

Chantal Garay Soto,
Valeria Rojas Osorio y
Gabriela Verdugo
Weinberger

Chantal Garay Soto,
Valeria Rojas Osorio y
Gabriela Verdugo
Weinberger

Editorial Siete Soles 2024 /

www.sietesoles.cl

Textos: Chantal Garay Soto, Valeria Rojas Osorio y Gabriela Verdugo Weinberger.

Primera Impresión: marzo de 2024.

Corrección y revisión de textos: Catalina Arancibia Durán.

Idea original y dirección: Chantal Garay Soto, Valeria Rojas Osorio y Gabriela Verdugo Weinberger.

ISBN: 978-956-09237-1-4

Financia: Servicio Nacional de la Discapacidad – SENADIS

Patrocinado por: Fundación Unión Autismo y Neurodiversidad FUAN, Corporación Autismo Viña del Mar, Federación Nacional de Autismo, FENAUT y Fundación EA Femenino Chile.

Guía de Diagnóstico y Apoyos Tempranos en el Espectro Autista

Dedicamos esta Guía a todas las personas autistas y familias que han debido superar barreras de exclusión para conocer y comprender el diagnóstico. Somos parte de un proceso dinámico de construcción del saber colectivo autista desde nuestras valiosas diferencias.

Presentación

Como Fundación Unión Autismo y Neurodiversidad FUAN, organización colaborativa de apoyo y gestión, sin fines de lucro, cuyo centro es el respeto y valoración de la ciudadanía autista como sujetos de derecho que aportan de manera valiosa a nuestra sociedad y la Corporación Autismo Viña del Mar, organización formada por personas autistas, familias y cuidadores que luchan por sus derechos; presentamos la “Guía de Diagnóstico y Apoyos Tempranos en el Espectro Autista”, que busca difundir información basada en la evidencia, que contribuya a fortalecer buenas prácticas en la evaluación, diagnóstico y entrega de apoyos interdisciplinarios en la niñez entre cero y seis años.

Esperamos que este texto resulte de especial utilidad para personas autistas, familias, cuidadoras y cuidadores, así como para profesionales de apoyo de la salud y de la educación. De igual manera, puede ser interesante para la ciudadanía en general, que en su convicción de aportar a una legítima participación social de las personas autistas, se interesen en aprender y valorar la diversidad.

Este proyecto cuenta con el apoyo de la Federación Nacional de Autismo, FENAUT y sus 33 organizaciones asociadas a nivel nacional, que contribuirán en su difusión: EA Femenino Chile, Corporación Neurodiversidad de Los Ríos, Centro Andalué de Quillota; Teaunidos de Limache; Autismo Quinta de Valparaíso; Corporación Autismo Viña del Mar; Autismo Marga Marga de Villa Alemana; Corporación Yumbrel de Quilpué; Agrupación Social Familiares Tea San Antonio; Fundación Potencialmente de Concepción; Imperio Tea de La Calera; Luepaut de Cabildo; Padres Cea de Curicó; Fundación Bao de Temuco; Centro Antilén de Valdivia; Yo Te Ayudo de El Melón; Altavida de Valparaíso; Centro General de Padres Altavida de Valparaíso; Autismo Rancagua; Teamparo Azul de Lota;

Asperger Chiloé; Caminando Junto de El Salvador; Agrupación Amigos Autismo Valdivia; Comunicándonos de La Ligua; Ángeles Azules de La Calera; Tea Talca; Fundación Autismo Puente Alto; No Estamos Solos de Concón; Tea San Bernardo; Fundación Derecho y Equidad de La Serena; Apandía de Iquique; Fundación Sin Barrera; TEAmo Constitución.

Agradecemos especialmente a las familias de la Corporación Autismo Viña del Mar, organización que aportó en las etapas de elaboración y para la validación de contenidos. Asimismo, agradecemos a EA Femenino por su aporte en el enfoque de género, en especial en lo que respecta al diagnóstico de Autismo en niñas.

También agradecemos al equipo profesional interdisciplinario especializado en Autismo que ha apoyado la realización de esta Guía: Viviana González Villarroel, Educadora Diferencial; Dra. Paula Arriagada Vidal, Neuropediatra, Vanessa Kreisel Vera, Fonoaudióloga, todas cofundadoras de FUAN; Mariluz Jiménez Araya, Psicóloga y Presidenta EA Femenino Chile, Nelson Nilo González, Terapeuta Ocupacional. También queremos destacar a quienes han hecho posible el desarrollo de este proyecto de Guía: Chantal Garay Soto, Periodista y Presidenta de FENAUT; Fernanda Ramírez Montecinos, Trabajadora Social; Ignacia Imboden Fernández, Historiadora, ambas colaboradoras de FUAN; Dra. Valeria Rojas Osorio, Neuropediatra y Gabriela Verdugo Weinberger, periodista, escritora; ambas cofundadoras de FUAN.

Concretamos este proyecto gracias al financiamiento del Servicio Nacional de la Discapacidad, SENADIS, y al apoyo de un destacado equipo profesional y de familias autistas que aportaron desde sus respectivos saberes.

Gran Valparaíso, marzo 2024.

Prólogo

“Como Fundación FUAN desplegamos nuestro actuar a nivel regional, nacional e internacional, buscando aportar en la construcción de una cultura de conocimiento y valoración del Autismo, la neurodiversidad y la neurodivergencia, en un marco de respeto de Derechos Humanos, inspiradas en el modelo de calidad de vida y de ciudadanía.

FUAN está conformada por ocho cofundadoras, entre autistas y neurotípicas, las que desempeñamos labores en el mundo de la Salud, Educación, Academia, Cultura, Comunicaciones y Agrupaciones de Familias. Nuestras diferentes miradas sobre el mundo nos han permitido converger en un espacio que busca democratizar el acceso a la información basada en la evidencia y en la ética.

Esta Guía es el resultado de un trabajo de investigación de años que hemos impulsado desde nuestras respectivas experticias. De esta manera, surge como un primer desafío para consolidar información de utilidad para la niñez autista entre cero y seis años, una etapa en la que los apoyos multi e interdisciplinarios resultan claves para impactar positivamente en la calidad de vida.

Agradecemos a las familias de la Corporación Autismo Viña del Mar por su altruista aportación en los contenidos de esta Guía, y a quienes se han vinculado con generosidad y excelencia en este proyecto.

Como FUAN, nuestro compromiso es avanzar en construir sucesivas guías, en que esta información y apoyos se expresen además para otros ciclos etarios, ya que las necesidades de la comunidad autista cambian en función de las diferentes etapas de la vida.

La niñez autista tiene pleno derecho de ejercer a cabalidad su ciudadanía, así como participar y contribuir activamente en sus comunidades. Al mismo tiempo, como sociedad, tenemos la oportunidad de nutrirnos y enriquecernos con sus aportes.

Garantizar el derecho al diagnóstico, a construir identidad, a tener una calidad de vida digna y en bienestar, es parte de lo que podemos activar para avanzar en un camino en el que nos podamos comprender y aceptar como sociedad neuroinclusiva, donde nuestras diferencias son valiosas e imprescindibles para fortalecer la convivencia democrática.

*Deseamos que este Libro Guía llegue a ustedes con un mensaje claro de respeto y empatía, porque toda persona tiene derecho a vivir una vida plena que valga la pena ser vivida, en especial durante la niñez. Como decía Gabriela Mistral: **El futuro de los niños es siempre hoy. Mañana será tarde.**"*

Dra. Valeria Rojas Osorio
Neuróloga Infantil
Vicepresidenta Fundación FUAN

Índice

Presentación	pág. 4	Atención Conjunta	pág. 22
Prólogo	pág. 6	Variantes del desarrollo	pág. 24
Introducción	pág. 10	Ecolalias	pág. 25
Antecedentes	pág. 11	Estereotipias o Movimientos Estereotipados	pág. 27
Aclarando información sobre el Autismo / <i>Derribando mitos</i>	pág. 13	Rutinas o Rituales	pág. 29
Prevalencia	pág. 15	¿Cómo observar y pesquisar estas señales?	pág. 30
Diagnóstico Temprano	pág. 16	¿Qué hacer ante la sospecha de Autismo?	pág. 31
Diagnóstico en niñas	pág. 16	¿Qué ocurre en el proceso de diagnóstico?	pág. 32
Detección temprana	pág. 19	Aprendiendo más sobre M-CHAT-R/F	pág. 33
Recomendaciones sobre señales a las que debemos atender	pág. 20	Recomendaciones para profesionales de la salud	pág. 34
Contacto visual	pág. 21	Anamnesis en diagnóstico temprano en EA	pág. 35

Estimulación temprana / <i>Recomendaciones para familias y para profesionales de la salud y educación</i>	pág. 39	Consideraciones sobre la acción comunicativa y autismo	pág. 56
Rol de la Familia en el Desarrollo de la Infancia	pág. 39	Reflexiones finales	pág. 58
Aprendiendo sobre Autismo tras recibir el diagnóstico	pág. 41	Anexo	pág. 60
Atención Temprana	pág. 42	Apoyos Visuales para la Comunicación	pág. 60
Importancia de los Modelos Naturalistas de Estimulación Temprana	pág. 43	Diferencias Sensoriales	pág. 62
¿Cómo estimular la comunicación con estrategias naturalistas?	pág. 44	Recomendaciones para familias y cuidadores/as: <i>Cuándo y cómo hablar de autismo con tu hijo o hija.</i>	pág. 69
Ideas para estimular socialmente a niñas y niños	pág. 46	¿Cómo y Cuándo Informar sobre el Diagnóstico en Establecimientos Educativos?	pág. 71
Estimulación Socio Comunicativa	pág. 48	¿Quién emite el Diagnóstico de Autismo?	pág. 71
Comunicación	pág. 48	¿Qué Profesionales Pueden Brindar Apoyos Especializados a Niñez Autista?	pág. 72
Desarrollar el Juego en infancias autistas	pág. 50	Glosario	pág. 74
Desarrollo de Imitación	pág. 54	Referencias Bibliográficas	pág. 76

Introducción

En las siguientes páginas encontrarán contenidos de orientación general que no buscan efectuar recomendaciones específicas, sino exponer lo que la información basada en la evidencia nos señala actualmente. También se busca incorporar conceptos que la comunidad autista ha ido instalando en el debate público, en especial en esta última década respecto a la identidad y cultura autista.

A la fecha, en Chile no se cuenta con un catastro de ciudadanía autista y la investigación científica es precaria y casi inexistente. En marzo del año 2023, se promulgó la Ley 21.545, conocida como la Ley de Autismo, que compromete diversas acciones de parte del Estado en pos de garantizar derechos de la ciudadanía autista. Los contenidos del presente libro hacen referencia a la situación existente en marzo del 2024.

Consideraciones

Los términos autista, Autismo y Espectro Autista (EA) se utilizan como abreviaturas del concepto Trastorno del Espectro Autista, definición que se encuentra en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- 5- TR) de la Asociación estadounidense de Psiquiatría.

El DSM-5 proporciona criterios estandarizados para el diagnóstico del Autismo y lo incluye dentro de los Trastornos del Neurodesarrollo, caracterizado por disarmonías y/o deficiencias específicas del desarrollo en el funcionamiento comunicativo, cognitivo, psicológico, social adaptativo y/o motor.

En el DSM-4-TR se dividía al Autismo en trastornos separados, por eso hasta hace unos años se diagnosticaba Síndrome de Asperger. Sin embargo, actualmente, se le considera una condición única con niveles variables, de acuerdo a la necesidad de apoyos.

De hecho, en la quinta revisión del DSM-5 se encuentran establecidos tres niveles de ayudas necesarios:



Por su parte la Organización Mundial de la Salud en su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE- 11) también incluye el Autismo en la categoría de Trastornos del Neurodesarrollo.

En esta Guía no utilizaremos el concepto trastorno, respetando los actuales debates, construcción de cultura e identidad, que están presentes en comunidades autistas y científicas.

Antecedentes

El Autismo es una diversidad del neurodesarrollo, una forma diferente de procesamiento cognitivo. Cada persona autista posee un universo de características diferentes, por eso hablamos de Espectro Autista.

El Autismo no es una enfermedad, ni una afección, no se padece, no se sufre. Cada persona autista puede requerir diferentes niveles de apoyo.

La Organización Mundial de la Salud lo define como Trastorno del Espectro Autista (TEA). Actualmente, diversas voces autistas han señalado sentirse más identificados con las siglas EA (Espectro Autista) o CEA (Condición del Espectro Autista).

Así, respetando a esta comunidad, es adecuado utilizar los términos: autista, persona autista, en el espectro, estudiantes autistas, personas que están en el Espectro Autista, entre otras acepciones.

Teniendo en cuenta la identidad de cada persona, invitamos a consultar directamente a cada quién, cuál es la expresión que más les representa para no

El Autismo tiene manifestaciones observables desde edades tempranas, como dificultades significativas en la interacción y comunicación social, además de la presencia de patrones repetitivos de comportamiento o actividades.

imponer o pre asignar una etiqueta que no les identifique.

Por ello, se ha creado un terreno común desde los enfoques de Derechos Humanos, sociales y los apoyos médicos, psicológicos, sociales y ambientales para las personas autistas, con el objetivo de aportar en su calidad de vida, desde el paradigma biopsicosocial.

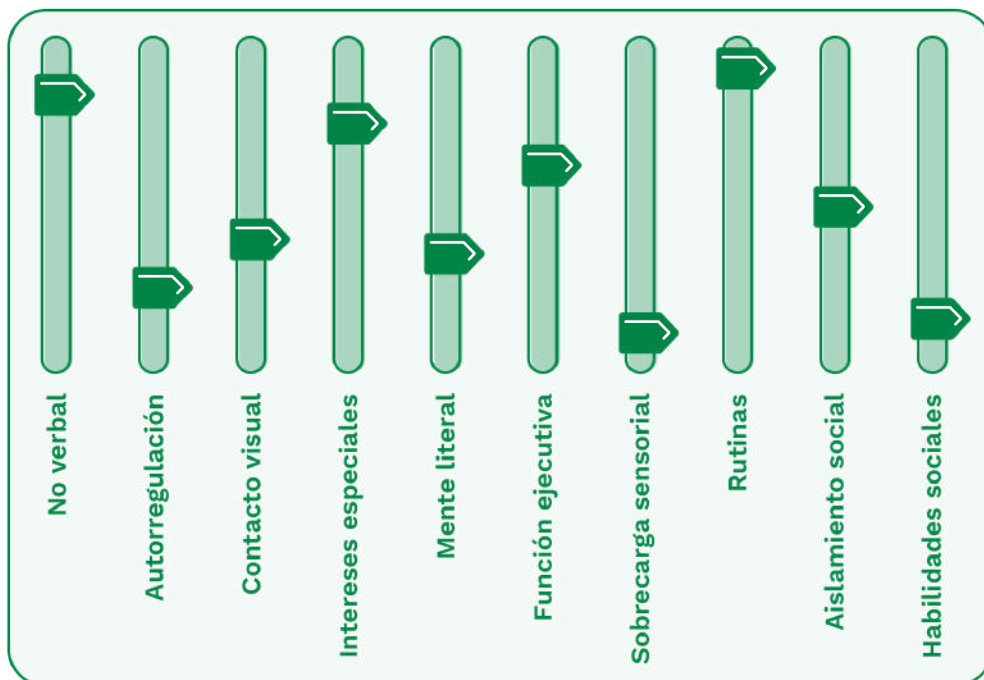
El EA contiene una variada heterogeneidad en su expresión y niveles de funcionalidad. Así, como hay personas que no se comunican

de forma verbal-oral, que presentan más o menos retraso en el desarrollo, discapacidad intelectual, alteraciones en el sueño y alimentación.

La gente piensa que el Espectro Austista es así



Pero es más como esto



También hay quienes presentan un desarrollo intelectual en la media o por sobre el promedio y se comunican de forma verbal-oral con pequeños desafíos en el uso del lenguaje y no presentan retraso en el lenguaje. A su vez, en cuanto al nivel de autonomía y autodeterminación, existen personas autistas que completan sus estudios, trabajan y forman familia.

Por otro lado, existen quienes presentan mayores necesidades de apoyo para la realización de acciones básicas de autocuidado del día a día, tales como vestimenta, alimentación, higiene, entre otras, que pueden resultar muy desafiantes, tanto para ellas mismas, como para sus entornos cuidadores.

Lo que la mayoría de las personas en el Espectro Autista comparte son las dificultades en la comunicación social. De este modo, enfrentan desafíos para adaptarse a los cambios, así como una predilección por la repetición o “insistencia en lo mismo” (invarianza). En muchos casos desarrollan intereses profundos, tienen perfiles sensoriales particulares y diferentes trayectorias de desarrollo de acuerdo a múltiples factores personales y sociales.

De igual manera, el EA se asocia con fortalezas cognitivas, especialmente en ciertas áreas. Por tanto, pueden contar con excelente atención y memoria para los detalles, tener una gran aptitud para deconstruir información compleja en las partes que la componen y ser grandes pensadores visuales, con una alta percepción y capacidad de buscar patrones, entre otras.

Aclarando información sobre el Autismo

Derribando mitos

∞ A las personas autistas, en su mayoría, sí les agrada estar con otras personas.

∞ Está comprobado científicamente que el origen del Autismo no está en las vacunas.

∞ Necesitan establecer relaciones de afecto.

∞ En ocasiones puede resultar desafiante el controlar su comportamiento, pero eso no significa que sean agresivas o violentas.

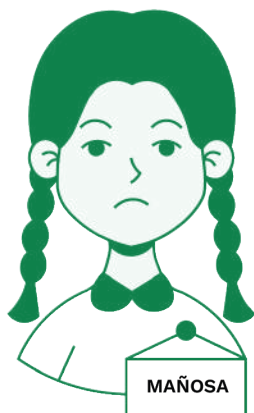
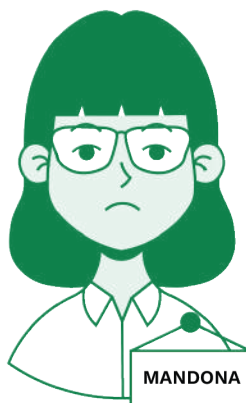
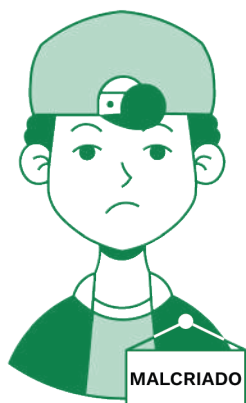
∞ El Autismo no es una enfermedad. Es una forma diferente de desarrollo neurobiológico, que implica un procesamiento cognitivo y sensorial diverso.

∞ No viven en un “mundo aparte”.

∞ El Autismo está presente en todo el ciclo vital.

∞ El Autismo no se presenta solo en “varones”

∞ Son capaces de expresar sus sentimientos.



∞ Sí se comunican y se relacionan con los demás, ya sea a través de la oralidad como herramienta comunicativa o bien utilizando otros recursos para la comunicación.

∞ Toda persona autista tiene derecho a recibir apoyos respetando su identidad y características, para lograr que tenga una calidad de vida que le reporte autonomía y bienestar, sin exclusiones.

