



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

ORIENTACIONES TÉCNICAS ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA, A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA



CAPÍTULO

3

ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

MINISTERIO DE SALUD | 2025

Subsecretaría de Salud Pública

División de Prevención y Control de Enfermedades

Ministerio de Salud "Orientaciones Técnicas para la atención integral de personas con diagnóstico de trastorno del espectro autista, a lo largo del curso de vida".

Especial agradecimiento a los niños, niñas, adolescentes, personas adultas y equipos territoriales que hicieron posible contar con los registros fotográficos incluidos en esta Orientaciones, en particular a los equipos de las salas de apoyo y rehabilitación de las comunas de Tomé, Peñalolén, La Florida, Maullín y San Ramón.

Los símbolos pictográficos utilizados en estas Orientaciones Técnicas son propiedad del Gobierno de Aragón y han sido creados por Sergio Palao para ARASAAC (<http://www.arasaac.org>), que los distribuye bajo Licencia Creative Commons BY-NC-SA.

Resolución exenta N°1151

Todos los derechos reservados



CAPÍTULO 3

ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

A fin de brindar una respuesta integral orientada al desarrollo de habilidades, pero también al bienestar de los niños, niñas, adolescentes y sus familias, el presente capítulo aborda las estrategias de intervención basadas en evidencia y en la práctica aplicada a la realidad de nuestra red de salud.

ÍNDICE

1. APOYO AL DESARROLLO Y ABORDAJE INTEGRAL DEL TEA EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA	5
1.1. PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE Y EN EL PROCESO INTERVENCIÓN	6
1.2. ROL DE LA FAMILIA Y/O CUIDADOR/A EN EL PROCESO TERAPÉUTICO DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES	6
2. APOYO AL DESARROLLO Y ABORDAJE INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS AUTISTAS	7
2.1. EVIDENCIA CIENTÍFICA	7
2.2. INTERVENCIÓN TEMPRANA EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 AÑOS	11
2.2.1. Intervención Temprana: áreas de abordaje y desarrollo de habilidades fundamentales	12
2.2.2. Consideraciones para el proceso de Intervención Temprana.	34
2.2.3. Estructura de una sesión de intervención temprana	37
2.2.4. Rol de los padres, madres y cuidadores en la intervención temprana	39
2.3. ABORDAJE TERAPÉUTICO EN NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 10 AÑOS	45
2.3.1. Habilidades Pragmáticas y de procesamiento del lenguaje.	46
2.3.2. Desarrollo de Habilidades Sociales.	47
3. ABORDAJE INTEGRAL EN ADOLESCENTES AUTISTAS	55
3.1. ACOMPAÑAMIENTO EN LA PUBERTAD	56
3.2. COMUNICACIÓN	57
3.3. BIENESTAR EMOCIONAL	58
3.4. ESTRATEGIAS PARA EL AUTOCONTROL Y FOMENTO DE LA AUTONOMÍA	60
3.5. HABILIDADES SOCIALES Y SOCIALIZACIÓN	68
4. MANEJO FARMACOLÓGICO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	70
REFERENCIAS	84

1. APOYO AL DESARROLLO Y ABORDAJE INTEGRAL DEL TEA EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Acorde a los aspectos centrales del abordaje terapéutico señalados en el capítulo 1, el abordaje integral en niños, niñas y adolescentes (NNA) autistas requiere una aproximación ecológica y orientada al mejoramiento de la calidad de vida.

El modelo ecológico permite comprender el desarrollo de las personas y las comunidades de forma contextualizada a los ambientes en los cuales transcurren sus vidas, a través de interacciones recíprocas y progresivamente complejas entre el individuo y su ambiente. Releva la importancia de abordar los factores de riesgo y potenciar los factores protectores a nivel individual, familiar, comunitario y social para promover y proteger el bienestar integral y calidad de vida de los NNA, con la debida atención a los contextos socioculturales y los sistemas de atención.

FIGURA 1. MODELO ECOLÓGICO



Fuente: Adaptado de UNICEF, 2021(1)

Asimismo, de acuerdo a la OMS (2), la calidad de vida se define como la percepción que cada persona tiene de su realidad en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones respecto de su cultura y sistema de valores. Esta se organiza en ocho dominios nucleares: inclusión social, relaciones interpersonales, bienestar emocional, físico y material, desarrollo personal, autodeterminación y derechos(3), donde los dominios vinculados a relaciones sociales y de inclusión son los percibidos más bajos por las personas autistas (3-6).

En este escenario, orientar los objetivos de intervención hacia el mejoramiento de los indicadores de calidad de vida es esencial para lograr resultados significativos que impacten en los contextos donde los NNA autistas se desenvuelven. Así, si bien es muy relevante equipar a los NNA con habilidades que les faciliten su desempeño personal, es fundamental preparar el ambiente para acogerlos e incluirlos de manera respetuosa.

1.1. PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE Y EN EL PROCESO INTERVENCIÓN

El involucramiento activo del NNA en el proceso de atención resulta un factor clave para el éxito de los objetivos terapéuticos. Aun cuando puedan existir óptimos objetivos de intervención, si el NNA no adhiere ni participa activamente en él, difícilmente se obtendrán los resultados esperados (7).



A medida que los niños y niñas crecen, van disminuyendo progresivamente su necesidad de dirección y orientación y aumentando su capacidad de asumir responsabilidades, tomando decisiones que afectan su vida. De esta manera, el respeto de la autonomía progresiva implica el equilibrio entre el reconocimiento de los NNA como protagonistas activos de su propia vida, con la prerrogativa de ser escuchados y respetados, y la necesidad que tienen al mismo tiempo de recibir protección en función de nivel de desarrollo (8).

Es importante considerar que los NNA autistas siguen una trayectoria de desarrollo similar a la de los NNA con desarrollo típico en varias áreas, por lo que es fundamental **poner énfasis en la incorporación de principios de desarrollo** en la intervención temprana, evaluando las habilidades del NNA y eligiendo objetivos que representan la zona próxima de desarrollo en cada área, facilitando un proceso exitoso.

1.2. ROL DE LA FAMILIA Y/O CUIDADOR/A EN EL PROCESO TERAPÉUTICO DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

El equipo de salud desempeña un rol fundamental como facilitadores y colaboradores de las personas que cuidan o se relacionan con los NNA autistas, ya que son ellas las que tendrán un impacto positivo y duradero en su desarrollo integral y calidad de vida (9).

Cuando se trabaja desde un enfoque basado en fortalezas, se promueve la percepción positiva de sus hijos e hijas y mejora la calidad de las interacciones entre estos (10).

Estudios han mostrado que los programas que fomentan la alianza entre padres y profesionales generan mejores resultados tanto para los padres (menos estrés, más confianza) como para los hijos e hijas (mayor afecto positivo, compromiso y respuesta al tratamiento), en comparación con programas únicamente dirigidos por clínicos, lo que a su vez impactó en mejoras en la comunicación y dinámica familiar y en la cooperación entre los miembros de la familia. (11)(12)..



Por tanto, se hace necesario escoger metas terapéuticas en conjunto con los cuidadores, en la medida que sean importantes para ellos y para que así se sientan más a gusto trabajando dichas

habilidades. Es más, que los padres, madres y/o cuidadores participen en la selección de los objetivos terapéuticos y se les enseñe cómo implementarlos en la intervención por medio de situaciones cotidianas, puede tener un efecto combinado en agilizar la curva de aprendizaje de los NNA y reducir sus niveles de estrés.

En relación al estrés de los cuidadores, otra forma de reducirlo es participar en un grupo de apoyo de padres, madres y cuidadores/as. Es importante que este grupo esté cuidadosamente planificado. Los padres indican que si se juntan con otros padres que 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 profesional experimentado que guíe la discusión hacia un enfoque de solución de problemas, el estrés puede ser reducido y los padres reportan que disfrutaron del grupo (13). Para mayor información ver “La importancia de cuidar a quiénes cuidan” disponible en https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/12/Apoyo-al-cuidador_Ilustraciones-v2.pdf

2. APOYO AL DESARROLLO Y ABORDAJE INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS AUTISTAS

Un abordaje integral requiere de las diversas áreas de desarrollo en los estadios correspondientes a su edad. Es decir, aun cuando la mayor parte de las intervenciones para NNA autistas se focalizan en las áreas de interacción social, comunicación y patrones de conducta, los aspectos motores y sensoriales son altamente relevantes de ser abordados en esta población (14) (15), así como también los aspectos familiares y sociales que afectan el bienestar general de estos.

Esta sección 2, se inicia presentando la evidencia científica que respalda la toma de decisiones y orientaciones al quehacer de los equipos de salud, para luego avanzar hacia las diferentes estrategias de intervención recomendadas para niños y niñas menores de 6 años, como también de 6 a 10 años. Aspectos transversales de la atención en el curso de vida, como consideraciones de pertinencia cultural y de género, y estrategias de intervención generales se encuentran desarrollados en el capítulo 5.

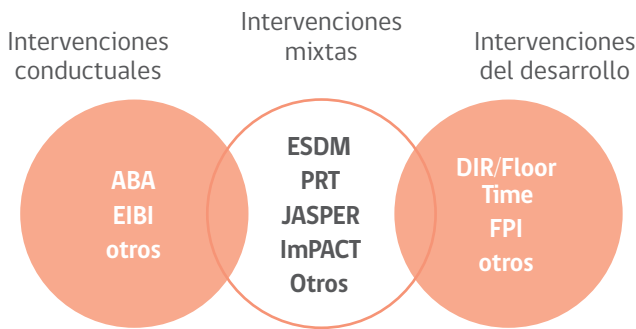
2.1. EVIDENCIA CIENTÍFICA

Existe un gran número de modelos de intervención temprana en niños y niñas autistas. Si bien, la evidencia científica es uno de los criterios que el profesional debiera tener en cuenta a la hora de escoger un modelo de intervención en atención temprana, no es el único. Las características del niño o la niña y su contexto, los recursos disponibles, las preferencias del usuario/a y su familia y la experiencia que tenga el propio terapeuta respecto a los diferentes modelos de intervención, son dimensiones a considerar (16).

Para la elaboración de las recomendaciones que estas Orientaciones Técnicas proponen, el Ministerio de Salud en colaboración con la Universidad de Valparaíso realizó un análisis de revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados que evaluaron el efecto de intervenciones no farmacológicas y farmacológicas de interés para niños y niñas menores de 12 años con diagnóstico de TEA (17), disponible en <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/04/Informe-EvidenciaAutismo-ninos.pdf>.

