



Universidad
Central

Facultad de Medicina
y Ciencias de la Salud

Manual de detección, evaluación, diagnóstico e intervención de espectro autista en niños, niñas y adolescentes



AUTORES:

LEONARDO ALFONSO VIDAL HERNANDEZ

Académico. Carrera de Terapia Ocupacional
de la Universidad Central de Chile, Santiago.

ESTUDIANTES DE TERAPIA OCUPACIONAL

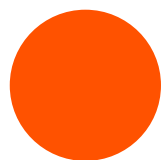
AMANDA VALENZUELA, BELÉN ZAMORA, JAVIERA SANDOVAL, VICENTE MOYA.

Carrera de Terapia Ocupacional Universidad Central de Chile
Marzo 2024

ÍNDICE

Introducción	5
¿A quién va dirigido el manual?	5
Objetivos de Este Manual	5
Paradigma Neurodiversidad	6
¿Trastorno o Condición del Espectro Autista?	7
Interseccionalidad	8
Interseccionalidad en el Espectro Autista	9
Condición del Espectro Autista	10
Epidemiología	10
Etiología	10
Factores de Riesgo y Diagnósticos Diferenciales	11
Señales de Alerta según el CDC	13
Criterios Diagnóstico	14
Clasificación para el autismo Según CIE-11	14
Criterios Diagnósticos Según DSM-V	15
Ley TEA	18
Importancia del Diagnóstico Precoz	19
Diagnósticos Diferenciales	20
Evaluaciones	21
M-CHAT	21
ADOS-2	22
ADIR	22
Observación Clínica	23
Condición del Espectro Autista en la Adolescencia	26
Desafíos Escolares	28
Acceso a la Educación Superior	30
Intervención en niños, niñas y adolescentes	31
Páginas de Interés	41
Bibliografía	43





Introducción



¿A quién va dirigido el manual?

El presente manual va dirigido a padres, cuidadores, estudiantes y/o personas relacionadas con niños, niñas y adolescentes dentro del espectro autista y todo aquel que desee conocer más sobre la Condición del Espectro Autista (CEA de aquí en adelante).

Objetivos del Manual

- ✓ Entregar conocimientos sobre la CEA.
- ✓ Conocer y comprender aspectos históricos, diagnósticos y estrategias de intervención sobre la CEA.
- ✓ Para estudiantes y académicos que deseen profundizar elementos del CEA.
- ✓ Facilitar información y comprensión a todo aquel que desee y necesite aprender sobre la CEA.

Paradigma Neurodiversidad



Para entender el espectro autista, es necesario conocer este paradigma, cuyo propósito es comprender y aceptar las distintas formas en las que el cerebro humano opera en las personas. Desde la psiquiatría crítica, se ha negado a la idea de un “sujeto promedio ideal” o neurotípico, creando el concepto de “neurodiversidad” para describir las diferencias en el funcionamiento del cerebro (Lampert, 2022) y visibilizando que no existe una forma “correcta” de comportamiento, más bien, existen diferentes formas en las que alguien percibe y responde al mundo.

Si bien la neurodiversidad es un concepto para algunos novedoso, tiene sus inicios en el año 1990 para combatir el estigma contra las personas con autismo, así como contra el Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH) y los Trastornos del Aprendizaje, como la dislexia. (Child Mind Institute, 2023).

Algunos tipos de neurodivergencia son:

- ✓ **Condición del Espectro Autista:** Principalmente manifestada en dificultades en habilidades sociales, comportamientos repetitivos e intereses restringidos y comunicación alterada.
- ✓ **Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad:** Se presenta principalmente en dificultades en la mantención atencional y control de las conductas impulsivas.
- ✓ **Dislexia:** Afecta la habilidad de alguien para hablar, leer y escribir, principalmente por dificultades en el reconocimiento y diferenciación de letras y palabras.
- ✓ **Dispraxia:** Trastorno psicomotriz que se da en la infancia y que afecta en la movilización y coordinación del cuerpo haciendo que los movimientos se lleven

a cabo con lentitud, torpeza y dificultad, incluso si son sencillos, dificultando tareas como: Atar los cordones, montar una bicicleta, escribir, etc.

El paradigma de la neurodivergencia invita a la comunidad y entorno de niños y niñas que presentan desafíos significativos que comprometen su diario vivir (Escuela, amistades, vida hogareña y habilidades de adaptación), a considerar acudir a un profesional para una valoración médica que pueda o no converger en un diagnóstico, como lo es en el caso del autismo, que ayude a explicar y abordar las dificultades del niño o niña, entregando así las herramientas necesarias al individuo y su entorno para fomentar el desarrollo e inclusión (Miller, 2023).

La importancia de abordar el autismo desde la neurodivergencia es encaminar a la sociedad hacia la aceptación de ciertos síntomas sociales que inciden directamente en la salud mental de las personas. Cuando un niño, niña y adolescente, inclusive adulto, siente el deseo de encajar en la sociedad pero se le dificulta, significando en el individuo un malestar imperceptible para su entorno. En el autismo existe el concepto *masking*, el cual se define como: aquella supresión de los aspectos identitarios de la persona para poder cumplir con lo que sea entendido como norma dentro de una determinada cultura, estas conductas conllevan: Decir menos de lo deseado para no sentir que se habla demasiado o interrumpir a la gente, escribir todo para recordarlo más tarde, reprimir emociones fuertes, dificultades para concentrarse por el esfuerzo de ocultar el exceso de energía, sentirse incapaz de relajarse antes de una próxima cita porque se podría perder la noción del tiempo, sentir la necesidad de organizar una tarea o proyecto en lugar de trabajar en el, experimentar irritabilidad por tener que concentrarse en una actividad de bajo interés, mantener estándares perfeccionistas para ocultar defectos autopercebidos o imitar a otras personas en situaciones sociales para encajar, etc. Asimismo, existen ciertos estigmas que acompañan a determinados diagnósticos, que pueden explicarse por falta de acceso a la información adecuada que permita a la comunidad ser más asertiva cuando interactúen con personas dentro del espectro autista u otro trastorno del neurodesarrollo.

¿Trastorno o Condición del Espectro Autista?

En estricto rigor el término *Trastorno* no es completamente incorrecto su uso, ya que, en la práctica clínica es la forma adecuada para referirse a un grupo de síntomas identificables que en la mayoría de los casos se acompañan e interfieren o presentan desafíos en la vida diaria del individuo (Gallego y Vlamisa, 2021, como se citó en Lampert, 2022). Así, en general, un “trastorno mental” haría referencia a aquellas manifestaciones de disfunciones biológicas, psicológicas y/o conductuales que impiden un funcionamiento “neurotípico” de la mente o el cuerpo. Sin embargo, alejado del campo clínico, existe una controversia a nivel social en la utilización cotidiana del concepto “Trastorno”, ya que limita su uso a la ausencia de salud o desviación de la norma psicológica ideal,

discapacidad social y/o de sufrimiento psicológico (Caballero, 2007, como se citó en Lampert, 2022).

A partir del año 2015 el neurocientífico Simon Baron-Cohen, emprende la búsqueda hacia que el autismo se comprenda desde una mirada más humana y precisa, en lugar de una enfermedad o “trastorno”, ya que, dicho concepto es potencialmente estigmatizante a nivel social, siendo una palabra que limita a la persona a poseer una identidad o un estilo propio de personalidad, algo que sí es posible cuando se habla de condición. (Casanueva, 2015, como se citó en Lampert, 2022).

Entendiendo el amplio espectro de identidades que se encuentran dentro de la comunidad autista, es importante comprender que la promoción de la ideología que niega la existencia de un cerebro neurotípico o de una persona “Normal”, apunta a la asertividad con la que interactuamos en sociedad, logrando un intercambio orientado hacia la comprensión de las diversidades y reducir los niveles de agotamiento y desórdenes de salud mental que produce el *masking*. Un estudio realizado a 346 adultos con autismo arrojó que 300 de ellos reportaban experimentar malestar por negar su diagnóstico a la vez que crean en sí mismos percepciones y expectativas no realistas con el fin de poder acceder al mundo social, refiriendo que la falta de conciencia y aceptación del autismo por parte de la comunidad es una de las razones principales para recurrir a la supresión de su identidad (Martinez, 2023).

La reivindicación de la neurodivergencia y de la experiencia autista como una condición que conlleva la exigencia del reconocimiento y la aceptación como una variación natural a la par de otros eventos sociales de inclusión, (Jaarsma y Welin, 2011, como se citó en Lampert, 2022) que busca derribar los estigmas identitarios que aquejan a la sociedad contemporánea en materia de género, etnia, edad y disidencias sexuales, es que se promueve incorporar estos conocimientos que tienen como finalidad modificar el paradigma actual con el que se entiende al individuo y su bienestar.

Interseccionalidad

La interseccionalidad es un concepto creado en el año 1989 por la profesora de Derecho de la Universidad de Columbia Kimberlé Crenshaw, en un análisis de caso donde dió cuenta que el sistema de despido basado en la antigüedad laboral utilizado por una empresa, aunque estuviese formulado en términos neutrales, perpetuaba la discriminación de raza y de género en violación de los derechos de no discriminación en el trabajo. La interseccionalidad sirvió para indicar de qué manera la raza y el género, interactuando entre sí, conforman las múltiples dimensiones de desventajas que definen las experiencias de las mujeres negras en los Estados Unidos (Crenshaw, 1991).

