



ANA MARTÍN JIMÉNEZ

Enfermera especialista en salud mental.
Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil Carabanchel-Usera.
Programa de Diagnóstico Diferencial de Trastornos del Neurodesarrollo.
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: LA VISIÓN E INTERVENCIÓN DE UNA ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL



RESUMEN

El trastorno del espectro autista (TEA) es una alteración del neurodesarrollo que afecta a la comunicación, la interacción social y la conducta. De inicio en la infancia, existe una alta heterogeneidad en su clínica, lo que exige un abordaje clínico específico e individualizado. La detección e intervención precoces son claves para favorecer el desarrollo de habilidades adaptativas, reducir síntomas asociados y mejorar la calidad de vida de la persona.

En este contexto, la enfermera especialista en salud mental (EESM) ocupa un lugar estratégico dentro del equipo terapéutico. Encuadrada en el programa de continuidad de cuidados (PCC), su intervención tiene como objetivo general el abordaje integral y respetuoso de la persona, orientada no solo a la intervención clínica, sino también al acompañamiento emocional y psicoeducativo de la unidad familiar y al fortalecimiento de las redes de apoyo comunitario. Entre sus funciones principales, se encuentran la evaluación de necesidades específicas, la planificación de unos cuidados individualizados, el trabajo psicoeducativo, el acompañamiento emocional y la coordinación y trabajo en red dentro del equipo sanitario y con recursos externos (servicios sociales, centro escolar, recursos comunitarios). Además, tiene un rol activo en la detección temprana de signos de alerta en el desarrollo y en la promoción de habilidades sociales, emocionales y funcionales. Asimismo, la EESM colabora en el manejo clínico de comorbilidad frecuente en el TEA, como la ansiedad, la depresión o el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Palabras clave: autismo, TEA, enfermera psiquiátrica, intervención temprana, niños.

INTRODUCCIÓN

El trastorno del espectro autista (TEA) —como se recoge en la 5.ª edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*; del inglés, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*) de la American Psychiatry Association (APA) publicado en 2013¹—, incluido dentro de los denominados

Correspondencia: Ana Martín Jiménez
Correo electrónico: ana.martin.jimenez@salud.madrid.org

«trastornos del neurodesarrollo», se caracteriza por déficits persistentes en la comunicación e interacción social recíproca, presencia de intereses y patrones de comportamiento rígidos, restringidos o repetitivos y/o alteraciones en el procesamiento de la información sensorial. Estos síntomas deberán estar presentes desde edades tempranas del desarrollo y podrán estar acompañados de diferentes grados de discapacidad intelectual y/o de alteraciones en el lenguaje; además de ocasionar a la persona un impacto en el normal desarrollo de sus actividades y en su funcionamiento habitual². La prevalencia del TEA ha experimentado un notable incremento en las últimas décadas. Mientras que, en la década de 1970, se estimaba una incidencia aproximada de 5 casos por cada 10 000 nacimientos, las cifras actuales, según distintas fuentes, oscilan entre 1 de cada 66 y 1 de cada 150 nacidos vivos³.

El TEA es una entidad diagnóstica compleja. Aunque los criterios clínicos están bien definidos, existe una gran heterogeneidad entre las personas diagnosticadas, tanto en la intensidad como en la calidad de los síntomas. Esta diversidad motivó, en 2013, la eliminación de subcategorías diagnósticas previas (como el síndrome de Asperger o el trastorno generalizado del desarrollo no especificado), adoptando una concepción dimensional del autismo como espectro. Es importante destacar que el concepto de «espectro» no alude a una simple escala de gravedad, sino a una complejidad cualitativa considerable^{4,5}.

La adecuada detección, diagnóstico e intervención en el TEA implica, pues, un conocimiento muy preciso e individualizado de las características y dificultades de la persona. El presente artículo tiene como objetivo principal hacer un recorrido a través de la intervención multidisciplinaria y, en concreto, de la enfermera especialista en salud mental (EESM), desde los servicios de salud mental comunitaria infantojuvenil.