∞ Algunas tienen altas capacidades y otras no.

∞ Las estadísticas de prevalencia entre hombres y mujeres deberían cambiar en el futuro, conforme avance la ciencia en la pesquisa correcta, al incorporar la perspectiva de género. Investigaciones actuales hablan de 2:1, muy diferente a la relación 4:1 de la que se hablaba con anterioridad.

(Hull, L., Petrides, KV y Mandy, W. El fenotipo del Autismo femenino y el camuflaje. 2020)

∞ Es un modo distinto de ver el mundo, por tanto, es un modo diferente de vivir.

El Autismo no es una enfermedad, por lo tanto no tiene cura.

Lamentablemente existen diversos productos y/o tratamientos sin evidencia científica que se encuentran en el mercado o en redes sociales, que ofrecen una "cura" para que nuestra hija o hijo "deje de ser autista".

Las opciones van desde administrar el llamado MMS que es clorito de sodio, que no tiene evidencia científica que respalde su uso y puede producir vómitos, diarrea, dolor estomacal, entre otros, como señaló el Centro para el Control Estatal de Medicamentos de La Habana, Cuba.

En enero del 2022 el Ministerio de Sanidad de España emitió un documento titulado “Trastornos del Espectro Autista: evidencia científica sobre la detección, el diagnóstico y el tratamiento” donde indica NO SUGERIR dietas de exclusión de Gluten, Caseína, Secretina, Quelación, Oxigenoterapia hiperbárica, para controlar los problemas del habla y el lenguaje, por mencionar algunas.

Tampoco se recomienda la alternativa de terapia de Estimulación Transcraneal de Corriente Directa en los Cerebros Autistas, que no posee evidencia científica internacional, no obstante lo cual, algunos laboratorios y centros hacen publicidad de resultados satisfactorios en la socialización y flexibilidad en personas autistas.

Es importante enfatizar que ninguna de estas técnicas tiene respaldo científico que acredite una mejora sustancial y sostenida en la vida de las personas autistas.

Prevalencia

En el año 2018, la Organización Mundial de la Salud (OMS), reportó una prevalencia de 0,625% para el Espectro Autista, es decir, 1 de cada 161 niñas y niños.

Las estimaciones actuales, en países de ingresos altos o medianos, sitúan las tasas de Espectro Autista entre el 1% y el 3%. Recientes estudios internacionales hablan de una prevalencia de hasta 3% en niñez de 4 años de edad, en Estados Unidos, mientras que en la Unión Europea se estima que existen cuatro millones y medio de autistas.

Según el informe de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE.UU., CDC, del año 2023, 1 de cada 36 niños es diagnosticado a la edad de ocho años.

La Ley de Autismo compromete en su articulado un primer tamizaje que deberá realizar el Ministerio de Salud en población pediátrica hasta los 14 años, 11 meses y 29 días.

Diagnóstico Temprano

Un diagnóstico temprano, antes de los 24 meses, puede resultar de vital importancia. Según la evidencia científica, la estimulación temprana realizada en niños/as, incluso menores de 15 meses, potencia sus habilidades e impacta positivamente en su calidad de vida, gracias a la neuroplasticidad.

Estudios realizados en Estados Unidos y el Reino Unido, muestran demoras en el proceso de diagnóstico, especialmente si las niñas/os no tienen dificultades cognitivas y presentan lenguaje expresivo verbal. En el caso del Reino Unido, la edad promedio inicial del diagnóstico es de 4.3 años. Respecto a este último estudio, los autores refieren que desde que las madres, padres o familias se acercan por primera vez a un profesional de la salud con preocupaciones relacionadas al EA, hasta la confirmación del diagnóstico, existe un promedio de 3.5 años.

En Chile, la edad promedio de diagnóstico del EA es a los 4.8 años, según un estudio publicado en la Revista Chilena de Pediatría el año 2021.

Es importante precisar que, sobre este tema, en Chile no se han realizado estudios que contemplen variables como territorialidad. Así, no se han considerado, por ejemplo, análisis en sectores rurales y urbanos, aspecto que sumado a variables interseccionales, podría evidenciar datos que aún no hemos tenido la oportunidad de trabajar, ni a nivel científico ni de políticas públicas.

Diagnóstico en niñas

Mujeres y niñas han estado infrarrepresentadas en los estudios científicos internacionales sobre el Autismo. De este modo, es posible que la conceptualización que actualmente se maneja del Espectro Autista, no abarque adecuadamente importantes manifestaciones

típicamente femeninas del espectro.

El derecho al diagnóstico del Autismo es otra de las barreras de exclusión que enfrentan niñas y mujeres autistas. Diversos estudios señalan que la aplicación de instrumentos, baterías o evaluaciones está relacionada a muestras

mayoritariamente masculinas, excluyendo variables que podrían resultar relevantes en la pesquisa y diagnóstico del Autismo en mujeres.

Algunas niñas expresan su Espectro Autista de forma diferente al fenotipo clásico. Esta presentación suele mostrar menores niveles de conductas rígidas y repetitivas. Los intereses profundos pueden parecer más típicos en las niñas, “más funcionales”, ajustados a la edad o compartidos con el género, pero lo que llama la atención es su intensidad. Cabe mencionar que las estereotipias/autorregulación en niñas y mujeres autistas se camuflan con características esperadas en cuadros ansiosos típicos del género femenino tales como: jugar con el pelo, comerse las uñas, tocarse las manos, jugar con anillos, entre otros, lo que dificulta la identificación de las alertas para comenzar el proceso diagnóstico.

Los intereses de los niños suelen estar orientados a objetos, mientras que los de las niñas están enfocados a animales o personas. Por lo tanto, esas aficiones pueden resultar más parecidas a los de sus pares neurotípicas, pero esto no quiere decir que las niñas autistas no tengan intereses intensos por objetos. En muchos casos parecen más habituales, porque el interés es el mismo que podría tener cualquier niña y no llama la atención del entorno por no ser percibido como inusual (unicornios, glitters, figuras, entre otras). La diferencia radica en la intensidad del interés, las acciones alrededor de éste y la variación.

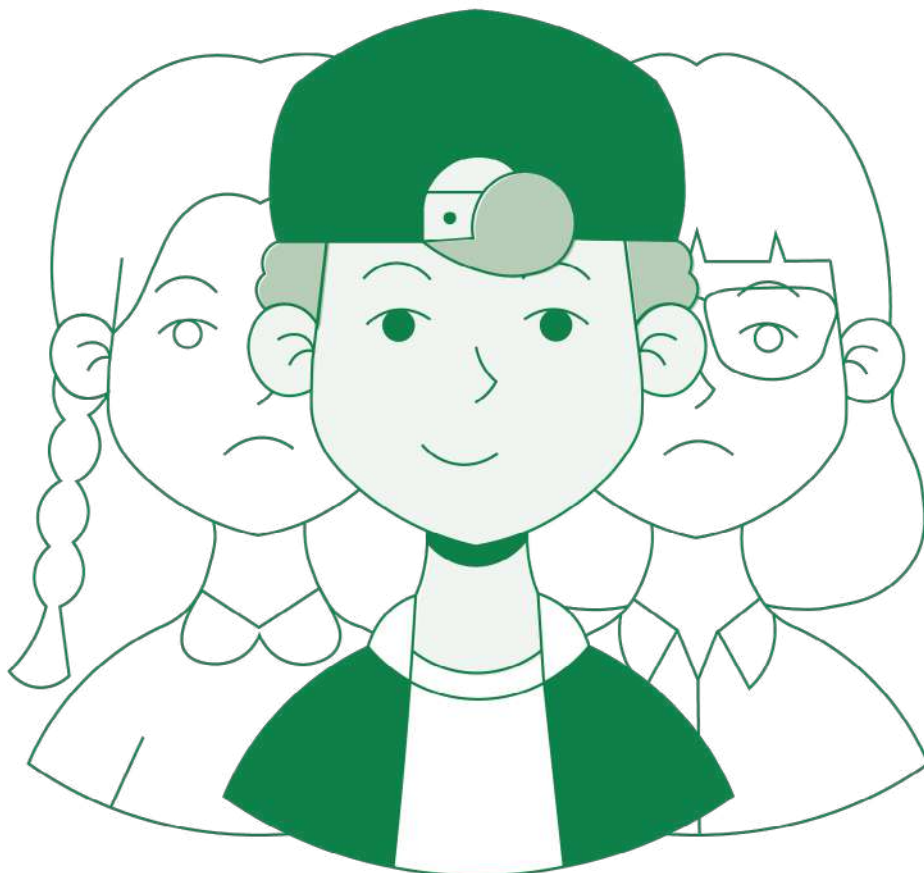
Muchas niñas presentan timidez de pequeñas o mucho retraimiento, pero este signo no es llamativo, porque forma parte del estereotipo social esperado. Las diferencias sociales pueden hacerlas parecer con más habilidades en vez de retraídas, dado que en el estilo de interacción, suelen ser hiper sociables. En otros casos, los desafíos

Las niñas y mujeres tienen menos probabilidades de obtener un diagnóstico oportuno en comparación con varones y necesitan más señales de alerta, tales como discapacidad intelectual o problemas conductuales, para ser identificadas con un diagnóstico de Espectro Autista.

sociales en el Espectro Autista, pueden ser interpretados, desde los estereotipos, como adecuada timidez en niñas, como también puede no serlo y tener una peculiar forma de no respetar el espacio personal de la otra persona y demostrarse como alguien con personalidad fuerte, o popularmente señalada como “mandona” y extrovertida. A su vez, las niñas y mujeres presentan con mayor frecuencia el fenómeno denominado camuflaje, en el cual compensan, enmascaran o asimilan sus conductas para pasar desapercibidas y ser incluidas en la sociedad, lo cual conlleva una sobrecarga importante, que a la larga se puede traducir en un desafío de salud mental.

De esta manera, las dificultades de diagnóstico temprano en mujeres autistas se debe a diferencias en la manifestación del Autismo, sesgos de género en instrumentos de evaluación y sesgos culturales.

Con respecto a la prevalencia, la proporción habitualmente usada de varones versus mujeres de 4:1, podría ser de 3:1, según precisa



el estudio “What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder”. Esta prevalencia incluso podría llegar a 2:1, según indica el estudio “Asociación de raza/etnicidad y desventaja social con la prevalencia del Autismo en 7 millones de escolares en Inglaterra”. Por ello, es necesaria una mayor visibilización que la que actualmente se tiene del Espectro Autista en las mujeres y de los test o pruebas con perspectiva de género, ya que si bien existen pautas para medir el camuflaje social y algunos rasgos que se pueden detectar en ellas, no existen pruebas diagnósticas enfocadas en pesquisa de autismo en género femenino que estén debidamente difundidas y utilizadas.

“Conocer mi diagnóstico fue obtener respuestas, gracias a eso sé que podría necesitar algún tipo de ayuda.”

*Amelie,
Niña autista, 12 años.*

Cabe destacar que la mejor forma de lograr evaluar a una mujer con sospecha de Autismo, es la experiencia clínica desde los estudios especializados de las o los profesionales miembros de un equipo.

Esperamos que la difusión de este Libro Guía proporcione una mayor visibilización del Autismo en niñas y, por tanto, ayude a aminorar el sesgo que existe en el diagnóstico.

Detección temprana

Madres y padres suelen expresar preocupaciones y/o consultar sobre el desarrollo de sus hijos/as entre los 18 y 24 meses de edad, siendo el retraso en el balbuceo y/o en el habla uno de las primeras señales de preocupación. En ocasiones, también se expresa disminución de las conductas sociales y de comunicación.

“Cada semana descubría algo nuevo en ella; selectividad, coocurrencia, y buscábamos nuevas estrategias.”

*Ingrid Vergara,
Madre de niña autista.*

Es importante recordar que cada persona autista posee un universo de características diferentes, por lo que las señales de alerta que puedan expresar las familias y/o los entornos cuidadores pueden ser muy diversas. Es por ello que resulta clave consultar con profesionales de la salud, idealmente expertos en Autismo o que puedan derivar con equipos especializados (como unidades de neuropediatría de hospitales).

Recomendaciones sobre señales a las que debemos atender

(Información adaptada de Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades CDC, EE.UU.)

En la niñez autista se pueden presentar las siguientes características:

12 meses

- ∞ No desarrolla juegos sociales.
- ∞ No permanece de pie con ayuda.
- ∞ Hay ausencia de palabras sencillas.
- ∞ Expresa pocos gestos convencionales (como llevar el dedo a la boca para indicar silencio).
- ∞ Cada vez expresa menos ciertas habilidades que ya había adquirido.
- ∞ No señala objetos para demostrar su interés.
- ∞ Presenta intereses profundos.
- ∞ No responde a su nombre.

18 meses

- ∞ No realiza juegos de simulación (jugar "a darle de comer" a un muñeco).
- ∞ Evitar el contacto visual y querer estar solo.
- ∞ Puede presentar Trastorno del Sueño y/o Alimentario.
- ∞ Tener dificultades para comprender los sentimientos de otras personas y para hablar de sus propios sentimientos.
- ∞ Tener reacciones poco habituales a el sonido, el olor, el gusto, el aspecto o el tacto de las cosas.
- ∞ Tiene dificultad para manipular objetos de uso común.
- ∞ Copia e imita pocas palabras y acciones.
- ∞ Dar respuestas no relacionadas con las preguntas que se les hace.
- ∞ Repetir palabras o frases una y otra vez (ecolalia).
- ∞ Presentar retrasos en las destrezas del habla y el lenguaje.
- ∞ Irritarse con los cambios pequeños.
- ∞ Aletear las manos, mecerse, girar en círculos, caminar en puntas de pie.
- ∞ Resulta desafiante el tener que vestirse.
- ∞ Se le dificulta seguir instrucciones en modalidad de paso a paso.
- ∞ Al momento de expresarse oralmente, no usa correctamente el tú y el yo.
- ∞ Expresa pérdida de habilidades previamente adquiridas.

Importante:

Estas señales no implican un diagnóstico. Se trata de alertas del desarrollo que requieren una consulta profesional especializada.

Recomendación:

Si estas señales son advertidas en el hogar y/o en establecimientos educacionales, es necesario acudir a una consulta experta.

- ∞ Expresa incompreensión ante instrucciones.
- ∞ Presentar intereses profundos e intensos.
- ∞ Ausencia de frases de dos palabras.
- ∞ Presenta dificultad para expresar sus emociones ya sea de manera oral y/o con apoyos visuales.
- ∞ Presenta comportamientos extremos; mucha timidez, hiperempatía, tranquilidad, necesidad de actividad física intensa.
- ∞ Puede presentar perfiles sensoriales agudos diversos.
- ∞ Se distrae con facilidad.
- ∞ Usar el baño puede resultar desafiante.
- ∞ Presenta dificultades motoras y de equilibrio.
- ∞ Prefiere no jugar con otros niños o niñas.
- ∞ No realiza contacto visual frecuente.
- ∞ No muestra interés en determinados juegos o juguetes.

Contacto visual

La infancia con desarrollo típico muestran una atención preferencial a los estímulos sociales más que a los inanimados y también prefieren poner el foco de su mirada en los rasgos socialmente reveladores de las caras, tal como los ojos, más que la boca o el mentón.

En tanto, la niñez autista expresa diferencias en el contacto visual. Esto incide en su desarrollo social y posibilidades de aprendizaje, que pueden ser desafiantes durante todo el ciclo vital.

El interés por el rostro humano y el consecuente contacto visual, aparecen muy temprano en la vida, desde pocos minutos después del nacimiento si el bebé está estable.

Con el tiempo, ese contacto se va ampliando en efectividad y mantenimiento (capacidad de sostener la mirada). El desarrollo de tecnología de seguimiento visual (eye tracking, en inglés), ha permitido estudiar los movimientos oculares en relación con aspectos y claves relacionadas con la interacción social.

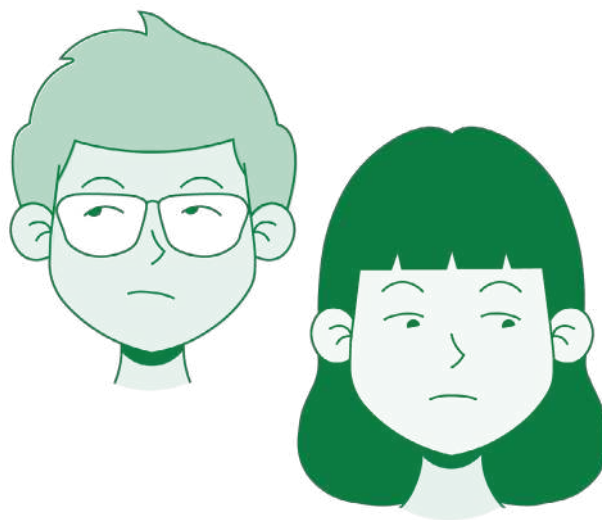
De esto deriva el conocimiento que tenemos actualmente sobre los puntos de interés, el tiempo de fijación y los diferentes paradigmas de análisis que las personas del EA ejecutan, como el hecho de que no escanean la región de los ojos cuando miran al rostro de otra persona, o dedican menos tiempo al reconocimiento de esa región.

Los bebés autistas y con desarrollo neurotípico presentan un contacto visual semejante hasta los 6 meses. Luego de esa edad los bebés autistas lo disminuyen.

“Lo más bonito es cuando nos mira a los ojos y quiere hablar con su mirada.”

*Nancy Prado,
Madre de adulto autista.*

El contacto visual es una habilidad necesaria para la atención conjunta. Sin embargo, no hay que forzarlo, ya que puede ser muy molesto para las personas autistas en cualquier edad.



El contacto visual está presente cuando las relaciones humanas son significativas. En ocasiones, puede expresarse como una mirada hacia el rostro y/o boca. Como también puede ser que las personas en el espectro requieran fijar su mirada en otro punto.

Mirar a los ojos no es indispensable ni es requisito para una comunicación efectiva. Existen variados recursos basados en la evidencia que apoyan los procesos de comunicación y de vínculo. Estos recursos sumados a estrategias aplicadas por profesionales expertos/as, generan avances positivos y respetuosos en este ámbito.

Atención conjunta

La atención conjunta es la capacidad de compartir la concentración en un objeto o área con otra persona, como seguir la mirada de alguien o un dedo que indica. Resulta fundamental para el desarrollo sociocomunicativo.

Entre los nueve y los doce meses, los bebés empiezan a mirar lo que los adultos miran durante períodos de tiempo más largos. Esta es una habilidad que ayuda al establecimiento de vínculos sociales iniciales. Asimismo, permite que el adulto enseñe al bebé a identificar señales y a dirigir su atención.

“Hay que ser muy creativos y observadores para trabajar con un niño autista.”

*Nancy Prado,
Madre de adulto autista.*

Es así como los bebés empiezan a adoptar un punto de vista común con el otro. La práctica de participar en interacciones comunicativas, permite compartir el punto de vista propio con el otro, lo cual es crucial tanto para el desarrollo como para el aprendizaje social. El bebé expresa su afecto positivo o negativo por algún objeto o situación, llamando la atención del adulto con la mirada para que la persona adulta realice alguna acción.

