autoimatge i autoestima i comportaments adaptatius.

El procés de diagnòstic l'han de dur a terme **professionals especialistes en salut mental**. No obstant això, en tot el procés de valoració i comprensió del cas es requereix un **enfocament integral i multidisciplinari** que involucri els altres actors que intervenen en el procés d'atenció (neuròlegs, infermers especialitzats en salut mental, logopedes, terapeutes ocupacionals i treballadors socials), tots amb formació i expertesa en trastorns del desenvolupament.

#### 4.2.1 Procés d'avaluació diagnòstica

Una avaluació efectiva ha d'incloure una entrevista clínica, observació de comportaments actuals, ús d'eines d'avaluació validades i recopilació d'informació de diverses fonts, com mares, pares i mestres i de totes les altres persones que exerceixen una funció clau en la vida de la persona. És vital la integració d'informació corroborativa i de desenvolupament, i la consideració de possibles diagnòstics diferencials i concurrents. No hi ha biomarcadors de diagnòstic per a l'autisme. No es fan servir proves biològiques o exploracions objectives per confirmar o descartar un diagnòstic d'autisme. Tanmateix, s'ha de tenir en compte una valoració cognitiva i/o d'adaptació funcional.

- **Història clínica:** Aspectes importants per establir la trajectòria de desenvolupament de l'individu:
  - *Antecedents familiars:* Antecedents de la família nuclear i extensa de problemes similars i/o problemes del neurodesenvolupament i/o historial psiquiàtric. Edat dels progenitors. Existència de germans i germanes i el seu desenvolupament.

- *Dades familiars i psicosocials*: Funcionament de l'infant a l'entorn familiar, escolar o social. Desafiaments trobats i suports aportats. Situació de la família. A més, pregunteu pel rendiment acadèmic o laboral de la persona al llarg de les diferents etapes de la vida.
- *Dades pre/perinatales*: Embaràs i part. Complicacions maternes durant la gestació (HTA, DM, infeccions virals, entre d'altres). Administració parental, anterior a la gestació i/o al part, de medicaments. Pes en néixer. Puntuacions APGAR, cribratge perinatal de trastorns sensorials, hormonals i/o metabòlics.
- *Història evolutiva*: Fites del desenvolupament motriu, comunicatiu i social, que inclou els assoliments inicials en el desenvolupament de la persona (com adquisició del llenguatge, control d'esfínters, pautes d'alimentació, patrons de son i habilitats motores). Preocupacions o primers comportaments estranys observats pels cuidadors.
- *Antecedents mèdics*: Malalties mèdiques i/o genètiques; dificultats auditives, visuals i sensorials; problemes neurològics.
- *Consultes i tractaments anteriors*: resultats de consultes anteriors; revisió d'informes; avaluacions o intervencions disponibles per part dels recursos socials, sanitaris i/o educatius. Registreu la presència de qualsevol diagnòstic rebut a l'etapa infantil i juvenil i les intervencions que hagi experimentat anteriorment.

- **Sintomatologia de l'autisme**

S'han de desenvolupar observacions conductuals exhaustives centrades en la comunicació i la interacció social, els comportaments repetitius i les alteracions sensorials. Instruments com l'ADOS-2 (que s'administra a la persona que està en procés d'avaluació de TEA) i ADI-R (que s'administra als cuidadors principals de la persona que s'està avaluant) són útils, però s'han d'interpretar juntament amb les eines diagnòstiques.

Es poden incloure avaluacions d'autoinforme, si és possible, en què la persona avaluada pugui compartir les seves pròpies experiències i manifestar les dificultats i fortaleces del procés evolutiu.

Segons l'etapa evolutiva i capacitat intel·lectual, es poden afegir eines de valoració de la comprensió social.

- **Diagnòstic diferencial**

És important considerar altres problemàtiques i/o diagnòstics que poden presentar símptomes semblants al TEA:

- Trastorns del neurodesenvolupament
- Dèficits sensorials: hipoacúsia
- Trastorn del processament auditiu
- Privació ambiental

- Trastorn relacionats amb l'aferrament/víncle
- Trastorn del desenvolupament del llenguatge
- Trastorn de la comunicació social pragmàtica
- Dispràxia
- Trastorn del desenvolupament intel·lectual
- Mutisme selectiu
- Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat
- Trastorn negativista desafiant
- Trastorn obsessiu compulsiu
- Trastorn de conducta
- Abús, trauma, negligència

A l'edat adulta és fonamental descartar altres diagnòstics:

- Trastorn d'ansietat social
- Trastorn obsessiu compulsiu
- Trastorns de l'espectre de l'esquizofrènia.
- Es recomana parar especial atenció al diagnòstic diferencial amb els trastorns de personalitat

- **Avaluació del desenvolupament**

Per a totes les edats, per identificar les àrees específiques de punts forts i febles, es recomana:

- Perfil intel·lectual o de desenvolupament
- Perfils individuals del llenguatge expressiu i receptiu
- Perfil motor i sensorial (perfil sensorial 2 de Dunn)
- Habilitats de funcionament adaptatiu en diversos dominis (vida quotidiana, socialització i la comunicació) (*Vineland Adaptive Behavior Scales*, ABAS)

- **Problemes físics**

El procés de diagnòstic ha d'incloure avaluacions físiques i sensorials acurades i un examen neurològic estàndard. S'han de buscar signes específics, com ara estigmes cutanis, lesions i anomalies congènites i característiques dismòrfiques (macrocefàlia o microcefàlia), entre d'altres.

- **Avaluació de comorbiditats: problemes emocionals i de conducta**

Les persones amb autisme tenen més risc de patir altres trastorns del neurodesenvolupament (com TDAH, trastorns específics d'aprenentatge, trastorn del desenvolupament intel·lectual, trastorn per tics amb el síndrome de Tourette, etc.), trastorns del son, o simptomatologia com ara irritabilitat, desregulació emocional i conductual, auto/heteroagressivitat, ansietat i depressió .

A més, hi ha hagut un alt índex de símptomes d'autisme en casos de trastorn d'estrès posttraumàtic, els trastorns de l'alimentació, i l'ús indegut de substàncies.

- **Altres situacions coocurrents**

Els darrers anys ha guanyat especial importància la detecció i l'acompanyament sensible i especialitzat de la diversitat afectivosexual i d'identitat de gènere a la població autista.

- **Consideracions socioambientals**

L'avaluació diagnòstica ha d'incloure igualment la recopilació d'informació sobre qualsevol circumstància que pugui tenir un impacte negatiu en la persona amb TEA i/o la família del pacient.

#### **4.2.2 Informar el diagnòstic**

La comunicació del diagnòstic s'ha de dur a terme de manera clara i comprensible, de manera que els progenitors/cuidadors principals puguin fer preguntes en una visita de seguiment. És vital, també, explicar les possibles implicacions del diagnòstic per a serveis i suports futurs. En casos en què no es pugui arribar a un diagnòstic precís, cal explicar-ho detalladament.

Consideracions en l'edat adulta: es recomana tenir en compte els factors culturals i relacionats amb el gènere que poden influir en la presentació i expressió del TEA en adults. L'avaluació de persones adultes cal dur-la a terme amb sensibilitat cultural, respecte i tenint en compte l'autonomia i les preferències de la persona avaluada. S'ha de proporcionar retroalimentació i participar en una discussió col·laborativa per determinar el pla d'intervenció més adequat.

Se suggereix aportar informació i recursos per a les persones i les seves famílies per ajudar-los a comprendre i afrontar millor els reptes associats amb el diagnòstic del TEA.

Aquestes recomanacions pretenen millorar la qualitat i claredat del procés diagnòstic del TEA, per assegurar una comprensió completa i el suport adequat per als individus i les famílies.

#### **4.3 Procés d'intervenció i tractament per persones amb TEA**

Concretament, en les persones que presenten un trastorn de l'espectre autista (TEA), en vista del caràcter crònic d'aquest trastorn i de les especificitats que afecten al llarg de tota la vida, presenten dificultats principals en les àrees de la comunicació, la socialització i la conducta, cal fer una detecció i diagnòstic de certesa al més precoç possible, per poder establir un **pla d'intervenció com més adequat** millor a les característiques de cada persona particular i del seu moment del desenvolupament.

Un diagnòstic complet i detallat, que tingui en compte totes les dimensions d'afectació en el TEA (específica del trastorn, de les comorbiditats/trastorns concurrents en salut mental, cognitiva, emocional, relacional, etiològica, física, psicoeducativa, conductual) i les fortaleces de la persona és clau per:

- Conèixer quines són les capacitats de l'infant/adult que li poden permetre una millor adaptació a l'entorn i una resposta més bona davant les situacions de socialització i aprenentatge.
- Desenvolupar estratègies d'intervenció terapèutiques, educatives/laborals, socials i comunitàries efectives.
- Establir itineraris personalitzats, segons la idiosincràsia de cada cas.
- Evitar possibles crisis si no es diagnostica correctament i no s'estableixen els recursos adequats per a cada cas.

Les persones amb TEA tenen afectat en més o menys grau el funcionament adaptatiu i manifesten discapacitats que perduren tota la vida. Tanmateix, les necessitats són diferents segons l'edat, l'etapa evolutiva i el gènere. Cal preveure els diversos nivells d'intervenció que són necessaris i la relació dels professionals que vetllen per la continuïtat del procés d'atenció al TEA, sobretot en el trànsit cap a la vida adulta i entre nivells assistencials. No obstant això, les necessitats de les persones amb TEA a l'etapa de la vellesa requereixen especial atenció, disposem de molt poca informació sobre com interactuen els processos d'envelliment amb les característiques pròpies de les persones amb TEA, i sobre l'impacte que produeix en la qualitat de vida de la persona autista. És imprescindible incrementar el coneixement sobre els processos d'envelliment de les persones amb TEA, i promoure sistemes de suport especialitzats que garanteixin, si cal, un envelliment actiu i una òptima qualitat de vida en aquesta etapa del cicle vital.

#### 4.3.1 Elements bàsics de la intervenció per persones amb TEA

Tal com es destaca en el Pla d'atenció integral a les persones amb trastorn de l'espectre autista (Departament de Salut, 2013), els **elements bàsics de la intervenció** són:

- **Individualitzada:** Diagnòstic simptomàtic i funcional de la persona amb TEA i adaptació de la intervenció a l'edat, identitat de gènere, nivell funcional, gravetat dels símptomes i característiques de l'entorn de vida de la persona (família, escola, entorn social, entorn laboral...). És clau centrar-se en les fortaleses individuals, no només en les limitacions. A banda d'això, les intervencions s'han de basar en anàlisis funcionals del comportament i han d'afavorir un entorn de vida ajustat a les necessitats específiques de la persona.
- **Precoc:** La intervenció s'inicia en el moment de la detecció, el diagnòstic de presumpció i/o el diagnòstic.
- **Estructurada:** Adaptació de l'entorn a les necessitats d'estabilitat i predictibilitat que necessiten les persones amb TEA de la manera més natural i vivencial possible.
- **Generalitzada:** Els objectius del pla individualitzat han de preveure tots els contextos naturals de la persona per facilitar la generalització dels aprenentatges.
- **Continuada:** Els plans terapèutics canvien, però la intervenció/adequació del context dura tota la vida amb més o menys intensitat.

- **Integral:** Considerant totes les necessitats evolutives, educatives, formatives, laborals, mèdiques, psicològiques, familiars i socials de la persona amb TEA.
- **Flexible:** Adaptació a cada persona i situació de l'entorn.
- **Equips professionals multidisciplinaris:** Professionals de l'àmbit clínic, educatiu, formatiu i social que elaboren un projecte individualitzat amb objectius comuns i intervencions complementàries.
- **Coordinació interdisciplinària:** Sinergies entre els professionals que intervenen en el procés, amb un professional que coordina i afavoreix la implementació de la intervenció que pugui ser referent en el màxim nombre d'espais de vida de la persona amb TEA.
- **Avaluada:** Orientada a identificar l'eficàcia de la intervenció i que guiï cap a les intervencions que s'han de posar en pràctica.

#### 4.3.2 Requisits del procés d'intervenció per a persones amb TEA

- **Disseny de la intervenció:** Ha d'incloure la identificació de l'edat i el perfil comunicatiu de la persona, la gravetat dels símptomes, les malalties comòrbides, l'associació amb un trastorn del desenvolupament intel·lectual, el tipus de relació entre la persona i els cuidadors principals, la situació familiar, social, laboral i el context de vida en general. Cal tenir en compte el nivell de consciència de la condició d'autista sobretot en adults perquè és un factor pronòstic clau.
- **Participació dels progenitors, referents afectius i/o cuidadors principals** per millorar la interacció, sobretot en la infantesa i l'adolescència. La participació dels pares s'ha identificat com un factor fonamental per millorar el desenvolupament de les persones amb TEA durant la infància i fins a l'adulthood. Els progenitors requereixen conèixer aquesta condició, la seva formació en tècniques específiques que ajuden la persona per generalitzar-les en tots els entorns de convivència és fonamental. Dedicar part del temps d'intervenció als progenitors, referents afectius en etapes infantils i juvenils, garanteix la continuïtat del tractament i l'optimització dels recursos assistencials.

L'etapa de final de vida dels progenitors/cuidadors principals és un moment delicat que requereix un acompanyament més estret, que fomenti la definició d'un pla de suport per a la persona autista, davant la seva futura absència que permeti una transició més tranquil·la.

- **Potenciar i ensenyar les habilitats de comunicació i les habilitats socials en un ambient el mínim restrictiu possible** a partir de situacions de comunicació en el context natural de convivència de la persona.
- **Orientada a la disminució de les conductes disruptives i/o altament disfuncionals** mitjançant l'anàlisi funcional de la conducta i l'aplicació d'estratègies de suport conductual positiu i suport actiu, tot basat en la comprensió del funcionament mental autista d'aquestes conductes i actuar

tant en els factors que les desencadenen, aquelles que les mantenen i en les conseqüències d'aquestes conductes.

- **Adaptació del tractament a la persona i el seu entorn**, ja que no hi ha un programa únic i igual efectiu universal, atesa la diversitat de manifestacions del TEA. Els programes han de ser individualitzats i basats en el nivell d'afectació funcional i mental i en la capacitat intel·lectual de la persona, els recursos que té i s'ha d'adaptar al context familiar, residencial, educatiu, laboral... És convenient reduir les dificultats presents en la persona als nivells d'intensitat i suports necessaris. Les estratègies utilitzades i els tractaments han de ser els recomanats a les principals guies clíniques segons el nivell d'evidència.
- **Adreçada a la comorbiditat psiquiàtrica i/o mèdica** i amb un seguiment al llarg de totes les etapes vitals.
- **Integrals**, la intervenció ha de preveure una visió global que incorpori assessorament i indicacions en tots els àmbits de vida de la persona (escolar, social, lúdic, laboral...) per afavorir l'adaptació a l'entorn.
- **Adreçades a potenciar l'autonomia, la proactivitat i el protagonisme de la persona** i per afavorir-ne els drets socials, econòmics, fiscals...

Tota la intervenció plantejada s'ha de recollir en el **Pla terapèutic individualitzat** (PTI) a partir de les orientacions diagnòstiques establertes, la identificació de conductes que requereixen més intervenció per assolir el grau més alt de funcionalitat, les necessitats i fortaleses; totes aquestes accions s'han de desenvolupar en un pla individual de tractament amb objectius definits.

Aquest pla ha de tenir en compte les àrees d'intervenció segons les necessitats de la persona i la família o cuidadors principals. Ha d'especificar els objectius en cadascuna de les àrees i ha de proposar intervencions basades en l'evidència científica, especificant els professionals implicats a desenvolupar-les i els contextos on es duren a terme. En el cas dels adults, cal treballar específicament en el consens amb la primera persona del PTI compartit, conjuntament amb els professionals i referents que determini aquesta. De la mateixa manera que amb els infants i adolescents es treballa conjuntament amb ells, els cuidadors o referents; i professionals que intervenen. Cal parar atenció a la detecció i el reconeixement del malestar, i incloure un «pla de crisi» definit que prevegi: senyals de malestar, estratègies personals que es poden activar, espais segurs determinats per la persona, referents a qui sol·licitar ajuda, serveis referents i estratègies pròpies de gestió del malestar.

Finalment, el PTI ha d'incloure un seguiment i una revaloració dels objectius, temporalitzat, a partir d'indicadors d'avaluació de l'evolució. A més, de tenir en compte estratègies concretes en els moments de més vulnerabilitat, com el moment del diagnòstic, les transicions i els moments de crisis.

*Consulteu l'apèndix 3 per aprofundir en els diferents tractaments i la seva adequació (pàg. 70).*

#### **4.3.3 Procediments assistencials per atendre persones amb TEA**

Els procediments assistencials que s'han d'incloure en l'atenció al TEA i la família del pacient són:

- **Intervenció individual (infant, adolescent, adult):**
  - **Teràpia individual:** Tractaments orientats a desenvolupar les habilitats cognitives alterades, la comprensió social i empatia, l'atenció focal, l'interès social i les relacions interpersonals, l'adquisició gradual de la comunicació funcional, la comunicació no verbal i la comprensió del llenguatge, la conducta exploratòria i l'aprenentatge; alhora, la flexibilitat conductual, disminuir l'aïllament, les conductes repetitives, les autoagressions i heteroagressions i l'autoestimulació. Cal promoure el reconeixement emocional, del patiment i del dolor per millorar les dificultats derivades de la identificació i comunicació de símptomes i malestars. A totes les edats i especialment en l'adolescència és clau centrar la intervenció en l'autoregulació emocional i donar suport, si escau, en les àrees on es detectin més dificultats associades als canvis propis de la pubertat. A més a més, en el cas de diagnòstic a l'edat adulta és essencial afavorir l'autoconeixement en relació amb la condició autista, potenciar el treball en funcions executives, planificació, presa de decisions... així com exercitar la flexibilitat cognitiva.
  - **Tractaments adreçats a desenvolupar la comunicació funcional (infants).** La comunicació és una àrea prioritària. Intervenció logopèdica; implementació de sistemes alternatius i augmentatius de la comunicació; suports visuals i altres eines de suport per a la millora de la comprensió.
  - **Psicomotricitat, fisioteràpia (infants),** sobretot en les etapes més primerenques de la intervenció amb els infants diagnosticats de TEA.
  - **Atenció i seguiment per part del/de la neuropediatre/a (infants i adolescents).** Més enllà de participar en la fase diagnòstica, assisteix i segueix sobretot els aspectes neurològics comòrbids atesa, per exemple, l'elevada prevalença d'epilèpsia en aquesta població. Importància rellevant té la coordinació dels neuropediatres dels hospitals de referència o dels CDIAP amb els professionals de l'àmbit de la salut que atenguin l'infant o adolescent amb TEA per tal que hi hagi un intercanvi d'informació bidireccional i evitar que es dupliquin intervencions o proves.
  - **En el cas dels adults, s'ha de vetllar per una bona vinculació i seguiment per part de l'equip d'atenció primària al llarg de tota la vida,** amb l'objectiu de centralitzar l'atenció en diferents aspectes de salut i la derivació pertinent a neurologia o altres especialistes de forma coordinada, a fi de donar suport a la planificació i anticipació de les proves que es requereixin fer i als tractaments indicats que se'n derivin.