DESARROLLO

Aunque la etiología del TEA actualmente se desconoce, se considera un trastorno de origen multifactorial. Como trastorno del neurodesarrollo, sus manifestaciones deben aparecer desde etapas tempranas del crecimiento. El diagnóstico, con frecuencia, se establece entre los 3 y los 6 años, aunque, en muchos casos, se retrasa debido a factores variados, desde los relacionados con los determinantes sociales de la salud (como el acceso limitado a servicios de salud) hasta factores clínicos (p. ej., presencia de estrategias compensatorias del niño que enmascaran los síntomas hasta etapas más exigentes, como la adolescencia)².

Partiendo de la base, anteriormente citada, de la existencia de una gran heterogeneidad en la clínica dentro del mismo diagnóstico, se puede afirmar que existen signos comunes de buen pronóstico y evolución: existencia de lenguaje verbal funcional, adecuada capacidad a nivel intelectual, nivel de intensidad en los síntomas principales y un diagnóstico precoz que permita una intervención lo más temprana posible.

Fase de detección y diagnóstico

La detección y diagnóstico podrá realizarse tanto desde los centros de salud mental infantojuvenil de zona como a través de programas de diagnóstico diferencial. En ambos recursos, se trabajará de manera conjunta con otros especialistas (psiquiatra, psicóloga clínica). A continuación, se describen las herramientas de valoración más importantes.

Elaboración de una historia de neurodesarrollo extensa

Recogida mediante entrevista clínica con padres o cuidadores, y con participación del niño según su nivel de lenguaje. Es importante para la figura de la EESM ser capaz de identificar signos de alarma en el desarrollo temprano del niño (tabla 1)⁶, así como conocer de manera minuciosa las características diagnósticas que puedan identificarse en la persona. Además, es importante encuadrar esta primera evaluación en el momento evolutivo del niño, teniendo en cuenta que, por el propio impacto del desarrollo, podrá haber síntomas o dificultades que estaban presentes y que pueden haber desaparecido o haberse atenuado en el momento de la valoración.

Tabla 1. Signos de alarma en el desarrollo precoz del niño

0-6 meses	6-12 meses	12-18 meses	18-24 meses
• Escaso o nulo contacto visual. • Ausencia de sonrisa social. • Falta de respuesta a sonidos o voces. • No sigue objetos con la mirada.	• No balbucea. • No muestra gestos como señalar, saludar o levantar los brazos. • No responde al nombre. • Poca o nula reacción emocional a cuidadores. • No imita expresiones o sonidos. • Hipotonía o hipertonía persistente.	• No dice palabras simples (como «mamá» o «papá»). • No señala para mostrar interés. • Falta de juego funcional. • Hiper- o hiporreactividad a estímulos (auditivos, táctiles). • Falta de interés en otros niños o adultos. • Movimientos repetitivos o estereotipados (p. ej., aleteo, balanceo).	• Estancamiento o regresión del lenguaje y/o de las habilidades sociales adquiridas. • No muestra intención comunicativa (ni verbal ni gestual). • Fijación intensa por objetos o intereses poco usuales. • Patrón de juego repetitivo y rígido. • Ausencia de juego simbólico.

Fuente: elaboración propia.

Exploración a través del juego

Teniendo en cuenta que estamos ante una entidad diagnóstica relacionada con la interacción y comunicación social, el juego se convierte en una herramienta fundamental para la valoración de estas áreas.

El juego es, desde las primeras etapas del desarrollo, la herramienta del niño para aprender, comunicar y relacionarse. El juego evoluciona con el niño, desde lo automatizado y sensorial en los primeros meses de vida, pasando por un juego funcional con objetos y en paralelo con iguales durante, aproximadamente, los dos primeros años. A partir de este momento, se torna más interactivo y compartido, aparece la fantasía, la capacidad de simbolizar, hasta llegar a un juego con normas y roles establecidos alrededor de los 7 años^{7,8}.

Observar primero el juego libre y luego el dirigido permite identificar patrones característicos del TEA.