Para cuando cumplen el primer año de vida, la niñez con desarrollo típico interactúa con los demás haciendo contacto visual, repitiendo palabras, acciones, y usando gestos simples como aplaudir y decir “adiós” con la mano.



Las niñas y niños con un desarrollo típico, también muestran interés por los juegos sociales como las escondidas y las palmaditas con las manos. En tanto, la niñez autista puede tener dificultad para aprender a interactuar con otras personas.

Según el Instituto de Psicoterapias Avanzadas, IPSIA de Madrid, entre el 25% y el 30% de los niños y niñas del Espectro Autista dicen algunas palabras entre los 12 y 18 meses de vida y luego declinan en el desarrollo de esa habilidad.

Variantes del desarrollo

Es importante precisar que **no toda variante del desarrollo que se exprese de manera aislada es una señal para el diagnóstico de EA**. De hecho en un gran número de niñez neurotípica también pueden estar presentes estas variantes del desarrollo.

Ecolalias

Repetición de palabras o frases que han escuchado previamente como una forma de practicar y procesar el lenguaje.

La ecolalia es la repetición de palabras o frases que han escuchado previamente como una forma de practicar y procesar el lenguaje.

La ecolalia inmediata ocurre cuando una niña/o repite de inmediato algo que ha escuchado, como una pregunta o una instrucción. Por ejemplo, si alguien le dice al niño “¿Quieres un juguete?”, el niño podría repetir “¿Quieres un juguete?” en lugar de responder directamente.

Por otro lado, la ecolalia diferida ocurre cuando una niña/o repite palabras o frases mucho después de haberlas escuchado. Esto puede suceder incluso años después de haberse expuesto a esas palabras o frases. Así, una niña/o podría repetir el diálogo de un dibujo animado que escuchó en algún momento en el pasado, o repetir una frase que alguien le dijo hace mucho tiempo.

A su vez, puede ser utilizada de forma autoestimuladora, es decir, la persona emite una palabra o frase porque le agrada o causa placer. Por esto, es fundamental indagar en detalle si la ecolalia tiene una función comunicativa y esto se logrará conversando con la familia, pues muchas veces las formas de comunicación en el Espectro Autista son particulares de cada individuo, familia o entorno.

Se debe hacer una diferencia entre la ecolalia como Trastorno del Lenguaje que puede presentarse en infancia de funcionamiento cognitivo típico entre los 12 meses y 2 años. De esta manera, la ecolalia evolutiva está relacionada con el aprendizaje del lenguaje, mientras que

Para las personas autistas, la ecolalia puede ser persistente y tener un propósito (función comunicativa). Puede funcionar como una forma de comunicación limitada para entablar un diálogo con el otro. Por ejemplo, en algunas ocasiones, las ecolalias son funcionales para comunicar algo que se le pregunta a la persona, pero que no puede gestionar con sus palabras y recurre a un diálogo aprendido en un momento anterior.

en la ecolalia presente en el Espectro Autista, la repetición no tiene un propósito claro y puede interferir en la comunicación y en el desarrollo lingüístico del individuo y no desaparece naturalmente.

“La gente necesita ser más empática y buscar información, así el mundo sería más bonito.”

*Daniela Schuman,
Madre de niño autista.*

Es importante que las familias y las personas cuidadoras estén atentas a los patrones de lenguaje de los niños y niñas, y consulten con un especialista si notan que la repetición persiste más allá de la edad evolutiva correspondiente o si se presenta de manera inusual o preocupante. Un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado pueden mejorar significativamente la calidad de vida y el desarrollo comunicativo del niño/a.



Estereotipias o movimientos estereotipados (Stimming)

Comportamientos o movimientos repetitivos involuntarios, que no tienen una intención o propósito planificado.

Las estereotipias o “stimming” como refiere la comunidad autista, son comportamientos o movimientos repetitivos involuntarios, que no tienen una intención o propósito planificado.

Suelen ser coordinados y tener un ritmo que entrega calma a la persona autista, ya que le ayuda a regular cualquier grado de estrés que le genere una situación o contexto, entre ellas, la sobrecarga sensorial que está sintiendo. Estos movimientos pueden ser aleteo de manos, balanceo corporal, vocalizaciones, fijación en determinado movimiento de objetos (fidgets), algunos patrones o conductas ansiosas como es habitual en el género femenino (jugar con el pelo, morderse las uñas), entre otros.

Las estereotipias se diferencian de los TICS, que son espasmos, movimientos o sonidos repentinos que se hacen de manera repetida e involuntaria (referencias en DSM-5). Cabe mencionar que las estereotipias tienen una manifestación en edades más tempranas (antes de los 3 años) e involucran todo el cuerpo, mientras que los TICS se desarrollan entre los 6 y 7 años de edad y se focalizan en los ojos, cara o cabeza. (Texto adaptado y supervisado del Protocolo de Estereotipias en la infancia de las Dras. Andrea Sariego Jamardo y Belén Pérez Dueñas. Servicio de Neuropediatría. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, 2014).

Es importante tener en cuenta que la estereotipia no es exclusiva de las personas autistas, ya que también puede presentarse en otras condiciones como en el X frágil, Síndrome de Rett, TOC o incluso en personas sin ninguna condición médica. Sin embargo, en el caso de la persona autista, las estereotipias suelen ser más frecuentes y persistentes.

Es fundamental evitar juzgar a las personas autistas por sus estereotipias, ya que estas conductas son parte de su manera de interactuar con el mundo y pueden ser una forma de autorregulación o expresión de emociones. Por ello si no produce un daño a la propia persona o a un tercero, no debemos extinguirla. En lugar de estigmatizar, es importante fomentar la comprensión, aceptación y apoyo hacia las personas dentro del Espectro Autista y a su diversidad de funcionamiento.



Ejemplos de estereotipias frecuentes:

- ∞ Balanceo de cuerpo.
- ∞ Chuparse la mangas, los cuellos o la tela de la ropa.
- ∞ Movimientos de cabeza (como si fuera negación o afirmación)
- ∞ Girar en su propio eje.
- ∞ Muecas o sonrisas forzadas.
- ∞ Dar saltitos.
- ∞ Aletear.
- ∞ Pasarse las manos por la cara.
- ∞ Dar palmaditas.
- ∞ Sentir el pelo en algún determinado lugar del rostro.
- ∞ Chasquear los dedos.

Rutinas o rituales

Comportamientos repetitivos y estereotipados que algunas personas autistas pueden llevar a cabo.

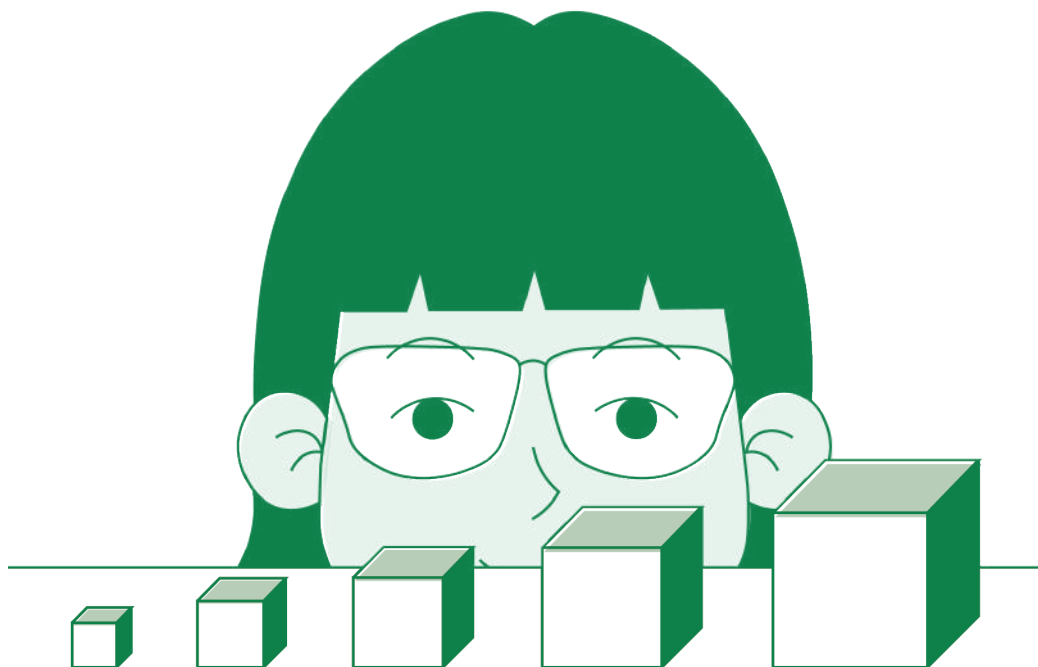
Los rituales son comportamientos repetitivos y estereotipados que algunas personas autistas pueden llevar a cabo. Pueden variar mucho de una persona a otra, ya que cada individuo es único en sus características.

La necesidad de seguir una rutina estricta, pudiendo manifestar resistencia al cambio, puede ser importante para algunas personas autistas, ya que tener una estructura y anticipación de sus actividades en su día a día ayuda a bajar los niveles de ansiedad. Este punto es común para las personas autistas que han desarrollado TOC o Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Ejemplos de estas rutinas o rituales:

- ∞ La necesidad de orden y simetría, donde la persona puede organizar objetos de manera particular o seguir patrones específicos.
- ∞ No pisar las líneas del suelo.
- ∞ Comer solo los dulces de determinado color.
- ∞ Insistir en hacer las cosas de una determinada manera.
- ∞ La sensibilidad a estímulos sensoriales, como luces brillantes, ruidos fuertes o texturas incómodas. Algunas personas autistas pueden realizar rituales para regular su respuesta a estos estímulos, como taparse los oídos o cerrar los ojos.
- ∞ Ponerse la misma ropa para determinadas actividades o eventos, entre otros.

Es importante destacar que los rituales autistas no son necesariamente negativos o problemáticos. Para muchos, pueden ser una forma de autorregulación, además de que les proporcionan seguridad en un mundo que puede resultar abrumador.



Sin embargo, si interfieren significativamente con el funcionamiento diario de la persona o causan malestar, es importante buscar apoyo y asesoramiento de profesionales especializados en el Espectro Autista. Especialmente porque los rituales pueden tender a aumentar su complejidad, limitando el funcionamiento en actividades de la vida diaria, resultando muy difícil deconstruir, reducir o eliminarlos, o incluso estar frente a un Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) concomitante.

En un gran número de infancia neurotípica los rituales tienen un matiz placentero y se realizan como un juego que no genera malestar.

¿Cómo observar y pesquisar estas señales?

Es importante que trabajadores/as de la salud y de la educación estén alerta, capacitados y preparados para la pesquisa de estas señales del desarrollo socio comunicativo.

Para madres, padres y cuidadoras/es existen aplicaciones gratuitas

y disponibles en español como “Sigamos el Desarrollo”, creada por la CDC de Estados Unidos que permite hacer un seguimiento y obtener recomendaciones para estimular el desarrollo de los niños y niñas hasta los cinco años.

La presencia de un desarrollo que desafía los hitos preestablecidos, junto a señales que son parte de las características propias del Autismo, son antecedentes suficientes para acceder a una observación formal por parte del área de la salud. En una primera instancia, las observaciones conjugan los instrumentos de evaluación del Desarrollo y suman herramientas de screening que, en conjunto, permiten definir la necesidad de proceder a una evaluación diagnóstica específica para descartar o confirmar el Espectro Autista.

¿Qué hacer ante la sospecha de Autismo?

Actualmente, para familias del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), es recomendable acudir al Centro de Salud Familiar (CESFAM) más cercano al domicilio, para ser evaluado por un médico/a de atención primaria. Allí se definirá si es necesaria la derivación a la Unidad de Neuropediatría o Psiquiatría Infantil del Hospital de referencia. En modalidad libre elección, también es factible para familias Fonasa acudir a consulta de Psiquiatra Infantil o de Neuropediatra.

Para familias de las Instituciones de Salud Previsional (Isapre) es recomendable acudir a consulta de Psiquiatra Infantil o de Neuropediatra.

En el ámbito educativo, con la promulgación de la Ley de Autismo, el Ministerio de Salud está trabajando en el diseño de planes y programas. Así con previa consulta al Ministerio de Educación, se podrá establecer un protocolo en virtud del cual los establecimientos educacionales derivarán a niñas, niños y adolescentes con sospecha de Autismo al centro de salud correspondiente para dar inicio al proceso de diagnóstico.

¿Qué ocurre en el proceso de diagnóstico?

En caso de las familias Fonasa:

En atención primaria, podría ser aplicado el test M-CHAT-R/F, herramienta de screening de Autismo validada entre los 16 y 30 meses, que permite identificar la mayor o menor probabilidad de estar frente a un niño o niña en el Espectro Autista, pero que no constituye un instrumento diagnóstico en sí mismo.

Este test está disponible de manera gratuita en el sistema público de salud, tanto en español como en creole.

En el siguiente código QR está disponible el Test íntegro en español, con preguntas de seguimiento:



En el siguiente código QR está el Test íntegro en español.



En el siguiente código QR está disponible el test en creole.

Luego, podría realizarse una derivación desde el CESFAM hacia la unidad de Neuropediatría del Hospital de referencia donde la niña o niño será evaluado/a por un neuropediatra.

Una vez recibido el diagnóstico, el médico/a recomendará apoyos multidisciplinarios para cada caso, a saber: terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología, u otros. En ocasiones, estos apoyos serán suministrados desde la Unidad de Neuropediatría o bien en el Centro Comunal de Autismo, si es que existiera en ese territorio o en el CESFAM. La Ley de Autismo señala que a dos años de entrada en vigencia de este marco legal (el año 2025), se tendrán implementadas 29 "Salas de Apoyo al Desarrollo y Rehabilitación Infanto Adolescente" a nivel país, una por cada Servicio de Salud, donde se realizará diagnóstico y atención específica a la población autista. La idea, en estas salas, es abarcar más neurodivergencias que puedan convivir con el Autismo y avanzar hacia un sistema universal de salud.

En caso de las familias Isapre:

Se debe acudir a consulta de Neuropediatra o de Psiquiatra Infantil, idealmente especializado/a en Autismo.

Es importante que personas autistas, familias y cuidadores/as se informen adecuadamente y consulten si es necesario el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud, donde constan los datos de profesionales de la salud que están habilitados para ejercer en Chile.

Una vez recibido el diagnóstico el médico/a, deberá recomendar apoyos multidisciplinarios/interdisciplinarios para cada caso, a saber: terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología, u otros.

Aprendiendo más sobre M-Chat-R/F

La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda realizar pruebas de screening a los 18 y 24 meses. De esta manera, la investigación científica ha orientado sus esfuerzos a crear evaluaciones tempranas que sean precisas y clínicamente funcionales en contextos de salud comunitarios.

Los resultados de un instrumento de evaluación no constituyen un diagnóstico, pero sí ayudan a identificar a los niños/as con más probabilidad de estar dentro del EA. De todas formas, es necesaria una evaluación adicional según el resultado que da la prueba.

Las diversas herramientas de detección del desarrollo utilizadas a los 9, 18 y 30 meses identifican retrasos en el lenguaje, a nivel cognitivo y motor, pero pueden no ser sensibles a los síntomas sociales asociados con la identificación de EA.

Cuestionarios completados por madres, padres o cuidadoras/es, son las pruebas de detección más comunes utilizadas en atención primaria de salud.

El más utilizado como herramienta de detección basada en cuestionarios es el M-CHAT-R/F, que ha sido validado en Chile y se aplica gratuitamente en atención primaria.

Ejemplo basado en extracto de M-CHAT-R/F:

CUESTIONARIO	SI	NO
¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo es sordo?	✓	
¿A su hijo/a le gusta subirse a cosas? (Por ejemplo: a una silla, a una escalera o a un resbalín?)	✓	
¿Su hijo/a muestra interés en otros niños? (Por ejemplo: mira con atención a otros niños, les sonríe o se les acerca)		✓

Se trata de un instrumento de detección que permite evaluar el EA en niñas y niños de 16 a 30 meses de edad. Sus autores son Diana Robins, Deborah Fein y Marianne Barton (2009) y la adaptación en Chile fue realizada por el Grupo TEA de la Pontificia Universidad Católica de Chile (2016).

Recomendaciones para profesionales de la salud

Al iniciar la aplicación del M-CHAT-R/F utilizar un lenguaje claro y respetuoso, informando que, a partir de los resultados del instrumento, se requerirá realizar una evaluación profesional en mayor profundidad.

✕ Es importante precisar que el instrumento no da cuenta de un diagnóstico de EA, ya que es sólo de tamizaje.

Los profesionales de la salud deberán capacitarse sobre este material y aplicar el instrumento a la madre, padre o cuidador/a principal del niño o niña que se encuentra en los siguientes casos:

- ∞ Cuando en el control de salud infantil de los 18 meses, se encuentran alteradas las áreas de lenguaje y/o social de la evaluación de desarrollo psicomotor.
- ∞ Cuando existe consulta espontánea por sospecha de Espectro del Autismo, entre edades de 16 y 30 meses.
- ∞ Cuando existe inquietud por parte de algún profesional del equipo de salud sobre alguna sospecha en el desarrollo del niño o niña entre 16 y 30 meses de edad, que pudieran indicar un posible EA.
- ∞ Cuando la niña o niño entre 16 y 30 meses de edad tiene hermanos/as, gemelos/as o es hijo o hija de madres o padres en el EA.
- ∞ Cuando la niña o niño no ha recibido control a los 18 meses y en controles posteriores (hasta los 30 meses) muestra alteración en las áreas de lenguaje y/o social en evaluación de desarrollo psicomotor.

Anamnesis en diagnóstico temprano en EA

Procedimiento de recopilación de información que realiza un profesional de la salud a un paciente.

La anamnesis es un procedimiento de recopilación de información que realiza un profesional de la salud a un paciente.

El o la profesional de la salud debe escuchar atentamente las inquietudes y preguntas de la madre, padre y/o cuidador principal del niño o la niña. Luego, debe completar la historia clínica con sus propias preguntas. Es importante que en todo momento el o la profesional

identifique las emociones que el niño, la niña o la familia despiertan en él o ella, para así manejarla y utilizarla en pro de la evaluación.

Se debe considerar que el contexto familiar en el que el niño o la niña vive es determinante para su salud. Existen numerosos estudios que demuestran que, aunque exista indemnidad biológica en la infancia, un ambiente desfavorable puede enlentecer el ritmo del desarrollo y entregar falsos positivos en EA por falta de estimulación.

Por ello, el profesional de salud debe conocer la composición de cada familia e indagar cómo son las relaciones entre sus miembros, qué actividades desarrollan, cuál es la disposición emocional hacia la niña o el niño, cuáles son sus creencias y tradiciones; y si existen estresores recientes o si alguno de los familiares tiene alguna enfermedad crónica.