De manera general, las intervenciones se pueden diferenciar en tres grandes categorías de modelos terapéuticos, acorde a la siguiente figura:

FIGURA 2. CUADRO DE ESQUEMA DE MODELOS TERAPÉUTICOS



Fuente: Elaboración propia.

Los diferentes modelos terapéuticos evaluados se describen en mayor detalle en la tabla 1.

TABLA 1. PRINCIPALES MODELOS DE INTERVENCIÓN EN TEA

Modelos basados en el comportamiento Se centran en enseñar a los NNA nuevos comportamientos y habilidades mediante el uso de técnicas estructuradas especializadas. Estas técnicas son herramientas de enseñanza para desarrollar habilidades y fomentar un comportamiento adecuado.	Las terapias que utilizan el Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA, sigla en inglés) (18) de la conducta son probablemente las más estudiadas y por lo tanto en algunos países son el tipo de intervención más utilizadas para NNA autistas (19). Estas están fundamentadas en sus inicios en el modelo conductista, que fue evolucionando en el tiempo e incorporando estrategias de psicología cognitiva y procesamiento de la información en el modelo desarrollado por Ivar Lovaas . La metodología Early Intensive Behavioral Intervention (EIBI) (20) es una terapia de intervención estructurada, basada en el Programa ABA, que consiste en subdividir los tipos de comportamientos deseados, enseñando a través de la repetición y el refuerzo positivo para cada subcategoría, es una de las intervenciones más ampliamente utilizadas en la intervención de NNA autistas (21).
Modelos basados en el desarrollo Se caracterizan por ser poco estructurados. La enseñanza se realiza en entornos naturales y el control de la sesión es compartido con el NNA, siendo su prioridad la comunicación social y la interacción	La terapia de juego en el suelo (DIR/Floor time) (22) basa sus principios en el desarrollo individual y en las relaciones. No plantea objetivos en áreas específicas del desarrollo, sino que destaca la importancia de acercar al niño o niña a un mundo emocional compartido, favoreciendo el desarrollo y los intereses emocionales. Focused Playtime Intervention (FPI), es una intervención enfocada en el tiempo de juego, la que tiene como objetivo mejorar la comunicación receptiva de los padres, madres y/o cuidadores/as con su hijo/a.

Modelos mixtos También llamados Intervenciones Conductuales de Desarrollo Naturalista (NBDI, por sus siglas en inglés). Estas estrategias añaden a las técnicas conductuales una visión comprensiva del desarrollo, en donde se considera la singularidad de los procesos cognitivos, comunicativos y de aprendizaje propios de los NNA (22).	Método TEACCH o Treatment and Education of Autistic and Communication-Handicapped Children (23) se basa en un aprendizaje estructurado que se realiza utilizando el perfil de aprendizaje propio del TEA, en donde se consideran sus fortalezas (procesamiento visual) y sus desafíos (comunicación social, atención y función ejecutiva) (24). Se utiliza principalmente en ambientes educativos en donde los profesores pueden implementar estrategias como el uso de paneles de organización externa y apoyos visuales o escritos para complementar la orden verbal. Early Start Denver Model (ESDM) (25), se trata de un modelo de intervención comprensiva diseñado específicamente para niños y niñas pequeños (12-48 meses), cuyo objetivo es acelerar el ritmo de desarrollo y compensar las afectaciones producidas por la falta de motivación social que caracteriza al diagnóstico (26). Este modelo se nutre de los principios ABA, al planificar oportunidades de aprendizaje estructuradas y al contemplar elementos como las mediciones y evaluaciones de forma periódica. A su vez, prioriza la promoción de la comunicación social y la interacción en contextos naturales y adecuados al nivel de desarrollo del niño o niña, en donde el control de la sesión es compartido y se fomenta el aspecto lúdico y placentero de estas oportunidades de aprendizaje. Este modelo capitaliza la neuroplasticidad de estas etapas, al sumergir al niño/a en interacciones sociales significativas y promotoras de aprendizajes (27). Pivotal Response Treatment (PRT), a pesar de basar sus fundamentos en el enfoque ABA, introduce elementos nuevos como la importancia de la motivación y la capacidad de respuesta a múltiples claves ambientales. Este modelo propone trabajar en áreas pivotaes del desarrollo más que en habilidades específicas, con el objetivo de fortalecer colateralmente las habilidades sociales, comunicativas y conductuales (28). El enfoque de Atención Conjunta, Juego Simbólico, Participación y Regulación (JASPER), utiliza estrategias naturalistas para apuntar a los fundamentos de la comunicación social en términos de atención conjunta, imitación y juego. Este modelo está probado en niños y niñas de 12 meses a 8 años y puede ser utilizado en conjunto con otras intervenciones basadas en comportamiento, en diferentes ambientes, particularmente el hogar y el colegio (29) (30). Improving Parents as Communication Partners (ImPACT) (31), se centra en potenciar a los padres como profesores de comunicación, basándose en la evidencia que demuestra que la capacitación parental tiene efectos positivos en el lenguaje (receptivo y expresivo), la interacción social, la atención conjunta y las habilidades de juego de sus hijos e hijas (32). El proyecto ImPACT está diseñado para ser utilizado en niños de 18 meses a 8 años, y consiste en aplicar estrategias de comportamiento (Ej., Indicaciones directas, refuerzo de contingencia, entre otros) para enseñar habilidades específicas de comunicación social junto con estrategias diseñadas para facilitar la reciprocidad, la participación social y el afecto compartido durante las interacciones entre adultos y niños/as.
--	---

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a los resultados de la evaluación con la herramienta AMSTAR 2 (33), de las treinta y tres revisiones sistemáticas de terapias no farmacológicas, se excluyeron veintiocho por valoradas con una confianza críticamente baja, y se incluyeron tres con una confianza baja, y dos con confianza alta. De las cinco revisiones sistemáticas incluidas, dos ((20), (21)) evaluaban la intervención Early intensive behavioral intervention (EIBI), una (34) la intervención Applied Behaviour Analysis (ABA),

una (21) las Naturalistic Developmental Behavioural Interventions (NDBI), y otra (35) las intervenciones Picture Exchange Communication System (PECS) y Focused Playtime Intervention (FPI). Respecto a la efectividad de estos diferentes modelos de intervención, aquellos basados en la metodología ABA, EIBI, NDBI y PECS cuentan con evidencia suficiente como para ser recomendados.

Implementar intervenciones con alto rigor en países de mediano y bajo ingresos puede ser un desafío ante el déficit de recursos. A pesar de las dificultades, existen estudios como el realizado en 2015 por Divan (36), en India, cuyo objetivo es implementar una adaptación de un modelo basado en la evidencia, en un contexto de bajos recursos. La viabilidad de la intervención está basada en dos aspectos claves, que la intervención fuera implementada por los padres, y que ellos fueran capacitados por personal especialista. Esta experiencia ilustra cómo es posible adaptar modelos de intervención basados en la evidencia, permitiendo mayor accesibilidad y factibilidad en contextos de bajos recursos.

Es necesario realizar ciertas adaptaciones que permitan implementar intervenciones basadas en la evidencia, en contextos con medianos o pocos recursos, específicamente respecto a la intensidad de las intervenciones (37). En su versión original varios modelos terapéuticos (por ejemplo, ABA, EIBI, ESDM, etc.) proponen una alta intensidad de intervenciones a la semana por niño o niña, lo cual es inviable en contexto de salud pública. Para dar solución a este problema, países en desarrollo han optado por el entrenamiento de padres, experiencia que ha mostrado ser exitosa con intervenciones de baja frecuencia e intensidad (38) (39). La segunda adaptación fue entrenar a profesionales de la salud no especialistas en TEA, utilizando las lógicas de cambio de tareas (*Task-Shifting*). Esta es una recomendación realizada por la Organización Mundial de la Salud (40) cuyo objetivo es optimizar la entrega de servicios de salud a la comunidad, en contextos en donde existe escasez de especialistas. Este proceso consiste en la redistribución de tareas entre el personal de la salud, en donde tareas específicas que son realizadas por personal altamente entrenado, se reasignan a personal con menos especialidad posterior a un proceso de formación breve e intensiva.

2.2. INTERVENCIÓN TEMPRANA EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 AÑOS



Como en otras condiciones de salud, la intervención temprana en niños y niñas en proceso de diagnóstico o con diagnóstico de TEA es necesaria para que las personas logren un desarrollo pleno de sus capacidades. Diversos estudios han reportado beneficios sustanciales de la intervención temprana en niños y niñas incluso menores de 15 meses.(41). Estos estudios concluyen que debido a la etapa crítica de neurodesarrollo en la infancia temprana y la neuroplasticidad, las intervenciones realizadas antes de los 3 años de edad, pueden mejorar la adaptabilidad y aumentar la calidad de vida de los niños y niñas autistas (42).

El apoyo a niños y niñas requiere de un abordaje interdisciplinario que distinga las características y desafíos propios del TEA de otras co-ocurrencias presentes, así como también que considere los factores individuales, genéticos, familiares y sociales valorados en la EDI para la realización de un plan de intervención. Así, un enfoque interdisciplinario es esencial para intervenir de manera integral al niño o niña, con el objetivo de evitar

enfoques que inducen a trabajar áreas segmentadas del desarrollo (por ejemplo, sólo área motriz, lenguaje, cognición, etc.).

A partir de los resultados obtenidos en la revisión de evidencia (Sección 2.1.), se destacan a continuación algunos atributos transversales de programas de intervención(43):

- Intervención de inicio temprano en el desarrollo del niño o niña
- Proporción profesional: niño o niña (1:1 o 1:2).
- Programa individualizado a las necesidades de cada niño o niña.
- Intensidad de las intervenciones.
- Análisis funcional de dificultades conductuales.
- Constante evaluación de progresos y resultados de la intervención, con ajustes o adaptación del programa según evaluación.
- Currículo con énfasis en atención, imitación, comunicación, juego e interacción social.
- Ambiente de apoyo y fomento de aprendizaje positivo.
- Predictibilidad y estructura.
- Planificación apropiada de transiciones.

Uno de los atributos señalados anteriormente, es la intensidad de las atenciones. La realidad de nuestro país presenta múltiples factores que desafían su cumplimiento, por lo que un enfoque prioritario dentro de la intervención temprana debe apuntar hacia incluir y capacitar a padres, madres y cuidadores/as, para que puedan continuar aplicando las intervenciones realizadas en la atención en salud, de manera de fortalecer la intensidad de la intervención que exigen modelos como lo es el ESDM, IMPACT, JASPER, entre otros.

A continuación, se expondrá una adaptación de los modelos naturalistas con un enfoque en los requerimientos y la realidad de los servicios de atención pública, principalmente en base a los modelos

ESDM e IMPACT incluyendo la intervención directa con niños y niñas como intervenciones de mediadas por padres (45,46).