Herramientas diagnósticas específicas

Una vez realizada una adecuada exploración y una elaboración completa de la historia de neurodesarrollo, si fuera necesario, podemos hacer uso de herramientas diagnósticas específicas:

- Escala de Observación para el Diagnóstico de Autismo (ADOS-2; del inglés, Autism Diagnostic Observation Schedule-Second Edition)⁹. Es la herramienta oficial para una evaluación estandarizada y semiestructurada de la comunicación, la interacción social y el juego o el uso imaginativo de materiales en personas con sospecha de autismo. Precisa de formación previa reglada para poder administrarla; habitualmente, realizada por un facultativo, aunque no es un requisito específico. Está estructurada en cinco módulos (T, 1, 2, 3 y 4), cada uno destinado a personas con una edad cronológica y un nivel de lenguaje determinado, permitiendo así aplicar la prueba a niños a partir de 12 meses hasta adultos, desde aquellos desprovistos de lenguaje verbal hasta personas con lenguaje fluido y funcional⁴.
- Pruebas complementarias al diagnóstico aplicadas por la EESM: pruebas de evaluación de la teoría de la mente. El concepto de «teoría de la mente» se refiere a la habilidad cognitiva compleja que permite atribuir estados mentales (pensamiento, deseos, intenciones...) a uno mismo y a otros, y utilizar dicha información para interpretar, comprender y predecir las conductas, así como regular y organizar el propio comportamiento. Es esperable que, a lo largo de las primeras etapas de su desarrollo, el niño vaya adquiriendo habilidades mentalistas cada vez más complejas que le permitan establecer interacciones sociales funcionales.

Autores como Baron-Cohen establecen la hipótesis de que las personas con TEA poseen un déficit en estas habilidades, lo que puede explicar algunas conductas y funcionamientos (especialmente, en lo comunicativo y social) definitorios del diagnóstico. Existen numerosas herramientas que nos permitirán tanto evaluar como trabajar estas habilidades; algunas de ellas son:

- Test de las miradas (Baron-Cohen *et al.*, 2001)¹⁰.
- Historias Faux Pas (Baron-Cohen, *et al.*, 1999)¹¹.
- Historias Extrañas (Happé, 1994)¹².
- La subprueba «Teoría de la mente» (TM) de la Batería Neuropsicológica NEPSY®-II (Korkman *et al.*, 2007)¹³.

Intervención desde la red de salud mental infantojuvenil comunitaria: el programa de continuidad de cuidados

El marco asistencial de seguimiento e intervención apropiado es el equivalente al de los denominados trastornos mentales graves (TMG) a través del PCC, llevado a cabo de manera multidisciplinaria en el centro de salud mental infantojuvenil de zona. El PCC implica la identificación de dos profesionales referentes para el paciente: el referente clínico (psiquiatra/psicólogo clínico) y la coordinadora de continuidad de cuidados, que, dependiendo del perfil y las necesidades identificadas en el paciente, puede ser la EESM o la trabajadora social. Desde este marco, se promueve un tratamiento precoz, integral, con continuidad a lo largo de la vida y multidisciplinario, siendo indispensable el trabajo en red, no solo en el área de la salud,

sino con lo educativo, lo asociativo y la colaboración comunitaria, para promover el mejor desarrollo de potencialidades, una mejor calidad de vida y un incremento en la autonomía.

Atendiendo a la intervención de la EESM a través del marco del PCC, teniendo en cuenta la individualidad de cada niño, podemos describir algunas necesidades de salud habitualmente identificadas en la persona con TEA, así como una propuesta de líneas de intervención basadas en estas necesidades¹⁴. Para ello, nos ayudaremos de los patrones funcionales de la salud de Marjory Gordon:

1. **Patrón de percepción-manejo de la salud.** Se valora la existencia de dificultades en el manejo de la propia salud y, en lo concreto del diagnóstico de TEA, la adecuada comprensión de este por parte de paciente y familia, factor clave para un adecuado manejo de las posibles dificultades relacionadas con el diagnóstico.

Líneas de intervención:

- Psicoeducación a la familia y al paciente: la comprensión del diagnóstico de TEA por parte de los cuidadores principales y, en función de sus posibilidades, por parte del paciente es una cuestión fundamental para un adecuado manejo y acompañamiento a lo largo de la vida. Por otro lado, se trabaja con la familia el abordaje de las dificultades o necesidades que se vayan detectando en el niño a través de un seguimiento longitudinal.
- Fomento de la autonomía del paciente en cuanto al manejo de sus propias necesidades de salud y cuidados.

2. **Patrón nutricional-metabólico.** Es frecuente la existencia de patrones hiperselectivos o estereotipados de conducta alimentaria en personas con TEA. Estos pueden estar estrechamente relacionados con otras características habituales como las particularidades sensoriales o la rigidez cognitiva.