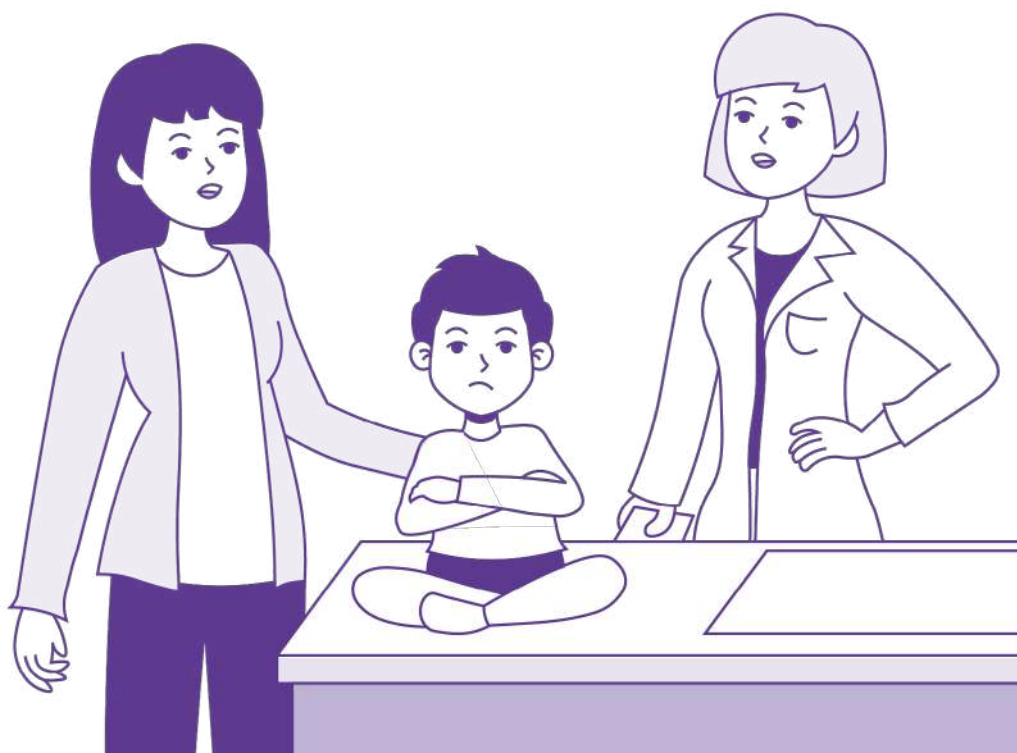
Además, en la entrevista se debe considerar si la familia pertenece a grupos de vulnerabilidad biopsicosocial, detectados por el Sistema de Protección Social, tanto para la primera infancia Chile Crece Contigo (a través de la EPsA u otro instrumento) como Chile Solidario (a través de la Ficha de Protección Social) y si está recibiendo beneficios o las atenciones correspondientes. Desde el primer control prenatal o en la etapa preconcepcional, ya se puede obtener una panorámica, utilizando las herramientas de evaluación de la dinámica familiar. Estas herramientas permitirán obtener los factores de protección y de riesgo de la familia para el crecimiento y desarrollo de la niña o niño.

Todos estos factores constituirán el contexto familiar y psicosocial del niño o la niña, que influenciará potencialmente sus posibilidades de desarrollo y crecimiento.

En algunas ocasiones, la Discapacidad Intelectual (DI) puede diagnosticarse como Espectro Autista, aunque puede presentarse como una coocurrencia. Puede ser muy complejo diferenciar entre estos diagnósticos en edades tempranas y verse influenciado cuando no hay comunicación verbal-oral como herramienta comunicativa.

Cabe destacar que las infancias con DI sin Espectro Autista manifiestan interés social con sus pares, mayor intención comunicativa y presentan un vínculo afectivo persistente en el tiempo.

Otros Trastornos como el Vincular Temprano o la Deprivación Psicosocial, suelen presentar alertas muy similares a la niñez autista, como sucede con las alteraciones de conductas, pero de una forma severa. En estos casos, es importante considerar los antecedentes de abuso, negligencia o condición mental de la persona cuidadora primaria para realizar un diagnóstico diferencial adecuado. El trabajo en equipo con profesionales del ámbito psicosocial, puede ser de gran ayuda en estos casos de duda diagnóstica, pues, en algunas ocasiones, estos antecedentes no son entregados por la familia.



En cuanto al uso de las pantallas, un estudio que se realizó en abril del año 2020, detectó que la poca interacción recíproca entre cuidador/a y niño/a, un menor juego conjunto y una falta de estimulación constante en las primeras etapas de la vida, pueden provocar falsos positivos en el Espectro Autista. Así, la falta de estimulación temprana por parte de la madre y el padre puede llevar a un diagnóstico erróneo. Ante este hallazgo, es importante preguntar por el hábito de uso de pantallas en el hogar, sobre su tiempo y contenido, como también indagar si hay tiempo de juego con los niños y niñas.

Datos de Anamnesis sobre Antecedentes Familiares

Los hombres mayores de 50 años tienen un 66% más de probabilidades de tener un hijo/a autista que los hombres de 20 años. La probabilidad es un 28% mayor para hombres de 40 años. Por su parte, las mujeres de 40 años tienen un 15% más de probabilidades de tener un hijo/a autista que las mujeres de 20 años, mientras que las madres adolescentes tienen un 18% más de probabilidades de tener un hijo/a autista que las mujeres de 20 años.

“Nuestra historia lleva siete años, de altos y bajos, penas y alegrías, pero sobre todo de aprendizaje.”

*Alisscha De Rodt,
Madre de niño autista.*

La probabilidad de recurrencia para el Autismo alcanza el 10% para un segundo hijo. Si la primera hija es mujer, la probabilidad de recurrencia es mayor que si es varón. Además, si ya hay dos hijos/as autistas en una familia, la probabilidad de tener otro hijo/a con EA es del 34% en cada embarazo.

Todas estas cifras fueron extraídas del estudio “Riesgo de recurrencia de los Trastornos del Espectro Autista: un estudio del Baby Siblings Research Consortium”.

Anamnesis de antecedentes prenatales y perinatales

En la anamnesis orientada a la pesquisa de retraso del neurodesarrollo es necesario preguntar por el consumo de fármacos, en especial valproato y misoprostol. También es prudente consultar por el consumo de alcohol y drogas que pone a las gestantes en un alto riesgo de afectación neurológica durante el embarazo.

En los casos de bebés prematuros extremos de menos de 1000 gramos de peso al nacer o menos de 26-28 semanas de gestación, el riesgo de Trastornos Neuropsiquiátricos aumenta. Por ejemplo, la probabilidad de EA puede llegar a ser de hasta un 8%.

Estimulación temprana

*Recomendaciones para familias y para
profesionales de la salud y educación.*

Rol de la familia en el desarrollo de niños y niñas

La psicología del desarrollo utiliza el término “andamiaje” para describir la manera en que madres y padres ayudan en el proceso de aprendizaje a sus hijos e hijas. Ese andamiaje aumenta o disminuye la estimulación según sea necesario y propicia ambientes con juguetes apropiados. Así, madres y padres repiten y exageran ciertas acciones, reducen la velocidad de la conversación y la simplifican, de manera que sus hijos puedan aprender con mayor facilidad.

La importancia de involucrar a madres y padres en las terapias y hacerlos coterapeutas se inició en los años ochenta gracias a estudios en que se comparaban los resultados de seguimiento en habilidades adquiridas.

Luego de intensas sesiones de terapia sin participación de madres y padres, este grupo perdía gran parte de su avance. En contraste, la infancia que había recibido menos terapia, pero cuyos madres y padres sirvieron de asistentes durante las sesiones, no perdieron el avance logrado y, de hecho, continuaron fortaleciendo sus avances.

Cuando existen vínculos significativos, el aprendizaje se ve favorecido, ya que madres y padres conocen a sus hijos e hijas mejor que nadie y están altamente motivados para ayudarles. Lo anterior también se da en la relación de cuidadores con niños y niñas.

Este fue un hallazgo muy importante, ya que demostró que los padres podían y debían continuar implementando los apoyos en el hogar, basado en lo que habían aprendido ayudando en las sesiones de terapia en sus centros de salud. Estos estudios conllevaron a ampliar el interés en la investigación de diferentes tipos de mecanismos de intervención que incluían componentes de educación parental continua.

En el año 2004, Brookman-Frazee examinó las diferencias entre las situaciones donde el/la terapeuta asumía un rol directivo y aquellas en las que tenía un rol colaborativo, solicitando la opinión de madres y padres. Como resultado, se observó que a pesar de que las niñas/os aprendían nuevas habilidades con ambos enfoques, las madres y los padres estaban más contentos con el modelo colaborativo que con el modelo directivo.

Entonces, es necesario escoger metas terapéuticas junto a madres y padres, pues se sentirán más a gusto trabajando en ellas y eso impactará positivamente en el bienestar y optimismo de la familia.

Es importante precisar que madres y padres suelen estar ocupados, ya sea en sus trabajos, quehaceres, cuidado de otros hijos o hijas, etc. Si no tienen tiempo para trabajar en las tareas que se les dan en los programas de educación parental, se sentirán culpables y el estrés aumentará. Sin embargo, si a madres y padres se les enseña a implementar metas dentro de un contexto de situaciones cotidianas, los niveles de estrés se reducirán.

Así, propiciar que participen en la selección de los objetivos terapéuticos y enseñarles cómo implementarlos dentro del contexto diario, puede tener un efecto combinado en aumentar la rapidez de la curva de aprendizaje de los niños/niñas y reducir el estrés familiar.

“Contar con un espacio de compañía, habría cambiado las cosas para nosotros en el momento inicial de confusión y temor al recibir el diagnóstico.”

Carla Montejo,
Madre integrante de
Corporación Autismo Viña
del Mar.



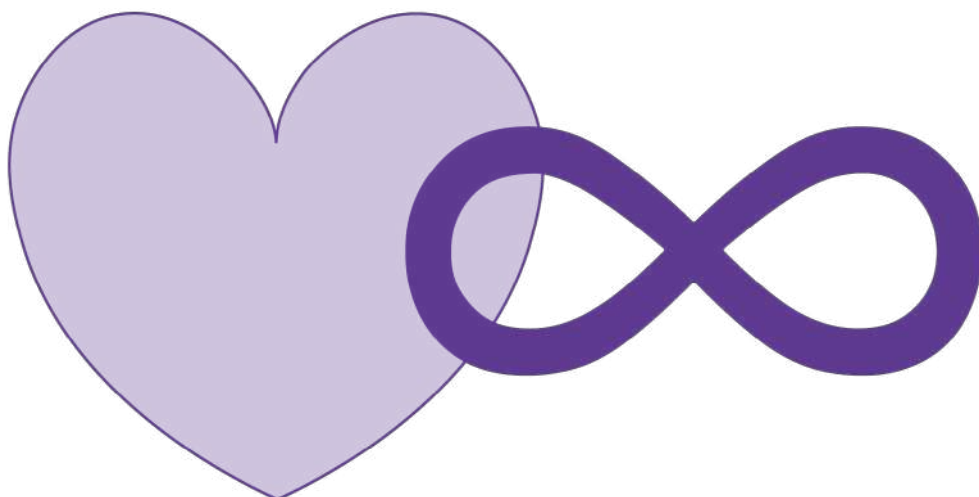
Otra forma de reducir el estrés es participar en un grupo de ayuda de madres y padres. Es importante que este grupo esté cuidadosamente planificado. Los padres indican que si se juntan con pares que principalmente se “quejan” de cuán difíciles son las cosas y cuán incompetente es el personal terapéutico, ya sea de salud o educación, el estrés aumenta.

Sin embargo, si las sesiones de grupo están dirigidas por un/a profesional con experiencia que guíe la discusión hacia un enfoque de solución de problemas, el estrés puede ser reducido.

Aprendiendo sobre Autismo tras recibir el diagnóstico

Una vez recibido el diagnóstico se abre un horizonte de oportunidades para trabajar y aprender junto a la niña o niño autista.

Las familias se transforman gradualmente en grandes observadoras de sus hijos e hijas y se inicia una etapa de sorprendentes descubrimientos. Algunas etapas o momentos resultarán muy desafiantes, pero sin duda valdrá la pena recorrer este camino con calma y paciencia, al ritmo neurodivergente de cada infante. Siempre recordando que cada apoyo es un paso para su mejor calidad de vida y bienestar.



“Hay mucho trabajo y desgaste emocional, pero aquí estamos como familia, aplaudiendo de pie a nuestro hijo, por todo lo logrado.”

*Elizabeth Echeverría,
Madre de niño autista.*

Las personas autistas no están rotas, sólo presentan un procesamiento cognitivo diferente de ver y estar en el mundo. Es importante respetar y aceptar la diversidad, logrando disfrutar con cada detalle y avance logrado. Los pronósticos catastróficos suelen venir desde enfoques centrados en el déficit. En la niñez autista, así como en la neurotípica, existen fortalezas y oportunidades para un desarrollo y crecimiento integral. Junto al apoyo de profesionales adecuados es posible superar límites insospechados y sorprendentes, sin tener que comparar con otros niños/as. Todas las personas somos diversas y valiosas.

Atención Temprana

Un diagnóstico temprano permite iniciar diversas acciones de Atención Temprana, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta a sus necesidades transitorias o permanentes. Estos apoyos, que deben considerar la globalidad del niño/a, han de ser planificados por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.

Es importante mencionar que la Atención Temprana es un derecho reconocido a niñas y niños que presentan alteraciones en su desarrollo. Este derecho se encuentra recogido en el artículo 25 de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada por el Estado de Chile el año 2008.

Además, aumenta sus habilidades sociales y disminuye sus niveles de ansiedad que pueden llegar a provocar conductas desafiantes. También les ayuda a aprender más rápidamente, a participar y contribuir de mejor forma en todos los aspectos de la vida, tanto en el hogar como en la escuela y la comunidad, impactando positivamente en su calidad de vida.

La Atención Temprana aumenta las habilidades de juego de los niños y niñas, sus capacidades cognitivas (CI), su habla y lenguaje, así como el deseo de interacción con otros.

Asimismo, les permite fortalecer su capacidad de prestar atención a oportunidades claves de aprendizaje social como el habla, las caras y los gestos, sus acciones, sonidos, palabras, de manera que les resulte más amable dar sentido a la información que es esencial para su desarrollo social y del lenguaje.

“Una atención temprana habría sido positiva para la calidad de vida de mi hija, por eso es importante avanzar en conocer más sobre Autismo en mujeres.”

*Eduardo Acuña,
Padre de niña autista.*

Independiente del modelo de apoyo que se utilice, éste debe ser basado en la evidencia, además de contemplar un enfoque centrado en las necesidades de la niña/o autista, su familia y entorno cuidador.

De igual manera, se debe incorporar un plan de apoyo individualizado, respetuoso, que permita avanzar progresivamente en aspectos que brinden bienestar para diversos aspectos de la vida diaria.

Importancia de los Modelos Naturalistas de Estimulación Temprana

La importancia de que el niño o niña en terapia se convierta en un participante activo en lugar de pasivo, ha sido resaltada por las investigaciones, demostrando que los niño/as son “testeadores de hipótesis” activos, que aprenden formando predicciones sobre su entorno y probándolas (Rogers and Pennington, 1991). Estos estudios demostraron que el aprendizaje es facilitado cuando existe un compromiso afectivo entre el niño/a y el terapeuta.

Las intervenciones naturalistas del desarrollo toman el enfoque construcccionista: niñas y niños tienen experiencias de aprendizaje que son estratégicamente diseñadas para atraer activamente su atención, para ayudarlos a conectar las nuevas experiencias con el conocimiento preexistente y enseñarles dentro de la secuencias del desarrollo, mediante el incremento sistemático de la complejidad de cada experiencia de aprendizaje.

Además, se fomenta la iniciativa y espontaneidad de los niños y niñas, impulsando aún más las contribuciones realizadas por ellos para su propio aprendizaje.

Es importante destacar que las rutinas diarias presentan un contexto particularmente rico de aprendizaje para la niñez y asegura que lo aprendido se incorpore a la vida cotidiana.

Las estrategias naturalistas están asociadas con conductas reducidas de evasión y evitación, lo que permite disminuir la frecuencia de comportamientos desafiantes.

¿Cómo estimular la comunicación con estrategias naturalistas?

∞ Ser el foco de atención:

Cuando estamos buscando la atención de las personas autistas, debemos identificar las actividades y objetos que sean de su interés, así podremos diseñar estrategias en las que podamos atraer su atención hacia nuestros sonidos, palabras, movimientos y rostros para poder estimular la comunicación.

Si nos enfocamos en las infancias, es importante que la persona cuidadora, junto al profesional que esté interviniendo, se ubiquen dentro de lo posible en el nivel de visión del niño o niña, para que puedan mirar los materiales de forma natural y no por sobre su campo de visión.

Si se nota que la niña o el niño no están cómodos, giran su cabeza o se encuentran incómodos con la proximidad y la invasión de su espacio personal, debemos alejarnos un poco. Puede parecer natural acercarse a trabajar en cercanía de rostros, sin embargo, las personas autistas pueden sentirse profundamente incómodas con esta práctica.

∞ Ser una persona Facilitadora o Mediadora:

Esto ayudará a fortalecer su habilidad de comunicación y a que se sienta comprendido y atendido. Es importante también fomentar la autonomía del niño/a, permitiéndole que intente resolver problemas por sí mismo/a antes de intervenir. Si se le ve frustrado/a o bloqueado/a, se puede ofrecer una pequeña ayuda, pero siempre animándole a intentarlo por sí mismo/a.

Además, es fundamental establecer una relación de confianza y respeto con el niño/a, escuchando sus ideas, opiniones y deseos, teniendo en cuenta sus intereses y preferencias a la hora de elegir actividades o materiales.

Por último, es relevante recordar que cada niño/a es único/a y tiene sus propias necesidades y ritmos de desarrollo. Por lo tanto, es

“Hemos intencionado que los desafíos que nuestra hija enfrenta en su entorno sean prudentes con su desarrollo, y que su contexto ajuste lo que deba ajustar para asegurar su bienestar. Hay diferentes formas de ver el mundo, y diferentes formas de vivir, y la nuestra se focaliza en ser felices y justos con su Neurodivergencia.”

Marcela Villegas,
Madre de niña autista.

necesario adaptar las estrategias y técnicas según cada caso y estar atentos/as a las señales y respuestas del niño/a para ajustar nuestra intervención de manera efectiva.

∞ Estimular Socialmente:

No se debe olvidar que la motivación social se refiere al impulso interno que nos lleva a interactuar y relacionarnos con los demás. Cuando las niña/o se sienten motivados socialmente, es más probable que presten atención a las señales y estímulos que provienen de su entorno. Pueden sentir el deseo de pertenecer a un grupo, la necesidad de ser aceptados y valorados por los demás, o el interés por establecer relaciones significativas. Cuando estos factores están presentes, los niños/as se sienten más comprometidos y concentrados en las situaciones sociales.

Por ejemplo, si un niño/a está motivado socialmente para participar en una actividad grupal, es más probable que preste atención a las instrucciones de su profesor/a o a las interacciones con sus compañeros en el contexto educativo. Esto se debe a que la motivación social actúa como un motor interno que impulsa su interés y compromiso con la situación.