- **Suport per a l'elaboració de plans educatius, formatius i laborals.** La valoració clínica és clau per a l'elaboració dels plans educatius individualitzats, sobretot en infants i adolescents; han de ser, també, coneguts i consensuats amb la família i la persona afectada. Les adaptacions curriculars i plans educatius individualitzats per a infants, adolescents i adults es poden concretar en plans individualitzats amb adaptacions en la gestió de l'aula i del currículum, i en propostes i recomanacions als centres educatius (ordinaris, unitats de suport a l'educació especial, centres universitaris...). El PTI inclou els suports adients a l'etapa evolutiva de la persona i l'assessorament sobre tècniques i estratègies més efectives (modelatge, comunicació alternativa, extinció...). A més, ha de determinar el suport i l'acompanyament que necessita la persona autista per assolir el màxim grau d'incorporació formativa i laboral. En relació amb les adaptacions en el context laboral, s'ofereixen aquelles recomanacions que fomentin un millor desenvolupament professional a l'adult amb TEA des del coneixement de les seves necessitats específiques.
- **Tractaments psicofarmacològics (infants, adolescents, adults).** No hi ha tractaments farmacològics aprovats per als símptomes nuclears de l'autisme. Així doncs, el tractament farmacològic s'ha d'orientar a incidir en determinats símptomes i l'ús s'ha de limitar estrictament al temps necessari i a la clínica comòrbida present (trastorns de conducta, trastorns del son, crisis d'ansietat o de pànic, trastorns de l'estat d'ànim...). Cal tenir en compte les recomanacions basades en l'evidència i fer un seguiment dels possibles efectes farmacològics secundaris o paradoxals. Sempre ha d'anar acompanyat d'intervenció psicoterapèutica.
- **Atenció domiciliària.** Indicada especialment en les situacions següents:
  - En casos de signes o símptomes precoços de TEA, en els quals el suport familiar i una intervenció general del desenvolupament socioemocional de la persona en la vida diària pot ser determinant.
  - Quan es produeixin alteracions de conducta en el dia a dia de l'infant, adolescent i/o adult. L'objectiu és poder oferir assessorament en el context de vida de la persona i als cuidadors principals per tal d'aprendre a fer front als símptomes de TEA que generin més disfuncionalitat.
  - En casos de TEA amb problemes greus de la conducta secundaris a la simptomatologia nuclear del TEA, on és necessària una intervenció in situ amb l'infant, adolescent o jove adult i la família per millorar l'anàlisi funcional del comportament, les situacions determinants de la conducta i el tipus de resposta que es vol aconseguir.
  - Quan, per la comorbiditat o la gravetat dels símptomes o per les alteracions conductuals la persona amb TEA, hagi requerit un ingrés residencial o hospitalari i l'equip terapèutic consideri necessari un acompanyament en la reintegració de l'infant, adolescent i/o adult en

l'àmbit familiar, amb una visió global que pot implicar suport en el trànsit cap a entorns escolars, residencials, socials i comunitaris.

- En casos de persones amb TEA aïllades al domicili que presentin signes o símptomes susceptibles de trastorn mental i/o situacions de risc per si mateixos. És especialment complexa aquesta intervenció en persones TEA adultes d'aquestes característiques que no donen accés als professionals quan s'apropen al domicili.
- En casos de TEA en procés d'emancipació del domicili familiar que requereixin suport per poder elaborar aquest trànsit.
- **Ingrés hospitalari per situacions de desestabilització clínica, aguda o subaguda, o elevada complexitat**, amb necessitat de suport intensiu psiquiàtric i intervenció en crisi.
- **Intervenció en unitat psicoterapèutica d'elevada expertesa i intensitat educativa**, clínica i familiar fora del context natural per implementar estratègies que resultin efectives per a la persona.
- **Intervenció grupal (infant, adolescent, adult):**
  - **Intervencions grupals.** La intervenció grupal dependrà de l'estat, el gènere i el moment evolutiu de la persona, així com de la motivació al tractament i introspecció de les dificultats. L'ús d'intervencions grupals en la millora de les habilitats socials ha demostrat eficàcia (Spain i Blainey, 2015; Gates, Kang i Lerner, 2017).
- **Intervenció familiar (infants, adolescents i adults si hi donen consentiment).**
  - Entrevistes amb els progenitors i/o cuidadors principals, orientades a oferir informació, assessorament i suport.
  - Psicoteràpia de grup amb famílies, segons criteris de selecció i objectius del grup.
  - Suport en gestions i ajudes socials que facilitin espais de benestar i cuidant de la sensació de càrrega familiar i la relació amb la persona.
  - Programes orientats a la intervenció mediada per la família, orientats a oferir estratègies concretes de gestió dels principals reptes conductuals de les persones amb TEA.
- **Acompanyament perinatal**
  - Acompanyament en el procés de desig gestacional, embaràs i postpart a dones, mares d'infants diagnosticats de TEA, per a la prevenció i la detecció precoç en vista de l'augment de prevalença de TEA en germans.

- **Programes orientats a afavorir la inclusió social, laboral i/o ocupacional**
  - En coordinació amb els recursos del territori (ajuntaments, centres especials de treball, centres de dia de teràpia ocupacional...), oferir assessorament i informació sobre les necessitats i adaptacions que requereix la persona, sobretot tenint en compte les transicions vitals de la persona amb TEA, a través de programes de reeducació i d'interacció amb el medi extern.
- **Intervenció amb els professionals:**
  - Suport als professionals per afavorir el coneixement sobre les necessitats i el funcionament mental i cognitiu de les persones amb TEA.
  - Participació activa en els plans individualitzats integrals de la persona.
- **Seguiment i detecció precoç del procés d'envelliment**
  - A partir del seguiment des d'atenció primària per a la promoció de l'envelliment actiu. Especialment a partir dels 45 anys en les persones autistes amb discapacitat intel·lectual, dur a terme una avaluació del deteriorament cognitiu, per tal d'establir intervencions d'estimulació o rehabilitació cognitiva en els casos que ho requereixin.

#### **4.4 Model d'atenció esglaonat en salut mental i addiccions per a persones amb TEA**

El model esglaonat d'atenció parteix d'una estratègia d'organització dels serveis de salut mental i addiccions basada en nivells que jerarquitzen les intervencions segons la complexitat i intensitat de l'afectació de la funcionalitat de la persona. Aquest model se centra en l'estratificació de la població en diferents grups de necessitats segons criteris de risc i complexitat, la identificació d'intervencions basades en l'evidència per a cada nivell d'atenció i l'assignació a tipologies de serveis.

En el cas del TEA, en tractar-se d'una condició al llarg de tota la vida, és fonamental la coordinació i les sinergies entre els diversos nivells d'atenció esglaonada, els quals no s'exclouen sinó que es complementen. Cada persona amb TEA ha de rebre l'atenció que necessita segons aquesta complexitat, que també s'ha adaptar a les necessitats de suport i el nivell d'autonomia personal.

El model d'atenció esglaonat del TEA (segons els criteris diagnòstics actuals (DSM-5-TR)) inclou els nivells de suport associats a cada diagnòstic en relació amb les necessitats i capacitats funcionals de les persones; així com el grau de gravetat simptomatològica que puguin manifestar. El model determina les intervencions que cal proporcionar a cada nivell d'atenció assistencial i vincular-les al nivell de suport detectat.

#### 4.4.1 Primer nivell d'atenció: atenció primària i comunitària (APiC)

Els equips d'atenció primària i comunitària són els encarregats de fer:

- Detecció precoç, valoració de senyals d'alarma (vegeu l'apèndix 2) i sospita diagnòstica. Derivació als centres de salut mental o CDIAP (segons edat) per a un diagnòstic.
- Acompanyament integral per a l'atenció de persones autistes sense comorbiditats psiquiàtriques.
- Promoció de la salut, prevenció dels riscos que comporta la condició autista tant pel que fa a la salut física com mental, psicoeducació.
- Avaluació mèdica i psicopatològica (comorbiditats).
- Detecció de les dificultats per identificar i comunicar el malestar o el dolor.
- Assessorament nutricional en casos de restricció alimentària.
- Servei d'atenció a domicili quan, per qüestions de salut física la persona, no es pot desplaçar al centre d'atenció primària.
- Avaluació mèdica i psicopatològica, avaluació de possibles alteracions en el neurodesenvolupament, petició de proves diagnòstiques complementàries i realització d'interconsultes a altres serveis sanitaris o socials.
- Promoció i prevenció de la salut emocional als centres d'atenció primària (CAP) i a la comunitat. Detectar factors de risc psicosocials o situacions que puguin provocar un patiment mental.
- Reforç de la coordinació i el treball conjunt amb els centres de salut mental i els recursos de la comunitat.
- Definició de les actuacions necessàries per abordar els problemes socials del pacient amb TEA i el seu entorn familiar i social.

Els professionals que s'encarreguen d'aquestes funcions són els que pertoquen per edat i àrea professional:

- **Equips de pediatria**
- **Metge/essa de família i infermeres comunitàries**

- **Treball social**
- **Referents de benestar emocional (RBEC - Programa de benestar emocional i salut comunitària a l'atenció primària de salut)**
- **Professionals del Programa de col·laboració amb la primària (PCP).**  
Els CSMIJ i CSMA desenvolupen el PCP als centres d'atenció primària (CAP) del territori, reforcen i sistematitzen el treball conjunt entre els professionals de l'APiC i els de Salut Mental i Addiccions (SMiA). El PCP dona un suport especialitzat en la detecció del TEA, de forma coordinada amb els equips d'atenció primària, fa interconsultes i deriva a centres especialitzats (CSMIJ – CSMA) per establir-ne el diagnòstic.

#### 4.4.2 Segon nivell d'atenció: atenció especialitzada comunitària

Els dispositius assistencials de segon nivell són els que estan especialitzats en l'atenció de trastorns del neurodesenvolupament, de salut mental i addiccions i de tractaments basats en guies d'evidència clínica. Aquests serveis s'han d'encarregar d'establir el nivell de suport una vegada finalitzat el procés diagnòstic de TEA, hi hagi problemes, altres comorbiditats psiquiàtriques i/o neurològiques o no. A continuació, es descriuen les prestacions del segon nivell d'atenció.

- **Centre de detecció i atenció precoç (CDIAP):** Valoració i detecció d'infants, fins que compleixin els sis anys, de les alteracions del neurodesenvolupament i/o risc de patir-ne que permetin identificar un TEA. Es porta a terme una intervenció precoç i una derivació a altres recursos quan s'escaigui, ja sigui per edat o per necessitats d'atenció (incloent-hi sobretot la determinació de necessitats educatives de l'infant). La durada del servei depèn de cada infant, s'estén fins que les necessitats d'atenció puguin ser cobertes pels serveis de caràcter general, ja siguin educatius, sanitaris o socials o, en tot cas, quan compleixi 6 anys. La cartera de serveis inclou: diagnòstic interdisciplinari, funcional, sindròmic i etiològic, establiment del programa terapèutic individualitzat en coordinació amb els recursos de la zona, intervenció terapèutica interdisciplinària, suport als processos de socialització i integració i coordinació amb els CSMIJ per al procés de derivació de l'infant.

\*aquest dispositiu assistencial depèn del Departament de Drets Socials però el considerem en el document per la funció avaluadora, diagnòstica i clínica que porta a terme.

- **Centres de salut mental infantils i juvenils (CSMIJ):** Atenció especialitzada en salut mental a infants, adolescents (fins a 18 anys) i les famílies i/o cuidadors principals. Els serveis d'atenció a les persones amb TEA inclouen:
  - Detecció precoç (en el cas que no s'hagi detectat en els dispositius de primer nivell d'atenció).
  - Promoció de la salut.
  - Diagnòstic amb determinació de proves biològiques i psicològiques.

- Elaboració del Pla de tractament individual (PTI).
  - Determinació del nivell de suport assistencial d'acord amb l'evolució i davant qualsevol crisi que es produeixi.
  - Activitat clínica i psicoterapèutica (individual i familiar) segons les guies, tractament farmacològic.
  - En cas d'agreujament de la simptomatologia derivació a altres nivells assistencials.
  - Coordinació amb l'equip d'atenció psicopedagògica (EAP) de l'escolarització de la persona.
  - Intervenció de treball social per estudiar els possibles ajuts i derivació esglaonada a la Xarxa de Salut Mental d'Adults.  
Les funcions claus dels CSMIJ són: avaluar i tenir constància de les comorbiditats psiquiàtriques que acompanyen el diagnòstic de TEA de l'infant o afegides de manera independent; plantejar les derivacions a serveis comunitaris de més intensitat d'intervenció o hospitalització quan sigui adequat tenint en compte les dificultats pels canvis que presenten els TEA i la coordinació amb altres serveis socials o laborals (a partir dels 16 anys) per valorar possibles suports o ajudes. És fonamental garantir una bona coordinació amb els equips d'atenció primària per assegurar el seguiment del cas al llarg de tot el cicle vital.
- **Centres de salut mental adults (CSMA):** Atenció comunitària ambulatoria per part d'especialistes en salut mental i addiccions per a persones majors de 18 anys autistes amb estressos vitals o sense, davant de canvis adaptatius per pèrdua de suports externs o en el cas que la condició autista generi malestar emocional, amb comorbiditats psiquiàtriques o sense. La cartera de serveis mínima per a la persona amb TEA inclou:
    - Diagnòstic amb determinació de proves biològiques i/o psicològiques.
    - Avaluació integral més enllà de l'estat psicopatològic, avaluació de la capacitat en l'autocura, de les dificultats per identificar i comunicar el malestar o el dolor, avaluació de la funcionalitat, avaluació dels riscos d'acord amb la capacitat funcional de l'autista i del suport de l'entorn, avaluació de les fortaleeses,
    - Promoció de la salut i prevenció dels riscos que comporta la condició autista.
    - Determinació del nivell de suport assistencial d'acord amb l'evolució i davant qualsevol crisi que es produeixi.
    - Elaboració del Pla de tractament individual.
    - Activitat clínica segons les guies, intervenció psicoterapèutica dels adults autistes i les famílies i/o cuidadors principals, intervenció grupal en psicoeducació. Tractament farmacològic.
    - En cas d'agreujament de la simptomatologia, derivació a altres nivells assistencials, a recursos de més intensitat terapèutica, si escau.
    - Coordinació amb equips de formació o referents laborals de la persona i coordinació amb treball social per estudiar els possibles suports.

Coordinació amb l'equip de primària referent segons el seguiment del cas al llarg de tot el cicle vital.

Atès que una de les característiques comunes de les persones TEA és la dificultat per afrontar canvis, que es pot veure agreujada per determinades circumstàncies vitals, com la d'entrar en la vida adulta, el trànsit entre dispositius assistencials és fonamental.

**Atenció integrada CDIAP – CSMIJ.** Una peça fonamental, no només per a la detecció i l'atenció precoç, sinó també per a la transició entre serveis, és la coordinació funcional d'aquests dispositius, ja que facilita els tràmits administratius que les famílies i persones amb TEA han de fer quan passen d'un servei a un altre, especialment quan depenen de departaments diferents.

**Atenció integrada CSMIJ – CSMA.** Per tal de consolidar el traspàs del PTI de la persona autista d'un nivell assistencial a un altre, s'ha d'establir un període de solapament d'alguns professionals per garantir la continuïtat de la intervenció, inclosos els programes específics d'abordatge de diferents dispositius. El circuit pot incloure des d'una coordinació fins a un programa específic d'abordatge compartit entre dos dispositius.

Els **CSMIJ i CSMA** determinen la intensitat de l'atenció dels casos d'autisme segons els criteris següents:

- Edat de desenvolupament i etapa vital
- Perfil de capacitat intel·lectual
- Grau de gravetat de TEA
- Criteris de complexitat clínica, social i familiar

D'acord amb la proposta del model d'atenció esglaonada, cal oferir una atenció estratificada i determinar la intensitat, la freqüència de visita de cada perfil professional que intervé en el cas (psiquiatria, psicologia, treball social, educador social, terapeuta ocupacional...) i les intervencions que s'han de portar a terme, d'acord amb les necessitats específiques avaluades i consensuades en el PTI. Aquesta proposta es

pot desenvolupar en grups diferenciats amb diverses d'intervenció:

- Intensitat 1: adreçada a persones amb alta funcionalitat, baixa complexitat i factors de bon pronòstic. Requereixen un mínim de reavaluació del PTI en un temps no inferior als sis mesos.
- Intensitat 2: adreçada a persones amb moderada-baixa funcionalitat, baixa complexitat i factors de risc i protecció equilibrats. Requereixen un mínim de reavaluació del PTI en un temps no inferior als sis mesos.
- Intensitat 3: adreçada a persones amb baixa funcionalitat, alta complexitat i factors de risc moderats. Requereixen un mínim de reavaluació del PTI en un temps no inferior a un mes.

