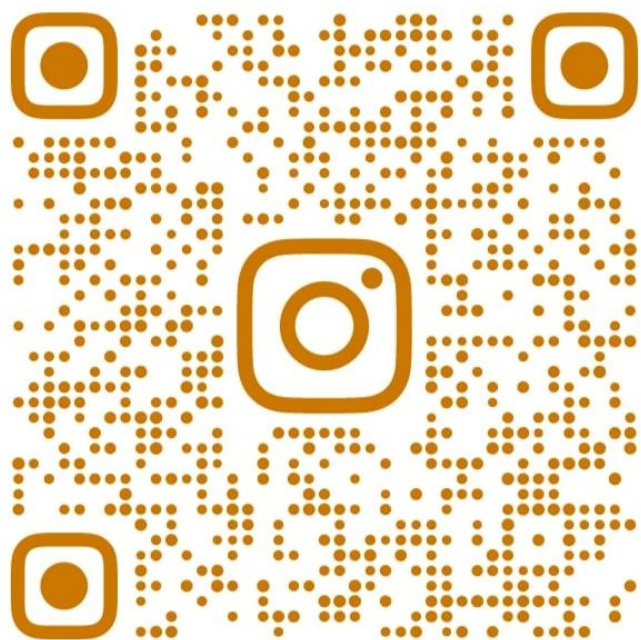




ABORDAJE INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON CONDICIÓN DEL ESPECTRO AUTISTA DESDE LA APS

Dirección de Salud I. Municipalidad de Chillán

Relatora
T.O Giselle Urbina González



@CIDECAL



Somos un centro con amplia experiencia en el área del neurodesarrollo infanto-juvenil. Conformado por un grupo de profesionales altamente especializado en diversos enfoques terapéuticos, con énfasis en el trabajo en equipo y una marcada orientación en modelos centrados en las familias; buscamos ser un apoyo a la comunidad, colaborando con agrupaciones de padres y capacitando a centros educativos. Contamos con infraestructura e implementación que nos permite entregar un servicio integral y de excelencia, a través de apoyos terapéuticos en formato online y presencial.

WWW.CIDECAL.CL

GISELLE URBINA GONZÁLEZ
TERAPEUTA OCUPACIONAL
COORDINADORA CASA CIDECA



Más de 15 años de experiencia en contexto clínico y educativo.
Diplomada en Apego y Salud Mental Infantil U. del Desarrollo.
Diplomada en Espectro Autista U. de Chile.

Formación de EA Femenino.

Certificación en Integración Sensorial CLASI y evaluaciones
estandarizadas del desarrollo PEP-3 y BOT-2.

Formación en Coaching para Familias.

Técnicas de Masaje Infantil y Mindfulness.

Formación en diversos modelos de intervención: ESDM (modelo Denver),
IMPACT, DIR-Floortime, Selectividad Alimentaria, A.M.A.R.

Experiencia en la realización de capacitaciones a diversos organismos del
estado y privados, incluyendo: Red Chile Crece Más, Colegios y Jardines
Infantiles.

Docente Clínica Universidad O'Higgins.

ruta de aprendizaje

Módulo 1

- Conceptualización del TEA
- Neurodiversidad, Neurotípico/Neurodivergencia
- Criterios Diagnósticos
- Características clínicas del TEA a lo largo del ciclo vital

Módulo 2

- Diagnóstico en TEA
Herramientas de pesquizaje

Módulo 3

- Marco Normativo
Ley 20.422 (Ley de Inclusión)
Ley 21.545 (Ley TEA)

Módulo 4

- Integración Sensorial
Perfil Sensorial
Estrategias

Módulo 5

- Intervención en TEA
Modelos de intervención y sus características

Módulo 6

- Desarrollo Socioemocional en TEA
Habilidades Sociales en TEA
Estrategias para el desarrollo de Habilidades Sociales

Módulo 7

- Selectividad Alimentaria
Pesquisa temprana
Estrategias de manejo desde lo sensorial y desde lo conductual

Módulo 8

- Trabajo con Familias
Abordaje de las desregulaciones emocionales y conductuales en TEA



Módulo 1

- Conceptualización del TEA
- Neurodiversidad, Neurotípico/Neurodivergencia
- Criterios Diagnósticos
- Características clínicas del TEA a lo largo del ciclo vital



INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Una mirada desde la neurodivergencia

"Tal vez no deberíamos hablar de niñez, sino de niñeces, para nunca olvidar el carácter plural y múltiple que tiene la infancia"

Filósofa Olga Grau en Congreso Futuro, enero 2022.

UN NUEVO PARADIGMA...

 Neurodiversidad

 Neurotípico

 Neurodivergencia



DESDE LA PREMISA DE QUE NO EXISTEN DOS CEREBROS IDÉNTICOS.

Judy Singer, socióloga y activista, acuñó en 1998 el término “neurodiversidad”



Neurodiversidad como sinónimo de biodiversidad neurológica.

De la misma manera en que la biodiversidad revela la convivencia y singularidad de múltiples especies dentro de un ecosistema, la neurodiversidad delinea la variación inherente entre cada cerebro humano.



Todos y todas somos neurodiversos, ya que, a pesar de pertenecer a la misma especie, no existen dos cerebros idénticos.



EL SENTIDO DE LA NEURODIVERSIDAD ES QUE NO HAY UNA MANERA “CORRECTA” DE FUNCIONAR PARA EL CEREBRO.



La neurodiversidad nos permite apreciar las diversas características sensoriales, cognitivas, comunicativas y sociales como parte natural del desarrollo humano.

...Las diferencias no se perciben como deficiencias...



La visión de la neurodiversidad entrega ventajas para observar las cualidades y características de los demás, sin juzgar si son correctas o no.

TODOS SOMOS NEURODIVERSOS



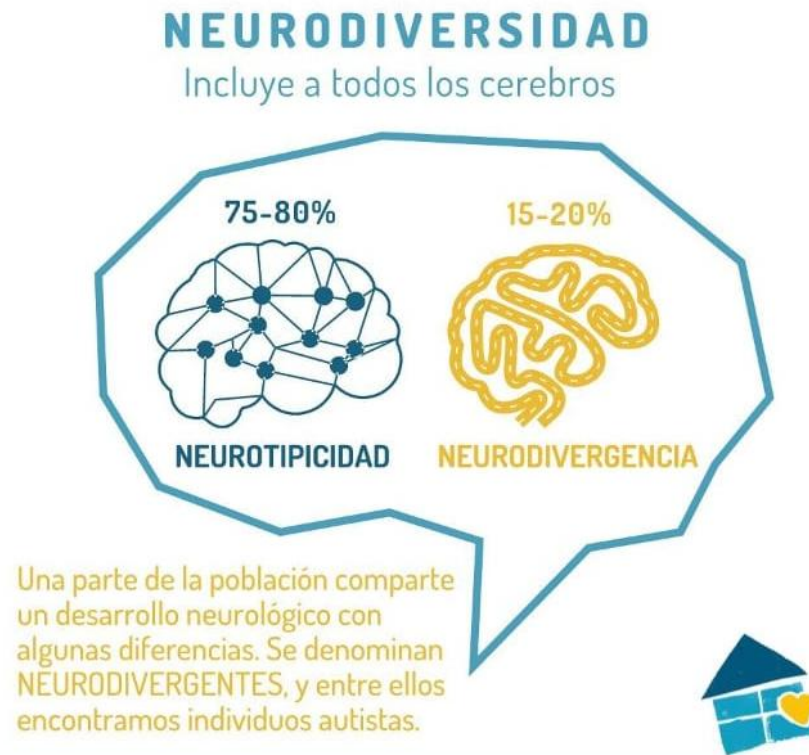
AL ACEPTAR LAS DIFERENTES PERSPECTIVAS, PODEMOS APRENDER Y CRECER COMO INDIVIDUOS Y COMUNIDAD.



Cada persona ve las cosas desde una perspectiva única debido a nuestras diferencias emocionales y neurocognitivas. Estas diferencias nos enriquecen como seres humanos y sociedad, nos permiten fomentar la empatía, la comprensión y el respeto.

**Entonces, si todos y todas somos neurodiversos y neurodiversas,
¿cuándo hablaremos de neurodivergencia?**

DENTRO DE ESTA NEURODIVERSIDAD, ENCONTRAMOS A NIÑECES NEUROTÍPICAS Y NIÑECES NEURODIVERGENTES.



Neurotípico: Se refiere a personas cuyo funcionamiento cerebral se ajusta a lo que se considera como “típico” o dentro de la norma establecida por la sociedad.



Neurodivergente: Son personas cuyo funcionamiento cerebral difiere de lo considerado “típico”. Incluye a aquellos con condiciones como el autismo, el TDA, la dislexia, entre otros.

NEURODIVERGENCIA ES UN CONCEPTO IMPULSADO POR LA COMUNIDAD AUTISTA CON EL OBJETIVO DE CAMBIAR LA IDEA DE QUE EL AUTISMO ES UNA ENFERMEDAD.

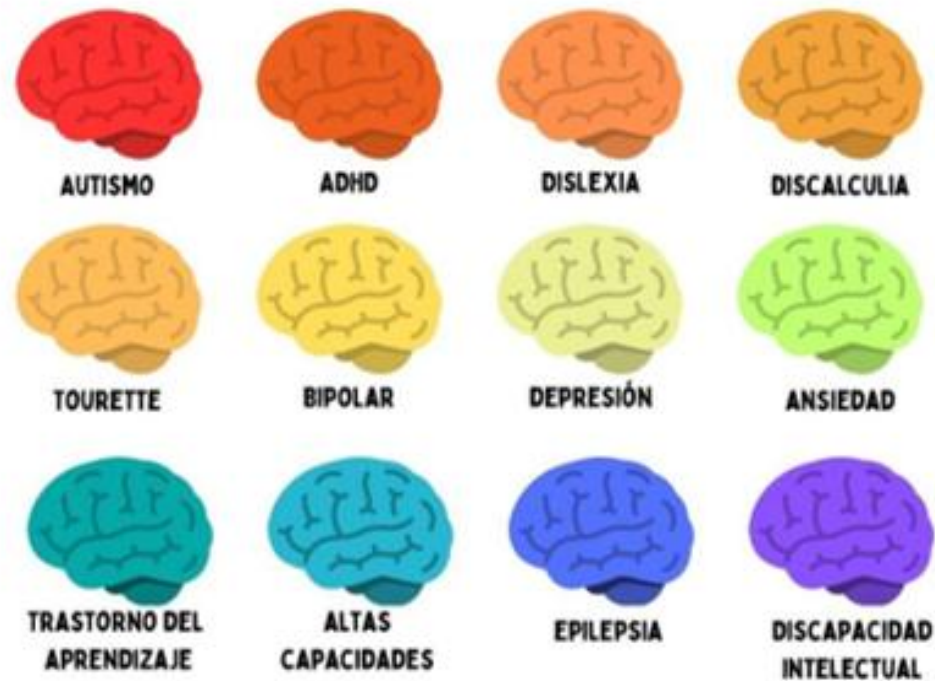


El concepto de neurodivergencia surgió en los años noventa cuando activistas por los derechos de las personas con autismo, como Kathy Lissner, Donna Williams y Jim Sinclair, fundaron la Red Internacional del Autismo.

✓ Dentro la neurodiversidad encontramos a las **personas neurotípicas** que son quienes poseen una neurología estrictamente típica y **las personas neurodivergentes** son quienes su cerebro funciona de una manera diferente y procesan la información de otro modo al de la mayoría.

✓ Neurodivergencia, son todas las condiciones que impliquen que el cerebro funcione de forma diferente, pero visto desde un **perspectiva social y no clínica**.

NEURODIVERGENCIA SON TODAS LAS CONDICIONES EN QUE EL CEREBRO FUNCIONA DE FORMA DIFERENTE, PERO VISTO DESDE UN PERSPECTIVA SOCIAL Y NO CLÍNICA.



Y que influye en su procesamiento emocional y cognitivo de manera diferente a la norma.

La neurodivergencia es un término amplio que engloba a niñeces y adolescencias que presentan autismo, déficit atencional, discapacidad intelectual, síndrome de Down, trastorno de integración sensorial, entre otros.

LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES NEURODIVERGENTES SE ENFRENTAN A DESAFÍOS QUE PUEDEN LLEGAR A LIMITAR SU DESARROLLO.

- ✓ Exigencia escolar, familiar y social.
- ✓ Estereotipos sobre la afectividad y sexualidad.
- ✓ Victimización.
- ✓ Salud mental sin acompañamiento.
- ✓ Dependencia de la tecnología.
- ✓ Dificultades de autoestima e identidad.



LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES NEURODIVERGENTES SE ENFRENTAN A DESAFÍOS QUE PUEDEN LLEGAR A LIMITAR SU DESARROLLO.

- ✓ Cambios hormonales y corporales.
- ✓ Sobrecarga sensorial, búsquedas sensoriales.
- ✓ Problema para regular respuestas emocionales.
- ✓ Organización de tareas y gestión del tiempo.
- ✓ Disarmonía en el rendimiento académico.
- ✓ Autonomía en actividades de la vida diaria.



LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES NEURODIVERGENTES SE ENFRENTAN A DESAFÍOS QUE PUEDEN LLEGAR A LIMITAR SU DESARROLLO.

- ✓ Desafíos conductuales, tolerancia a la frustración.
- ✓ Falta de motivación.
- ✓ Menor involucramiento social, soledad.
- ✓ Riesgo de abuso de sustancias.
- ✓ Autoagresiones, ideación suicida, intentos de suicidio.

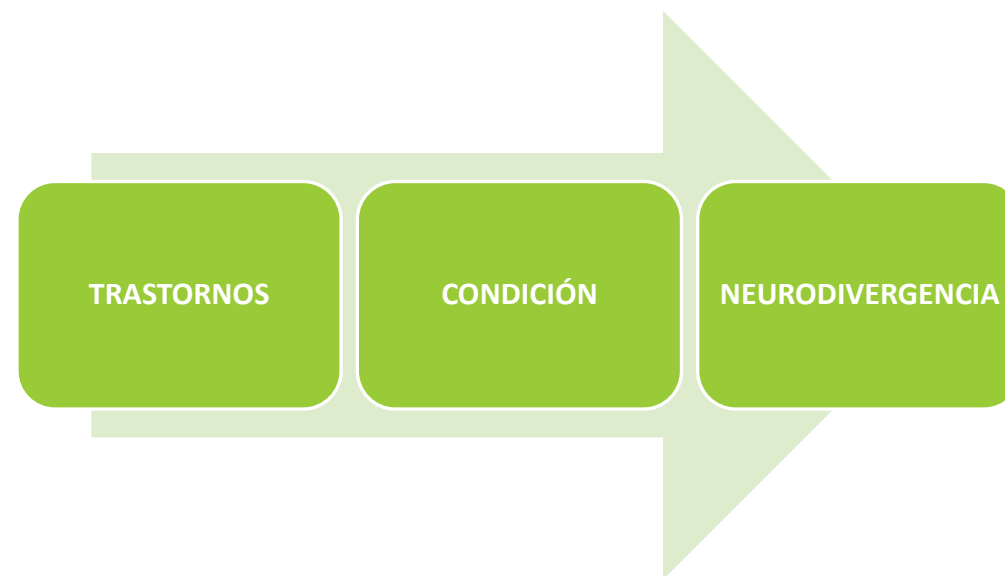


NEURODIVERGENCIA EN EL ÁMBITO SANITARIO Y DE INVESTIGACIÓN, LA IMPORTANCIA DEL RELATO EN PRIMERA PERSONA.

Métodos de investigación participativos** están ayudando a unir diversas perspectivas, **asegurando que todas las voces sean escuchadas.



Feminismo neurodivergente y el camino para “tener las mismas oportunidades que las personas neurotípicas”



De un enfoque exclusivamente médico a uno más social y de neurodiversidad, donde se reconoce a las neurodivergencias como diferencias neurológicas con desafíos surgidos de la falta de adaptación al mundo neurotípico.

NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES NEURODIVERGENTES EN SOCIEDAD, PARTICIPACIÓN EN LA COMUNIDAD COMO PERSONAS SUJETAS DE DERECHO.



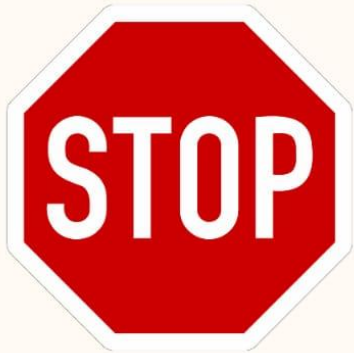
Significa estar y colaborar con otros, implicarse activamente en la toma de decisiones.



La participación implica convivir junto con otros y **colaborar en actividades compartidas** mediante la implicación activa.

Accesibilidad:

- cognitiva
- física
- sensorial



accesibilidad

es la propiedad que tienen los distintos elementos, entornos, transportes, etc. para que las personas puedan comprenderlos y usarlos de manera fácil



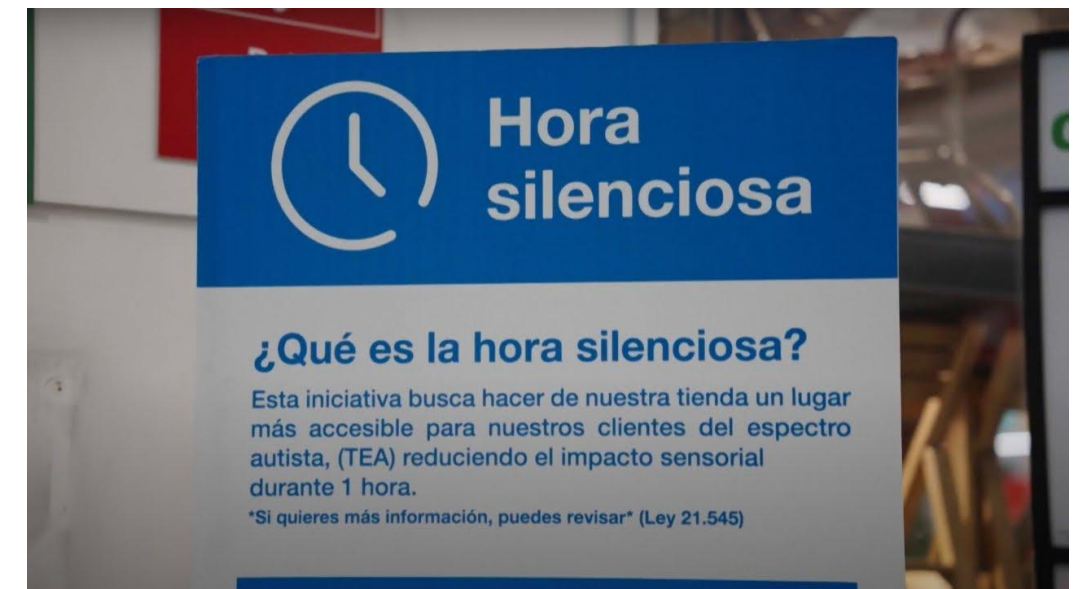
La accesibilidad resulta especialmente útil para las personas con discapacidad porque les permite participar con el resto de la sociedad y ser más autónomos.





[Aclaración: el cartel del supermercado dice Neurodiversidad, pero debería decir Neurodivergencia]

[Aclaración 2: se cambió la palabra «discapacitados» a «movilidad reducida», pero siguen siendo una caja preferencial para todas las Personas en situación de discapacidad].







La inclusión no se trata de obligar a las niñas, niños y adolescentes neurodivergentes a encajar en un espacio existente diseñado para personas neurotípicas. Se trata de crear un espacio acogedor para que las niñas y adolescencias neurodivergentes también sientan que pertenecen.





minvuchile y 4 personas más

María Colores • Me Gusta la Vida



minvuchile 🌟 Ángela y Elsa tienen algo en común: Serán vecinas del Conjunto Habitacional "Cumbre de Girasoles" en #Huechuraba y sus hijos, Luca y Alejandro, son parte del espectro autista 🧡

En vez de recibir una vivienda tradicional, son parte de las 20 familias con integrantes #TEA que tendrán una adaptada a esta condición, que regula mejor el ruido, la iluminación y la sensorialidad 👍✅

Esto es parte de una iniciativa pionera en la construcción de nuestras viviendas sociales 🙌🎉

¿Qué diferencia tienen?

- Puertas más anchas y con



6027 Me gusta

6 de diciembre de 2024

Inicia sesión para indicar que te gusta o comentar.

¿Qué diferencia tienen?

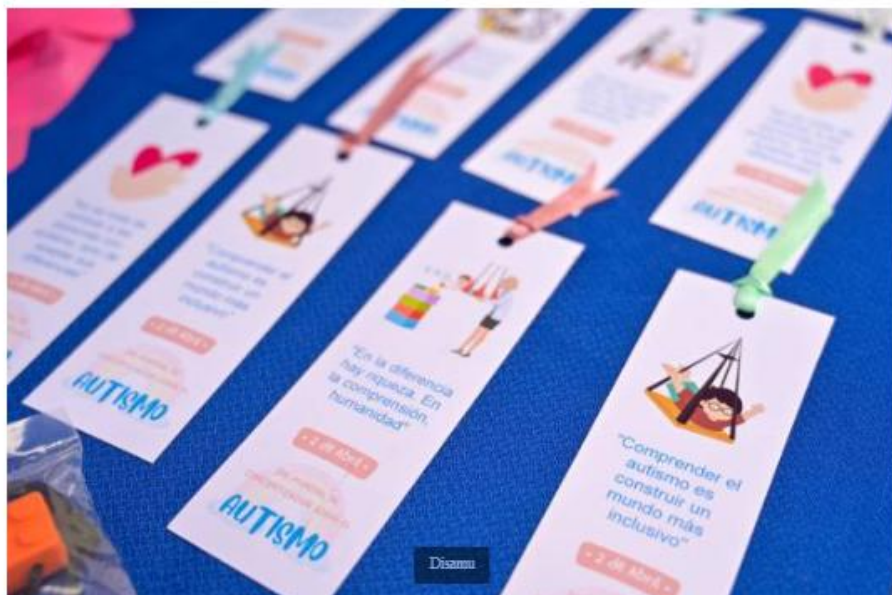
- Puertas más anchas y con palancas para abrirse
- Baños de mayor tamaño con barras de apoyo en tina
- Ventanas de apertura más segura

Un dormitorio con:

- Puerta rellena de poliestireno expandido
- Paredes con aislación acústica
- Iluminación indirecta
- Cubrepiso

Además el espacio común del conjunto tendrá una plaza activa con superficie de caucho en cada equipamiento 🧒🧒

Programa municipal ha beneficiado a 572 niños con autismo en Chillán



BY LADISCUSSION ABRIL 2, 2025

© 2 MIN READ TIME

En el Día Mundial de Concienciación sobre el Autismo, el alcalde de Chillán, Camilo Benavente Jiménez, destacó el programa PoliTea, estrategia para la atención de niños/as y adolescentes con condición de Trastorno del Espectro Autista, que ha beneficiado a la fecha a 572 familias del sector poniente y oriente de Chillán.

La directora de Salud Municipal de Chillán, Ximena Meyer Álvarez, señaló que se trata de una iniciativa apoyada financieramente por la administración del alcalde Benavente Jiménez y el Concejo Municipal, que brinda atenciones psicológicas, fonoaudiológicas y de terapia ocupacional en los cesfam San Ramón Nonato, Sol de Oriente y Ultraestación Dr. Raúl San Martín González.

Teatro Municipal adquiere audífonos para niños con sensibilidad auditiva



BY CAROLINA MARCOS AGOSTO 13, 2025

© 3 MIN READ TIME

El Teatro y Centro Cultural Municipal de Chillán, a través de la Corporación Cultural Municipal, implementó una nueva medida para asegurar una experiencia cultural más inclusiva. Se trata de la adquisición de 40 audífonos de protección auditiva para integración sensorial de niños y jóvenes, una iniciativa destinada a mejorar la accesibilidad en sus eventos y facilitar la participación de públicos neurodivergentes.

ESTE JUEVES 10 DE OCTUBRE

«Conversatorio Neurodiverso» en Chillán Viejo traerá a activista nacional por el autismo

Diego Infante y la activista regional Karen Navarrete buscan visibilizar la realidad de niños y adultos TEA.

MARTES, 8 DE OCTUBRE DE 2024 | ACTUALIDAD GENERAL



Diego Infante brindando una charla escolar en 2023. Foto: YouTube.

“Eres retardado”: Fundación denuncia maltrato a interno de medicina con autismo en Chillán

Según el comunicado, estudiante con excelencia académica y con la condición del espectro autista sufrió acoso psicológico y físico, incluso con quemaduras, lo que le causó un trastorno de estrés postraumático y un intento de suicidio.

05 DE SEPTIEMBRE DEL 2025 · 12:44



Archivo

Por VLN Radio
Con información de Fundación Dr. Avicena

Lo último

Accidente en Lontué: Conductora se salva milagrosamente en la Ruta 5 Sur

Hoy | 17:53

Ley de Presupuesto: "Esperamos que se restituyan todos los recursos al Maule"

Hoy | 17:40

Departamento de Salud de Curicó llama a la prevención en el Día Mundial del Corazón

Hoy | 17:20

Comité de Integración Paso Pehuenche concluyó con firma de Acta Final y compromiso de trabajo conjunto

Hoy | 17:00

Hualañé acoge el cierre de la gira de "El Movimiento del Colibrí"

Hoy | 16:40

Martes 18 marzo de 2025 | 12:58

"Mi hijo es autista, no un delincuente": habla el padre del menor que agredió a profesora en Trehuaco

Publicado por [Florencia Ortiz](#)

La información es de [Radio Contacto](#)

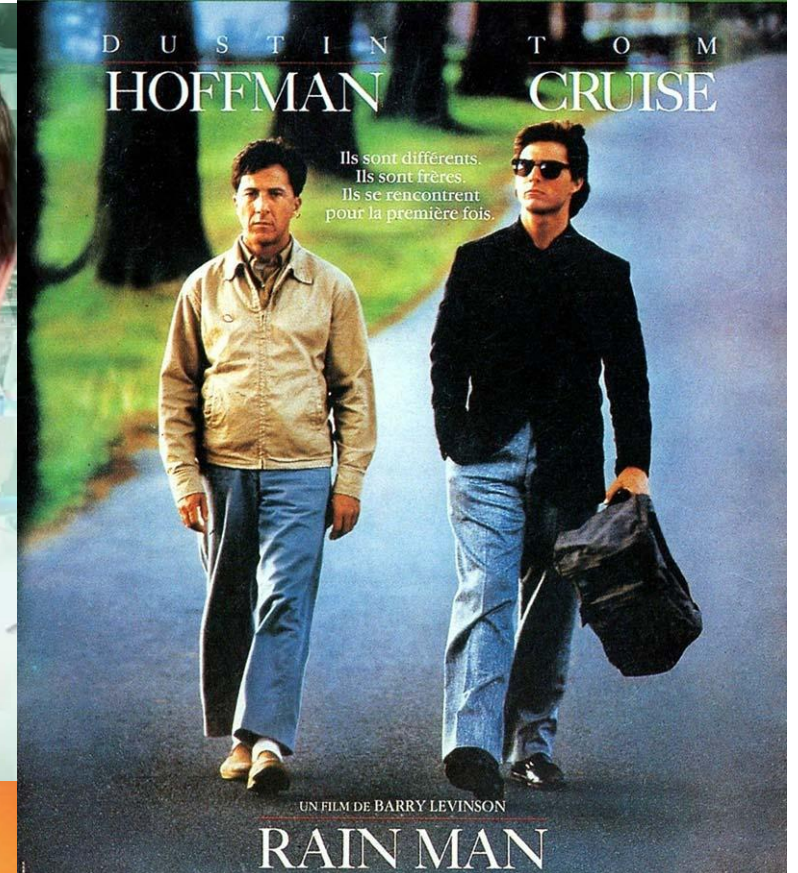
Seguimos criterios de  The Trust Project

[Ética y transparencia de BioBioChile](#)



Relacionados

- Colegio de Profesores pide acelerar Ley de Convivencia Escolar tras agresión a docente en Trehuaco
- Seremi por condición TEA de alumno que agredió a docente en Trehuaco: "No lo exime de responsabilidad"
- Alumno deja en estado grave a profesora tras agredirla brutalmente en Liceo Bicentenario de Trehuaco



DESDE UNA MIRADA INCLUSIVA

Trastorno del Espectro Autista (TEA)

Condición del Espectro Autista (CEA)

Condición, NO ENFERMEDAD

El autismo es una condición neurobiológica permanente que se manifiesta en la primera infancia y acompaña durante toda la vida, independientemente del género, la raza o la condición social y económica.

Espectro Autista (EA)

Persona con Autismo

Persona Autista

Persona
con
autismo



Persona
autista



PROTOCOLO
PARA EL ABORDAJE INTEGRAL EN SALUD DE PERSONAS CON
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA, LINEAMIENTOS EN EL
MARCO DE LA LEY 21.545

División de Prevención y Control de Enfermedades
División de Gestión de la Red Asistencial
División de Atención Primaria

Ministerio de Salud,
2024

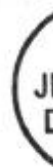


4.4. Trato Digno y uso del lenguaje

En este punto, desarrollado por la mesa de representación nacional de las organizaciones sociales de personas autistas y familiares, se profundizará en el principio definido por la Ley sobre trato digno y en el cual se establece que las personas autistas “deben recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia. Deberá adoptarse un lenguaje claro y sencillo en las atenciones que se les brinden, y medidas necesarias para respetar y proteger su vida privada y su honra”.

Las personas autistas se ven constantemente discriminadas, vulneradas e invisibilizadas por el entorno. Es por esta razón que se realizan las siguientes recomendaciones tanto para referirse y tratar a la persona autista y a sus familiares y cuidadores, como para el uso de material en talleres, charlas y/o capacitaciones en el ejercicio de la labor como trabajador de la salud.

- La forma correcta de referirse a las personas autistas será como esa persona prefiera ser llamada; sin embargo, para la comunidad autista los términos más utilizados son “persona autista” o “persona dentro del espectro autista”. No se recomienda el uso de “persona con autismo”, “persona con TEA”, “persona TEA”, ya que no tienen representatividad en la comunidad autista en primera persona.



Definición TEA



El Trastorno del Espectro Autista (TEA), es un trastorno del neurodesarrollo, que se define como la dificultad persistente en el desarrollo del proceso de socialización (interacción social y comunicación social), junto con un patrón restringido de conductas e intereses, y comportamientos estereotipados o repetitivos.

Fuente: Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia



¿Qué es el TEA?



El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es **una condición** que dura toda la vida y que **altera la capacidad de una persona para comunicarse y relacionarse con otros**.

El autismo está asociado con **rutinas y comportamientos repetitivos**, tales como arreglar objetos obsesivamente o seguir rutinas muy específicas. Los **síntomas pueden variar desde leves hasta muy severos, por eso se dice que es un espectro**. No hay dos personas con autismo iguales.

Las personas autistas **perciben el mundo en forma diferente**. Ven detalles que tú no ves y tienen dificultades en procesar los diferentes estímulos. Por eso, los lugares, personas o rutinas nuevas le representan un desafío. Sostener la mirada del otro puede resultarle amenazante; por eso evita el contacto visual.

A una persona autista **le cuesta expresar lo que siente, así como también entender lo que les pasa o sienten los demás**. Tienen gustos e intereses restringidos. Por ejemplo, un niño puede interesarse específicamente por los dinosaurios y casi por nada más. Realizar tareas repetitivas les sirve para ordenar un mundo que percibe caótico, por ejemplo, ordenar cajas en fila una y otra vez.”

<https://www.brincar.org.ar>

AUTISMO

- Es una variación heterogénea del neurodesarrollo, que **persiste toda la vida.**
- Presenta dos áreas nucleares de sintomatología. Una asociada a dificultades **en la interacción y comunicación social.** La otra asociada a **intereses particularmente intensos y conductas o actividades repetitivas.** Suelen ver el mundo desde el detalle.
- Los síntomas están presentes en la primera infancia, pero pueden no manifestarse claramente hasta que las demandas sociales excedan las capacidades.
- La expresión sintomatológica suele variar de acuerdo al desarrollo y el ambiente.
- Los “síntomas” causan un malestar clínicamente significativo ya sea en lo social, laboral u otros ámbitos importantes del funcionamiento habitual.

Amaia Hervás, 2017

**PROTOCOLO
PARA EL ABORDAJE INTEGRAL EN SALUD DE PERSONAS CON
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA, LINEAMIENTOS EN EL
MARCO DE LA LEY 21.545**

División de Prevención y Control de Enfermedades
División de Gestión de la Red Asistencial
División de Atención Primaria

Ministerio de Salud
2024



IV. ANTECEDENTES Y MARCO DE ACCIÓN

El TEA es una condición del neurodesarrollo, altamente heterogénea, tanto en lo referente a la etiología como en la manifestación y evolución de los síntomas en las diferentes etapas del desarrollo, en su expresión y presentación según el sexo, edad o comorbilidades coexistentes. Está típicamente caracterizadas por: 1) déficits en la comunicación social (dificultades sociales y en la comunicación) y 2) patrones conductuales restringidos, estereotipados y repetitivos (1). En ocasiones este diagnóstico puede cursar con discapacidad intelectual, dificultades en el lenguaje, epilepsia, trastornos psiquiátricos y del comportamiento, alteraciones en el sueño y alimentación, las que pueden estar presentes hasta en el 70% de los casos (2).

Las alteraciones sociales en el TEA, incluyen dificultades en las relaciones sociales con personas de la misma edad, dificultades para compartir el goce en actividades propias de la edad (como el juego) y los intereses con otros, poca reciprocidad social y dificultades (o ausencia) de juicio social (3).

Las alteraciones de la comunicación hacen alusión entre otros, a los retrasos en la adquisición y progresión del lenguaje receptivo y expresivo a lo largo del desarrollo. El lenguaje de las personas con TEA puede ser estereotipado, relacionado con los temas de interés personal, y puede incluir elementos idiosincráticos como la ecolalia, la inversión pronominal, déficits de elementos paralingüísticos y alteraciones características de la pragmática en la comunicación (4).