Además, la motivación social también puede influir en la forma en que los niños y niñas procesan la información. Cuando están motivados socialmente, tienden a prestar más atención a las señales emocionales y a los comportamientos de los demás, lo que les permite comprender mejor las situaciones y adaptarse a ellas de manera adecuada.

En resumen, la motivación social juega un papel crucial en el mantenimiento de la atención de las niñas y niños frente a señales relevantes. Cuando están motivados socialmente, se produce una mayor articulación de la atención, lo que les permite interactuar de manera más efectiva con su entorno. Por lo tanto, es importante fomentarla, ya que esto contribuirá a su desarrollo social y emocional.

Ideas para estimular socialmente a niñas y niños

Preparar material de acuerdo a gustos y preferencias:

Cuando permitimos que el niño/a elija sus materiales y temas de interés, se le está otorgando un sentido de control y autonomía, factor importante para su desarrollo emocional y social.

Si las infancias autistas se sienten motivadas, se sentirán comprometidas con la actividad y se involucrarán activamente, estando dispuestos a aprender. Al seguir sus iniciativas, se le está brindando la oportunidad de explorar sus propios intereses y desarrollar sus habilidades en la toma de decisiones.

***“Cuando llega el
Autismo a tu vida, se
te hace cuesta arriba,
pero cuando miras
desde lo alto; ¡qué
linda se ve la vista!”***

*Nancy Prado,
Madre de niño autista.*

Además, al utilizar materiales y juguetes seleccionados por el niño/a, se está creando un ambiente familiar y cómodo para él/ella. Esto ayuda a establecer un vínculo positivo con la terapia y promueve una mayor participación y compromiso por parte del niño/a.

Refuerzos positivos:

Cada vez que una niña o niño intenta hacer algo y se le premia por eso, se le muestra una señal de que valoramos su esfuerzo. Le estamos diciendo que es bueno que lo intente, independiente de si cumplieron o no el objetivo, esto los alienta a continuar y volver a intentar sin desistir. Esto ayudará a fomentar la confianza y motivación para seguir intentando y mejorando en sus habilidades.

Es importante recordar que el aprendizaje es un proceso gradual y que los errores son parte natural del mismo. Al reforzar los intentos de los niños/as, incluso cuando no sean perfectos, se les está enseñando que es normal cometer errores y que lo importante es seguir intentando. Esto les brinda un ambiente seguro y de apoyo para desarrollar sus habilidades y fomenta una actitud positiva hacia el aprendizaje.

Refuerzo Natural y Contingente:

Los refuerzos o recompensas son muy importantes y cabe mencionar que existen las naturales y contingentes.

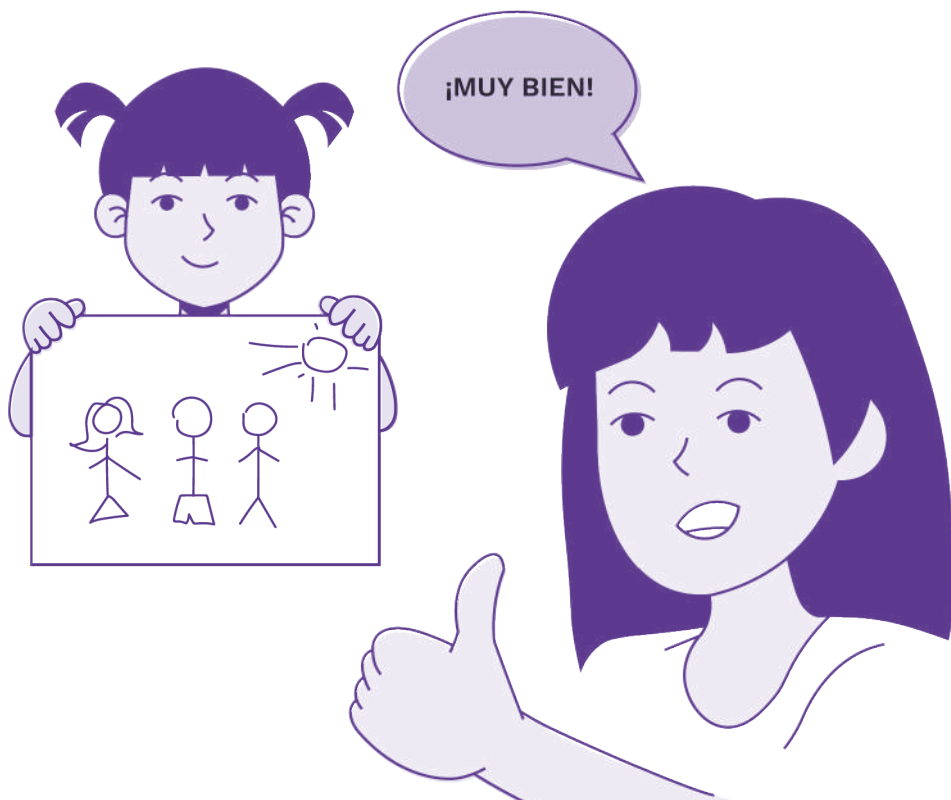
Se refieren a las recompensas que ocurren después de un comportamiento y que aumentan la probabilidad de que ese comportamiento se repita en el futuro. Por ejemplo, si un niño estudia y obtiene buenas calificaciones, es probable que se sienta satisfecho y motivado para seguir estudiando.

Esto puede producir que los aprendizajes se adquieran más rápido por la motivación del entorno.

∞ **Hacer pausas entre las tareas:**

Tanto para las niñas y niños sin ninguna condición, como para las infancias autistas, enseñar ciertos desafíos para la adquisición de habilidades ha sido un método tradicional para desarrollarlas. Sin embargo, presionar o la sobredemanda de estos ejercicios, puede provocar que el niño o niña se rinda debido a la frustración de no poder hacer lo que se le está pidiendo.

Por ello, el/la profesional que esté interviniendo, debe intercalar tareas y dar pausas. Así, la niñez autista podrá gradualmente trabajar en esta adquisición de habilidades y lograr aprenderlas con éxito. Lo más importante es recordar que no se puede obligar, ya que es necesario motivar.



Estimulación Socio Comunicativa

Comunicación

El niño o niña puede utilizar tres funciones comunicativas: Atención Conjunta, la Interacción Social y la Regulación de la Conducta.

∞ Atención Conjunta:

Se refiere al compartir la atención hacia un objeto o acontecimiento con un amigo/compañero u otra persona.

∞ Interacción Social:

Como bien sabemos, la interacción social es fundamental en el desarrollo humano, ya que permite establecer relaciones, compartir ideas, adquirir habilidades y expresar emociones.

∞ Regulación de la Conducta:

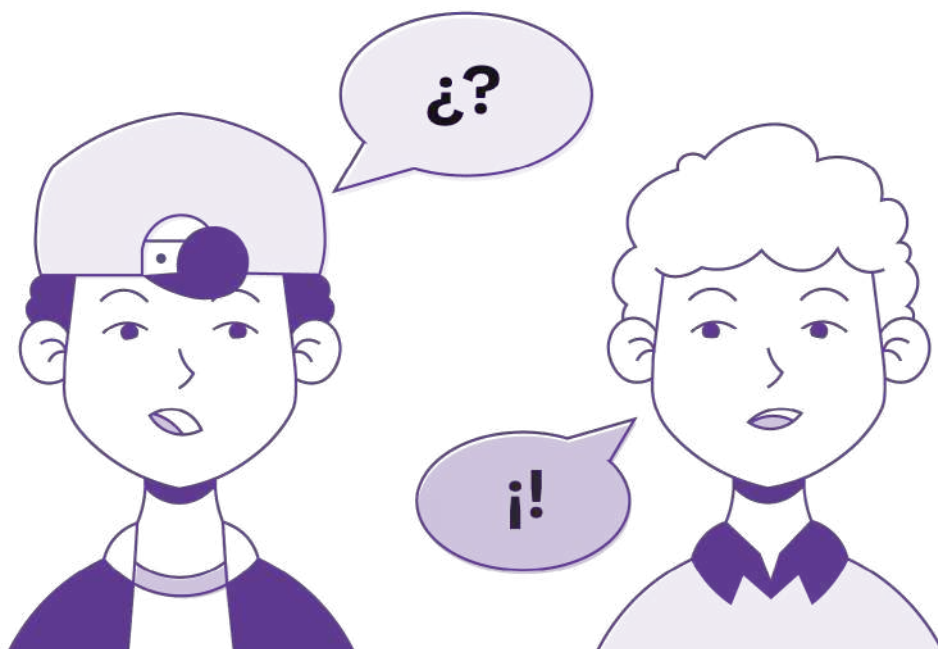
Se refiere al control de las reacciones frente a las peticiones que nos genera otro y la respuesta que se entrega a ellas.

Cuando se utilizan estas funciones, los niños y niñas aprenderán algunos gestos culturales, como negar con la cabeza, señalar y encogerse de hombros, entre otros.

Es fundamental adaptar las estrategias de comunicación a las necesidades individuales de cada niño o niña autista. Algunos pueden beneficiarse de apoyos visuales como imágenes o pictogramas, mientras que otros pueden requerir más apoyo verbal. Es importante observar y evaluar constantemente las habilidades de comunicación del niño o niña y ajustar las estrategias en consecuencia.

Debemos recordar que es importante fomentar la comunicación bidireccional, es decir, que el niño o niña también aprenda a escuchar y responder a los gestos y palabras de los demás. Esto se puede lograr mediante la práctica de actividades de interacción social, como juegos de turnos o imitación, primero con el/la profesional a cargo y luego con su familia hasta llegar a desarrollarlo con sus pares.

Promover el desarrollo de gestos comunicativos, como señalar, junto con el uso de apoyos visuales y verbales, puede ayudar a los niños y niñas autistas a mejorar su comunicación y participación en actividades sociales.



***“Con mi hijo he
tenido que entender
que todo se debe
hacer a su propio
ritmo y no al mío.”***

*Mariela Campos,
Madre de niño autista.*

Por ejemplo, para poder estimular en edades tempranas la capacidad de señalar objetos, podemos comenzar por poner los juguetes de su preferencia de forma cercana y preguntarle por ellos para que así interactúe con nosotros, nos mire y luego señale lo que le preguntamos.

Cuando el niño o la niña señala abiertamente los objetos por los que le preguntamos de forma espontánea, pasamos a situar los mismos objetos u otros de forma más lejana, para que exista una discriminación visual.

Combinar los gestos con la mirada, es un trabajo que se debe reforzar de forma respetuosa, ya que las personas autistas adultas han señalado que el mirar a los ojos, si bien se puede aprender en el mejor de los casos con el masking, puede llegar a ser profundamente doloroso.

Sin embargo, podemos intencionar que nos miren, sin obligar, sólo como una herramienta comunicacional. Durante los dos primeros años de vida, en niños y niñas normotípicas, la mirada se combina con los gestos, pero en nuestra comunidad autista, sostener la mirada es un desafío.

En el contexto de trabajo con niños y niñas autistas, combinar gestos y miradas puede ser una estrategia efectiva para promover la comunicación y el aprendizaje. Utilizar reforzamientos positivos, como elogios o premios, puede ayudar a motivar estas acciones. Además, el uso de apoyos visuales, como imágenes o tarjetas, puede facilitar la comprensión y la comunicación.

Es importante tener en cuenta que cada niño y niña autista es único y tiene necesidades y preferencias individuales. Por lo tanto, es necesario adaptar los apoyos y las estrategias de comunicación según las características y necesidades de cada persona.

Desarrollar el juego en infancias autistas

El desarrollo de juegos para niñas y niños autistas requiere un enfoque específico y cuidadoso. Las infancias autistas pueden tener dificultades para comunicarse y socializar, por lo que es importante crear juegos que promuevan la interacción social y la comunicación.

“Nos gusta jugar a las cosquillas, aprendí que hay límites, es una suerte de comunicación sin palabras y se siente felicidad infinita.”

*Rodrigo Ortiz,
Padre de hijos autistas.*

Se debe recordar que cada niña y niño autista puede tener diferentes necesidades y preferencias, además de perfiles sensoriales, propioceptivos y vestibulares. Los juegos deben adaptarse a las necesidades individuales de cada uno y ser diseñados para ser divertidos y atractivos, respetando sus particularidades.

A continuación, detallamos algunas ideas para juegos que pueden ser beneficiosos para la niñez autista. Aclaramos que se trata de recomendaciones que no buscan que la niñez autista reproduzca un repertorio de acciones neurotípicas, sino que, a través de diversas experiencias en el juego, puedan fortalecer la interacción social y la comunicación, en un contexto amable y de bienestar:

Juegos de imitación:

También conocido como sensorio motor-espontáneo. Los niños y niñas autistas a menudo tienen dificultades para imitar los comportamientos y acciones de los demás. Los juegos de imitación pueden ayudarles a desarrollar habilidades sociales y de comunicación, como también pueden ser divertidos. Por ejemplo, un adulto puede hacer una acción (como saltar) y el niño debe imitarla, si no comienza la acción de forma espontánea se le debe dirigir la acción, mostrándole cómo se hace.

Cabe mencionar que la imitación es posible gracias a las neuronas espejo que reciben este nombre por reflejar la acción que se observa. Las niñas y niños autistas pueden tener retraso socio comunicativo y naturalmente no imitan los gestos, las expresiones faciales y los movimientos corporales. Lo anterior se debe a que no están prestando atención a dichos movimientos o simplemente no están motivados a imitarlos. Es por ello que, utilizando estrategias de estimulación adecuada, pueden ser capaces de aprender a imitar una amplia gama de conductas en diversos ámbitos.

Juegos de turnos:

Las infancias autistas pueden tener dificultades para entender los turnos y la toma de decisiones. Por ello, los juegos de turnos pueden ayudarles a desarrollar estas habilidades. Por ejemplo, un juego de mesa donde cada jugador toma un turno para mover una pieza puede ser un gran desafío.

Sin embargo, debemos mencionar que es muy probable que a las infancias autistas les cueste desarrollar el sistema de turnos. Muchas veces significarán crisis, gritos y/o cualquier desregulación por frustración. Ante esto, debemos tener cuidado para saber abordar de forma respetuosa el interés del niño o niña y entregar refuerzos positivos por el intento de realizar la acción, como lo mencionamos anteriormente.

Juegos sensoriales:

La niñez dentro del Espectro Autista a menudo tienen una sensibilidad sensorial diferente a la de otros niños/as. Los juegos sensoriales pueden ayudarles a explorar y experimentar con diferentes texturas, sonidos y olores. Por ejemplo, un juego de caja de arena, un juego de burbujas, pinturas con los dedos, buscar tesoros dentro de una caja con arroz, entre otros.

Juegos de movimiento:

Como todos los niños y niñas, las infancias autistas tienen una gran cantidad de energía y pueden beneficiarse de los juegos que involucren movimiento. También pueden ayudarles a desarrollar habilidades motoras finas y gruesas. Por ejemplo, un juego de carreras de obstáculos o un juego de pelota.

“El gran desafío con un niño autista es centrarse en sus habilidades y no dificultades.”

*Alejandra Loyola,
Madre de niño autista.*

Juego funcional:

Este tipo de juego busca enseñar cómo se utiliza un objeto socialmente. Por ejemplo, un auto se ocupa para hacer carreras, no para girar las ruedas y mantener los autitos en filas clasificando por colores o tamaños. Cuando se llega a este tipo de juego, de forma espontánea por la infancia autista, significa que ha habido un proceso de imitación y entendimiento de la conducta observada en otros y lo hace para el disfrute personal.

Juego simbólico:

Este tipo de juego es una actividad importante para el desarrollo social y emocional de todas las niñas y niños y quienes están dentro del Espectro Autista no son la excepción. Aunque a menudo las infancias autistas tienen dificultades para jugar de manera imaginativa, existen estrategias que pueden ayudar a fomentar el juego simbólico en ellos y ellas.

Así, se deben proporcionar juguetes y materiales de juego que permitan la creatividad y la imaginación, como bloques de construcción, muñecos, disfraces, pinturas y animales, entre otros.

Un ejemplo de cómo intencionar el juego es cuando la persona adulta puede modular la acción que tendrá un fin funcional, si se tiene una muñeca jugaremos a “cepillarle el pelo” o “darle comida”.

Cuando ya hayamos realizado esta acción, se le entregará la muñeca al niño/a y le pediremos que sea él/ella quien le cepille el pelo como una instrucción directa y concreta. Si el/la niño/a no responde a la instrucción, es necesario guiarlo hasta que progresivamente le iremos retirando estos apoyos para que desarrolle autonomía en su juego.

A continuación, se describen algunos consejos para este tipo de actividades:

- ∞ Comienza con juegos simples y concretos, como jugar a cocinar o a construir torres con bloques. A medida que el niño/a se sienta más cómodo, puedes introducir juegos más imaginativos y abstractos.
- ∞ Usa objetos reales para representar situaciones imaginarias. Por ejemplo, puedes usar una caja de cartón como un coche y hacer que el niño imagine que está conduciendo por la ciudad.
- ∞ Haz preguntas y fomenta la conversación durante el juego. Pregúntale al niño qué está haciendo o qué está pensando su personaje.
- ∞ Sé paciente y respetuoso con el ritmo del niño o niña. Es posible que necesite más tiempo para comprender las reglas y la dinámica del juego.



Desarrollo de imitación

La imitación cumple un rol importante en el desarrollo cognitivo social en la primera infancia, ya que resulta esencial para el aprendizaje de nuevas habilidades motoras.

Así, los bebés realizan una imitación recíproca durante las interacciones cara a cara que se encuentra vinculada a otras habilidades como la orientación y la reciprocidad social.

Durante los dos primeros años de vida, los niños y niñas presentan un aumento gradual de sus conductas imitativas, junto con el desarrollo de sus capacidades cognitivas y sociales. Por ejemplo, suelen imitar a sus hermanos, madres, padres o personas significativas de su entorno familiar y/o cuidador.

Esto permite imitar vocalizaciones y expresiones faciales de otras personas, lo que luego puede derivar a compartir intereses sociales, a conectar con determinados estados emocionales y/o afectivos, es decir, para el desarrollo de habilidades sociales complejas.

En ocasiones, la niñez autista puede presentar variabilidad en las habilidades de imitación, lo que puede incidir en el desarrollo socio comunicativo. Esto se relaciona con dificultades en la comunicación social, como el lenguaje, la atención conjunta y dificultades de interacción. Existen diversas estrategias que se pueden implementar para fortalecer el desarrollo de la imitación, tales como:

Es por eso que se señala que la imitación juega un papel preponderante en el desarrollo de la comunicación social.

Imitación con objetos

Ya sea comparando objetos, incorporando sonidos para explicar su funcionamiento y de paso dar a conocer diversas acciones en torno al objeto.