Líneas de intervención:

- Realizar un registro alimentario en cuanto a preferencias y aversiones, con el objetivo de detectar factores que faciliten la inclusión de nuevos alimentos e identificar los detonantes del rechazo de otros. El objetivo último es poder elaborar un plan alimentario individualizado, que asegure la integridad del paciente, respete sus características particulares y fomente su autonomía.
- Instruir la familia en la introducción progresiva de nuevos alimentos. Aportar recomendaciones en cuanto al manejo ambiental y rutinas determinadas basándose en las dinámicas de cada familia y en las características del paciente.

3. **Patrón de eliminación.** Evaluar la presencia de dificultades en el control de los esfínteres, así como en la adquisición de rutinas y autonomía relacionadas con la eliminación.

Líneas de intervención:

- Estrategias individualizadas de manejo del control de esfínteres, que impliquen un acercamiento progresivo, además de instauración de rutinas y horarios consistentes. Es recomendable el uso de sistemas aumentativos de comunicación, como los pictogramas, para trabajar con el niño estas rutinas.
- Fomentar la autonomía en la higiene de manera progresiva.

4. **Patrón de actividad-ejercicio.** La presencia de comportamientos repetitivos, intereses restringidos y rigidez cognitiva pueden influir, en menor o mayor grado, en la variedad de actividades a las que el niño se expone.

Líneas de intervención:

- Introducir de manera progresiva actividades adaptadas a las preferencias del paciente. El objetivo no es restringir las actividades de preferencia o más repetitivas del paciente, sino poder equilibrar la presencia de estas e introducir otras que también puedan generar disfrute y aporten otras formas de estimulación. Es deseable fomentar espacios que impliquen, de alguna manera, contacto e interacción social con iguales.

5. **Patrón de sueño-descanso.** Evaluar la presencia de posibles alteraciones en el patrón del sueño relacionadas con factores de riesgo como la ansiedad, posibles sobrecargas sensoriales o falta de integración o comprensión de rutinas.

Líneas de intervención:

- Manejo con el paciente y la familia de medidas de higiene del sueño, teniendo en cuenta las particularidades sensoriales y de otras áreas relacionadas con el TEA.

6. **Patrón cognitivo-perceptivo.** Pueden existir particularidades a nivel perceptivo, ya sea desde dificultades o diferencias en la percepción de la información, comprensión de códigos sociales, emociones; hasta diferencias en el plano sensorial, dándose hipo- o hipersensibilidades a ciertos estímulos, lo que implica una necesidad de conocer bien y adaptar, dentro de las posibilidades, el entorno (iluminación, ruido, texturas, etc.).

Líneas de intervención:

- Adaptar el lenguaje de las instrucciones: utilizar un lenguaje claro y sencillo. Valorar la inclusión de apoyos visuales (como pictogramas o tarjetas) para que el paciente pueda comprender y participar en el proceso de cuidado.
- Valorar de manera individualizada particularidades a nivel sensorial y su posible relación con episodios de malestar.

7. **Patrón de autopercepción-autoconcepto.** Las dificultades en la interacción social pueden tener un impacto negativo en la autoestima, así como en el plano afectivo de la persona.

Líneas de intervención:

- Trabajar el empoderamiento y la autonomía con el objetivo de mejorar la autoestima de la persona. Hacerle participe en la toma de decisiones, reforzar pequeños logros y plantear objetivos de manera conjunta.

8. **Patrón de rol-relaciones.** Las dificultades en la interacción y comunicación social son uno de los pilares fundamentales del diagnóstico del TEA; es necesario evaluar las fortalezas del paciente en este ámbito e identificar los puntos que reforzar.

Líneas de intervención:

- Fomentar las interacciones sociales en entornos estructurados, utilizando actividades como juegos en grupo o actividades supervisadas que permitan la participación gradual.

- Instruir en habilidades sociales específicas, desde el contacto visual y normas sociales básicas a escenas sociales más complejas.
- Involucrar a la familia en el proceso de socialización, proporcionando pautas sobre cómo facilitar la integración social del paciente, así como en técnicas para mejorar la comunicación en el núcleo familiar.