La interseccionalidad permitió abordar la exclusión de las minorías y entender el posicionamiento social de un individuo como la interrelación entre sus diferentes

identidades como un lugar de subjetivación, poder y privilegio que cambia dinámicamente a lo largo del tiempo y en los distintos contextos sociopolíticos en relación con las diferentes estructuras sociales y representaciones discursivas que conforman las relaciones sociales (Winker y Deelee, 2011, La Barbera, 2016). Centrándose en estas interacciones, la interseccionalidad revela la complejidad de la constitución mutua y simultánea tanto de la discriminación como de los privilegios basados en el género, orientación sexual, origen étnico, religión, origen nacional, situación de discapacidad y situación socioeconómica (Creenshaw, 1991).

Interseccionalidad en el Espectro Autista

En materia de autismo se han presentado avances. Anteriormente se le consideraba como un déficit o un trastorno; donde solo se consideraron barreras y desafíos. Originalmente se percibía a través del lente de la medicina y, en términos más generales, simplemente de la anormalidad, logrando en la actualidad fomentar una mirada biopsicosocial, considerando dentro del proceso de intervención como el autismo interactúa con las diferentes características personales del individuo, pese a ello, siguen existiendo barreras a nivel organizacional como la falta de conciencia, comprensión y aceptación de la diversidad interseccional (Amatina, 2022).

Desde sus inicios el autismo se asociaba principalmente a la figura masculina, donde gran parte de los estudios estaban centrados en esa mirada. Por lo que ha sido una mejora que a lo largo de los años se incorpore el entendimiento sobre las diferencias de género en el autismo y cómo las mujeres han utilizado más el masking para incorporarse al mundo social (Amatina, 2022). Sin embargo, este aspecto solo fue el comienzo de los desafíos que debe enfrentar una persona autista en Chile, ya que, cuando se trata del diagnóstico de autismo en diferentes perspectivas interseccionales (etnia, edad, sexo, nacionalidad, etc...). Aquí impresiona que falta dar un cierre a los desafíos que enfrentan las personas autistas cuando se ejemplifican las aristas de estos desafíos. Agrupaciones precursoras a la Ley TEA, tales como la fundación TEAmo Más, quienes durante el proceso de reforma de la constitución en el año 2021 postulaban propuestas bajo la premisa de que son los diferentes órganos del estado quienes deben presentar acciones, prestaciones y servicios de manera conjunta. Los cuales de momento no son accesibles ni abarcan la totalidad de las demandas de las familias con hijos e hijas dentro del espectro autista, siendo cotidiano que un niño o niña autista asista a terapia fonoaudiológica, terapia ocupacional o kinesiología, dependiendo de su comorbilidad, en hospitales públicos, dañando de manera significativa la inclusión de la persona y desaprovechando la plasticidad de su cerebro para aprender de manera más activa.

Condición del Espectro Autista



Epidemiología

En el mundo, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS de aquí en adelante), para el año 2023 se estimaba que 1 de cada 100 niños se encontrará dentro del espectro autista, mientras que en Chile no existe un catastro que identifique claramente cuantas personas están dentro del espectro autista, sin embargo, un estudio publicado en el año 2021 que se realizó entre los años 2016 y 2018 demostró que en dos comunas urbanas de la Región Metropolitana, se obtuvo una prevalencia de que 1 niño/niña entre 51 niños, y que de cada 4 niños 1 niña, se encuentra dentro del espectro autista. (Yañez et al., 2021)

Etiología

Aunque el autismo tiene muchas causas distintas que incluyen factores tanto genéticos como ambientales, cada una de esas causas afecta en última instancia a las principales regiones cerebrales implicadas en el desarrollo social y comunicativo. Actualmente no se puede distinguir ninguna marca visible del autismo en el cerebro, es decir, no se puede ver ninguna característica distintiva que esté siempre presente en las personas que tienen autismo y solo en ellas. No obstante, en el cerebro de la mayoría de las personas con autismo se han encontrado diferencias (con respecto al cerebro de desarrollo típico), y los investigadores han sugerido la forma en que esas diferencias pueden ayudar a explicar algunas de las conductas atípicas que vemos en las personas con autismo. Esas diferencias son el cerebelo, encargado de la atención y la conducta motriz, la amígdala, encargada de la manifestación e interpretación de las emociones, partes del lóbulo temporal, encargado del lenguaje y la percepción social) y la corteza prefrontal, encargada de la atención, planificación, pensamiento abstracto y conducta social).

Las estructuras del cerebro no funcionan de forma independiente, sino que se unen para formar redes complejas que permiten conductas complejas, como la motricidad, la atención, la cognición, el lenguaje y la conducta social. Las conductas complejas necesitan que varias partes del cerebro funcionen de forma coordinada y sincronizada. Es muy parecido a los instrumentos de una orquesta, que tienen que estar coordinados para crear música. De igual forma, muchas áreas del cerebro tienen que estar conectadas a través de redes de neuronas para conseguir realizar esas conductas. En el autismo, dichas conexiones, y concretamente las conexiones de largo alcance que permiten que distintas partes del cerebro funcionen de forma coordinada, presentan disfunciones.

Cuando existe una mala conectividad entre las distintas áreas del cerebro, como parece que sucede en el autismo, al niño y niña le resulta mucho más difícil aprender a realizar conductas complejas que requieran un funcionamiento integrado de distintas áreas cerebrales. Por ejemplo, pensemos en la conducta, aparentemente simple, de un bebé que señala en dirección a su juguete favorito para compartir con su padre o madre el interés por ese juguete. Esa atención conjunta pueden realizarla la mayoría de los niños pequeños de entre 10 y 12 meses. En esa acción de señalar para compartir un interés, es necesario coordinar las áreas del cerebro involucradas en la percepción visual (mirar hacia el juguete), el cambio de la atención (desde el juguete hacia el adulto), la conducta motriz (tanto de los ojos como de las manos) y la emoción (expresar alegría o interés). La falta de una conectividad cerebral típica afectará al desarrollo de este tipo de habilidades. (Rogers y Dawson, 2015).

Factores de Riesgo y Diagnósticos Diferenciales

Los datos que se exponen a continuación tienen como finalidad que el lector de este manual logre identificar aquellos factores que facilitan la presencia de la CEA en un individuo, ya que, desde la evidencia científica se establece un aumento exponencial del bienestar del niño en relación a la adquisición de un diagnóstico temprano e inicio de un tratamiento, así como también en la educación de su entorno. Además, recalcar la importancia de conseguir el o los diagnósticos adecuados para que los procesos de tratamiento sean afines a las necesidades del usuario. La presencia de uno o más factores de riesgo, no afirma necesariamente que la persona se encuentra dentro del espectro autista, sino que es el reconocimiento de factores de riesgo y un estudio clínico producido por un equipo profesional el que determina el diagnóstico, sin embargo, la presencia de los siguientes factores de riesgo aumenta la probabilidad de que alguien posea autismo.

Factores de Riesgo

- ✓ Tener un familiar dentro del espectro autista aumenta 10 veces si un hermano completo tiene el diagnóstico y aproximadamente 2 veces si es un primo (Sandin, Lichtenstein & Kuja-halkola, 2015).
- ✓ Ciertas afecciones genéticas (Síndrome de Down, Síndrome de Rett y Síndrome del Cromosoma X frágil).
- ✓ Complicaciones durante el embarazo y/o parto.
- ✓ Diabetes gestacional.
- ✓ Edad avanzada de uno o ambos padres.
- ✓ Factores Psicosociales de los cuidadores principales (Seebeck, Sznajder, Kjerulff, 2023):
 - Bajo apoyo social
 - Estrés
 - Depresión
 - Problemas para acceder a necesidades básicas
 - Diagnósticos de salud mental
 - Uso de antidepresivos

Señales de Alerta según el CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2022)

Capacidades de Comunicación social e Interacción	✦ Evitar mirar a los ojos a otra persona o no mantener el contacto visual ✦ No responder cuando lo llaman por su nombre, hacia los 9 meses de edad ✦ No mostrar expresiones faciales como de felicidad, tristeza, enojo y sorpresa, hacia los 9 meses de edad ✦ No participar en juegos interactivos simples como dar palmaditas con las manos (pat-a-cake), hacia los 12 meses de edad ✦ Usar pocos o ningún gesto, hacia los 12 meses de edad (por ejemplo, no decir adiós con la mano) ✦ No compartir intereses con otras personas, hacia los 15 meses de edad (por ejemplo, no mostrar un objeto que le guste) ✦ No apuntar a algo interesante para mostrarlo, hacia los 18 meses de edad ✦ No notar cuando otras personas están lastimadas o molestas, hacia los 24 meses de edad ✦ No notar a otros niños ni jugar con ellos, hacia los 36 meses de edad ✦ No jugar a ser otra cosa, como un maestro o superhéroe, hacia los 48 meses de edad ✦ No cantar, bailar ni actuar para usted, hacia los 60 meses de edad
Comportamientos o Intereses Restringidos o Repetitivos	✦ Poner juguetes u otros objetos en fila y molestarse cuando se cambia el orden ✦ Repetir palabras o frases una y otra vez (esto se llama ecolalia) ✦ Jugar con juguetes de la misma manera todo el tiempo ✦ Enfocarse en partes de los objetos (por ejemplo, en las ruedas) ✦ Irritarse con cambios mínimos ✦ Tener intereses obsesivos ✦ Tener que seguir ciertas rutinas ✦ Aletear las manos, mecer el cuerpo o girar en círculos ✦ Reaccionar de manera inusual a la forma en que las cosas suenan, huelen, saben, se ven o se sienten