**La incorporació de la figura de referent de salut** és una figura recomanada a la **guia NICE**, un professional que acompanya les persones TEA de totes les edats amb necessitats de suport i comorbiditats mèdiques en les coordinacions i seguiments de temes de salut. En cas que no hi hagi comorbiditat psiquiàtrica, es recomana un professional referent de suport a l'autonomia (per afrontar qüestions socials, laborals, econòmiques, relacionades amb la justícia, etc.).

- **Servei de salut mental per a persones amb discapacitat intel·lectual (SESM-DI):** atenció comunitària ambulatoria especialitzada a diagnosticar, avaluar i atendre, des d'un punt de vista psicològic, psiquiàtric i social, persones amb trastorn del desenvolupament intel·lectual (TDI) tinguin diagnòstic de TEA o no, de qualsevol grau, (incloent-hi persones amb TDI *límit*) que presentin patologia psiquiàtrica (siguin quines siguin les manifestacions clíniques i de diagnòstic) o problemes i trastorns de conducta. En alguns territoris els SESM-DI atenen persones menors d'edat; a tots els territoris atenen els majors d'edat. Cal formar o incorporar un professional expert en TEA (i trastorn del desenvolupament intel·lectual) a cada SESM-DI.

#### 4.4.3 Tercer nivell d'atenció

Aquest nivell s'ocupa de les necessitats de diagnòstic i tractament d'altres problemàtiques a banda del TEA que poden fer més complex el procés d'atenció (sense arribar a alta complexitat, vegeu els nivells següents). Són dispositius que atenen la població general amb intervencions més intensives i/o funcionals.

- **Hospital de dia** per a persones amb TEA o sense i inestabilitat psicopatològica en què la intervenció de l'equip multidisciplinari intensiva és necessària. Tractaments terapèutics i/o rehabilitadors intensius per a

persones majors de 18 anys (identificació i regulació emocional, activitats cognitives, creatives i expressives, programes de funcionalitat, activitats socials, laborals i educatives), prevenció de recaigudes, suport intensiu per ajudar a afrontar processos de vida que suposen canvis importants i que agreugen la simptomatologia (pas a la vida adulta, afrontament d'estudis universitaris, dol dels pares, maternitat, dificultats per afrontar l'àmbit laboral), atenció per superar les crisis i després d'un ingrés hospitalari.

- **Serveis de rehabilitació comunitària:** per a persones a partir de 16 anys estables en l'àmbit de simptomatologia, però amb dèficits en la funcionalitat i necessitats específiques vinculades al desenvolupament d'un projecte de vida. Avaluació psicosocial de necessitats i expectatives de la persona, avaluació cognitiva, planificació i aplicació de plans individualitzats de rehabilitació (activitats d'autonomia i funcionalitat, promoció de la salut i el benestar, inserció comunitària...). Atenció individual, grupal, familiar i comunitària.

Serveis especialitzats que sovint donen suport al procés de diagnòstic i col·laboren en el pla de tractament en l'àmbit de la seva especialitat. Concretament, en els serveis de neurologia hi ha una col·laboració d'elevada freqüència:

- **Serveis de neuropediatria hospitalària i neurologia d'adults dels hospitals terciaris i comarcals de Catalunya.** Atenció a persones que pateixen trastorns neurològics, des del període neonatal fins als 14 o 18 anys, pel que fa a neuropediatria i majors d'edat a neurologia d'adults. L'atenció va des del diagnòstic sindròmic, funcional i etiològic fins al tractament mèdic dels trastorns de base o de les complicacions, si n'hi ha. D'acord amb el criteri mèdic i segons l'avaluació de la història clínica i l'examen neurològic, sol·liciten altres proves complementàries per diagnosticar comorbiditats que poden acompanyar els símptomes d'autisme. Així mateix, no de forma rutinària i avaluant cada cas, pot ser convenient fer un electroencefalograma per descartar epilèpsia, així com dur a terme estudis genètics específics en unitats especialitzades hospitalàries.

#### 4.4.4 Quart nivell d'atenció

Es tracta d'unitats d'especialització en TEA amb abordatges de moderada intensitat (UE-TEA), poden ser exclusius o centres no específics per a TEA, amb abordatges intensius per a situacions de moderada/alta complexitat clínica i/o psicosocial i familiar. Els dispositius assistencials de quart nivell d'atenció també són els encarregats d'establir el nivell de suport una vegada finalitzat el procés d'avaluació de TEA.

### Abordatges especialitzats en TEA d'intensitat moderada

- **Unitats d'especialització en persones amb TEA (UE-TEA):** són unitats d'atenció integral especialitzades en autisme, que atenen la població infantil, juvenil i adulta. Cada regió sanitària disposa de diferents serveis especialitzats:
  - **Hospital de dia terapèutic especialitzat en TEA:** intervenció específica per a persones amb TEA amb discapacitat intel·lectual associada o sense, i amb comorbiditat psiquiàtrica associada que necessiten un tractament específic intensiu de la simptomatologia nuclear: alteracions en les habilitats socials, rigidesa, inflexibilitat, intervenció d'integració sensorial i/o intervenció en conducta alimentària, així com suport i treball familiar. S'ofereix diagnòstic diferencial en casos d'elevada complexitat.
  - **Centres de dia infantojuvenils especialitzats en TEA:** servei per a nens/adolescents menors de 18 anys en etapa educativa obligatòria, de forma exclusiva o compartida, on s'ofereix formació educativa, atenció psicològica intensiva, psiquiàtrica, si escau, i altres tractaments indicats per a cada cas particular (sistemes augmentatius de llenguatge, logopèdia, musicoteràpia, psicomotricitat...).
  - **Comunitat terapèutica educativa especialitzada en TEA:** unitat de convivència especialitzada en TEA, d'ingrés voluntari, en un entorn obert, tipus, amb una estada aproximadament de cinc mesos per als casos de difícil avaluació i que no arriben a vincular-se a un hospital de dia especialitzat. Té la capacitat d'observació diagnòstica, d'avaluació de conducta i d'intervenció.
  - **Servei de consulta externa especialitzada:** els diversos dispositius sanitaris poden fer consultes especialitzades a aquests serveis.

### Abordatges intensius d'alta complexitat no exclusius de TEA

- **Unitat d'hospitalització d'aguts:** unitats no específiques per a persones amb TEA però indicades per a situacions psicopatològiques agudes i/o que, per comorbiditat mèdica i/o psiquiàtrica, presenten un empitjorament clínic o un risc per a la salut: trastorns depressius greus, patologia psicòtica, idees de mort, intents autolítics, alteracions conductuals greus, desvinculació sanitària, etc. Hi ha unitats d'aguts per a persones menors i majors de 18 anys.
- **Unitat d'hospitalització de subaguts:** unitats no específiques per a persones amb TEA però indicades quan necessiten una intervenció hospitalària mantinguda 1-3 mesos, per estabilitzar la clínica comòrbida al TEA i la pèrdua de funcionalitat en un entorn estructurat que minimitza riscos per a un mateix o tercers, per les alteracions conductuals i/o la situació psicopatològica comòrbida al TEA: aïllament, depressió, conductes autolesives i/o autolítics, ansietat, etc. Es tracta d'unitats no específiques i ofereixen dispositius tant per a més grans com per a menors de 18 anys.

- **Unitat d'hospitalització especialitzada per a persones amb discapacitat intel·lectual (UHEDI):** unitat no específica per a persones amb TEA majors de 18 anys. És una unitat d'ingrés per a persones amb discapacitat intel·lectual que presenten trastorns mentals i/o de conducta, que atén sovint persones amb TEA i DI. Es treballa l'estabilització psicopatològica i conductual de cada persona a partir del model biopsicosocial; es consideren el/s motiu/s d'ingrés des de les tres vessants i s'actua sobre aquestes durant l'estada del pacient. Paral·lelament, es treballa amb les persones ingressades en l'adquisició o el manteniment d'habilitats adaptatives en forma d'activitats del dia a dia i tallers dins la unitat, així com sortides a la comunitat. Tant durant l'ingrés com després de l'alta es mantenen coordinacions periòdiques amb els recursos referents dels usuaris en l'àmbit de la salut mental (Servei Especialitzat de Salut Mental per a Persones amb Discapacitat Intel·lectual) i recursos referents (laborals- ocupacionals i/o residencials).
- **Unitat terapèutica educativa Acompanya'm Barcelona i Lleida:** recurs terapèutic educatiu especialitzat en salut mental infantojuvenil per a menors de 18 anys integrat a la xarxa pública de salut de Catalunya. Atén casos d'elevada complexitat alguns dels quals tenen el diagnòstic de TEA, associat a altres trastorns mentals que afecten la funcionalitat de la persona. L'objectiu de la intervenció és oferir una atenció terapèutica, social i educativa a adolescents i joves amb trastorn mental greu i/o de conducta associats a elevada complexitat clínica, familiar i social, d'una forma intensiva, personalitzada, interdisciplinària, coordinada i corresponsable amb els serveis educatius i socials. L'objectiu final és la recuperació clínica, relacional i social, i consolidar un model integral de treball interdepartamental, ja que en alguns territoris és una unitat concertada amb places pel Departament de Drets Socials i, concretament, de la Direcció General d'Atenció a la Infància i Adolescència. Segueix un model centrat en la persona amb professionals de l'àmbit sanitari, social, educatiu i laboral.
- **Equips comunitaris d'atenció intensiva (equips GUIA).** La població a la qual s'adrecen els equips GUIA són els adolescents i joves, de 12 a 25 anys, amb trastorns de salut mental i trastorn de conducta disruptius i amb impacte social. Aquesta població diana presenta una complexitat evident pel moment vital que viuen, el procés de canvis i l'etapa de vida marcada pels desequilibris i la reconstrucció constant. Alguns dels casos atesos són persones amb autisme.  
L'Equip GUIA és multidisciplinari i està totalment integrat a la Xarxa de Salut Mental i Addiccions del territori, amb una coordinació estreta amb el CSMIJ i el CSMA. Com que les persones ateses sovint es troben amb moltes dificultats per establir relacions adequades amb els diferents serveis i recursos de la xarxa (sanitària, social, justícia, educació, benestar), el gestor de cas és el professional que articula la intervenció entre l'adolescent i/o jove i la resta de serveis i departaments.

#### 4.4.5 Cinquè nivell d'atenció

Són unitats que han de tractar de manera específica i amb una intervenció d'alta intensitat el TEA d'alta complexitat i/o resistent en el marc de les estratègies de quart nivell d'atenció.

- **Unitats d'expertesa i d'alta especialització en TEA infantil i juvenil:** intervenció específica per a nens o adolescents amb TEA que, després de múltiples intervencions específiques en l'àmbit comunitari i hospitalari (agut o subagut) previ, han presentat una evolució poc satisfactòria i requereixen una hospitalització completa per tractar les comorbiditats mèdiques i/o psiquiàtriques associades a l'autisme, així com una intervenció terapèutica intensiva i suport a les famílies. Es caracteritza per atendre casos de persones amb autisme i greus alteracions conductuals reactives a estressors ambientals. La intervenció hospitalària inclou intervenció intensiva familiar en un model d'atenció que permet el màxim d'acompanyament dels progenitors i/o cuidadors principals.
- **Unitats d'expertesa d'alta especialització en TEA d'adults:** adreçades a persones majors de 18 anys amb elevada interferència funcional i fracàs en intervencions prèvies. Abordatge psicològic individual i grupal. Diagnòstic especialitzat de persones adultes on se sospita però no es pot concloure des del centre de salut mental el diagnòstic de TEA. Diagnòstic diferencial, avaluacions i tractament de comorbiditats que no responen als tractaments previs, per alteracions de conducta que requereixen una avaluació més especialitzada i un abordatge intensiu i personalitzat.

#### 4.4.6 Criteris d'atenció entre els diferents dispositius d'atenció

S'han de presentar els criteris de derivació específics entre els diversos nivells d'atenció i dels respectius dispositius sanitaris. Al final de l'apartat s'adjunta un gràfic de derivació on es resumeixen els dispositius segons el model d'atenció esglaonada i el cicle vital de la persona atesa.

##### Criteris de derivació específics d'atenció primària\* a segon nivell d'atenció

Aquests criteris també són d'aplicació a altres dispositius dependents dels departaments d'Educació i de Drets Socials.

Senyals d'alarma

Puntuacions indicatives en les escales d'autisme (corresponents per edat, vegeu l'apèndix)

Preocupació dels pares/tutors legals/familiars/educadors

Afectació funcional (escola, feina, relacions interpersonals)

Afectació de la salut mental

### Criteris de derivació del CSMIJ o CSMA a HDIA

- *No adaptació a l'entorn escolar/laboral o quotidià*
- *Presència de la simptomatologia següent:*
  - *Trastorns de conducta (autoagressivitat/heteroagressivitat moderada).*
  - *Augment d'episodis de meltdown/shutdown*
  - *Descompensació psicopatològica (moderada)*
  - *Síntomes d'hipersensibilitat greus o discapacitats que no responen als tractaments habituals*
  - *Aïllament social absolut*

### Criteris de derivació des del CSMIJ o CSMA a UE-TEA

#### *\*derivació directa en relació amb la gravetat*

- *No resposta a tractament administrat a CSMIJ/CSMA en temps i dosi adequats segons evidència disponible*
- *Comorbiditat amb patologia psiquiàtrica que requereixi abordatge especialitzat*
- *Empitjorament de símptomes TEA afegits a la comorbiditat psiquiàtrica (no resposta) que requereixi abordatge més intensiu*
- *Presència de criteris de gravetat simptomatològica (afegida al criteri requerit per a la derivació a l'hospital de dia):*
  - *Augment de trastorns de conducta (autoagressivitat/heteroagressivitat greu)*
  - *Estat de meltdown/shutdown (quasi) permanent*
  - *Descompensació psicopatològica (greu)*

#### *\* derivació esglaonada CSM→HDIA→UE-TEA amb consens amb CSM si:*

- *Sense resposta al tractament en temps i dosi adequats*
- *Presència de criteris de gravetat simptomatològica (afegida al criteri requerit per a la derivació a HDIA):*
  - *Augment de trastorns de conducta (autoagressivitat/heteroagressivitat greu)*
  - *Estat de meltdown/shutdown (quasi) permanent*

Criteris de derivació a serveis d'hospitalització total

- Síntomes depressius importants amb risc autolític (conductes autolesives greus)
- Altres trastorns psicopatològics que impedeixen el tractament a nivell ambulatori i/o hospitalització parcial
- Conflictes familiars que impossibiliten el control ambulatori i/o l'hospitalització parcial
- **En cas de trastorn del desenvolupament intel·lectual (DI) → UHEDI**

Criteris de derivació específics a les unitats d'atenció d'alta complexitat (infantil i juvenil o adults)

- Persones que requereixen un procés d'hospitalització prolongat per la gravetat i la durada del TEA i altres comorbiditats
- Persones refractàries als tractaments de nivells anteriors
- Risc vital
- Manca de suport familiar per garantir la integritat de la persona

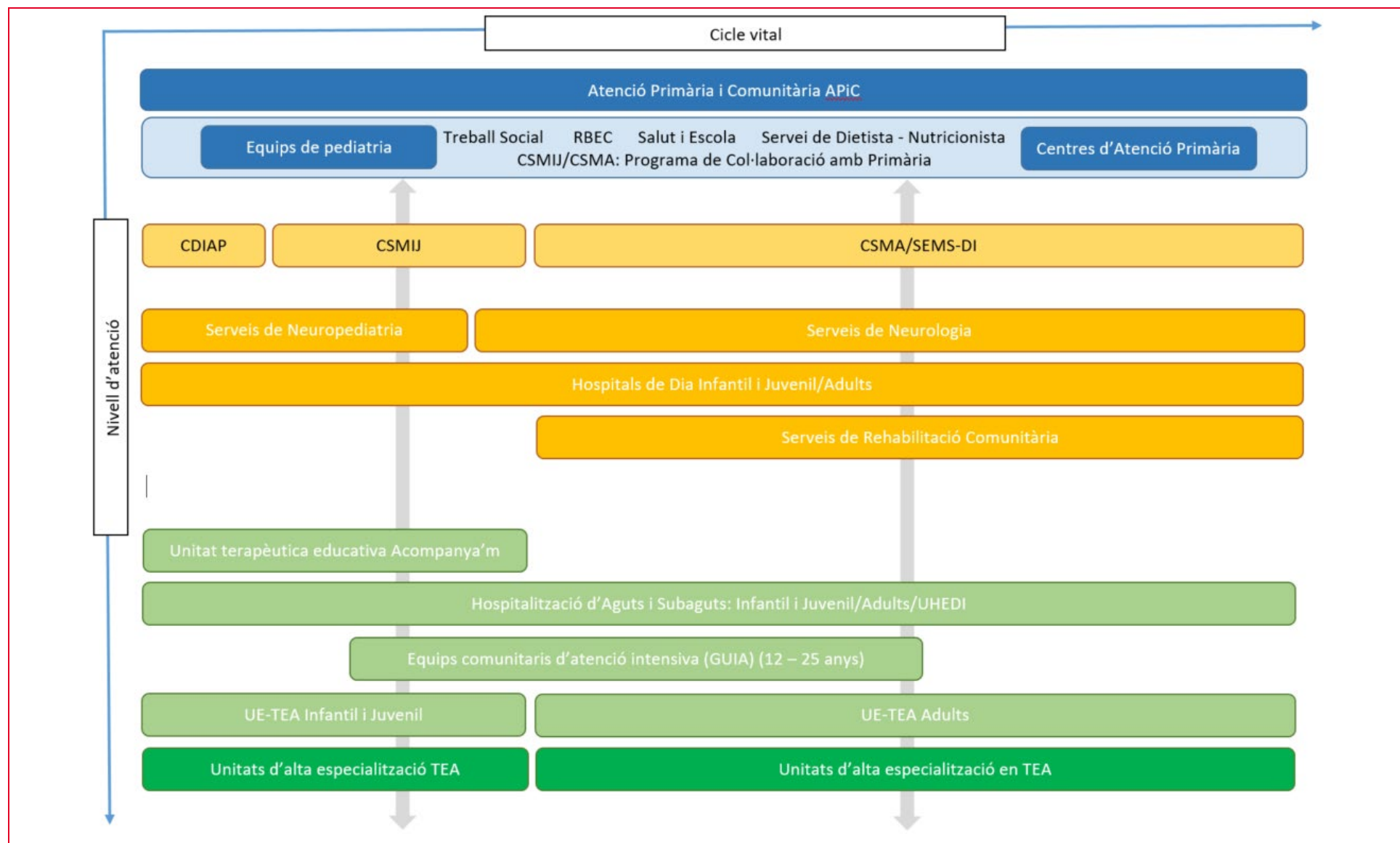
Criteris d'alta i rederivació des de qualsevol nivell a segon nivell d'atenció

- Estabilització de la fase aguda dels símptomes psiquiàtrics
- Millora dels conflictes familiars i del funcionament general que permeten el tractament ambulatori
- Persistència de dificultats funcionals que requereixen atenció psicològica o psiquiàtrica
- En cas d'absència de comorbiditat psiquiàtrica i de millora funcional general, **cal mantenir el referent de salut**

Criteris de derivació des de qualsevol nivell als Serveis Socials

- *Bona resposta al tractament de trastorns psiquiàtrics comòrbids*
- *Disminució o absència de la simptomatologia següent:*
  - *Trastorns de conducta*
  - *Meltdown/shutdown*
  - *Descompensació psicopatològica*
  - *Altres símptomes limitants (hipersensibilitat, conductes restrictives...)*
- *Dificultats funcionals d'adaptació als requeriments quotidians (escola, feina...)*
- *Conflictes familiars i del funcionament general que requereixen suport (o situacions en què la família no pot tenir cura de la persona amb TEA)*

**Figura 6.** Gràfic de derivació segons el model esglaonat d'atenció i al llarg del cicle vital. \*CSMIJ i CSMA deriven a la resta de nivells d'atenció.