Imitación vocal

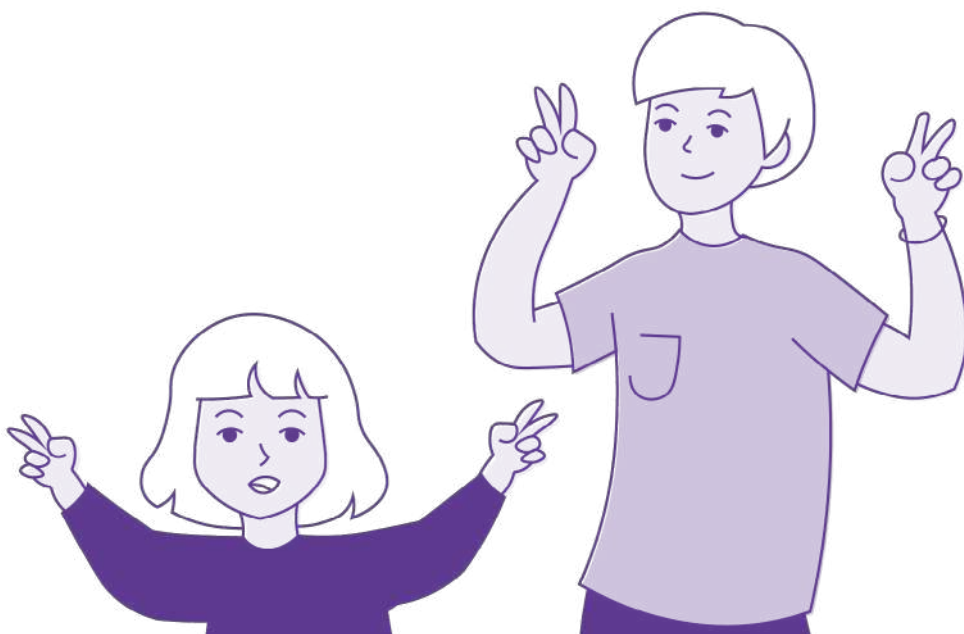
Propiciando la retroalimentación en turnos, para así permitir que la niña o niño pueda expresar su forma de vocalización, para que conecte con la reciprocidad que este acto puede provocar en su intención comunicativa.

Imitación física, oral y facial

A través del trabajo de la gestualidad y/o de movimientos del cuerpo, es posible comunicar y reforzar emociones, sentimientos y acciones.

Rutinas sensoriales sociales

Utilizar algún interés profundo para vincularse en un contexto de juego, permite desarrollar rutinas sensoriales sociales, ya que el niño o niña vivirá una interacción para la que deberá expresar intención comunicativa. Si quiere seguir jugando, deberá pedírselo a la persona con quien está interactuando. Parece un ejercicio simple, pero la puesta en escena de este tipo de actividad guiada por un/a profesional experto/a, puede tener resultados positivos y amables para el niño/a.



Es importante que todo apoyo entregado en lo que respecta a la imitación, se haga respetando ritmos, tiempos, características, rasgos y formas presentes en la infancia autista. No se trata de forzar a imitar conductas neurotípicas, sino de fortalecer sus potenciales para incidir de manera positiva en su calidad de vida actual y futura.

Los resultados de retroalimentación con respecto a la imitación pueden aparecer en momentos que resultan desconcertantes para la habitualidad de la cultura neurotípica. Por esa razón son comunes los testimonios de personas autistas y de familias, que relatan momentos dispares y conductas heterogéneas para la expresión de resultados. En lo que sí existe consenso, es que cuando se entregan apoyos oportunos, se incide de manera positiva en este ámbito crucial para todo ser humano.

Consideraciones sobre la acción comunicativa y autismo

La Teoría de la Acción Comunicativa señala que los seres humanos nos comunicamos e interactuamos en la búsqueda de entendernos y poder llegar a acuerdos. De esta manera, las comunidades deben avanzar en crear espacios de comunicación en la que todas las personas puedan participar, lo que a su vez supone que, como sociedad, debemos hacer todo lo posible por conseguir la inclusión.

La comunicación humana es multidimensional y brinda oportunidades para conocer, reconocer y aceptar las particulares formas expresivas y comunicativas que se pueden presentar en el Espectro Autista.

Se trata de formas diferentes, que a nivel de la población mundial se expresan de manera minoritaria, pero no por eso son deficientes, ni deben ser eliminadas u obligadas a corregir.

Existen personas que no se comunican de forma verbal oral y eso puede ser una opción válida, que puede tener desarrollos

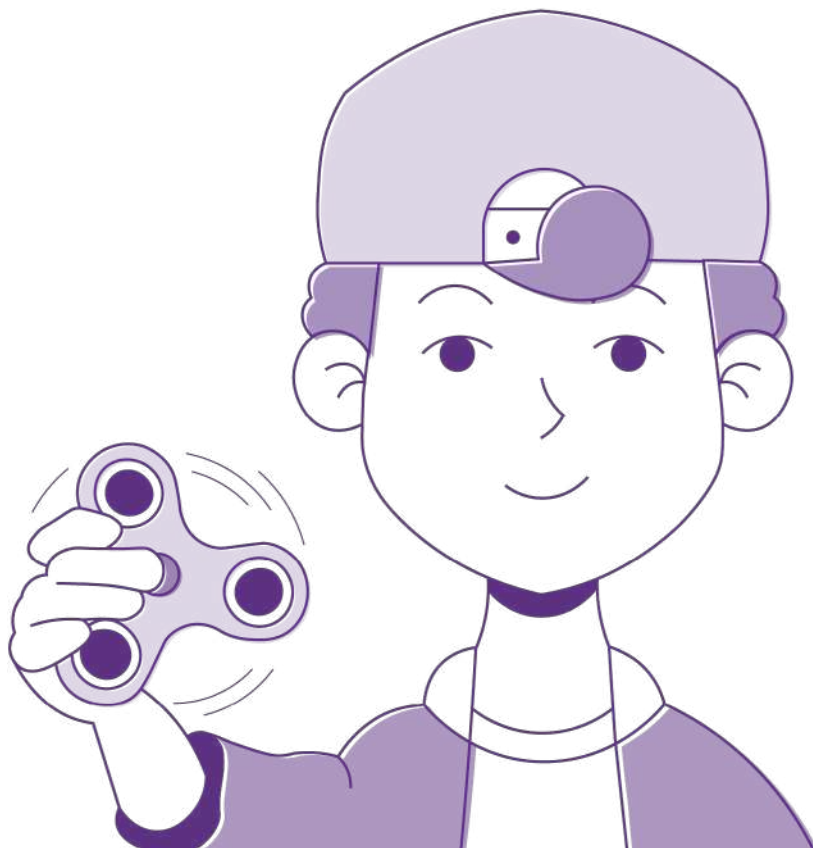
insospechados y positivos para su calidad de vida si se reciben los apoyos adecuados (ya sea, por ejemplo, con sistemas aumentativos y/o soportes tecnológicos).

Existen personas autistas con altos niveles de motivación, de deseo, disfrute y con alta expresión de valorar su conexión con los/las demás. Asimismo, hay algunos que son hiper empáticos e hiper resilientes.

“Potenciar sus capacidades y entregarle herramientas, es verlo feliz y orgulloso de ser quien es.”

*Carla Montejo,
Madre de niño autista.*

Lo anterior contradice la teoría de la “baja” motivación social del Autismo. Por ello, es nuestro deber ampliar la mirada respecto de qué entendemos por la conexión social y por las formas de comunicación humana. Así, se debe considerar la perspectiva y punto de vista autista, para proteger la salud mental y prevenir acoso escolar, abusos y otras vulneraciones que, de manera desoladora, es posible evidenciar en gran porcentaje de la niñez autista.



Reflexiones finales

“Todo lo que hemos escrito en este libro tiene por finalidad entregar herramientas de abordaje para cuando recibimos el diagnóstico en edades tempranas con un hijo o hija dentro del Espectro Autista.

Se trata de sugerencias, por lo que les invitamos a recordar que no existen autistas iguales a otros/as.

Tenemos que aprender a conocer y valorar cada paso que dan nuestros hijos e hijas y comprender que ningún diagnóstico será un pronóstico para sus vidas.

Mientras más temprano sea su diagnóstico, el futuro será más esperanzador, porque podremos apoyarles de mejor manera ante los desafíos que vayan experimentando a lo largo del ciclo vital.

Siempre busca lo que haga feliz a tu niña o niño, no lo que la sociedad espera de ella/él.

Muchas veces “sobre intervenir” implementando gran cantidad de terapias, puede incrementar la ansiedad, crear frustraciones, menoscabar la identidad, ya que se podría caer en el riesgo de estar transmitiendo un mensaje del tipo: “todo lo que haces está mal, debemos cambiarlo”, que no beneficia la salud mental en la niñez autista.

La comunidad autista adulta tiene una sentida enseñanza ante el enfoque de no invisibilizar ni castigar a las personas en el espectro. De este modo, no porque sean diferentes deben cambiar o alterar lo que supuestamente está mal en ellos o ellas.

Las personas autistas conectan con las pasiones de una forma diferente, se fascinan con cosas distintas. Conocer y descubrir esas perspectivas autistas puede resultar revelador, en todas sus dimensiones, aun cuando existan altas o bajas necesidades de apoyo.

El dolor que se arrastra cuando te han dañado por ser diferente es una fractura o herida que se lleva toda la vida. Nuestra propuesta es que te detengas a conectar desde una forma amable y empática con nuestras valiosas diferencias.

Construyamos una sociedad neuroinclusiva donde respetemos la diversidad neurológica en todas sus formas y colores, porque todos y todas buscamos vivir a plenitud nuestra vida: buscamos vivir una vida plena, que valga la pena ser vivida.

Es importante tener en cuenta este mensaje y recordar que cada persona en el Espectro Autista es única que merece ser valorada y respetada en su asombrosa individualidad.

Finalmente hacemos un amplio llamado a que los estudios que se desarrollen en Chile, consideren variables intersectoriales e interseccionales tales como territorio, etnia, género y factores que caracterizan a grupos humanos según sus identidades culturales y sociales. Además, es necesario que se contemple la incorporación de personas autistas en investigaciones cualitativas y/o cuantitativas, para así contemplar la perspectiva y el saber colectivo autista en las investigaciones.

Es trascendental que la frase “nada de nosotrxs, sin nosotrxs”, que promueve tanto la comunidad autista como la de personas con discapacidad, tenga un real significado en la mayor cantidad de espacios posibles, para construir y avanzar sin dejar a nadie atrás.

La participación y contribución de la ciudadanía autista en la ciencia y en el quehacer social, en una sociedad sin exclusiones, nos permitirá entender de mejor manera el Espectro Autista existente en la humanidad.”

**Chantal Garay Soto y Gabriela Verdugo Weinberger,
Autistas sobrevivientes, diagnosticadas en etapa adulta.**



Anexo

A continuación profundizaremos en apoyos visuales para la comunicación y diferencias sensoriales, en la niñez autista.

Apoyos visuales para la comunicación

∞ Apoyos Visuales:

Ayudan a establecer una comunicación consistente, palpable. Brindan estructura, estimulan la independencia, crean confianza, evitan la ansiedad y permiten la interacción con otras personas.

Los apoyos visuales pueden ser objetos reales o bien impresos, fotografías, ilustraciones, videos (idealmente de corta duración), dibujos, palabras escritas, láminas, u otros.

Se pueden utilizar para ilustrar, como apoyo único, o de manera combinada, dependiendo de las características y necesidades de cada niño o niña.

∞ Pictogramas:

Imágenes que fortalecen, apoyan y facilitan la comunicación aumentativa o alternativa, la accesibilidad y la anticipación.

Se trata de soportes visuales que pueden usarse en formato portátil, como impresos laminados. Pueden disponerse en forma de tablero para ir propiciando el paso a paso de determinadas actividades.

Es recomendable que los pictogramas se ubiquen en un lugar destacado, a la altura de los ojos del niño o niña. Se pueden distribuir en el entorno para ir etiquetando objetos o espacios, y/o funcionalidad de los mismos. Por ejemplo, se pueden disponer en cintas con velcro para ir modificando el tablero y conforme pasan las horas o se van sucediendo las actividades del día, ir eliminando pictogramas (retirándolos) una vez que estén completadas las actividades.

∞ Dispositivos de asistencia para la comunicación:

Audífonos, software lector de pantalla, reproductores de audio, dispositivos como tablets, dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa como software de

comunicación, que pueden ser de gran apoyo para niños o niñas autistas que no usan la oralidad como forma de comunicación.

Es importante señalar que los sistemas aumentativos de comunicación complementan el lenguaje oral con imágenes y/o pictogramas, en tanto los sistemas alternativos de comunicación sustituyen o apoyan al lenguaje oral cuando éste no es comprensible o está ausente. Todos estos apoyos se pueden utilizar de manera combinada y/o progresiva según las características de cada niña o niño.

∞ **Historias Sociales:**

Descripciones breves de situaciones de la vida diaria, que incorporan información específica sobre qué ocurre en cada contexto, para qué y por qué.

Por ejemplo, existen historias sociales para ir al baño, para ir al supermercado, para lavarse los dientes, para ir al dentista, para ir al colegio, etc.

Importante:

Los apoyos visuales son personalizados. Lo que funciona para un niño o niña autista, podría no funcionar para otro u otra. Es recomendable ir incorporando pictogramas con gradualidad. Puede ser que un niño o niña cuando comprenda determinado contexto, actividad y/o espacio, ya no necesite más uso de ese determinado pictograma y habrá que respetar su decisión de ya no usarlo y pasar a otro tipo de apoyo para la comunicación, como escritura u otro, y/o bien, si es el caso, fortalecer la comunicación verbal.

Recomendamos los pictogramas de libre acceso de Arasaac:
<https://arasaac.org>



Las historias sociales permiten desarrollar habilidades de autocuidado, sociales y de aprendizaje. Además, pueden ayudar a enfrentar rutinas o cambios en las mismas, como puede suceder con acontecimientos inesperados o de alto estrés como mudarse de casa. Así, son ideales para brindar retroalimentación positiva sobre determinadas fortalezas e inciden positivamente en el autoestima.

Las historias sociales presentan sus contenidos de forma literal en contextos concretos, lo que ayuda a optimizar su comprensión. Pueden ayudar en el paso a paso de diversas situaciones y a conocer pautas de comportamiento para aportar a la estructura de vida y, por tanto, reducir ansiedad.

Recomendamos las historias sociales de libre acceso de Aprendizices Visuales:
https://aprendicesvisuales.com/p/cuentos_aprendicesvisuales/

Nota: los libros ilustrados pueden ser de gran apoyo, así como los libros de cómics.

Diferencias sensoriales

En personas en el Espectro Autista, los sentidos pueden ser altamente sensibles (Hipersensible) o poco sensibles (Hiposensible), o ambos, inclusive en diferentes momentos, contextos y/o situaciones.

Cada persona autista puede presentar perfiles sensoriales distintos y eso puede influir en cómo se siente y cómo se relaciona con su entorno.

“El desafío más grande es cuando tiene crisis, el no poder controlarlo y evitar que se haga daño.”

*Nancy Prado,
Madre de adulto autista.*

Es importante precisar que un determinado perfil sensorial no es elemento suficiente para el diagnóstico de Autismo. Evaluar los patrones de procesamiento sensorial de una niña o niño ayuda a su calidad de vida.

Cuando existe dificultad para procesar la información sensorial, se puede experimentar una sobrecarga de información. A su vez, esto puede causar ansiedad, estrés y, en algunas ocasiones dolor físico, lo que podría provocar algunas de las tres crisis autistas que se conocen como Meltdown, Shutdown y Burnout. Conocer el perfil sensorial influye positivamente en



la calidad de vida de la persona autista, ya que puede implicar el incorporar ajustes o cambios en el entorno que ayuden a crear un mayor bienestar, así como fortalecer las experiencias sensoriales agradables y/o anticipar respecto de experiencias no agradables que se puedan vivir en determinados contextos y momentos.

Las diferencias sensoriales se pueden expresar a través de los sentidos, pero registrándose tanto en hipersensibilidad como en hiposensibilidad, a sonidos, imágenes (luces), aromas, tacto, sabores, vestibular, propioceptivo, entre otros.

Cabe destacar que la hiper o hiposensibilidad no son las únicas respuestas sensoriales que pueden tener las personas autistas.

Un ejemplo de espacio sensorial amable y seguro podría ser el contemplar un ambiente ordenado, con luz regulada y/o tenue, en que el ruido esté presente en decibeles bajos (no más de 80 decibeles recomienda la OMS), con aromas neutros poco invasivos, donde estén disponibles objetos para actividades que permitan la autorregulación sensorial (objetos para apretar, para morder, burbujas, luces calmas y neutras, u otros) y que se cuente con espacio para movilidad o cambio de posiciones (como sentarse en el suelo), idealmente sobre superficies suaves.

Si bien son las más comunes, la persona podría enfrentarse a presentar agnosias, fluctuaciones, distorsión en uno o más sentidos, entre otras, por lo que resulta fundamental conocer el perfil sensorial de cada persona para adaptar los entornos y eliminar o disminuir las barreras sensoriales para trabajar en la integración sensorial.

∞ **Sonidos:**



Percepción de sonidos amplificados con dificultad para aislar ruidos de fondo, lo que puede incidir en la capacidad de concentración. En perfiles auditivos agudos, es posible escuchar sonidos lejanos con claridad (por ejemplo escuchar lo que se está hablando en salas de clases contiguas).



Dificultad para identificar sonidos particulares. En ocasiones pueden expresar preferencia por espacios con mucha gente y ruido, o bien, sentir agrado por golpear objetos (mesas, puertas). Ante la sospecha de audición parcial es importante pedir un diagnóstico especializado.



Usar orejeras o audífonos con cancelación de sonido (disminución de decibeles). Cerrar puertas y/o ventanas para bajar la intensidad del ruido. En una sala de clases sentarse lejos de puertas o ventanas con tal de evitar estar cerca de fuentes de emisión de ruido. También puede ser útil anticipar al niño/a si se va a acudir a un lugar bullicioso. En este caso es importante considerar el uso de apoyo visual, si se requiere.

∞ **Vista:**



Los objetos brillantes y/o imágenes pueden percibirse como fragmentadas o distorsionadas. Puede resultar agradable ver un detalle más que un objeto completo. Dificultades para conciliar el sueño por alta sensibilidad a la luz.



La visión periférica puede ser borrosa y los objetos pueden distorsionarse y perder algunas de sus características. Esto puede derivar en dificultad respecto de la percepción de profundidad y en actividades motoras como lanzar o atrapar.

Cómo
ayudar

Reducir intensidad lumínica, usar lentes de sol, gorras. En casa y/o en la sala de clases utilizar cortinas que ayuden a reducir la luz.

∞ **Aromas:**

Hiper
sensibilidad

Los olores se pueden percibir con alta intensidad. Esto puede derivar en dificultad para ir al baño o para comer determinados alimentos, o bien para usar determinados productos como champú, jabón, pasta dental, entre otros.

Hipo
sensibilidad

Baja sensibilidad ante olores lo que puede incidir en baja percepción del propio olor corporal. Esto puede incidir en dificultad para consumir alimentos o en tener que lamer o probar cosas por boca para identificarlos y conocerlos.

Cómo
ayudar

Propiciar ambientes con la menor cantidad de olores. Usar productos sin fragancias agregadas.