Por último, en la esfera de los comportamientos, las personas con TEA pueden presentar conductas e intereses restringidos; pueden tener rutinas o intereses circunscritos a ciertas temáticas específicas, con una alta necesidad de uniformidad y dificultades ante los cambios inesperados. Son características las conductas estereotipadas (por ejemplo aleteos, movimientos de manos o dedos, o en la marcha) (5). Así mismo pueden experimentar una sensibilidad excesiva o insuficiente a los sonidos, el tacto, los sabores, los olores, la luz, los colores, la temperatura o el dolor, lo que causa que muchas veces eviten situaciones cotidianas debido a esta sensibilidad (6).

El TEA puede asociarse también con fortalezas cognitivas, especialmente en dominios tales como excelente atención y memoria para los detalles y habilidad para detectar patrones (6).

En cuanto condición del neurodesarrollo, sus manifestaciones pueden ser evidentes tempranamente (antes de los tres años), siendo posible la observación de signos precoces desde los 6 a 12 meses de edad (7).

Dada la gran heterogeneidad de las personas con TEA, de acuerdo a sus características individuales algunos requerirán más o menos intensidad de apoyos por parte de la red de salud, siendo esencial definir la trayectoria y componentes de esta atención, como también los flujos y procedimientos definidos en la red de salud, como para la derivación desde los establecimientos educacionales u

CLASIFICACIONES ACTUALES DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA



Sistemas de clasificaciones diagnósticas: CIE-11, DSM-5 y Clasificación de 0-5 años

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – 5ta edición

- **Trastorno del Neurodesarrollo:**
 - Trastorno del Espectro Autista

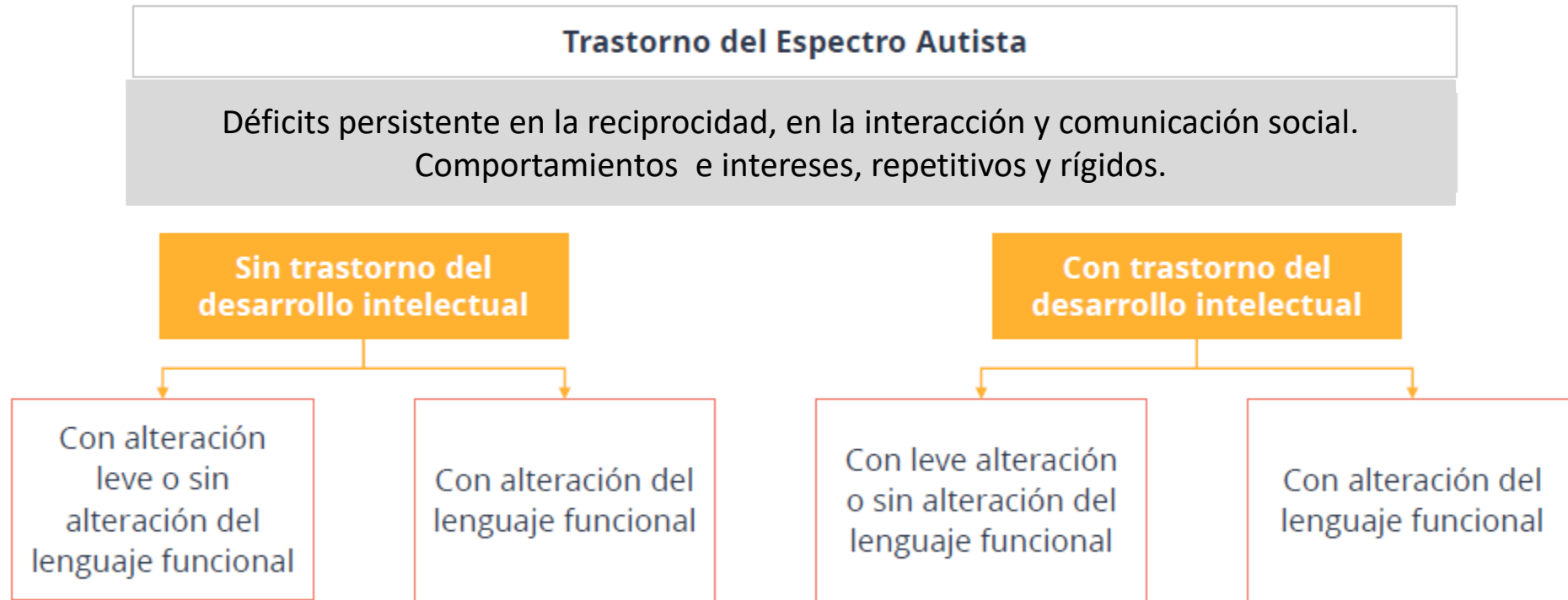
Clasificación Internacional de Enfermedades – 11va edición

- **Trastorno del Neurodesarrollo:**
 - Trastorno del Espectro Autista

Diagnostic Classification of Mental Health Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood

- **Trastorno del Neurodesarrollo:**
 - Trastorno del Espectro Autista

Clasificación Internacional de Enfermedades – 11va edición (CIE-11)



World Health Organization (2018) International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision).

DSM-IV

Manual
diagnóstico
y estadístico
de los
trastornos
mentales

MASSON

La etiqueta diagnóstica era “Trastornos Generalizados del Desarrollo”

Incluía 5 categorías: Trastornos Autistas, Síndrome de Asperger, TGD no especificado, etc.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

MANUAL DIAGNÓSTICO
Y ESTADÍSTICO
DE LOS TRASTORNOS MENTALES

DSM-5®

5.ª edición

SECTORIAL MEDICINA
panamericana

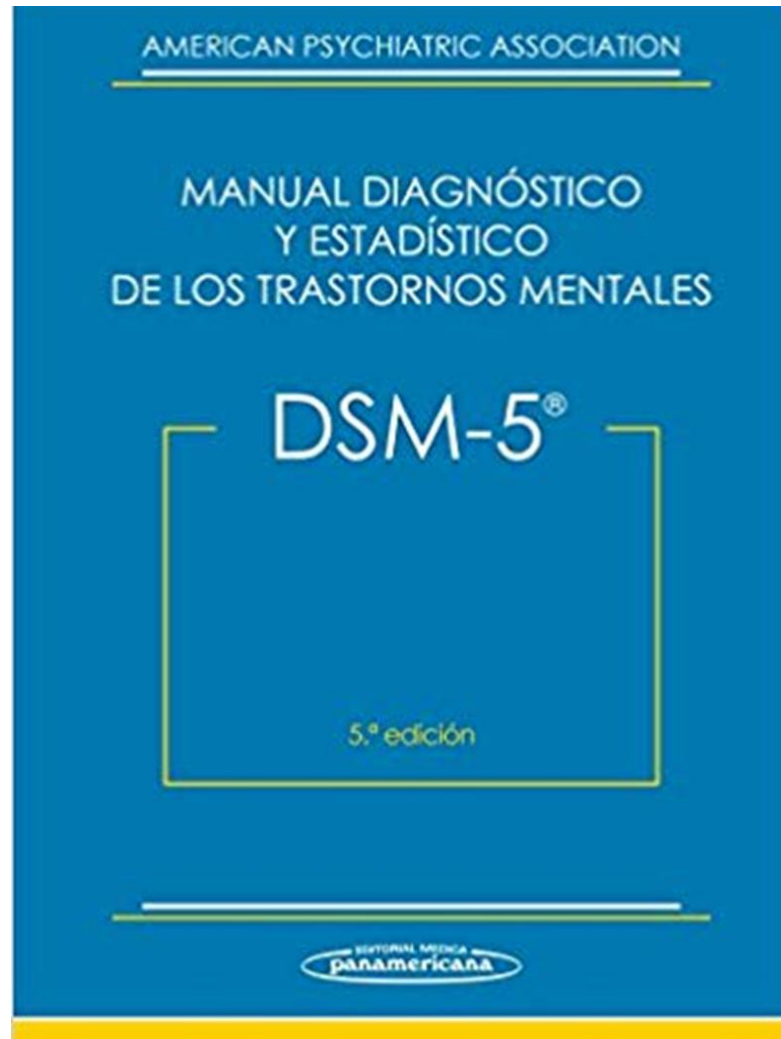
En la actualidad, estas etiquetas se comprenden como “Trastornos del Espectro Autista” con énfasis en la noción de espectro que explica que cada persona tenga características particulares y diferentes a otros.



Del DSM-IV al DSM V

Trastorno del Espectro Autista





Criterios Diagnósticos DSM-5

- A. Deficiencias persistentes en la comunicación e interacción social en múltiples contextos manifestados en la actualidad o a través del desarrollo.
- B. Patrones restrictivos y repetitivos del comportamiento, intereses y actividades en la actualidad o en el desarrollo previo.

A

Deficiencias persistentes y clínicamente significativas en la comunicación y en la interacción social.

Se presenta en distintos contextos (actualmente o en el pasado).

A.1:

Deficiencias de reciprocidad socioemocional.

- Aproximaciones sociales anormales y fracaso para mantener una conversación bidireccional.
- Deficiencia en compartir el interés o las emociones.
- Déficit de la iniciación de la interacción social.

A.2:

Graves dificultades en la comunicación no verbal.

- Presentes en la interacción social.
- Baja integración (coordinación) de la comunicación verbal y no verbal.
- Déficit en la comprensión y uso de la comunicación verbal.
- Poca expresión facial y gestual.

A

Deficiencias persistentes y clínicamente significativas en la comunicación y en la interacción social.

Se presenta en distintos contextos (actualmente o en el pasado).

A.3:

Interferencia para desarrollar y mantener relaciones sociales adecuadas.

- Dificultades para ajustar la conducta social en diferentes contextos.
- Dificultades para compartir juego imaginativo y para hacer amistades..
- Falta aparente de interés en las personas.

B

Patrones de comportamientos, intereses y actividades.

Restringidos y repetitivos, tal como se manifiesta en dos o más de los siguientes puntos.

B.1: Comportamientos motores, verbales o uso de objetos de forma estereotipada y repetitiva.

B.2: Adhesión excesiva a las rutinas, patrones de comportamientos ritualizados de tipo verbal o no verbal, o excesiva resistencia al cambio.

B.3: Intereses excesivamente fijos y restringidos que son anormales, ya sea en su intensidad u objeto.

B.4: Hiper o hiporreactividad sensorial o interés sensorial inusual.

C

Los síntomas deben presentarse en la primera infancia, aunque pueden no llegar a manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales exceden las limitadas capacidades.

D

El conjunto de síntomas crea interferencia en el funcionamiento del día a día.

E

Las dificultades no se explican por el retraso del desarrollo o por la discapacidad intelectual.

Alteraciones en la reciprocidad socioemocional

- Uso objetual del cuerpo de otra persona sin fin comunicativo.
- Incapacidad o deficiencia en el ofrecimiento de consuelo.
- Alteraciones en la calidad de los acercamientos sociales.
- Alteraciones en la calidad de las respuestas sociales.
- Falta de goce o placer compartido.



Alteraciones en la comunicación no verbal

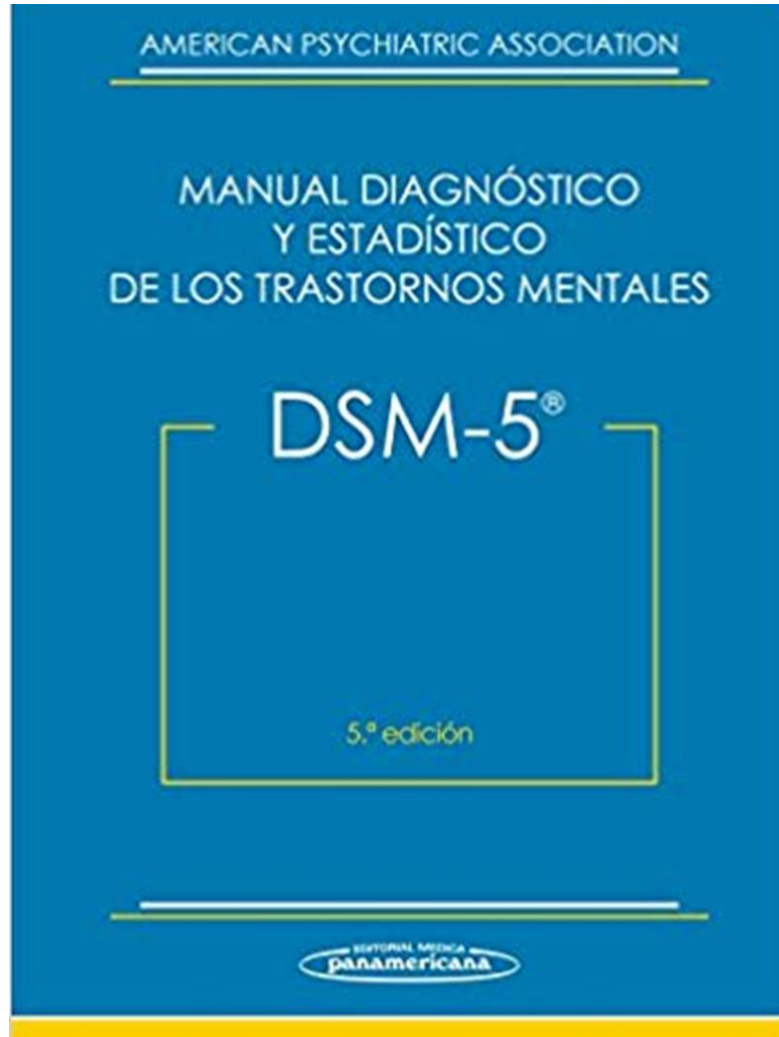
- Falta de integración con la comunicación verbal.
- Anomalías en la comprensión y uso de gestos comunicativos.
- Alteraciones en la mirada directa o sonrisa social.
- Repertorio restringido o inadecuado de las expresiones faciales.



Alteraciones en las características de las relaciones

- Alteraciones en el juego imaginativo e interés con pares.
- Respuesta anómala a la aproximación de otros niños.
- Alteraciones en el juego espontáneo y cooperativo con pares.
- Mantenimiento de relaciones selectivas (amistades).
- Alteraciones en la verbalización social y conversación recíproca.
- Alteraciones en la iniciación de la atención conjunta.





GRADO 1: “necesita ayuda”

GRADO 2: “necesita ayuda notable”

GRADO 3: “necesita ayuda muy notable”

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

MANUAL DIAGNÓSTICO
Y ESTADÍSTICO
DE LOS TRASTORNOS MENTALES

DSM-5®

5ª edición

GRADO 1: "necesita ayuda"

GRADO 2: "necesita ayuda notable"

GRADO 3: "necesita ayuda muy notable"

Estos niveles nos permiten clasificar **el ajuste que debe hacerse en el entorno para que la persona autista pueda desplegar su identidad, sus potencialidades y sus talentos**, libres de sus restricciones biológicas.

Grado 1

Considera un entorno que hace ajustes específicos y circunstanciales, dependiendo de los desafíos que ha de enfrentar la persona autista.

Grado 2

Representaría un nivel de apoyos con una implicancia aun mayor en el aprendizaje y ejecución de AVD, con ajustes en varios aspectos del funcionamiento de la persona, por ej: habilidades cognitivas, comunicativas, sociales y logro de autonomía.

Grado 3

Significaría ajustes significativos y amplios por parte del entorno, con disposición a brindar apoyos en AVD y satisfacción directa de necesidades básicas y de sobrevivencia.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

MANUAL DIAGNÓSTICO
Y ESTADÍSTICO
DE LOS TRASTORNOS MENTALES

DSM-5®

5ª edición

GRADO 1: "necesita ayuda"

GRADO 2: "necesita ayuda notable"

GRADO 3: "necesita ayuda muy notable"



Evitar hablar:

- Autismo Leve
- Autismo Severo
- Autismo de alto funcionamiento
- Autismo de bajo funcionamiento

- Son atribuciones mayormente relacionadas con las capacidades, comparando desempeños de la persona autista con la persona "neurotípica".

- **Los niveles o grados en el espectro autista nos hablan del nivel de APOYOS que se requieren y no de la severidad del autismo (cantidad de síntomas).**

- Hablar de apoyos y no de capacidades es coherente con un **modelo social y no médico** que pone la responsabilidad de la inclusión en el contexto y no en la persona.

- No es una sentencia o un pronóstico, sino solo una forma de caracterizar el tipo de necesidades que tiene la persona autista en un momento determinado.

Concepto de Autismo

Ha ido modificándose y adecuándose a los nuevos conocimientos.

Criterios diagnósticos de TEA

Consenso entre las dos clasificaciones internacionales de enfermedades: DSM-5 y CIE-11.

Dos grandes ejes clínicos sindromáticos

- Alteración cualitativa de la comunicación.
- Patrones repetitivos de conductas e intereses.

Trastorno del Espectro Autista (TEA)

¿Qué es?

Grupo de trastornos del neurodesarrollo con gran variabilidad fenotípica.

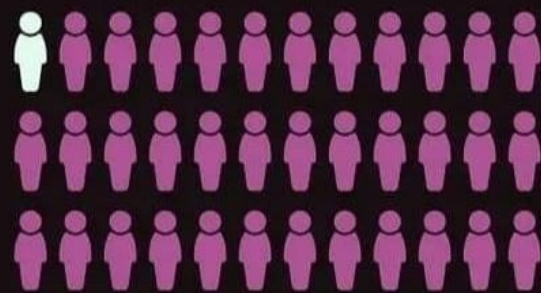
¿Qué ocurre?

- Déficit persistente en la comunicación e interacción social.
- Patrones de comportamiento, interés o actividades restringidos y repetitivos.

¿Cuándo inicia?

- Presente desde etapas tempranas del desarrollo.
- Interferencia significativa en funcionamiento social, ocupacional u otras.

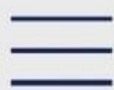




1 de cada 36
niños tiene una
condición del
espectro autista

Fuente: CDC

@panaacea



Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)

< [Morbidity and Mortality Weekly Report \(MMWR\) Home](#)

Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among

Actualización 2023 prevalencia
del Autismo del Centro de Control
y Prevención de Enfermedades.

1 de cada 36 niños

*edad de 8 años

*estabilización de síntomas

*antes 1 de cada 64

4.1. Relevancia Epidemiológica

Chile no cuenta con un estudio de prevalencia que dé cuenta del porcentaje de personas con TEA en el territorio nacional. A nivel internacional, los primeros reportes de vigilancia de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (sigla del inglés CDC) de Estados Unidos del año 2000-2002 establecen que 1 de cada 150 niños(as) tenían diagnóstico de TEA(8). Informes posteriores de la CDC publicados el 2010 y 2012 revelaron tasas de prevalencia comparables (aproximadamente 1 en 68) (9), lo que representa un aumento de más del doble respecto a los datos previos. El último informe publicado sobre vigilancia al año 2020 reveló una tasa mayor (1 en 36)(10). Un estudio chileno reciente que investigó el diagnóstico de TEA en 272 niños entre 18-30 meses en dos comunas de Santiago de Chile, reportó una tasa de 1.95% (11).

Según investigaciones a nivel internacional, en población adulta, se observa un aumento del diagnóstico de TEA, que puede explicarse en estudios longitudinales, por una combinación de diagnóstico en la adultez y personas diagnosticadas en la infancia que ingresan a la edad adulta (12).

PROTOCOLO PARA EL ABORDAJE INTEGRAL EN SALUD DE PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA,
LINEAMIENTOS EN EL MARCO DE LA LEY 21.545
MINISTERIO DE SALUD 2024

PROTOCOLO
PARA EL ABORDAJE INTEGRAL EN SALUD DE PERSONAS CON
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA, LINEAMIENTOS EN EL
MARCO DE LA LEY 21.545
División de Prevención y Control de Enfermedades
División de Gestión de la Red Asistencial
División de Atención Primaria

Ministerio de Salud,
2024



Matrícula de alumnos autistas en el PIE crece en más de 1.000%

En el año 2015 se registraban 3.731 estudiantes autistas en el Programa de Integración Escolar, mientras que en el 2023 la cifra se elevó a 43.428 estudiantes.

Redacción
La Estrella de Valparaíso

Un significativo incremento de más de un 1.000% experimentó en los últimos 8 años la matrícula nacio-

diversidad en el aula genera un peso para profesores y profesoras porque no veníamos formados para aquello, por eso es importante que en conjunto podamos reflexionar y aprender. Nuestro rol co-

que están en el sistema educativo para lograr una autonomía progresiva".

La Dra. Valeria Rojas Osorio, neuropediatra, jefa del Programa de Autismo del hospital Fricke de Viña del Mar y cofundadora

Matrícula de alumnos autistas en el PIE crece en más de 1.000%

En el año 2015 se registraban 3.731 estudiantes autistas en el Programa de Integración Escolar, mientras que en el 2023 la cifra se elevó a 43.428 estudiantes.

Redacción
La Estrella de Valparaíso

Un significativo incremento de más de un 1.000% experimentó en los últimos 8 años la matrícula nacional de estudiantes autistas en el Programa de Integración Escolar, PIE. El dato se dio a conocer en el webinar "Rol de la Ley TEA en el marco normativo vigente", efectuado recientemente por el ministerio de Educación, con el apoyo del ministerio de Salud, como parte de una agenda conjunta de trabajo que se está desarrollando en el marco de la Ley de Autismo.

En la ocasión, Andrea Osorio Rivera, jefa de la División Educación General del Mineduc señaló, que están "iniciando un proceso de aprendizaje respecto a cuáles son las obligaciones y qué determina para el sistema educativo la Ley de Autismo."

En el mismo sentido agregó, que se debe propiciar "generar condiciones para que las personas autistas puedan participar de la sociedad de la manera más plena posible. Autoridades, docentes y directivos: debemos aprender y conocer sobre cómo desarrollar procesos que permitan cada vez mas participación de la diversidad y avanzar hacia un sistema educativo que permita la participación."

"Todo lo que implica avanzar hacia la inclusión no deberíamos considerarlo como un peso, a veces la

diversidad en el aula genera un peso para profesores y profesoras porque no veníamos formados para aquello, por eso es importante que en conjunto podamos reflexionar y aprender. Nuestro rol como ministerio de Educación es dotar de la mayor información, herramientas y espacios de aprendizaje para que los espacios educativos sean lugares para construir espacios educativos inclusivos que garanticen el aprendizaje para todos y todas", enfatizó.

Por su parte, Francisca Cabrera, coordinadora nacional de Atención a la Diversidad del Mineduc, una de las expositoras del webinar, fue quien informó sobre el incremento de matrícula de estudiantes autistas en el PIE.

"Se desconoce el dato de presencia de estudiantes autistas en establecimientos educacionales que no tienen PIE o en educación parvularia, ya que no existe subvención específica que permita rescatar el dato", precisó, lo que implica que se desconoce a nivel nacional el universo total de estudiantes autistas que están en el sistema escolar público y privado en todas sus modalidades.

En su exposición además abordó la Ley de Autismo respecto de cómo concurre a complementar el marco normativo vigente, además relevó que se deben "visualizar las potencialidades de cada uno de los estudiantes autistas

que están en el sistema educativo para lograr una autonomía progresiva".

La Dra. Valeria Rojas Osorio, neuropediatra, jefa del Programa de Autismo del hospital Fricke de Viña del Mar y cofundadora de la Fundación Unión Autismo y Neurodiversidad FUAN, también participó como expositora del webinar.

En la ocasión detalló el incremento de derivaciones que están presentando en el hospital Fricke: la evolución de la demanda de interconsultas a neurología infantil por sospecha o diagnóstico de espectro del autismo, se elevó de un 3% en el año 2013 a un 32% en el año 2021.

"Estos datos dan cuenta de cuán importante es realizar un trabajo conjunto entre Mineduc, Minsal y las familias."

DISCRIMINACIÓN

Chantal Garay, presidenta de la Federación Nacional de Autismo, FENAUT, agregó, "aún después de la entrada en vigencia de la Ley de Autismo, la dis-

SALUD INFANTIL

Cabe precisar que la Ley de Autismo compromete un tamizaje. Según ha precisado el Minsal un primer paso en ese sentido será incluir el autismo en el primer Estudio Nacional de Salud Infantil. A la fecha existe solo un estudio de prevalencia de autismo en población infantil en algunas comunas de la Región Metropolitana, que da cuenta de una prevalencia de 1 cada 51 niños y niñas. La Ley de Autismo indica en su artículo que cada mes de marzo las carteras involucradas en su implementación, deberán informar sobre los avances de sus gestiones de construcción de planes, programas y políticas públicas.



EN UN 1.000% HA AUMENTADO LA MATRÍCULA NACIONAL DE ESTUDIANTES AUTISTAS EN EL PIE.

crimination la vivimos a diario por docentes que en su gran mayoría no están formados en autismo. Muchas veces los docentes dicen que es por falta de capacitaciones desde el Mineduc, pero desconocen que desde el 2007 existen manuales a disposición, y además se han creado decretos y protocolos que regulan la convivencia universal con los ajustes y apoyos en aula, pero que no se aplican ni respetan. Existe una gran resistencia

por parte de muchos docentes en cumplir con el decreto 83 y la diversificación de la enseñanza. En muchas ocasiones expresan motivos contractuales y solo derivan sus responsabilidades en los equipos PIE, pero los establecimientos educacionales que no cuentan con PIE no entregan apoyo a los alumnos que lo necesitan, no obstante es materia regulada por ley."

"Consideramos que las cifras de matrícula PIE de estudiantes autistas entregadas por el Mineduc, deben ser al menos 3 veces superior, porque el decreto 170 regula los cupos para personas con necesidades educativas especiales, tanto transitorias como permanentes, pero no es la realidad que constatamos en los establecimientos. Necesitamos con urgencia que se regule y fiscalice el respeto al derecho a la educación de nuestra comunidad autista, que si- gue siendo discriminada y

segregada, la inclusión no puede depender excusas expresadas por docentes respecto de sus condiciones laborales", enfatizó. Gabriela Verdugo, presidenta de Fundación FUAN explicó que "para implementar políticas públicas de educación que se derivarán de la Ley de Autismo, es imprescindible contar con urgencia con datos de estudiantes autistas, ya que aun desconocemos cuántos estudiantes en el espectro están en el sistema educativo en todas sus modalidades. Esta invisibilización ha dado espacio a vulneraciones de derechos que deben ser fiscalizadas, sancionadas y así avanzar en el respeto cabal de derechos de estudiantes autistas".

Solicitadas cifras para conocer cuál es la realidad local de estudiantes del espectro autista en establecimientos educacionales de la región, desde la seremi de Educación no fue posible obtener este dato. 0

Autismo

¿SOBRE DIAGNÓSTICO?



Trastorno del Espectro Autista



Base genética importante

Determinada
por

- Recurrencia en familias, estudio en gemelos.
- Co-ocurrencia con más de 100 enfermedades cromosómicas y otros síndromes genéticos.
- Más de 1000 genes descritos asociados a TEA.

Factores ambientales

Edad Materna y Paterna

Medicamentos
(A. Valpróico,); Tóxicos
(OH, metales pesados,
pesticidas); ¿Contaminación
ambiental vehicular?

Enfermedades maternas
(DM, HTA, Obesidad);
Activación inmune materna
(infecciones virales y
bacterianas)

**Estrés materno pre y
perinatal**

**Prematurez, bajo peso al
nacer, EHI**

**¿Relación cuidador-niño
anómala?**

¿Es el trastorno del espectro autista de origen genético?

Es un desorden genéticamente influenciado, causado por varios factores.

Genética



Monogénicos
Cromosómicos
Multifactoriales

Epigenética



Factores que afectan la
expresión génica

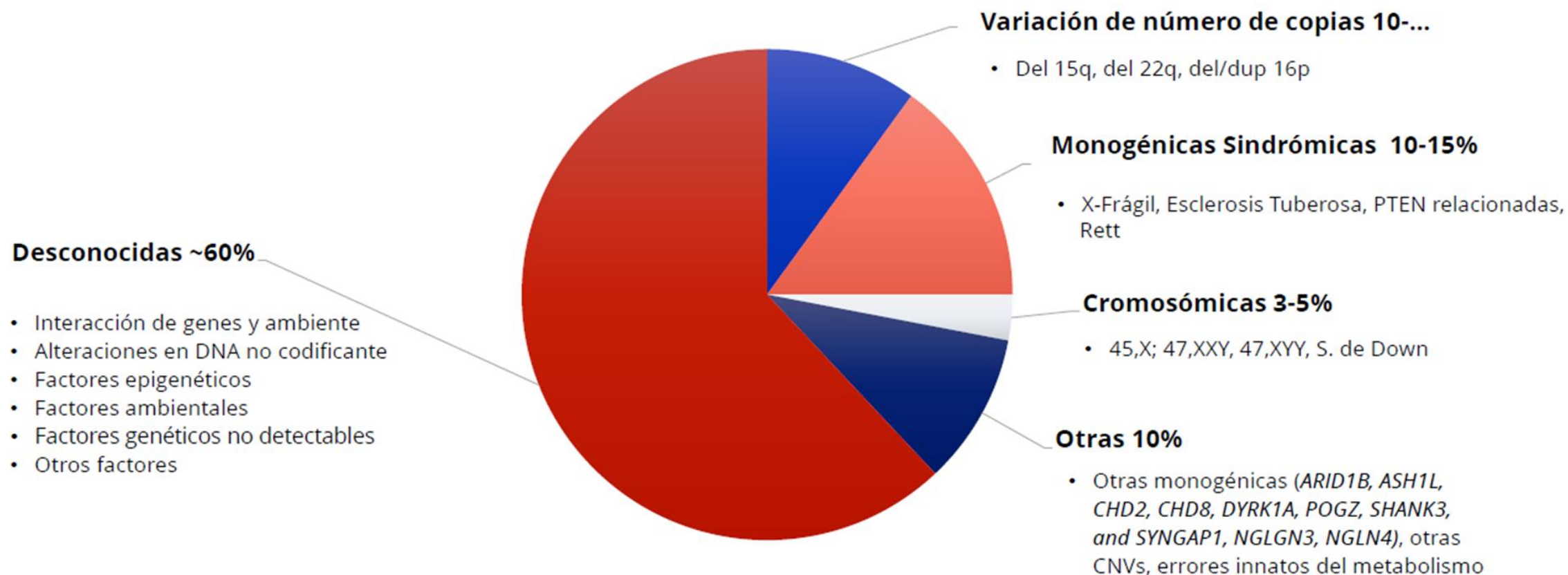
No-genética



Exposiciones
ambientales

- Altamente heredable, recurrencia en familias, concordancia (80%) en gemelos idénticos.
- Hay descritos más de 1000 genes asociados a TEA
- Co-ocurrencia con más de 100 enfermedades cromosómicas y otros síndromes genéticos.

Etiología genética del trastorno del espectro autista



En el ~40% de los individuos con TEA es posible identificar una causa genética.

Presentación clínica

Aislado

Sin dismorfias u otras anomalías evidentes

TEA aislado



Imagen recuperada de
<https://www.imdb.com/title/tt0095953/mediaviewer/rm1796358912/?context=default>

Sindromático

TEA asociado con otras anomalías

Ej: Síndrome de Phelan-McDermid



- Dismorfias, anomalías congénitas
- Macrocefalia, sobrecrecimiento
- Retraso del desarrollo
- Discapacidad intelectual
 - TEA, hipotonía, epilepsia
- Anomalías pigmentarias
- Deleción 22q11.3

K. Phelan and H.E. McDermid. Mol Syndromol. 2012 Apr;

Etiología exacta

- **Desconocida**

Trastorno del Espectro Autista

Factores involucrados

- **Genéticos**
- **Ambientales**

**Es uno de los grupos más
prevalentes de los
desórdenes del
neurodesarrollo.**



1-2% de la población

**Masculino: Femenino
4:1**

- **Etiología exacta de TEA:** se desconoce, pero la evidencia de factores genéticos y ambientales es cada vez más sólida.

- **Evidencia:** apunta a que los factores genéticos y ambientales se relacionan con alteraciones en el neurodesarrollo, especialmente relacionado con la formación de redes neuronales.

- **Bases neurobiológicas:** son cada vez más identificables y objetivables.

Fisiología del TEA

Correlatos fisiológicos



**Shen et al.,
2013**

Aumento temprano en volumen cerebral total.



**Hernández et
al., 2015**

Volumen diferenciado en amígdala, hipocampo, frontal cortex, superior temporal sulcus, inferior parietal lobule, precuneus, fusiform gyrus y cerebelo.



**Di Martino et
al., 2014**

Reducida conectividad funcional y estructural de larga distancia.



**Hernández et
al., 2015**

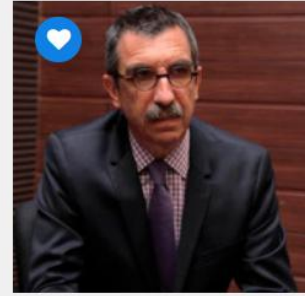
Actividad anormal en L IFG, medial PFC, TPJ, cingulate cortex, striatum, frontal cortex, fusiform gyrus, amígdala derecha y áreas somatosensoriales.

Shen MD, et al, Brain (2013) / Hernandez LM, et al, Neuropsychopharmacology (2015) / Di Martino A, et al, Mol Psychiatry (2014).

Victor Luis Ruggieri

Director de la Diplomatura en Autismo y Síndrome de Asperger, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, Argentina. Subdirector de la carrera de especialista en Neurología Infantil, Universidad de Buenos Aires

Jefe de Clínica, Servicio de Neurología, Hospital de Pediatría «Prof. J.P. Garrahan», Buenos Aires, Argentina



BASES NEUROBIOLÓGICAS DE LOS TEA

- Las interpretaciones vinculadas con la génesis de los tea, pasaron desde la culpabilización a los padres hasta las actualmente aceptadas bases neurobiológicas y neuropsicológicas.
- El autismo es considerado un síndrome conductual de base biológica ,que afecta a la socialización, la interacción social ,la comunicación y el lenguaje asociado conductas estereotipadas e intereses restringidos.
- No hay un marcador biológico específico que permita diagnosticar TEA, por lo que su reconocimiento se basa en la observación clínica, a través de profesionales entrenados y con técnicas estandarizadas para su diagnóstico.
- Si bien no existe un marcador específico y tampoco un área definida asociada con el origen de estos trastornos, son muchas las hipótesis y las bases neurobiológicas propuestas.