2.2.1. INTERVENCIÓN TEMPRANA: ÁREAS DE ABORDAJE Y DESARROLLO DE HABILIDADES FUNDAMENTALES

La Evaluación Diagnóstica Integral (EDI), plasmada en la Ficha de Evaluación Integral (Ver anexo 4, Capítulo 2). será el insumo principal para organizar y definir los primeros objetivos a abordar en las sesiones de intervención temprana.

Sin dejar de lado el abordaje integral y la aproximación global del desarrollo, incluyendo las intervenciones necesarias para la modulación sensorial, en esta sección de intervención temprana se pondrá especial énfasis tres áreas para al desarrollo de habilidades fundamentales: imitación y juego, comunicación no verbal y comunicación verbal. En estas tres áreas se pueden presentar las mayores dificultades durante la infancia.

FIGURA 3. ÁREAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES

IMITACIÓN Y JUEGO	COMUNICACIÓN NO VERBAL	COMUNICACIÓN VERBAL
- La imitación, es una habilidad transversal a todas las áreas de desarrollo, se realiza en varios ámbitos e incluye el intercambio por turnos con acciones recíprocas. - El juego es una forma de intervenir en las diferentes áreas incluyendo la imitación, y a su vez se utiliza la imitación para enseñar habilidades de juego. - El énfasis será intervenir la imitación sobre acciones con objetos, movimientos corporales, imitación oral-facial, imitación de sonidos, vocalizaciones y palabras.	- Primero, debe abordar el desarrollo de gestos naturales para utilizar las tres funciones comunicativas principales: regulación de la conducta, interacción social y compartir la atención con un otro respecto a un objeto o acontecimiento. - En segunda instancia, deben aprender gestos convencionales, tales como: asentir, negar con la cabeza, señalar y encogerse de hombros, entre otros.	- El desarrollo del lenguaje verbal se realiza dentro de actividades conjuntas que incluyen también el lenguaje no verbal. - En primera instancia, al desarrollo de la comunicación no verbal, se añadirán vocalizaciones intencionales a través de actividades sensoriales sociales, y a medida que los niños/as consigan producir fácilmente sonidos de forma intencional, estos se utilizarán de la misma forma para convertir los sonidos en palabras, y las palabras sueltas en producciones de varias palabras.

Fuente: Elaboración propia en base a (25,44,45).

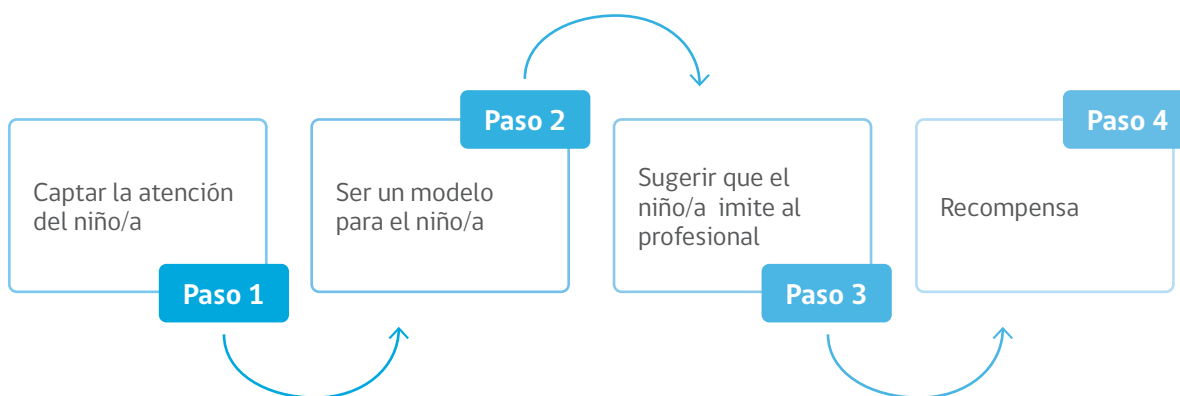
ABORDAJE EN LA IMITACIÓN Y EL JUEGO

IMITACIÓN

La imitación permite enseñar habilidades y sentimientos entre personas. Es una herramienta importante de aprendizaje que se debe utilizar durante todas las edades. A través de la imitación el niño o niña va incorporando nuevas habilidades para relacionarse con su entorno social, aprende a reproducir expresiones de otras personas, adquiere y explora nuevos sonidos y palabras. En la imitación de gestos el niño o niña aprenderá que puede comunicar a través de su cuerpo e interpretar a otros a través de estos, así como aumentará su conocimiento respecto del funcionamiento de los diferentes objetos que le rodea.

Para favorecer el desarrollo de la imitación, se debe seguir una serie de pasos de enseñanza que naturalmente va presentando un niño o niña a medida que va creciendo.

FIGURA 4. PASOS PARA DESARROLLAR LA IMITACIÓN.



Fuente: Elaboración propia en base a (46)

Inicialmente, para captar la atención del niño o niña se debe considerar su capacidad para responder adecuadamente a los estímulos sensoriales, asegurando un entorno apropiado y su posibilidad de mantener un nivel de activación y alerta adecuado.

Para lograr la imitación, no existen instrucciones verbales hacia el niño o niña, ya que se espera que, con sólo observar al profesional, replique la conducta. Ahora bien, para que el niño o niña logre comprender lo que el profesional espera de él, es decir, que repita su acción, se pueden utilizar palabras como "tu turno", "hazlo tu" o "mira" o simplemente no dar ninguna instrucción.

La imitación se aborda a través de: la imitación con objetos, gestos, imitación oral-facial, imitación vocal e imitación al niño o niña. Estos abordajes se describen a continuación.

a. Imitación con objetos

Cuando los niños o niñas no saben imitar, es más fácil enseñar la imitación utilizando objetos, dado que su atención y motivación aumenta. Para comenzar se debe partir por las acciones que forman parte del repertorio del niño o niña.

Existen materiales que favorecen el aprendizaje de la imitación, así como otros que no son tan sugeridos porque pueden utilizarse de manera repetitiva y estereotipada, dificultando la interacción (por ejemplo, autos, dinosaurios). Algunos materiales sugeridos se señalan en la siguiente tabla:

TABLA 2. MATERIALES PARA EL DESARROLLO DE LA IMITACIÓN.

Materiales sugeridos
Pasta para modelar.
Plastilina.
Materiales de artes.
Medios de transporte.
Bloques.
Juegos de construcción.
Objetos de juego de simulación.

Fuente: Elaboración propia en base a Rogers y Dawson 2021 (46).

A medida que el niño o niña incorpora la habilidad de imitar, se pueden utilizar estos diferentes materiales para realizar variaciones y flexibilidad en el juego. Así también, avanzando en este proceso de aprendizaje, la intervención se debe ir complejizando, de acuerdo la siguiente tabla:

TABLA 3. PASOS PARA LA IMITACIÓN CON OBJETOS.

Pasos	Descripción	Ejemplo
1.El niño o niña continúa una acción luego de que el profesional lo imita.	Durante el juego por turnos, el profesional imita una acción que realiza el niño o niña con un objeto, luego devuelve el objeto y el niño o niña contra imita al adulto.	<<"Tren!" (hacer conducir un tren por un puente inclinado) y decir "chucu chucu chu" "chu-chu". Luego el adulto entrega el objeto y dice: "tu turno". Si el niño o niña imita se dice: "sí, chu-chu" >>
2. El niño o niña imita a partir de una acción del profesional.	El profesional muestra una acción con un objeto elegido por él, y luego se lo entrega al niño o niña. La acción escogida debe estar dentro de las habilidades del niño o niña.	<<"Mira, plastilina...aplasto" (muestra gesto de aplastar con ambas manos). Luego el adulto entrega el objeto y dice: "tu turno". Si el niño o niña imita se dice: "sí, aplasto">>
3. El niño o niña imita acciones nuevas de baja complejidad.	El profesional vuelve a mostrar acciones con un objeto, con el que el niño o niña no ha practicado antes y que están dentro de sus habilidades, y luego entrega el material al niño o niña.	<<"Oh! Una frutilla (muestra molde de galleta de frutilla)...aplasto"(colocando molde sobre plastilina estirada y aplastando con ambas manos). Luego el profesional entrega el objeto y dice: "hazlo tú". Si el niño o niña imita se dice: "mmh frutilla, ñam ñam">> (Juego con plastilina)
4. El niño o niña imita una serie de acciones interrelacionadas.	El profesional realiza entre 3 y 4 acciones de un paso relacionadas con un objeto y se espera la imitación del niño o niña a medida que va realizando cada acción.	El profesional toma una botella de burbuja << "Mira burbuja! (abrir botella(1))...soplo (soplar varilla(2)) reviento! PIUM PIUM" (reventar con dedo índice(3)). Luego el profesional entrega el objeto y dice: "te toca". Si el niño o niña imita se dice: "¡sí! reviento">>
5. El niño o niña imita una serie de acciones no convencionales.	El profesional sustituye objetos reales y les entrega una nueva función, esperando que el niño o niña imite la acción. Este nivel es el más maduro de la imitación y complejo, por lo que se sugiere ocupar objetos de la rutina diaria.	En la rutina de finalización de la merienda <<"Mira! Un tambor (voltear plato de comida)...PAM PAM (tomar cubiertos como baguetas) >> Se puede agregar una canción conocida para el niño o niña. Luego el adulto entrega el objeto y dice: "hazlo tú". Si el niño o niña imita se dice: "toco tambor...PAM PAM".