#### 4.5 Continuitat assistencial entre nivells d'atenció

El TEA, com a trastorn de neurodesenvolupament, afecta l'individu en tot el cicle vital amb diversa repercussió segons les necessitats de cada període, i, per tant, no desapareix a l'edat adulta ni en la vellesa. Les necessitats que presenta l'autista van més enllà de l'àmbit sanitari, i arriben a l'àmbit educatiu, formatiu, laboral, de suport social i familiar. Tenir-les en compte en l'abordatge integral i coordinat de l'autisme en millora el pronòstic.

Per poder oferir aquesta atenció integral, eficient i efectiva és clau la **coordinació** entre les diverses entitats i serveis que atenen la persona amb TEA i tenir en compte la detecció de necessitats, la col·laboració i l'intercanvi d'informació que permeti abordar i donar una resposta holística, basada en un model **d'atenció biopsicosocial i centrat en la persona**. La coordinació garanteix que tots els professionals involucrats en l'atenció de la persona autista estiguin en sintonia, treballant per l'objectiu compartit, que és la millora de la salut i el benestar, i garantir que el PTI es dugui a terme, es revisi i revaluï a mesura que canviïn les circumstàncies i les necessitats. En aquest cas, el PTI ha de tenir la capacitat de donar **resposta contínua** a les **necessitats canviants** i, en particular, donar suport a la **transició** entre els cicles educatius (infantil, primària, secundària, batxillerat, cicles formatius, universitària...), en el **traspàs** de circuits assistencials de la xarxa infantil i juvenil i d'adults, però també en general a **qualsevol canvi** que pugui afectar la persona amb TEA per les dificultats que comporta aquesta condició.

En el procés de coordinació cal destacar diversos components:

- **Equip d'atenció:** format per professionals de la salut, terapeutes, educadors i altres especialistes que col·laboren per oferir atenció integral, més enllà dels recursos per proporcionar una atenció centrada en la persona. Per tant, aquest equip pot incloure pediatres, metges de família, psiquiatres, neuropediatres, psicòlegs, psicopedagogs, logopedes, terapeutes ocupacionals, mestres, professors, mestres d'educació especial, treballadors socials, entre d'altres.
- **Referent de cas:** l'àmbit d'atenció comunitària ambulatoria (APiC, CSIMJ i CSMA) constitueix l'eix que vertebrava la resta de les intervencions en els diferents serveis, unitats i nivells d'atenció, de més a menys intensitat. La bidireccionalitat garanteix que les persones amb necessitats d'atenció més intenses puguin accedir a serveis més especialitzats; quan la situació queda resolta s'ha de poder derivar a serveis comunitaris o no especialitzats que ofereixen una intensitat d'intervenció més baixa.
- **Pla de tractament individual i integral:** es desenvolupa un pla de tractament individual i integral basat en una avaluació exhaustiva de les necessitats de l'individu. Aquest pla descriu els objectius, les intervencions, les teràpies i els serveis específics necessaris per abordar els desafiaments únics de l'autisme (cal recordar que els serveis requerits poden

sobrepasar l'àmbit de la salut i, per tant, el pla els ha de tenir en compte). Serveix com a full de ruta per a l'equip d'atenció, independentment del servei o recurs, i proporciona un marc per fer un seguiment del progrés i ajustar les intervencions segons calgui.

- **Comunicació i intercanvi d'informació:** són essencials per a la coordinació de l'atenció sanitària que dona suport a altres departaments (educació, justícia, ocupació...). Això implica un intercanvi regular d'informació entre els professionals que intervenen en la persona amb TEA, compartir informació rellevant (amb consentiment de la primera persona i/o tutors), avaluacions i informes de progrés i tot allò que es consideri rellevant per afavorir el benestar general de la persona autista. Un intercanvi d'informació garanteix que tots els involucrats estiguin ben informats i puguin prendre decisions informades respecte a l'atenció de la persona amb autisme.
- **Coherència i continuïtat:** la coherència i la continuïtat de l'atenció són fonamentals i garanteix que les intervencions i les estratègies s'implementin de manera consistent en diferents entorns, com la llar, l'escola, el centre de treball, de lleure i centres de teràpia ocupacional... Ajuden a mantenir una sensació d'estabilitat i predicibilitat, cosa que és beneficiosa per al desenvolupament i benestar general de la persona autista.
- **Defensa i suport:** la coordinació implica defensar les necessitats i els drets de les persones amb autisme. Això inclou garantir l'accés a serveis adequats d'atenció mèdica, recursos educatius, suport social i comunitari, i suport legal. La promoció també ha de potenciar l'autonomia i la capacitat de les famílies amb el coneixement, la informació i els recursos que necessiten per participar activament en el procés d'atenció i de presa de decisions.

En línia amb aquesta coordinació, l'any 2018 el Departament de Salut va intentar donar un impuls a les unitats funcionals especialitzades en TEA (UFTEA) d'àmbit territorial per garantir una assistència continuada, dels 0 als 18 anys, per a casos de TEA més greus. Aquestes unitats estan formades per professionals referents del cas de cada dispositiu assistencial especialitzat, ja sigui CDIAP, CSMIJ, EAP, neuropediatria o pediatria. La funció pròpia de les UFTEA és coordinar les accions següents:

- Establir un diagnòstic de certesa i elaboració del PTI.
- Designar un referent únic.
- Proporcionar informació i donar suport a les famílies.

En principi disposen de la coordinació dels professionals dels diferents serveis de salut, d'educació i socials, amb aquesta figura referent.

La proposta de circuit de coordinació adopta aquesta idea de **professional de referència**, que hauria d'estar liderat pel pediatre dels 0 als 14 anys (com a figura que acaba veient més sovint l'infant i la família al llarg de l'any i durant tota la infància i primera adolescència), conjuntament amb un referent més social que pogués aportar suport a la família en els aspectes que no pertanyen a salut. El referent, però, també pot ser, si s'acorda durant la infantesa, un professional del CSMIJ. En el cas dels joves i adults, aquest referent hauria de ser un professional de l'APiC en casos amb necessitats de suport de nivell 1 o CSMA (per a casos amb necessitats de suport de nivell 1, 2, 3).

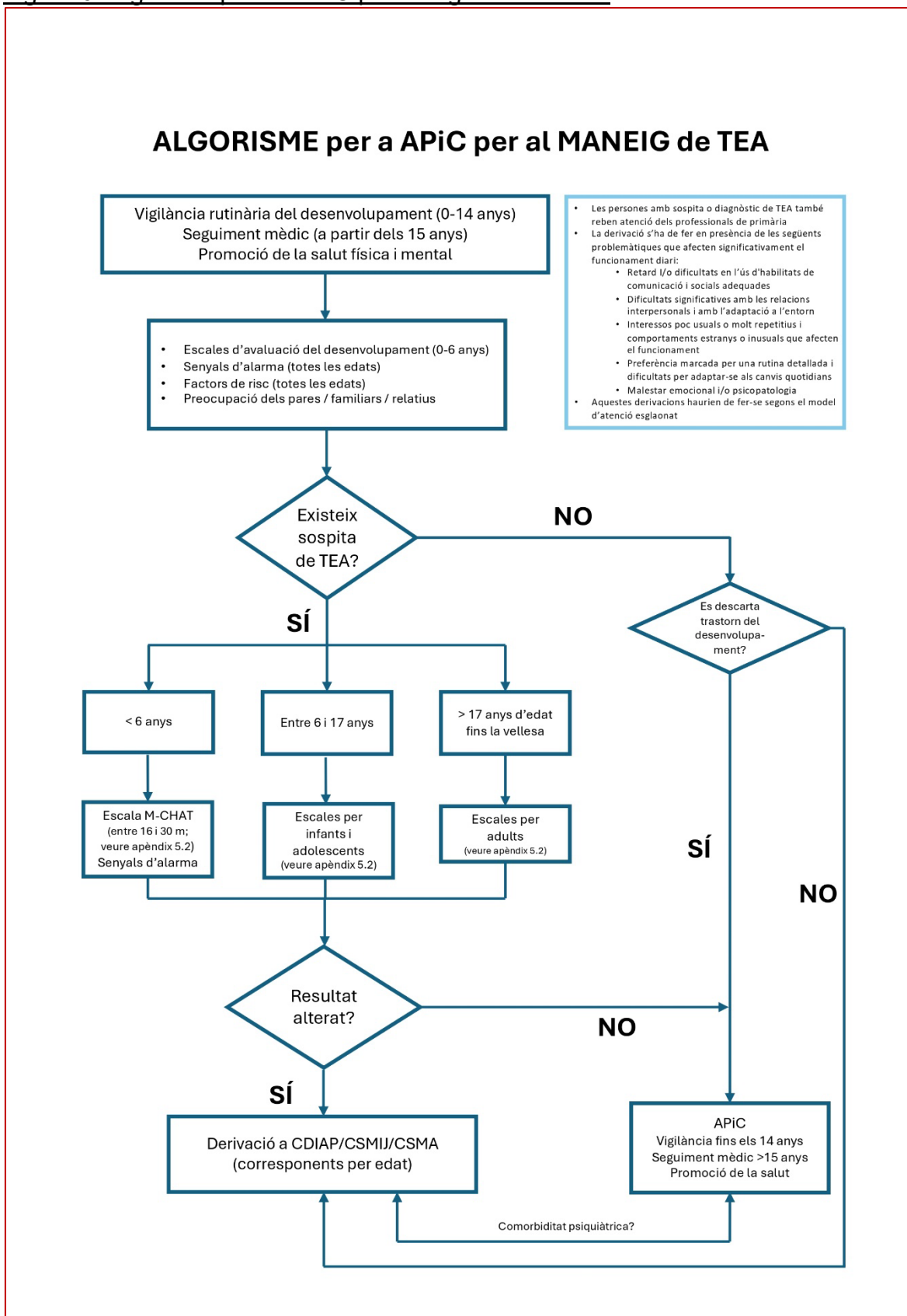
Actualment, des de la pediatria d'atenció primària es coordina el seguiment de TEA. El diagnòstic de TEA s'adjunta a l'historial quan es rep l'informe del professional encarregat de fer-lo. A l'atenció primària, essencialment es fa detecció precoç i es deriva si hi ha sospita a CDIAP/CSMIJ; després, es manté el seguiment, la coordinació amb els serveis implicats i es fa l'acompanyament a les famílies. En els equips pediàtrics d'atenció primària hi ha el/la referent de salut mental, que és la persona que es coordina amb els CSMIJ. Això afavoreix la coordinació entre la pediatria i els equips d'atenció pedagògica dels centres escolars. Pel que fa als joves i adults, actualment les persones amb sospites de TEA solen adreçar-se al metge de família; si aquest ho considera adequat, els remet al CSMA o al SEMS-DI sense comptar amb el professional de referència. Per tant, en el circuit de coordinació caldria incloure aquesta figura en l'atenció integral a partir dels 15 anys.

El més rellevant és que en tot aquest procés s'ha de compartir el PTI actualitzat entre AP, CSMIJ o CSMA i unitats especialitzades en TEA. La figura d'un referent de salut hauria de poder fer de nexa entre la persona atesa i els serveis de salut, i educatius, formatius, laborals, socials, etc., almenys en aquells casos que necessiten ser atesos des d'un grau 2 de necessitats de suport i sobretot en el grau 3.

La **coordinació** entre circuits, serveis, programes i professionals és imprescindible **sempre que hi hagi un diagnòstic de TEA**, però ha de prioritzar la complexitat. Cal fer una priorització dels casos més complexos per treballar en el nivell més intens d'intervenció. En aquest sentit, caldria oferir recursos d'atenció mèdica, educativa, formativa i d'inserció social especialitzada a qualsevol persona amb TEA (independentment de l'edat) i que reuneixi les característiques següents:

- Presència d'una o més malalties cròniques.
- Limitacions funcionals greus (necessitat de sondes mèdiques, necessitats alimentàries, com ara triturats o batuts, impossibilitat de comunicació verbal...)
- Ús freqüent del sistema sanitari (de dispositius diversos)
- Presència de comorbiditat psiquiàtrica, de trastorns de la conducta i/o plurifarmacologia d'elevada complexitat, que requereixin diagnòstic diferencial complex o que no hagin respost a tractaments previs de tipus menys intensiu (CDIAP, CSMIJ, CSMA, HDA... o Urpis)

Figura 6. Algoritme per a l'APiC per a la gestió del TEA.



## 5 Formació

És necessari millorar la comprensió pública i general de l'autisme, amb la finalitat de portar a terme les adaptacions adequades i raonables en els diferents serveis (educatius, recreatius, laborals, judicials, sanitaris i públics) per crear entorns amigables. Per fer-ho és imprescindible la formació del personal d'atenció sanitària que s'ha d'ajustar a les diferents necessitats dels professionals a qui va dirigida, segons l'edat i el perfil de persones amb TEA que atenen, o l'entorn en el qual treballen (serveis ambulatoris, hospitalaris, incloent-hi els serveis d'urgència).

S'ha de destacar que, des de l'any 2012, s'ofereix formació a tots els centres de salut mental infantil i juvenil, que ha homogeneïtzat l'avaluació i ha permès augmentar la detecció de casos a tot el territori. Aquest model de formació s'hauria de reproduir als centres de salut mental d'adults

D'acord amb el nivell d'implicació de cada un dels agents, els nivells de continguts han de passar de nocions bàsiques a especialització, de manera que cal definir programes específics segons les necessitats. La formació necessària per dotar els professionals de les eines i coneixements necessaris per tal d'atendre les persones amb TEA es distribueix en quatre línies de formació definides amb claredat:

- Formació transversal
- Detecció i diagnòstic
- Intervenció
- TEA amb DI

Per tal d'optimitzar els recursos formatius, hem distribuït les formacions (excepte les transversals, que impliquen tots els professionals) d'acord amb el nivell d'atenció en el qual duen a terme la pràctica professional. Cal destacar que tota la formació específica del primer nivell d'atenció correspon a àrees de coneixement que interpel·len els professionals del segon i tercer nivell d'atenció.

## Transversal

Aquesta formació és de caràcter general i s'hauria d'impartir a tots els nivells d'atenció:

| Característiques generals                                                            | Característiques específiques                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Definició de TEA. Criteris diagnòstics                                               | Perspectiva de gènere del TEA                                      |
| Desenvolupament normotípic                                                           | Suports visuals adaptats                                           |
| Història del TEA, conceptualització i epidemiologia                                  | Altes capacitats                                                   |
| Processament cognitiu de la informació, perfils sensorials, manifestacions clíniques | Desenvolupament intel·lectual                                      |
|                                                                                      | TEA a la tercera edat                                              |
|                                                                                      | Prevenició de l'assetjament escolar/assetjament psicològic laboral |
|                                                                                      | Justícia juvenil                                                   |

## Detecció i diagnòstic

| Primer nivell d'atenció        | Resta de nivells d'atenció                    |
|--------------------------------|-----------------------------------------------|
| Senyals d'alarma               | Eines de valoració diagnòstica                |
| Eines d'avaluació i/o detecció | Procés diagnòstic de TEA en adults            |
|                                | Diagnòstic diferencial i comorbiditats        |
|                                | Valoracions neuropsicològiques                |
|                                | Perfil sensorial                              |
|                                | Capacitat intel·lectual i adaptació funcional |
|                                | Pronòstic funcional i trajectòries            |

## Intervenció

Totes les àrees de coneixement proposades són fonamentals a qualsevol edat. No obstant això, s'han d'adaptar els continguts formatius a la franja d'edat a la qual s'adrecen.

| Primer nivell d'atenció      | Resta de nivells d'atenció                   |
|------------------------------|----------------------------------------------|
| Intervenció precoç.          | Abordatge corporal i sensoriomotriu          |
| Psicoeducació familiar       | Treball grupal a la xarxa pública            |
| Suport en aspecte de criança | Habilitats socials i comunicatives           |
|                              | Regulació emocional i conductual             |
|                              | Esfera afectivosexual (adolescència)         |
|                              | Tractament farmacològic en TEA               |
|                              | Abordatge corporal i sensoriomotriu          |
|                              | Intervenció psicològica de les comorbiditats |
|                              | Intervenció familiar i de parella            |
|                              | Itineraris formatius i ocupacionals          |

## TEA amb trastorn del desenvolupament intel·lectual

Aquesta formació, pel fet que pertany a serveis especialitzats, només és específica d'unitats de professionals que atenen en el segon o el tercer nivell d'atenció.

| Segon, tercer, quart i cinquè nivell d'atenció                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------|
| Tractament del TEA i les comorbiditats en el context de DI                     |
| Fenotips biològics que cursen trastorn del desenvolupament intel·lectual i TEA |
| Necessitats complexes de comunicació                                           |
| Alteracions conductuals                                                        |

## 6 Resum dels àmbits d'actuació i les accions prioritàries

### Afavorir la detecció precoç i el diagnòstic per a una atenció precoç de qualitat i efectiva

1. Definició i desplegament del nou **model d'atenció esglaonada** als TEA.
2. Desplegar un pla de **formació continuada** segons el nou model d'atenció esglaonat prioritzant:
  - a. La formació als equips d'atenció primària per millorar-ne la detecció.
  - b. La formació als equips de la Xarxa de Salut Mental per tal de dotar-los d'eines diagnòstiques i d'intervenció i de garantir la continuïtat assistencial en les diferents etapes vitals.
3. Crear **serveis especialitzats** per a **adults TEA** que s'incloguin en la cartera de serveis.