Ruggieri V. Autismo. Aspectos neurobiológicos [Autism. Neurobiological aspects]. Medicina (B Aires). 2022 Aug 30;82 Suppl 3:57-61. Spanish. PMID: 36054859.

AUTISM



ALGUNAS ALTERACIONES NEUROBIOLÓGICAS CLAVES:

Sistema de recompensa social: en el cerebro es el **mecanismo que nos motiva a realizar acciones placenteras, regulado principalmente por la dopamina. Activa estructuras claves** como el área tegmental ventral, el núcleo accumbens y la corteza prefrontal, **generando placer y motivando la interacción social. En el autismo** no se activa de la misma manera ante estímulos sociales. **Menor activación ante estímulos sociales y mayor respuesta a objetos o patrones.** (Baja respuesta a estímulos sociales y preferencia por estímulos no sociales como patrones repetitivos, estructuras, objetos giratorios).

Disfunciones en la amígdala y reconocimiento emocional: dificultades en el procesamiento de expresiones faciales y emociones. Afecta el reconocimiento de emociones y la empatía.

Sistema de neuronas espejo: Déficit en la imitación y en la empatía, impactando la cognición social. Relacionadas con la imitación y la empatía, clave en el desarrollo social.

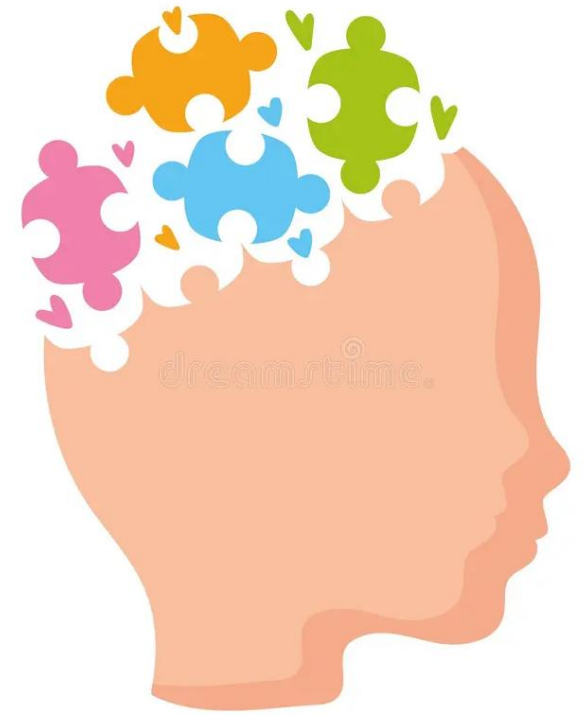
Minicolumnas corticales: pequeñas estructuras en la corteza cerebral que organizan la información neuronal. En el autismo, hay más minicolumnas, pero más pequeñas y con menos conexiones inhibitorias. Esto provoca una **mayor especialización en detalles y menor capacidad para generalizar información.** Alteraciones que pueden explicar la rigidez cognitiva e intereses restringidos.

ALGUNAS ALTERACIONES NEUROBIOLÓGICAS CLAVES:

Neuroinflamación y Microglía: La microglía (un tipo de célula inmunitaria en el cerebro). En el autismo, **se ha detectado una activación crónica de la microglía**, lo que sugiere un **proceso inflamatorio persistente que podría afectar el desarrollo neuronal**.

Neuropeptidos: La **oxitocina y la vasopresina** están relacionadas con la socialización y la conexión emocional. En personas con autismo, los **niveles de estas sustancias suelen ser bajos**, lo que **afecta la capacidad de establecer vínculos y responder a interacciones sociales**.

Disfunción en la inhibición neuronal: El cerebro regula el equilibrio entre excitación e inhibición neuronal mediante el sistema GABA. **En el autismo, hay un déficit en la inhibición neuronal, lo que genera: Hipersensibilidad sensorial** (ruidos, luces o texturas pueden ser abrumadoras). **Mayor riesgo de epilepsia** (se cree que la disfunción de las interneuronas GABAérgicas está relacionada con la alta prevalencia de epilepsia en el autismo). **Dificultades en la regulación emocional y conductual**, afectando la interacción social.



Factores que influyen en el Desarrollo



Biológicos
Dependientes de las condiciones genéticas.



Sociales
Grupo social de pertenencia, edad y escolaridad de los padres.



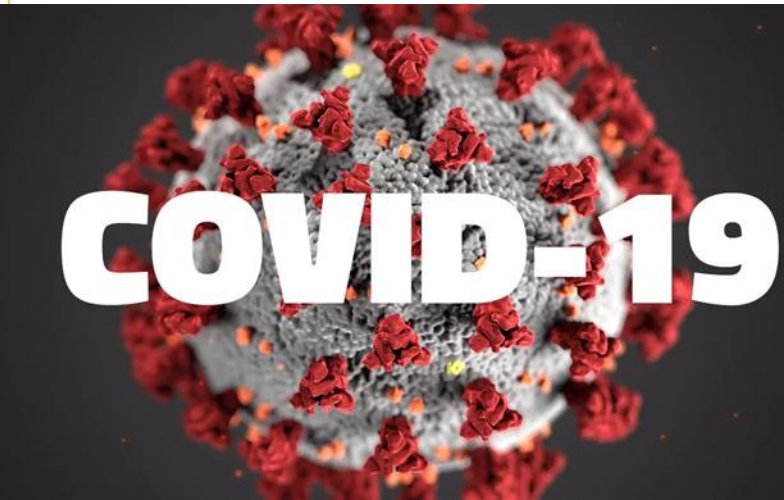
Culturales
Lugar de pertenencia, estimulación temprana.



Ambientales
Entorno próximo, estímulos y dinámica familiar.

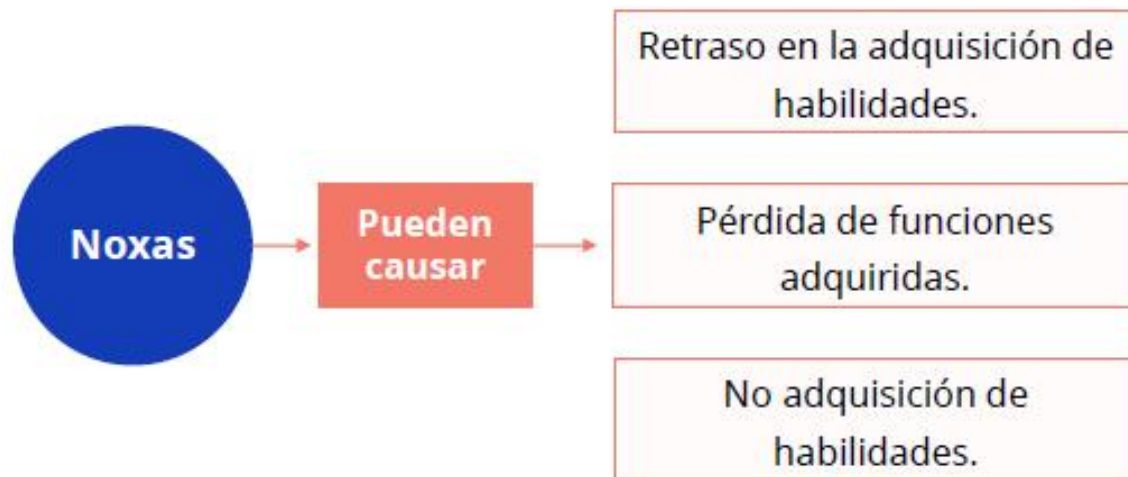


Propios
Personalidad, temperamento y capacidad de responder a estímulos.

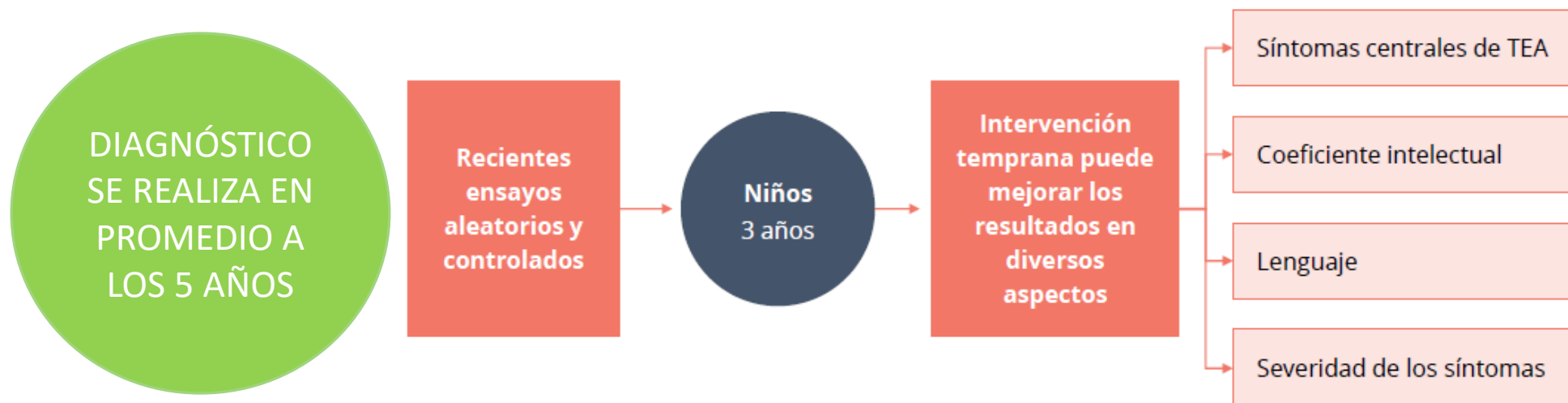


COVID-19

Periodo Sensible



Beneficios de la detección precoz de TEA



Detección de TEA

Edad promedio es tardía (a los 4 años de edad), lo que retrasa el tratamiento.



Importancia de la detección

- Entender mejor al niño y crear un plan terapéutico adaptado a sus necesidades.
- La evaluación interdisciplinaria permite identificar las áreas de fortalezas y las deficitarias.
- La participación de la familia y de la comunidad permite implementar un acompañamiento continuo del niño y de los padres.

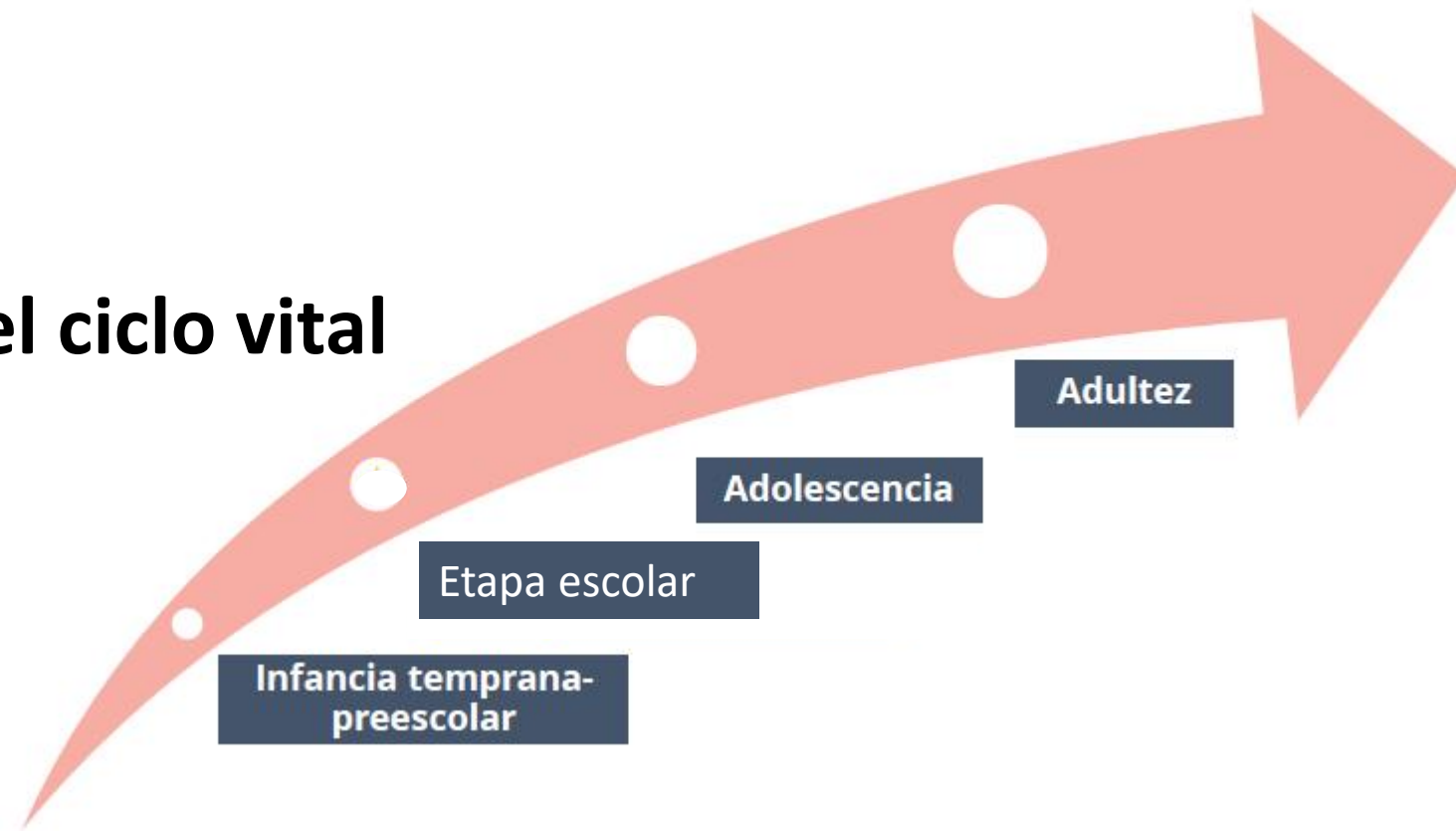
Brecha en la detección precoz de TEA

La preocupación inicial de los padres por aspectos del desarrollo de su hijo/a.



El diagnóstico de TEA efectuado por un profesional de la salud.

TEA en el ciclo vital



Algunas TEORÍAS EXPLICATIVAS que nos ayudan a entender su procesamiento de información



COHERENCIA CENTRAL



Capacidad para integrar la información de forma global, prestando más o menos atención al detalle que al contexto.

TEORÍA DE LA MENTE



Facultad para atribuir y responder a estados mentales de otros.

FUNCIONES EJECUTIVAS



Habilidad para planificar la conducta y dirigirla hacia un objetivo.

LA FORMA EN LA QUE MI MENTE AUTISTA APRENDE

FASE 1



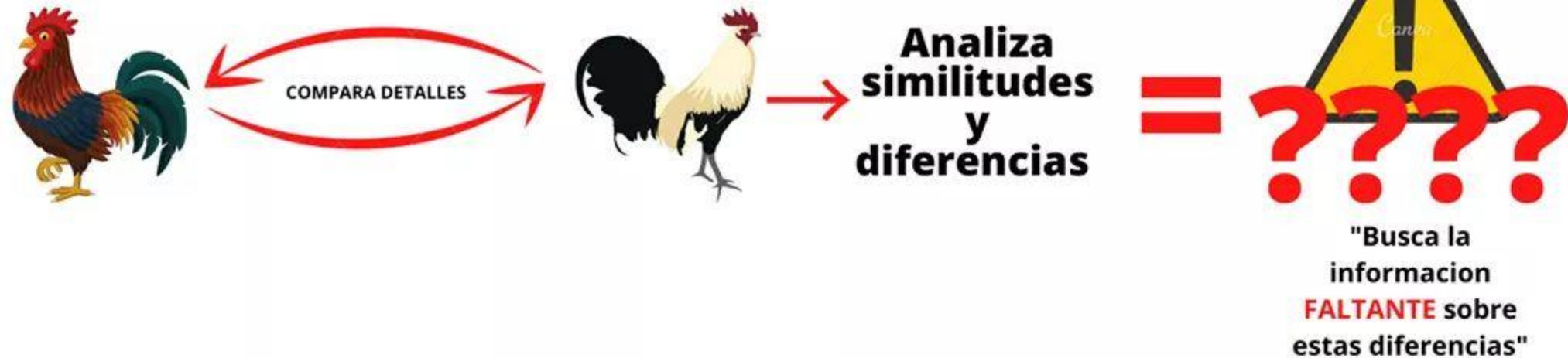
LA FORMA EN LA QUE MI MENTE AUTISTA APRENDE

FASE 2



LA FORMA EN LA QUE MI MENTE AUTISTA APRENDE

FASE 3



LA FORMA EN LA QUE MI MENTE AUTISTA APRENDE

FASE 4



LO QUE PASA SI MI MENTE ESTÁ OCUPADA PROCESANDO Y QUIERES AÑADIR NUEVOS APRENDIZAJES





Nuestro cerebro siempre busca una línea de coherencia de todos los estímulos, que capta del entorno a través de todos los sentidos, para poder integrarlos y agruparlos rápidamente.



Estímulos que han accedido por vías diferentes (la vista, el oído, etc.) y automáticamente se agrupan para comprender la realidad y todo lo que percibimos con el exterior.

Parte de las características de los trastornos del espectro autista, se explican porque estas personas no tendrían la capacidad (o bien sería más reducida) de asociar automáticamente los estímulos percibidos para adaptarlos a patrones comunes.

Coherencia Central:

- ✓ Se refiere a la capacidad de percibir y comprender la información en un contexto más amplio.
- ✓ Contrasta con el enfoque en detalles específicos.

Importancia:

Influye en la forma en que procesamos la información, interpretamos situaciones y comprendemos relaciones sociales.

Definición de Coherencia Central: La coherencia central se refiere a la capacidad de integrar información en un contexto global, permitiendo la comprensión de patrones y significados más amplios.



En un test visual, podrían identificar cada objeto en una escena, pero tener problemas para describir lo que está sucediendo en general (p. ej., "un picnic" en lugar de "personas disfrutando en el parque").



En lugar de solo observar los detalles de un cuadro, una persona con buena coherencia central entendería la historia o la emoción que transmite la obra.

Importancia en la cognición:

- ✓ Ayuda en la resolución de problemas, la comprensión del lenguaje y las interacciones sociales.
- ✓ Facilita la comprensión del contexto en la comunicación diaria.

Coherencia Central en el Autismo

Dificultades:

- ✓ Las personas con autismo suelen mostrar un procesamiento de la información más detallado.
- ✓ Tienden a enfocarse en elementos individuales en lugar de ver la imagen global.

En una imagen compleja, pueden notar todos los colores y formas, pero les cuesta entender el tema general o el mensaje.

Si nos fijamos en el detalle, perdemos de vista la globalidad.

¿Quien tiene "Coherencia Central Débil"?



Dificultades Observadas en Coherencia Central en el Autismo

- ✓ **Estilo de procesamiento:** Las personas con autismo tienden a tener un enfoque más analítico, prestando atención a los detalles a expensas de la comprensión global.

Algunas TEORÍAS EXPLICATIVAS que nos ayudan a entender su procesamiento de información



COHERENCIA CENTRAL



Capacidad para integrar la información de forma global, prestando más o menos atención al detalle que al contexto.

TEORÍA DE LA MENTE



Facultad para atribuir y responder a estados mentales de otros.

FUNCIONES EJECUTIVAS



Habilidad para planificar la conducta y dirigirla hacia un objetivo.

TEORÍA DE LA MENTE

¿Qué está pasando?



Habilidad para acceder a los estados mentales de otras personas y para comprender y predecir sus conocimientos, intenciones y creencias.

¿QUÉ ES LA TEORÍA DE LA MENTE?

Las personas que no están dentro del espectro autista, tienen la **habilidad innata y automatizada** para atribuir deseos, intenciones, emociones, estados de conocimiento o pensamiento a otras personas y darse cuenta que son distintas a las propias, es decir, **tienen una teoría de lo que ocurre en la mente de los otros.**

Se usa esta información para **interpretar** lo que otras personas dicen, para **darle sentido** a su comportamiento y **predecir** lo que harán a continuación.

¿DE QUÉ MANERA ME AFECTA EL DÉFICIT DE “TEORÍA DE LA MENTE”

- ▶ Para darme cuenta de las intenciones de los otros.
- ▶ Para entender las emociones de los demás.
- ▶ Para entender cómo una conducta o comentario mío afectará a otras personas (incidirán en lo que pensarán de mí y en su actitud hacia mí).
- ▶ Para identificar el grado de interés de mi interlocutor en una conversación.
- ▶ Para seguir una conversación, interrumpir, cambiar de tema, etc.
- ▶ Para mentir y comprender engaños.
- ▶ Para comprender ironías o burlas.

Anabel Cornago • Maite Navarro • Fátima Collado

Manual de teoría de la mente para niños con autismo

Ejercicios, materiales y estrategias

Las personas percibimos, sentimos, pensamos o creemos distinto



Anabel Cornago • Maite Navarro • Fátima Collado

Manual de teoría de la mente para niños con autismo

Ejercicios, materiales y estrategias

Las personas percibimos, sentimos, pensamos o creemos distinto



Tirapu-Ustárrroz J, Pérez-Sayes G, Erekatxo-Bilbao M, Pelegrín-Valero C.
¿Qué es la teoría de la mente?. Rev Neurol 2007;44 (08):479-489

REVISIÓN

¿Qué es la teoría de la mente?

J. Tirapu-Ustárrroz ^a, G. Pérez-Sayes ^a, M. Erekatxo-Bilbao ^a, C. Pelegrín-Valero ^b

¿QUÉ ES LA TEORÍA DE LA MENTE?

Resumen. Introducción. El cerebro es, básicamente, una máquina predictiva encaminada a reducir la incertidumbre del entorno. El origen del concepto de 'teoría de la mente' se encuentra en los trabajos pioneros de Premack y Woodruff y se refiere a la habilidad para comprender y predecir la conducta de otras personas, sus conocimientos, sus intenciones, sus emociones y sus creencias. En un principio este término se hallaba confinado al estudio de la primatología y la etiología del autismo; se proponía que la causa de los trastornos generalizados del desarrollo era una ausencia de teoría de la mente. Desarrollo. Sin embargo, en los últimos años hemos asistido a una gran proliferación de estudios sobre este complejo concepto y su afectación en diversas patologías. En este trabajo se propone una división del concepto de teoría de la mente en distintos procesos y cómo evaluar cada uno de ellos. Se trata, a su vez, de establecer las estructuras cerebrales relacionadas con cada nivel de la teoría de la mente. Estos niveles de complejidad son: reconocimiento facial de emociones, creencias de primer y segundo orden, utilización social del lenguaje, comportamiento social y empatía. Conclusiones. Para finalizar, reflexionamos sobre algunos aspectos teóricos relevantes para el tema como el papel del córtex prefrontal en la teoría de la mente, lo categorial frente a lo dimensional cuando nos referimos a este tipo de conceptos, la modularidad o las redes neurales, la inteligencia emocional y social frente a la inteligencia cognitiva o el papel de la bidireccionalidad en estos procesos cognitivos complejos. [REV NEUROL 2007; 44: 479-89]

Palabras clave. Cognición social. Córtex prefrontal. Creencias de primer y segundo orden. Empatía. Faux pas. Historias de Happé. Inteligencia emocional. Teoría de la mente.



neurologia.com
Revista de Neurología / Formación Online

Evidenze

INICIO

REVISTA ▾

INDISPENSABLES ▾

FORMACIÓN

MÁSTERES ▾

Q ▾

ACCESO

Revisión

¿Qué es la teoría de la mente?

J. Tirapu-Ustárrroz, G. Pérez-Sayes, M. Erekatxo-Bilbao, C. Pelegrín-Valero

[REV NEUROL 2007;44:479-489]

PMID: 17455162

DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.4408.2006295>

OPEN ACCESS

Volumen 44 | Número 08 | Nº de lecturas del artículo 51.919 | Nº de descargas del PDF 8.823 | Fecha de publicación del artículo 16/04/2007



Descarga PDF Castellano

Citación

Buscar en PubMed

Compartir en:

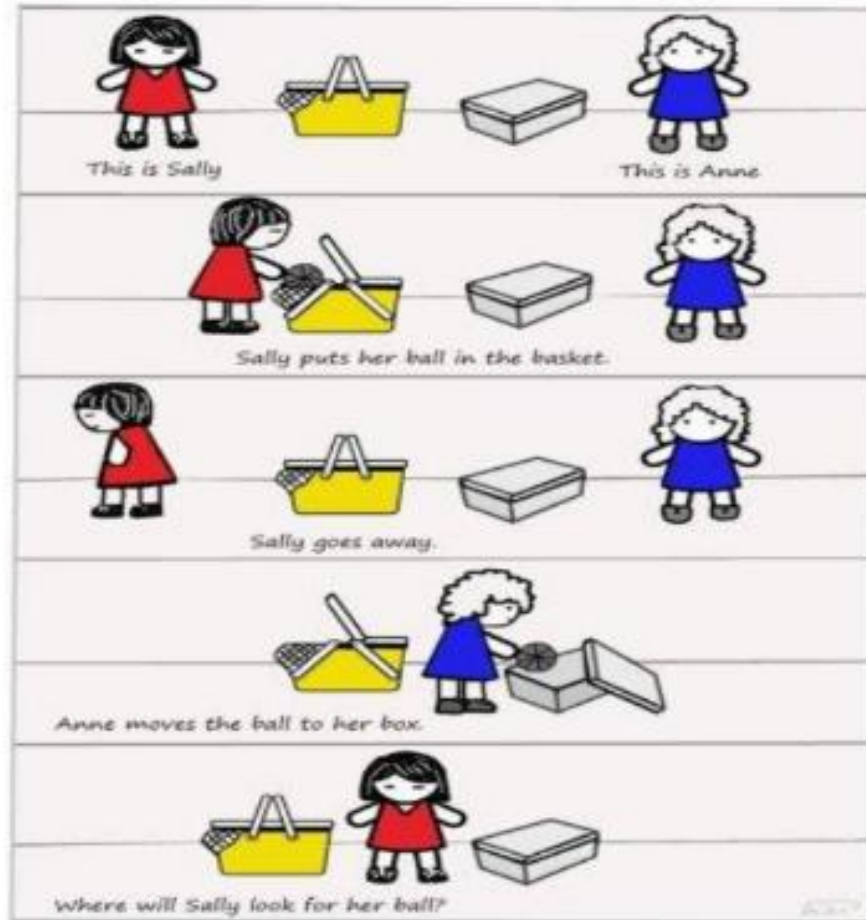


Cuadro 10.1.
Etapas de desarrollo de la teoría de la mente

0-9 meses	Detector de intencionalidad.	El bebé ve ojos, ve caras.
9-14 meses	Detector de dirección ocular.	Ve adónde miran los ojos.
14-18 meses	Atención conjunta.	Puede ver junto con otro un objeto. Puede señalar hacia un lateral algo que quiere mostrar y, hacia el otro lateral, a la persona.
14-24 meses	Imitación.	Imita movimientos en canciones.
	Juego simbólico. Reconocimiento de emociones.	Hace que cocina con un palito, hace que come, que su mano es un avión. Consuela a la muñeca, identifica emociones en otros rostros.
	Reconocimiento de la diferencia entre físico y mental.	Sabe que no se puede tocar la bicicleta con la que soñó.

A la edad de 4 años podemos afirmar que un niño posee habilidades mentalistas, lo cual no quiere decir que antes no las tuviera: existen precursores de estas habilidades.

Sally y Anne. Se aplica para evaluar estados mentalistas.



La historia es la siguiente: Hay dos niñas que se llaman Sally y Anne. Sally tiene una cesta y Anne tiene una caja. Sally coge una pelota y la mete en su cesta. A continuación, sale de la habitación y se va. Mientras está fuera, Anne saca la pelota de la cesta de Sally y la mete en su caja. A continuación, Sally vuelve a la habitación y se le hacen tres preguntas al niño:

1. ¿Dónde buscará Sally su pelota? (La pregunta de la «creencia»)
2. ¿Dónde está realmente la pelota? (La pregunta de la «realidad»)
3. ¿Dónde estaba la pelota al principio? (La pregunta de la «memoria»)

El test de Sally y Anne es una herramienta sencilla para medir estados mentales.

A partir de los 7 años los niños pueden comprender lo que son las
“metidas de patas”

5. Jaime compró a Ramiro un aeroplano para su cumpleaños. Unos meses después, estaban jugando con el, cuando Jaime accidentalmente lo tiró. “No te preocupes” dijo –Ramiro, “Nunca me gustó de todos modos. Alguien me lo regaló para mi cumpleaños”.
- i. En la historia alguien dijo algo que no debiera haber dicho?
 - ii. Que dijo que no debiera haber dicho?
 - iii. Qué le regaló Jaime a Ramiro para su cumpleaños?
 - iv. Recordaba Ramiro que Jaime le había dado el aeroplano para su cumpleaños?

La prueba de lectura de la mente en los ojos de [Simon Baron Cohen](#).

Para cada par de ojos, elegí la palabra que mejor describa lo que la persona está sintiendo o pensando.

1		Jugetón	comfort	irritación	aburrimiento
2		terror	trastorno	arrogancia	molestia
3		Bromista	turbación	deseo	convencimiento
4		Bromista	insistente	divertido	relajado

FUNCIONES EJECUTIVAS

Los componentes de las funciones ejecutivas son:

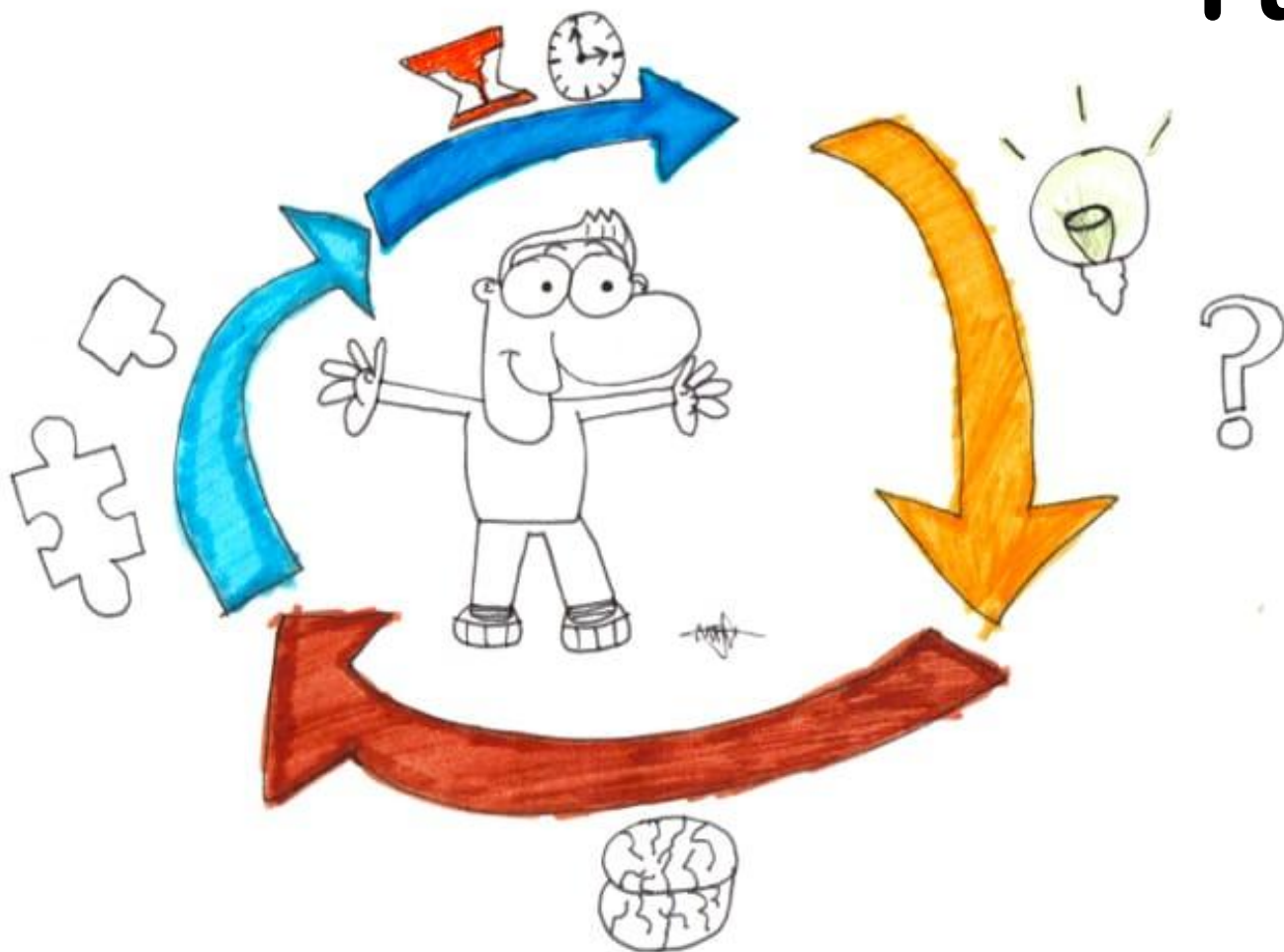


Funciones Ejecutivas



Es un conjunto de procesos cognitivos que permiten la anticipación y el establecimiento de metas, el diseño de planes y programas, el inicio de las actividades y de las operaciones mentales, la autorregulación y la monitorización de tareas, la selección precisa de los comportamientos y de las conductas, la flexibilidad en el trabajo cognitivo y su organización en el tiempo y en el espacio.

Funciones Ejecutivas



Son el uso de acciones dirigidas hacia uno mismo para identificar objetivos y elegir las acciones a realizar, se mantienen durante un tiempo para alcanzar el objetivo.

Conjunto de operaciones mentales que permiten establecer una meta, planificar y organizar las estrategias a seguir, así como evaluar si este proceso que estamos siguiendo es adecuado y hacer las modificaciones oportunas.

TEA

Dificultades con las Funciones Ejecutivas





Autismo y Rigidez Cognitiva



Autismo y Rigidez Cognitiva

ANTICIPACIÓN

¡¡No puedo anticiparme,
entonces mi pensamiento se
vuelve más rígido para
conseguir predictibilidad...y lo
que tú ves, es que yo no hago lo
que esperas!!