Fuente: Adaptado de Rogers y Dawson 2021 (46).

b. Imitación gestual

La imitación gestual o de movimientos corporales se enseña durante las rutinas significativas del niño o niña utilizando canciones infantiles. Los niños y niñas que emiten algunos sonidos o vocales pueden comenzar a tararear e imitar algunas palabras o sonidos. Posterior a ello, se puede sugerir que completen una pausa de la canción, de acuerdo a los siguientes pasos:

TABLA 4: PASOS PARA LA IMITACIÓN GESTUAL

1. Familiarizarse con la canción y sus gestos.	Se inicia con canciones que forman parte de la rutina del niño o niña y que son del agrado de este. Se incorporan acciones a las canciones las cuales deben ser sencillas. Ejemplos: “cucu-tras” (está-no está), “Las manitos, las manitos”.
2. Invitar al niño o niña a unirse a la rutina.	Una vez que el niño o niña se ha familiarizado con la canción y la disfruta, se invita a que pueda iniciar con la imitación de gestos. Inicialmente el niño o niña podrá requerir apoyo parcial físico para imitar las acciones con el cuerpo. Es muy importante que el apoyo sea justo, dado que, si se apoya más de lo requerido, el niño o niña puede presentar una participación pasiva extendiendo las manos para que el adulto lo movilice. Ejemplo: Si queremos que el niño o niña aplauda, podemos tocar desde el dorso, luego muñeca, codo, y así desvaneciendo el apoyo. Cabe señalar que es más relevante que el niño o niña realice la acción de manera independiente que sofisticada.
3. Realizar una pausa luego del gesto representado.	Cuando el niño o niña ha integrado la canción como parte de la rutina, el adulto hace el gesto y pausa la canción, esperando a que el niño o niña imite el gesto. Se le dará una señal si el gesto no surge luego de la pausa. Hay que tener en cuenta que la pausa no puede ser tan prolongada, ni se debe ralentizar la canción, dado que el niño o niña puede perder el interés y aburrirse.
4. Continuar con la canción.	En el momento en que el niño o niña imite el gesto de la canción, se continúa con esta como una forma de recompensa a la imitación.

Fuente: Adaptado de Rogers y Dawson 2021 (46).

c. Imitación oral y facial

La imitación oral y facial es un gran desafío de aprendizaje para los niños y niñas autistas y son altamente relevantes para el desarrollo de la imitación vocal de aquellos que no han podido adquirirla. Aunque se debe tener en cuenta el nivel de desarrollo inicial y considerar objetivos individuales, un resultado positivo en el aprendizaje de la imitación facial es que el niño o niña logre entre 8 a 10 acciones, manejando con fluidez la imitación corporal. A continuación, se describen algunas actividades a desarrollar.

TABLA 5. ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DE LA IMITACIÓN ORAL Y FACIAL.

Actividades	Descripción	Algunas acciones	Ejemplos
Actividades usando el cuerpo	Para lograr enseñar movimientos orales y faciales, es importante incorporar juegos y actividades relacionadas con partes del cuerpo. Estas pueden ser incorporadas en canciones durante las rutinas del día o lectura de cuentos. En este punto el cuerpo será el campo semántico a enseñar.	Tocarse la nariz. Sacar la lengua. Tocarse la oreja. Tocarse las mejillas. Tirar un beso. Soplar. Lamer. Etc.	El profesional se posiciona frente al niño o niña y comienza a cantar “Una hormiguita chiquitita se pasea en mi nariz (haciendo el gesto de tocar nariz) y yo me rasco la nariz (toca nariz), me rasco la nariz (toca nariz)...”. Da un tiempo para que el niño o niña realice el gesto. Si esto no sucede puede decirle “haz esto” o entregar apoyos físico parcial.
Actividades usando gestos convencionales	Los gestos convencionales se pueden empezar a enseñar, una vez que el niño o niña ya ha aprendido a utilizar gestos con la cara, cabeza y cuerpo. Para enseñárselo se debe lograr emparejar el gesto que queremos enseñar con la conducta comunicativa.	Rechazar Solicitar. Mostrar. Protestar. Aceptar. Etc.	Enseñar el gesto de negación: El profesional ofrece un juguete de encaje al niño o niña y este responde con un “no”. El adulto sirve de ejemplo y dice: “No encaje” y niega exageradamente con la cabeza. Pueden existir 2 respuestas: 1.El niño o niña imita al profesional acercándose al movimiento de cabeza y el adulto inmediatamente retira el encaje. 2. El niño o niña no logra imitar y el profesional le dice: “Haz esto”, negando exageradamente con la cabeza. Cuando el niño o niña repite el gesto, el profesional retira rápidamente el encaje y entrega uno de interés para el niño o niña.

Fuente: Adaptado de Rogers y Dawson 2021 (46).

d. Imitación vocal

La imitación vocal, es una de las habilidades más complejas a enseñar a un niño o niña con dificultades para imitar sonidos, y posiblemente es la más importante a trabajar, ya que es necesaria para el desarrollo del lenguaje expresivo. Para ello, se debe seguir una serie de pasos que permitirán ir avanzando en la adquisición de estas habilidades.

TABLA 6. PASOS PARA EL DESARROLLO DE LA IMITACIÓN VOCAL

1. Aumentar las vocalizaciones	Las actividades de juego sensoriales sociales a menudo estimulan el desarrollo de vocales. El profesional debe estar atento a los sonidos o vocalizaciones que realiza el niño o niña para imitarlo apenas estas ocurran. El profesional deberá ir incorporando en el juego la imitación del sonido hecho por el niño o niña. Es muy importante que durante el juego exista un refuerzo poderoso (objeto de interés) y este sea entregado lo más rápido posible, ante ejecución de la imitación vocal en una actividad favorita. Esta acción debería ocurrir, incluso si el niño o niña realiza un sonido que no parezca intencionado. En el caso de niños o niñas que raramente vocalizan, para enseñarles la imitación vocal será necesario aumentar la frecuencia de las vocalizaciones y desarrollar vocalizaciones inmediatas. Ejemplo: Si el niño o niña está jugando con autos y dice ¡tren!, el profesional responde: "¡Si! tren". El profesional inmediatamente entrega el tren al niño o niña.
2. Imitar las acciones y vocalizaciones	Cuando se imita a los niños o niñas durante el juego, se logra captar la atención de estos y la oportunidad para un juego de imitación. Los niños y niñas parecen ser más conscientes de la otra persona, cuando el adulto también los imita a ellos.
3. Desarrollar rondas de imitación vocal	El profesional se mantiene imitando las vocalizaciones del niño o niña mientras estas siguen aumentando. A medida que esto ocurre comienzan a aparecer esquemas vocales, donde el niño o niña vocaliza, luego el adulto vocaliza como respuesta al niño o niña y este vuelve a vocalizar. Tal y como en las otras acciones, esta respuesta se reforzará con la actividad favorita del niño o niña o entregando un objeto de interés. La vocalización del profesional también se vuelve parte de la recompensa, se sabrá que esto es así, cuando observemos que el niño o niña se mantiene expectante a que el profesional lo imite luego de una vocalización. Cuando las vocalizaciones están más afianzadas se avanzará hacia la imitación de sonidos que estén dentro de las habilidades del niño o niña.
4. Imitar vocalizaciones bien establecidas	En esta fase será el profesional quien comienza las rondas vocales, utilizando los mismos sonidos de las interacciones realizadas previamente, para ver si el niño o niña imita el sonido. Para esta imitación, el profesional durante la actividad llamará la atención del niño o niña y realizará una vocalización esperando expectante la respuesta de este. Si el niño o niña no hace el sonido, se vuelve a intentar, pudiendo acompañar la vocalización con una acción. Si la imitación vocal no ocurre, se continuará el juego y se retrocederá al nivel anterior.
5. Aumentar las vocalizaciones diferenciadas	Para que un niño/a logre desarrollar el lenguaje hablado, se necesitan vocalizaciones frecuentes y que contengan vocales y consonantes. Se hará un listado de las palabras que mencione el niño/a y serán incluidas dentro del juego de interacción con el profesional. Si el niño/a pronuncia palabras nuevas se reforzarán con una actividad de interés y deben ser incorporadas poco a poco en las rutinas, así como la imitación de estas. De esta manera se emparejará la vocalización con la acción. La imitación vocal siempre deberá desarrollarse a partir de sonidos que ya formen parte del repertorio del niño/a. Por ejemplo: Si se está jugando con autos, y el niño balbucea "za-za", el profesional imita de inmediato y luego convierte el sonido en <zum zum>, combinado con el movimiento rápido del auto.

Fuente: Adaptado de Rogers y Dawson 2021 (46).

Algunas consideraciones para tener presente en el abordaje de la imitación vocal:

- **Cuando el niño o niña no produce fonemas.** Se les puede ayudar utilizando su habilidad para imitar sonidos, combinándolos con imitación oral y facial. En este punto es muy importante la información que puede aportar el fonoaudiólogo, para saber por cuáles sonidos se puede iniciar el trabajo o si es necesario realizar una evaluación en mayor profundidad.

- **Usar contextos y sonidos significativos.** La finalidad de la imitación vocal consiste en desarrollar un habla que tenga un significado con las actividades que se están realizando. Las vocalizaciones deben ir asociadas al contexto del juego, y deben resaltar una palabra, un efecto de sonido o una onomatopeya relacionados con la rutina. Ejemplo: Si el niño o niña juega con un encaje de introducir fichas (con forma de huesos) en la boca de un perro de juguete, se puede representar señalando: “come come”.
- **No enfatizar la precisión de expresión.** No se debe esperar que el niño o niña realice una expresión precisa de la imitación vocal, sólo una aproximación vocal bastará para ser recompensada.
- **No enfatizar la imitación de discursos de varias palabras en niños o niñas que comienzan a hablar.** Cuando los niños o niñas presentan muy buenas habilidades en la imitación oral, es habitual que el profesional utilice ese potencial para hacer que el niño o niña logre encadenar frases de varias palabras. Se sugiere no realizar esta acción, y por el contrario fomentar que inicien la expresión de una palabra. En esta fase, se espera que se cumpla la regla de “uno más”, es decir que la longitud media del enunciado del profesional debe ser igual a la del niño o niña +1. Por ejemplo, si el niño o niña utiliza frases de dos palabras el profesional debe agregar una palabra más.

Si se utiliza la imitación para alargar las frases de hablantes principalmente ecológicos, se estará reforzando la conducta de eco, dificultando la capacidad de aprender a comunicar de manera intencionada.



- **Repetir, pero no en exceso.** Para que las habilidades se adquieran, requieren de una serie de repeticiones, no obstante, el aprendizaje de estas habilidades supone un gran desafío para el niño o niña. Dado lo anterior, si la tarea resulta compleja para este, no se debe esperar que repita de manera inmediata, se puede alternar entre actividad con un paso ya dominado. Si el niño o niña logra realizar una imitación difícil sin ayuda, pero luego la requiere, recompensaremos estos intentos. Es muy importante mantener la motivación del niño o niña para generar vocalizaciones, si ésta decae, se debe transitar a otra actividad motivante.

e. Imitar al niño o niña

Imitar las diferentes acciones y expresiones faciales del niño o niña le ayudará a este a darse cuenta de que su comportamiento es significativo y puede influir en un otro.

TABLA 7. DESCRIPCIÓN IMITACIÓN AL NIÑO O NIÑA

Imitar Vocalizaciones	Imite todos los sonidos que hace el niño, imitando también las emociones asociadas. Si aún no dice palabras, imite vocalizaciones o sonidos. Si dice palabras o frases, imite solo el lenguaje que esté asociado a las actividades que estén realizando juntos.
Imitar el juego con juguetes y objetos	Copie lo que el niño haga con el juguete o el objeto. Es útil tener objetos o juguetes duplicados. Esto le permitirá al niño comprender que el profesional lo está imitando, y le permitirá imitar su juego al mismo tiempo.