### Millorar la vinculació i l'equitat territorial dels serveis de la Xarxa de Salut Mental.

4. Reforçar els CSM per assegurar l'atenció de les persones amb TEA.
5. Promoure la **coordinació** de circuits assistencials per assegurar la vinculació de la persona amb TEA a la Xarxa de Salut Mental.
6. Desplegament de les **unitats d'especialització** en persones amb TEA (UE-TEA) de forma equitativa a tot el territori (una per regió sanitària o àrea assistencial).

### Reestructuració de programes actuals:

7. **Integrar** funcionalment els dispositius del segon nivell d'atenció.
8. Implementar un model d'atenció esglaonada dins els CSM, basat en l'estratificació per complexitat i necessitat d'intensitat d'intervenció.
9. Incloure en el PTI un **referent de cas** (professional CSM i/o PCP).

### Propostes d'elaboració de materials i recursos que permetin una intervenció integral i compartida

10. Dissenyar un repositori de procediments terapèutics nuclears basats en l'evidència per treballar amb persones amb TEA.
11. Implementar el Pla terapèutic individualitzat (PTI) **compartit** a la història clínica únic, avaluable periòdicament pel dispositiu que estigui atenent la persona.

## 7 Apèndix

### 7.1 Apèndix 1: Senyals d'alarma

Els símptomes o senyals d'alarma per edats ens alerten d'un augment de la possibilitat que aquest infant que examinem estigui afectat per TEA. S'han d'utilitzar com a guia per ajudar a reconèixer precoçment. És fonamental tenir en compte que no hi ha un únic símptoma que sigui indicatiu per si sol de la presència d'autisme i que l'absència de qualsevol de les característiques anteriors no descarta un possible diagnòstic i que un senyal d'alarma no implica necessàriament una afectació del desenvolupament. Recordem que davant la presència d'aquests senyals d'alarma cal fer un cribratge a fi d'elaborar un diagnòstic.

#### Senyals d'alarma:

- Absència o pobresa en els *fidgety general and movements*
- Falta de somriure social
- Dificultats en el contacte ocular
- Dificultats de diàleg tònic per adaptar el cos al de l'altre
- Moviments sensorials de la llengua a la boca, ganyotes, subtils

#### Als 6 mesos

- Presta més atenció als objectes que a les persones
- No mostra ansietat de separació ni reconeixement de persones estranyes

#### Als 9 mesos

- No segueix amb la mirada un objecte familiar quan el cuidador o la cuidadora els l'assenyala («mira el...»).
- No hi ha intercanvis relacionals amb el cuidador o la cuidadora (sons, gestos, «joc del cucut», el nadó no respon al cuidador o la cuidadora).
- No estiren els braços de manera anticipada quan algú els agafa a coll
- No permanència d'objecte

#### Als 12 mesos

- No assenyala amb el dit per obtenir un objecte fora del seu abast o mostren objectes per cridar l'atenció del cuidador o la cuidadora ni hi estableixen un contacte visual
- No es gira quan se l'anomena pel seu nom
- No baluceja o usa altres gestos comunicatius

#### Als 15 mesos

- No mostra objectes ni assenyala
- No respon de manera consistent al seu nom
- No respon a ordres senzilles.
- No diu «papa» ni «mama» amb sentit

### **Als 18 mesos**

- No juga a «pretendre», joc simbòlic (donar de menjar a una nina, fer com que parla per telèfon...)
- Evita el contacte visual
- No diu paraules individuals significatives

### **Als 24 mesos**

- No diu frases espontànies de dues paraules als 24 mesos
- Repeteix paraules o frases una i una altra vegada (ecolàlia)
- No mostra interès pels altres infants. Presenta una marxa i/o una motricitat peculiar (caminar de puntetes, girs)
- Té un retard en l'adquisició de la parla i les competències lingüístiques

### **A partir dels 24 mesos**

- Dona respostes no relacionades amb les preguntes
- Qualsevol pèrdua de llenguatge o habilitat social a qualsevol edat
- Problemes de comportament importants amb rebequeries incontrolables, molt freqüents com a símptoma d'intolerància als canvis o encara que siguin menors
- Té dificultat per entendre els sentiments d'altres persones o per parlar dels seus propis sentiments
- Té interessos obsessius
- Aleteja les mans, fa voltes en cercles sobre si mateix, balanceja el cos, fa moviments bruscos de coll
- Té reaccions inusuals a la manera com les coses sonen, fugen, saben, es veuen o se senten
- Qualsevol preocupació familiar sobre el desenvolupament de l'infant, comunicació o interacció social

### **En l'edat preescolar**

*Comportaments d'interacció social i comunicació recíproca.*

#### *Llengua parlada*

- Retard del llenguatge (en balbotejos o paraules)
- Regressió o pèrdua de l'ús de la parla
- El llenguatge parlat (si és present) pot incloure inusuals:
  - Vocalitzacions que són de la parla
  - Entonació estranya o plana
  - Repetició freqüent de paraules i frases establertes (ecolàlia)
  - Referència a un mateix pel seu nom o «vostè» o ella/ell més enllà dels 3 anys
- Ús reduït i/o poc freqüent del llenguatge per comunicar-se, per exemple, ús de paraules soltes, encara que sigui capaç de parlar en oracions

### *Responent als altres*

- Resposta absent o retardada quan se l'anomena pel seu nom, malgrat tenir una audició normal
- Somriure social receptiu, reduït o absent
- Capacitat de resposta reduïda o absent a les expressions facials o sentiments d'altres persones
- Resposta inusualment negativa a les sol·licituds dels altres (comportament d'evitació de la demanda)
- Rebuig d'abraçades iniciades pels pares o cuidadors, encara que poden iniciar-les ells mateixos

### *Interactuar amb els altres*

- Consciència reduïda o absent de l'espai personal, o inusualment intolerant amb les persones que entren al seu espai personal
- L'interès social reduït o absent en els altres, inclosos els nens de la seva mateixa edat, pot rebutjar els altres. Si està interessat en els altres, pot acostar-se als altres de manera inapropiada, pot semblar agressiu o pertorbador
- Imitació reduïda o absent de les accions dels altres
- Iniciació reduïda o nul·la del joc social amb altres persones, juga sol
- Gaudi reduït o absent de situacions que agraden a la majoria dels nens, per exemple, les festes d'aniversaris
- Compartir el gaudi reduït o absent

### *Contacte visual, assenyalar i altres gestos*

- Ús reduït o absent de gestos i expressions facials per comunicar-se (encara que pot col·locar la mà d'un adult sobre objectes).
- Gestos, expressions facials, orientació corporal, contacte visual (mirar als ulls de les persones quan parla) i parla utilitzats en la comunicació social reduïts i mal integrats
- Ús social reduït o absent del contacte visual, considerant que existeixi una visió adequada
- Atenció conjunta reduïda o absent mostrada per la falta de:
  - Canvi de mirada
  - Seguir un punt (mirar cap on assenyalava l'altra persona; pot mirar la mà)
  - Usar, assenyalar o mostrar objectes per compartir interès

### *Idees i imaginació*

- Imaginació reduïda o absent i varietat de jocs de simulació

### *Interessos inusuals o restringits i/o comportaments rígids i repetitius*

- Moviments repetitius «estereotípics», com aletejar les mans, balancejar el cos en estar dempeus, girar i moure els dits
- Jocs repetitius o estereotipats; per exemple, obrir i tancar portes
- Interessos massa centrats o inusuals
- Excessiva insistència a seguir la pròpia agenda

- Extrems de reactivitat emocional davant de canvis o situacions noves, insistència que les coses siguin «igual»
- Reacció excessiva o insuficient a estímuls sensorials; per exemple, textures, sons, olors
- Reacció excessiva al sabor, olor, textura o aparença dels aliments o modes alimentaris extrems

### **De 5 a 11 anys (escola primària)**

#### *Comportaments d'interacció social i comunicació recíproca*

##### *Responent als altres*

- Les respostes als altres poden semblar grolleres o inapropiades
- Resposta reduïda o absent a les expressions facials o sentiments d'altres persones
- Resposta reduïda o retardada a l'insult, malgrat una audició normal
- Dificultats subtils per comprendre les intencions dels altres; pot prendre's les coses literalment i malinterpretar el sarcasme o la metàfora
- Resposta inusualment negativa a les sol·licituds dels altres (comportament d'evitació de la demanda)

##### *Interactuar amb els altres*

- Consciència reduïda o absent de l'espai personal, o inusualment intolerant amb les persones que entren al seu espai personal
- L'interès social reduït o absent en les persones, inclosos els nens de la seva mateixa edat, pot rebutjar els altres. Si està interessat en els altres, pot acostar-se als altres de manera inapropiada, pot semblar agressiu o pertorbador
- Comportaments de salutació i comiat reduïts o absents
- Consciència reduïda o absent del comportament socialment esperat
- Capacitat reduïda o absent per participar en el joc social o en les idees d'uns altres, juga sol
- Incapaç d'adaptar l'estil de comunicació a situacions socials; per exemple, pot ser massa formal o inadequadament familiar
- Gaudi reduït o absent de situacions que agraden a la majoria dels nens

##### *Contacte visual, assenyalar i altres gestos*

- Gestos, expressions facials i orientació corporal, contacte visual (mirar als ulls quan parla) i parla utilitzats en la comunicació social reduïts i mal integrats
- Ús social reduït o absent del contacte visual, considerant que existeixi una visió adequada
- Atenció conjunta reduïda o absent mostrada per la falta de:
  - Canvi de mirada
  - Seguir un punt (mirar cap on assenyala l'altra persona; pot mirar la mà)
- Usar, assenyalar o mostrar objectes per compartir interès

### *Idees i imaginació*

- Joc imaginatiu o creativitat flexible reduït o absent, encara que es poden recrear escenes vistes en mitjans visuals (per exemple, televisió)
- Fa comentaris sense ser conscient de les subtils o jerarquies socials

### *Interessos inusuals o restringits i/o comportaments rígids i repetitius*

- Moviments repetitius «estereotípics», com aletejar les mans, balancejar el cos en estar dempeus, girar, moure els dits
- Joc repetitiu i orientat a objectes més que a persones
- Interessos massa centrats o inusuals
- Expectatives rígides que els altres nens han de respectar les regles del joc
- Excessiva insistència a seguir la pròpia agenda
- Extrems de reactivitat emocional excessius per a les circumstàncies
- Fortes preferències per rutines familiars i perquè les coses estiguin «bé»
- Aversió al canvi, que sovint condueix a ansietat o altres formes d'angoixa (inclosa l'agressió)
- Reacció excessiva o insuficient a estímuls sensorials; per exemple, textures, sons, olors
- Reacció excessiva al sabor, olor, textura o aparença dels aliments o modes alimentaris extrems

### *Altres factors que poden justificar una preocupació sobre l'autisme*

- Perfil inusual d'habilitats o dèficits (per exemple, habilitats de coordinació social o motora poc desenvolupades, mentre que àrees particulars de coneixement, habilitats de lectura o vocabulari estan avançades per a l'edat cronològica o mental)
- Desenvolupament social i emocional més immadur que altres àrees del desenvolupament
- Confiança excessiva (ingenuïtat), falta de sentit comú, menys independent que els companys

## **Més d'11 anys (etapa secundària)**

### *Comportaments d'interacció social i comunicació recíproca*

#### *Llengua parlada*

- El llenguatge parlat pot ser inusual en diversos sentits:
  - Ús molt limitat
  - To de veu monòton
  - Discurs repetitiu, ús freqüent de frases estereotipades (apreses)
- Contingut dominat per informació excessiva sobre temes d'interès propi
- Parlar «amb» els altres en lloc de compartir una conversa bidireccional
- Les respostes als altres poden semblar grolleres o inapropiades

#### *Interactuar amb els altres*

- Consciència reduïda o absent de l'espai personal, o inusualment intolerant amb les persones que entren al seu espai personal

- Dificultats de llarga durada en la comunicació i interacció social recíproca: pocs amics pròxims o relacions recíproques
- Comprensió reduïda o absent de l'amistat; sovint un desig infructuós de tenir amics (encara que pot resultar-li més fàcil amb adults o nens més petits)
- Aïllament social i aparent preferència per la solitud
- Comportaments de salutació i comiat reduïts o absents
- Falta de consciència i comprensió del comportament socialment esperat
- Problemes per acceptar la derrota en els jocs, prendre torns i comprendre què vol dir «canviar les regles»
- Pot semblar inconscient o desinteressat en el que els interessa a altres joves de la seva edat
- Incapaç d'adaptar l'estil de comunicació a situacions socials, per exemple, pot ser massa formal o inadequadament familiar
- Dificultats subtils per comprendre les intencions dels altres; pot prendre's les coses literalment i malinterpretar el sarcasme o la metàfora
- Fa comentaris sense ser conscient de les subtilitats o jerarquies socials
- Resposta inusualment negativa a les sol·licituds dels altres (comportament d'evitació de la demanda)

*Contacte visual, assenyalar i altres gestos*

- Gestos, expressions facials, orientació corporal, contacte visual (mirar als ulls de les persones quan parla) mal integrats assumint una visió adequada i llenguatge parlat utilitzat en la comunicació social

*Idees i imaginació*

- Història d'una falta de creativitat i joc imaginatiu social flexible, encara que es poden recrear escenes vistes en mitjans visuals (per exemple, televisió)

*Interessos inusuals o restringits i/o comportaments rígids i repetitius*

- Moviments repetitius «estereotípics», com aletejar les mans, balancejar el cos en estar dempeus, girar, moure els dits
- Preferència per interessos o aficions molt específiques
- Un gran compliment de les regles o la justícia que condueix a una discussió
- Conductes o rituals molt repetitius que afecten negativament les activitats diàries del jove
- Angoixa emocional excessiva per allò que als altres els sembla trivial, per exemple, un canvi de rutina
- Aversió al canvi, que sovint condueix a ansietat o altres formes d'angoixa, inclosa l'agressió
- Reacció excessiva o insuficient a estímuls sensorials; per exemple, textures, sons, olors

- Reacció excessiva al sabor, olor, textura o aparença dels aliments i/o modes alimentaris extrems

*Altres factors que poden justificar una preocupació sobre l'autisme*

- Perfil inusual d'habilitats i dèficits (per exemple, habilitats de coordinació social o motora poc desenvolupades, mentre que àrees particulars de coneixement, habilitats de lectura o vocabulari estan avançades per a l'edat cronològica o mental)
- Desenvolupament social i emocional més immadur que altres àrees del desenvolupament, confiança excessiva (ingenuïtat), falta de sentit comú, menys independent que els companys

## **En l'edat adulta**

Un gran nombre d'adults poden mostrar els signes o característiques de l'autisme i haver-los mostrat des de les etapes vitals primerenques, però poden no haver estat avaluats o diagnosticats per una sèrie de raons diverses, entre les quals trobem:

- Els signes o característiques no són evidents
- Les persones del seu entorn no coneixen els signes o les característiques de l'autisme
- Els signes i les característiques no limiten de manera visible el seu funcionament diari
- La persona autista ha après estratègies per fer front als reptes, com ara emascarar o camuflar els signes
- El cost econòmic i emocional d'una avaluació pot impedir d'obtenir el diagnòstic
- Haver rebut un o diversos diagnòstics que intenten explicar la clínica autista i comòrbida
- La persona pot autoidentificar-se com a autista, però no veu els avantatges de sotmetre's a una avaluació formal
- La persona no vol un diagnòstic formal
- Absència de recursos i de formació en l'entorn

Per això creiem que s'han d'establir una sèrie de línies vermelles que ens facin pensar en la presència de possible TEA quan estiguem davant d'un adult:

- Problemes per obtenir o mantenir la feina o els estudis
- Dificultat per interpretar el que pensen i/o senten els altres
- Mostrar una empatia diferent respecte als neurotípics amb els altres
- Funcionar amb rutines fixes establertes rigorosament i posar-se molt ansiosos o enfadar-se si canvien de manera inesperada
- Dificultat per mantenir una conversa sense un objectiu estricte, és a dir, «fer-la petar» o «xerrada social»
- Dificultats per comprendre bromes, dobles sentits o conceptes més abstractes.