- Es la acción de adelantarse a un evento antes de que ocurra.
- Preparar e informar de que va a ocurrir algo que está fuera de la rutina o el paso a paso para lograr un objetivo

Trastorno del Espectro Autista



- Interacción social
- Comunicación social
- Intereses restringidos
- Conductas estereotipados o repetitivos

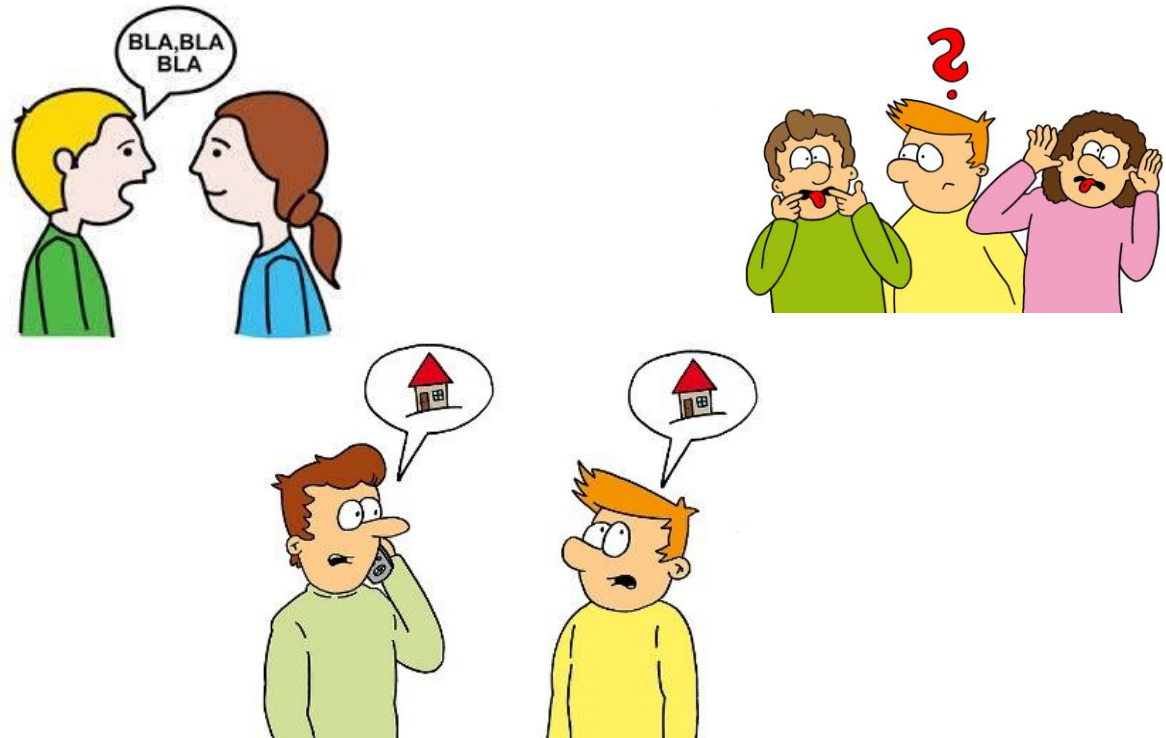
¿Qué es interacción?

(Intención de compartir)



¿Qué es comunicación?

(gestos, llanto, vocalizaciones, palabras, pictograma, escritos)



¿CÓMO ES LA INTERACCIÓN ?

(Cantidad y calidad)

Inicio

Mantención

Finalización

¿CON QUIÉN INTERACTÚA ?

Pares

Adultos

Padres

Adultos Significativos

¿PARA QUÉ INTERACTÚA?

Satisfacer una necesidad

Manifestar agrado o desagrado

Compartir un disfrute

Contar anécdotas

¿DE QUÉ DEPENDE LA INTERACCIÓN ?

Interés

Modulación sensorial

Funcionamiento emocional

Fx comprensivo- cognitivo
(ecolalias)



INTERACCIÓN SOCIAL

Es la base para el desarrollo de las habilidades de comunicación social. La participación y la intencionalidad de compartir.



COMUNICACIÓN SOCIAL

Habilidades verbales y no verbales que se usan **intencionadamente** para participar en las interacciones sociales y comunicarse con los demás



LENGUAJE

Capacidad del ser humano de comunicarse y de representar la realidad mediante signos convencionales



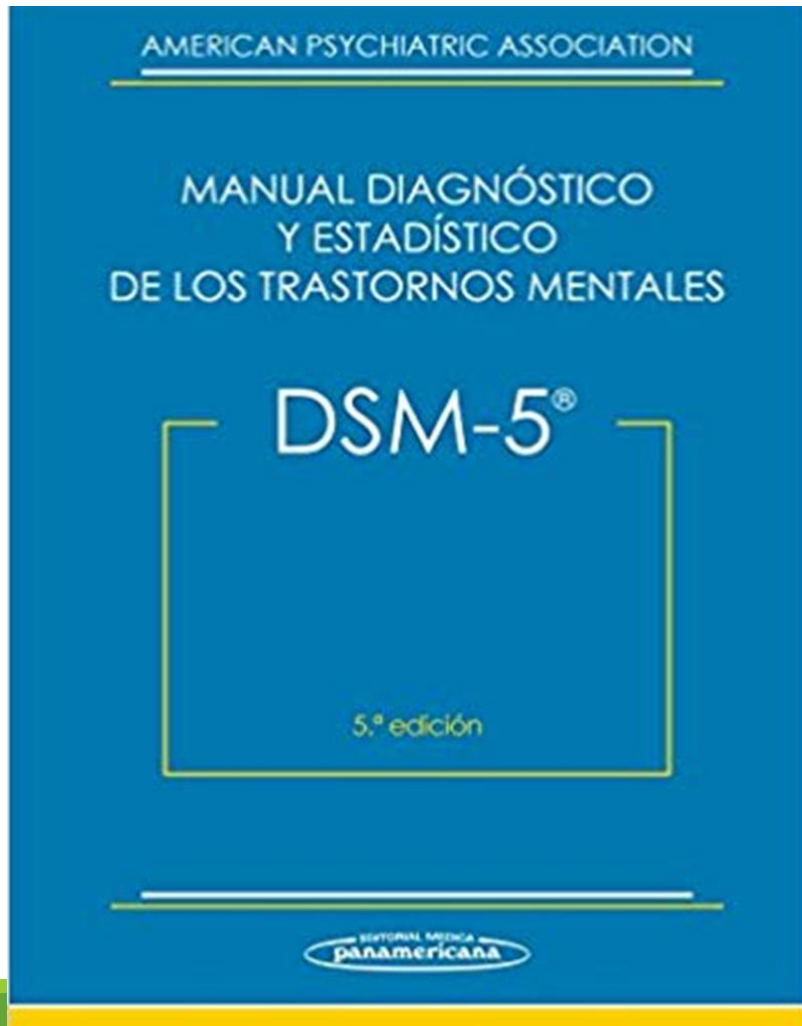
**¿Qué veo en
esta foto?**



¿Por qué es importante
conocer sobre la
comunicación, el lenguaje y el
pensamiento en el autismo?

La explicación más simple de todas: porque somos seres
comunicativamente sociales ...

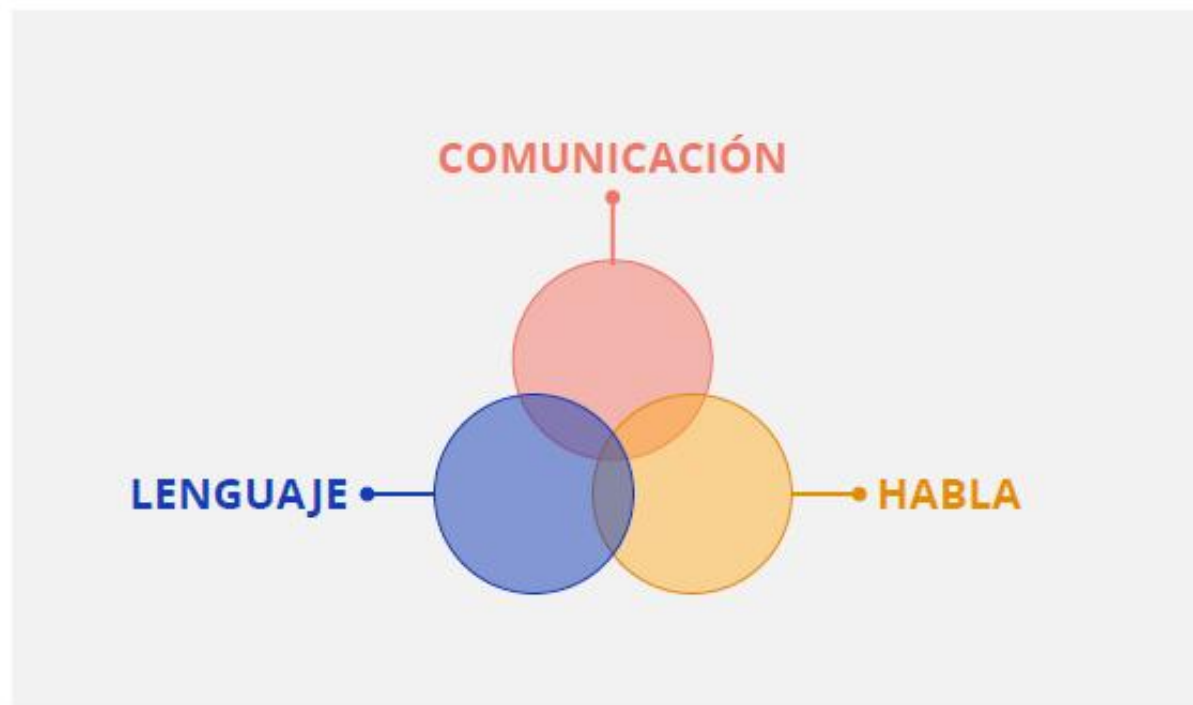
La explicación técnica...



Criterios Diagnósticos DSM-5

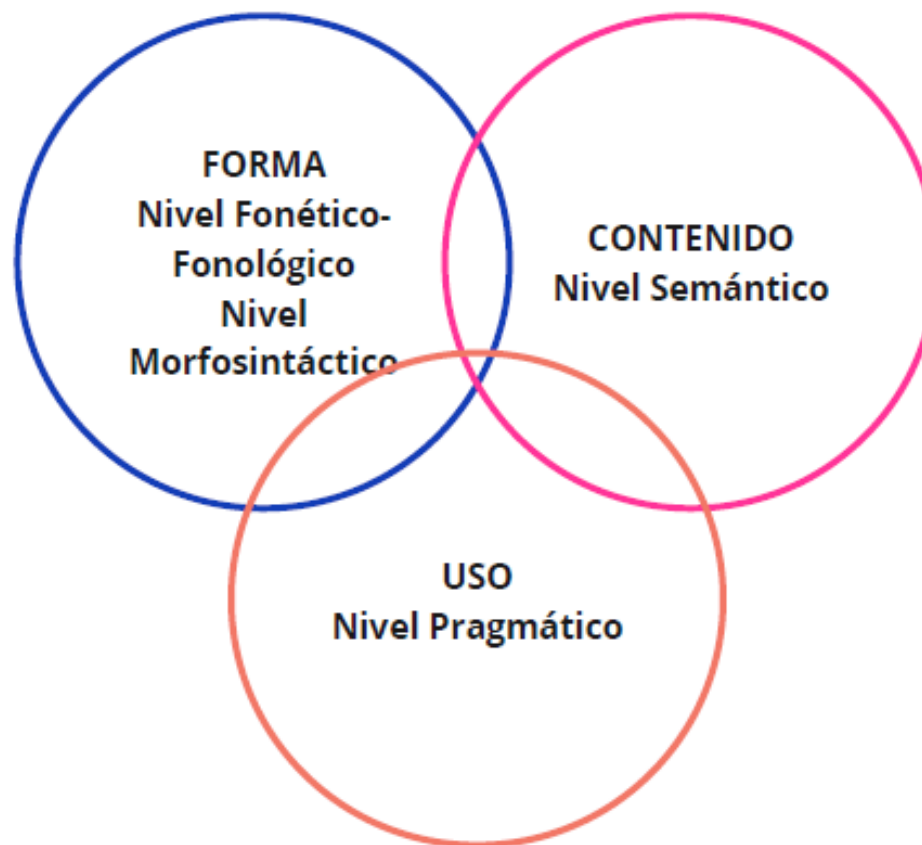
- A. Deficiencias persistentes en la comunicación e interacción social en múltiples contextos manifestados en la actualidad o a través del desarrollo.
- B. Patrones restrictivos y repetitivos del comportamiento, intereses y actividades en la actualidad o en el desarrollo previo.

Aclaremos conceptos...



Aclaremos conceptos...

Dimensiones para el estudio del Lenguaje y la Comunicación



Alteraciones de la comunicación social y lenguaje en el TEA



Alteraciones cuantitativas,
pero principalmente
cualitativas.

Suelen ser precoces y
anteceder otras conductas.

Persistentes en el tiempo,
con intensidad variable.

Evidenciables según el grado
de presión social.

Variabilidad inter a
intraindividual.

Alteraciones en la comunicación social en TEA

Son parte de la
sintomatología
presente en niños,
niñas y adolescentes
con Trastorno del
Espectro Autista.



Requieren un
abordaje integral
desde la perspectiva
terapéutica.

FORMAS DE COMUNICACIÓN MÁS Y MENOS EXPLÍCITAS

Formas de comunicación más comunes, de más explícitas y convencionales a menos explícitas y convencionales:

- **Lenguaje oral**
- **Lenguaje escrito**
- **Imágenes / pictogramas (tanto digital como físico, tableros, cuadernos de comunicación visual, etc.)**
- **Lenguaje de signos**
- **Gestos convencionales**
- **Ecolalia**
- **Expresiones faciales**
- **Proximidad física**
- **Gestos idiosincrásicos (por ejemplo, pasar la mano por el pelo, para indicar que se ha cortado el pelo; golpear con la mano la mesa para indicar que quiere más o continuar una actividad, beber más, etc.)**
- **Instrumentalización**
- **Autolesiones - Agresiones**

Uso de medios comunicativos



¿Qué quiere comunicar el niño con estas conductas?

Lenguaje en personas autistas



No existe ningún síntoma lingüístico específico que sea patognomónico y exclusivo del Autismo (Belinchón, M. y Riviere, A. 1981).



Comparten alteraciones y déficit similares al Trastorno del Desarrollo del Lenguaje, especialmente en los trastornos mixtos.



“Competencia Lingüística”: es un buen predictor pronóstico.



Regresión del lenguaje

Pérdida de lenguaje comunicativo adquirido y consolidado.

Puede ocurrir a cualquier edad, pero es más frecuente entre los 12 y 24 meses.

Presente en el 20-40% de los pacientes

Mayor probabilidad de epilepsia, discapacidad intelectual y alteraciones motoras.

Maffei, MF, Chenausky, KV, Gill, SV, Tager-Flusberg, H. y Green, JR (2023). Habilidades oromotoras en el espectro autista: una revisión de alcance. *Investigación del autismo*, 1–39. <https://doi.org/10.1002/aur.2923>



ARTÍCULO DE REVISIÓN | Acceso Abierto | CC BY-NC-ND

Habilidades oromotoras en el trastorno del espectro autista: una revisión de alcance

Marc F. Maffei, Karen V Chenausky, Simone V. Gill, Helen Tager-Flusberg, Jordan R Verde

Publicado por primera vez: 03 abril 2023 | <https://doi.org/10.1002/aur.2923>

SECCIONES

PDF HERRAMIENTAS COMPARTIR

Abstracto

- El trastorno del espectro autista (TEA) es una discapacidad del desarrollo definida por déficits persistentes en la comunicación e interacción social y por patrones restringidos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades (American Psychiatric Association, 2013).
- Si bien estos síntomas centrales a menudo se manifiestan como movimientos estereotipados o repetitivos, **las deficiencias motoras en sí mismas no se consideran un marcador de diagnóstico de TEA.**
- No obstante, la presencia de anomalías motoras entre los niños autistas está bien establecida, incluso en la infancia (West, 2019), y algunos han argumentado que **las deficiencias motoras constituyen una característica central de los TEA** (Fournier et al., 2010; Hilton et al., 2012).

Advertisement

WILEY **Ibrain**

Special Issue: Basic and Clinical Research of Injectable Materials in Central Nervous System Injuries

Deadline: June 30, 2023



Vista temprana

Versión en línea del registro antes de la inclusión en un número

Advertisement



Maffei, MF, Chenausky, KV, Gill, SV, Tager-Flusberg, H. y Green, JR (2023). Habilidades oromotoras en el espectro autista trastorno: Una revisión de alcance. Investigación del autismo, 1–39. <https://doi.org/10.1002/aur.2923MAFFEIYAL.39>



- Se informa que las estimaciones de prevalencia de la **discapacidad motora en los TEA alcanzan el 35%-100%** (D. Green et al., 2002 ; Licari et al., 2020), y estas deficiencias parecen estar significativamente **infra diagnosticadas** (Licari et al., 2020).
- Los déficits informados afectan tanto **las habilidades motoras gruesas como finas** e incluyen hipotonía, inestabilidad postural y deficiencias relacionadas con el equilibrio, la marcha, el control de objetos, la destreza manual, los movimientos repetitivos de manos y pies, el agarre de precisión y la escritura.
- Desde una perspectiva de **control motor**, hay evidencia que sugiere que estos déficits resultan de dificultades con la planificación motora, ejecución motora, y la integración de la información sensorial (Cascio et al., 2012).
- Existe un interés creciente en comprender el funcionamiento motor entre las personas autistas, ya que las deficiencias motoras están asociadas con el coeficiente intelectual a gran escala, el funcionamiento ejecutivo y desarrollo comunicativo en esta población.

Maffei, MF, Chenausky, KV, Gill, SV, Tager-Flusberg, H. y Green, JR (2023). Habilidades oromotoras en el espectro autista trastorno: Una revisión de alcance. Investigación del autismo, 1–39. <https://doi.org/10.1002/aur.2923> MAFFEI Y AL. 39



- **El funcionamiento oromotor juega un papel fundamental en la comunicación oral y la alimentación, dos áreas de gran dificultad para muchas personas autistas.**
- La importancia funcional de las habilidades oromotoras es proporcionar una base para comportamientos que incluyen succionar, masticar, vocalizar, balbucear y hablar.
- La gran mayoría **(81 %)** de los estudios incluidos **informa una anomalía oromotora significativa relacionada con la producción del habla.**

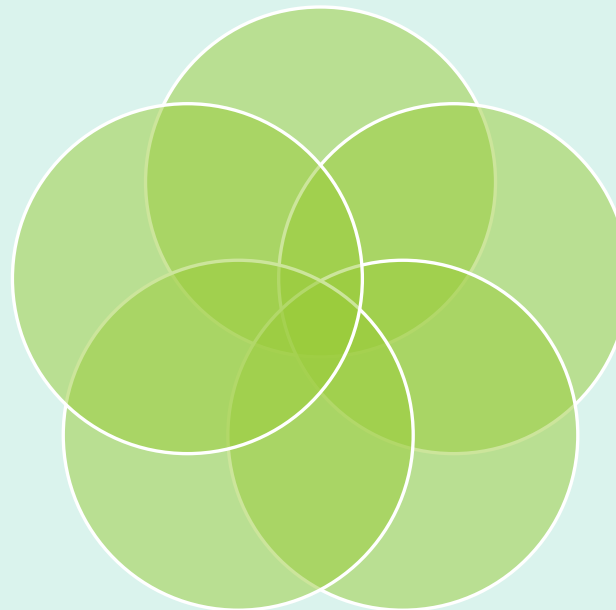
Persona Autista
que NO HABLA

Interacción y
comunicación
social muy
comprometidas

Trastorno del
lenguaje

Déficit
cognitivo

Trastorno de
habla
(compromiso
oromotor)



**Condiciones necesarias
para desarrollar
adecuadamente el
lenguaje**

- Buen nivel de audición y de discriminación auditiva.
- Adecuados mecanismos de conexión y comunicación con el mundo
- Correcto desempeño en habilidades cognitivas asociadas al lenguaje: atención, memoria, etc.
- Habilidades para coordinar los músculos de la boca.

Comunicación social, desarrollo lingüístico y su relación con el pensamiento...

Lenguaje concreto y literal.

Dificultades en el diálogo recíproco.

Dificultades en la abstracción y teoría de la mente.

Monotonía argumental.

Percepción de dobles intenciones, humor y metáforas.

Dificultad en respetar turnos.

A young boy with short brown hair is looking upwards and to the right with a thoughtful expression. A hand is gently resting on his head. He is wearing a striped shirt. The background is a soft, out-of-focus light color.

Todas las personas con autismo tienen el derecho a poderse comunicar, y los que no desarrollen lenguaje hay que ofrecerles otros sistemas alternativos para que se comuniquen.

Conductas estereotipadas y repetitivas

Estereotipias:

Conductas **motoras o verbales** repetitivas, “sin un propósito aparente”, estas conductas motoras repetitivas pueden incluir manipular algún objeto como búsqueda sensorial, movimientos de balanceo, etc.

Rituales:

Rutinas inflexibles de comportamiento, que consisten en repetir secuencias de pasos de forma rígida, que van desde colocar objetos siempre en la misma ubicación, interactuar socialmente siguiendo el mismo guion y que generan dificultad al momento de ser cambiadas o interrumpidas.



Intereses Restringidos:

Se refiere a comportamientos intensos orientados a temas “inusuales”, esto se refleja en actos como hablar, conocer “ser expertos”, querer tener objetos sobre temas específicos (dinosaurios),

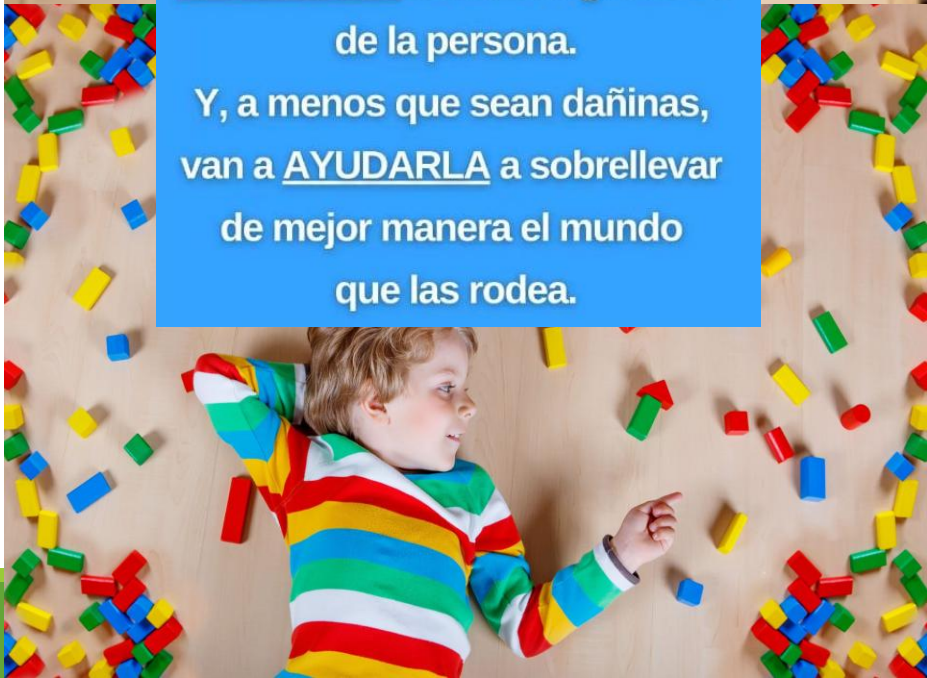
Intereses sensoriales inusuales: sentirse emocionalmente vinculado con objetos y quedarse quietos o inspeccionar por mucho tiempo algunos objetos (intereses sensoriales).

Intereses profundos
Intereses especiales

Estereotipias:



No debemos pensar las estereotipias como un "síntoma" del autismo, sino como una NECESIDAD de autorregulación de la persona.



Y, a menos que sean dañinas, van a AYUDARLA a sobrellevar de mejor manera el mundo que las rodea.

Estereotipias:

¿Cuáles son los motivos por los que surgen las estereotipias y para qué sirven?

1 - Sobreestimulación (exceso de estímulos):

La persona considera que los estímulos sensoriales son excesivos o que sobrepasan un determinado umbral de tolerancia (ruidos, cantidad de personas, luces, etc). De este modo, los movimientos estereotipados, ayudan a regularse, encontrando el equilibrio para no llegar al punto de saturación.



Estereotipias:

2 - Hipoestimulación (falta de estímulos):

En este caso, al contrario del anterior, las estereotipias ayudan a la persona a regular u obtener la respuesta sensorial que busca.



3 - Sobreexigencia:

Cuando se demanda a la persona la realización de actividades que van más allá de sus capacidades o de su disponibilidad actual, las estereotipias aparecen como respuesta en busca del equilibrio compensador.



Estereotipias:

4 - Dolor :

Las estereotipias aparecen en este aspecto para lograr un equilibrio interno y así intentar regular el dolor.

Producen betaendorfinas que ocasionan sensaciones placenteras y de anestesia.



5 - Emociones intensas:

También pueden aparecer ante una emoción intensa (positiva o negativa) o una situación que provoque excitación.

Por ejemplo, algunas personas dan saltitos mientras aletean.



TEMAS DE INTERÉS

(EN LUGAR DE INTERESES
RESTRINGIDOS)

Las personas con
autismo tienen
gustos muy
específicos y
definidos por ciertas
cosas o temas.



Todos distintos,
variados y pueden ir
cambiando con el
tiempo.

Pueden ser expertos
en el tema y
aprovecharlo para
su desarrollo social
o profesional



f EnelEspectro

**Por eso es muy importante saber encaminar los temas
de interés y percibirlos como un aspecto positivo.**

Por muy restringidos que sean, los
intereses y actividades son la mayor
motivación en autismo.

Reconocerlos, aceptarlos e incorporarlos
en el día a día es la mejor manera
de darle sentido a su mundo
(y, en gran medida, al nuestro).

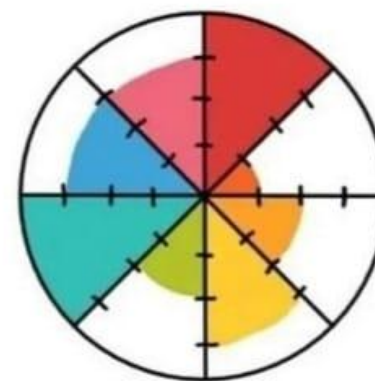
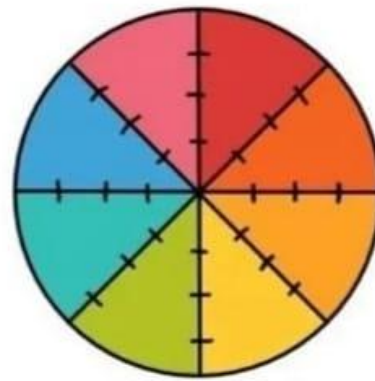
@ramiomitrepsi

Trastorno del ESPECTRO autista

El autismo no es lineal



El autismo se ve así



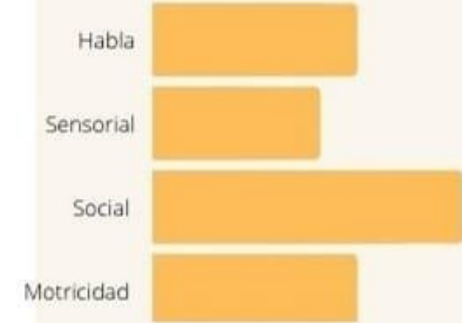
- Diferencias sociales
- Intereses
- Diferencias sensoriales
- Regulación emocional
- Funciones ejecutivas
- Percepción
- Otro

Trastorno del ESPECTRO autista

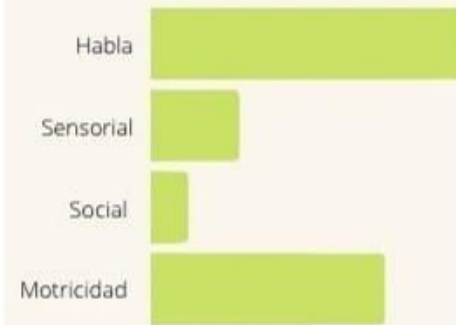
María



José



Diego



No todos los niños con TEA tienen las mismas características, debido a la HETEROGENEIDAD dentro del espectro.



Importante observar necesidades y fortalezas individuales de cada niño para lograr una intervención adecuada.

Manifestaciones Clínicas



"Ni una flor hace ramo,
ni una golondrina hace
verano."

- ✓ Contacto ocular
- ✓ Expresiones faciales
- ✓ Postura corporal
- ✓ Sonrisa social
- ✓ Uso de gestos
- ✓ Atención al nombre
- ✓ Juego imaginativo
- ✓ Compartir un goce
- ✓ Ecolalias
- ✓ Lenguaje “más formal” de lo habitual
- ✓ Esfuerzos para mantener la relación.



- ✓ Atención conjunta
- ✓ Acción conjunta
- ✓ Peticiones sociales
- ✓ Narración de sucesos
- ✓ Calidad general de la relación

- ✓ Pensamiento rígido, flexibilidad (necesidad de anticipación)
- ✓ Respeto de turnos y manejo de tópicos
- ✓ Iniciaciones sociales
- ✓ Respuestas sociales
- ✓ Comprensión del lenguaje figurado
- ✓ Dificultades para relacionarse con pares
- ✓ Interés sensorial inusual en materiales
- ✓ Preocupación persistente por partes de objetos.

ANEXOS

ANEXO 1

Tabla Listado de señales de alerta temprana del Trastorno del Espectro Autista en niños y niñas
menores de 24 meses.

SEÑALES	EDAD: 12 MESES
1.	Preocupación de los padres por déficit en habilidades sociales.
2.	Falta de respuesta al nombre cuando es llamado.
3.	Falta de contacto ocular.
4.	Ausencia de vocalizaciones con fines comunicativos.
5.	Aumento de comportamiento repetitivo y uso atípico de objetos durante la exploración.
6.	Pérdida de lenguaje o habilidades sociales.
SEÑALES	EDAD: 18 MESES
7.	No apunta con el dedo.
8.	Baja respuesta al refuerzo social.
9.	No busca captar la atención de otro sobre un objeto o una situación de su interés (atención conjunta).
SEÑALES	EDAD: 24 MESES
10.	Ausencia de juegos simbólicos.
11.	Falta de interés en otros niños y hermanos.
12.	No repite gestos o acciones de otros.
Las señales de cada edad incluyen las de edades anteriores.	

Fuente: elaborada por la mesa de Trastornos del Espectro Autista del Ministerio de Salud, a partir de revisión de evidencia y
validación de expertos a través de metodología DELPHI, 2018.

Tabla Listado de Señales de alerta Temprana de TEA en niños y niñas
de 30 a 59 meses.

COMPORTAMIENTOS DE INTERACCIÓN/COMUNICACIÓN SOCIAL	
A. Comunicación verbal	
•	Ausencia de lenguaje verbal o retraso en el lenguaje (en balbuceos o palabras, por ejemplo, menos de diez palabras a la edad de 2 años).
•	Pérdida del lenguaje o habilidades sociales adquiridas previamente.
•	No responde a su nombre
•	Ecolalia: repite sonidos o frases.
•	Da respuestas no atingentes a las preguntas que se le hacen
B. Comunicación no verbal	
•	Ausencia o uso disminuido de gestos: saludo, negar, gestos para pedir.
•	Instrumentalización del adulto: utiliza la mano del adulto como si fuera su propia mano
•	Contacto visual disminuido o ausente
C. Interacción Social	
•	Tendencia a aislarse, “muy independiente”, no se integra al juego con los pares, tienden a jugar solo.
•	No indica para pedir o para mostrar / No muestra objetos para compartir interés / No se orienta visualmente hacia lo que se le señala.
•	Sonrisa social ausente o disminuida
INTERESES INUSUALES/RESTRINGIDOS Y/O COMPORTAMIENTOS RÍGIDOS Y REPETITIVOS	
•	Imaginación y variedad reducida o ausente en los juegos de imaginación con juguetes y objetos. Tiene juego repetitivo o estereotipado: clasificar y ordenar los juguetes.
•	Movimientos 'estereotipados' repetitivos como aleteo de manos, balanceo, correr de ida y vuelta y saltar.
•	Intereses demasiado restringidos o inusuales para la edad y contexto social.
•	Respuesta inusual e intensa a sonidos cotidianos, olores, sabores de la comida, textura de la ropa, etc.
Considere además las señales de alerta de la pauta de niños y niñas menores de 24 meses	

Fuente: Elaborada por Mesa de Trastornos del Espectro Autista del MINSAL, a partir de revisión de evidencia y validación de expertos a través de Metodología Delphi, 2023.

PROTOCOLO
PARA EL ABORDAJE INTEGRAL EN SALUD DE PERSONAS
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA, LINEAMIENTOS E
MARCO DE LA LEY 21.545
División de Prevención y Control de Enfermedades
División de Gestión de la Red Asistencial
División de Atención Primaria

Ministerio de Salud
2024



JEFATU
DIPREC

Alteración del lenguaje verbal

RETRASO DE LENGUAJE

Motivo más frecuente de consulta por parte de los padres.



Niños con TEA con retraso significativo del lenguaje verbal

No desarrollan conductas compensatorias con gestos ni presentan otro tipo de estrategia para comunicar sus deseos o intenciones.



Hay más compromiso del lenguaje comprensivo que del lenguaje expresivo.

Señales precoces entre 0-6 meses de edad

No son
específicas
de TEA

- Dificultades sutiles del desarrollo.
- Pueden tener temperamentos pasivos.
- No intentan atraer la atención del adulto y no exploran los juguetes.
- Déficit en la mirada sostenida hacia los padres. Períodos cortos de intercambio de la mirada.
- Se observa un atención atípica a los estímulos externos.
- Alteración del desarrollo motor.



Señales precoces entre 6-12 meses de edad

- Ausencia o déficit de la sonrisa social (no siempre responde a la sonrisa del cuidador).

- Déficit del intercambio de la mirada con el otro, del contacto visual.