∞ **Tacto:**

Hiper
sensibilidad

Puede referir dolor al tacto, lo que puede incidir en su relación con otras personas o animales, en caso de que se conviva con mascotas. Expresa preferencia por estar con los pies descalzos y permanecer con las manos libres. Puede presentar dificultades para cepillarse los dientes o el cabello (es recomendable usar productos de cerdas ultra suaves). Puede expresar dificultades con la percepción de las texturas de alimentos. La textura de la ropa y/o la presencia de etiquetas, así como el tipo de tela, puede ser desafiante al momento de tener que usar determinado tipo de vestuario.

Cómo
ayudar

Anticipar antes de tocar: si el niño/a no resiste el tacto o refiere dolor al ser abrazado o tocado, entonces evitar ese tipo de contacto y propiciar actividades mediadas a través de mantas o almohadas.

Buscar alternativas caseras para probar otra textura en los alimentos. Por ejemplo comer puré y no papa entera, tomar crema y no sopa con verduras enteras.

Introducir progresivamente nuevas texturas, lentamente, al ritmo y según rutinas de cada niña o niño, respetando sus preferencias y asegurando su bienestar.

Propiciar autonomía al cepillarse o usar determinada esponja de baño (buscar de preferencia texturas naturales y suaves) para que sea el niño o niña quien vaya determinando con qué tipo de presión hay que usar el producto.

Si es necesario, usar ropa con las costuras hacia el exterior (o al revés), sacar etiquetas de las ropas, de preferencia optar por prendas de algodón o naturales, ya que las fibras sintéticas generan estática y podrían resultar desagradables.

Hipo sensibilidad

Puede presentar alto umbral del dolor lo que podría derivar en autolesiones o que no pueda percibir la comida en la boca. Suele ocurrir que se disfruta el contacto con objetos pesados como mantas. Puede expresar etapa prolongada de masticar objetos no comestibles. Le agradan las presiones intensas (como abrazar una almohada).

Cómo ayudar

Ofrecer actividades en que se entre en contacto con texturas diversas como semillas, legumbres, maicena, harina, agua, entre otros elementos.

Para usar en boca propiciar objetos sensoriales masticables (verificar que sean elaborados con materiales no tóxicos), o bien intentar con texturas preparadas en casa como hielos o fruta congelada, servida en trozos de tamaño seguro según la edad.

∞ Sabor:

Hiper sensibilidad

Posee papilas gustativas sensibles y, en ocasiones, expresa rechazo por alimentos que percibe como demasiado intensos. En algunos casos, esto puede derivar en restricción o selectividad alimentaria (comer sólo algunos alimentos). Puede ser que se resista a comer alimentos blandos y/o molidos o bien solo crujientes. Si existe alguna alteración de la dieta que pueda afectar la salud, es recomendable consultar con un/a profesional especialista.

Hipo
sensibilidad

Expresa preferencia por llevar a la boca elementos no comestibles como: tierra, piedras, metales, heces u otros. En ocasiones, puede expresar preferencia por alimentos picantes.

Cómo
ayudar

Utilizar apoyos visuales, anticipar cada comida. Ir progresivamente incorporando nuevas texturas. Probar con la temperatura de los alimentos, ya que podría favorecer su ingesta. Intentar ajustes en la presentación de la comida, por ejemplo, separar los productos, no juntar en el mismo plato la carne con jugo con las papas cocidas y el tomate para evitar mezclar.

También puede ser una buena idea agrupar según colores de preferencia del niño/a. La idea es hacer de la hora de comer un momento agradable y que no se convierta en una experiencia que incremente la ansiedad y/o estrés. Si es necesario, pedir apoyo profesional experto de un Terapeuta Ocupacional con especialización en Integración Sensorial y Conducta Alimentaria.

∞ **Vestibular (equilibrio):**

Hiper
sensibilidad

Puede expresar dificultad motora, por ejemplo, para realizar actividad física, mareo al ir en auto u otro medio de transporte, o presentar desafíos en actividades en que los pies no están en el suelo (como en juegos de atracciones o tirolesa).

Hipo
sensibilidad

Puede expresar necesidad alta de balanceo o de girar.

Cómo
ayudar

Utilizar elementos como balancines, bicicletas sin pedales, o realizar actividad física con el apoyo de implementos para fortalecer el sistema vestibular.

Si es necesario, utilizar apoyo visual y/o dividir las actividades físicas en etapas, con tal de alcanzar objetivos e ir avanzando gradualmente en su incorporación a la rutina física.

∞ Propiocepción (conciencia corporal):

Hiper sensibilidad

Puede expresar dificultad de motricidad fina, como manipular objetos pequeños, amarrar cordones. Al mirar hacia algo, no sólo gira su cabeza sino que todo el cuerpo.

Cómo **ayudar**

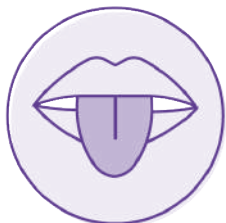
Utilizar juegos didácticos con secciones de actividades de motricidad fina, por ejemplo, apretar interruptores, abrir y cerrar pestillos, amarrar cordones, etc. e ir progresivamente incorporando mayores desafíos.

Hipo sensibilidad

Dificultad para medir el espacio personal y el espacio compartido respecto de otras personas, lo que podría traer dificultades para la interacción social por presentarse como "invasivos/as". Puede chocar con objetos, umbrales de puertas o con la gente.

Cómo **ayudar**

Poner cintas de colores en el piso o delimitar con cojines para indicar ruta de movimientos en un determinado espacio. Utilizar la medida del brazo extendido para medir el espacio personal.



GUSTO



VISTA



TACTO



AUDICIÓN



OLFATO



PROPIOCEPCIÓN



VESTIBULAR



INTEROCEPTIVO

∞ Interocepción:

Sistema sensorial en que los estados físicos y emocionales se reconocen y responden consciente o inconscientemente, al sentir los órganos, como dolor de panza, dolor de útero, sentir el deseo de comer, beber agua o querer orinar, incluso estar enfermo/a y no sentir dolor que alerte de un problema de salud.



Las actividades de conexión corporal pueden aportar a mejorar el bienestar. Es útil incorporarlas en las rutinas diarias, como utilizar aplicaciones meteorológicas para anticipar condiciones de temperatura y ayudar a elegir ropa adecuada, usar horarios para el control de orina y deposiciones, utilizar apoyos visuales y/o indicaciones verbales para comer, beber y/o ir al baño, entre otras.

Recomendaciones para familias y cuidadores/as

Cuándo y cómo hablar de autismo con tu hijo o hija.

Una vez que se recibe el diagnóstico, podría surgir la duda sobre cuándo y de qué manera hablar sobre Autismo con tu hijo o hija. Se trata de un tema íntimo, de una decisión que varía en cada familia y entorno cuidador.

Cabe mencionar que las personas autistas tienen el derecho a construir una identidad, así como conocer y comprender su diagnóstico.

Asimismo, ninguna persona autista es igual a otra, ya que somos parte de un proceso dinámico de coconstrucción del saber colectivo autista, desde nuestras diferencias. En ese sentido, es recomendable ir hablando

Es importante destacar que la identidad se construye a lo largo de la vida y no existe una “identidad autista”, porque no es una forma de ser, sino un desarrollo neurobiológico diverso que permite tener una manera única de percibir, interpretar y responder a las experiencias vitales y a los distintos contextos.

sobre el tema de manera progresiva, a medida que el niño/a crece y se desarrolla. Por ejemplo, para algunas familias el hecho de empatizar con sus diferencias sensoriales podría ser una oportunidad para hablar sobre Autismo. O bien, si la niña/o realiza preguntas a partir de lo que vive o percibe, podría ser una buena ocasión para hablar sobre el tema.

Desde un modelo de calidad de vida y desde una perspectiva de derechos humanos, el Autismo no es negativo, problemático ni patologizante. Conocer sobre Espectro Autista abre posibilidades interesantes de autoconocimiento y de comprenderse a sí mismo/a, además de entender el entorno en el que se vive.

“Si todas las personas supieran un poquito de Autismo sería todo distinto, llenito de color.”

*Ingrid Vergara,
Madre de niña autista.*

Ser diferentes es una oportunidad espléndida para aportar a la sociedad con nuevos puntos de vista y otras formas de conectar con la realidad. Además, la sociedad en general tiene la oportunidad de nutrirse de esas diferencias, sumando el conocimiento colectivo autista al saber de la humanidad y, así, avanzar en un presente y futuro transformador.

Es importante respetar el derecho de los niños y niñas a preguntar, así como respetar su derecho a recibir respuestas oportunas y basadas en información ética y veraz.

Para abordar este momento íntimo y familiar, es posible pedir apoyo inter/ multidisciplinario a profesionales de la salud y educación mencionados en esta Guía. No existe receta o fórmula para informar a un hijo o hija sobre su diagnóstico. Sin embargo, resulta positivo propiciar momentos de calma junto a personas significativas del entorno familiar, en un espacio cómodo y seguro. Es posible que el niño o niña requiera tiempo, varias conversaciones para procesar el tema, apoyos visuales, una historia social o, quizás, un libro que cuente un relato semejante. Todo apoyo deberá ser evaluado según las características de cada niña o niño.

Una vez que se llegue al tema, es adecuado abordarlo desde la perspectiva de sus fortalezas y habilidades, y no desde el déficit.

Es posible que el niño o niña conozca a un par autista. Si es así, es conveniente reforzar que se trata de un espectro y que, por lo tanto, son diferentes y que eso está bien, porque cada persona es un universo de características distintas.

Cómo se entrega la información resulta clave. Si se hace desde el afecto y la tranquilidad, el niño/a lo procesará en una sintonía semejante.

Si los niños/as expresan preocupación por su salud, será importante enfatizar y recalcar que el Autismo no es una enfermedad, sino una forma de neurodesarrollo diverso que se manifiesta en un procesamiento cognitivo diferente.

¿Cómo y cuándo informar sobre el diagnóstico en establecimientos educacionales?

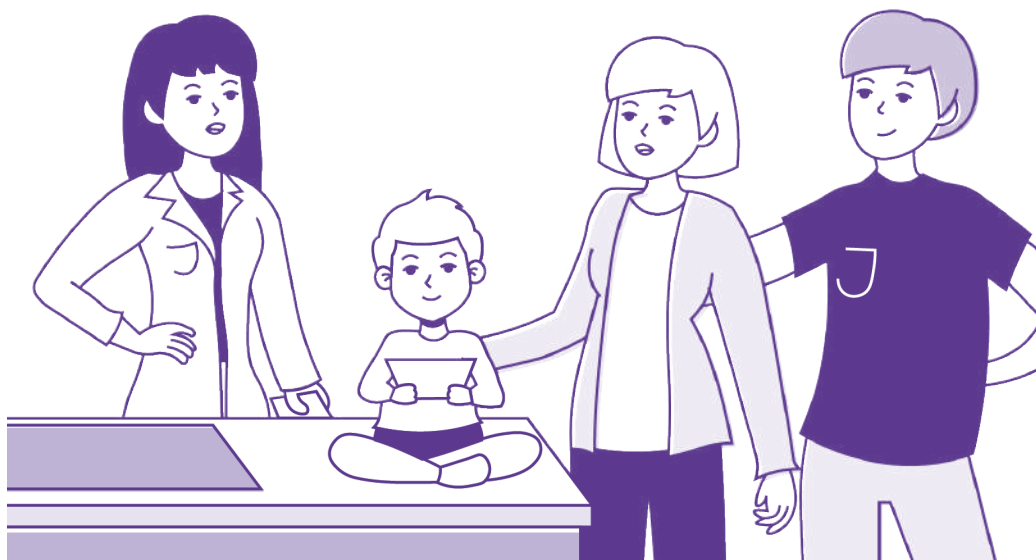
Cada niño o niña tiene derecho a recibir los apoyos que requiera según sus necesidades. En ese sentido, resulta crucial que el equipo pedagógico esté al tanto del diagnóstico del estudiante, con tal de garantizar esos apoyos.

El diagnóstico es reservado y dependerá de cada familia y de cada niño o niña si se desea hablar sobre el mismo en el aula, junto a los demás compañeras y compañeros, y/o bien junto a la comunidad educativa. Es recomendable que esto se evalúe con apoyo multidisciplinario, ya que siempre debe asegurarse el bienestar y calidad de vida de cada niña o niño.

¿Quién emite el diagnóstico del autismo?

Como Fundación FUAN recordamos que el diagnóstico del Autismo es clínico, sólo en casos de duda se solicitan test específicos. En Chile, el diagnóstico de Autismo lo emite un Psiquiatra o Neuropediatra. Es importante recalcar que no es requisito tener un Test de ADOS para ingreso a Programa de Integración Escolar (P.I.E.), Escuela Especial o para obtener Credencial de Discapacidad.

Luego de la evaluación diagnóstica, se puede considerar una evaluación interdisciplinaria que contemple las diversas áreas del desarrollo para así poder crear un plan de apoyos centrado en la persona y en la familia.



¿Qué profesionales pueden brindar apoyos especializados a niñez autista?

Psiquiatras, Neurólogos/as, Psicólogos/as, Fonoaudiólogos/as, Educadores/as Diferenciales, Terapeutas Ocupacionales, Psicopedagogas/os, profesionales de la salud y educación especializados en Autismo tales como docentes, nutricionistas u otros.

Es importante que los apoyos especializados sean abordados de manera integral, contemplando a la familia y/o cuidadores/as, ya que ellos, en la medida que reciban herramientas y conocimientos por parte del equipo profesional, podrán asumir un rol activo que propicie impactos positivos y duraderos en la calidad de vida de la niñez autista.

∞ Psiquiatras, Neurólogos/as:

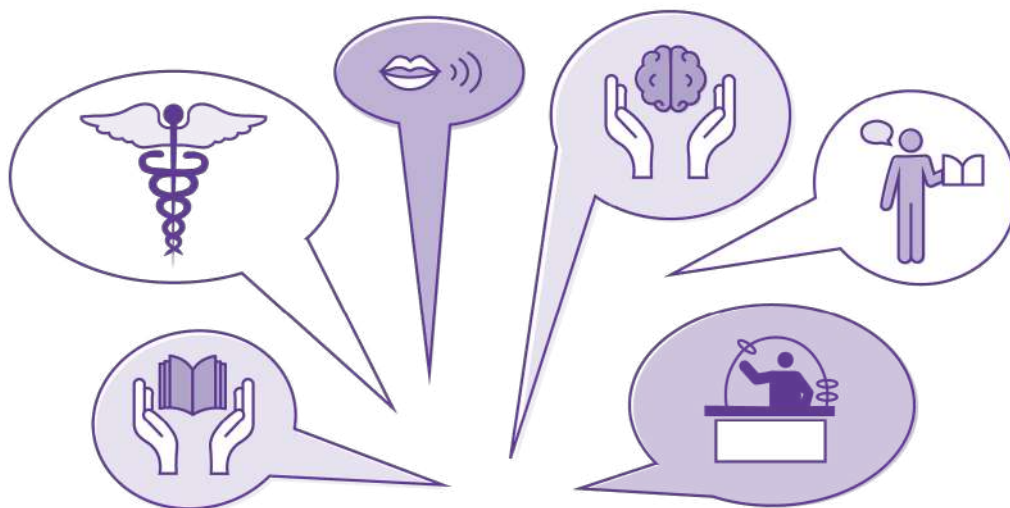
Diagnostican Autismo y realizan seguimiento de cada paciente. Si es necesario recetan medicamentos y realizan seguimientos periódicos de los mismos. También orientan sobre apoyos multidisciplinarios que requiere cada niño o niña.

∞ **Psicólogos/as:**

El rol del trabajo psicológico puede ser directo con el niño o niña y/o con su familia, para acompañar el proceso de entender, aceptar y vivir todas las implicancias del diagnóstico y de las necesidades de apoyo de su hijo/a en contextos naturales. Además, son quienes evalúan inteligencia, dificultad intelectual, entre otras coocurrencias o comorbilidades.

∞ **Fonoaudiólogos/as:**

Evalúan y apoyan las habilidades del habla, lenguaje y comunicación. Realizan terapias para desarrollar habilidades sociales y, en necesidades específicas y si se requiere, pueden implementar sistemas de comunicación alternativos. Recordemos que todos los sistemas de comunicación deben ser ajustados e individualizados. También entregan orientación a familias y a docentes.



∞ **Educadores/as Diferenciales:**

Evalúan y potencian el proceso de aprendizaje de cada niña o niño, implementando estrategias de apoyo metodológico para acceder al desarrollo de habilidades, competencias y progreso educativo, respetando y adecuando el entorno educativo a las características y necesidades de apoyo individuales.

∞ **Terapeutas Ocupacionales:**

Brindan apoyos para habilidades de la vida diaria, tanto a nivel físico como emocional, identifican diferencias sensoriales y, en trabajo de terapia, proveen herramientas a cada niño o niña para un mejor desenvolvimiento en la vida diaria. Además, entregan orientación a familias y a docentes.

∞ **Psicopedagogos/as:**

Brindan apoyos según las necesidades de aprendizaje de cada niño/a. Además, entregan orientación a familias y docentes. Pueden planificar trabajo de mediano y largo plazo, así como acompañar los progresos educativos de la niña o niño.

Glosario

Neurodiversidad:

Judy Singer, socióloga australiana autista, definió en los '90 que la neurodiversidad establece como hecho biológico que todos los cerebros son distintos, existiendo un subgrupo para referirse a los cerebros que son atípicos por alguna condición, llamados neurodivergentes.

Neurodivergencia:

Personas que presentan procesos cognitivos diferentes a la mayoría de la población. Es decir, existe una minoría neurodivergente que hace parte de una variación normal dentro de la población humana. Se incluye Autismo, TDAH, Dislexia, Dispraxia, Síndrome de Tourette, entre otros. Término concebido por la comunidad autista para referirse a los cerebros distintos a la norma.

Burnout:

Agotamiento emocional y físico generalizado, se refiere como colapso prolongado y profundo por sobrecarga, que no permite el desarrollo de funcionalidades básicas. Cuando una persona autista entra en Burnout, puede cambiar su nivel de necesidades de apoyo.

Meltdown:

Forma de reacción al estrés extremo que se manifiesta de forma verbal (gritos, llantos, entre otros) y física (patear, golpear, morder, entre otras).

Shutdown:

Forma de reacción frente al estrés extremo que se manifiesta de manera internalizada como si la persona autista se apagara. Puede parecer parcial o completamente abstraída del mundo, haciendo lo mínimo indispensable para vivir, pudiendo requerir espacio a solas o recurrir a acciones para lograr integración sensorial (como tenderse en el piso, entre otras).

Diagnóstico temprano:

Identificación y evaluación en etapas iniciales de la vida. Desde los 6 meses hasta los 24 meses.

Ajustes razonables:

Modificaciones y adaptaciones necesarias que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar el goce en igualdad de condiciones con las demás.

Comunicación no verbal:

Formas de comunicación como gestos, expresiones faciales o corporales, o escritura, que no implican el uso de palabras.

Intereses profundos:

Enfoque intenso en determinados temas. Apoyo inter/multidisciplinario: realizado por un equipo de diferentes profesionales como terapeutas ocupacionales, psicólogos/as, fonoaudiólogos, psicopedagogos, educadores diferenciales, entre otros.