-
- Otras Características**
- ✦ Retraso en las destrezas del lenguaje
 - ✦ Retraso en las destrezas de movimiento
 - ✦ Retraso en las destrezas cognitivas o de aprendizaje
 - ✦ Conducta hiperactiva, impulsiva o distraída
 - ✦ Epilepsia o trastornos convulsivos
 - ✦ Hábitos de alimentación y del sueño inusuales
 - ✦ Problemas gastrointestinales (por ejemplo, estreñimiento)
 - ✦ Estados de ánimo o reacciones emocionales inusuales
 - ✦ Ansiedad, estrés o preocupación excesiva
 - ✦ No tener miedo o temer más de lo normal.
-

Criterios Diagnóstico

La CEA si bien posee componentes identificables desde la observación y comportamientos del niño y niña, es obligatorio el diagnóstico de un o una profesional capacitado/a, dentro de los cuales se encuentran: Psiquiatra/psicólogo infantil, neurología pediátrica y pediatría del desarrollo. Además de encontrar profesionales que apoyan las necesidades del niño o niña y su entorno, entrega elementos educativos, preventivos y tratamiento, tales como: Terapia Ocupacional, psicología, kinesiología, fonoaudiología, etc. Los profesionales para el diagnóstico y tratamiento deben estar capacitados en evaluaciones estandarizadas y/o pruebas clínicas propias del autismo. Por otra parte, y al alcance de todo aquel que desee profundizar sobre la CEA, se encuentran los criterios diagnósticos de distintas entidades internacionales que describen distintos rasgos que dan luces a una persona para acudir a un profesional capacitado. Dentro de las clasificaciones reconocidas a nivel mundial, encontramos el CIE-11 (2019), desde la OMS, y el DSM-V (2014) desde la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Ambos cuentan con similitudes y diferencias en cuanto a conceptos y clasificaciones.

✦ *Clasificación para el autismo Según CIE-11:*

“El trastorno del espectro autista se caracteriza por déficits persistentes en la capacidad de iniciar y sostener la interacción social recíproca y la comunicación social, y por una serie de patrones restringidos, repetitivos e inflexibles de comportamiento e intereses. La aparición del trastorno ocurre durante el período de desarrollo, normalmente en la primera infancia, pero los síntomas pueden no manifestarse completamente hasta más tarde, cuando las demandas sociales superan las capacidades limitadas. Los déficits son lo suficientemente graves como para causar deterioro en áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento y suelen ser una característica generalizada del funcionamiento del individuo observable en todos los entornos, aunque puede variar según el contexto social, educativo u otro contexto. Individuos a lo largo del espectro exhiben una gama completa de funciones intelectuales y habilidades del lenguaje.”

Clasificación para el autismo según CIE - 11:

6A02	Trastorno del espectro autista.
6A02.0	Trastorno del espectro autista sin trastorno del desarrollo intelectual y con deficiencia leve o nula del lenguaje funcional.
6A02.1	Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual y con leve o ningún deterioro del lenguaje funcional.
6A02.2	Trastorno del espectro autista sin trastorno del desarrollo intelectual y con deficiencia del lenguaje funcional .
6A02.3	Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual y con deficiencia del lenguaje funcional.
6A02.4	Trastorno del espectro autista sin trastorno del desarrollo intelectual y con ausencia del lenguaje funcional.
6A02.5	Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual y con ausencia del lenguaje funcional.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE-11 (11 ed)*. Editorial Organización Panamericana de la Salud.

✦ Criterios Diagnósticos Según DSM-V

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afecto compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
4. Hiper o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbididades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

La CEA se expresa de manera diferente en cada persona, siendo muy amplio y único, además varía en el grado de apoyo que requiere el o la niña. La guía de criterios diagnósticos DSM-V más reciente (2014), señala 3 niveles:

Severidad	Comunicación Social	Intereses restringidos y conductas repetitivas
Grado 1 Necesita ayuda	Las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que establece comunicación, pero cuya conversación amplia con otras personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son excéntricos y habitualmente sin éxito.	La inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.
Grado 2 Necesita ayuda notable	Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal; problemas sociales aparentes incluso con ayuda in situ; inicio limitado de interacciones sociales; y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy excéntrica.	La inflexibilidad de comportamiento, la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/ repetitivos aparecen con frecuencia claramente al observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 3 Necesita ayuda muy notable	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles que realmente inicia interacción y que, cuando lo hace, realiza estrategias inhabituales sólo para cumplir con las necesidades y únicamente responde a aproximaciones sociales muy directas.	La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de acción.

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5 (5ta ed.)*. Editorial Asociación Americana de Psiquiatría.

Ley TEA

En marzo del 2023, en Chile se promulga la ley 21.545 o más conocida como la “Ley TEA”, dentro de lo que se aborda en ella, se señala que deben realizar tamizaje de señales de alerta de la condición, en las prestaciones de salud, al menos del sistema público.

Uno de los aspectos abordados en ella, señala que deben ser realizados tamizajes de señales de alerta de la condición dentro de las prestaciones de salud, siendo esto garantizado en el sistema público.

Concretamente establece que los trabajadores que sean padre, madre o tutores de niños y niñas diagnosticados con TEA, estarán facultados para acudir a emergencias respecto a su integridad en los establecimientos educacionales.

✓ Dentro de sus principales contenidos:

- Establece definiciones de conceptos como, por ejemplo, persona con TEA. Esta se entenderá como quienes presentan una diferencia o diversidad en el neurodesarrollo típico; el cual se manifiesta en dificultades significativas en la iniciación, reciprocidad y mantención de la interacción y comunicación social, al interactuar con los diferentes entornos. Así como, también en conductas o intereses restrictivos o repetitivos.
- Se reconoce la existencia de personas cuidadoras de quienes presentan TEA.
- Se dispone nuevos principios a los que deberá sujetarse el cumplimiento de esta ley: trato digno, autonomía progresiva, perspectiva de género; intersectorialidad, participación y diálogo social; detección temprana y seguimiento continuo y neurodiversidad.
- Contempla medidas en contra de la discriminación arbitraria. El Estado, también, adoptará las medidas necesarias para prevenir y sancionar la violencia, el abuso y la discriminación en contra de dichas personas.
- Determina los deberes del Estado para asegurar el desarrollo personal, la vida independiente, autonomía e igualdad de oportunidades de las personas con TEA.
- Asegura el pleno goce y ejercicio de sus derechos en condiciones de igualdad con el resto de la sociedad. En especial, en el ámbito de la inclusión social y educativa. Esto, con el objeto de disminuir y eliminar las barreras para el aprendizaje, la participación y la socialización.
- En el ámbito de la salud, uno de los principales objetivos de la norma es lograr avanzar en el fomento de la detección temprana del TEA. Sobre este punto, el Ministerio de Salud desarrollará y promoverá el acceso a detección de señales de alerta de trastorno del espectro autista dentro de las prestaciones de salud de niños, niñas y adolescentes (NNA) incluidas en el Plan de Salud Familiar. Previa consulta al Ministerio de Educación, además, elaborará un protocolo en virtud del cual los establecimientos educacionales derivarán a NNA con sospecha de TEA para el proceso de diagnóstico.

Importancia del Diagnóstico Precoz

Los síntomas de la Condición del Espectro Autista suelen aparecer gradualmente desde edades tempranas, sin embargo, en la mayoría de los casos son inespecíficos y sutiles, por lo que hay un retraso considerable desde la primera aparición de las señales, hasta que los padres deciden consultar. La importancia de una pesquisa y diagnóstico precoz tiene relación con la neuroplasticidad que hay en aquellas edades, optimizando aún más su desarrollo integral. (Yañez et al., 2021)

Según la Norma Técnica de Supervisión de Salud de Chile, actualizada en el 2021 y que rige en el sistema público de Chile, deben realizarse evaluaciones del desarrollo psicomotor en edades de 8, 18 y 36 meses. Y en el caso de niños/as que presenten factores de riesgo o rezagos en el dominio social y/o del lenguaje, o si existe una sospecha clínica en el rango etario entre 16 a 30 meses, será necesario aplicar una prueba específica para detectar la presencia de signos y síntomas de CEA. Dentro de las pruebas para detectar signos y síntomas de CEA, se encuentra el M-CHAT instrumento validado en Chile, en su versión revisada y de seguimiento (Coehlo et al., 2019). En aquellos niños y niñas entre 16 y 30 meses que presenten una o más señales de alerta temprana de autismo, se les debe aplicar la primera parte del (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. Asimismo, todo niño o niña menor de 16 meses o mayor de 30 meses, con sospecha de autismo, debe ser derivado a médico/a de atención primaria en salud para evaluación. (Santander, S., et al. 2021).

Finalmente, mencionar que el proceso de dar de un diagnóstico suele ser un proceso complejo y en la totalidad de los casos no suele ser preciso en el corto plazo, por lo que es importante ser persistente y conocer aquellos diagnósticos diferenciales que comparten sintomatología conductual similar a la presente en el autismo.

Diagnósticos Diferenciales

Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH)

Si bien el TDAH y el CEA comparten síntomas conductuales, el TDAH se diferencia del CEA en que este último presenta alteraciones en el funcionamiento social, en la comunicación y patrones de conductas restringidos y repetitivos, mientras que el TDAH se manifiesta en dificultades para sostener la atención, patrones de conducta impulsiva e hiperactiva. Sin embargo, ambos comparten el hecho que coexisten con otros síntomas que pueden o no explicarse con algún diagnóstico, tales como: Desafíos atencionales, socioemocionales, conductuales, atencionales, comunicativos, sensoriales y motores.