- Déficit o ausencia de la atención conjunta:
 - No sigue la mirada de los padres hacia un objetivo común, comparte interés.
 - **10-12 meses:** no sigue un objetivo apuntado por los padres, ¡MIRA!
 - **12-14 meses:** no apunta o señala.

- Poca iniciación en la interacción con otros.

- Alteración cualitativa, imitación y gestos.

- Duración breve de participación social.

- Posturas infrecuentes del cuerpo.

- Fijación del interés de la mirada en las partes de objeto y en los objetos en movimiento.

Banderas amarillas - 12 a 24 meses



- No responde a su nombre.

- Conducta pasiva, no pide, no comparte objetos.

- Menos gestos imitativos.

- **Retraso de lenguaje:**

- Ausencia de palabras a los 18 meses de edad, sin lenguaje verbal o sin intención comunicativa (ecolalia).

- No sintoniza con las señales de interés y de disfrute de los otros.

- No se interesa por los otros niños.

- No reconoce los gestos del otro, ni la mirada o lo que le interesa al otro.

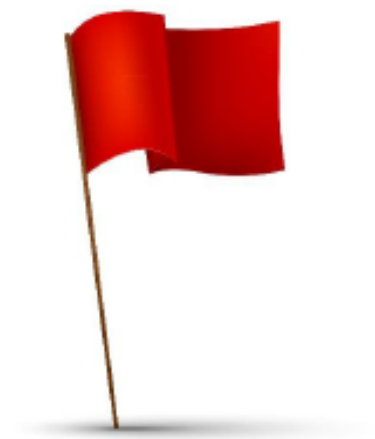
- Interés por las partes no funcionales de los objetos.

- Conducta repetitiva.

- Ausencia del juego "como si" o de imaginación

Banderas rojas – 24 a 36 meses de edad

Alteración de la comunicación social



- Baja respuesta o reciprocidad social.

- No responde a su nombre.

- No responde a la sonrisa del otro.

- Déficit de la atención conjunta.

- No muestra los objetos de interés a las otras personas.

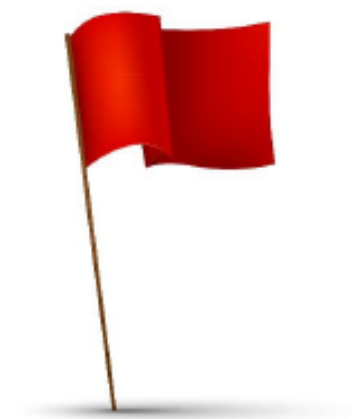
- Imitación poco frecuente del juego.

- Retraso del lenguaje.

- No señala con el dedo índice.

Banderas rojas – 24 a 36 meses de edad

Alteración de la conducta



- Juego repetitivo.

- Movimientos de manos o cuerpo repetitivos, estereotipados.

- Intereses restringido y estereotipados.

- Pobre regulación de emociones negativas.

- No juega con una variedad de juguetes.

- Instrumentalización del adulto.

- Ausencia del juego simbólico.

- No comparte objetos: juguetes, comida etc.

ATENCIÓN CONJUNTA

Es la habilidad de compartir de manera conjunta un enfoque de interés para ambos.

Es vital para el desarrollo cognitivo, social, emocional y lingüístico.

El intercambio de la mirada y seguimiento hacia el objeto de interés implica:
Comunicación, comprensión del punto de interés, identificación del otro.

Surge a partir de los 6 meses.





Esta imitando al abuelo y no le
llegan las manitas para juntarlas 🥺

¿Cuándo comienzan?

Al rededor de los 6 a 9 meses
empiezan a imitar de manera
más consciente y frecuente
gestos, expresiones y
acciones. Esta capacidad de
de imitación se desarrolla
rápidamente a medida que
crecen, siendo una
herramienta clave para el
aprendizaje y desarrollo social.

Características Clínicas en la Primera Infancia



Tienen tendencia a observar e imitar menos a los niños y a otras personas, lo que interfiere en el aprendizaje, en el desarrollo y en el juego



Muestran menos interés en buscar a sus pares y jugar con ellos.



Muestran menos interés en compartir con los otros niños. Les cuesta, por ejemplo, compartir los juguetes y la comida. También responden menos a las iniciaciones sociales dirigidas a ellos.



Prestan menos atención al otro, a su conducta, lo que trae dificultad para seguir instrucciones.



Responde menos a la voz humana; lo que trae dificultad para seguir instrucciones.



Presentan respuestas atípicas a varios tipos de información sensorial, lo que también afectará su comportamiento.

Características Clínicas en la Primera Infancia



Uso de frases o palabras idiosincráticas, existencias de ecolalia inmediata o diferida, entre otros.



Entonación inusual de la voz, alteración del volumen y/o de la velocidad del habla.



Poca conversación recíproca: tendencias a seguir sus temas de interés.



Existen rituales en las rutinas diarias, para las comidas, para acostarse, para ir al baño.



Insistencia en rituales no funcionales.



Presentan cambios emocionales frente a cambios menores del entorno o de la rutina.



El “juego” puede implicar alinear objetos repetidamente.



Ausencia o poca creatividad en el juego de imaginación o del juego “como si”.



Manifiestan conductas idiosincráticas, involucrando fijaciones o apegos intensos- extraños a objetos y juguetes.



Mostrar estereotipias motoras (gestos extraños de manos y dedos) o estereotipias visuales.

Características Clínicas en la Primera Infancia



Fijación por un solo tipo de juguete.



Tendencia a hablar del mismo tema, no se adapta al juego o la conversación del otro.



Habilidades sobresalientes:
Viso-espaciales, lectura, cálculo, memoria, dibujo.



Interés particular por objetos en movimiento: ruedas, ventiladores.



Intereses inusuales por determinados objetos: colecciones de objetos pequeños.



Respuesta a los estímulos sensoriales interfieren en el comportamiento del niño.



Hiperreactividad a los estímulos puede comprometer la vida social.

Dificultades y alteraciones vinculadas con TEA

Presentes de temprana edad. A partir de 36 meses de edad, el diagnóstico es más preciso.

Padres de niños en etapa preescolar consultan especialista por dificultades del desarrollo

Por ejemplo: retraso del lenguaje





Ingreso al jardín y al proceso de socialización

Permite identificar las dificultades en la relación con los pares.

Identificar los indicadores de TEA en edad preescolar

Es importante para la intervención precoz.

Evidencia permite observar indicadores TEA en un niño en etapa preescolar, y diferenciarlos de conductas de un niño neurotípico.

Dificultad en la comunicación social

1

Tienen tendencia a observar e imitar menos a los niños y a otras personas, lo que interfiere en el aprendizaje, en el desarrollo y en el juego.

2

Muestran menos interés en buscar a sus pares y jugar con ellos.

3

Muestran menos interés en compartir con los otros niños. Les cuesta, por ejemplo, compartir los juguetes y la comida. También responden menos a las iniciaciones sociales dirigidas a ellos.



Dificultad en la interacción social



4

Prestan menos atención al otro, a su conducta lo que trae dificultad para seguir instrucciones.

5

Responden menos a la voz humana; lo que trae dificultad para seguir instrucciones,

6

Presentan respuestas atípicas a varios tipos de información sensorial, lo que también afectará su comportamiento.

Patrones alterados en el lenguaje verbal en niños con TEA



Uso de frases o palabras idiosincráticas, existencia de ecolalia inmediata o diferida, entre otros.



Entonación inusual de la voz, alteración del volumen y/o de la velocidad del habla.



Poca conversación recíproca: tendencia a seguir sus temas de interés.

Tager-Flusberg y Kasari, 2013.

Conductas repetitivas en rutinas



Existen rituales en las rutinas diarias.

Para las comidas, para acostarse, para ir al baño.

- Insistencia en rituales no funcionales.
- Presentan desregulación emocional frente a cambios menores del entorno o de la rutina.

Conductas repetitivas en juegos

Juego funcional y repetitivo con los objetos.

- El “juego” puede implicar alinear objetos repetidamente.
- Ausencia o poca creatividad en el juego de imaginación o del juego “como si”.
- Manifiestan conductas idiosincráticas, involucrando fijaciones o apegos intensos -extraños a objetos y juguetes.
- Mostrar estereotipias motoras (gestos extraños de manos y dedos) o estereotipias visuales.



Intereses restringidos



Manifiestan uno o dos temas de interés Llamam la atención por lo inusual para la edad, por la intensidad y por lo reiterativo.



Fijación por un solo tipo de juguete.



Tendencia a hablar del mismo tema, no se adaptan al juego o a la conversación del otro.



Habilidades sobresalientes: viso-espaciales, lectura, cálculo, memoria, dibujo.



Interés particular por objetos en movimiento: ruedas, ventiladores.



Intereses inusuales por determinados objetos: colecciones de objetos pequeños.

Problemas en respuestas sensoriales



RESPUESTA SENSORIAL TÁCTIL

Reacciones de rechazo
a determinados tipos
de vestimenta
(color, textura).



RESPUESTA SENSORIAL GUSTATIVA

Selectividad de los
alimentos por sus
características
(textura, color, sabor).



RESPUESTA SENSORIAL OLFATORIA

Conducta de oler los
objetos, reacciones de
repulsión ante
determinados olores.



RESPUESTA SENSORIAL AUDITIVA

Intolerancia a
determinados sonidos
o ruidos.

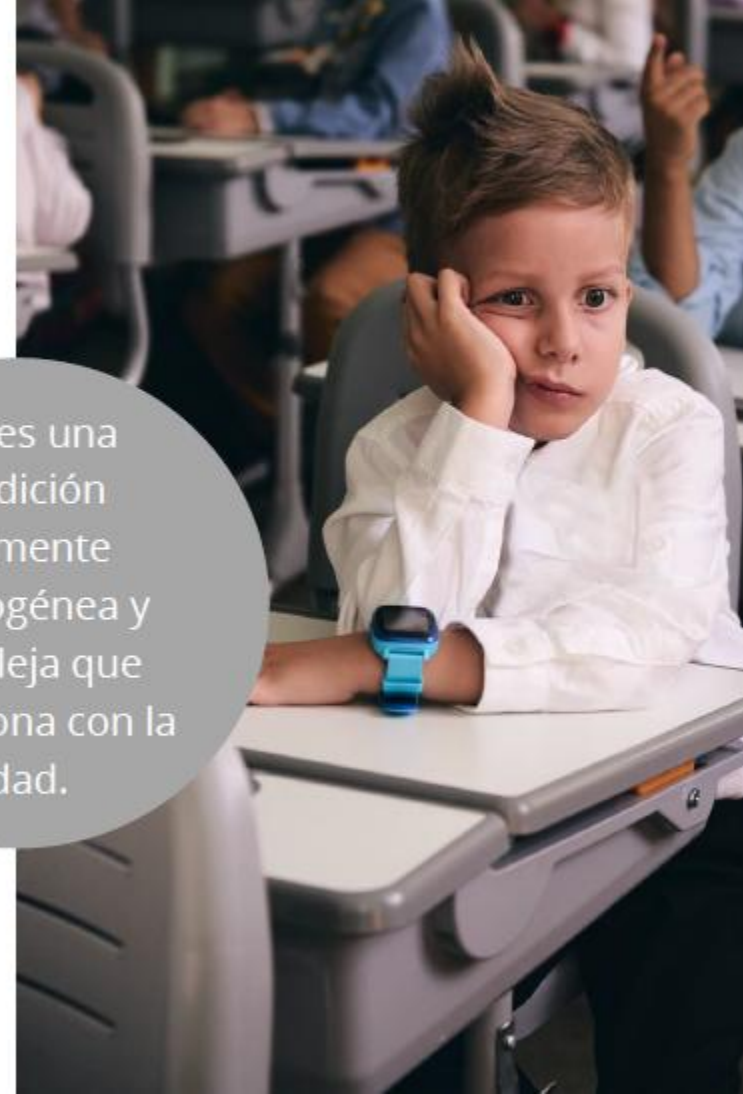
Etapa escolar desde los 6 a 11 años

Cambio a nivel de desarrollo físico, cognitivo, socioemocional.

Etapa del ciclo vital con grandes desafíos a nivel social (escolaridad).

Cuadro clínico se encuentra instalado y se manifiesta plenamente.

TEA es una condición altamente heterogénea y compleja que evoluciona con la edad.



Desarrollo cognitivo

- Desarrollo del pensamiento lógico - concreto.
- Separación de realidad y fantasía.
- Predominio del pensamiento realista y objetivo.



Desarrollo socio-emocional

- Etapa de cooperación en el grupo familiar y social.
- Toma perspectiva.
- Empatía afectiva.
- Regulación de emociones e impulsos relacionada con el contexto social.
- Control de la expresión emocional.

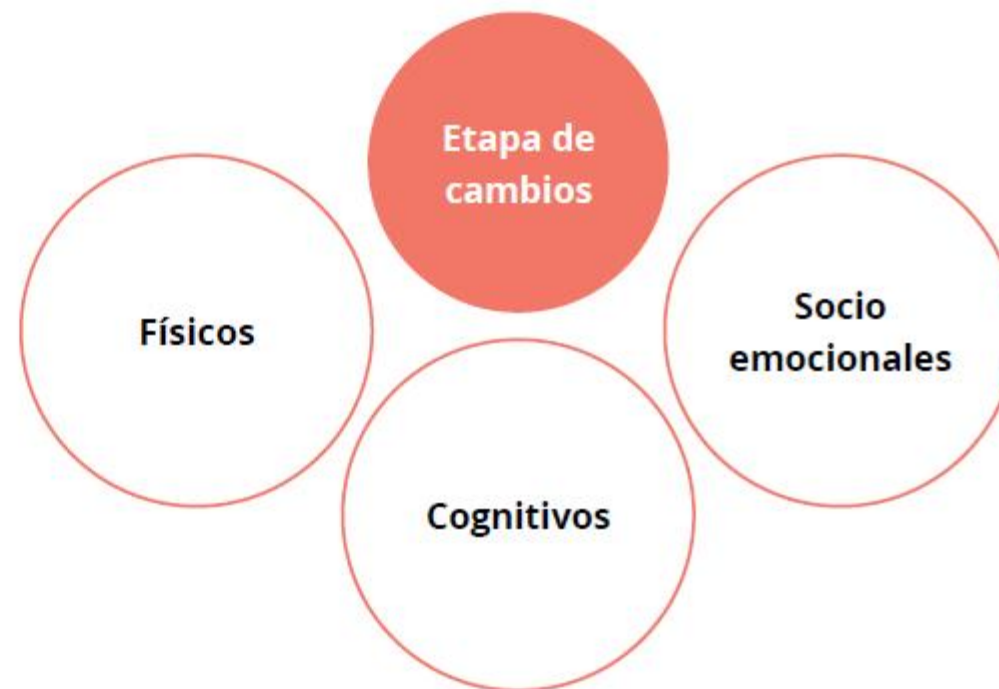


Desarrollo moral

- Incorporación de valores como respeto, responsabilidad y justicia.
- Aceptación de normas y reglas por el bien del grupo.
- Organización social.



¿Qué se puede concluir?



Permiten adaptarse a los nuevos desafíos.

Características clínicas en etapa escolar (1)

Comunicación e interacción social



Falta de reciprocidad socio-emocional y de respuesta a las emociones de los demás: tendencia al aislamiento, evitar el contacto visual con el otro.



Conducta inapropiada en la calidad afectiva o contextual de las interacciones, dificultades para tomar la iniciativa en las relaciones sociales.



Pobre modulación afectiva, con poca variedad en las expresiones faciales.



Pobre nivel de intuición, dificultad para entender los códigos sociales, falta de adaptación espontánea a situaciones nuevas.

Características clínicas en etapa escolar (2)

Comunicación e interacción social



Dificultad para comprender las metáforas, los chistes y los conceptos abstractos del lenguaje verbal y escrito.



Actividad errática. En ocasiones, parecen ser niños independientes, que no piden ayuda, van y se acercan a lo que quieren.



Retraso en la adquisición de habilidades motoras.

Características clínicas en etapa escolar (3)

Patrones de conducta, intereses y actividades restrictivas y repetitivas



Estereotipias motoras de manos del tipo aleteo, saltos repetidos, ecopraxias y manierismos (balanceo).



Preocupación por elementos no funcionales de los objetos, fascinación por objetos giratorios, por ejemplo: dar vuelta a las ruedas de los autitos de juguetes de manera compulsiva.



Rutinario, resistencias a los cambios, a las transiciones de una actividad a otra.



Peculiaridades del juego. Ausencia del juego "como si", o sea, del juego simbólico; juego estereotipado y reiterativo.

Adaptado de Perret, Manual de Pediatría 2ª Edición 2020, Escuela de Medicina P. Universidad Católica de Chile.

Características clínicas en etapa escolar (4)

Patrones de conducta, intereses y actividades restrictivas y repetitivas



Habilidades a veces sobresalientes, como en la capacidad de memoria.



Zona restringida de interés, lo que conlleva a tener un tema único de conversación.



Respuestas anormales a estímulos sensoriales

Adaptado de Perret, Manual de Pediatría 2ª Edición 2020, Escuela de Medicina P. Universidad Católica de Chile.

Edad adolescente y autismo

- ✓ Exigencia escolar, social y familiar.
- ✓ Desarrollo de la autonomía, afectividad, sexualidad.
- ✓ Victimizaciones.
- ✓ Malestar emocional y salud mental.
- ✓ Dependencia de la tecnología.
- ✓ Dificultades de autoestima e identidad.
- ✓ Cambios corporales y escolares.



Estereotipos sobre la afectividad-sexualidad de las personas con autismo



Mito: no tienen deseos ni interés sexual.

No pueden desarrollar emociones afectivas íntimas o recíprocas.

No necesitan información sexual, no la van a entender.

Prohibir todo acto sexual en ellos.
Ej.: masturbación.

Son heterosexuales.

Estereotipos sobre la afectividad-sexualidad de las personas con autismo

Sexualidad son relaciones sexuales.

Sexualidad siempre con connotación negativa.

Son como niños, comunicarán sus experiencias y deseos sexuales a los padres.

Son inocentes, no ven pornografía, no tienen fantasías sexuales, no piensan en sexo.

Tabú: vida en pareja, matrimonio, maternidad-paternidad, otros.



La sexualidad de personas autistas

69,7%

Personas con autismo se describen como
No - Heterosexuales



Adolescentes reciben poca información sexual de los padres y amigos.

Incremento de la diversidad sexual en el autismo.

Fenotipo amplio autismo tienen menos relaciones afectivas y más relaciones homo-bisexuales.

(George and Stokes, 2019).

Cognición social en el autismo

Alteraciones en la percepción
Hipo sensorialidad.

Alteraciones en la empatía
Reconocimiento emocional en otras personas.

Alteraciones del reconocimiento y expresión emocional.

Alteración en el reconocimiento de sus propios pensamientos y reconocimiento de los pensamientos en las otras personas (empatía cognitiva).



Cognición social en el autismo



Procesamiento segmentado de información:
dificultades en la abstracción y generalización

Pensamiento concreto.

Dificultades en la integración de información social
múltiple.

Dificultades en la función ejecutiva

Rigidez cognitiva, dificultades de flexibilidad cognitiva,
dificultades de organización y planificación.

Adultos con Autismo

Mayoría no ha recibido diagnóstico.

Dificultad de continuidad escolar.

Dificultades para lograr autonomía.

Pérdida de estructura durante el día.



Dificultades en las transiciones de vida.

Escaso cuidado de su salud.

Dependencia de cuidadores (padres).

Necesidades legales/ayudas.



ETAPA EVOLUTIVA	DESAFIOS EVOLUTIVOS Y FAMILIARES
0 A 3 3 A 6	DESARROLLO GLOBAL REGULACION JARDIN /COLEGIO
ESCOLAR	INTEGRACION PARES APRENDIZAJE ESCOLAR AUTONOMIA HERMANOS
ADOLESCENTE	SEXUALIDAD AUTONOMIA APRENDIZAJE HABILIDADES SOCIALES GRUPO PARES IDENTIDAD

INFORMAR DIAGNOSTICO/ CONDICION



- Falta de interés en juegos interactivos
- No miran hacia donde otros señalan
- No muestra objetos
- Falta de interés en relacionarse con otros niños
- Uso limitado de gestos, como dar, mostrar, saludar agitando la mano, aplaudir, señalar o asentir con la cabeza, etc.
- Retraso en el lenguaje o falta de balbuceo o conversación social.
- Emisión de sonidos extraños o uso de un tono de voz fuera de lo común.
- Dificultad para usar al mismo tiempo gestos, contacto visual y sonidos o palabras.
- Imitación de otras personas o juegos simbólicos escasos o nulos.
- Interrupción en el uso de palabras que solía decir.
- Uso de la mano de otra persona como herramienta (por ejemplo: poner la mano del padre sobre un frasco para que lo abra).
- No mira directamente a las personas o es difícil que mire a alguien.
- No responde o lo hace esporádicamente, cuando alguien lo llama por su nombre.
- No comparte intereses ni disfrute con otras personas.
- Mueve las manos, los dedos o todo el cuerpo en formas inusuales.
- Crea rituales, como alinear objetos o repetir palabras, acciones o comportamientos una y otra vez.
- Concentra mucho la atención en tipo de objetos inusuales, como cucharas de madera, piedras o topes de puertas o tiene mucho apego hacia ellos.
- Tiene interés excesivo de objetos, acciones o actividades específicos, lo que interfiere en su interacción social.

- Tiene intereses sensoriales fuera de lo común, como oler objetos o mirar con el rabillo del ojo.
- Tiene reacciones exageradas hacia ciertos sonidos, texturas u otros estímulos sensoriales.
- Presenta dificultad para iniciar espontáneamente una conversación.
- Tono de voz peculiar.
- No explica lo que está hablando.
- Tiende a la interpretación literal de los comentarios o situaciones.
- Dirige constantemente la conversación hacia sus temas de interés.
- Dificultad para comprender expresiones faciales sutiles.
- Sus expresiones faciales son poco variadas, exageradas o poco adecuadas al contexto.
- Le es difícil hablar en otros contextos u otras personas excepto el familiar.
- Dificultad para participar en juego cooperativo o actividades de grupo.
- Comportamiento algo "ingenuo".
- Dificultades para comprender las reglas sociales.
- Parece no importarle lo que los demás piensen de él.
- Sus intereses son diferentes a los niños y niñas de su edad.
- No comparte juegos imaginativos con los demás niños.
- Realiza las actividades de manera rutinaria e intenta imponer rutinas a los demás.
- Sus intereses le ocupan todo el tiempo.
- Sus expresiones y fórmulas de saludos o de inicios de interacción con otros son "algo peculiares"
- Dificultad en actividades donde tiene que tomar la iniciativa o imaginar.
- Movimientos repetitivos.



Diferencias clínicas según sexo/genero



- Proporción Hombre: Mujer $\rightarrow$ 3/4:1
- H:M CI promedio o superior $\rightarrow$ 8/9:1
- H:M CI $< 70 \rightarrow$ 2:1
- Otros diagnósticos previos (TDAH)
- Diagnóstico tardío



- Presentación clínica atípica.
- “Camuflar” déficit en comunicación y en habilidades sociales.



- Mayor riesgo de problemas emocionales y exposición a situaciones de riesgo.

Young H, et al. Clinical characteristics and problems diagnosing autism spectrum disorder in girls. Archives de Pediatrie (2018).

Fenotipo Femenino

Interacción social y comunicación

Mayor conciencia de la necesidad de interacción social.

Deseo de interactuar con otros.

Pasividad interpretada como timidez.

Tendencia a ser directiva con sus pares en los juegos.

Tendencia a imitar a la gente.

Tendencia a camuflar dificultades desarrollando estrategia de compensación.

Tiene 1 o pocos amigos.

Riesgo de bullying por sus pares.



Fenotipo Femenino

Patrones de conductas, intereses o actividades restrictivas y repetitivas

Mayor imaginación, pero juego simbólico repetitivo y controlado con falta de reciprocidad.

Intereses y conductas repetitivas y restringidas, centrada en personas más que en objetos. Menos reconocidos.

Pocos intereses o conductas repetitivas y restringidas.



	Niños	Niñas
Evolución	Síntomas más graves más pequeños	Síntomas más graves en adolescencia
Imaginación	Más restringida, menos juego imaginario	Más amplia e intensa, más juego simbólico, aunque guionado.
Motriz	Mayor torpeza motriz	Torpeza motriz puede estar presente pero no tan marcada
Comunicación e Interacción	Peor desempeño	Mejor desempeño (señalar, seguir la mirada, juego simbólico)
Intereses	Más idiosincrásicos y extravagantes, llaman la atención en pares	Parecidos a pares NT pero difieren en intensidad, mas literatura, fantasía. A veces más parecidos a pares.
Detección	Es más temprana en AS Mayores puntajes en instrumentos	Es más tardía, menores puntajes en instrumentos (+TGD NE)
Conducta	Mas externalizadora, más agresividad, más CRRs	Mas internalizadora, menos agresividad, menos conductas repetitivas

Diferencias al sexo en TEA según reportes de investigación en niñas y niños.

Compilado por D'Agostino 2013
D'Agostino 2019 Creative Commons

MARGARET

'Eres demasiado sociable
para ser autista'...
...Gracias, eso significa que
el colapso que tendré esta
noche por mi duro trabajo
en intentar ser 'normal',
ivaldrá la pena!

MARGARET



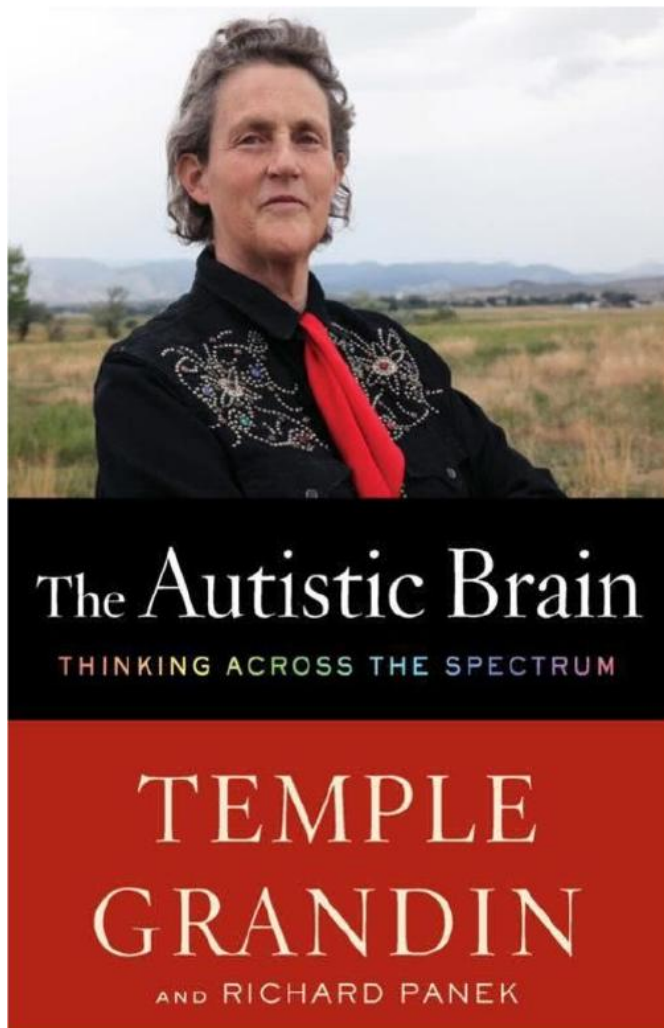
Camuflaje social

Las mujeres con TEA tienen más estrategias de camuflaje en edades más tempranas. Imitan personajes o personas de libros, series, o de la vida real y preparan guiones mentales de las situaciones sociales con más frecuencia que los hombres con TEA



Intereses menos llamativos

Suelen presentar intereses menos idiosincrásicos que los varones, aunque la intensidad y cualidad del interés esta condicionada en muchas ocasiones es necesario profundizar para descubrir la idiosincrasia



Introspección emocional

Muchas mujeres con TEA llegan a profundizar en sus propias características y elaborar intensos autoanálisis, algunas hiperlexicas son escritoras autobiográficas excelentes como Elfriede Jelinek o Amelie Nothomb



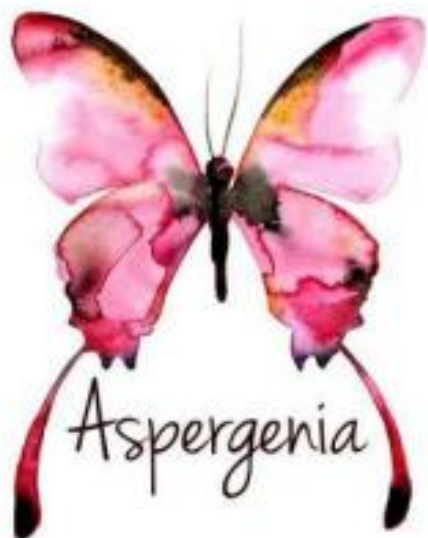
Menos estereotipadas

En torno a los seis años las niñas con TEA muestran menos conductas estereotipadas, muchas las esconden, las manejan idean el modo de realizar estas conductas de manera discreta u original.



Sensibilidad a las injusticias

Muchas mujeres con TEA muestran una alta sensibilidad ante las injusticias sociales o en causas como el medio ambiente o el maltrato animal. La intensidad con la que defienden sus valores puede percibirse excesiva.



D'Agostino 2019 Creative Commons





← mujeryautista 🔒 🔔 ⋮



980 Publicacio... 72,3 mil Seguidores 660 Seguidos

Sara Codina

Autista y #Neurodivina

Descubriendo el autismo tras ser diagnosticada a los 41 años.

👍📖 Neurodivina y punto @lunweg @planetadelibros

👉 más info 👈

Ver traducción

🔗 mujeryautista.com/ y 2 más



fabimzma, fonoaudiologossalamanca y 56 personas más siguen esta cuenta

Siguen... ▾

Mensaje

Correo



440 Publicacio... 13,6 mil Seguidores 1.079 Seguidos

Colectivo ASPERgirls Chile

Comunidad

Colectivo feminista de mujeres autistas y personas no binarias💜 visibilizamos el autismo y sesgo en diagnostico. NO comemos animal... más

Ver traducción

🔗 docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfTFhzSsojG_...

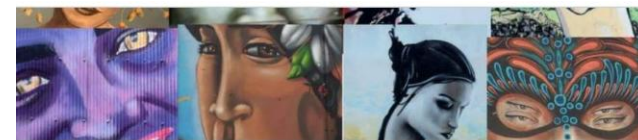


pachyuribe, flga.yosselyn.gg y 38 personas más siguen esta cuenta

Siguen... ▾

Mensaje

Correo



Mur^l ~ 4 mujeres están en el espectro autista



Mujeres Tea

16 mil Me gusta • 16 mil seguidores



Mujeres TEA es la primera red virtual en español para mujeres con TEA, madres y familiares de niñas,

Mensaje

Te gusta



Mg. Ps. Cynthia D'Agostino



Educación

- Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (2002).
- Postgrado en Actualización en Psicología Clínica, Universidad de Barcelona.
- Máster en Psicopatología Clínica Infanto-Juvenil, Universidad Autónoma de Barcelona.

Fuentes de información en niñas y mujeres en el espectro autista

Investigación en niñas y mujeres anglosajona e hispanohablantes

Reportes autobiográficos en la literatura anglosajona y en español

Padres y madres de niñas y mujeres

Blogs, y páginas de mujeres

Mujeres y niñas en el espectro autista que pueden contar su experiencia

Reportes clínicos de clínicos que trabajan con la población y libros

¡formación!



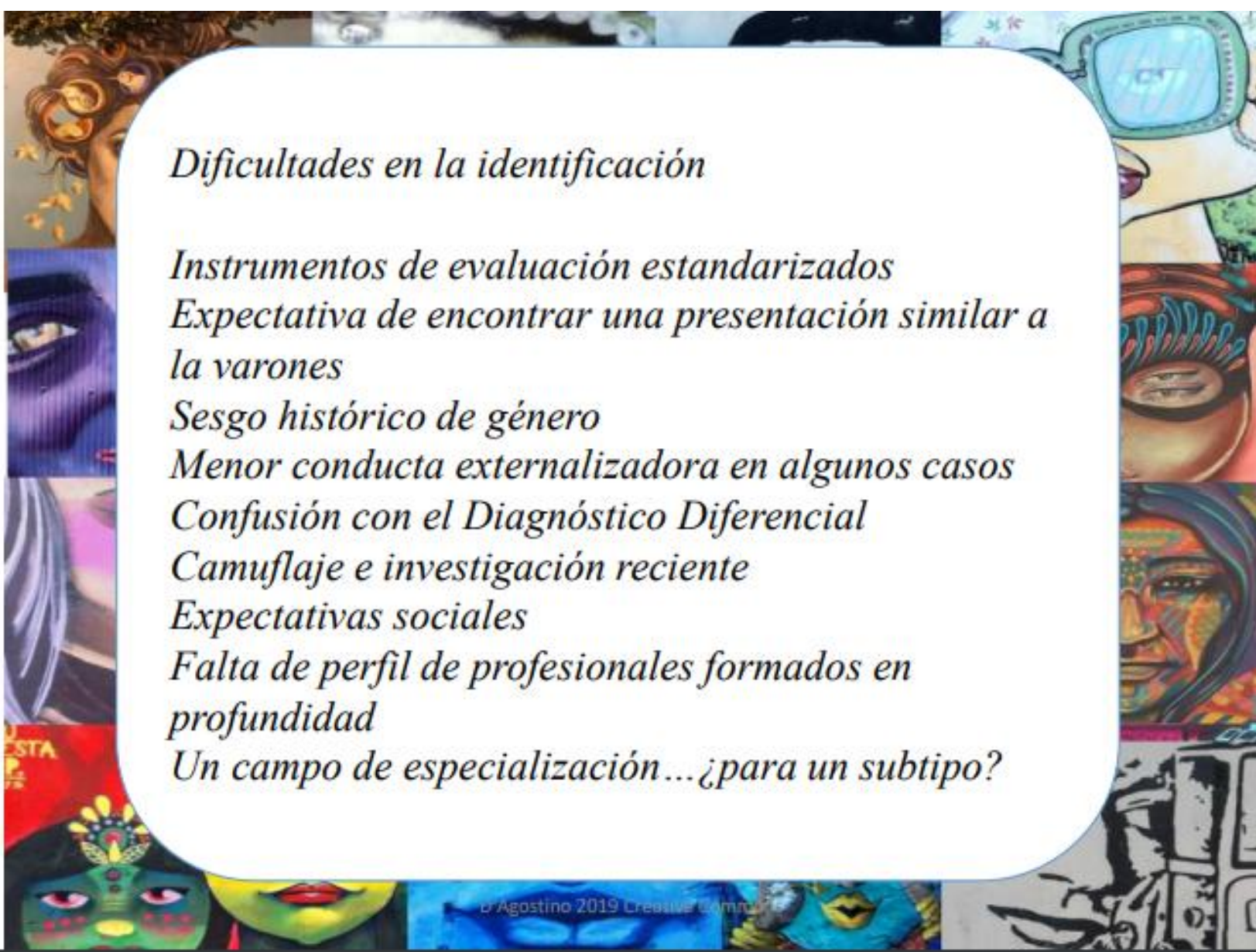
D'Agostino 2019 Creative Commons



*Todo lo que
sabemos de
autismo desde la
investigación tanto
en evaluación
como en
tratamiento, tal vez
lo sabemos solo
para varones*

MUJERES
IEA

D'Agostino 2019 Creative Commons



Dificultades en la identificación

Instrumentos de evaluación estandarizados

Expectativa de encontrar una presentación similar a la varones

Sesgo histórico de género

Menor conducta externalizadora en algunos casos

Confusión con el Diagnóstico Diferencial

Camuflaje e investigación reciente

Expectativas sociales

Falta de perfil de profesionales formados en profundidad

Un campo de especialización...¿para un subtipo?