Fuente: Adaptado de Rogers y Dawson 2021 (46).

El profesional debe imitar solo comportamientos positivos. Si el niño o niña tiene conductas como tirar objetos o juguetes, etc., se debe imitar la acción una vez que se le muestra una forma más apropiada de jugar. Por ejemplo: el niño o niña solo lanza los objetos, utilizar una pelota para jugar a lanzar la pelota.

JUEGO

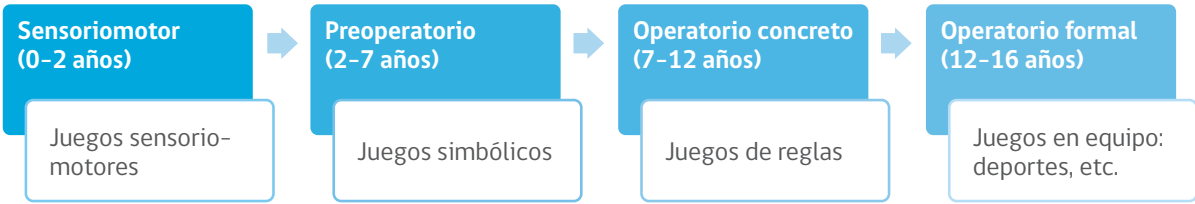
Es importante considerar que las conductas de juego en los niños y niñas autistas presenta una trayectoria diferente que la descrita en la literatura desde las etapas del juego, y que incluso existen diferencias de género en el desarrollo del mismo (ver “características clínicas del trastorno del espectro autista en niños, niñas y adolescentes” en capítulo 2 y “consideraciones de género” en capítulo 5).

Durante el desarrollo, el juego adquiere diferentes connotaciones producto de los cambios en las estructuras intelectuales del niño o niña. De igual manera, el juego incide en el establecimiento de nuevas estructuras mentales. Enseñar las habilidades de juego en niños y niñas autistas se realiza con la imitación de objetos, el cual se va complejizando e incorporando imitaciones corporales.



Considerando la categorización de juego de Jean Piaget, el niño o niña desarrolla un tipo de juego específico que es característico en cada periodo evolutivo, según la siguiente tabla.

FIGURA 5. CLASIFICACIÓN DE LOS PERIODOS EVOLUTIVOS Y TIPOS DE JUEGOS QUE LES CARACTERIZA



Fuente: elaboración propia en bases a (47).

La intervención temprana se centra principalmente en el abordaje del desarrollo del juego sensorio-motor y juego simbólico, los cuales se describen a continuación:

a. Desarrollo del juego sensoriomotor

Para enseñar este tipo de juego, se deben seguir los mismos pasos que se utilizan en la imitación con objetos, con la diferencia que, en esta etapa, el profesional busca conseguir que el niño o niña inicie la acción. Para ello el profesional debe seguir una serie de pasos para enseñar el juego sensoriomotor y que se describen a continuación.

TABLA 8. PASOS PARA EL DESARROLLO DEL JUEGO SENSORIOMOTOR

Pasos	Descripción
Paso 1	Inicia desde las técnicas de imitación de objetos antes descritos, para enseñar al niño o niña cómo hacer la acción con el objeto o sobre el objeto.
Paso 2	Cuando el niño o niña ya sepa imitar la acción con el objeto, se le deben mostrar los materiales sin realizar ninguna acción, esperando que el niño o niña inicie la acción. Si lo hace se refuerza y se le entrega otro objeto, se imita y se refuerza socialmente.
Paso 3	Si el niño o niña no es capaz de iniciar la acción con el objeto, se le deben entregar pequeños apoyos, los cuales irán de menor a mayor nivel de asistencia. Continuar el juego con el objeto será la recompensa por realizar la acción solicitada por parte del niño o niña.

Fuente: Adaptado de Rogers y Dawson 2021 (46).

En la etapa sensoriomotora el juego se caracteriza por la exploración sensorial y motora, la exploración de las propiedades de los objetos y actividades de tipo solitario.(47). Dentro de esta descripción se encuentra el juego funcional, el cual implica utilizar objetos de una forma convencional. Es un paso importante en el desarrollo del niño o niña, dado que este va aprendiendo el uso de los objetos y sus acciones a medida que se relaciona y observa su entorno. El juego funcional se estimula de la siguiente manera:

TABLA 9. DESARROLLO DEL JUEGO FUNCIONAL

Elección de materiales	Ofrecer al niño o niña objetos de juego funcional (ejemplo: cepillo dental, cuchara, pañuelo, sombrero, tenedor, taza, peineta, etc). Objetos que habitualmente se utilizan durante la rutina. Es importante que los objetos estén duplicados para que el adulto pueda servir de ejemplo.
Exploración del objeto de juego funcional.	Una vez presentados los objetos, se espera que el niño o niña elija y explore el objeto que sea de su interés.
Uso convencional del objeto de juego funcional.	Si el niño o niña logra realizar una acción convencional con el objeto escogido se le refuerza socialmente y se le imita. En caso contrario, el adulto reproduce una acción con el objeto, acompañado de una palabra, sonidos u onomatopeyas, y luego se le devuelve al niño o niña, esperando que imite. Como se señaló anteriormente, cuando el niño o niña esté realizando un acercamiento inicial al objeto, se le entregarán pequeños apoyos, los cuales irán de menor a mayor nivel de asistencia.
Complejizar el juego funcional.	Cuando el niño o niña logra realizar la acción con el objeto, se reforzará socialmente y con sonidos. Se complejiza el juego mediante la respuesta del profesional o representándolos en una muñeca o animal.
Intercambio de roles al complejizar el juego.	Cuando el profesional actúa como modelo en acciones de juego funcional, deberá representar acciones tanto con el niño o niña como consigo mismo. Cuando el niño o niña tome el objeto, se busca que realice la acción sobre el profesional y sobre sí mismo. Una vez que el niño o niña haya incorporado estas acciones, se incorporarán acciones sobre animales o muñecas grandes (ejemplo: alimentar al oso), lo que dará la base para enseñar el juego simbólico.

Fuente: Adaptado de Rogers y Dawson 2021 (46).

Otra característica de esta etapa del juego es el desarrollo de habilidades de **juego paralelo**, que ocurre cuando comparte con sus pares de la misma edad en un espacio con materiales similares y juegan haciendo acciones similares, pero en paralelo. En este contexto, para facilitar el juego, el par neurotípico se sienta frente al niño o niña para estar a la misma altura visual y lo suficientemente cerca para lograr compartir los juguetes. Se debe permitir que los niños y niñas escojan los materiales y entregar a cada uno los mismos juguetes. El profesional observa el tipo de juego que se va desarrollando, manteniéndose al margen de la actividad. Si la actividad se vuelve aburrida el profesional puede facilitar más juguetes al niño o niña con desarrollo típico, esperando que este lo imite de manera espontánea. Si esto no ocurre se sugiere como imitar y se refuerza.

b. Desarrollo del Juego simbólico

La enseñanza del juego simbólico se da de la misma manera que en el juego funcional, y para ello se utilizan 3 esquemas de aprendizaje. La elección de materiales deben ser objetos interesantes y realistas, de tamaño grande y que no sean idénticos para fomentar la generalización, es decir, la aplicación de lo aprendido en otros ambientes.

TABLA 10. DESARROLLO DE JUEGO SIMBÓLICO

Esquemas de aprendizaje	Descripción	Ejemplos
Usar muñecas y animales como agentes.	Para realizar las acciones sobre muñecos o animales, primero se debe utilizar como modelo el profesional con una acción funcional que forme parte del repertorio del niño o niña. La acción se realizará primero en el adulto y luego sobre el tercero en concreto, narrando en todo momento ambas acciones.	“Dar agua al osito” “Cepillar la muñeca”
	Se continúa con la entrega del objeto al niño o niña, y se le sugiere que imite la acción del profesional. Si el niño o niña no responde a la instrucción verbal, se le pueden entregar pequeños apoyos, según sea necesario, hasta que realice la acción de manera independiente.	“Pablo, da agua al osito” “Pablo, cepilla la muñeca”
	Para la aparición de acciones espontáneas, se le deben facilitar los materiales al niño o niña una vez que haya dominado la imitación de estos. Se debe esperar con cara de expectación que el niño o niña realice la acción. Si logra imitar, el profesional se suma al juego con acciones similares. De lo contrario se le entregan algunos apoyos según sea necesario.	“El osito quiere comer” “El bebé tiene hambre”
	Una vez que el niño o niña realiza las acciones espontáneas sobre una muñeca o animal fácilmente, se le debe enseñar como ese “otro” puede ser el actor. En este punto, el animal o la muñeca realizan acciones sobre otros con su respectiva narración.	Oso alimenta al niño o niña con galleta: “Pablo, come galleta”
Hacer sustituciones simbólicas.	En esta fase es muy importante que la elección del tema de juego y los materiales sean dominados previamente por el niño o niña. La actividad se inicia con objetos reales para luego repetir la actividad con objetos en miniatura. Se espera que el niño o niña tome la iniciativa o imite al profesional.	En una mesa se sienta al niño o niña, el profesional y el muñeco grande. El profesional inicia la acción de lavado de dientes con el cepillo real sobre el muñeco y espera que el niño imite. Si esto ocurre, avanza con el cepillo de dientes de juguete en miniatura y se espera que el niño o niña imite. Luego se finaliza con la acción de cepillar los dientes con un palo de helado, que simula ser un cepillo dental.
	Si el niño o niña logra utilizar de manera fácil los objetos con sustitutos realistas, se repetirá de inmediato la acción, pero con un objeto neutral o sustituto. Esto quiere decir, que debe ser un objeto que sea de tamaño y forma similar, pero que no tenga una función específica.	
	Una vez que el niño o niña logre incorporar los objetos neutrales o sustitutos, se podrá continuar con la mímica y pantomima que sigue el mismo proceso de adquisición.	El profesional inicia la acción de lavado de dientes con el cepillo real sobre sí mismo y espera que el niño o niña imite. Luego el profesional utiliza su dedo para simular un cepillo dental y realiza la acción sobre el niño o niña, esperando que este realice la acción sobre el profesional.