Trastorno de Integración Sensorial (TPS por sus siglas en inglés)

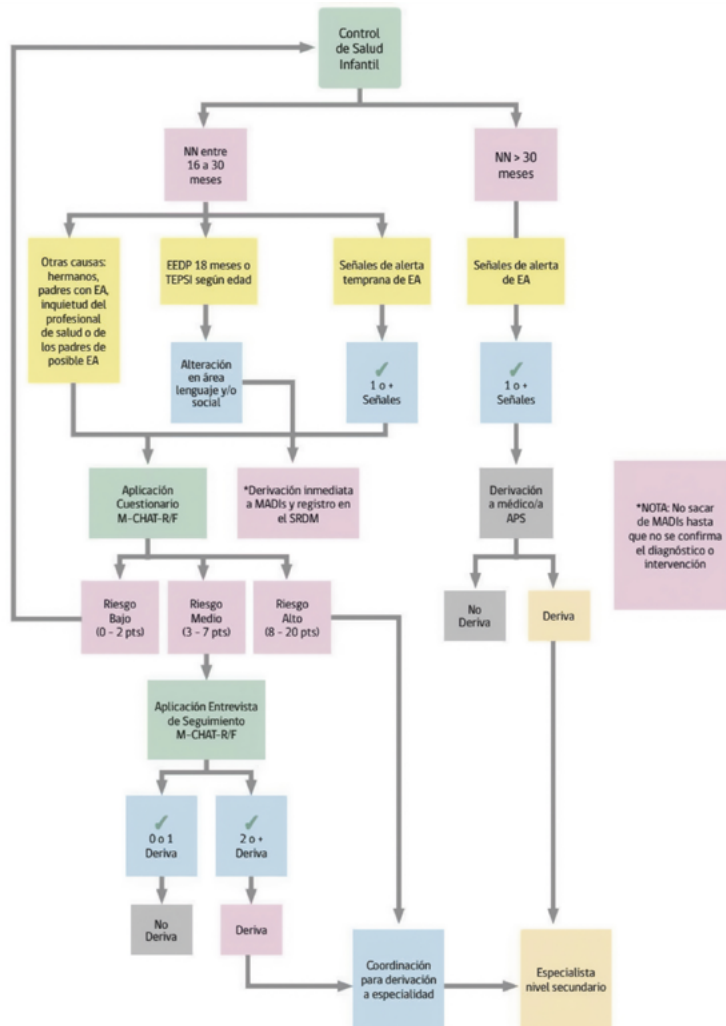
El TPS se encuentra presente en el 90% de los casos de personas dentro del espectro autista, lo cual se manifiesta en una hipo o hipersensibilidad a ciertas informaciones sensoriales, tales como: Olfato, gusto, visión, audición y tacto, incluyendo además el equilibrio (vestibular) y el posicionamiento de las partes del cuerpo en el espacio (propioceptivo). Este trastorno se evidencia al momento que las ocupaciones de la vida diaria del niño se ven alteradas por comportamientos que hagan sentir la necesidad al niño de buscar, evitar, evadir o espiar entradas sensoriales, las cuales afectan el desempeño ocupacional del niño.

Trastorno Específico del Lenguaje (TEL)

El TEL es una patología del lenguaje descrita como la presencia de desafíos importantes que afectan la adquisición, comprensión o expresión del lenguaje hablado o escrito que puede implicar a todos, uno o algunos de los componentes fonológicos, morfológicos, semántico, sintáctico o pragmático de la comunicación, por lo que las personas con TEL suelen tener problemas en la expresión y comprensión del lenguaje, almacenamiento y recuperación de la memoria de corto plazo. En el caso del espectro autista se manifiestan más en: dificultades atencionales, intenciones comunicativas kinésicas o verbales y alteraciones del juego simbólico que los niños con un TEL, los cuales compensan la ausencia del lenguaje con otras modalidades de comunicación no verbal (como los gestos).

Evaluaciones

M-CHAT



La Lista de Verificación Modificada para Autismo en Niños/as Pequeños/as o por sus siglas M-CHAT-R es una herramienta de tamizaje, no de diagnóstico, que responden los padres para evaluar el riesgo de TEA en niños pequeños de entre 16 y 30 meses de edad, a través de preguntas en formato de respuesta dicotómico (1 = no, 0 = sí) a los padres y su resultado permite a un profesional capacitado en autismo identificar si es necesario o no aplicar evaluaciones adicionales a su hijo o hija a través de la valoración de bajo, medio o alto riesgo de que este presente comportamientos/rasgos del espectro autista. (Robins, D. 2023).

ADOS-2

La Escala de Observación para el Diagnóstico de Autismo Segunda Edición (ADOS-2) es una evaluación observacional estandarizada y semiestructurada para síntomas de TEA, compuesta por 5 módulos que se utilizan según la edad cronológica y el nivel de lenguaje del niño o niña, los cuales son:

- Módulo T: Niños de entre 12 y 30 meses de edad y que no usan un lenguaje de frases de manera consistente. Solo nos dará un rango de preocupación y no un diagnóstico.
- 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 evalúa principalmente la correcta adquisición o los desafíos en el comportamiento que se consideran importantes dentro del espectro autista, principalmente la comunicación, la interacción social, el juego o uso imaginativo de los materiales y las conductas restrictivas, repetitivas o estereotipadas. Esta herramienta no es suficiente para establecer un diagnóstico de autismo, sino que es un componente dentro de la evaluación diagnóstica que debe ser complementado con otras evaluaciones, como el ADI-R y otras evaluaciones que debe aplicar un profesional capacitado. (Sirera, 2022).

ADI-R

La Entrevista para el Diagnóstico del Autismo-Revisada (ADI-R) está diseñada con el fin de obtener información completa necesaria para llegar a un diagnóstico del autismo y ayudar a la evaluación del Trastorno del Espectro Autista (TEA). Para su uso requiere de un entrevistador clínico experimentado y un informador (Padres o cuidador familiarizado) con la conducta diaria del usuario, asimismo, el niño debe contar con un nivel de desarrollo mental sea por lo menos de 2 años y 0 meses en adelante.

Al igual que en ADOS-2, esta entrevista se centra en los tres dominios primordiales del espectro autista: Lenguaje/comunicación, interacciones sociales recíprocas, conductas e intereses restringidos, repetitivos o estereotipados.

Si bien ADI-R es una de las herramientas de diagnóstico clínico más importante y efectiva, especialmente junto con el ADOS-2, no es el único enfoque para diagnosticar autismo, ya que, son necesarios diferentes exámenes que serán solicitados por un profesional experto en autismo (Garrido, 2023).

Observación Clínica

La observación si bien no se considera como un método diagnóstico para autismo, es un aspecto fundamental para identificar desafíos en las dimensiones comunicativas, de interacción social o en los intereses del niño o niña. Por ejemplo durante el primer año de vida es importante identificar la sonrisa social, atención conjunta, contacto físico, falta o aparición de ansiedad por separación, evasión al contacto visual, dificultades en la reciprocidad emocional, falta de reacción al nombre o trastornos en el desarrollo del habla y la comunicación. Asimismo, la observación permite al equipo tratante evaluar los desafíos y potencialidades del niño o niña que posteriormente se incluyen dentro de las actividades en las sesiones y en el hogar, buscando que siempre se consideren las fortalezas del niño o niña (Uniqskills, s.f.).

Perfil Sensorial - 2

Un aspecto central en el diagnóstico temprano del autismo, son los signos de disfunción sensorial presentados, los cuales van desde la fascinación y el placer que los niños dentro del espectro autista experimentan en relación con ciertos estímulos sensoriales como también signos asociados al estrés. Por lo que la importancia de identificar los déficit sensoriales en niños con autismo está en el efecto que estas disfunciones tienen en su funcionamiento y en sus respuestas adaptativas.

Antes de continuar, es importante comprender que es la **integración sensorial**, definido por su autora Jean Ayres, como el proceso neurológico que organiza la sensación del propio cuerpo y cómo este interactúa con las demandas del ambiente, haciendo posible ocupar el cuerpo eficientemente, siendo este:

- Un proceso inconsciente del cerebro
- Es responsable por la organización de la sensación detectada por los sentidos
- Da significado a los sentidos a través de la selección de la información que es relevante
- Permite actuar o responder a las situaciones para que tengan significado.

Dentro de la integración sensorial, encontramos las **respuestas adaptativas**, definidas como aquellas acciones apropiadas en que el individuo responde de manera adecuada a una exigencia del medio, teniendo la necesidad de integrar todas las sensaciones para poder desempeñar correctamente las funciones de una actividad (Jiménez, 2020).

Entendido esto, los problemas sensoriales presentes en niños con autismo han sido descritos en relación a su efecto en la atención, conductas estereotipadas, la praxis que consiste no solo en pobre imitación, sino también en una pobre representación sensorial del movimiento, secuencias motoras y los déficits posturales (Imperatore, E. y Reinoso, G., s.f.).

Para poder abordar las diferentes respuestas a informaciones sensoriales de los niños o niñas, existe el Perfil Sensorial - 2 el cual es un instrumento estandarizado que evalúa el cómo se procesa la información a nivel auditivo, oral, visual, olfativo, táctil, vestibular (equilibrio) y propioceptivo (Sentir y ser consciente de la posición de las partes del cuerpo) en el contexto de la vida cotidiana del usuario, si bien esta herramienta no diagnostica autismo, si facilita la comprensión de cómo el niño o niña se comporta ante determinadas entradas sensoriales, siendo un cuestionario válido para identificar las disfunciones sensoriales en niños dentro del espectro autista, teniendo en cuenta la hiper o hipo-reacción sensorial o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno, que responde a los patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses para el diagnóstico (Bracco, 2016).