D'Agostino 2019 Creative Commons

D'Agostino 2019 Creative Commons



CAT-Q

25 afirmaciones

El **Cuestionario de Camuflaje de Rasgos Autistas (CAT-Q)** proporciona una medida de cuánto camuflas tus tendencias autistas.

Ten en cuenta también que las puntuaciones más altas en el CAT-Q también pueden explicar puntuaciones más bajas en otras pruebas de autismo.



...no solo debemos preocuparnos del autismo...



TDA/H
¿Coocurrencia o Comorbilidad?

Las diferencias entre coocurrencias y comorbilidad, en el contexto del autismo, se centran en la naturaleza y la relación de las condiciones que ocurren junto con el autismo.



COOCURRENCIAS
COMORBILIDAD

Trastorno del **ESPECTRO** Autista

DESAFIOS

DEFICIT DEL PROCESAMIENTO SENSORIAL

TRNO MOTOR GRUESO Y FINO

TRNO. DEL SUEÑO

TRASTORNO DE CONDUCTA

TRNO. GASTROINTESTINALES/SELECTIVIDAD ALIMENTARIA

TRASTORNO DEL LENGUAJE/ APRAXIA HABLA INFANTIL

CONDICIONES MÉDICAS (EPI)

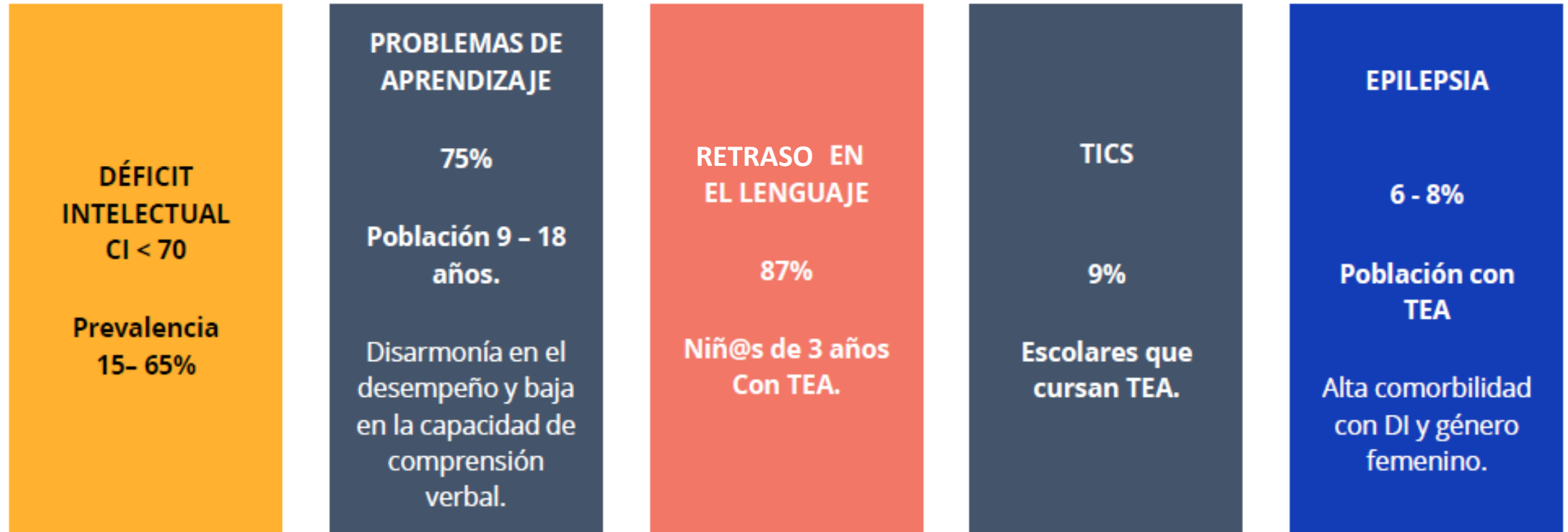
EMOCIONAL /DEPRESIÓN

DEFICIT ATENCIONAL

DIFICULTADES DE APRENDIZAJE

DISCAPACIDAD INTELECTUAL

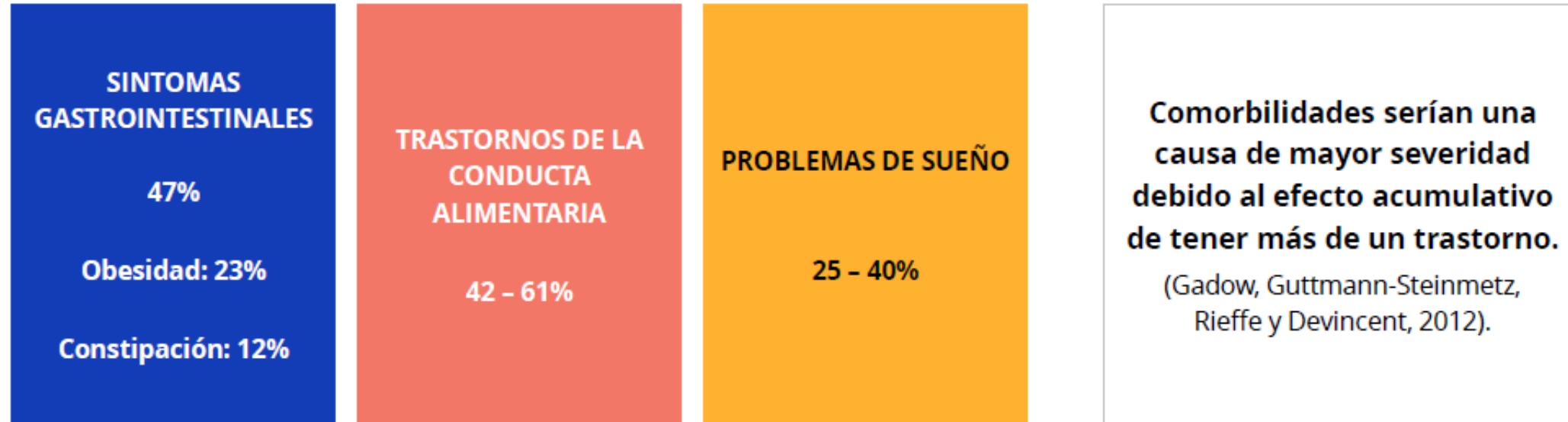
COMORBILIDAD NEUROPSIQUIATRICA Y TEA



Catherine Lord et al; Autism spectrum disorder,; Lancet. 2018 August 11; 392(10146): 508–520. doi:10.1016/S0140-6736(18)31129-2.

Marina Romero et al; Psychiatric comorbidities in autism spectrum disorder: A comparative study between DSM-IV-TR and DSM-5 diagnosis. International Journal of Clinical and Health Psychology (2016) 16, 266-275

Comorbilidad médica y TEA



Catherine Lord et al; Autism spectrum disorder,; Lancet. 2018 August 11; 392(10146): 508-520. doi:10.1016/S0140-6736(18)31129-2.

Marina Romero et al; Psychiatric comorbidities in autism spectrum disorder: A comparative study between DSM-IV-TR and DSM-5 diagnosis. International Journal of Clinical and Health Psychology (2016) 16, 266-275

Prevalencia de problemas de salud mental en el Autismo

**TRASTORNOS
ANSIEDAD
20 %**

**TRASTORNO DEL
SUEÑO
13 %**

**TRASTORNOS
CONDUCTUALES
12 %**

**TRASTORNOS
DEPRESIVOS
11 %**

**TOC
9 %**

**TRASTORNO
BIPOLAR
5 %**

Lugo-Marín 2019.

Comorbilidad y escolaridad



TDAH

Es la comorbilidad más común en personas con TEA (28,2%).

Afecta rendimiento en niños con TEA

Que tienen inteligencia promedio o discapacidad intelectual.

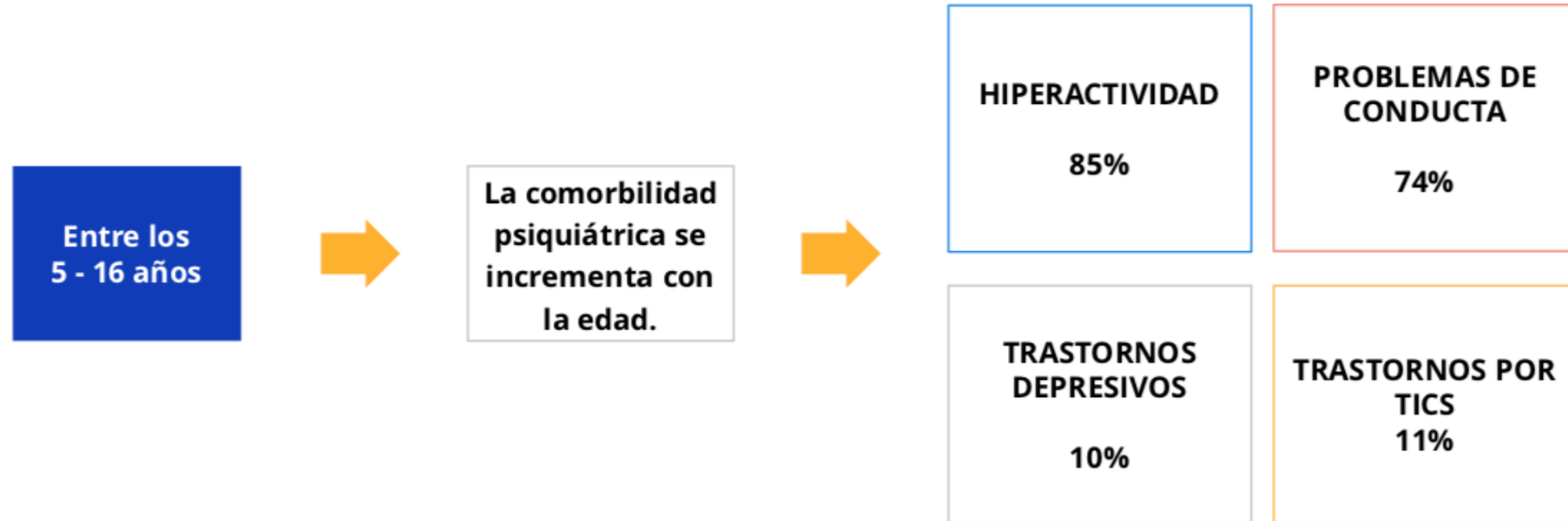
Manifestación cambia en relación con el desarrollo y las interacciones

Funcionamiento ejecutivo, relaciones con pares y la comorbilidad con depresión.

Catherine Lord et al; Autism spectrum disorder,; Lancet. 2018 August 11; 392(10146): 508–520.

Marina Romero et al; Psychiatric comorbidities in autism spectrum disorder: A comparative study between DSM-IV-TR and DSM-5 diagnosis. International Journal of Clinical and Health Psychology (2016) 16, 266-275.

Comorbilidad en el escolar y en el adolescente



Marina Romero et al; Psychiatric comorbidities in autism spectrum disorder: A comparative study between DSM-IV-TR and DSM-5 diagnosis. International Journal of Clinical and Health Psychology (2016) 16, 266-275

Comorbilidad en la adultez

Muchos presentan afecciones psiquiátricas



Alta comorbilidad con ansiedad y depresión puede afectar en forma importante el cuadro.

70%

Trastorno depresivo

56%

Trastorno de ansiedad

2%

Trastornos psicóticos

4%

Trastornos alimentarios

7%

Trastorno por dependencia de sustancias

2%

Trastorno de Tourette

30%

TDAH

Hervás A. Desregulación emocional y trastornos del espectro autista. Rev Neurol 2017; 64 (Supl 1): S17-25.



Módulo 2

- Diagnóstico
- Herramientas de pesquizaje

La evaluación diagnóstica del autismo se puede realizar durante todo el ciclo vital



¿En qué consiste la evaluación clínica?

Proceso de varias etapas

Requiere una mirada multidisciplinaria y diversidad de ambientes de observación, (hogar, jardín o colegio).

Alta
estabilidad del
diagnóstico a
partir de los
3 años.



TEA DSM-V

A

Deficiencias persistentes y clínicamente significativas en la comunicación y en la interacción social. Se presenta en distintos contextos (actualmente o en el pasado).

B

Patrones de comportamientos, intereses y actividades. Restringidos y repetitivos

C

Los síntomas deben presentarse en la primera infancia, aunque pueden no llegar a manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales exceden las limitadas capacidades.

D

El conjunto de síntomas crea interferencia en el funcionamiento del día a día.

E

Las dificultades no se explican por el retraso del desarrollo o por la discapacidad intelectual.

Evaluación diagnóstica



Observación del
comportamiento



Antecedentes del
desarrollo



Varios
informantes



Evaluación por varios
profesionales.
Uso de instrumentos
diagnósticos*

DIAGNÓSTICO ES CLÍNICO

¿Qué se debe considerar en la evaluación diagnóstica?

- Recomendación de protocolos de evaluación según distintas Guías Clínicas.
- La presentación del TEA es distinta según la etapa del desarrollo y el género.
- El TEA es un espectro de manifestaciones clínicas: cada niño es único, hay distintos perfiles clínicos y de severidad.
- El TEA es un espectro de manifestaciones clínicas: cada niño es único, hay distintos perfiles clínicos y de severidad.



Principales objetivos de la evaluación diagnóstica

1 Confirmar o no el diagnóstico de Autismo.

2 Identificar comorbilidades psiquiátricas u otras comorbilidades médicas.

3 Determinar el funcionamiento adaptativo.



¿Qué se debe lograr en la evaluación diagnóstica?

- Recopilar datos que puedan informar sobre las áreas de fortalezas, y facilitar el apoyo de éstas.
- Encontrar los métodos más apropiados para abordar las áreas de necesidad (programa de intervención personalizado).
- Una vez realizado el diagnóstico, la evaluación clínica es un continuo durante el largo de la vida.
- Acompañar en el tiempo, respaldando fortalezas y comprendiendo sus experiencias del mundo.



Componentes de la evaluación interdisciplinaria

Historia clínica

Entrevista a los padres/cuidadores.

Evaluación clínica

Observación directa de los síntomas nucleares de TEA/comorbilidad.

Factores socio-culturales

Contexto familiar y escolar/académico.

Evaluación del desarrollo

Habilidades funcionales y comunicativas, áreas del lenguaje y motora, perfil cognitivo y de la conducta.

Historia clínica

Antecedentes Familiares	Presencia de familiares con trastornos del neurodesarrollo - Edad de los padres - Hermanos
Antecedentes pre/perinatales	▪ Embarazo y parto. Uso de medicamentos, edad y peso de nacimiento, APGAR, exámenes realizados.
Historia del desarrollo	▪ Hitos del desarrollo (motor, comunicación social, lenguaje) ▪ Regulación sueño, alimentación y esfínteres.
Antecedentes médicos personales	▪ Alteraciones sensoriales, problemas neurológicos.
Antecedentes psicosociales	▪ Funcionamiento del niño en la familia, en el colegio y otros ambientes. ▪ Dificultades experimentadas y qué tipo de apoyo recibió.
Diagnósticos e intervenciones previas	▪ Consultas previas, diagnósticos proporcionados. ▪ Evaluaciones previas, test realizados.

Hervás A, ESCAP practice guidance for autism: a summary of evidence-based recommendations for diagnosis and treatment European Child & Adolescent Psychiatry 2020.

Factores socio-culturales



Contexto familiar

- a) Expectativas de la evaluación
- b) Preocupación actual sobre su hijo
- c) Historia de traumas, violencia, negligencia
- d) Manejo de información sobre TEA
- e) Relación de pareja
- f) Existencia de red de apoyo



Colegio

- a) Dificultades de aprendizaje
- b) Historia escolar/académica
- c) Relación con los pares
- d) Conducta en la sala de clase (observación directa)

Evaluación diagnóstica - clínica



- Historia clínica (antecedentes familiares - hermanos)
- Interacción y comunicación social
- Intereses restrictivos y conductas repetitivas
- Funcionamiento lingüístico
- Funcionamiento cognitivo
- Funciones ejecutivas
- Perfil sensorial
- Desempeño motor
- Habilidades funcionales (conductas adaptativas)

Pruebas de tamizaje (screening) para TEA.

M-CHAT-RF

*CUESTIONARIO REVISADO DE
DETECCIÓN DEL AUTISMO EN
NIÑ@S PEQUEÑ@S*

RANGO DE EDAD:

16 A 30 MESES

Q-CHAT

*LISTA DE CHEQUEO
CUANTITATIVA PARA AUTISMO EN
DEAMBULADORES*

RANGO DE EDAD:

18 A 48 MESES

CSBS - DP

*CUESTIONARIO DEL BEBE Y
EL/LA NIÑ@ PEQUEÑ@.*

RANGO DE EDAD:

6 A 24 MESES

Pruebas de tamizaje (screening).



M-CHAT-R™

Por favor, responda a estas preguntas sobre su hijo/a. Tenga en cuenta cómo su hijo/a se comporta habitualmente. Si usted ha visto a su hijo/a comportarse de una de estas maneras algunas veces, pero no es su comportamiento habitual, por favor responda NO. Seleccione la respuesta rodeándola con un círculo. Muchas gracias.

1.	Si usted indica algo al otro lado de la pieza, ¿su hijo/a mira al objeto? (Por ejemplo: si usted señala un juguete, un peluche o un animal, ¿su hijo lo mira?)	SÍ	NO
2.	¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo?	SÍ	NO
3.	¿Su hijo/a realiza juegos de fantasía o imaginación? (Por ejemplo: ¿hace como si bebiera de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o peluche?)	SÍ	NO
4.	¿A su hijo/a le gusta subirse a cosas? (Por ejemplo: a una silla, a una escalera o a un resbalín)	SÍ	NO
5.	¿Su hijo/a hace movimientos raros con sus dedos frente a sus propios ojos?	SÍ	NO
6.	¿Su hijo/a indica o apunta con el dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? (Por ejemplo: señala un juguete o algo para comer que no puede alcanzar o tomar)	SÍ	NO
7.	¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (Por ejemplo: señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)	SÍ	NO
8.	¿Su hijo/a muestra interés en otros niños? (Por ejemplo: mira con atención a otros niños, les sonríe o se les acerca)	SÍ	NO
9.	¿Su hijo le muestra o acerca cosas para que usted las vea - no para pedir ayuda sino solamente para compartirlas con usted? (Por ejemplo: le muestra una flor, un peluche o un coche de juguete)	SÍ	NO
10.	¿Su hijo/a responde cuando usted lo llama por su nombre? (Por ejemplo: se vuelve, habla o balbucea, o deja de hacer lo que está haciendo para mirarle)	SÍ	NO
11.	¿Cuándo usted le sonríe a su hijo/a, él/ella también le sonríe?	SÍ	NO
12.	¿Le molestan a su hijo/a los ruidos comunes? (Por ejemplo: el ruido de la aspiradora o de la música, incluso cuando no está excesivamente alta)	SÍ	NO
13.	¿Su hijo/a camina solo?	SÍ	NO
14.	¿Su hijo/a lo mira a los ojos cuando usted le habla, lo viste o juega con él/ella?	SÍ	NO
15.	¿Su hijo/a imita sus movimientos? (Por ejemplo: decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido gracioso que usted haga)	SÍ	NO
16.	Si usted se da vuelta a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirar hacia lo que usted está mirando?	SÍ	NO
17.	¿Su hijo/a intenta que usted lo mire o le preste atención? (Por ejemplo: le dice a usted "mira" o "mírame" o busca que usted lo felicite)	SÍ	NO
18.	¿Su hijo/a le entiende cuando usted le pide que haga algo sin hacerle ningún gesto? (Por ejemplo: su hijo/a entiende "pon el libro encima de la silla" o "tráeme la manta")	SÍ	NO
19.	Si ocurre algo que llame la atención de su hijo/a, ¿él/ella lo mira a usted para ver su reacción? (Por ejemplo: si escucha un ruido extraño o ve un juguete nuevo, ¿se da vuelta para ver su cara?)	SÍ	NO
20.	¿Le gustan a su hijo/a los juegos con movimiento? (Por ejemplo: le gusta que lo balancee en el columpio o que juegue al "caballito" sentándolo en sus rodillas)	SÍ	NO

M-CHAT R/F

Cuestionario para padres.

Edad: 16 a 30 meses

M-CHAT -R / F (Robins, Fein , y Barton , 2009) es una herramienta de detección a través del reporte de los padres para evaluar el riesgo para el trastorno del espectro autista (TEA) . Esta diseñado para identificar a los niños de 16 a 30 meses de edad que deben recibir una evaluación más exhaustiva de los posibles signos tempranos de los trastornos del espectro autista (TEA) o retraso en el desarrollo .



M-CHAT-R™

Por favor, responda a estas preguntas sobre su hijo/a. Tenga en cuenta cómo su hijo/a se comporta habitualmente. Si usted ha visto a su hijo/a comportarse de una de estas maneras algunas veces, pero no es su comportamiento habitual, por favor responda NO. Seleccione la respuesta rodeándola con un círculo. Muchas gracias.

1.	Si usted indica algo al otro lado de la pieza, ¿su hijo/a mira al objeto? (Por ejemplo: si usted señala un juguete, un peluche o un animal, ¿su hijo lo mira?)	☒ SÍ	☐ NO	0
2.	¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo?	☐ SÍ	☒ NO	0
3.	¿Su hijo/a realiza juegos de fantasía o imaginación? (Por ejemplo: ¿hace como si bebiera de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o peluche?)	☐ SÍ	☒ NO	1
4.	¿A su hijo/a le gusta subirse a cosas? (Por ejemplo: a una silla, a una escalera o a un resbalín)	☒ SÍ	☐ NO	0
5.	¿Su hijo/a hace movimientos raros con sus dedos frente a sus propios ojos?	☐ SÍ	☒ NO	0
6.	¿Su hijo/a indica o apunta con el dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? (Por ejemplo: señala un juguete o algo para comer que no puede alcanzar o tomar)	☒ SÍ	☐ NO	0
7.	¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (Por ejemplo: señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)	☒ SÍ	☐ NO	0
8.	¿Su hijo/a muestra interés en otros niños? (Por ejemplo: mira con atención a otros niños, les sonríe o se les acerca)	☒ SÍ	☐ NO	0
9.	¿Su hijo le muestra o acerca cosas para que usted las vea - no para pedir ayuda sino solamente para compartirlas con usted? (Por ejemplo: le muestra una flor, un peluche o un coche de juguete)	☒ SÍ	☐ NO	0
10.	¿Su hijo/a responde cuando usted lo llama por su nombre? (Por ejemplo: se vuelve, habla o balbucea, o deja de hacer lo que está haciendo para mirarle)	☒ SÍ	☐ NO	0
11.	¿Cuándo usted le sonríe a su hijo/a, él/ella también le sonríe?	☒ SÍ	☐ NO	0
12.	¿Le molestan a su hijo/a los ruidos comunes? (Por ejemplo: el ruido de la aspiradora o de la música, incluso cuando no está excesivamente alta)	☐ SÍ	☒ NO	0
13.	¿Su hijo/a camina solo?	☒ SÍ	☐ NO	0
14.	¿Su hijo/a lo mira a los ojos cuando usted le habla, lo viste o juega con él/ella?	☒ SÍ	☐ NO	0
15.	¿Su hijo/a imita sus movimientos? (Por ejemplo: decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido gracioso que usted haga)	☒ SÍ	☐ NO	0
16.	Si usted se da vuelta a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirar hacia lo que usted está mirando?	☒ SÍ	☐ NO	0
17.	¿Su hijo/a intenta que usted lo mire o le preste atención? (Por ejemplo: le dice a usted "mira" o "mírame" o busca que usted lo felicite)	☒ SÍ	☐ NO	0
18.	¿Su hijo/a le entiende cuando usted le pide que haga algo sin hacerle ningún gesto? (Por ejemplo: su hijo/a entiende "pon el libro encima de la silla" o "tráeme la manta")	☒ SÍ	☐ NO	0
19.	Si ocurre algo que llame la atención de su hijo/a, ¿él/ella lo mira a usted para ver su reacción? (Por ejemplo: si escucha un ruido extraño o ve un juguete nuevo, ¿se da vuelta para ver su cara?)	☒ SÍ	☐ NO	0
20.	¿Le gustan a su hijo/a los juegos con movimiento? (Por ejemplo: le gusta que lo balancee en el columpio o que juegue al "caballito" sentándolo en sus rodillas)	☒ SÍ	☐ NO	0

Respuestas NO = RIESGO TEA = 1 punto
Respuestas SÍ = "normalidad" = 0 punto

EXCEPTO ítems 2, 5 Y 12 donde las respuestas SÍ = RIESGO TEA= 1 punto
respuesta no = "normalidad" = 0 punto

Puntaje = 1 = BAJO RIESGO
Menor de 24 meses repetir MCHAT
a los 24 m.
Ninguna otra medida necesaria.

Sebastián
22 meses
Sin inquietudes del desarrollo

M-CHAT-R™

Por favor, responda a estas preguntas sobre su hijo/a. Tenga en cuenta cómo su hijo/a se comporta habitualmente. Si usted ha visto a su hijo/a comportarse de una de estas maneras algunas veces, pero no es su comportamiento habitual, por favor responda NO. Seleccione la respuesta rodeándola con un círculo. Muchas gracias.

1.	Si usted indica algo al otro lado de la pieza, ¿su hijo/a mira al objeto? (Por ejemplo: si usted señala un juguete, un peluche o un animal, ¿su hijo lo mira?)	☒ SÍ	☐ NO	0
2.	¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo?	☐ SÍ	☒ NO	0
3.	¿Su hijo/a realiza juegos de fantasía o imaginación? (Por ejemplo: ¿hace como si bebiera de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o peluche?)	☐ SÍ	☒ NO	1
4.	¿A su hijo/a le gusta subirse a cosas? (Por ejemplo: a una silla, a una escalera o a un resbalín)	☐ SÍ	☒ NO	1
5.	¿Su hijo/a hace movimientos raros con sus dedos frente a sus propios ojos?	☐ SÍ	☒ NO	0
6.	¿Su hijo/a indica o apunta con el dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? (Por ejemplo: señala un juguete o algo para comer que no puede alcanzar o tomar)	☒ SÍ	☐ NO	0
7.	¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (Por ejemplo: señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)	☒ SÍ	☐ NO	0
8.	¿Su hijo/a muestra interés en otros niños? (Por ejemplo: mira con atención a otros niños, les sonríe o se les acerca)	☐ SÍ	☒ NO	1
9.	¿Su hijo le muestra o acerca cosas para que usted las vea - no para pedir ayuda sino solamente para compartirlas con usted? (Por ejemplo: le muestra una flor, un peluche o un coche de juguete)	☒ SÍ	☐ NO	0
10.	¿Su hijo/a responde cuando usted lo llama por su nombre? (Por ejemplo: se vuelve, habla o balbucea, o deja de hacer lo que está haciendo para mirarle)	☒ SÍ	☐ NO	0
11.	¿Cuándo usted le sonríe a su hijo/a, él/ella también le sonríe?	☒ SÍ	☐ NO	0
12.	¿Le molestan a su hijo/a los ruidos comunes? (Por ejemplo: el ruido de la aspiradora o de la música, incluso cuando no está excesivamente alta)	☐ SÍ	☒ NO	0
13.	¿Su hijo/a camina solo?	☒ SÍ	☐ NO	0
14.	¿Su hijo/a lo mira a los ojos cuando usted le habla, lo viste o juega con él/ella?	☒ SÍ	☐ NO	0
15.	¿Su hijo/a imita sus movimientos? (Por ejemplo: decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido gracioso que usted haga)	☒ SÍ	☐ NO	0
16.	Si usted se da vuelta a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirar hacia lo que usted está mirando?	☒ SÍ	☐ NO	0
17.	¿Su hijo/a intenta que usted lo mire o le preste atención? (Por ejemplo: le dice a usted "mira" o "mírame" o busca que usted lo felicite)	☒ SÍ	☐ NO	0
18.	¿Su hijo/a le entiende cuando usted le pide que haga algo sin hacerle ningún gesto? (Por ejemplo: su hijo/a entiende "pon el libro encima de la silla" o "tráeme la manta")	☒ SÍ	☐ NO	0
19.	Si ocurre algo que llame la atención de su hijo/a, ¿él/ella lo mira a usted para ver su reacción? (Por ejemplo: si escucha un ruido extraño o ve un juguete nuevo, ¿se da vuelta para ver su cara?)	☒ SÍ	☐ NO	0
20.	¿Le gustan a su hijo/a los juegos con movimiento? (Por ejemplo: le gusta que lo balancee en el columpio o que juegue al "caballito" sentándolo en sus rodillas)	☒ SÍ	☐ NO	0

Respuestas NO = RIESGO TEA = 1 punto

Respuestas SÍ = "normalidad" = 0 punto

EXCEPTO ítems 2, 5 Y 12 donde las respuestas SÍ = RIESGO TEA= 1 punto
respuesta no = "normalidad" = 0 punto

Puntaje = 3 = RIESGO MEDIO.
Administrar segunda etapa MCHAT

Sebastián
22 meses
Antecedentes familiares de TEA, madre
sospecha de autismo

3. ¿_____ realiza juegos de fantasía o imaginación?

Sí

Por favor déme un ejemplo de los juegos de fantasía o imaginación de su hijo/a (si el padre no da uno de los ejemplos "PASA" siguientes, pregunte cada uno individualmente).

No

Alguna vez...