	El siguiente paso es lograr un juego espontáneo por parte del niño o niña. Para ello se debe escoger un tema de juego, y facilitar los objetos realistas necesarios a excepción de algunos esenciales, que serán reemplazados por objetos ambiguos. Mientras se va narrando el juego, se espera que el niño o niña logre integrar el objeto ambiguo para reemplazar el objeto real faltante.	Si se juega a las comiditas, se facilitan tazas, platos, cuchara, alimentos, pero no un cuchillo. Para ello se le entrega dentro de los objetos palos de helado (objeto ambiguo). En este caso se espera la sustitución del palo de helado como cuchillo.
	Si el niño o niña presenta dificultades en la sustitución del objeto ambiguo, el profesional se lo facilitará directamente, pidiéndole que realice la acción sobre el muñeco o animal. También el profesional puede hacer que desconozca la funcionalidad del objeto ambiguo, esperando que el niño o niña lo facilite. En caso contrario el profesional toma el objeto ambiguo, se lo muestra al niño o niña y le pregunta si puede cumplir la acción esperada del objeto faltante.	“Toma Pedro, corta el pan” (entregando el palo de helado). “uy, no hay cuchillo, ¿cómo parto el pan?, ¿qué puedo usar?” Profesional toma el objeto ambiguo y dice: “¿esto puede servir como cuchillo? (mostrando el palo de helado).
Hacer combinaciones simbólicas.	Las combinaciones simbólicas son acciones de juego relacionadas que unidas representan un tema de la rutina diaria. Su desarrollo depende de que el niño o niña sea capaz de realizar varias imitaciones y acciones simbólicas con juguetes determinados. Tener objetos duplicados puede facilitar que el niño o niña imite las acciones del profesional. En este punto se pasa de acciones aisladas, a acciones en secuencia que son familiares para el niño o niña. A medida que el niño o niña, muestre un buen dominio, se van complejizando y variando las secuencias.	Tema: hora de la comida El profesional dice: “parto el pan, y como, mmmh qué rico”

Fuente: Adaptado de Rogers y Dawson 2021 (46).

Es relevante señalar que, todas las acciones y objetos que se integran en el juego simbólico y funcional deben ser conocidas y experimentadas en las rutinas diarias del niño o niña (hora de la ducha, las comidas, la vestimenta, aseo personal, etc.).

Cuando el niño o niña haya logrado cumplir con todas las acciones antes descritas, se puede avanzar en la enseñanza de un juego temático más elaborado que incluya la representación de roles. Para ello, se sugieren los siguientes pasos:

TABLA 11. PASOS PARA EL DESARROLLO DE JUEGO TEMÁTICO.

Creación de una secuencia de ilustraciones.	El profesional debe crear junto al niño o niña una historia a través de dibujos y palabras acorde al nivel de desarrollo de este. En primera instancia, las imágenes se deben presentar en formato de libro, para que el niño o niña logre comprender la secuencia de las acciones. Luego se podrá alterar el orden, con el objetivo de que el niño o niña identifique la secuencia utilizando los términos de “primero”, “luego” y “para finalizar”.
Conocer los personajes	El profesional iniciará representando un rol dentro de la historia, con ayuda de muñecos u otros elementos del escenario. Repetirá las acciones en varias ocasiones para que el niño o niña se vaya familiarizando con estas y pueda ir repitiendo algunos diálogos, así se conseguirá que el niño comience a representar a un personaje.
Personificación	Se debe ambientar el espacio con todos los materiales necesarios para el desarrollo del tema. Se turnan en los roles que representan y el profesional puede ir apoyando con indicaciones verbales de las acciones o secuencias que debe seguir el niño o niña. En última instancia, el niño o niña, puede aprender a utilizar un muñeco para representar el rol de algún personaje.

Fuente: Adaptado de Rogers y Dawson 2021 (46).

Cuando el niño o niña comprenda el juego simbólico, logre comunicar verbalmente y pueda realizar algunas acciones sin la necesidad de un adulto, se puede utilizar este tipo de juego de roles para aprender nuevas acciones de la vida diaria, con las que el niño o niña no se encuentre familiarizado, como por ejemplo asistir al dentista.

ABORDAJE EN COMUNICACIÓN NO VERBAL

Los bebés y los niños y niñas pequeños desarrollan diversas formas de comunicación antes de empezar a hablar. La mirada, las expresiones faciales, gestos, posturas y vocalizaciones son usados para transmitir sus emociones, necesidades y varios tipos de mensajes. Más tarde en el desarrollo, el lenguaje oral emerge con fuerza por lo que esta comunicación no verbal, ya presente y muy funcional, se convierte en un sistema de comunicación adicional.

Dentro de los pilares fundamentales a enseñar para desarrollar la comunicación no verbal se encuentran la **atención coordinada y la atención conjunta** (ver glosario en capítulo 1). Asimismo, un aspecto importante para desarrollar la comunicación no verbal, es favorecer la mirada del niño o niña al profesional o adulto, para ello es necesario usar las estrategias de posicionamiento ocupando el centro de la atención del niño o niña (estar a la altura y frente al niño o niña con una distancia social cómoda para él o ella) y usar objetos o juguetes interesantes para este y mostrárselos manteniéndolos cerca de los ojos del profesional para que el niño o niña al mirar los juguetes mire por cercanía el rostro de este .

A continuación, se describen los aspectos fundamentales para el desarrollo de la comunicación no verbal:

a. Desarrollo de Gestos

Para desarrollar los gestos naturales del niño o niña, se deben tener en cuenta algunas técnicas de enseñanza:

- *Aprender a esperar:* generalmente los adultos, ante la falta de comunicación por parte del niño o niña, intentan “adivinar” lo que quiere y entregárselo de manera inmediata para evitar dificultades en la regulación emocional. En un comienzo el profesional deberá aprender a contenerse y no entregarle al niño o niña las cosas de manera inmediata. Al hacer menos, se ayuda al niño o niña a tener oportunidades de desarrollar un lenguaje corporal. El objetivo será ofrecer los objetos que sean de interés en vez de dárselos, esperando que el niño o niña manifieste un gesto, mirada o una vocalización.
- *Promover el uso de gestos:* el objetivo de la comunicación no verbal será lograr que el niño o niña incorpore la mirada para expresar algo. Dentro de la sesión se deben buscar oportunidades donde el niño o niña muestre alguna intención comunicativa, y a continuación se deben incorporar técnicas de refuerzo y modelado de la conducta para hacer que estos gestos sean claros y convencionales, o para añadir gestos que apoyen esa intención de comunicarse. Para esto se puede dejar objetos fuera de su alcance, hacerlo escoger entre dos objetos de interés, entregar un objeto que no sea de interés del niño o niña, etc.
- *Seleccionar los gestos:* luego de la evaluación se debe determinar cuáles serán los gestos que se desean trabajar durante las intervenciones, entendiendo que estos deben apoyar la comunicación inicial del niño o niña. Por ejemplo: mano extendida para pedir, apuntar un objeto para señalar, mover la mano para expresar “ven”, etc.
- *Coordinación mirada y gesto:* para favorecer la coordinación entre la mirada y el gesto, el profesional debe esperar a que se produzca la mirada e intencionar el gesto del niño o niña, ayudando o narrando la acción que este realiza. También es útil que el profesional utilice técnicas como: esperar y no responder de forma inmediata hasta que se provoque la mirada del niño o niña.



TABLA 12. SÍNTESIS DE PASOS PARA FORTALECER LA COMUNICACIÓN NO VERBAL DEL NIÑO O NIÑA

Paso 1	El adulto no entrega el objeto de manera inmediata.
Paso 2	Espera un poco.
Paso 3	Crea oportunidades para practicar durante la intervención.
Paso 4	Insistir.
Paso 5	Posicionarse bien.

Fuente: Adaptado de Rogers y Dawson 2021 (46).

b. Comprensión de gestos de los adultos

A medida que el niño o niña vaya desarrollando el uso de gestos, podrá ir aprendiendo a comprender los gestos de otras personas. Para eso el adulto deberá hacer lo siguiente:

TABLA 13. ABORDAJE DE LA COMPRENSIÓN DE GESTOS DE LOS ADULTOS

Resaltar y exagerar los gestos.	El profesional deberá acompañar el o los gestos con un lenguaje sencillo, haciendo énfasis en el gesto. Por ejemplo: el profesional pedirá mediante la palabra “dame”, mientras estira la mano. Luego se realiza un modelo del gesto en el niño o niña, con algún objeto de interés, por lo que antes de obtenerlo, se puede realizar un apoyo físico para que lo pida mediante el gesto de estirar la mano, y luego debe ser reforzado entregando el objeto inmediatamente. Estas acciones deben reforzarse varias veces durante la sesión de juego, incluyendo otros gestos como apuntar cuando el niño o niña deba poner un objeto en algún lugar determinado.
Añadir gestos, expresiones faciales y vocalizaciones.	El profesional deberá agregar tanto gestos como sonidos durante el desarrollo de la actividad de juego. Por ejemplo: si están encajando piezas en un puzzle de encaje, el profesional puede ir indicando con el gesto de señalar, mientras acompaña de vocalizaciones la acción (onomatopeyas) para que el niño o niña realice la acción y la actividad se torne gratificante y divertida.
Incorporar actividades de juego sensoriales sociales.	Las actividades de juego sensoriales sociales, son todas las actividades marcadamente sociales en las que se participa con el niño o niña cara a cara. Estas actividades se caracterizan por la reciprocidad, es decir, que el adulto y el niño o niña juegan por turnos y se comunican con gestos, expresiones faciales, sonidos o palabras para que el juego siga. Ningún participante dirige al otro, aunque a menudo el adulto es quien inicia el juego. En las relaciones sociales, generalmente no se usan objetos, puesto que el objetivo es jugar con personas, aunque se pueden hacer excepciones. Por ejemplo: se pueden usar canciones de forma ritualizada para ayudar al niño o niña a comprender ciertos gestos y posturas corporales. Esto favorecerá que empiece cada vez más a centrarse en las caras, los gestos y la corporalidad de otros.
Resaltar expresiones faciales y movimientos del cuerpo en las rutinas sensoriales sociales.	El profesional podrá utilizar canciones de forma ritualizada para ayudar al niño o niña a comprender ciertos gestos y posturas corporales. Esto favorecerá que el niño empiece cada vez más a centrarse en las caras, los gestos y el cuerpo de los adultos.

Fuente: Adaptado de Rogers y Dawson 2021 (46).

c. Gestos interactivos o convencionales

Son aquellos que se definen culturalmente y apoyan a la regulación en la interacción. A continuación, se describen los pasos a seguir para el desarrollo de gestos interactivos o convencionales.