La autora de esta evaluación plantea que el niño o niña tiende a responder a los estímulos del ambiente cotidiano de forma desproporcionada. Este tipo de patrón de respuesta impacta de una forma negativa en el desarrollo de conductas funcionales que les permita una plena participación en sus ocupaciones cotidianas. Por lo que a través del Perfil Sensorial - 2 permite comprender e identificar cómo los niños procesan la información sensorial que reciben a través del cuerpo y el ambiente que los rodea, proponiendo cuatro patrones (tabla 1) de modulación sensorial que se construye de acuerdo con la interacción entre los diferentes umbrales presentes en el individuo y las respuestas adaptativas que se generan a favor o en contra de ese umbral. Este último se refiere a la cantidad o intensidad de estimulación necesaria para que el individuo perciba y reaccione a una entrada sensorial, ya sea visual, olfativa, táctil, etc. En ese sentido hay quienes necesitan una mayor cantidad y/o intensidad de información para poder percibir y reaccionar a ella y otros bastante menor cantidad y/o intensidad de información para obtener una respuesta.

Tabla 1.

Buscador	El grado en un niño obtiene/busca entradas sensoriales
Evitativo	El grado en que un niño le molestan/evita las entradas sensoriales
Sensitivo	El grado en que un niño detecta/siente las entradas sensoriales
Espectador	El grado en que un niño ignora/no nota las entradas sensoriales

Esta evaluación se divide en tres cuestionarios y requiere de la interpretación de un profesional capacitado en integración sensorial:

- Perfil sensorial-2 Niño: cumplimentado por los padres o cuidadores de niños de 3 a 14 años.
- Perfil sensorial-2 Breve: cumplimentado por los padres o cuidadores de niños de 3 a 14 años. Incluye los ítems más discriminativos del Perfil sensorial-2 Niño para poder obtener información rápida con fines de cribado e investigación.
- Perfil sensorial-2 Escolar: cumplimentado por profesores de niños de 3 a 14 años.

Condición del Espectro Autista en la Adolescencia



La pubertad puede ser una época muy tensa para los jóvenes dentro del espectro autista. Las características que definen el autismo (incluidos los problemas de interacción social, intereses repetitivos y restringidos junto con las dificultades comunicativas) pueden dificultar la adaptación a medida que maduran sexualmente y se interesan más en las amistades y las relaciones interpersonales (Spectrum, 2021). Durante la adolescencia se perciben cambios a nivel corporal, como por ejemplo: tono de voz, genital, vello púbico/axilar y en las mujeres biológicas comienza la menstruación, pero muchos niños y niñas en el espectro del autismo encuentran estos cambios corporales profundamente alarmantes. Por lo que es fundamental anticipar estos cambios con al adolescente autista (Silver, A. y Wishner, J., 2023).

Las niñas autistas pueden tener dificultades sociales especialmente, ya que luchan por comprender las complejidades de las interacciones de las niñas no autistas. Así lo refiere Amy Gravino, defensora de la sexualidad del autismo, quien a sus 14 años “añoraba tener amigos y era muy consciente de que no encajaba. Nadie en la escuela quería salir con ella; sus únicos amigos eran personas con las que mantenía correspondencia en salas de chat”. Así lo demuestra una encuesta de 2018, donde padres de 40 niñas autistas informaron que sus hijas tenían importantes dificultades para socializar con otras niñas y experimentaron rechazo. Las niñas tienen que desarrollar formas bastante sofisticadas de interactuar con otras niñas para mantenerse al día a medida que avanzan en cuarto, quinto y sexto grado. “Estos son tiempos en los que ocurren muchas burlas, mucho ostracismo. Hay mucha agresión relacional” refiere una persona dentro del espectro autista, quien experimentó un dolor emocional tan agudo en su adolescencia que tuvo pensamientos suicidas. (Spectrum, 2021) por lo que es común que el fenómeno del camuflaje o maskin se presente en mayor frecuencia en mujeres, ya que, suele ser la población femenina la más consciente de la sintomatología autista (Martínez, 2023).

La depresión, la ansiedad, los trastornos alimentarios u otros diagnósticos de salud mental, son inusualmente prevalentes en los adolescentes autistas (Spectrum, 2021), además de presentar un posible trastorno convulsivo, como la epilepsia (Bretones, A. y Calvo, R., 2018). A lo que se suman los sentimientos de no pertenencia, los cuales contribuyen a la alta prevalencia de depresión y ansiedad entre los adolescentes autistas. Según la psicóloga Blythe Corbett, de la Universidad Vanderbilt en Nashville, Tennessee “Muchos tienen problemas con la comunicación social, y se está preparando el escenario para que potencialmente haya un gran impacto psicológico durante la adolescencia”, y así lo corrobora un estudio de 2020 en Minnesota, donde los investigadores encontraron que 1.104 adolescentes y adultos jóvenes autistas tenían casi tres veces más probabilidades de tener ansiedad, a la edad de 30 años, que sus pares no autistas. Y, trágicamente, un estudio de 2013 sugirió que los niños autistas tienen 28 veces más probabilidades de presentar ideación suicida que sus pares no autistas. (Spectrum, 2021).

Aun sabiendo esto, la comunidad científica ha prestado escasa atención al adolescente dentro del espectro autista y a los dramáticos cambios biológicos que lo acompañan. Algunos de los escasos estudios del autismo en la adolescencia informaron que existen más problemas con el comportamiento adaptativo (habilidades para la vida como comunicarse, bañarse y vestirse) que los niños más pequeños del espectro y sólo un progreso modesto en funciones ejecutivas como la memoria a corto plazo y el autocontrol durante la adolescencia, siendo estas habilidades que generalmente se desarrollan rápidamente, lo que afecta su capacidad para planificar y formar amistades cercanas. Estas diferencias biopsicosociales significarán en el adolescente mayores desafíos al no responder de manera satisfactoria a medida que aumentan las demandas sociales y prácticas del entorno a medida que crecen, lo cual va a impactar en su futuro, ya que, las habilidades que las personas aprenden durante la adolescencia suelen ser predictores del funcionamiento, independencia y autonomía que marcarán su vida adulta. (Spectrum, 2021).

Independientemente de sus detalles, la remodelación del cerebro durante la pubertad también conduce a una intensificación de las emociones y a rápidos cambios de humor; Los adolescentes oscilan entre irritables, jubilosos y ansiosos. Este proceso parece exagerado en los niños autistas y las consecuencias son más difíciles de moderar, en parte porque los niños autistas pueden tener problemas para comprender lo que está sucediendo mientras que otros adolescentes en el espectro autista parecen sufrir porque entienden lo suficiente de lo que está sucediendo como para saber lo que se están perdiendo (Spectrum, 2021).

También es parte de la pubertad la aparición de los impulsos sexuales, pero para los adolescentes autistas con problemas sensoriales, estas nuevas sensaciones pueden causar ansiedad. Asimismo, comienza la exploración sexual, por lo que la aparición de deseo masturbatorio es normal y saludable en el desarrollo, sin embargo, algunos adolescentes en el espectro carecen de la conciencia social para saber cuándo y dónde es apropiado y cuándo no, por lo que es importante discutir este tema con su hijo o hija y/o iniciar terapia enfocada en sexualidad (Silver, A. y Wishner, J., 2023).

Desafíos Escolares

Para la mayoría de las personas, la educación básica y media presenta desafíos importantes. Sin embargo, para los niños en el espectro autista, ir avanzando de curso puede plantear desafíos únicos (Silver y Wishner, 2023) así como para la familia, por lo que es probable que existan desafíos en el currículum académico del estudiante en comparación a aquellos estudiantes neurotípicos, por lo que la escuela tradicional podría no ser conveniente si se consideran los desafíos sociales y comunicativos que esta representa a la comunidad con CEA, debiendo enfrentar dificultades en la permanencia y participación académica (Toledo y Basulto, 2020). Siendo la principal problemática de esto, la falta de educación del cuerpo académico de los establecimientos educativos, concientización del diagnóstico en el mismo cuerpo estudiantil y accesibilidad/manejo de información a las familias respecto a beneficios o leyes que tienen por objetivo proteger la integridad académica del estudiante dentro del espectro autista, para lo cual existe diversidad en el sistema educativo chileno el cual cuenta con el sistema de educación especial, que corresponde a una modalidad que actúa de manera transversal en todos los niveles, ya sea de educación regular o especial, entregando apoyos para atender las necesidades educativas especiales de los estudiantes.

Además, es importante establecer comunicación directa con los principales profesores del niño o niña, ya que, estos deben trabajar con niños todos los días y es posible que no den cuenta de las necesidades específicas que éste o ésta necesita, siendo esperable que le exijan un pensamiento más abstracto, esperando que cumplan o completen tareas a través de la memoria, siendo esta, probablemente desfavorable en estos casos (Silver y Wishner, 2023) por lo que la familia en conjunto con el profesorado, y un profesional especializado en CEA, si se cuenta con el apoyo de uno, deben de identificar aquellos desafíos que comprometen la participación escolar e idear estrategias que favorezcan su desempeño. Desde una mirada transaccional, el que diferentes personas, directamente relacionadas con el niño o niña, trabajen en conjunto, ayuda a construir una imagen completa del panorama, dando paso a estrategias aplicadas al entorno escolar que tengan como finalidad fomentar la integración del estudiante dentro del espectro autista, evitando así dañar el autoestima del niño o niña, logrando adquirir o completar los objetivos académicos, se mantenga al día con libros y proyectos cada vez más complejos, siga instrucciones elaboradas y entregue las tareas a tiempo.

Una forma de anticipar y abordar las necesidades especiales de los estudiantes dentro del espectro autista es el ajuste razonable, dónde “ajuste” responde a todas las modificaciones y adaptaciones necesarias para permitir a las personas dentro del espectro autista ejercer sus derechos humanos y libertades fundamentales y “razonable” es cuando sólo se hace lo que se puede hacer y no todos los necesarios.