9. **Patrón sexualidad-reproducción.** Evaluar, en función de la edad del paciente, las creencias y percepciones relacionadas con la esfera sexual.

Líneas de intervención:

- Fomentar una educación sexual de calidad, adaptada a la edad y a las habilidades comunicativas del paciente.

10. **Patrón de adaptación-tolerancia al estrés.** Evaluar la presencia de dificultades en cuanto a la identificación y regulación de las propias emociones. Es importante identificar de manera individual qué elementos o situaciones actúan como potenciales estresores para el paciente, así como las herramientas o conductas de regulación que aparecen en estas situaciones.

Líneas de intervención:

- Trabajo en técnicas de identificación, regulación y manejo emocional. Puede ser en formato individual o grupal.
- Prestar especial atención a la presencia de conductas de regulación desadaptativas (p. ej., autolesiones) con el objetivo de evaluar de manera precoz el riesgo y realizar un manejo adecuado de estas.

11. **Patrón de valores-creencias.** Un mayor grado de rigidez cognitiva, así como dificultades para comprender ciertas dinámicas sociales, pueden conllevar la construcción de creencias cristalizadas, más o menos erróneas, que dirijan el funcionamiento del paciente. Conocerlas y entenderlas, desde el respeto y la individualidad de la persona, nos permite identificar patrones de conducta que generan problemática.

Líneas de intervención:

- Vehicular cambios deseables u objetivos de trabajo a través de las propias creencias del paciente.

DISCUSIÓN

El reconocimiento del TEA como una entidad diagnóstica propia diferenciada de la psicosis o la esquizofrenia en la década de 1980, unido a los distintos cambios en los criterios diagnósticos de los sistemas de clasificación posteriores, el mayor conocimiento a nivel clínico y profesional de esta entidad, así como el perfeccionamiento de las herramientas de evaluación pueden estar relacionados con el aumento en las cifras de detección y diagnóstico. Por otro lado, cabe remarcar que la literatura actual nos alerta de un posible «sobrediagnóstico», atribuible a lo complejo del concepto de «espectro», lo cual hace necesaria una valoración clínica muy específica, individual y especializada, para evitar patologizar ciertas condiciones y características del individuo o llegar a conclusiones erróneas^{2,4,8,14}.

Dada su alta prevalencia, la frecuente asociación a discapacidad intelectual y la posible comorbilidad con otros trastornos de salud mental, la detección precoz y la intervención temprana en el TEA son fundamen-

tales. La complejidad y variabilidad de cada caso exige una atención integral, especializada y adaptada al contexto del niño, incluyendo a la familia, la escuela y los servicios sanitarios. El PCC constituye una herramienta esencial para estructurar dicha intervención, situando al paciente y su entorno como el eje central del proceso terapéutico, con la EESM como figura coordinadora de los cuidados en los diferentes ámbitos.

Así, la EESM responsable del PCC tiene, en resumen, estos objetivos específicos:

- Detectar de manera precoz a los pacientes susceptibles de TMG e identificar situaciones de riesgo a nivel clínico y sociofamiliar, así como monitorizar y evaluar la evolución de la persona en coordinación con el resto de los profesionales implicados.
- Establecer un plan individualizado de cuidados para cada caso, con sus objetivos individuales, que serán evaluados por el equipo de manera periódica. A lo largo del seguimiento, la EESM realizará intervenciones específicas en función de las necesidades de salud detectadas.
- Fomentar el vínculo y la adherencia terapéutica tanto a los recursos de salud mental como a otros implicados (educación, sociales), tanto de la familia como del paciente.

CONCLUSIONES

El TEA es una entidad de inicio en la primera infancia, con una clínica heterogénea que implica dificultades a nivel de interacción y comunicación social, y la existencia de comportamientos repetitivos, rigidez cognitiva e intereses restringidos.

Desde los servicios de salud mental, promover una detección e intervención precoces será clave para un mejor pronóstico en cuanto a la evolución y el manejo de las dificultades de la persona.

La EESM, a través del PCC, tiene como objetivo principal asegurar y promover un abordaje multidisciplinario, integral y centrado en las necesidades específicas de cada persona, asegurando un trabajo en red, no solo con los servicios de salud mental implicados, sino con otros espacios de desarrollo y de impacto en el menor, como son el medio escolar, la familia, los servicios sociales y otros recursos comunitarios.

LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS

A pesar de los avances clínicos, legislativos y sociales en la comprensión y atención del TEA, persisten importantes desafíos estructurales y conceptuales que deben ser abordados desde una mirada crítica. En primer lugar, el crecimiento exponencial de los diagnósticos en las últimas décadas ha generado un doble efecto: por un lado, ha facilitado el acceso a apoyos específicos y ha visibilizado una entidad históricamente invisibilizada; por otro, puede haber promovido en algunos casos la patologización de comportamientos atípicos que, en determinados contextos, podrían formar parte de la neurodiversidad sin implicar necesariamente un trastorno.

En esta línea, se hace evidente una tensión creciente entre las posturas del modelo biomédico y el modelo psicosocial. Mientras que el primero parece dirigirse más hacia el déficit, la intervención y la corrección, el segundo aboga por una mayor adaptación del entorno y el reconocimiento de las personas con TEA como ciudadanos plenos.

Por otro lado, en el ámbito asistencial, se evidencia una saturación de los recursos especializados, sobre todo, en salud mental infantojuvenil, lo cual dificulta la continuidad de los cuidados y limita la implementación real de intervenciones comunitarias sostenidas, como el PCC. Además, la falta de formación específica sobre TEA en profesionales sanitarios y educativos genera brechas en la detección precoz y en la calidad de la atención.

Finalmente, el rol de la EESM adquiere relevancia no solo como agente terapéutico, sino también como figura mediadora entre el modelo clínico y las demandas sociales emergentes. En este contexto, avanzar hacia modelos de intervención que integren la personalización del cuidado, el respeto por la diversidad y la articulación efectiva entre sistemas (sanitario, educativo, social y comunitario) se convierte en una meta de buenas prácticas en lo clínico y en lo ético.

PUNTOS PARA RECORDAR

- La detección e intervención en el TEA requiere un conocimiento preciso e individualizado de cada persona.
- El juego es una herramienta para valorar la capacidad interactiva, de comunicación y relacional.
- La intervención multidisciplinaria e integral, dentro y fuera de la red de salud mental, es clave para un adecuado abordaje.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th edition. Arlington: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
2. Hervás Zúñiga A. Un autismo, varios autismos. Variabilidad fenotípica en los trastornos del espectro autista. Rev Neurol. 2016;62(Supl 1):S9-14.
3. CDC en español. Spanish Homepage. Cdc.gov. 2025. Disponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/>
4. Grosso Funes ML. El autismo en los manuales diagnósticos internacionales. Cambios y consecuencias en las últimas ediciones. Rev Esp Discapac. 2021;9(1):273-83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5569/2340-5104.09.01.15>
5. Hervás A. Comprendiendo la complejidad del autismo. Rev Psiquiatr Infanto-Juv. 2024;41(2):1-3.
6. Paula-Pérez I, Artigas-Pallarés J. El autismo en el primer año. Rev Neurol. 2014;58(Supl 1):S117-21.
7. Jachevasky L, Royo Esqués R, Pont Amenós T. En juego. Teoría y técnica del juego en la práctica actual. Barcelona: Herder Editorial; 2021.
8. Silberman S. Una tribu propia. Autismo y Asperger: otras maneras de entender el mundo. Barcelona: Ariel; 2019.
9. Lord C, Rutter M, DiLavore PC, Risi S, Gotham K, Bishop SL. Autism iagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2). Torrance: Western Psychological Services; 2012.
10. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb I. The "Reading the Mind in the Eyes" Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. J Child Psychol Psychiatry. 2001;42(2):241-51.
11. Baron-Cohen S, O'Riordan M, Stone V, Jones R, Plaisted K. Recognition of Faux Pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. J Autism Dev Disord. 1999;29(5):407-18.
12. Happé FG. An advanced test of theory of mind: understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults. J Autism Dev Disord. 1994;24(2):129-54.
13. Korkman M, Kirk U, Kemp S. NEPSY-II: Clinical and Interpretive Manual. San Antonio: Harcourt Assessment; 2007.
14. Hijosa Torices L; Federación Autismo Madrid (coords.). Guía informativa para familias de personas con trastorno del espectro del autismo. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Políticas Sociales y Familia, Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad; 2017. Disponible en: <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM014017.pdf>