TABLA 14. PASOS PARA EL DESARROLLO DE GESTOS INTERACTIVOS O CONVENCIONALES

Paso 1	Introducir el gesto en nuestras propias acciones.
Paso 2	Resaltarlo junto con un lenguaje que lo acompañe, en el contexto.
Paso 3	Proporcionar la oportunidad para que el niño o niña exprese el gesto convencional en un contexto natural.
Paso 4	Se le sugiere que lo imite a través de modelado o el apoyo físico.
Paso 5	Se le proporciona el objeto o la actividad de refuerzo una vez que haya expresado el gesto.

Fuente: Adaptado de Rogers y Dawson 2021 (46).

Para iniciar la enseñanza de los gestos interactivos o convencionales, el profesional debe asegurar que el niño o niña haya logrado un repertorio de gestos naturales (mirar y vocalizar, empujar y rechazar, señalar, dar objetos, etc.). Éstos son fundamentales para la regulación de la conducta, iniciar y continuar interacciones sociales y prestar atención coordinada sobre un objeto o actividad. Para seleccionar el gesto, es necesario que el niño o niña ya exprese de alguna forma la función subyacente del gesto interactivo o convencional para que este tenga un significado para él.

A continuación, se señalan algunas actividades para el abordaje de los gestos convencionales.

TABLA 15. ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DE LOS GESTOS CONVENCIONALES

Nombre	Gesto interactivo o convencional	Actividad
De manos y cuerpo: Se debe preparar una situación de juego con varias opciones de actividades con objetos preferidos y no preferidos por el niño o niña, de forma que pueda ir comprendiendo el significado de algunos gestos.	"dame", "más", "sí", "sí quiero"	Ofrecer un objeto que el niño o niña desee mucho. Permitir que inmediatamente obtenga el objeto.
	"no", "no quiero", "no me importa"	Ofrecer dos objetos, uno que le guste mucho y otro que no le guste. Permitir que inmediatamente elija el objeto preferido.
Gestos Faciales	Pucheros, hacer muecas, reír, fruncir el ceño.	Caras locas, imitación de gestos faciales. Se pueden utilizar canciones infantiles que faciliten estas acciones.
Expresiones emocionales	Feliz, riendo, triste, enojado, etc.	Se pueden utilizar cuentos infantiles que expresan estas emociones mediante el relato de la historia. Resaltar las experiencias emocionales dentro de la sesión de forma exagerada acompañando la expresión facial.

Fuente: Adaptado de Rogers y Dawson 2021 (46).

d. Atención Conjunta

La atención conjunta se entiende como la oportunidad para que un niño o niña y su compañero de comunicación puedan compartir un mismo centro de interés e incluir en él a un objeto o a un acontecimiento en común.

En un comienzo los niños y niñas pequeños centrarán su atención sobre los objetos o la persona, pero se les dificultará hacerlo sobre ambos al mismo tiempo. Trabajar esta habilidad supondrá que el niño o niña logre centrarse en ambos, a través de una alternancia de la mirada entre la persona y el objeto. Se trata de un triángulo de comunicación: niño o niña, compañero y objeto, por lo tanto, **el niño o niña se comunicará con el compañero acerca del objeto.**

Para el desarrollo de la atención conjunta el profesional de la salud requiere:

- Posicionarse delante del niño o niña (situarse cara a cara).
- Resaltar gestos (profesional).
- Suscitar gestos (niño o niña).

A continuación, se describe el abordaje de gestos específicos que marcan la atención conjunta: dar, mostrar y señalar.



» Dar un objeto para conseguir ayuda

El objetivo es que el niño o niña inicie la acción de dar un objeto para solicitar ayuda. Cuando el niño o niña ponga el objeto en nuestra mano, el adulto deberá decir “oh, necesitas ayuda”, “abre”, “ayuda”, y a continuación la profesional entrega el objeto, verbalizando el nombre. En un comienzo el profesional deberá esperar el objeto con mano extendida, hasta que paulatinamente se aleje y la retire, y como resultado entregue el objeto sin que el adulto tenga que hacer algún movimiento.

TABLA 16. PASOS “DAR PARA CONSEGUIR AYUDA”

Conducta inicial	El niño o niña entrega un objeto para obtener ayuda del adulto
Gesto	Mano extendida del adulto como pista al niño o niña para dar un objeto.
Objetivo	Dar para conseguir ayuda del profesional

Fuente: Adaptado de Rogers y Dawson 2021 (46).

Para que el niño o niña pida ayuda debe ser un objeto de su interés y que requiera de ayuda para conseguirlo. Por ejemplo, guardar el objeto en contenedores transparentes cerrados que el niño o niña no puede abrir por sí solo.

» Dar para compartir o mostrar

Enseñar a los niños o niñas a dar para compartir implica devolver el objeto de inmediato con una muestra emocional evidente y atractiva o activar el juguete rápidamente para generar interés, y devolverlo de inmediato al niño o niña. En la siguiente tabla se revisarán los pasos para enseñar la habilidad de dar para compartir o mostrar al niño o niña pequeño.

TABLA 17. PASOS PARA DESARROLLAR LA HABILIDAD DE COMPARTIR O MOSTRAR

Paso 1	El profesional debe tener la mano abierta, sugiriendo que el niño o niña entregue el objeto.	El niño o niña entrega el auto al profesional, el profesional sonríe, y le dice: "¡que lindo el auto!". Se hace andar el auto en una superficie, y se le devuelve el auto al niño o niña.
Paso 2	El profesional debe repetir el paso 1 con un objeto de interés del niño o niña.	El profesional debe repetir el paso 1 y observar si el niño o niña espera con expectación para ver nuestra reacción.
Paso 3	El profesional debe esperar a que entregue el objeto para realizar el gesto y responderle al niño o niña.	A medida que se repita el paso 1, el profesional debe esperar a que entregue el auto, antes de hacer el gesto y responder. El profesional debe siempre devolver el objeto al niño o niña.
Paso 4	El profesional no toma el objeto.	Cuando el niño o niña ofrezca el juguete, el profesional no debe tomarlo, solo debe realizar toda la muestra de agrado, es decir: "¡que lindo el auto!", sin tomar el auto. Con el objetivo de reforzar la acción de "mostrar".
Paso 5	El profesional debe enseñarle al niño o niña a responder ante una instrucción verbal.	El profesional debe acompañar con las palabras "muéstrame eso", con un gesto de "dame" (mano abierta), dirigido hacia el objeto que el niño o niña tiene o está mirando. El profesional no debe tomar el objeto, sino que mostrar entusiasmo y proporcionar el refuerzo social.
Paso 6	Conseguir la insistencia por parte del niño.	En este paso el adulto deberá responder ocasionalmente a la solicitud completa del niño o niña. El adulto deberá fingir mirar para otro lado. Se debe esperar la insistencia del niño o niña para responder a la solicitud reforzando de manera inmediata al segundo intento. El niño o niña pondrá el auto en nuestra cara y el adulto realizará el refuerzo correspondiente: "¡que lindo el auto!".

Fuente: Adaptado de Rogers y Dawson 2021 (46).

La coordinación de la mirada y el gesto se debe ir trabajando paulatinamente, si no lo logra durante la actividad, se debe pedir la mirada de forma intermitente hasta que aumente sistemáticamente.

» Señalar

El objetivo es aprender a comprender y realizar el gesto de señalar, buscando que el niño o niña apunte para pedir lo que desea y luego muestre cosas que le llaman la atención a través del gesto, de acuerdo se indica a continuación.

TABLA 18. TABLA EJEMPLOS PARA EL ABORDAJE DE SEÑALAR

Objetivo	Ejemplo
Petición: que el niño o niña logre, mediante el gesto de apuntar, mostrar cosas que quiera o que le llamen la atención.	El adulto deberá utilizar su propio dedo para señalar y atraer la atención del niño niña hacia algún objeto o acontecimiento. Señalar con el dedo: ▸ La pieza de un puzzle. ▸ La torre de bloques. ▸ El botón de un juguete. ▸ Dibujos de un cuento.
Instrucciones: que el niño o niña logre, mediante el gesto de apuntar, que el adulto haga una determinada acción.	El adulto deberá responder ante la solicitud del niño o niña cuando este realice la acción de señalar.
Mostrar o comentar: que el niño logre, mediante el gesto de apuntar, la atención del adulto hacia un objeto o acción.	Se puede trabajar a través de cuentos que tengan dibujos que llamen la atención del niño o niña. El adulto puede iniciar con un comentario breve sobre una escena para mostrarle al niño como realizar la acción. Nuevamente se deben generar diferentes instancias de práctica dentro de las sesiones de intervención.

Fuente: Adaptado de Rogers y Dawson 2021 (46).

ABORDAJE EN COMUNICACIÓN VERBAL



El desarrollo del lenguaje empieza muy temprano en la vida del niño o niña, expresado inicialmente a través de precursores de la forma, el contenido y el uso de los elementos verbales. El lenguaje verbal se desarrolla desde la atención a sonidos emitidos por otras personas, especialmente si tienen contenido verbal, entregando una respuesta que se expresa inicialmente como vocalizaciones o gorjeos para luego convertirse en un tipo de estructura preverbal que es el balbuceo canónico. Estas pseudo palabras, enriquecen el intercambio verbal, donde el adulto al escuchar palabras simples o canónicas (como MAMÁ, PAPÁ, TETE, TUTO), enriquece la estructura de la interacción.

Luego aparecerán palabras que son de uso frecuente en el entorno donde el niño o niña se desenvuelve, por lo que utilizar palabras, canciones, cuentos o juegos hablando, es fundamental para aumentar su repertorio de palabras. Es decir, que las palabras no se enseñan, sino que se escuchan, recuerdan y luego se asocian a una vivencia o experiencia placentera. Esto es particularmente importante en la vida del niño o niña autista, ya que al ser menos responsivos desde lo verbal y al explorar menos funcionalmente su entorno, las relaciones que se hacen con el lenguaje son menos frecuentes y efectivas. El adulto se debe preocupar activamente de que el entorno enriquezca la forma de comunicación al niño o niña que no habla. Los niños y niñas aprenden el lenguaje comunicativo y lo desarrollan a través de la interacción con otras personas.