Para abordar los ajustes razonables, primero es necesario identificar aquellas Barreras para el Aprendizaje y la Participación (BAP), las cuales serían todos aquellos factores del contexto que dificultan o limitan el acceso a la educación y a las oportunidades de aprendizaje de alumnos y alumnas, tales como:

- Física: Baños, mobiliario, ruido.
- Social: Juegos cooperativos, cuentos, actividades de reflexión.
- Curricular: Administración del tiempo, uso y manejo de materiales, agrupamientos, tutoría, retomando experiencias previas, desarrollo psicológico, estilo de aprendizaje.

Considerando esto, los ajustes razonables se presentan como variaciones que realiza el profesorado para que los alumnos con necesidades educativas especiales puedan acceder al currículum común, las cuales pueden ir desde ajustes individuales, con el fin de lograr el máximo desarrollo personal y social a la medida de un/a estudiante en particular hasta otros que inciden directamente en la base del currículum de la escuela. Algunos ejemplos de ajustes razonables son (Ponce, 2017):

- Utilizar materiales concretos para facilitar la abstracción de algunos temas.
- Explicar de manera sencilla y clara, acompañándose de soporte visual para organizar la información.
- Facilitar un ambiente de enseñanza estructurado y dirigido para facilitar la autonomía y la atención focalizada.
- Realizar actividades académicas y juegos en pequeños grupos.
- Incorporar al alumno en actividades cooperativas.
- Ayudas visuales, verbales y/o gestuales para acercarlo al contenido, a las consignas de la docente y para desarrollar la rutina escolar.
- Consignas breves y precisas sobre lo que debe y como lo debe realizar.
- En caso de ser necesario, secuenciar las consignas por pasos.
- Priorizar la enseñanza recíproca:
 - Resumir (Una idea principal puede resumirse en un dibujo o imagen).
 - Generar preguntas.
 - Clarificar (Distinguir cuando se produce un error de comprensión).
 - Predecir (Brindar claves de ayuda para anticipar y predecir qué vendrá después).
 - Priorizar las recompensas sociales (Favorecer autonomía y seguridad)

Acceso a la Educación Superior

Según el Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad (ENDISC II) de 2015: Solo el 9,1% de las 3 millones de personas con algún tipo de discapacidad que viven en Chile terminan la educación superior, en contraste con el 20% entre la población sin discapacidad (Vera, 2023). Si se toma en cuenta el nivel de exigencia que presenta el acceder a estudios superiores y los desafíos en la vida diaria y las funciones ejecutivas (entendido como los procesos mentales que involucran cosas como la planificación, administración del tiempo y realización de tareas simultáneas) propios del espectro autista, es que esto converge en el aumento de sentimientos ansiosos y depresivos dentro del estudiantado con CEA, por lo que suelen enfermar más frecuentemente por estrés y una baja en las defensas del sistema inmunológico (Arky, 2022), disminuyendo así su desempeño académico, retrasando la entrega de las tareas y la interacción con sus pares.

Lo que hace que la universidad sea especialmente difícil, es que suele ser la primera incursión en la vida independiente y un espacio de conocerse a sí mismo mientras que simultáneamente conoce e interactúa con gente nueva, ya que, si bien gran parte de los establecimientos educativos presentan un departamento de asistencia y ayuda al estudiante. En comparación con la vida escolar, en la universitaria existe menos involucramiento por parte del cuerpo docente hacia el estudiante como lo es en la escuela, por lo que gran parte de la responsabilidad académica y de relaciones sociales se responsabiliza directamente en el estudiante, el cual al sentirse abrumado o aplicar la técnica de maskin puede correr el riesgo de asumir más responsabilidades de las que puede manejar o desregular con facilidad ante estas situaciones que requieren de importantes habilidades adaptativas.

Este proceso se puede anticipar alrededor de los 14 y 16 años, el cual puede ser propiciado tanto por los docentes en los últimos años de escuela, como por los padres y por terapias enfocadas en habilidades socioemocionales, abarcando principalmente la capacitación o educación de higiene personal, operaciones bancarias, capacitación para el trabajo, educación vial, sexual o sobre las aplicaciones de celular o computador que se suelen utilizar en la universidad (Arky, 2022)

Intervención en niños, niñas y adolescentes

1. Prácticas Basadas en Evidencia para Niños y Niñas Jóvenes y Adultos con Autismo (Steinbrenner, J.R. et al., 2020).

Para la elaboración de este trabajo, se decidió utilizar el informe realizado por la Universidad de Carolina del Norte, el cual fue financiado por el Instituto de Ciencias de la Educación del Departamento de Educación de Estados Unidos, el equipo a cargo realizó una revisión sistemática de 1.085 artículos centrados en una población de entre 0 meses y 22 años identificados con Trastorno del Espectro Autista (TEA), síndrome Asperger, Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD), Trastorno del Desarrollo no Especificado (TGD-No especificado) o Autismo de Alto Funcionamiento (AAF) y que dichos artículos tuviesen sus prácticas enfocadas en la naturaleza conductual, clínica, evolutiva y/o educativa y resultados que impactan en el comportamiento, desarrollo, escuela, vocalizaciones o en la salud mental de la población estudiada. (Steinbrenner, J.R., et al., 2020).

Antes de continuar cabe destacar que, desde la evidencia, no existen estrategias, actividades ni metodologías de intervención que signifiquen la solución definitiva, ni un abordaje superior o inferior a otro, cada una de las siguientes propuestas de intervención son complementarias unas con otras, así como independientes entre sí. Por lo que siempre se recomienda aplicar una diversidad de actividades, aunque no se perciban resultados a corto plazo, la estimulación enriquecida e intensiva es la forma más adecuada para mejorar el desempeño ocupacional de los niños y niñas.

a. Integración Sensorial

Se enfoca en la capacidad de una persona para procesar e integrar internamente la información sensorial de su cuerpo y entorno, incluida la información visual, auditiva, táctil, propioceptiva y vestibular. Utiliza actividades adaptadas individualmente que desafían el procesamiento sensorial y la planificación motora, fomentan el movimiento y la organización del yo en el tiempo y el espacio.

Algunos ejemplos de intervención comunes son el uso de dietas sensoriales, masajes profundos, uso de columpios, chalecos con pesas, entre otros.

Áreas de resultados		RANGOS DE EDAD					
		0-2	3-5	6-11	12-14	15-18	19-22
	Comunicación	niños pequeños	prescolares	educación básica (1° a 4°)	educación básica (5° a 8°)	educación media	adultos jóvenes
	Social		✓	✓	✓		
	Atención conjunta		✓	✓			
	Jugar						
	Cognitivo		✓	✓			
	Preparación escolar						
	Académico / Pre académico		✓	✓			
	Adaptativo / Autoayuda		✓	✓			
	Desafiante / comportamiento de interferencia		✓	✓	✓		
	Profesional						
	Motor		✓	✓	✓		
	Salud Mental						
	Autodeterminación						

El cuadro representa las edades y áreas en las que la integración sensorial presenta resultados en NNA con autismo. (Adaptado y traducido de Evidence-based Practices for Children, Youth and Young Adults With Autism (p. 110) por Steinbrenner, J.R., et al., 2020).

b. Intervención Naturalista (IN).

Según Bruinsma y Minjarez (2020) tanto en ABA como en la teoría del desarrollo, las Intervenciones conductuales de desarrollo naturalistas son algunas de las intervenciones actuales más efectivas, con mayor estudio y más utilizadas para la CEA.

Las intervenciones naturalistas favorecen el establecimiento de rutinas interactivas de comunicación que permiten identificar aquellos casos de niños que necesitaban mayor acompañamiento en su aprendizaje. En este sentido, es determinante la organización del equipo de aula, que propicie contextos enriquecidos para potenciar el desarrollo de la comunicación en niños/as.

Característica:

Si bien existen algunas diferencias técnicas y de procesamiento entre los distintos modelos de intervenciones naturalistas del desarrollo, comparten muchas características basadas en la evidencia, entre ellas:

- ✦ Entrenamiento y supervisión consistente/constante
- ✦ Objetivos individualizados
- ✦ Medidas continuas de progreso
- ✦ Episodios educativos iniciados por el niño/a
- ✦ Entorno apropiado
- ✦ Refuerzo natural y métodos relacionados para mejorar la motivación del niño/a
- ✦ Uso de indicaciones y desvanecimiento rápido
- ✦ Giros equilibrados dentro de objetivos o rutinas de juego social
- ✦ Imitación del adulto del lenguaje, el juego o los movimientos corporales del niño y niña
- ✦ Ampliando el enfoque de atención del niño/a

Áreas de resultados		RANGOS DE EDAD					
		0-2	3-5	6-11	12-14	15-18	19-22
	Comunicación	✓	✓	✓	✓		
	Social	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Atención conjunta	✓	✓	✓			
	Lugar	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Cognitivo		✓	✓			
	Preparación escolar	✓	✓	✓			
	Académico / Pre-académico	✓	✓				
	Adaptativo / Autoayuda	✓	✓				
	Desafiante / comportamiento de interferencia	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Profesional						
	Motor	✓	✓	✓			
	Salud Mental	✓	✓	✓			
	Autodeterminación						

El cuadro representa las edades y áreas en las que la intervención naturalista presenta resultados en NNA con autismo. (Adaptado y traducido de Evidence-based Practices for Children, Youth and Young Adults With Autism (p. 82) por Steinbrenner, J.R., et al., 2020).

c. Intervención implementada por los padres (PII).