¿Juega a beber de una taza de juguete?	Sí ☐	No ☒
¿Juega a comer con una cuchara o tenedor de juguete?	Sí ☐	No ☒
¿Juega a hablar por teléfono?	Sí ☐	No ☒
¿Juega a dar de comer a un muñeco con comida de juguete o de verdad?	Sí ☐	No ☒
¿Juega con un auto haciendo como que va por una carretera imaginaria?	Sí ☐	No ☒
¿Juega a ser un robot, un avión, una bailarina, o cualquier otro personaje favorito?	Sí ☐	No ☒
¿Pone una olla de juguete en una cocina de juguete?	Sí ☐	No ☒
¿Revuelve comida imaginaria?	Sí ☐	No ☒
¿Pone un muñeco en un auto o camión de juguete como si fuera el conductor o el pasajero?	Sí ☐	No ☒
¿Juega a pasar la aspiradora en la alfombra, a barrer, o cortar el pasto?	Sí ☐	No ☒
Otro (describa)		

Sí a cualquiera (basta sólo una)

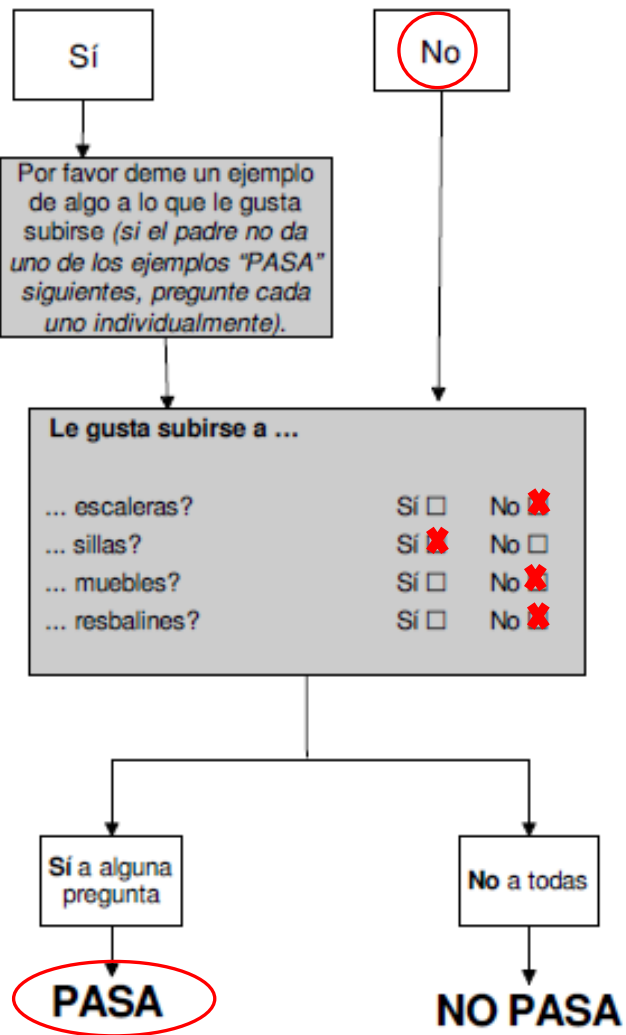
PASA

No a todas

NO PASA

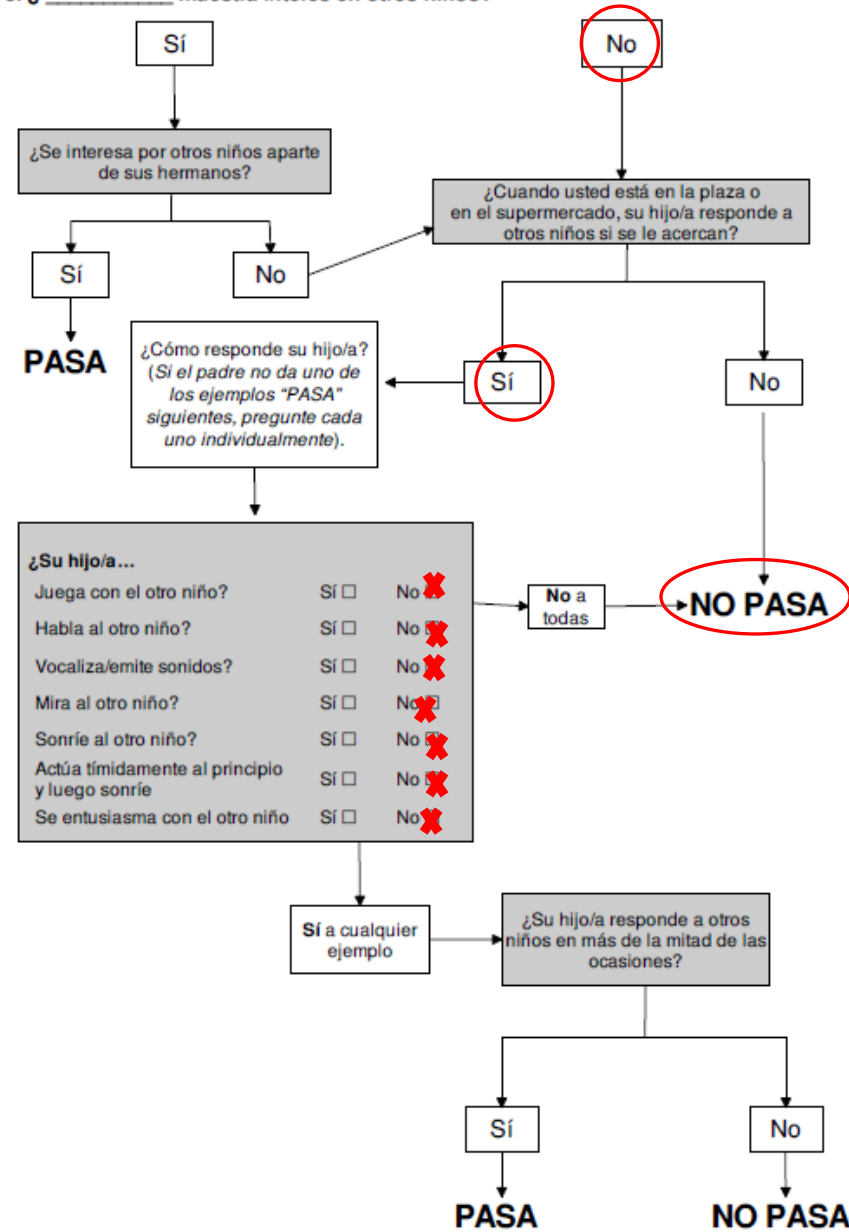
Se mantiene el ítem como riesgo de TEA = 1

4. ¿A _____ le gusta subirse a cosas (como una silla, escalera o resbalín)?



**Cambia el ítem a no riesgo de TEA
= 0**

8. ¿_____ muestra interés en otros niños?



Se mantiene el ítem como riesgo de TEA = 1

Sebastián

22 meses

Antecedentes familiares de TEA, madre sospecha de autismo

Entrevista de Seguimiento al M-CHAT-R/F™ Hoja de Puntuación

Por favor tenga en cuenta: Sí/No han sido sustituidos por Pasa/No Pasa

1.	Si usted indica algo al otro lado de la pieza, ¿su hijo/a mira al objeto? (Por ejemplo: si usted señala un juguete, un peluche o un animal, ¿su hijo lo mira?)	PASA	NO PASA
2.	¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo?	PASA	NO PASA
3.	¿Su hijo/a realiza juegos de fantasía o imaginación? (Por ejemplo: ¿hace como si bebiera de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o peluche?)	PASA	NO PASA
4.	¿A su hijo/a le gusta subirse a cosas? (Por ejemplo: a una silla, a una escalera o a un resbalín)	PASA	NO PASA
5.	¿Su hijo/a hace movimientos raros con sus dedos frente a sus propios ojos?	PASA	NO PASA
6.	¿Su hijo/a indica o apunta con el dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? (Por ejemplo: señala un juguete o algo para comer que no puede alcanzar o tomar)	PASA	NO PASA
7.	¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (Por ejemplo: señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)	PASA	NO PASA
8.	¿Su hijo/a muestra interés en otros niños? (Por ejemplo: mira con atención a otros niños, les sonríe o se les acerca)	PASA	NO PASA
9.	¿Su hijo le muestra o acerca cosas para que usted las vea - no para pedir ayuda sino solamente para compartirlas con usted? (Por ejemplo: le muestra una flor, un peluche o un coche de juguete)	PASA	NO PASA
10.	¿Su hijo/a responde cuando usted lo llama por su nombre? (Por ejemplo: se vuelve, habla o balbucea, o deja de hacer lo que está haciendo para mirarle)	PASA	NO PASA
11.	¿Cuándo usted le sonríe a su hijo/a, él/ella también le sonríe?	PASA	NO PASA
12.	¿Le molestan a su hijo/a los ruidos comunes? (Por ejemplo: el ruido de la aspiradora o de la música, incluso cuando no está excesivamente alta)	PASA	NO PASA
13.	¿Su hijo/a camina solo?	PASA	NO PASA
14.	¿Su hijo/a lo mira a los ojos cuando usted le habla, lo viste o juega con él/ella?	PASA	NO PASA
15.	¿Su hijo/a imita sus movimientos? (Por ejemplo: decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido gracioso que usted haga)	PASA	NO PASA
16.	Si usted se da vuelta a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirar hacia lo que usted está mirando?	PASA	NO PASA
17.	¿Su hijo/a intenta que usted lo mire o le preste atención? (Por ejemplo: le dice a usted "mira" o "mírame" o busca que usted lo felicite)	PASA	NO PASA
18.	¿Su hijo/a le entiende cuando usted le pide que haga algo sin hacerle ningún gesto? (Por ejemplo: su hijo/a entiende "pon el libro encima de la silla" o "tráeme la manta")	PASA	NO PASA
19.	Si ocurre algo que llame la atención de su hijo/a, ¿él/ella lo mira a usted para ver su reacción? (Por ejemplo: si escucha un ruido extraño o ve un juguete nuevo, ¿se da vuelta para ver su cara?)	PASA	NO PASA
20.	¿Le gustan a su hijo/a los juegos con movimiento? (Por ejemplo: le gusta que lo balancee en el columpio o que juegue al "caballito" sentándolo en sus rodillas)	PASA	NO PASA

Puntuación Total _____

M-CHAT-R™

Por favor, responda a estas preguntas sobre su hijo/a. Tenga en cuenta cómo su hijo/a se comporta habitualmente. Si usted ha visto a su hijo/a comportarse de una de estas maneras algunas veces, pero no es su comportamiento habitual, por favor responda NO. Seleccione la respuesta rodeándola con un círculo. Muchas gracias.

1.	Si usted indica algo al otro lado de la pieza, ¿su hijo/a mira al objeto? (Por ejemplo: si usted señala un juguete, un peluche o un animal, ¿su hijo lo mira?)	☒ SI	☐ NO	0
2.	¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo?	☐ SI	☒ NO	0
3.	¿Su hijo/a realiza juegos de fantasía o imaginación? (Por ejemplo: ¿hace como si bebiere de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o peluche?)	☐ SI	☒ NO	1
4.	¿A su hijo/a le gusta subirse a cosas? (Por ejemplo: a una silla, a una escalera o a un resbalín)	☐ SI	☒ NO	0
5.	¿Su hijo/a hace movimientos raros con sus dedos frente a sus propios ojos?	☐ SI	☒ NO	0
6.	¿Su hijo/a indica o apunta con el dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? (Por ejemplo: señala un juguete o algo para comer que no puede alcanzar o tomar)	☒ SI	☐ NO	0
7.	¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (Por ejemplo: señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)	☒ SI	☐ NO	0
8.	¿Su hijo/a muestra interés en otros niños? (Por ejemplo: mira con atención a otros niños, les sonríe o se les acerca)	☐ SI	☒ NO	1
9.	¿Su hijo le muestra o acerca cosas para que usted las vea - no para pedir ayuda sino solamente para compartirlas con usted? (Por ejemplo: le muestra una flor, un peluche o un coche de juguete)	☒ SI	☐ NO	0
10.	¿Su hijo/a responde cuando usted lo llama por su nombre? (Por ejemplo: se vuelve, habla o balbucea, o deja de hacer lo que está haciendo para mirarle)	☒ SI	☐ NO	0
11.	¿Cuándo usted le sonríe a su hijo/a, él/ella también le sonríe?	☒ SI	☐ NO	0
12.	¿Le molestan a su hijo/a los ruidos comunes? (Por ejemplo: el ruido de la aspiradora o de la música, incluso cuando no está excesivamente alta)	☐ SI	☒ NO	0
13.	¿Su hijo/a camina solo?	☒ SI	☐ NO	0
14.	¿Su hijo/a lo mira a los ojos cuando usted le habla, lo viste o juega con él/ella?	☒ SI	☐ NO	0
15.	¿Su hijo/a imita sus movimientos? (Por ejemplo: decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido gracioso que usted haga)	☒ SI	☐ NO	0
16.	Si usted se da vuelta a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirar hacia lo que usted está mirando?	☒ SI	☐ NO	0
17.	¿Su hijo/a intenta que usted lo mire o le preste atención? (Por ejemplo: le dice a usted "mira" o "mírame" o busca que usted lo felicite)	☒ SI	☐ NO	0
18.	¿Su hijo/a le entiende cuando usted le pide que haga algo sin hacerle ningún gesto? (Por ejemplo: su hijo/a entiende "pon el libro encima de la silla" o "tráeme la manta")	☒ SI	☐ NO	0
19.	Si ocurre algo que llame la atención de su hijo/a, ¿él/ella lo mira a usted para ver su reacción? (Por ejemplo: si escucha un ruido extraño o ve un juguete nuevo, ¿se da vuelta para ver su cara?)	☒ SI	☐ NO	0
20.	¿Le gustan a su hijo/a los juegos con movimiento? (Por ejemplo: le gusta que lo balancee en el columpio o que juegue al "caballito" sentándolo en sus rodillas)	☒ SI	☐ NO	0

Sebastián
22 meses

Antecedentes familiares de TEA, madre sospecha de autismo

Posterior a administración de entrevista de seguimiento.

Puntaje = 2 = positivo a riesgo de TEA
Derivar para evaluación diagnóstica.
Vigilancia del desarrollo indica riesgo de TEA.



M-CHAT-R/F

Nombre: Modified Checklist for Autism in Toddlers – Revised with Follow-Up

Traducción: Lista de Chequeo Modificada para Autismo en Deambuladores – Revisada con Seguimiento

Páginas web relacionadas: <http://mchatscreen.com>

Rango de edad: 16 a 30 meses

Este cuestionario fue diseñado en el 2009 por Diana Robins, Debora Fein y Marianne Barton para evaluar el riesgo de lxs niñxs de entre 16 y 30 meses de tener una condición del espectro autista. Son 20 preguntas que se contestan por sí o por no, y que pueden ser completadas por los padres, cuidadores u otro adulto que conozca bien al niñx.

Luego de haber completado la encuesta usted obtendrá un resultado y algunas recomendaciones (el resultado le aparecerá en la pantalla y le será enviado por correo electrónico). Por favor recuerde que **este no es un test diagnóstico** y que un resultado positivo no significa que su hijx tiene un problema. En todo caso, un resultado de riesgo **sólo indicaría que el niñx se puede beneficiar de una consulta con un profesional y/o de una evaluación de su desarrollo**. Ante cualquier duda, por favor consulte a la dirección de correo electrónico: investigacion@panaacea.org.

 **Iniciar el cuestionario M-CHAT-R/F**

Suscribirse al Newsletter

ENVIAR

Pruebas de tamizaje (screening).



CSBS DP Cuestionario del bebé y niño pequeño

Nombre del niño o niña: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha en que se llenó el formulario: _____

¿Fue prematuro el parto? _____ ¿Por cuántas semanas? _____

Llenado por: _____ Relación con el niño o niña: _____

Instrucciones para la persona que cuida al niño o niña: Esta lista fue diseñada para identificar distintos aspectos del desarrollo del bebé y el niño pequeño. Antes de aprender a hablar, hay varios comportamientos que pueden indicar si el niño o niña tendrá problemas para aprender a hablar. Este formulario debe ser llenado cuando el niño o niña tiene entre 6 y 24 meses de edad, por los padres o la persona que cuida al niño, para determinar si es necesario hacer una evaluación más completa. La persona que llena el formulario debe ser alguien que esté en contacto diario con el niño o niña, ya sean sus padres u otra persona. Marque la opción que describa mejor el comportamiento de su niño o niña. Si tiene dudas, marque la opción más adecuada según su experiencia con el niño o niña. Los niños y niñas de estas edades no necesariamente presentan todos los comportamientos que se describen aquí.

Emociones y mirada

- | | | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|---|
| 1. ¿Puede usted distinguir cuando su niño o niña está contento y cuando está triste? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente |
| 2. Cuando juega con juguetes, ¿se vuelve a mirarle para ver si lo está observando? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente |
| 3. ¿Sonríe o ríe mientras la mira? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente |
| 4. Si usted mira y señala un juguete al otro lado del cuarto, ¿su niño o niña se vuelve a verlo? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente |

Comunicación

- | | | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|---|
| 5. ¿Su niño o niña puede indicarle cuando necesita ayuda o cuando quiere algo que no puede alcanzar? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente |
| 6. Si usted no le presta atención, ¿su niño o niña trata de llamar su atención? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente |
| 7. ¿Hace su niño o niña cosas sólo para hacerle reír? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente |
| 8. ¿Trata su niño o niña de mostrarle objetos interesantes para que usted los vea, sin que quiera que haga algo con ellos? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente |

Gestos

- | | | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|---|
| 9. ¿Su niño o niña recoge objetos y se los da a usted? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente |
| 10. ¿Le muestra su niño o niña objetos sin dárselos? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente |
| 11. ¿Su niño o niña saluda moviendo la mano? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente |
| 12. ¿Su niño o niña señala los objetos? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente |
| 13. ¿Su niño o niña mueve la cabeza para decir que sí? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente |

Sonidos

- | | | | | | |
|---|-------------------------------------|----------------------------------|---|--------------------------------|-----------------------------------|
| 14. ¿Su niño o niña usa sonidos o palabras para llamar la atención o pedir ayuda? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente | | |
| 15. ¿Su niño o niña une varios sonidos, como por ejemplo, ah-oh, mamá, gaga, nana, papá? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente | | |
| 16. ¿Aproximadamente cuántos de los siguientes sonidos consonantes usa su niño o niña: ma, na, ba, da, ga, pua, la, ya, sa? | ☐ Ninguno | ☐ 1 a 2 | ☐ 3 a 4 | ☐ 5 a 8 | ☐ más de 8 |

Palabras

- | | | | | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|---|----------------------------------|------------------------------------|
| 17. ¿Cuántas palabras que usted pueda reconocer usa su niño o niña para indicar algo (como tete por biberón, buabua por agua)? | ☐ Ninguno | ☐ 1 a 3 | ☐ 4 a 10 | ☐ 11 a 30 | ☐ más de 30 |
| 18. ¿Su niño o niña une dos palabras (por ejemplo más agua, este mío)? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente | | |

Comprensión

- | | | | | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|---|----------------------------------|------------------------------------|
| 19. Cuando llama a su niño o niña por su nombre, ¿responde volviendo la mirada o la cabeza hacia usted? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente | | |
| 20. ¿Aproximadamente cuántas palabras o frases entiende su niño o niña sin ayuda de gestos? Por ejemplo, si usted dice "¿dónde está tu nariz?", "¿dónde está papá?", "dame la pelota" o "ven aquí", sin señalar con la mano o apuntar, su niño o niña responderá de forma apropiada. | ☐ Ninguno | ☐ 1 a 3 | ☐ 4 a 10 | ☐ 11 a 30 | ☐ más de 30 |

Uso de objetos

- | | | | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|---|----------------------------------|-----------------------------------|
| 21. ¿Su niño o niña muestra interés en jugar con una variedad de objetos? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente | | |
| 22. ¿Aproximadamente cuántos de los objetos siguientes usa su niño o niña correctamente: taza, biberón, tazón, cuchara, peine o cepillo, cepillo de dientes, esponja de baño, pelota, carrito de juguete, teléfono de juguete? | ☐ Ninguno | ☐ 1 a 2 | ☐ 3 a 4 | ☐ 5 a 8 | ☐ más de 8 |
| 23. ¿Aproximadamente cuántos bloques o aros puede poner su niño o niña uno encima de otro? | ☐ Ninguno | ☐ 2 bloques | ☐ 3 a 4 bloques | ☐ 5 o más | |
| 24. ¿Juega con sus juguetes a juegos como: darle de comer a un osito de peluche, arrullar a una muñeca, o poner un muñeco en un carrito? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente | | |

¿Le preocupa algún aspecto del desarrollo de su niño o niña? ☐ sí ☐ no Si la respuesta es sí, explique al dorso.



Pruebas de tamizaje (screening).



Q-CHAT

Por favor responda las siguientes preguntas acerca de su hijo/a marcando con una cruz el círculo **más** apropiado. Si puede, intente contestar **TODAS** las preguntas.

1. ¿La/Lo mira su hijo/a cuando Ud. dice su nombre?

- ☐ siempre
- ☐ habitualmente
- ☐ a veces
- ☐ raramente
- ☐ nunca



2. ¿Cuán fácil le resulta establecer contacto visual con su hijo/a?

- ☐ muy fácil
- ☐ bastante fácil
- ☐ bastante difícil
- ☐ muy difícil
- ☐ imposible



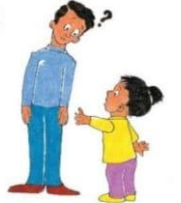
3. Cuando su hijo/a está jugando solo/a, ¿alinea objetos?

- ☐ siempre
- ☐ habitualmente
- ☐ a veces
- ☐ raramente
- ☐ nunca



4. ¿Pueden otras personas entender fácilmente a su hijo/a cuando habla?

- ☐ siempre
- ☐ habitualmente
- ☐ a veces
- ☐ raramente
- ☐ nunca
- ☐ mi hijo/a no habla



5. ¿Señala su hijo/a para indicar que quiere algo (por ej: un juguete que está fuera de su alcance)?

- ☐ varias veces por día
- ☐ algunas veces por día
- ☐ algunas veces por semana
- ☐ menos de una vez por semana
- ☐ nunca



6. ¿Señala su hijo/a para compartir un interés con Ud (por ej: señalar hacia algo interesante que vio)?

- ☐ muchas veces por día
- ☐ algunas veces por día
- ☐ algunas veces por semana
- ☐ menos de una vez por semana
- ☐ nunca



Q-CHAT

Por favor responda las siguientes preguntas acerca de su hijo/a marcando con una cruz el círculo **más** apropiado. Si puede, intente contestar **TODAS** las preguntas.

1. ¿La/Lo mira su hijo/a cuando Ud. dice su nombre?

- ☐ siempre
- ☐ habitualmente
- ☐ a veces
- ☐ raramente
- ☐ nunca



2. ¿Cuán fácil le resulta establecer contacto visual con su hijo/a?

- ☐ muy fácil
- ☐ bastante fácil
- ☐ bastante difícil
- ☐ muy difícil
- ☐ imposible



3. Cuando su hijo/a está jugando solo/a, ¿alinea objetos?

- ☐ siempre
- ☐ habitualmente
- ☐ a veces
- ☐ raramente
- ☐ nunca



4. ¿Pueden otras personas entender fácilmente a su hijo/a cuando habla?

- ☐ siempre
- ☐ habitualmente
- ☐ a veces
- ☐ raramente
- ☐ nunca
- ☐ mi hijo/a no habla



5. ¿Señala su hijo/a para indicar que quiere algo (por ej: un juguete que está fuera de su alcance)?

- ☐ varias veces por día
- ☐ algunas veces por día
- ☐ algunas veces por semana
- ☐ menos de una vez por semana
- ☐ nunca



6. ¿Señala su hijo/a para compartir un interés con Ud (por ej: señalar hacia algo interesante que vio)?

- ☐ muchas veces por día
- ☐ algunas veces por día
- ☐ algunas veces por semana
- ☐ menos de una vez por semana
- ☐ nunca



7. ¿Cuánto tiempo puede un objeto giratorio mantener el interés de su hijo/a (por ej: lavarropas, ventilador, ruedas de autitos)?

- ☐ varias horas
- ☐ media hora
- ☐ diez minutos
- ☐ un par de minutos
- ☐ menos de un minuto



8. ¿Cuántas palabras puede decir su hijo/a?

- ☐ ninguna—no ha comenzado a hablar todavía
- ☐ menos de 10 palabras
- ☐ 10-50 palabras
- ☐ 51-100 palabras
- ☐ más de 100 palabras



9. ¿Su hijo/a juega a "hacer como si" (por ej: cuidar muñecas, hablar en un teléfono de juguete)?

- ☐ muchas veces por día
- ☐ algunas veces por día
- ☐ algunas veces por semana
- ☐ menos de una vez por semana
- ☐ nunca



10. ¿Su hijo/a mira hacia dónde Ud está mirando?

- ☐ muchas veces por día
- ☐ algunas veces por día
- ☐ algunas veces por semana
- ☐ menos de una vez por semana
- ☐ nunca



11. ¿Con qué frecuencia su hijo/a huele o lame objetos inusuales?

- ☐ muchas veces por día
- ☐ algunas veces por día
- ☐ algunas veces por semana
- ☐ menos de una vez por semana
- ☐ nunca



12. ¿Agarra su hijo/a su mano y la pone sobre un objeto cuando quiere que Ud. lo use (por ej: sobre la manija de la puerta cuando quiere que Ud le abra la puerta, o sobre un juguete cuando quiere que Ud lo active)?

- ☐ muchas veces por día
- ☐ algunas veces por día
- ☐ algunas veces por semana
- ☐ menos de una vez por semana
- ☐ nunca



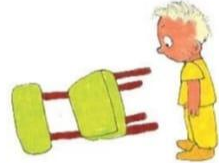
13. ¿Camina su hijo/a en puntas de pie?

- ☐ siempre
- ☐ habitualmente
- ☐ a veces
- ☐ raramente
- ☐ nunca



14. ¿Cuán fácil le resulta a su hijo/a adaptarse cuando su rutina cambia o cuando las cosas están fuera del lugar habitual?

- ☐ muy fácil
- ☐ bastante fácil
- ☐ bastante difícil
- ☐ muy difícil
- ☐ imposible



15. ¿Si Ud o alguien más en la familia está visiblemente angustiado/a, muestra su hijo/a signos de querer consolarlo/a (por ej: acariciando el pelo, abrazando)?

- ☐ siempre
- ☐ habitualmente
- ☐ a veces
- ☐ raramente
- ☐ nunca



16. ¿Hace su hijo/a la misma cosa una y otra vez (por ej: hacer correr el agua de la canilla, prender y apagar la luz, abrir y cerrar puertas)?

- ☐ muchas veces por día
- ☐ algunas veces por día
- ☐ algunas veces por semana
- ☐ menos de una vez por semana
- ☐ nunca



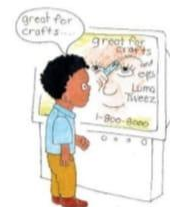
17. Describiría las primeras palabras de su hijo/a como:

- ☐ muy típicas
- ☐ bastante típicas
- ☐ levemente inusuales
- ☐ muy inusuales
- ☐ mi hijo/a no habla



18. ¿Repita su hijo/a cosas que escucha (por ej: cosas que Ud dice, frases de canciones o películas, sonidos)?

- ☐ muchas veces por día
- ☐ algunas veces por día
- ☐ algunas veces por semana
- ☐ menos de una vez por semana
- ☐ nunca



19. ¿Utiliza su hijo/a gestos simples (por ej: saluda con la mano cuando se despide)?

- ☐ muchas veces por día
- ☐ algunas veces por día
- ☐ algunas veces por semana
- ☐ menos de una vez por semana
- ☐ nunca



20. ¿Realiza su hijo/a movimientos raros con los dedos de la mano cerca de sus ojos?

- ☐ muchas veces por día
- ☐ algunas veces por día
- ☐ algunas veces por semana
- ☐ menos de una vez por semana
- ☐ nunca



21. Cuando su hijo/a se enfrenta a una situación desconocida, ¿le mira a la cara espontáneamente para comprobar su reacción?

- ☐ siempre
- ☐ habitualmente
- ☐ a veces
- ☐ raramente
- ☐ nunca



22. ¿Durante cuánto tiempo pueden sólo uno o dos objetos mantener el interés de su hijo/a?

- ☐ la mayor parte del día
- ☐ varias horas
- ☐ media hora
- ☐ diez minutos
- ☐ un par de minutos



23. ¿Su hijo/a hace girar objetos repetitivamente (por ej: un pedacito de hilo)?

- ☐ muchas veces por día
- ☐ algunas veces por día
- ☐ algunas veces por semana
- ☐ menos de una vez por semana
- ☐ nunca



24. ¿Parece su hijo/a ser hipersensible al ruido?

- ☐ siempre
- ☐ habitualmente
- ☐ a veces
- ☐ raramente
- ☐ nunca



25. ¿Su hijo/a es de mirar fijo a la nada sin un propósito aparente?

- ☐ muchas veces por día
- ☐ algunas veces por día
- ☐ algunas veces por semana
- ☐ menos de una vez por semana
- ☐ nunca



26a. ¿Alguna vez Ud u otra persona han referido algún tipo de preocupación por el desarrollo de su hijo/a? (por favor, redondee)

Sí

No

26b. En caso de ser afirmativo, por favor especifique debajo:

26c. En caso afirmativo, ¿quién fue la primera persona que mencionó algún tipo de preocupación por su hijo/a?

- ☐ padre o madre
- ☐ otro miembro de la familia/amigo
- ☐ maestra
- ☐ pediatra
- ☐ otro profesional de la salud

26d. En caso afirmativo, ¿qué edad tenía su hijo/a cuando surgió la primera preocupación?

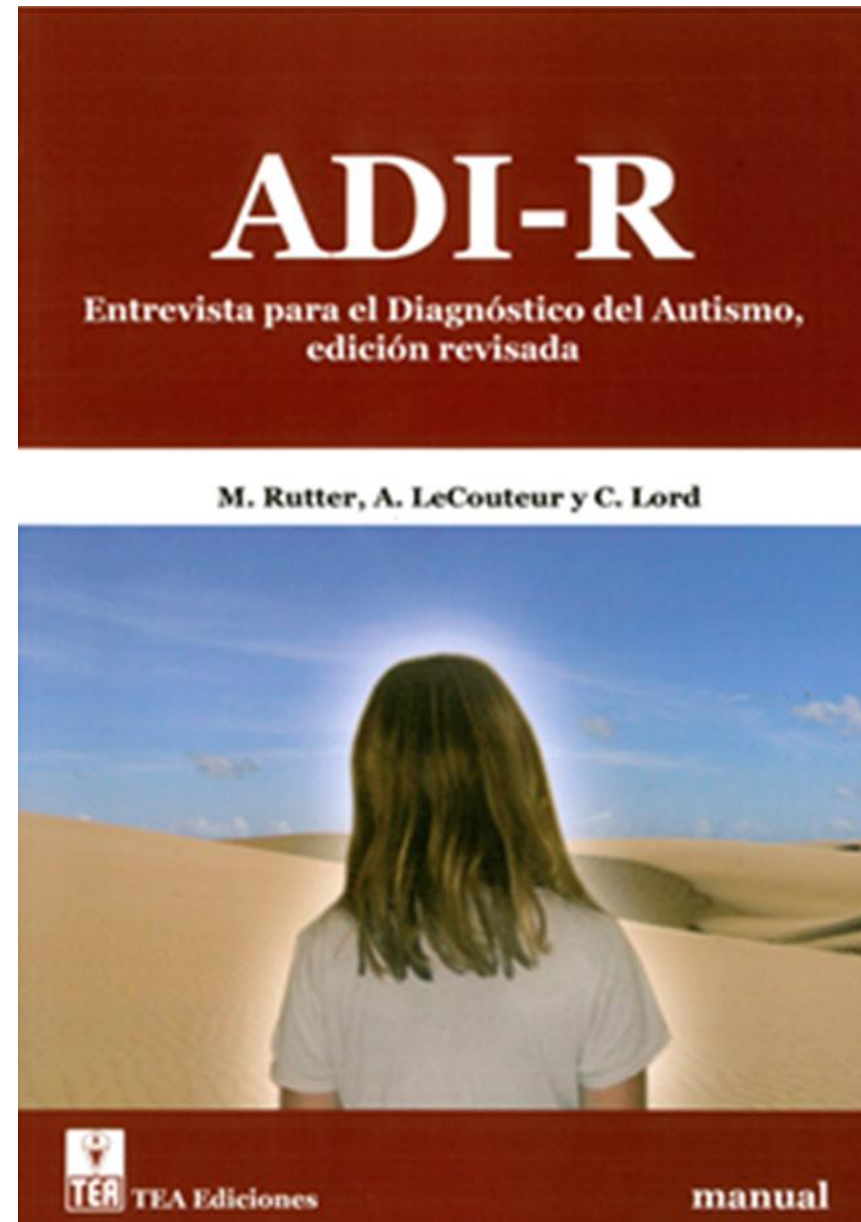
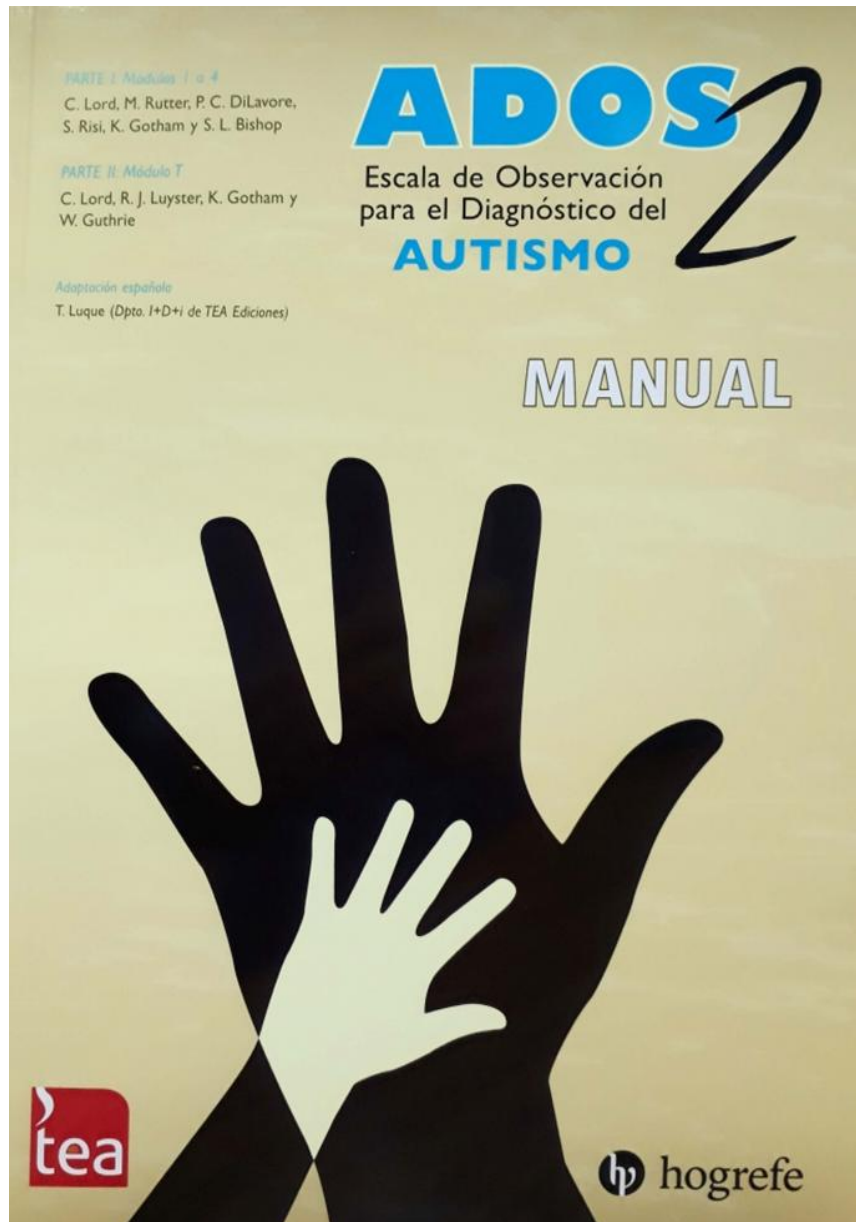
Meses

26e. ¿Su hijo/a alguna vez fue derivado por su pediatra por presentar algún tipo de problema médico o del desarrollo (por ej: retraso en el lenguaje, retraso en el desarrollo, problemas en la vista, autismo, problemas para escuchar)? (por favor redondee)

Sí

No

26f. En caso afirmativo, por favor especifique debajo:



ADOS-2

Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition



Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo-2

El ADOS-2 es un instrumento de **evaluación** semiestructurado y estandarizado diseñado para obtener información en las áreas de comunicación, interacciones sociales recíprocas, patrones de comportamiento e intereses restringidos o repetitivos asociados a un diagnóstico de TEA .

Novedades del ADOS-2

En 2013 se actualizó el ADOS y ahora esta disponible la traducción validada al castellano publicada como ADOS-2. En el ADOS-2 se incluye el módulos T.