Inclusión educativa:

Promover de manera permanente espacios educativos respetuosos, diversos, que adapten sus procesos de aprendizaje a las habilidades y características de sus estudiantes.

Referencias Bibliográficas

- A Council on Children With Disabilities; Section on Developmental Behavioral Pediatrics; Bright Futures Steering Committee; Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee. Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening. *Pediatrics*. 2006;118(1): 405–420.
- Almonte, Carlos y Ma. Elena Montt. Psicopatología Infantil y de la Adolescencia, 2019. Ed. Mediterráneo.
- Andes Pediatr. 2021; 92 (1):25-33. doi:10.32641/andespediatr.v92i1.2307
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), 5th ed. [Internet]. 2013 [cited 2020 Dec 10].
- Autism risk associated with parental age and with increasing difference in age between the parents *Mol Psychiatry* (2015).
- Autism speaks Inc. (2008) Manual para los primeros 100 días.
- Baron-Cohen S. Editorial Perspective: Neurodiversity – a revolutionary concept for autism and psychiatry. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2020 Dec 10];58(6):744–7.
- Barthélémy C, Fuentes J, Howlin P, Van Der Gaag R. PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO IDENTIFICACIÓN, COMPRESIÓN, INTERVENCIÓN Un documento oficial de Autismo-Europa. 2019.
- Burnside K., Wright K., Poulin-Dubois D. Social Motivation and Implicit Theory of Mind in Children With Autism Spectrum Disorder. *Autism Res*. 2017 Nov;10(1):1834–1844.
- Carpenter b, happé f, egerton j. girls and autism educational, family and personal perspectives. 1st edition. 2019
- Chernyak N, Kushnir T. The influence of understanding and having choice on children's prosocial behavior. *Curr Opin Psychol*. 2018 Apr;20:107–110.
- Coelho-Medeiros, M., Bronstein, J., Aedo, K., Pereira, J., Arraño, V., Perez, C., Valenzuela, P., Moore, R., Garrido, I., Bedregal, P. Validación del M-CHAT-R/F como instrumento de tamizaje para detección precoz en niños con trastorno del espectro autista. *Rev Chil de Pediatr*. 2018; 90(5).
- Contaldo A, Colombi C, Pierotti C, Masoni P, Muratori F. Outcomes and moderators of Early Start Denver Model intervention in young children with autism spectrum disorder delivered in a mixed individual and group setting. *Autism*. 2020 Apr;24(3):718–729.
- Dworzynski k, ronald a, bolton p, happé f. how different are girls and boys above and below the diagnostic threshold for autism spectrum disorders? *j am acad child adolesc psychiatry*. 2012 aug;51(8).
- Enfoque centrado en la familia, FEAPS. 2011. España.
- Falck-Ytter, T., Bølte, S., & Gredeback, G. (2013). Eye tracking in early autism research. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 5(1), 28.
- Fernández-Álvarez E, Aicardi J. General concepts. En: Fernández-Álvarez E, Aicardi J, editores. *Movement disorders in children*. London: Mac Keith Press; 2001. p. 1–23.
- Fleming Z. (2007) Historia Educación Parvularia, Universidad de Chile.
- Fombonne E. Editorial: The rising prevalence of autism. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018 Jul;59(7).
- Frazier TW, Klingemier EW, Beukemann M, Speer L, Markowitz L, Parikh S, et al. Development of an Objective Autism Risk Index Using Remote Eye Tracking. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2016 Apr 1 [cited 2020 Dec 10];55(4):301–9.
- French L, Kennedy EMM. Annual Research Review: Early intervention for infants and young children with, or at-risk of, autism spectrum disorder: a systematic review. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2020 Dec 10];59(4):444–56.
- Frost L& Bondy A. (2002). El manual de Picture Exchange Communication System, Segunda Edición. Traducido al español por Sonia Vitaltella verdes y Alicia Gómez Boyle. Pyramid Educational Products. EEUU.
- Fuente: Manual de apoyo al desarrollo biosicosocial de niños y niñas de cero a seis años, MINISAL, 2008.
- García R. et al. Encuesta para cuidadores de personas del espectro autista en Chile: Primeras preocupaciones, edad del diagnóstico y características clínicas. *Andes Pediatr*. 2021;92(1):25–33. doi:10.32641/andespediatr.v92i1.2307
- Graham Child Development Institute, National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice Review Team.
- Green J, Pickles A, Pasco G, Bedford R, Wan MW, Elsabbagh M Slonims V, Gliga T, Jones E, Cheung C, Charman T, Johnson M; British Autism Study of Infant Siblings (BASIS) Team. Randomised trial of a parent-mediated intervention for infants at high risk for autism: longitudinal outcomes to age 3 years. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017 Dec;58(12):1330–1340.
- Guthrie W, Swineford LB, Nottke C, Wetherby AM. Early diagnosis of autism spectrum disorder: stability and change in clinical diagnosis and symptom presentation. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54(5):582–590.
- Habermas, J. 1987b. "Teoría de la acción comunicativa. Volumen I: Racionalidad de la acción y racionalización social". Taurus, Madrid, 1987.
- Harris K, Mahone EM, Singer H. Nonautistic motor stereotypes: clinical features and longitudinal follow-up. *Pediatr Neurol*. 2008;38:267–72.
- Heffler KF, Sienko DM, Subedi K, McCann KA, Bennett DS. Association of Early-Life Social and Digital Media Experiences With Development of Autism Spectrum Disorder-Like Symptoms. *JAMA Pediatr*. 2020 Apr 20. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.02
- Hellendoorn A, Langstraat I, Wijnroks L, Buitelaar JK, van Daalen E, Leseman PPM. The relationship between atypical visual processing and social skills in young children with autism. *R*. 2014;35(2):423–428. doi:10.1016/j.riidd.2013.11.012
- Hendrickx s. women and girls with autism spectrum disorder: understanding life experiences from early childhood to old age. 1st edition. 2015.)
- Jashar DT, Brennan LA, Barton ML, Fein D. Cognitive and adaptive skills in toddlers who meet criteria for autism in DSM-IV but not DSM-5. *J Autism Dev Disord*. 2016;46(12):3667–3677.
- Johnson, C.P. Early Clinical Characteristics of Children with Autism. In: Gupta, V.B. ed: *Autistic Spectrum Disorders in Children*. New York: Marcel Dekker, Inc., 2004:85–123.
- Johnson CP, Myers SM; American Academy of Pediatrics Council on Children With Disabilities. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*. 2007; 120(5):1183–1215.
- Jones SS. The development of imitation in infancy. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2009 Aug 27;364(1528):2325–35.
- Khalil R, Tindle R, Boraud T., Moustafa A., Karim A. Social Decision Making in Autism: On the Impact of Mirror Neurons, Motor Control, and Imitative Behaviors. *Review CNS Neurosci Ther*. 2018 Aug;24(8):669–676.
- Kasari, C., Gulsrud, A. C., Wong, C., Kwon, S., & Locke, J. (2010). Randomized controlled caregiver mediated joint attention intervention for toddlers with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(9), 1045–1056.
- Keven N., Akins K. Neonatal Imitation in Context: Sensorimotor Development in the Perinatal Period. *Behav Brain Sci*. 2017 Jan;40:e381.
- Kitzerow J, Hackbusch M, Jensen K, Kieser M, Noterdaeme M, Fröhlich U, Taurines R, Geißler J, Wolff N, Roessner V, Bast N, Teufel K, Kim Z, Freitag CM. Study protocol of the multi-centre, randomised controlled trial of the Frankfurt Early Intervention Programme A-FFIP versus early intervention as usual for toddlers and preschool children with Autism Spectrum Disorder (A-FFIP study). *Trials*. 2020 Feb 24;21(1):217. doi:10.1186/s13063-019-3881-7.
- Klin, A., Klaiman, C., & Jones, W. (2015). Rebajar la edad de diagnóstico del autismo: la neurociencia del desarrollo social afronta un importante problema de salud pública. *Revista de Neurología*, 60(Supl 1), 3–11.
- Koegel, L., Koegel, R., Ashbaugh, K., y Bradshaw, J. (2013). The importance of early identification and intervention for children with or at risk for autism spectrum disorders. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 16(1), 50–56.
- Koegel, R. L., Schreibman, L., Good, A., Cerniglia, L., Murphy, C., & Koegel, L. (1989). How to teach pivotal behaviors to children with Autism: A training manual. Santa Barbara, CA: University of California.
- Kopp s, gillberg c. girls with social deficits and learning problems: autism, atypical asperger syndrome or a variant of these conditions. *eur child adoles psychiatry*. 1992 apr;1(2)
- Kreiser, N., & White, S. (2014). ASD in females: are we overstating the gender difference in diagnosis? *Clinical child and family psychology review*, 17, 67–84.
- Lai MC, Anagnostou E, Wiznitzer M, Allison C, Baron-Cohen S. Evidence-based support for autistic people across the lifespan: maximising potential, minimising barriers, and optimising the person-environment fit. *Lancet Neurol*. 2020 May;19(5):434–451. doi:10.1016/S1474-4422(20)30034-X. Epub 2020 Mar 3.
- Lai MC, Anagnostou E, Wiznitzer M, Allison C, Baron-Cohen S. Evidence-based support for autistic people across the lifespan: maximising potential, minimising barriers, and optimising the person-environment fit. *Lancet Neurol* [Internet]. 2020 May 1 [cited 2020 Dec 10];19(5):434–51.
- Lai, M. C., Lombardo, M. V., Ruigrok, A. N., Chakrabarti, B., Auyeung, B., Szatmari, P., ... y Baron-Cohen, S. Consortium, MA (2017). Quantifying and exploring camouflaging in men and women with autism. *Autism*, 21(6), 690–702.
- Lampert MP. Trastorno del Espectro Autista. Epidemiología, aspectos psicosociales, y políticas de apoyo en Chile, España y Reino Unido. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Asesoría Técnica Parlamentaria. [Internet]. No SUP: 116769. 2018 [cited 2020 Dec 10].
- Lipkin PH, Macias MM; American Academy of Pediatrics, Council on Children With Disabilities, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. Promoting optimal development: identifying infants

and young children with developmental disorders through developmental surveillance and screening. *Pediatrics*. 2020;145(1):e20193449.

Loomes R, Hull L, Mandy WPL. What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017 Jun;56(6):466-474. doi: 10.1016/j.jaac.2017.03.013. Epub 2017 Apr 5. PMID: 28545751.

Loomes r, hull l, mandy wpl. what is the male-to-female ratio in autism spectrum disorder? a systematic review and meta-analysis. *j am acad child adolesc psychiatry*. 2017 jun;56(6).

Lord C, Bishop S, Anderson D. Developmental trajectories as autism phenotypes. *Am J Med Genet Part C Semin Med Genet [Internet]*. 2015 Jun 1 [cited 2020 Dec 10];169(2):198-208.
Maenner MJ, Shaw KA, Baio J, Washington A, Patrick M, DiRienzo M, et al. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 Years-Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 Sites, United States, 2016. *MMWR Surveill Summ [Internet]*. 2020 [cited 2020 Dec 10];69(4):1-12.

Maggiolo, M.; De Barbieri, Z.; Zapata, O. "Presentación de un programa de estimulación temprana para el desarrollo de la comunicación" *Rev. Fonoaudiológica*, Buenos Aires, Tomo 45, No 2, pp. 25-39. 1999.

Martin A., Olson K. Beyond Good and Evil: What Motivations Underlie Children's Prosocial Behavior? *Perspect Psychol Sci*. 2015 Mar;10(2):159-75.

Marshall t. i am aspiengirl®: the unique characteristics, traits and gifts of females on the autism spectrum. 1st edition. 2014.

MINSAL. (2011). Guía de Práctica Clínica de Detección y Diagnóstico Oportuno de los Trastornos del Espectro Autista. Santiago: Ministerio de Salud.
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, 2014.

Nature 504, 427-431. 19 December 2013
Objetivos de desarrollo sustentable. Objetivo de Educación.

Ozonoff S, Young GS, Carter A, Messinger D, Yirmiya N, Zwaigenbaum L, Bryson S, Carver LJ, Constantino JN, Dobkins K, Hutman T, Iverson JM, Landa R, Rogers SJ, Sigman M, Stone WL. Recurrence risk for autism spectrum disorders: a Baby Siblings Research Consortium study. *Pediatrics*. 2011 Sep;128(3):e488-95. doi: 10.1542/peds.2010-2825. Epub 2011 Aug 15. PMID: 21844053; PMCID: PMC3164092.

Pinto-Martin JA, Young LM, Mandell DS, Poghosyan L, Giarelli E, Levy SE. Screening strategies for autism spectrum disorders in pediatric primary care. *J Dev Behav Pediatr*. 2008;29(5):345-350.

Pérez, Dueñas B. Estereotipias primarias en pediatría. *An Pediatr Contin*. 2010;8(3):129-34.

Robins D. L., Casagrande K., Barton M., Chen C.-M. A., Dumont-Mathieu T., Fein D. Validation of the modified checklist for autism in toddlers, revised with follow-up (M-CHAT-R/F). *Pediatrics*. 2014; 133(1):37-45. doi: 10.1542/peds.2013-1813.

Rogers SJ, Vismara L, Wagner AL, McCormick C, Young G, Ozonoff S. Autism Treatment in the First Year of Life: A Pilot Study of Infant Start, a Parent-Implemented Intervention for Symptomatic Infants. *J Autism Dev Disord [Internet]*. 2014 Dec 1 [cited 2020 Dec 23];44(12):2981-95.

Rogers, S. J., & Dawson, G. (2010). Early Start Denver Model for young children with autism: Promoting language, learning, and engagement. Guilford Press.
Roman-Urrestarazu A, van Kessel R, Allison C, Matthews FE, Brayne C, Baron-Cohen S. Asociación de raza/etnicidad y desventaja social con la prevalencia del autismo en 7 millones de escolares en Inglaterra. *Pediatría JAMA*. 2021;175(6):e210054. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.0054)

Russell g, steer c, golding j. social and demographic factors that influence the diagnosis of autistic spectrum disorders. *soc psychiatry psychiatr epidemiol*. 2011 dec 12;46(12)

Saint-Georges, C., Cassel, R. S., Cohen, D., Chetouani, M., Laznik, M.C., Maestro, S., Muratori, F. What studies of family home movies can teach us about autistic infants: a literature review. *Res Autism Spectr Disord*. 2010; 4(3):355-366. doi: 10.1016/j.rasd.2009.10.017.

Sandin S. et al. Paternal sperm DNA methylation associated with early signs of autism risk in an autism-enriched cohort *International Journal of Epidemiology*, 2015, 1-12

Simone r. aspergirls: empowering females with asperger syndrome. 1st edition. 2010.

Steinbrenner, J. R., Hume, K., Odom, S. L., Morin, K. L., Nowell, S. W., Tomaszewski, B., Szendrey, S., McIntyre, N. S., 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

Sutherland r, hodge a, bruck s, costley d, klieve h. parent-reported differences between school-aged girls and boys on the autism spectrum. *autism*. 2017 aug 13;21(6).

Tutorial de Estimulación Temprana realizado por el Programa TEA del Hospital Gustavo Frick de Viña del Mar con el apoyo de SENADIS.

The PRT Pocket Guide: Pivotal Response Treatment for Autism Spectrum Disorders. by Robert L. Koegel Ph.D., Lynn Kern Koegel Ph.D. Brookes Publishing

Touzet S., Ocellip P., Schröder C., Manificat S., Gicquel L., Stanciu R., Schaer M., Orevé MJ., Speranza M., Denis A., Zelman A., Falissard B., Georgieff N., e Bahrami S., Geoffray MM., IDEA Study Group. Impact of the Early Start Denver Model on the Cognitive Level of Children With Autism Spectrum Disorder: Study Protocol for a Randomised Controlled Trial Using a Two-Stage Zelen Design. *BMJ Open*. 2017 Mar 27;7(3):e014730.

Van wijngaarden-cremers pjm, van eeten e, groen wb, van deuren pa, oosterling ij, van der gaag rj. gender and age differences in the core triad of impairments in autism spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *j autism dev disord*. 2014 mar 30;44(3)

Vismara L, McCormick C, Wagner A, Monlux K, Nadhan A, Young G. Telehealth Parent Training in the Early Start Denver Model: Results from a Randomized Controlled Study. *Focus Autism Other Dev Disabl*. 2016;33(2):67-79.

Warren, Z., et al. A systematic review of early intensive intervention for autism spectrum disorders, *Pediatrics* 127, e1303-e1311, 2011.

Ward CL, Wessels IM1, Lachman JM2, Hutchings J, Cluver LD, Kassanjee R, Nhapi R, Little F, Gardner F. Parenting for Lifelong Health for Young Children: a randomized controlled trial of a parenting program in South Africa to prevent harsh parenting and child conduct problems. *J Child Psychol Psychiatry*. 2020 Apr;61(4):503-512.

Zwaigenbaum, L., Bauman, M., Choueiri, R., Fein, D., Kasari, C., & Pierce, K. et al. Early Identification and Interventions for Autism Spectrum Disorder: Executive Summary. *Pediatrics*. 2015; 136(Supplement), S1-S9.doi: 10.1542/peds.2014- 3667b

<https://docplayer.es/48195829-Saac-en-ninos-con-tea-implantacion-del-sistema-pecs-en-aula-de-infantil.html>

https://www.cdc.gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p_autismo_032323.html

Alerta sanitaria Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), de Colombia: <https://www.cecmed.edu/vigilancia/notas-informativas/mms-producto-milagroso-cura-autismo-solucion-clorito-sodio-80>

Ministerio Sanidad España, TEA, Evidencia científica sobre detección, diagnóstico y tratamiento: https://redets.sanidad.gob.es/documentos/OSTEBA_TEA.pdf

Estimulación transcranial de corriente directa en el autismo: una revisión sistemática. *Psicol. teor. prat*. 2017 <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19nlp192-207> http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872017000100010&script=sci_abstract&tlng=es

Implantación del sistema PECS en aula de infantil: <https://docplayer.es/48195829-Saac-en-ninos-con-%20tea-implantacion-del-sistema-%20pecs-en-aula-de-%20infantil.html>

Pautas para fomentar intención comunicativa en casa: https://autismomadrid.es/wp-content/uploads/2020/04/intencion_-comunicativa.pdf.pdf

Programa estimulación temprana del lenguaje: <http://www.autismoandalucia.org/wp-content/uploads/2018/02/BASES-DE-UN-PROGRAMA-DE-ATENCION-TEMPRANA-PARA-TRASTORNOS-DEL-ESPECTRO-AUTISTA.pdf>

Aprenda los signos, reaccione pronto: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/actearly/index.html>

Esta Guía llega a tus manos gracias al trabajo colaborativo de **Fundación Unión Autismo y Neurodiversidad, FUAN, Corporación Autismo Viña del Mar, Federación Nacional de Autismo, FENAUT y Fundación EA Femenino Chile.**

ISBN 978-956-09237-1-4



Financia: Servicio Nacional de la Discapacidad – SENADIS

Financia



Patrocinan