Los padres serán los principales guías de intervención para sus hijos, con el fin de poder ayudar a desarrollar nuevas habilidades, como el juego, manejo socioemocional, aumentar interacciones sociales, entre otras. Es por ello que son previamente educados y capacitados por los profesionales, para luego intervenir con sus hijos e hijas, esto puede ser en modalidad de grupos o actividades individuales.

Se propone que los padres y la familia del niño o niña con CEA deben ser incluidos para generar aprendizajes y poder entregar más horas de intervención, además de ser su principal fuente de apoyo.

El primer foco de intervención es con la formación teórica a los padres, según las necesidades del niño/a y considerando todas las áreas del desarrollo. Una vez hecho esto, se puede dar lugar a espacios de formación para otros familiares, voluntarios, etc.

		RANGOS DE EDAD					
Áreas de resultados		0-2	3-5	6-11	12-14	15-18	19-22
		niños pequeños	prescolares	educación básica (1° a 4°)	educación básica (5° a 8°)	educación media	adultos jóvenes
	Comunicación	✓	✓	✓	✓	✓	
	Social	✓	✓		✓	✓	
	Atención conjunta	✓	✓				
	Jugar	✓	✓	✓			
	Cognitivo	✓	✓				
	Preparación escolar	✓	✓	✓			
	Académico / Pre-académico	✓	✓				
	Adaptativo / Autoayuda	✓	✓	✓	✓		
	Desafiante / comportamiento de interferencia	✓	✓	✓	✓	✓	
	Profesional						
	Motor	✓	✓				
	Salud Mental	✓	✓	✓	✓		
	Autodeterminación						

El cuadro representa las edades y áreas en las que la intervención implementada por los padres presenta resultados en NNA con autismo. (Adaptado y traducido de Evidence-based Practices for Children, Youth and Young Adults With Autism (p. 87) por Steinbrenner, J.R., et al., 2020).

d. Refuerzo (R).

Se basa en reforzar habilidades o comportamientos para que el niño o niña pueda implementarlas en situaciones futuras. Incluye el refuerzo positivo y refuerzo negativo, refuerzo no contingente y economía de fichas. Casi siempre se utiliza en conjunto a otras formas de intervención.

Áreas de resultados		RANGOS DE EDAD					
		0-2	3-5	6-11	12-14	15-18	19-22
		niños pequeños	prescolares	educación básica (1° a 4°)	educación básica (5° a 8°)	educación media	adultos jóvenes
	Comunicación	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Social	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Atención conjunta	✓	✓	✓		✓	✓
	Jugar		✓	✓		✓	
	Cognitivo			✓			
	Preparación escolar	✓	✓	✓	✓	✓	
	Académico / Pre-académico		✓	✓	✓	✓	
	Adaptativo / Autoayuda	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Desafiante / comportamiento de interferencia	✓	✓	✓	✓	✓	
	Profesional				✓	✓	✓
	Motor	✓	✓	✓			
	Salud Mental						
	Autodeterminación						

El cuadro representa las edades y áreas en las que el refuerzo presenta resultados en NNA con autismo. (Adaptado y traducido de Evidence-based Practices for Children, Youth and Young Adults With Autism (p. 101) por Steinbrenner, J.R., et al., 2020).

e. Instrucción e intervención basadas en pares (PBII)

Según González (2020) es una intervención en la que los compañeros promueven directamente las interacciones sociales de los niños/as con CEA y/u otros objetivos individuales de aprendizaje, o el maestro/otro adulto organiza el contexto social (por ejemplo, grupos de juego, grupos de redes sociales, recreo) y, cuando es necesario, proporciona apoyo (por ejemplo, indicaciones, refuerzo) a los niños/as con CEA y sus pares para participar en interacciones sociales.), esta práctica basada en la evidencia (EBP, por sus siglas en inglés) fue cambiada para permitir la expansión de esta práctica para incluir intervenciones mediadas por adultos con compañeros cuando se proporcionan las intervenciones.

PBI incluye:

- ✦ La selección de los compañeros.
- ✦ Selección de la actividad específica o del momento en que el compañero prestará apoyo.
- ✦ Enseñar a los compañeros cómo apoyar a la persona con CAE durante las actividades seleccionadas.
- ✦ Proporcionar a los compañeros información sobre cómo lo han hecho o qué podrían hacer para ayudar a la persona con CAE a responder de forma diferente la próxima vez.

Áreas de resultados		RANGOS DE EDAD					
		0-2	3-5	6-11	12-14	15-18	19-22
	Comunicación		✓	✓	✓	✓	
	Social		✓	✓	✓	✓	
	Atención conjunta		✓	✓			
	Jugar		✓	✓	✓		
	Cognitivo			✓	✓		
	Preparación escolar		✓	✓			
	Académico / Pre-académico			✓	✓	✓	
	Adaptativo / Autoayuda						
	Desafiante / comportamiento de interferencia			✓			
	Profesional						
	Motor						
	Salud Mental			✓	✓		
	Autodeterminación						

El cuadro representa las edades y áreas en las que la instrucción e intervención basada en pares presenta resultados en NNA con autismo. (Adaptado y traducido de Evidence-based Practices for Children, Youth and Young Adults With Autism (p. 91) por Steinbrenner, J.R., et al., 2020).

f. Comunicación Aumentativa y Alternativa (CAA)

Para este tipo de intervenciones se enseña el uso de un sistema de comunicación no verbal, incluidos sistemas de comunicación con ayuda, es decir se pueden utilizar sistemas de baja tecnología (como imágenes o señalar letras) o sistemas de alta tecnología como generadores de voz y aplicaciones para dispositivos móviles. Por otro lado, existen los sistemas de comunicación sin ayuda, refiriéndose a que no utilizan materiales o tecnologías (puede ser con lengua de señas o gestos).

Áreas de resultados		RANGOS DE EDAD					
		0-2	3-5	6-11	12-14	15-18	19-22
	Comunicación	✓	✓	✓	✓	✓	
	Social	✓	✓	✓		✓	
	Atención conjunta	✓	✓	✓			
	Jugar	✓	✓	✓			
	Cognitivo						
	Preparación escolar						
	Académico / Pre-académico		✓	✓			
	Adaptativo / Autoayuda						
	Desafiante / comportamiento de interferencia		✓	✓			
	Profesional						
	Motor					✓	
	Salud Mental						
	Autodeterminación						

El cuadro representa las edades y áreas en las que la comunicación aumentativa y alternativa presenta resultados en NNA con autismo. (Adaptado y traducido de Evidence-based Practices for Children, Youth and Young Adults With Autism (p. 56) por Steinbrenner, J.R., et al., 2020).

2. Otras Estrategias Utilizadas en la Intervención de Niños, Niñas y Adolescentes

a. El Programa para la Educación y el Enriquecimiento de las Relaciones Sociales (PEERS)

Este programa fue desarrollado con el objetivo de trabajar habilidades sociales en niños y niñas, pero dado su respaldo científico (Betz et al., 2008, como se cita en Aldabas, 2022), se ha logrado adaptar para adolescentes y adultos jóvenes orientado a formar y mantener amistades, desarrollar relaciones amorosas, manejar los conflictos interpersonales, el rechazo, entre otras demandas propias de la interacción social. Peers utiliza una variedad de diferentes técnicas para identificar aquella que genere un mayor impacto positivo en diferentes grupos de niños, niñas y adolescentes dentro del espectro autista, tales como: Intervenir directamente en el aula de clases, hora de colación (Owen-DeSchryber et al., 2008; Trembath et al., 2009, como se cita en Aldabas, 2022), sesiones de juego (Katz y Girolametto, 2013, como se cita en Aldabas, 2022), implementar a los hermanos del usuario en las sesiones para estimular habilidades en el juego (Oppenheim-Leaf et al., 2012, como se cita en Aldabas, 2022), el uso de tecnologías de la Comunicación Aumentativa y Alternativas (CAA). (Trembath et al., 2009; Trottier et al., 2011, como se cita en Aldabas, 2022) y el uso de actividades grupales, como actividades extraprogramáticas o grupos orientados a intereses compartidos (Koegel et al., 2012, como se cita en Aldabas, 2022).

b. Método Relacional en Adolescentes

El entrenamiento relacional permite fomentar habilidades comunicativas y cognitivas a través de la respuesta relacional derivada, es decir, la habilidad de responder ante un evento o estímulo en función de las relaciones o relaciones entre relaciones que se han establecido arbitrariamente con este. En otras palabras, si $A=B$, entonces $B=A$, la implicación combinatoria de si $A=B$ y $B=C$, entonces $A=C$ y la transformación de funciones $A=B$ y $B>C$, entonces $A>C$. Este método tiene como objetivo trabajar los desafíos que se involucran en los contextos que requieren de la aplicación de relaciones entrenadas previamente, tales como: La clasificación de objetos, la toma de perspectiva en términos de relaciones déicticas (yo-tu, aquí-allá, ahora-entonces), respuesta ante preguntas puntuales y abiertas (¿Qué?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Cómo?, ¿Por qué?), la detección del sarcasmo y pensamiento metafórico (Sierra, M. y Ortiz, E. 2021)

c. Modelo de Comunicación Social, Regulación Emocional y Apoyo Transaccional (SCERTS por sus siglas en inglés)

Es un modelo enfocado en ayudar a las personas, niños, adolescentes y personas mayores, dentro del espectro autista a convertirse en comunicadores sociales competentes y seguros, además de abordar desafíos conductuales que interfieren con el aprendizaje y el desarrollo de las relaciones sociales, centrándose en 3 áreas: Socio-comunicativa, regulación emocional y apoyos específicos (Soportes interpersonales, soportes para el aprendizaje a lo largo de las actividades diarias). (Prizant, B., Wetherby, A., Rubin, E., Laurent, A., y Rydell, P. 2006)