1. **Manual y protocolos de evaluación completamente actualizados**, con pautas de aplicación, codificación e interpretación mejoradas.
2. **Algoritmos revisados** para los módulos 1, 2 y 3.
3. Incorporación del **Módulo T**, para evaluar a niños de 12 a 30 meses de edad.
4. **Puntuación comparativa** en los módulos 1, 2 y 3 para determinar el grado de severidad de los síntomas observados asociados al autismo.
5. **Corrección on-line** optativa y gratuita.
6. Folleto con la **descripción de materiales** para facilitar la tarea al profesional.



Descripción del ADOS-2

- Es una **escala de observación estandarizada y semiestructurada** para el diagnóstico del **autismo**.
- Se plantean situaciones sociales planificadas (“**presiones**”) diseñadas para provocar determinados comportamientos en un contexto estandarizado.
- Estos comportamientos están directamente relacionados con el diagnóstico de los Trastornos del Espectro Autista (TEA).
- Las actividades están **adaptadas** a cada edad y nivel de desarrollo:
 - desde 12 meses hasta adultos.
 - desde ausencia de habla hasta fluidez verbal.



Ámbito de aplicación del ADOS-2



- **Módulo T:** Niños de entre 12 y 30 meses de edad y que no usan un lenguaje de frases de manera consistente.



- **Módulo 1:** Niños de 31 meses de edad o más y que no usan un lenguaje de frases de manera consistente.



- **Módulo 2:** Personas de cualquier edad que usan un lenguaje de frases pero que no tienen fluidez verbal.

- **Módulo 3:** Niños y adolescentes menores de 16 años que tienen un lenguaje fluido.

- **Módulo 4:** Adolescentes a partir de 16 años y adultos que tienen un lenguaje fluido.



ADOS 2

Pre-Verbal/Palabras sueltas

Edades recomendadas:
de 12 a 30 meses

Módulo T

ADOS 2

Pre-Verbal/Palabras sueltas

Edades recomendadas:
a partir de los 31 meses

Módulo 1

ADOS 2

Habla con frases

Módulo 2

ADOS 2

Fluidez verbal

Niños y adolescentes

Módulo 3

ADOS 2

Fluidez verbal

Adolescentes y adultos

Módulo 4

Módulo T

- Diseñado para niños de **12 y 30 meses de edad** → Actividades adaptadas.
- Requiere el mismo nivel de lenguaje que el módulo 1 pero una edad cronológica inferior.
- Tiene sus propios algoritmos:
 - **Todos los niños pequeños/niños mayores con pocas palabras o ninguna** (entre 12 y 20 meses de edad cronológica o entre 21 y 30 meses y un código de 3 o 4 en A1)
 - **Niños mayores con algunas palabras** (entre 21 y 30 meses de edad cronológica y un código de 0, 1 o 2 en A1)
- En lugar de proporcionar los puntos de corte para la “clasificación del ADOS-2”, estipula “**rangos de preocupación**” (de sospecha de posible TEA).



Poca o ninguna preocupación
Preocupación de leve a moderada
Preocupación de moderada a severa

- Cada algoritmo mide:

AFECTACION SOCIAL

- Comunicación
- Interacción social reciproca

COMPORTAMIENTOS RESTRINGIDOS Y REPETITIVOS

- EL ADOS-2 está diseñado para ser aplicado por una sola persona y se centra en la conducta social interactiva entre el evaluador y la persona evaluada. En algunos ámbitos, se ha convertido en una práctica común que haya una persona aplicando el test mientras otra toma nota, pero en el caso del ADOS-2 es desaconsejable.

- ADOS-2 otorga su propia clasificación: Autismo, Espectro Autista y No TEA, excepto modulo T.
- La puntuación comparativa no representa la posición del evaluado en relación a un grupo de referencia de desarrollo normal; dicha puntuación no mide el deterioro funcional, más bien tiene como finalidad proporcionar un marcador del nivel -cantidad- de síntomas asociados al autismo medido por el ADOS-2, en función de la edad cronológica y el nivel de lenguaje).

Nivel alto de síntomas asociados la espectro autista.

Nivel moderado....

Nivel bajo de síntomas...

Nivel mínimo o no evidencia...

- ADOS-2 es un instrumento de evaluación y no de diagnóstico, por lo que los resultados obtenidos corresponden a criterios que, al médico tratante, le permitirán guiarse para confirmar o descartar el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista.

ADOS-2 es solo un componente dentro de una evaluación diagnóstica completa del Trastorno del Espectro Autista. Este instrumento solo proporciona información sobre la conducta actual del evaluado y está basado en una muestra de comportamiento limitada temporalmente.

ADI-R

Autism Diagnostic Interview Revised

Protocolo de la entrevista

ADI-R
Entrevista para el Diagnóstico del Autismo-Revisada
Ann Le Couteur, Catherine Lord, Michael Rutter

SUJETO
Nombre/Número de identificación: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad cronológica: _____ Sexo: ☐ Varón ☐ Mujer

INFORMANTE
Nombre: _____
Relación de parentesco con el sujeto: _____

ENTREVISTADOR
Nombre: _____
Centro: _____ Fecha de la entrevista: _____

Este protocolo de la entrevista debe ser utilizado conjuntamente con el manual del ADI-R



Entrevista para el Diagnóstico del Autismo, edición revisada.

El ADI-R es una entrevista semiestructurada extensa diseñada con el fin de obtener la información completa necesaria para llegar al diagnóstico de TEA. El uso del ADI-R de un entrevistador clínico experimentado y un informador (padre, madre o cuidador familiarizado tanto con la historia del desarrollo del sujeto como con su conducta diaria).



Tiempo entre 1½ horas y 2 ½ horas.



Edad a partir de los 2 años



El entrevistador explora tres grandes áreas (lenguaje/comunicación, interacciones sociales recíprocas y conductas e intereses restringidos, repetitivos y estereotipados) a través de 93 preguntas que se le hacen al progenitor o cuidador. La información recogida se codifica y se traslada a los algoritmos que orientan el diagnóstico y la evaluación de la situación actual.

Protocolo de la entrevista



ADI-R

Entrevista para el Diagnóstico del Autismo-Revisada

Ann Le Couteur, Catherine Lord, Michael Rutter

SUJETO

Nombre/Número de identificación: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad cronológica: _____ Sexo: ☐ Varón ☐ Mujer

INFORMANTE

Nombre: _____

Relación de parentesco con el sujeto: _____

ENTREVISTADOR

Nombre: _____

Centro: _____ Fecha de la entrevista: _____

Este protocolo de la entrevista debe ser utilizado conjuntamente con el manual del ADI-R

El ADI-R es una extensa entrevista diseñada con el fin de obtener la información completa necesaria para llegar a un diagnóstico de Autismo.

Esta entrevista se centra primordialmente en tres dominios o criterios:

(A) Alteraciones Cualitativas de la Interacción Social Recíproca.

(B) Alteraciones Cualitativas de la Comunicación.

(C) Patrones de Conducta Restringidos, Repetitivos y Estereotipados.

También contempla el dominio de:

- Alteraciones en el desarrollo evidentes a los 36 meses o antes.

ADI-R

Entrevista para el Diagnóstico del Autismo,
edición revisada

M. Rutter, A. LeCouteur y C. Lord



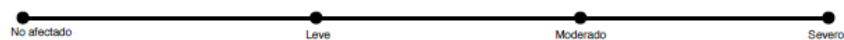
TEA Ediciones

manual

CONSIDERACIONES ADOS-2 Y ADI-R

- El ADI-R complemento con la aplicación de ADOS-2
- EL ADI-R (y ADOS-2) no consideran severidad porque detectan cantidad de síntomas (número de síntomas) y no funcionalidad.
- ADI-R todos los criterios alterados, 93% de ser TEA.
- ADI-R dos criterios alterados, 83% de ser TEA.
- ADI-R Criterio A y B alterado y C normal, posibilidad de TEA pero descartar Trastorno de Comunicación Social.
- ADOS-2 y ADI-R cumplen criterios, 95% probabilidad de TEA.
- ADOS-2 y ADI-R criterios de DSM IV .

Fecha _____	Examinador _____	Paciente # _____
CONTACTO VISUAL (observado)	☐ ≥ 3 segundos	☐ Fluctuante
INTERÉS EN OTROS (observado)	☐ Inicia interacción con el examinador	☐ Responde solo pasivamente
HABILIDAD PARA SEÑALAR (observado)	☐ Puede Señalar/ Hacer un ademán hacia el objeto	☐ Sigue el señalamiento con la mirada pero no señala
LENGUAJE (reportado u observado)	☐ Puede hablar acerca de otro tiempo o de otro lugar	☐ Palabras sueltas ☐ Frases (≤ 3 palabras) ☐ Oraciones incompletas
	☐ Problema de Articulación	
PRAGMÁTICA DEL LENGUAJE	☐ No afectada ☐ No aplica	☐ No logra respetar los turnos o los tópicos ☐ Entonación peculiar o con poca variación ☐ reportado ☐ observado
ESTEREOTIPIAS/ CONDUCTAS REPETITIVAS (reportado u observado)	☐ Ninguna	☐ Conductas compulsivas / Rutinas rígidas ☐ Estereotipias motoras o vocales ☐ Ecolalia ☐ Lenguaje estereotipado
PREOCUPACIONES INUSUALES O DEMASIADO ABSORBENTES	☐ Ninguna	☐ Presentes--describa: ☐ reportado ☐ observado
SENSIBILIDADES INUSUALES	☐ Ninguna	☐ Reactividad sensorial elevada ☐ Alto Umbral al Dolor ☐ reportado ☐ observado



Adaptación y Validación del Examen de Estado Mental del Autismo (AMSE) en Chile: buscando reducir la brecha diagnóstica

Adaptation and Validation of the Autism Mental Status Examination (AMSE) in Chile: seeking to reduce the diagnostic gap

Matias Irrarrazaval^{a,b}, Isabel López^{b,c,d}, Cecilia Figueroa^{b,f}, Marcia Cabezas^{b,g}, Cristián Yáñez^{b,e,h}, Eliana Rodillo^d, Sofia Riesle^{b,h}, Tamara Rivera^b, Ricardo García^b

^aUnidad de Salud Mental, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

^bPrograma de Autismo, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

^cCentro del Desarrollo, MEDICOP, Santiago, Chile.^dDepartamento de Neurología Pediátrica, Clínica Las Condes, Santiago, Chile.

⁶Escuela de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile.

^fTerapeuta Ocupacional

⁹Fonoaudióloga

^hPsicólogo

Recibido: 25 de julio de 2022; Aceptado: 8 de marzo de 2023





CAT-Q

25 afirmaciones

El **Cuestionario de Camuflaje de Rasgos Autistas (CAT-Q)** proporciona una medida de cuánto camuflas tus tendencias autistas.

Ten en cuenta también que las puntuaciones más altas en el CAT-Q también pueden explicar puntuaciones más bajas en otras pruebas de autismo.

Autor/es

M. Rutter, A. Bailey y C. Lord

Adaptador/es

J. Pereña y P. Santamaría
(Dpto. I+D+i de Hogrefe TEA Ediciones)

Aplicación

papel.

Tiempo

entre 10 y 15 minutos.

Edad

a partir de 4 años.

Categorías

› CLÍNICA, autismo.

También puede ser usado de modo rutinario para descartar la presencia de este tipo de trastorno en el ámbito escolar o clínico. Esta prueba, previamente conocida como ASQ (Autism Screening Questionnaire), fue creada por los mismos autores del ADI-R y ADOS con el objetivo de servir de prueba de cribaje.

SCQ. Cuestionario de Comunicación Social (b)

Breve instrumento de evaluación destinado al screening de los trastornos del espectro autista, mediante observación de la conducta del niño.



Respondido por padres o cuidadores en apenas 10 minutos, el SCQ es un medio efectivo, rápido y económico de determinar la posible presencia de **trastornos del espectro autista**.

Compuesto por 40 elementos, proporciona una puntuación total y tres posibles puntuaciones adicionales (**Problemas de interacción social, Dificultades de comunicación y Conducta restringida, repetitiva y estereotipada**).

El cuestionario se presenta en dos formas: La forma A se refiere a toda la vida pasada del sujeto y la forma B se debe contestar a la vista de la conducta durante los últimos 3 meses. A partir de los resultados obtenidos podremos comprender mejor la situación del sujeto, remitirlo a un proceso diagnóstico más completo si se sospecha la existencia de un TEA (ADI-R o ADOS), y evaluar los resultados de los planes de tratamiento y reeducación.

Instrumentos de diagnóstico

Instrumentos	Información	Rango etario	Ítems	Tiempo de aplicación
Autism Diagnostic Interview-Revised ADI-R	Reporte de los padres - Entrevista semi estructurada	Niños y adultos	93	90 a 160 minutos
Autism Diagnostic Observation Schedule ADOS-2	Observación de la conducta y semi estructurada	A partir de los 12 meses de edad	5 módulos	40 a 60 minutos
Childhood Autism Rating Scale CARS-2	Reporte de información de la conducta	Pre escolar a edad adulta	15 ítems	10 a 15 minutos

Instrumentos de evaluación de desarrollo

Instrumentos	Información	Rango etario	Ítems	Tiempo de aplicación
Bayley Scales of infant and toddler development	Aplicación individual	1 a 42 meses	Cognitivo, lenguaje, motor, socio emocional, conducta adaptativa	90 minutos
Merril Palmer Revised Scales of development	Aplicación individual / padres	1 a 78 meses	Cognitivo y motor, adaptativa, lenguaje, comportamiento social y emocional	45 minutos
Mullen Scales of early learning	Aplicación individual	0 a 68 meses	124 ítems motricidad, resolución no verbal de problemas	45 minutos
Battelle Developmental Inventory Screening Test . BDI-2	Aplicación individual	0 a 8 años	Habilidades adaptativas, motoras, comunicación y cognitiva	90 minutos

Evaluación cognitiva

Instrumentos	Información	Rango etario	Ítems	Tiempo de aplicación
Leiter International Performance Scale. Leiter R	Aplicación individual Evaluación no verbal	3 a 75 años	Cognitivo, atención, memoria	45 minutos
Wechsler Intelligence Scale for Children 5. WISC-5	Aplicación individual Niños con lenguaje verbal	6 a 17 años	Compresión verbal, visio espacial, razonamiento memoria de trabajo y velocidad de procesamiento	65 minutos
Escala de nivel de inteligencia de Wechsler para escolar y preescolar. WPPSI-III	Aplicación individual	2, 6 meses a 7,7 meses	Comprensión verbal, visioespacial, velocidad de procesamiento	45 minutos

Evaluación del nivel de adaptación

Instrumentos	Información	Rango etario	Ítems	Tiempo de aplicación
Vineland Adaptive Behavior Scales, 3.	Entrevista a padres y profesores	0 a 90 años	Comunicación, habilidades de la vida cotidiana, socialización	30 minutos
Adaptive Behavior Assessment System, 3. ABAS	Entrevista a padres y profesores	0 a 90 años	Habilidades adaptativas	30 minutos

Evaluación del lenguaje y la comunicación

Instrumentos	Información	Rango etario	Tiempo de aplicación
Evaluación no verbal	Evaluación no verbal: precursores de la comunicación	Variable	Variable
Test ComFor			
Test de lenguaje emergente receptivo/expresivo. REEL		0 a 3 años	

Evaluación del lenguaje y la comunicación

Instrumentos	Información	Rango etario	Tiempo de aplicación
Evaluación pacientes verbales	Identificación, diagnóstico y seguimiento de alteración de lenguaje	5 a 12 años	Variable
CELF 2 CELF 5			
TECAL	Test complementario para comprensión auditiva de lenguaje	3 a 6,11 meses	Variable
TEPROSIF	Test complementario para evaluar cantidad de procesos fonológicos de simplificación	3 a 6,11 meses	Variable
ITPA Test Illinios	Test complementario para evaluar aptitudes psicolingüísticas	3 a 10 años	Variable
PEFE	Pauta complementaria de evaluación de fonoaudiología para escolares	7 a 12 años	Variable
EDNA	Pauta complementaria de evaluación del discurso narrativo	3 a 10 años	Variable

Otras evaluaciones

Instrumentos	Información	Rango etario	Ítems	Tiempo de aplicación
Perfil psicoeducativo Revisado PEP-R	Aplicación individual/ cuidadores	6 meses a los 7 años	Imitación, percepción motricidad, coordinación, cognitiva	60 minutos
Sensory processing Measure SPM	Entrevistas a los cuidadores o profesores	5 a 12 años	Perfil sensorial	20 minutos
BRIEF P y BRIEF -2	Cuidadores / Profesores	2 a 5 5 a 18 años	Funciones ejecutivas: inhibición, control emocional, flexibilidad, planificación y organización y flexibilidad	20 minutos
Test clasificación de Tarjetas de Wisconsin	Aplicación individual	6 años y 6 meses a 90 años	Funciones ejecutivas: razonamiento abstracto, formación de categorías, solución de problemas y perseveración	Variable

El Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil (TADI),
es una escala que permite evaluar de manera continua el desarrollo y aprendizaje
de niñas y niños entre 3 meses y 6 años de edad, diseñado y estandarizado en
Chile.



- De bajo costo.
- Simple y rápido de aplicar (20-30 minutos por niño/a).
- Válido, confiable y pertinente.
- Evalúa niño/as entre 3 meses y 6 años de edad.
- Dimensiones evaluadas: Cognición, Motricidad, Lenguaje y Socioemocionalidad.
- Estandarizado en Chile, pertinente para niños y niñas de pueblos originarios y habitantes de distintas localidades.
- El examinador no requiere certificación previa.



Este instrumento de evaluación de niños preescolares (2 a 5 años), mide tres áreas básicas del desarrollo infantil: coordinación, lenguaje y motricidad; tiene normas establecidas en niños chilenos y sus índices de confiabilidad y validez son muy adecuados. El TEPsi es de fácil administración y corrección, utiliza pocos materiales y de bajo costo. Permite detectar en forma gruesa riesgos o retrasos en el desarrollo psicomotor. Sirve para evaluar programas preescolares y puede ser utilizado en investigaciones y a nivel clínico. La batería incluye el manual de evaluación y los instrumentos necesarios para aplicar el test.

Test de desarrollo psicomotor TEPsi

2 - 5 años

Nombre del niño o niña

apellido paterno apellido materno nombres

R.U.N.

Fecha de nacimiento

Edad del niño o niña

años meses días

Número de ficha

Fecha del examen

día mes año

Examinador

apellido paterno apellido materno nombres

I. Resultado total Test

Puntaje bruto

Puntaje T

Categoría

☐ Normal

☐ Riesgo

☐ Retraso

Observaciones

II. Resultado por sub-test

1. Coordinación

Puntaje bruto

Puntaje T

Categoría

☐ Retraso

☐ Riesgo

☐ Normal

2. Lenguaje

Puntaje bruto

Puntaje T

Categoría

☐ Retraso

☐ Riesgo

☐ Normal

3. Motricidad

Puntaje bruto

Puntaje T

Categoría

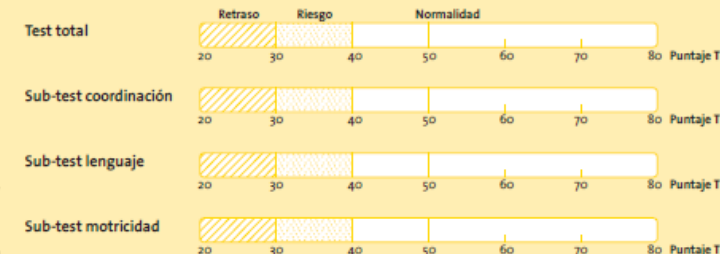
☐ Retraso

☐ Riesgo

☐ Normal

Observaciones

III. Perfil TEPsi



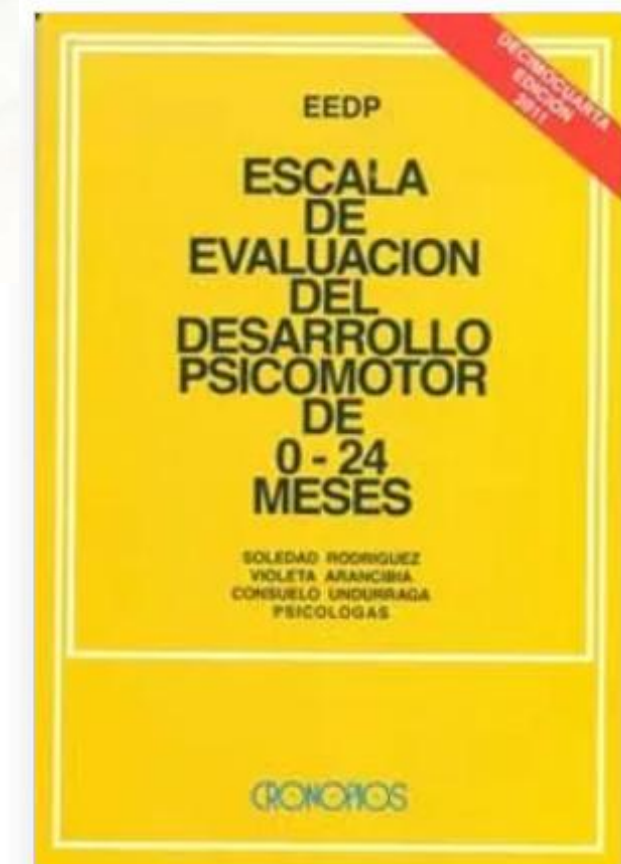


1. Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP)

Se aplica a los 8 y 18 meses, y evalúa el DSM entre los 0 y 2 años.

Considera 4 áreas del desarrollo: motora, lenguaje, social y coordinación. Cada edad considera 5 ítems, los que al integrarse generan un *coeficiente de desarrollo*, que según su resultado categoriza el DSM del lactante como:

- normal (mayor o igual a 0.85),
- rezago (normal pero con algún área deficitaria),
- riesgo (entre 0.84 y 0.70)
- retraso (menor o igual a 0.69).



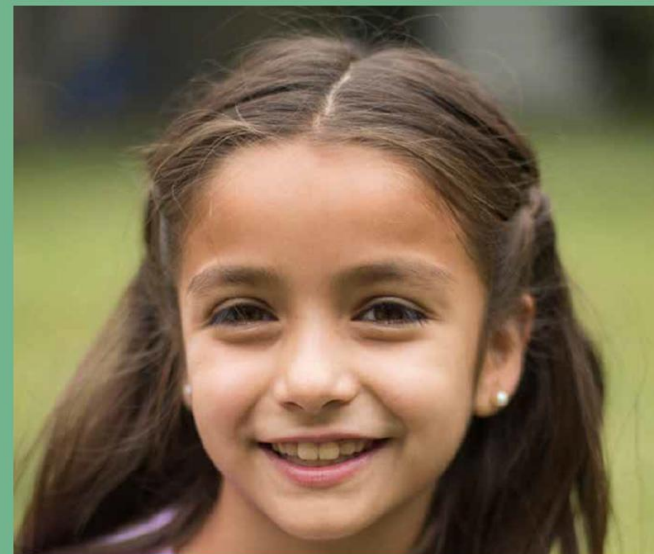
Instrumentos de Detección de Espectro Autista (EA)

Los profesionales que participan en la Supervisión de Salud Integral, deben estar atentos durante todos los contactos con los niños, niñas y sus familias, a las señales de alerta temprana de Espectro Autista (EA). Es relevante señalar que solamente los profesionales con experiencia y formación en EA, pueden diagnosticar correctamente. Lo importante, es detectar las señales de alerta oportunamente e intervenir a través de la estimulación, mientras se construye el diagnóstico (46). En las tablas III - 27 y III - 28 se presentan un listado de señales de alerta para niños y niñas, que se podrían considerar como una sospecha de EA. Estas señales de alerta fueron elaboradas por la mesa de Trastornos del Espectro Autista del Ministerio de Salud, a partir de revisión de evidencia y validación de expertos por medio de metodología DELPHI. 2018.

En aquellos niños y niñas entre 16 a 30 meses que presenten una o más señales de alerta temprana de EA, se les debe aplicar el Cuestionario (primera parte) de Detección del Autismo en Niños y Niñas Pequeños - Revisado (M-CHAT-R/F). En caso de obtener puntaje de riesgo medio en el cuestionario, se debe realizar la Entrevista de Seguimiento (segunda parte), idealmente, en el mismo control de salud, o bien, se debe reagendar lo antes posible para ser realizado por un profesional capacitado en aplicación de M-CHAT-R/F (enfermero/a, psicólogo/a o médico/a). Asimismo, todo niño o niña menor de 16 meses o mayor de 30 meses, con sospecha de EA, debe ser derivado a médico/a de APS para evaluación.

3

SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL
INFANTIL



Norma Técnica para la Supervisión de
SALUD INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 9 AÑOS
en la Atención Primaria de Salud - Actualización 2021

Programa Nacional de Salud de la Infancia
Departamento de Ciclo Vital
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública

Decreto 20 EXENTO

MODIFICA EL DECRETO N° 55 EXENTO, DE 2021, QUE APRUEBA "NORMA TÉCNICA N° 218 PARA LA SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 9 AÑOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD - 2021" Y DEJA SIN EFECTO NORMA GENERAL TÉCNICA N° 166 APROBADA POR RESOLUCIÓN N° 336 EXENTA, DE 2014

MINISTERIO DE SALUD; SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Publicación: 11-MAR-2024 | Promulgación: 04-MAR-2024

Versión: Única De : 11-MAR-2024

Url Corta: <https://bcn.cl/3l65h>



I. Incorpórese en el Capítulo N° 3, Sección 3.3.2, denominado "Abordaje de niños y niñas con necesidades especiales de atención de salud (Naneas)" numeral v, titulado "Niños y Niñas en el Espectro Autista", el siguiente párrafo:

"Factores de riesgo asociados al TEA:

Al momento de evaluar a un niño o niña, se deben considerar los antecedentes personales y familiares, como parte de la valoración habitual del control de salud integral infantil. La evidencia actual indica que existen factores o condiciones que se asocian con la probabilidad de tener TEA, por lo que deben ser considerados para su sospecha. A continuación, se indican estos factores:

- Alteración del neurodesarrollo en área de lenguaje y/o social.
- Consulta espontánea de madre, padre y/o cuidadores por sospecha de TEA.
- Ser hijo, hija, hermano o hermana de personas con TEA.
- Prematuro/a extremo (haber nacido antes de las 32 semanas).
- Uso de ácido valproico durante el embarazo".

PROTOCOLO
PARA EL ABORDAJE INTEGRAL EN SALUD DE PERSONAS CON
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA, LINEAMIENTOS EN EL
MARCO DE LA LEY 21.545
División de Prevención y Control de Enfermedades
División de Gestión de la Red Asistencial
División de Atención Primaria

Ministerio de Salud,
2024



Es importante considerar desde la sospecha diagnóstica de TEA, eventuales banderas rojas de otras condiciones de salud que puedan generar signos similares y que requieran una evaluación prioritaria (ej: sospecha de un tumor cerebral, sospecha de enfermedad metabólica, sospecha de hipoacusia, entre otras).

Para la EDI es necesario más de una sesión, ya que es muy importante la observación de las conductas del NNA, y esto puede no ser suficiente con una sola consulta. Así también es relevante el reporte que pueden realizar los padres, madres y/o cuidadores, el equipo educativo u otras instancias en las que participa el NNA.

B. Evaluación Diagnóstica Integral

PROTOCOLO
PARA EL ABORDAJE INTEGRAL EN SALUD DE PERSONAS CON
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA, LINEAMIENTOS EN EL
MARCO DE LA LEY 21.545
División de Prevención y Control de Enfermedades
División de Gestión de la Red Asistencial
División de Atención Primaria

Ministerio de Salud,
2024



El proceso de la EDI en NNA no sólo debe incluir la evaluación de la sintomatología del TEA o criterios diagnósticos, sino debe explorar al menos los siguientes elementos (21):

1. Historia Clínica, incluyendo antecedentes e historia del desarrollo.
2. Verificación de la sintomatología de acuerdo con CIE 11 y DSM 5.
3. Evaluación del nivel de desarrollo y de sus habilidades lingüísticas expresivas y físicas/sensoriales (audición y visión; exploración neurológica, entre otras).
4. Valoración de dificultades emocionales o de comportamiento.
5. Actividades de la vida diaria y autonomía progresiva.
6. Información sobre factores socioambientales.
7. Reportes del jardín o establecimiento educacional.
8. Examen físico general y segmentario realizado por médico/a, que incluya examen neurológico y evaluación de signos de diagnósticos diferenciales y/o comorbilidades (ej: dismorfias, signos neurocutáneos, entre otros).

B. Evaluación Diagnóstica Integral

PROTOCOLO
PARA EL ABORDAJE INTEGRAL EN SALUD DE PERSONAS CON
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA, LINEAMIENTOS EN EL
MARCO DE LA LEY 21.545

División de Prevención y Control de Enfermedades
División de Gestión de la Red Asistencial
División de Atención Primaria

Ministerio de Salud,
2024



Entre las condiciones que requieren diagnóstico diferencial en el caso de NNA y evaluación por especialista dado la complejidad que presentan se encuentra:

- Retraso del desarrollo psicomotor global.
- Alteraciones genéticas
- Alteraciones en el examen neurológico (como debilidad, hipo o hipertensión, etc.).
- Retraso del desarrollo psicomotor con predominio del lenguaje que no cuente con screening auditivo y exista la sospecha de hipoacusia.
- Regresión del desarrollo psicomotor.
- Discapacidad intelectual.

B. Evaluación Diagnóstica Integral



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

Guía de Práctica Clínica

Detección y Diagnóstico Oportuno de los Trastornos del Espectro Autista (TEA)

Ministerio de Salud 2011



SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
División de Prevención y Control de Enfermedades
Departamento de Discapacidad y Rehabilitación



**Propuesta de la
Academia
Americana de
Pediatria (APP)**
Realizar tamizaje
universal a todos los
niños a la edad de 18
y 24 meses.



Chile

- **Guía Clínica de Detección y Diagnóstico oportuno de Trastorno del Espectro Autista del MINSAL (2011):** sólo cuando se observen señales de alerta de TEA y/o se presenten alteraciones en la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) en el control de salud de 18 meses.
- **Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud (2014):** en el control de salud de los 18 meses, en aquellos niños/as que presentan alteraciones en el área del desarrollo social y/o del lenguaje en el EEDP en el control de salud de 18 meses.

Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica de Detección y Diagnóstico Oportuno de los trastornos del Espectro Autista (TEA). Santiago, 2011.

Ministerio de Salud de Chile. Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud Programa Nacional de Salud de la Infancia. N° 1 66, Resolución Exenta N°336, Santiago, 2014.

Artículo 3.- Principios. La aplicación de esta ley, en lo que se refiere a las personas con trastorno del espectro autista, deberá sujetarse al cumplimiento de los siguientes principios:

a) Trato digno. Deben recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia. Deberá adoptarse un lenguaje claro y sencillo en las atenciones que se les brinden, y medidas necesarias para respetar y proteger su vida privada y su honra.

Quienes brinden atención al público deberán permitir que estas personas estén acompañadas por un familiar o cuidador, a quienes se les deberá otorgar un trato digno y respetuoso.

b) Autonomía progresiva. Todo niño, niña y adolescente ejercerá sus derechos conforme a la evolución de sus facultades, en atención a su edad, madurez y grado de desarrollo que manifieste, de conformidad con lo establecido en el artículo 11 de la ley N° 21.430, sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia. Para ello se considerará el grado de discapacidad que pueda tener y, en caso de ser necesario, que los padres o tutores legales sean responsables de estas decisiones de acuerdo con la situación individual de apoyos de ellos y que, en ningún caso, implique un desmedro en su autonomía e independencia.

c) Perspectiva de género. En la elaboración, ejecución y evaluación de las medidas que se adopten en relación con estas personas deberá considerarse la variable de género.

d) Intersectorialidad. Las acciones, prestaciones y servicios que podrán realizarse para la protección de los derechos de estas personas se desarrollarán de manera conjunta y coordinada por los diversos órganos del Estado, dentro de sus respectivos ámbitos de competencia.

e) Participación y diálogo social. Estas personas y sus organizaciones tendrán un rol activo en la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas que les conciernen.

f) Neurodiversidad. Las personas tienen una variabilidad natural en el funcionamiento cerebral y presentan diversas formas de sociabilidad, aprendizaje, atención, desarrollo emocional y conductual, y otras funciones neurocognitivas.

g) Detección temprana. Los actores que forman parte de la red de protección y tratamiento de estas personas deberán adoptar todas las medidas necesarias para diagnosticar, durante los primeros años de vida, si una persona tiene o no trastorno del espectro autista.

h) Seguimiento continuo. Una vez diagnosticada una persona con trastorno del espectro autista, existirá la obligación de parte de los actores que formen parte de la red de protección y tratamiento, en especial del Estado, de acompañarla durante las diferentes etapas de su vida, y proveer de soluciones adecuadas cuando sea necesario, tomando en consideración su grado de discapacidad.

DIARIO OFICIAL

DE LA REPUBLICA DE CHILE
Ministerio del Interior y Seguridad Pública

I
SECCIÓN

LEYES, REGLAMENTOS, DECRETOS Y RESOLUCIONES DE ORDEN GENERAL

Núm. 43.498

Viernes 10 de Marzo de 2023

Página 1 de 7

Normas Generales

CVE 2284193

MINISTERIO DE SALUD

LEY NÚM. 21.545

ESTABLECE LA PROMOCIÓN DE LA INCLUSIÓN, LA ATENCIÓN INTEGRAL, Y LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN EL ÁMBITO SOCIAL, DE SALUD Y EDUCACIÓN

Ideas importantes...

- Edad promedio de diagnóstico: 4 años.
 - Edad promedio de las primeras preocupaciones de los padres: 2 años
-
- Existe una brecha de 2 años entre la primera sospecha y el diagnóstico.
-
- El tamizaje universal disminuye la brecha entre la sospecha, el diagnóstico y la intervención.
-
- Se requieren instrumentos de tamizaje confiables y adaptados a la cultura local, que puedan ser aplicados a todos los niño/as en los controles de salud rutinarios.