- Mostrar franquesa extrema a l'hora d'avaluar les persones i les coses que sol rebre el comentari de «no tenir filtres»
- Dificultat per mantenir el contacte visual quan parla amb altres persones
- Presència de paraules o frases idiosincràtiques
- Dificultats en l'expressió facial o comunicació no verbal, que no estan en concordança amb el que succeeix en el context
- Alteracions sensorials (tant hipersensibilitat com hiposensibilitat)
- Problemes per aconseguir, assistir regularment o mantenir una feina o una educació
- Problemes per interpretar les expressions facials, el llenguatge corporal o els senyals socials
- Patir elevada ansietat, sobretot en situacions socials
- Dificultat per regular les emocions
- Mostrar una prosòdia peculiar que no concorda amb el que se sent o es vol expressar
- Tendència a tenir comportaments repetitius o rutinaris
- Dificultats per iniciar o mantenir relacions socials
- Història pròpia, antecedents o descendents d'una condició del neurodesenvolupament (dificultats d'aprenentatge i trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat) o trastorn mental, si n'hi ha
- Dificultats en la interacció social recíproca que inclouen interacció limitada amb els altres (per exemple, distant, indiferent o inusual), interacció només per satisfer les necessitats, interacció ingènua o unilateral
- Dificultat per mantenir la conversa i saber respondre a les expectatives dels altres
- Manca de resposta als altres, poc o cap canvi de comportament en resposta a diferents situacions socials, demostració social limitada d'empatia
- Rutines rígides i resistència al canvi
- Activitats repetitives marcades (per exemple, balancejar i batre les mans o els dits), especialment per estrès o emoció

## En població femenina

### *A l'etapa de primària*

- Síntomes d'ansietat, dificultats de regulació emocional o conductual o desafiaments en la socialització
- Escassa iniciativa social, socialització perifèrica o fins i tot una tendència a l'afecte indiscriminat o excessiu, ser excessivament innocents
- Tenir joc simbòlic, però és repetitiu, rígid
- Imitació d'iguals de forma poc espontània o mecànica
- Fascinació per l'ordre, la simetria
- A edats primerenques, com els 6 anys, ser conscients de les estereotípies i intentar inhibir-les
- Crisis de desesperació, plor inconsolable, durador

- Presentar en l'àmbit sensorial llindars del dolor excessivament alt o baix

#### *A l'etapa de secundària*

- Consultes per autolesions, problemes de conducta alimentària, simptomatologia ansiós-depressiva, absentisme escolar, i en algunes ocasions símptomes d'estrès posttraumàtic en relació amb experiències d'assetjament escolar
- Presentar amistats inestables o relacions d'excessiva exclusivitat
- Dificultats per entendre els nivells d'intimitat
- Malentesos freqüents tant en interaccions directes com en xarxes socials, amb elevat malestar associat
- Interessos intensos en les relacions, la moda, el maquillatge, les celebritats, la psicologia o en l'autisme
- Poden presentar expressió de gènere extremament estereotipada, masculina o femenina

#### *A l'etapa adulta*

- Dificultats d'adaptació en entorns acadèmics o laborals
- En l'esfera relacional, poden tenir desafiaments per marcada inhibició o desinhibició social
- Dificultats per percebre necessitats alienes, per gestionar desacords, la vida autònoma i presentar vulnerabilitat a situacions d'assetjament i abús a diversos nivells.
- Poden mostrar-se inflexibles davant de canvis de rutina no esperats, ser perfeccionistes i amb elevat sentit de la justícia
- Poden sentir-se extenuades després de trobades socials
- Presentar alteracions sensorials marcades que els limiten la capacitat de compartir en l'àmbit social el contacte físic o la vida sexoafectiva

## **7.2 Apèndix 2: Instruments de detecció i cribratge**

Tenint en compte que cadascun d'aquests instruments té avantatges i limitacions, cal seleccionar-los i utilitzar-los segons els objectius. Els instruments amb cita bibliogràfica són els que tenen propietats psicomètriques validades.

### **Instruments per a edat infantil i juvenil**

#### *Instruments per a infants menors de 3 anys*

- **M-CHAT-R/F** (*Modified Checklist for autism in toddlers. Revised with Follow-up*). Edat: 16-30 mesos. Amb 20 ítems. Durada de 10 minuts. Sensibilitat 85%, Especificitat 99% (García-Primo *et al.*, 2014; Magán-Maganto *et al.*, 2018).

- **ITC** (*Infant Toddler Checklist*). Edat: 6-24 mesos. Amb 24 ítems. Durada de 5 minuts. Valor predictiu positiu 75% (Parikh *et al.*, 2021).
- **STAT** (eina de cribatge per a l'autisme en nens petits). Edat: 24-30 mesos. 12 activitats interactives. Durada de 20 minuts (Stone *et al.*, 2004).
- **PDDST-II** (prova de cribatge de trastorns generalitzats del desenvolupament). Per a pares i cuidadors i atenció primària. Edat: 12-48 mesos. Diverses versions (I: 22 elements, II :14 elements, III :12 elements). (Siegel, 2004).
- **CSBS** (escala de comunicació i conducta simbòlica). Per a pares i cuidadors. Edat: 6-24 mesos. Amb 24 ítems. Durada 10 minuts (Eadia *et al.*, 2010)
- **ESAT**: detecció primerenca dels trets d'autisme. Pares i treballadors de la llar d'infants. edat: 14-15 mesos amb 10 ítems. 10 minuts (Ehteshami *et al.*, 2023).
- **CESDD** (llista de control per als trastorns primerencs de desenvolupament). Personal de la llar d'infants. Edat: 3-36 mesos. 25 ítems d'autisme i 4 ítems de llenguatge. 10 minuts. Els pares de nens amb risc han d'emplenar qüestionaris addicionals.
- Observacions dels pares de **POSI** sobre les interaccions socials.
- **ABC** (*Autism Behavior Checklist*) (Wadden *et al.*, 1991).

#### *Instruments per a preescolars, infants i adolescents*

- **SCQ** (*Social Communication Questionnaire*). Per a pares i cuidadors. Edat: de 4 a 40 anys. Durada de 15-20 minuts. Sensibilitat 85%, Especificitat 75% (Reyes *et al.*, 2020).
- **CAST** (*Childhood Autism Screening Test*). Per a pares i cuidadors. Edat: 5-11 anys. Amb 37 ítems. Durada de 10 minuts (Morales-Hidalgo *et al.*, 2017).
- **SRS** (escala de capacitat de resposta social). Per a pares i cuidadors. Edat: 4-18 anys. Durada de 15 minuts.
- **ASSQ** (*Autism Spectrum Screening Questionnaire*). Edat: 6-17 anys. Amb 27 ítems. Durada menys de 15 minuts. Sensibilitat 91%, Especificitat 86%.
- **CSBQ** (qüestionari sobre el comportament social dels nens). Per a pares i cuidadors. Edat: 4-18 anys. Durada de 15 minuts. Amb 49 ítems. Durada menys de 15 minuts.
- **SCDC** (llista de control dels trastorns de comunicació social). Per a pares i mestres. Edat: 3-19 anys. Amb 12 ítems. Durada menys de 15 minuts (Osa *et al.*, 2014).

- **AQ 10** (quocient de l'espectre autista). Versió per a adolescents. Té poca fiabilitat interna (Taylor *et al.*, 2020).
- **ATAC** (inventari de tics, TDAH i altres comorbiditats en autisme). Per a pares. Edat: 7-18 anys. 178 ítems. Durada de 27,5 minuts (Cubo *et al.*, 2010).

#### *Instruments per a nens amb discapacitats intel·lectuals*

- **DBC-ASA** (*Development Behaviour Checklist-Autism Screening Algorithm*). Edat: 4-18 anys. Amb 29 ítems. Sensibilitat 86% i Especificitat 79% (Brereton *et al.*, 2002).
- **DBC-ES** (*Developmental Behaviour Checklist-Early Screen*). Edat: 18-48 mesos. Amb 17 ítems. Sensibilitat 83%, Especificitat 48% (Gray *et al.*, 2008).
- **DBC-P** (llista de comprovació del comportament del desenvolupament per a pediatria)

#### **Instruments per a l'edat adulta**

##### *Instruments per a adults sense trastorn del desenvolupament*

- **AQ** (*Autism-Spectrum Quotient*) amb tres versions AQ-10, AQ-short (28 ítems), AQ complet (50 ítems). L'anàlisi ROC va indicar que la sensibilitat, l'especificitat i l'àrea sota la corba eren molt similars als punts de tall suggerits per al TEA entre les mesures, amb poca diferència de rendiment entre l'AQ-10 i l'AQ-50 complet (Yoshinaga *et al.*, 2023).
- **AAA** (*Adult Asperger Assessment*). No hi ha dades sobre característiques psicomètriques (Baron-Cohen *et al.*, 2006).
- **ASDI** (*Asperger Syndrome (and high-functioning autism Diagnostic Interview)*) (Robinson *et al.*, 2012).
- **EQ** (*Empathy Quotient*) (Muncer & Ling, 2006).
- **RAADS-R** (escala Ritvo de diagnòstic d'autisme i Asperger, revisada). Edat adulta. Eines autoadministrades (Sturm *et al.*, 2024).

##### *Instruments per a adults amb trastorn del desenvolupament intel·lectual*

- **ACL** (*Autism Checklist*). Eina de cribratge ràpida per al diagnòstic de la condició autista en persones amb TDI (Sappok *et al.*, 2013).
- **DiBAS-R** (avaluació diagnòstica del comportament per al TEA – revisada). Eina de detecció adequada per a població adulta amb TDI de nivell lleu i moderat amb bons indicadors de validesa i fiabilitat diagnòstica. Si bé tots dos instruments van mostrar una validesa diagnòstica acceptable quan es van aplicar sols, les diferents combinacions dels instruments DiBAS-R i ACL ofereixen millores en la sensibilitat i especificitat (Sappok *et al.*, 2014).

- **EVTEA-DI** (escala de valoració de l'espectre autista per a discapacitat intel·lectual). Eina de cribratge vàlida en l'avaluació del TEA en la població adulta espanyola amb TDI. Característiques psicomètriques adequades (Sensibilitat del 70% i Especificitat del 90%) (Cortés *et al.*, 2017).

## Instruments per al sexe femení

### *Instruments per al sexe femení en edat infantil i juvenil*

- **ASSQ-GIRL**. Qüestionari de cribratge per a l'espectre autista, extensió per a noies (ASSQ-Girl.) Edat: 6 a 16 anys. La puntuació total és de 0 a 36. Es disposa del resultat obtingut en administrar el qüestionari a diversos grups de població (Autisme, Tr. per dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH) i controls sans) (Kopp & Gillberg, 2011).
- **GQ-ASC** (*Girls Questionnaire for Conditions Autism Spectrum*). Disposa de dues versions (5-12 anys i 13-19 anys). Està en un estadi pilot però proporciona informació qualitativa útil. Recull d'informació en les àrees següents: joc, amistats, habilitats i interessos, perfil sensorial, història mèdica. Les puntuacions més elevades s'associen a la presentació femenina d'autisme. Actualment se n'està fent la validació psicomètrica (2024).
- **MQ-ASC**. Versió modificada de l'anterior. Mitjanes en població autista i no autista, per sexes i per cada secció (comportament de gènere, complaença, amistat, emmascarament social, sensibilitat sensorial, imaginació, imitació, història mèdica). En estudi.
- **CAT-Q** (*Camouflaging Autistic Traits Questionnaire*), versió parental. Les puntuacions poden oscil·lar entre 25 i 175. No té validació psicomètrica.

### *Instruments per a sexe femení en edat adulta*

- **AQ** (*Autism Quotient*) (vegeu més amunt).
- **Cat-Q-Spanish**. *Camouflaging Autistic Traits Questionnaire*, auto-administrada. Amb tres subcategories (*Compensació, Emmascarament, Assimilació*). Edat > 16 anys. Rang de puntuació: 25-175 (Lois-Mosquera *et al.*, 2022).
- **RAADS-R** (escala Ritvo de diagnòstic d'autisme i Asperger, revisada). Edat adulta. Eines autoadministrades que permeten completar la informació (Jones *et al.*, 2021).
- **GABS** (*Gendered Autism Behaviour Scale*). Esquema de codificació que mesura components hipotètics del fenotip autista femení en enregistraments d'administracions de l'eina ADOS-2 (Mòduls 3 i 4). Es pot utilitzar en l'etapa adolescent (Clarke *et al.*, 2021).

### 7.3 Apèndix 3: Tractaments basats en l'evidència

No hi ha cap cura per a l'autisme. En ser un trastorn o una condició del neurodesenvolupament, és una forma de ser i de processar la informació diferent de la resta de la població; per tant, no podem parlar d'una recuperació. El tipus d'intervenció no ha de buscar la curació dels símptomes autistes, sinó més aviat el benestar físic i emocional de les persones dins l'espectre de l'autisme —tot sovint malmès per les mateixes característiques de la condició— a través intervencions no farmacològiques i, si escau, farmacològiques (davant simptomatologia psiquiàtrica i tenint en compte les característiques neurobiològiques de les persones autistes per ajustar el tipus de fàrmacs i les dosis). El tractament s'ha de concentrar a oferir les estratègies adequades perquè la persona es pugui valdre per si mateixa i que hi hagi una interferència mínima en el dia a dia de la persona amb autisme.

És imprescindible alertar el públic en general sobre les suposades «cures» falses de l'autisme i les intervencions potencialment perjudicials en aquest àmbit.

L'abordatge del TEA amb intervencions amb evidència d'eficàcia és multimodal, no es basa en una única tècnica, i sovint s'han de combinar intervencions conductuals, de comunicació, d'execució... i en diferents entorns de vida. La naturalesa i la intensitat del suport i el tractament indicat és diferent per a cada persona i s'han d'adaptar a les característiques pròpies de cada individu i al moment del cicle vital en què es troba; cal organitzar tota la intervenció en el Pla de tractament individual que inclou les intervencions individuals, grupals, familiars, escolars i formatives, socials i laborals, així com la intervenció multidisciplinària coordinada. El disseny del pla d'intervenció ha d'incorporar pràctiques basades en l'evidència. A continuació es fa un recull que complementa l'anterior repositori d'intervencions recollit al Pla d'atenció integral a les persones amb trastorn de l'espectre autista (TEA) (2013), que també incorpora la perspectiva de les primeres persones i/o associacions.

#### Tractaments per a l'etapa primerenca i infantil

Tal com s'ha anat destacant, la importància de l'accés a una intervenció de la forma més precoç possible és cabdal. Cal, doncs, centrar la intervenció a:

- Oferir un assessorament psicoeducatiu als pares i altres referents significatius, donar valor als esforços familiars i oferir el suport pertinent.
- Aplicar estratègies generals basades en les trajectòries típiques del desenvolupament infantil per millorar l'aprenentatge i l'adquisició d'habilitats.
- Abordar els reptes socials, comunicatius i conductuals específics de les persones amb autisme.
- Més enllà de l'autisme, preveure les necessitats normatives de qualsevol criatura en desenvolupament.

Quant a les intervencions basades en l'evidència i avalades per proves sòlides d'assajos clínics aleatoritzats, segueixen enfocaments basats en el desenvolupament, dissenyats per facilitar la comunicació social entre els infants i els pares. La premissa principal es basa en la sincronització entre adults i nens, de manera que els pares aprenguin a respondre als senyals de comunicació dels fills i fomentar la comunicació espontània; crear oportunitats per a l'atenció compartida, la iniciació social del nen i el joc espontani.

La intervenció conductual natural orientada al desenvolupament per excel·lència és el model Denver de començament primerenc, probablement un dels més coneguts d'aquestes intervencions. L'edat d'aplicació és dels 12 als 48 mesos (Ryberg, 2015). Altres intervencions rigorosament avaluades són el programa d'atenció compartida, joc simbòlic i regulació de la interacció (**JASPER**) (Waddington *et al.*, 2021) i la teràpia de comunicació per a l'autisme en preescolars (**PACT**) (Tinelli *et al.*, 2023).

Pel que fa a la teràpia d'anàlisi conductual aplicada (**ABA**, sigles en anglès), consisteix a reforçar conductes desitjades i minimitzar les conductes problemàtiques mitjançant tècniques d'aprenentatge. En la dècada passada es considerava especialment eficaç en nens petits, però actualment està rebent crítiques (Cerasuolo *et al.*, 2022), especialment per part de les persones afectades.

Les directrius de la guia NICE, en relació amb la intervenció en comportaments desafiants, recomanen l'enfocament psicossocial, que avalua i modifica factors de l'entorn que contribueixen a l'aparició o el manteniment de la conducta. De la mateixa manera, s'han de generar estratègies basades en els principis del suport conductual positiu.

### Tractament per a l'etapa adolescent

L'adolescència és una etapa especialment exigent per als joves amb TEA a causa de l'augment de reptes socials, cognitius i acadèmics. En moltes ocasions poden ser resultat de la interacció entre les característiques que defineixen els TEA i un entorn no adaptat a les seves necessitats, especialment si estan afectats per una discapacitat intel·lectual associada (30%). Aquest fet provoca l'aparició d'elevades comorbiditats en aquests pacients, fins al 70% poden presentar un trastorn comòrbid i el 60% més d'un trastorn comòrbid.

Hem de destacar que malgrat el infradiagnòstic, la major part de les persones amb autisme presentarà en l'adolescència un trastorn depressiu i/o un trastorn d'ansietat (entre un 50-70%), motiu pel qual els últims anys s'està registrant un increment de conductes autolesives, idees de suïcidi i suïcidi consumat, especialment en el gènere femení. D'altra banda, el gènere masculí presenta un increment de la coexistència de trastorns de conducta, TDAH i de psicosi.

Per aquests motius, durant l'adolescència s'aconsella:

- Parar especial atenció a la comorbiditat que presenten o poden presentar les persones amb TEA i oferir tècniques de gestió de les dificultats de regulació emocional i conductual, així com una avaluació de les necessitats funcionals.
- Suport en la transició a la vida adulta, que és clau per afrontar tots els canvis que es produeixen.
- Educació, suport i orientació en l'esfera i la vida sexual.
- Acompanyament i suport en l'inici de l'etapa laboral.