Páginas de Interés

Nombre.	Autores y año.	Acceso
Neuromundos: Trastorno del espectro autista. 	CEDETI UC. 2021. 	https://www.youtube.com/watch?v=e3KzsLgJPIE 
Signos y síntomas de los trastornos del espectro autista. 	CDC. 2022. 	https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/autism/signs.html 

Nombre.	Autores y año.	Acceso
Mitos en Autismo 	Chile Crece Contigo 	https://www.crececontigo.gob.cl/video/mitos-en-autismo/ 
Ley TEA 	MINSAL. 2023 	https://saludresponde.minsal.cl/ley-tea/ 
El rol de la ley TEA en el marco normativo vigente en Chile 	MINEDUC. 2023 	https://www.youtube.com/watch?v=KQbexRpoVII 

Bibliografía

- Aldabas, R. (2022). Effects of peer network intervention through peer-led play on Basic Social Communication Skills of children with Autism Spectrum Disorder in Inclusive Classroom. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 34(6), 1121-1148. <https://doi.org/10.1007/s10882-022-09840-1>
- Amatina, M. (octubre de 2022). *Autism and intersectionality*. *Employmentautism*. <https://employmentautism.org.uk/autism-and-intersectionality/>
- Arky, B. (2022). *Ir a la universidad cuando se tiene autismo*. *Childmind*. <https://childmind.org/es/articulo/ir-a-la-universidad-cuando-se-tiene-autismo/>
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5* (5ta ed.). Editorial Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5* (5ta ed.). Editorial Asociación Americana de Psiquiatría.
- Autism Speaks (s.f.). *Autism in Teens: Helping Your Child Through Puberty*. Consultado el 11 noviembre de 2023. <https://www.autismspeaks.org/expert-opinion/autism-teens-helping-your-child-through-puberty>
- Bracco, J. (2016). Uso del Perfil Sensorial: Distinguiendo los resultados entre los niños con trastorno del espectro autista (TEA) Argentinos y Estadounidenses. *Revista Chilena De Terapia Ocupacional*, 16(1), 125-132. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2016.41950>
- Bretones, A. y Calvo, R. (20 de febrero de 2018). *Síntomas o signos del Trastorno del Espectro Autista*. *Clinicbarcelona*. <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastorno-del-espectro-autis>
- Centers for Disease Control and Prevention. (s.f.). *Autism Spectrum Disorder (ASD)*. Cdc. Consultado el 13 de septiembre de 2023. <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/signs.html>
- Child Mind Institute (2023). *What is Neurodiversity? And how can parents support kids who are neurodivergent?* <https://childmind.org/article/what-is-neurodiversity/#neurodiversityas-identity>
- Coehlo, M., Bronstein, J., Aedo, K., Pereira, J., Arraño, V., Perez, C., Valenzuela, P., Moore, R., Garrido, I., & Bedregal, P. (2019). Validación del M-CHAT-R/F como instrumento de tamizaje para detección precoz en niños y niñas con trastorno del espectro autista. *Revista chilena de pediatría*, 90(5), 492-499.
- Fonseca Angulo, R., Moreno Zuleta, N., Crissien-Quiroz, E., & Blumtritt, C. (2020). Perfil sensorial en niños con trastorno del espectro autista. *Avft-archivos venezolanos de farmacología y terapéutica*, 39(1), 105-111. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4068178>
- Garrido, V. (14 de mayo de 2023). *ADI-R: ¿Qué es y cuándo se aplica?*. *Adipa*. <https://adipa.cl/noticias/adi-r-que-es/>

- Imperatore Blanche, E., & Reinoso, G. (2007). Revisión de la literatura: déficit de procesamiento sensorial en el espectro del autismo. *Revista Chilena De Terapia Ocupacional*, (7), 59-68. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2007.79>
- Jiménez, B. (1 de marzo de 2020). *¿Qué es la integración sensorial?* Redestudiantilmx. [https://redestudiantilmx.wixsite.com/website/post/qu%C3%A9-es-la-integraci%C3%B3n-sensorial#:~:text=Ayres%20\(1979\)%20defini%C3%B3%20las%20respuestas,sensaciones%20de%20forma%20significativa%2C%20la](https://redestudiantilmx.wixsite.com/website/post/qu%C3%A9-es-la-integraci%C3%B3n-sensorial#:~:text=Ayres%20(1979)%20defini%C3%B3%20las%20respuestas,sensaciones%20de%20forma%20significativa%2C%20la)
- La Barbera, M. (2017). *Interseccionalidad*. Universidad Carlos II de Madrid. <https://digital.csic.es/handle/10261/258310>
- Lampert, M. (noviembre de 2022). *Personas del Espectro Autista*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/33714/1/BCN_espectro_autista_2022_trastorno_o_condicion_FINAL.pdf
- Martínez, G. (2 de mayo de 2023). *Caras vemos, corazones no sabemos. Camuflaje en neurodivergencia (Autismo y TDA)*. Psyciencia. <https://www.psyciencia.com/caras-vemos-corazones-no-sabemos-camuflaje-en-neurodivergencia-autismo-y-tda/>
- Ministerio de Salud. (10 de marzo de 2023). *Ley TEA*. Saludresponde. <https://saludresponde.minsal.cl/ley-tea/>
- Montiel-Nava, Cecilia, & Peña, Joaquín A. (2011). Déficit de atención e hiperactividad en los trastornos del espectro autista. *Investigación Clínica*, 52(2), 195-204. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332011000200009&lng=es&tlng=es
- Organización Mundial de la Salud. (15 de noviembre de 2023). *Autismo*. Who. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE-11* (11 ed). Editorial Organización Panamericana de la Salud.
- Ponce, P. (30 de julio de 2017). *Ajustes razonables, Educación y Autismo*. Autismodiario. <https://autismodiario.com/2017/07/30/ajustes-razonables-educacion-autismo/>
- Prizant, B. M., Wetherby, A. M., Rubin, E., Laurent, A. C., & Rydell, P. J. (2006). *The SCERTS Model: A comprehensive educational approach for children with autism spectrum disorders*. Brookes.
- Robins, D. (2009). *The Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up*. Mchatscreen. <https://www.mchatscreen.com/>
- Román, V. (12 de diciembre de 2017). *La estrecha brecha entre el Trastorno Específico del Lenguaje y los TEA*. Redcenit. <https://www.redcenit.com/trastorno-especifico-del-lenguaje-y-autismo/>
- Santander, S., Leyton, B., Romero, M., Cabezas, P., Fuentealba, L., Garay, N., Medel, M. y González, F. (2021). *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. Programa nacional de salud de la infancia*. Ministerio de Salud. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Capi%CC%81tulo-3-Web.pdf>

- Seebeck J, Sznajder KK, Kjerulff KH. The association between prenatal psychosocial factors and autism spectrum disorder in offspring at 3 years: a prospective cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2023 Aug 9. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02538-5>.
- Seebeck, J., Sznajder, K. K., & Kjerulff, K. H. (2023). The association between prenatal psychosocial factors and autism spectrum disorder in offspring at 3 years: a prospective cohort study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02538-5>
- Sierra, M. A. & Ortiz, E. I. (2021). Entrenamiento relacional para niños, niñas y adolescentes con trastornos del espectro autista: revisión breve. En C. Londoño-Pérez, & M. Peña-Sarmiento (Eds.), *Perspectivas de investigación psicológica: aportes a la comprensión e intervención de problemas sociales*. (pp. 93-110). Editorial Universidad Católica de Colombia.
- Sirera, M. (15 de septiembre de 2022). *Conociendo el test ADOS-2 (Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo - 2)*. Redcenit. <https://www.redcenit.com/conociendo-el-test-ados-2-escala-de-observacion-para-el-diagnostico-del-autismo-2/>
- Spectrum. (24 de marzo de 2021). *Puberty and autism: An unexplored transition*. <https://www.spectrumnews.org/features/deep-dive/puberty-and-autism-an-unexplored-transition/#:~:text=Two%20larger%20studies%2C%20published%20in,younger%20children%20on%20the%20spectrum>
- Steinbrenner, J. R., Hume, K., Odom, S. L., Morin, K. L., Nowell, S. W., Tomaszewski, B., Szendrey, S., McIntyre, N. S., Şe-rife Yücesoy-Özkan, S., & Savage, M. N. (2020). *Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism*. The University of North Carolina at Chapel Hill, Frank Porter Graham Child Development Institute, National Clearinghouse on Autism Evi-dence and Practice Review Team.
- Uniqskills. (s.f.). *Observación Diagnóstica - Autismo*. Consultado el 20 de noviembre de 2023. <https://www.uniqskills.com/es/s/problemas-de-los-ninos/observacion-diagnostica-autismo/>
- Vera, L. (5 de abril de 2023). Ley de Autismo y educación superior: La necesidad de apoyos concretos que garanticen autonomía. <https://uchile.cl/noticias/203796/ley-de-autismo-y-educacion-superior-apoyos-que-garanticen-autonomia>
- Yáñez, C., Maira, P., Elgueta, C., Brito, M., Crockett, M., Troncoso, L., López, C. & Troncoso, M. (2021). Estimación de la prevalencia de trastorno del Espectro Autista en población urbana chilena. *Andes pediátrica*, 92(4), 519-525. <https://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v92i4.2503>



Universidad
Central

Facultad de Medicina
y Ciencias de la Salud



CAETO

Centro de Atención y Estudios
de Terapia Ocupacional