Amb els objectius descrits, les principals intervencions basades en l'evidència de les quals disposem són:

- Intervencions basades en l'anàlisi conductual aplicada: Els programes basats principalment en els principis de l'anàlisi conductual aplicada (ABA) s'han aplicat de manera individual i en petit grup amb resultats positius en relació amb un canvi conductual.
- Programes orientats a formar els pares en la gestió del comportament: Tenen com a objectiu millorar la comprensió dels pares sobre l'autisme; fomentar habilitats socials i comunicatives; i com gestionar comportaments difícils com rituals, rebequeries i/o agressivitat i/o problemes amb l'alimentació, entre d'altres.
- Programes d'habilitats socials: Ofereixen resultats positius basats en l'avaluació de les habilitats socials per part dels pares i/o professors, i/o en mesures semblants de l'autoconsciència i la comprensió social dels adolescents amb autisme.
- Intervencions per a comportaments desafiadors: Consisteixen a abordar conductes problemàtiques com la desobediència, l'agressivitat o la manca de control emocional. Aquestes intervencions inclouen estratègies d'aprenentatge d'habilitats socials i emocionals, gestió de l'estrès i la frustració, i reforç positiu del comportament adaptatiu, tot adaptat a les necessitats individuals de l'adolescent amb TEA.
- Tractaments per abordar trastorns coincidents: Malgrat que no hi ha tractaments farmacològics per al TEA, sí que es disposa de tractaments per al tractament de la patologia comòrbida que se'n pot derivar: antidepressius (ISRS, duals), antipsicòtics i/o estabilitzadors de l'ànim.

## **Tractaments per a l'etapa adulta**

L'objectiu de tots els adults, siguin persones en l'espectre de l'autisme o no, és aconseguir una bona qualitat de vida. L'OMS defineix la qualitat de vida com la percepció que té una persona de la posició que ocupa en la vida, en el context de la seva cultura i dels sistemes de valors en què viu, i en relació amb els objectius, les expectatives, les normes i els maldecaps que té. Per tant, la necessitat

d'abordar la persona adulta considerant holísticament les seves necessitats, considerant les condicions concretes de persona amb autisme, és fonamental per tal d'assegurar una bona salut mental en forma de prevenció i promoció. L'edat adulta és el període més llarg de vida i els professionals que participen en la transició tenen l'encàrrec d'establir un pla de vida que inclogui tots els components essencials per assegurar el benestar de la persona.

El nivell de desenvolupament del llenguatge, les capacitats cognitives, un coeficient intel·lectual no verbal del voltant de la mitjana i el suport extern són alguns dels predictors més sòlids d'un pronòstic positiu en una millor evolució i resposta a les intervencions (Pickles A. *et al.*, 2020; Simonoff E. *et al.*, 2019). D'altra banda, és primordial fer un seguiment i intervenir quan calgui en relació amb les afectacions psicopatològiques comòrbides que es poden generar al llarg de la vida, i tenir en compte procediments terapèutics basats en l'evidència que s'adaptin a les persones amb autisme. En conjunt, les intervencions per a adults s'han d'organitzar amb una visió holística i que abraci totes les àrees de la persona organitzades en el Pla de tractament individual, l'eina que ha de guiar tota la intervenció.

En adults amb autisme tenim l'evidència que la reducció de l'estrès s'associa significativament a unes millors capacitats adaptatives d'afrontament i a la participació en activitats d'oci i relaxació. Tot i així, el nombre d'intervencions específiques per a la població adulta TEA és escàs. No hi ha una sola intervenció que funcioni per a tothom. La majoria de les pràctiques avaluades són pràctiques d'intervenció dissenyades per abordar una sola habilitat o objectiu, i la majoria es basen en un disseny d'intervenció de cas únic i pocs a nivell grupal. Tot i que hi ha escassos estudis d'eficàcia, els resultats són prometedors (article del 2021 del *Journal of Autism and Developmental Disorders*).

Quant al tractament de l'autisme en l'adult, es destaquen les intervencions següents:

- Estratègies cognitivo-conductuals/instruccional: basades en la instrucció sobre la gestió o control de processos cognitius que condueixen a canvis en el comportament conductual, social o acadèmic. Ha demostrat evidència en intervenció grupal i de cas únic en adults.
- Instruccions directes: una perspectiva sistemàtica en l'ensenyament mitjançant un paquet d'instruccions seqüencials amb protocols o lliçons amb guió. Ha mostrat evidència en estudis de cas únic amb millora en el domini de la comunicació.
- Intervencions en exercici i moviment: activitats que utilitzen esforç físic, habilitats/tècniques motrius específiques o moviment conscient per exercitar-se en una varietat d'habilitats i comportaments. Ha demostrat eficàcia en dissenys d'intervenció grupal i de cas únic, amb millora en el domini d'autoajuda, de comportament desafiant, en el domini cognitiu i de comunicació, motor, de preparació acadèmica i social.

- **Avaluació funcional de la conducta:** és una forma sistemàtica de determinar la funció o el propòsit subjacent d'un comportament, de manera que es pugui desenvolupar un pla de tractament eficaç. Ha demostrat evidència científica en dissenys de casos únic, amb millora en els dominis de conducta desafiant i comunicació.
- **Entrenament en comunicació funcional:** conjunt de pràctiques que substitueixen un comportament desafiant que té una funció de comunicació per habilitats de comunicació més adequades i efectives. Ha demostrat evidència científica en estudis de disseny de cas únic, amb millora dels dominis d'autoajuda, conducta desafiant i comunicació.
- **Teràpia de modelatge:** implica modelar i demostrar habilitats socials i de comunicació perquè les persones amb autisme les puguin aprendre. Ha demostrat evidència científica en estudis de disseny de cas únic i millora en els dominis acadèmics, comunicació, social i vocacional.
- **Intervenció naturalista:** una col·lecció de tècniques i estratègies que s'incorporen a activitats i/o rutines típiques en què l'aprenent participa per promoure, donar suport i fomentar les habilitats o comportaments de manera natural. Ha demostrat evidència tant en estudis de disseny d'intervenció grupal com de cas únic. Millora en els dominis de la conducta desafiant, de joc i social.
- **Intervenció en els pares:** es proporciona als pares una intervenció per al fill que en promou la comunicació social o altres habilitats o en disminueix el comportament desafiant. Ha demostrat evidència en estudis de disseny grupal i de cas únic, amb millora dels dominis de conducta desafiant, comunicació i en l'esfera social.
- **Instrucció i intervenció entre iguals: PEERS.** Intervenció en la qual els companys promouen directament les interaccions socials de les persones autistes o altres aprenentatges individuals, i pot proporcionar suport quan cal. Ha demostrat evidència en estudis de disseny grupal i de cas únic. Millora el domini acadèmic, de comunicació i social.
- **Teràpia d'incitació,** que aporta assistència verbal, gestual o física, comunicació, joc, a les persones per ajudar-los a adquirir o participar en una conducta o habilitat específica. Ha demostrat evidència a nivell grupal i de cas únic. Millora el domini acadèmic, d'autoajuda, de conducta desafiant, comunicació, preparació acadèmica, domini social i vocacional.
- **Teràpia del reforç positiu.** Ha demostrat evidència a nivell de cas únic. Millora en els dominis acadèmic, d'autoajuda, de conducta desafiant, comunicació, atenció conjunta, joc, preparació acadèmica, domini social i vocacional.
- **Autogestió:** instrucció en què les persones aprenen a discriminar entre els comportaments apropiats i inapropiats, monitoren i registren amb precisió els propis comportaments i es recompensen a si mateixos per comportar-se adequadament. Ha demostrat evidència en estudis de disseny de cas únic. Millora en domini d'autoajuda, conducta desafiant, preparació acadèmica i vocacional.

- Entrenament en habilitats socials: intervencions que descriuen situacions socials per ressaltar característiques rellevants d'una conducta o habilitat objectiu i oferir exemples de respostes adequades. Ha mostrat evidència científica en estudis de disseny grupal i, menys, en estudis de cas únic. Millora dominis d'autoajuda, conducta desafiant, comunicació, salut mental, joc i social.
- Anàlisi de tasques: un procés en el qual una activitat o comportament es divideix en passos petits i manejables per avaluar i ensenyar l'habilitat. Ha mostrat evidència en estudis de cas únic, amb millora en el domini vocacional.
- Instruccions i intervencions assistides per tecnologia: la tecnologia és la característica central i està dissenyada específicament per promoure l'aprenentatge d'una conducta o habilitat. Ha mostrat evidència en estudis de disseny grupal i de cas únic, amb millora del domini cognitiu.
- Modelatge a través de vídeos: ha mostrat evidència en estudis de cas únic sobretot i millora en els dominis acadèmic, d'autoajuda, comunicació, motor, joc, preparació acadèmica, social i vocacional.

Les diferents tècniques d'intervenció es poden dur a terme de diferents maneres. En presentem unes quantes:

- Teràpia de joc. Aquesta teràpia utilitza el joc per millorar les habilitats socials i de comunicació en les persones autistes, ja que fomenta la interacció i l'aprenentatge a través del joc estructurat.
- Teràpia ocupacional. Pot ajudar en les habilitats de la vida diària, la motricitat fina i la regulació sensorial.
- Teràpia del llenguatge i parla. S'utilitza per millorar les habilitats de parla i comunicació oral.
- Teràpies de regulació sensorial. Poden ajudar els individus autistes a gestionar les respostes sensorials i la hipersensibilitat o la hipoactivitat sensorial.
- Teràpia basada en l'acceptació i l'atenció plena. Pot ser útil per als autistes adults en la gestió de l'ansietat i la millora del benestar emocional.
- Teatre i arts escèniques. Aquestes activitats poden ser una eina eficaç per millorar les habilitats socials i la comunicació.
- Programació de comunitats de suport. La creació d'entorns d'aprenentatge i treball adaptats a les necessitats autistes pot ser molt eficaç per a adults amb autisme.
- Teràpies no invasives d'estimulació cerebral. Per exemple, *neurofeedback*, estimulació magnètica transcranial, que encara tenen poca o nul·la evidència en infants i en adults, respectivament.

## Tractaments farmacològics

El tractament farmacològic en persones amb TEA, l'ús de psicofàrmacs en la infància, l'adolescència i l'edat adulta és relativament freqüent, especialment segons la comorbiditat psiquiàtrica que presentin. Entre els antipsicòtics amb evidència i ús en la pràctica clínica infantojuvenil hi ha la risperidona, la olanzapina i l'aripirazol. Encara que la clozapina no està aprovada per la FDA, es disposa de dades d'estudis publicats on s'observa el benefici per combatre simptomatologia psicòtica adjuvant, així com per tractar irritabilitat i elevada rigidesa cognitiva, sense que l'ús sigui de primera línia.

La comorbiditat depressiva i/o ansietat en nens/adolescents amb TEA es pot tractar amb antidepressius; entre els de primera línia utilitzats i recomanats més sovint trobem: fluoxetina, sertralina, duloxetina i escitalopram (en adolescents). En els casos de TOC comòrbid, la clomipramina i la fluvoxamina tenen l'aprovació de la FDA.

L'ús de benzodiazepines no hauria de ser un tractament de manteniment en els menors amb TEA; pel risc de dependència, tolerància i efecte paradoxal, haurien d'utilitzar-se de manera puntual i amb indicació mèdica.

Per al tractament del TDAH comòrbid i tan freqüent en els menors amb TEA estan aprovats: psicoestimulants (metilfenidat i lisdexanfetamina), no psicoestimulants (atomoxetina i guanfacina); i bupropió, clonidina i desipramina.

Quant a estabilitzadors de l'humor, l'únic aprovat per la FDA és el liti, encara que el valproat i la carbamazepina també són considerats de primera línia per al tractament d'un trastorn bipolar comòrbid amb un TEA.

És important conèixer el diagnòstic real, psiquiàtric i mèdic a l'hora d'iniciar tractament amb fàrmacs. A més, en TEA hi ha evidència de canvis en els sistemes de neurotransmissió GABAèrgics, glutamatèrgics, serotoninèrgics, dopaminèrgics i de N-acetil metilaspargat, entre d'altres. Els canvis epigenètics afecten també la neurotransmissió i la plasticitat, i hi ha estudis que defensen que la flora intestinal modifica la resposta immune perifèrica i això podria afectar la funció cerebral (Suprunowicz et al., 2024). Per tant, davant la manca de coneixement en el neurodesenvolupament, la manca d'assajos clínics i d'informació homogènia es recomana un **ús prudent dels fàrmacs, dosis en increments lents i dosis més baixes per la presència de més efectes adversos en les persones autistes.**

Què es pot medicar en el TEA: els símptomes diana d'un tractament farmacològic en el TEA són irritabilitat, autolesió, heteroagressivitat contra persones i objectes, hiperactivitat i inatenció, conductes repetitives i altres símptomes psiquiàtrics. S'hauria d'utilitzar medicació només quan s'hagi fet un abordatge complet del cas,

ja que aquests medicaments no tracten directament els símptomes nuclears de l'autisme. La taula següent mostra alguns exemples segons el tipus de símptoma i el/s fàrmac/s d'elecció:

| SÍMPTOMA                       | TRACTAMENT                                                                                                  |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Auto/Heteroagressivitat</b> | APSG (antipsicòtics de segona generació), APPG (antipsicòtics de primera generació)                         |
| <b>Irritabilitat</b>           | APSG, APPG                                                                                                  |
| <b>Inatenció</b>               | Estimulants, clonidina, guanfacina, atomoxetina                                                             |
| <b>Ansietat</b>                | ISRS (inhibidors selectius de la recaptació de la serotonina), beta-bloquejants, agonistes alfa-adrenèrgics |
| <b>Alteracions del son</b>     | Melatonina, APSG, APPG                                                                                      |
| <b>Depressió</b>               | ISRS                                                                                                        |
| <b>Catatonía</b>               | Benzodiazepines                                                                                             |

En resum, és clau recordar que no hi ha una intervenció única que sigui efectiva per a totes les persones amb autisme. Cada individu és únic i pot respondre de manera diferent a les teràpies. Les decisions sobre les intervencions s'han de prendre en consulta amb professionals especialitzats en autisme, i les teràpies s'han d'adaptar a les necessitats i les preferències de cada persona, tenint en compte el moment evolutiu de la persona amb autisme. La investigació continua en aquest àmbit per millorar la comprensió i l'eficàcia de les intervencions per a l'autisme.

S'han desenvolupat metaanàlisis per avaluar la utilitat de diferents enfocaments terapèutics, com l'anàlisi del comportament aplicat (ABA) i la teràpia cognitivo-conductual (TCC) que han estat àmpliament utilitzades en l'abordatge de l'autisme i han donat lloc a una quantitat considerable de recerca. Tanmateix, és important destacar que els resultats d'aquestes anàlisis revelen beneficis de l'efecte petits o moderats, amb una gran variabilitat d'aquestes teràpies entre individus. Això ens fa creure que les conclusions sobre l'eficàcia són complexes i poden ser

subjectives. A més, sovint no tenen l'acceptació dels mateixos usuaris i han suscitat crítiques i debat pel que fa a qüestions ètiques i l'ús d'aquesta teràpia. En el cas particular de la TCC, s'ha aplicat en l'autisme per abordar símptomes com l'ansietat i la rigidesa cognitiva. Encara que pot ser eficaç per a alguns individus autistes, tothom no hi respon de la mateixa manera, i la utilitat pot dependre de les necessitats i característiques individuals.

La resta de teràpies no s'ha investigat tan a fons i, en tot cas, es tracta d'estudis amb mostres limitades i focalitzades en la infància i l'adolescència. La PECS o la TEACCH són àmpliament utilitzades, ja que alguns estudis mostren efectes beneficiosos, però encara no es disposa d'un consens que les avaluï. Les decisions sobre el tractament de l'autisme han de ser individualitzades i basades en les necessitats i preferències de cada persona, i sempre és aconsellable consultar amb professionals de la salut especialitzats en autisme abans de prendre decisions terapèutiques. En aquest sentit, el canvi de paradigma que té en compte el neurodesenvolupament advoca per deixar enrere les teràpies basades en incentius per promoure canvis de comportament o en tècniques d'aprenentatge, per la dependència i la manca de generalització que aconsegueixen en la persona autista. Es proposen tècniques que considerin les característiques intrínseques del funcionament cerebral dels autistes i que en potenciïn les fortaleces com, per exemple, la capacitat d'imitació amb tècniques de modelatge, estratègies que promouen canvis en l'entorn més que no pas en la persona (TEACCH), la hipo o hipersensibilitat sensorial, etc. (Howlin, Institute of Psychiatry, Londres).

S'haurien de definir, doncs, les intervencions que aportin evidències més sòlides i no acceptar altres teràpies que no s'hagin investigat o que, fins i tot, puguin no tenir beneficis per al tractament de l'autisme (especialment les que pretenguin curar-lo o eliminar-ne algunes característiques «no acceptables»).

## 8 Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)*.  
<https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Australian Government. Department of Health. (2019). PHN Mental Health Flexible Funding Pool Programme Guidance: Stepped Care. Australian Government Department of Health. Canberra.
- Autism - Symptoms - Pàgina web del Servei Nacional de Salut del Regne Unit (NHS). Referència bibliogràfica: NHS. (Sense data). Autism - Symptoms. Recuperat de  
<https://www.nhs.uk/conditions/autism/signs/adults/>.
- Autism diagnosis in adults - Pàgina web de l'Associació Nacional d'Autisme del Regne Unit (Autism.org.uk). Referència bibliogràfica: Autism.org.uk. (Sense data). Autism diagnosis in adults. Recuperat de

<https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/topics/diagnosis/pre-diagnosis/adults>.

- Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis. *Guidance NICE Clinical guideline* [CG128] Published: 28 September 2011 Last updated: 20 December 2017. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg128/chapter/Recommendations#referring-children-and-young-people-to-the-autism-team>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2011, 2017). *Autism spectrum disorder in under 19s: Recognition, referral and diagnosis*. National Institute for Health and Care Excellence.
- BMJ Best Practice. (2023, juny 13). *Autism spectrum disorder*. BMJ. Recuperat de <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/379>
- Bouzy, J., Brunelle, J., Cohen, D., & Condat, A. (2023). Transidentities and autism spectrum disorder: A systematic review. *Psychiatry Research*, 323, 115176. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115176>
- Brereton, A. V., Tonge, B. J., Mackinnon, A. J., & Einfeld, S. L. (2002). Screening young people for autism with the developmental behavior checklist. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(11), 1369–1375. <https://doi.org/10.1097/00004583-200211000-00019>
- Burrows, C. A., Grzadzinski, R. L., Donovan, K., Stallworthy, I. C., Rutsohn, J., St John, T., Marrus, N., Parish-Morris, J., MacIntyre, L., Hampton, J., Pandey, J., Shen, M. D., Botteron, K. N., Estes, A. M., Dager, S. R., Hazlett, H. C., Pruett, J. R., Schultz, R. T., Zwaigenbaum, L., Truong, K. N., et al. (2022). A data-driven approach in an unbiased sample reveals equivalent sex ratio of autism spectrum disorder-associated impairment in early childhood. *Biological Psychiatry*, 92(8), 654–662. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2022.05.027>
- Canal-Bedia, R., García-Primo, P., Martín-Cilleros, M. V., Santos-Borbujo, J., Guisuraga-Fernández, Z., Herráez-García, L., et al. (2011). Modified checklist for autism in toddlers: Cross-cultural adaptation and validation in Spain. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(10), 1342–1351. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1163-z>
- Carballal Mariño, M., Gago Ageitos, A., Ares Alvarez, J., Del Rio Garma, M., García Cendón, C., Goicoechea Castaño, A., et al. (2017). Prevalence of neurodevelopmental, behavioural and learning disorders in pediatric primary care. *Anales de Pediatría (Barcelona)*, 87(4), 254–261. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.10.007>
- Carlsson, T., Molander, F., Taylor, M. J., Jonsson, U., & Bölte, S. (2020). Early environmental risk factors for neurodevelopmental disorders—a systematic review of twin and sibling studies. *Development and Psychopathology*, 24, 1–48.

- Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo. (2019). *Centros para el control y la prevención de enfermedades: Signos y síntomas de los trastornos del espectro autista: Posibles "banderas rojas"*. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Recuperat de <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/signs.html>
- Cerasuolo, M., Simeoli, R., Nappo, R., Gallucci, M., Iovino, L., Froli, A., & Rega, A. (2022). Examining predictors of different ABA treatments: A systematic review. *Behavioral Sciences (Basel)*, 12(8), 267. <https://doi.org/10.3390/bs12080267>
- Collin, Lindsay, *et al.* "Prevalence of Transgender Depends on the "Case" Definition: A Systematic Review. *The Journal of Sexual Medicine* 13.4 (2016): 613-626
- Cooper, K., Smith, L. G., & Russell, A. J. (2018). Gender identity in autism: Sex differences in social affiliation with gender groups. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(12), 3995–4006.
- Cottle, *et al.* Autism spectrum disorder in mid and later life / edited by Scott D. Wright; foreword by Francesca Happé. Jessica Kingsley Publishers. London; Philadelphia, 2016. Wright, S. D. (Ed.). (2016). Autism spectrum disorder in mid and later life. Jessica Kingsley Publishers.
- De Vries, A. L., Noens, I. L., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8), 930–936.
- Dodds, L., Fell, D. B., Shea, S., *et al.* (2011). The role of prenatal, obstetric and neonatal factors in the development of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 891–902. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1114-8>
- Envejecimiento y Trastorno del Espectro del Autismo “Una etapa vital invisible”. Ruth Vidriales *et al.* Autismo España (2016) ISBN 978-84-617-4707-8 dipòsit legal M-33034-2016
- Estudio sociodemográfico desarrollado por Autismo España - Página web de Autismo España. Referencia bibliográfica: Autismo España. (Sin fecha). Estudio sociodemográfico desarrollado por Autismo España. Recuperat de <https://autismo.org.es/el-estudio-sociodemografico-desarrollado-por-autismo-espana-cuenta-ya-con-2116/>.
- Expert Q&A: What to expect when getting an autism diagnosis as an adult - Article del blog d'Autism Speaks. Referència bibliogràfica: Autism Speaks. (Sense data). Expert Q&A: What to expect when getting an autism diagnosis as an adult. Recuperat de <https://www.autismspeaks.org/blog/expert-qa-what-expect-when-getting-autism-diagnosis-adult>.

- Fang, Y., Cui, Y., Yin, Z., Hou, M., Guo, P., Wang, H., Liu, N., Cai, C., & Wang, M. (2023). Comprehensive systematic review and meta-analysis of the association between common genetic variants and autism spectrum disorder. *Gene*, 887, 147723. <https://doi.org/10.1016/j.gene.2023.147723>
- Fortea Sevilla, M. S., Escandell Bermúdez, M. O., & Castro Sánchez, J. J. (2013). Estimated prevalence of autism spectrum disorders in the Canary Islands. *Anales de Pediatría (Barcelona)*, 79(6), 352–359. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.04.022>
- Fortuna, R., Robinson, L., Smith, T., Meccarello, J., Bullen, B., Nobis, K., & Davidson, P. (2015). Health conditions and functional status in adults with autism: A cross-sectional evaluation. *Journal of General Internal Medicine*, 31(1), 77–84.
- Froehlich-Santino, W., Londono Tobon, A., Cleveland, S., et al. (2014). Prenatal and perinatal risk factors in a twin study of autism spectrum disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 54, 100–108. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.03.019>
- Fuentes, J., Basurko, A., Isasa, I., Galende, I., Muguerza, M. D., García-Primo, P., García, J., Fernández-Álvarez, C. J., Canal-Bedia, R., & Posada de la Paz, M. (2021). The ASDEU autism prevalence study in northern Spain. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(4), 579–589. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01539-y>
- Full Issue PDF, Volume 10, Supplement 1. (2017). *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 10(sup1), i-222. <https://doi.org/10.1080/19315864.2017.1368259>
- Gabbay-Dizdar, N., Ilan, M., Meiri, G., Faroy, M., Michaelovski, A., Flusser, H., Menashe, I., Koller, J., Zachor, D. A., & Dinstein, I. (2022). Early diagnosis of autism in the community is associated with marked improvement in social symptoms within 1-2 years. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 26(6), 1353–1363. <https://doi.org/10.1177/13623613211049011>
- Gates JA, Kang E, Lerner MD (2017) Efficacy of group social skills interventions for youth with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 52:164–181. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.01.006>
- Gerontology 58(1), 70-78 Howlin P & Moss P (2012) 'Adults with autism spectrum disorders'.
- Ghanouni, P., & Seaker, L. (2023). What does receiving an autism diagnosis in adulthood look like? Stakeholders' experiences and inputs. *International Journal of Mental Health Systems*, 17(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s13033-023-00587-6>
- Gray, K., Tonge, B., Sweeney, D., & Einfeld, S. (2008). Screening for autism in young children with developmental delay: An evaluation of the

- developmental behaviour checklist: Early screen. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1003–1010. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0473-2>
- Green, R. M., Travers, A. M., Howe, Y., & McDougale, C. J. (2019). Women and autism spectrum disorder: Diagnosis and implications for treatment of adolescents and adults. *Current Psychiatry Reports*, 21(4), 22. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1006-3>
  - Guía de buenas prácticas en mujeres con TEA <https://aetapi.org/download/guia-de-buenas-practicas-en-mujeres-con-tea/>
  - Guía práctica para el autismo de ESCAP: resumen de las recomendaciones basadas en la evidencia para su diagnóstico y tratamiento. Joaquín Fuentes, Amaia Hervás, Patricia Howlin (Grupo de Trabajo de ESCAP para el Autismo) – European Child & Adolescent Psychiatry (11 agosto 2020). <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01587-4>
  - Hallmayer, J., Cleveland, S., Torres, A., Phillips, J., Cohen, B., et al. (2011). Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism. *Archives of General Psychiatry*, 68, 1095–1102. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.76>
  - Hus, Y., & Segal, O. (2021). Challenges surrounding the diagnosis of autism in children. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 17, 3509–3529. <https://doi.org/10.2147/NDT.S282569>
  - Hyman, S. L., Levy, S. E., & Myers, S. M. (2020). For the Council on Children with Disabilities, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. *Pediatrics*, 145(1), e20193447. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3447>
  - Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE) (2013) Autism spectrum disorder in under 19s: support and management. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg170>.
  - Institut Nacional de Salut Mental. (s.f.). Trastornos del espectro autista. Recuperat de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-del-espectro-autista>
  - Fuentes, J., Hervás, A., & Howlin, P. (2020). Guía práctica para el autismo de ESCAP: Resumen de las recomendaciones basadas en la evidencia para su diagnóstico y tratamiento. *European Child & Adolescent Psychiatry*.
  - Geurts, H. M., & Vissers, M. E. (2012). Elderly with autism: Executive functions and memory. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(10), 1171–1178. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21656030/>
  - Kasari, C., Freeman, S., & Paparella, T. (2006). Joint attention and symbolic play in young children with autism: A randomized controlled

- intervention study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(6), 611–620.
- Lyall, K., Song, L., Botteron, K., Croen, L. A., Dager, S. R., Fallin, M. D., Hazlett, H. C., Kauffman, E., Landa, R., Ladd-Acosta, C., Messinger, D. S., Ozonoff, S., Pandey, J., Piven, J., Schmidt, R. J., Schmidt, R. J., Schultz, R. T., Stone, W. L., Newschaffer, C. J., & Volk, H. E. (2020). The association between parental age and autism-related outcomes in children at high familial risk for autism. *Autism Research*, 13(6), 998–1010. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Lyall%20K%5BAuthor%5D>
  - Lai, M. C., Kasse, C., Besney, R., Bonato, S., Hull, L., et al. (2019). Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 6(10), 819–829.
  - Maenner, M. J., Shaw, K. A., Bakian, A. V., et al. (2021). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years—Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2018. *MMWR Surveillance Summaries*, 70(11), 1–16. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7011a1>
  - Augusttyn, M., & von Hahn, L. E. (2023). Autism spectrum in children and adolescents: Evaluation and diagnosis. *UpToDate*.
  - McLaughlin, D. M., & Smith, C. E. (2017). Apoyo al comportamiento positivo. En *Manual de tratamientos para el trastorno del espectro autista* (pp. 437–457). Springer, Cham.
  - Nova Scotia Health Authority. (2017). *Milestones on our journey: Transforming mental health and addictions in Nova Scotia*.
  - Models presents al territori català: <https://www.mascasadevall.net/autisme-i-envelliment/>
  - Morales, P., Domènech-Llaberia, E., Jané, M. C., & Canals, J. (2013). Mild autism spectrum disorders in preschool children: Prevalence, co-occurring symptoms, and psychosocial development. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 217–231.
  - Moseley, R. L., Hitchier, R., & Kirkby, J. A. (2018). Self-reported sex differences in high-functioning adults with autism: A meta-analysis. *Molecular Autism*, 9, 33.
  - Mouridsen, S. E., Bronnum-Hansen, H., Rich, B., & Isager, T. (2008). Mortality and causes of death in autism spectrum disorders: An update. *Autism*, 12(4), 403–414.
  - Murphy, J., Prentice, F., Walsh, R., Catmurd, C., & Bird, G. (2019). Autism and transgender identity: Implications for depression and anxiety. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 69, 101427.

- Ochoa-Lubinoff, C., Makol, B. A., & Dillon, E. F. (2023). Autism in women. *Neurologic Clinics*, 41(2), 381–397. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2022.10.006>
- Organització Mundial de la Salut. (2020). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Recuperat de <https://www.who.int/tools/whoqol>
- Pérez-Crespo, L., Prats-Urbe, A., Tobias, A., Duran-Tauleria, E., Coronado, R., Hervás, A., & Guxens, M. (2019). Temporal and geographical variability of prevalence and incidence of autism spectrum disorder diagnoses in children in Catalonia, Spain. *Autism Research*, 12(11), 1693–1705. <https://doi.org/10.1002/aur.2172>
- Pickles, A., Le Couteur, A., Leadbitter, K., Salomone, E., Cole-Fletcher, R., et al. (2016). Parent-mediated social communication therapy for young children with autism (PACT): Long-term follow-up of a randomised controlled trial. *Lancet*, 388(10059), 2501–2509. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31229-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31229-6)
- Pilling, S., Whittington, C., Taylor, C., et al. (2011). Identification and care pathways for common mental health disorders: Summary of NICE guidance. *BMJ*, 342, 1203–1206.
- Pla d'atenció integral a les persones amb Trastorn de l'Espectre Autista (TEA). Departament de Salut, juliol 2013.
- Programa de col·laboració entre l'atenció a la salut mental i les addiccions i l'atenció primària i comunitària. Departament de Salut. Abril, 2023.
- Rasga, C., Santos, J.X., Café, C., Oliveira, A., Duque, F., Posada, M., Nunes, A., Oliveira, G., & Vicente, A.M. (2023). Prevalence of Autism Spectrum Disorder in the Centro region of Portugal: A population-based study of school-age children within the ASDEU project. *Front Psychiatry*, 14, 1148184. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1148184>
- Berzosa Zaballos, G. (2018). Referentes de envejecimiento activo en territorio español: El bienestar que genera la salud aumenta con la inclusión social. Reflexiones sobre la necesaria coordinación sociosanitaria. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, 23, 123–140. ISSN-e 2529-8240
- Reichow, B., Steiner, A.M., & Volkmar, F. (2012). Social skills groups for people aged 6 to 21 with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD008511. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008511.pub2>
- Reviriego Rodrigo, E., Bayón Yusta, J.C., Gutiérrez Iglesias, A., & Galnares Cordero, L. (2022). Trastornos del Espectro Autista: Evidencia científica sobre la detección, el diagnóstico y el tratamiento. Ministerio de Sanidad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; OSTEBA.

- Ruth Vidriales, *et al.* Envejecimiento y Trastorno del Espectro del Autismo “Una etapa vital invisible”. Autismo España (2016). ISBN 978-84-617-4707-8. Depósito Legal M-33034-2016
- Ryberg, K.H. (2015). Evidence for the implementation of the Early Start Denver Model for young children with autism spectrum disorder. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 21(5), 327-337.  
<https://doi.org/10.1177/1078390315608165>
- Rydzewska E, Hughes-McCormack LA, Gillberg C, Henderson A, Macintyre C, Rintoul, J., et al. (2019). Prevalence of sensory impairments, physical and intellectual disabilities, and mental health in children and young people with self/proxy-reported autism: Observational study of a whole country population. *Autism*, 23(5), 1201–1209.  
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1362361318791279>
- Scattoni, M.L., Fatta, L.M., Micai, M., et al. (2023). Autism spectrum disorder prevalence in Italy: A nationwide study promoted by the Ministry of Health. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17, 125.  
<https://doi.org/10.1186/s13034-023-00673-0>
- Schalock, R.L., Verdugo, M.A., Gomez, L.E., & Reinders, H.S. (2016). Nos lleva hacia una teoría de la calidad de vida individual. *American Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*, 121(1), 1-12.  
<https://meridian.allenpress.com/ajidd/article-abstract/121/1/1/6891/Moving-Us-Toward-a-Theory-of-Individual-Quality-of?redirectedFrom=fulltext>
- Schreibman, L. (2000). Intensive behavioral/psychoeducational treatments for autism: Research needs and future directions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(5), 373-378.
- Spain, D., & Blainey, S.H. (2015). Group social skills interventions for adults with high-functioning autism spectrum disorders: A systematic review. *Autism*, 19(7), 874-886. <https://doi.org/10.1177/1362361315587659>
- Strang, J.F., Meagher, H., Kenworthy, L., de Vries, A.L.C., et al. (2016). Initial clinical guidelines for co-occurring autism spectrum disorder and gender dysphoria or incongruence in adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(1), 104-115.
- Gratton, F.V. (2020). *Supporting transgender autistic youth and adults – A guide for professionals and families*. Jessica Kingsley Publishers.
- Suprunowicz, M., Tomaszek, N., Urbaniak, A., Zackiewicz, K., Modzelewski, S., & Waszkiewicz, N. (2024). Between dysbiosis, maternal immune activation, and autism: Is there a common pathway? *Nutrients*, 16(4), 549. <https://doi.org/10.3390/nu16040549>
- Thurm, A., Farmer, C., Salzman, E., Lord, C., & Bishop, S. (2019). State of the field: Differentiating intellectual disability from autism spectrum disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 526. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00526>

- Tinelli, M., Roddy, A., Knapp, M., Arango, C., Mendez, M.A., Cusack, J., Murphy, D., Canitano, R., Oakley, B., & Quidbach, V. (2023). Economic analysis of early intervention for autistic children: Findings from four case studies in England, Ireland, Italy, and Spain. *European Psychiatry*, 66(1), e76. <https://doi.org/10.1192/j.eu>
- Tonge, B., Brereton, A., Kiomall, M., Mackinnon, A., & Rinehart, N.J. (2014). Un ensayo controlado de comparación de grupos aleatorios de "preescolares con autismo": Una intervención de educación y capacitación de los padres para niños pequeños con trastorno autista. *Autismo*, 18, 166-177. <https://doi.org/10.1177/1362361312458186>
- Voss C, Schwartz J, Daniels J, Kline A, Haber N, Washington P, Tariq Q, Robinson TN, Desai M, Phillips JM, Feinstein C, Winograd T, & Wall, D. P. (2019). Effect of wearable digital intervention for improving socialization in children with autism spectrum disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 173(5), 446–454. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.0285>
- Waddington H, Reynolds JE, Macaskill E, Curtis S, Taylor, L. J., & Whitehouse, A. J. (2021). The effects of JASPER intervention for children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Autism*, 25(8), 2370–2385. <https://doi.org/10.1177/13623613211019162>
- Warrier V, Greenberg, D. M., Weir, E., Buckingham, C., Smith, P., Lai, M. C., Allison, C., & Baron-Cohen, S. (2020). Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals. *Nature Communications*, 11(1), 3959. <https://www.nature.com/articles/s41467-020-17794-1>
- Whitehouse AJO, Evans K, Eapen, V., & Wray, J. (2018). A national guideline for the assessment and diagnosis of autism spectrum disorders in Australia. Centro de Investigación Cooperativa para la Vida con Autismo.