Dentro de los pilares fundamentales a considerar para el desarrollo de la comunicación verbal se encuentran (88):

- *Aprender más sobre cómo se comunica el niño o niña:* Comunicarse es mucho más que solo hablar. Se debe evaluar si es que el niño o niña se comunica por otras vías que no sean las palabras. Revisar qué palabras son más útiles y cuáles se usan más frecuentemente en el repertorio familiar. Muchas veces el niño o niña hace intentos de producción de palabras que pasan desapercibidas por no ser inteligibles.
- *Dejar que el niño o niña tome la iniciativa y tomar turnos para mantener una interacción más larga:* Los adultos tienden a acaparar el espacio comunicativo, especialmente cuando el niño o niña no habla. Se debe dejar un tiempo prudente para que el niño o niña pueda elaborar una respuesta a preguntas o para que haga comentarios respecto a lo que hay a su alrededor. Tratar de seguir la iniciativa del niño o niña para poder complementar, comentar y corregir cosas que haya dicho.
- *Agregar palabras intencionadamente a la interacción:* Seleccionar un repertorio léxico (48) que va a ser más frecuente en una etapa de la vida. El aprendizaje de este léxico también se puede intencionar, poniendo tareas o usando palabras de manera más repetitiva.
- *Tener tiempos exclusivos de juego:* Eliminar los distractores. La televisión (aunque no la esté viendo), el celular (y sus vibraciones), la atención de la casa, otros hermano o hermana o tareas durante la interacción, puede ser una fuente de distracción que disminuye significativamente la calidad de esta y por ende la calidad del aprendizaje de lenguaje oral.
- *Leer juntos, aun cuando se piense que el niño o niña no escucha o no entiende:* La práctica de lectura de cuentos permite intencionar el uso del lenguaje oral para otras actividades que no son exclusivamente para solicitar cosas o demandar cosas del entorno. La lectura compartida tiene una riqueza simbólica que va a favorecer la aparición y uso de palabras nuevas. Cuando un adulto lee, tiene un habla más cantarina, enfática y mejor articulada que cuando lo hace sin un soporte visual.
- *Agregar música a la experiencia de interacción:* La música acompaña el desarrollo de otros aspectos del lenguaje oral. La entonación y la prosodia son facilitadas por canciones, poemas o bailes. Favorecer un espacio con música dirigida a niño o niña es un factor que favorece la aparición de las primeras palabras.

Desde un punto de vista formal, el lenguaje tiene dos vertientes: una de carácter expresivo (vocalizaciones, sílabas, palabras, oraciones) y otra de carácter comprensivo, que considera todo lo que el niño o niña es capaz de comprender de su entorno.

A continuación, se describe cómo abordar el lenguaje expresivo y el lenguaje comprensivo. Estas estrategias de intervención se recomiendan ser desarrolladas por profesional fonoaudiólogo dada su competencia en la temática.

» **Lenguaje expresivo**

Cuando el niño o niña expresa menor variedad de sonidos vocálicos y consonánticos, el objetivo del profesional debe apuntar hacia el aumento de la variedad y la frecuencia de sonidos intencionados.

La enseñanza del lenguaje verbal expresivo se realiza dentro de actividades conjuntas, de la mano con el lenguaje no verbal. La intervención se dirige a los siguientes objetivos:

TABLA 19. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE LENGUAJE EXPRESIVO

Objetivos	Actividades
Vocalizaciones intencionadas	Buscar actividades en las cuales los niños/as tienden a vocalizar, y reforzarlas cada vez que aparezcan, ya sea imitando las vocalizaciones de los niños o proporcionando al niño el objetivo pragmático que desea conseguir a través de la vocalización. Muchas veces las actividades o rutinas sensoriales sociales que conllevan movimiento logran que los niño/as vocalicen. Por ejemplo: cuentos, canciones infantiles, cosquillas, cucutras, etc.
Aproximaciones a palabras	Se pueden “emparejar” los sonidos que se encuentran en el repertorio del niño/a con palabras relacionadas a las actividades. Por ejemplo: Si dentro del repertorio del niño se encuentra la sílaba /ma/ o /pa/, esta puede ser utilizada para asociarla a una palabra como “más”, “mamá”, “mano” o “papá”, “pan” “papa”, “pato, entre otras.
Combinaciones de palabras	Los niños empiezan a desarrollar sus primeras frases una vez que su vocabulario se aproxima a las 100 palabras. Una estrategia para fomentar las expresiones de 2 palabras es utilizando estrategias de modelado y expansión. Por ejemplo: si el niño/a dice “mamá”, se puede modelar a “más” y expandir a “más mamá”.

Fuente: Adaptado de Rogers y Dawson 2021 (46).

A medida que los niños y niñas aprenden a vocalizar intencionadamente para acompañar sus actos de comunicación gestual, se debe tratar esas vocalizaciones como intentos de formar palabras dando como respuesta palabras reales, sencillas y adecuadas al contexto, que coincidan con los patrones fonéticos de la vocalización emitida por el niño o niña. Luego de tener estos objetivos claros, el profesional puede comenzar el abordaje del habla y lenguaje expresivo del niño o niña.

TABLA 20. PASOS PARA EL DESARROLLO DEL HABLA Y LENGUAJE EXPRESIVO

Paso 1	Desarrollar un repertorio de sonidos en el niño o niña.	A través del repertorio de sonidos que el niño o niña tenga, se debe emparejar el sonido con alguna palabra relacionada a la actividad.
Paso 2	Incorporar combinaciones vocálicas con los sonidos que emite el niño o niña a través del juego.	Con el repertorio de sonidos del niño o niña se debe realizar juegos que creen la oportunidad de reforzar esas vocalizaciones asociadas a las palabras.
Paso 3	Crear oportunidades para escuchar y responder a los sonidos que realiza el adulto.	A través de canciones y cuentos se deben ir utilizando otros sonidos que el niño o niña debe escuchar e intentar imitar a través del juego.
Paso 4	Interactuar con el niño o niña a través del lenguaje para fomentar su desarrollo.	El profesional deberá utilizar un lenguaje simple y adecuado al desarrollo del niño o niña que le permita ir desarrollando más vocabulario.
Paso 5	Añadir sonidos y palabras simples a los gestos.	Dentro del repertorio de gestos del niño o niña, el profesional deberá elegir un gesto que pueda asociar a una palabra o una aproximación a palabra para mostrarle cómo se hacen juntos (gesto y palabra).

Fuente: Adaptado de Rogers y Dawson 2021 (46).

Cómo complejizar el lenguaje

Es importante tener en consideración que las palabras que se escojan para complejizar el lenguaje del niño o niña deben cumplir lo siguiente:

- Las palabras deben ser motivadoras y estar asociadas a cosas que le gustan al niño o niña.
- Elegir palabras que se aproximen al repertorio que maneja el niño o niña y que sean de estructura simple en un comienzo (consonante-vocal/consonante-vocal-consonante/ consonante-vocal-consonante-vocal).
- Elegir palabras de uso tanto en las sesiones de juego como en el hogar.
- Elegir palabras en imperativos que lo ayuden a realizar peticiones (dame, ven, más, este, entre otras.)

Para esto se desarrollará una lista de palabras sencillas que en un comienzo deben ser utilizadas de manera frecuente en los diferentes contextos del niño o niña y que le permitan ir complejizando los enunciados.

Cuando no hay progreso en el habla

En ocasiones se puede encontrar niños y niñas que no logran imitar palabras, sonidos o vocalizaciones ni producirlas de manera espontánea. En estos casos, es importante la evaluación e intervención específica por profesional fonoaudiólogo(a) que pueda decidir qué otro camino en la intervención seguir. El profesional será el encargado de evaluar si el niño o niña requiere de otro abordaje o un sistema de comunicación alternativa (intercambio de imágenes, tablero de comunicación u otro abordaje).

» **Lenguaje comprensivo**

Enseñar la comunicación verbal mediante estrategias de enseñanza natural debe ir a la par con la enseñanza de la comunicación comprensiva, debido a que los niños y niñas pequeños autistas tienen dificultades en la comprensión del lenguaje mostrando dificultad también en el desarrollo de lenguaje expresivo. Existen algunas prácticas y estrategias útiles para resaltar el desarrollo del lenguaje comprensivo, entre estas:

- Esperar y solicitar la respuesta: La instrucción debe ser entregada dentro de la longitud de frase adecuada para cada niño o niña. El profesional debe esperar a ver si el niño o niña responde, si no lo hace, se debe entregar una ayuda física parcial para que el niño o niña logre la respuesta correcta. Esto con el objetivo de enseñar al niño o niña qué significa la instrucción, y que logre responder a lo indicado.
- Seguimiento de instrucciones verbales: es la principal fuente de aprendizaje del lenguaje comprensivo. Existen algunas consideraciones que se deben tener en cuenta cuando se quieren abordar:
 - La instrucción debe ser en un comienzo en imperativos, por ejemplo: aquí, dame, toma, guarda, arriba, siéntate, etc., y estar acompañada de un gesto que le permita al niño o niña comprender la instrucción.
 - Verificar que el niño o niña comprenda el enunciado y realice la acción solicitada.
 - Se debe entregar el refuerzo, puede ser con un objeto, juguete o acción que sea lo suficientemente fuerte para que represente una recompensa para el niño o niña.

En el abordaje del seguimiento de instrucciones verbales se pueden utilizar estrategias que entregan un mayor nivel de apoyo para su realización. Conforme pase el tiempo, utilice indicaciones que tengan cada vez menos apoyos para que el niño o niña aprenda a seguir instrucciones sin ayuda.

A continuación, se detallan las estrategias para abordar la comprensión de instrucciones verbales:

TABLA 21. ESTRATEGIAS PARA PROMOVER EL LENGUAJE COMPRENSIVO

Estrategia	Descripción	Ejemplo
Apoyo físico	Guíelo físicamente para que realice la instrucción verbal.	Cuando utilicen un objeto, diga: “tírame la pelota” y ayúdele físicamente a lanzar la pelota. Cuando sea la hora de guardar, diga: “a guardar”, y ayúdele físicamente a poner los objetos dentro de un cesto o canasto.
Realizar la acción para que la imite	Muéstrele cómo se realiza la acción mientras entrega la instrucción verbal.	Cuando estén jugando con burbujas, diga: “sopla”, mientras le muestra cómo sopla y luego espere a que el niño/a realice la acción. Cuando jueguen con encajes, diga: “ponlo aquí” mientras usted encaja primero en el lugar donde debe ser encajada la pieza y luego espere a que el niño/a realice la acción.
Instrucción con apoyo de un gesto	Use un gesto junto a la instrucción verbal para mostrarle como responder	Cuando jueguen con objetos, por ejemplo: animales, Diga: “Toma la vaca” y señálela. Espere a que tome la vaca.
Instrucción verbal	Diga exactamente lo que tiene que hacer. La instrucción debe ser simple sin contener un exceso de información.	Cuando jueguen con objetos, por ejemplo: darles comida a los animales, diga: “dale agua a la vaca”. Espere a que realice la acción. Cuando jueguen con encajes, diga: “ponlo aquí”. Espere a que el niño complete la acción.

Fuente: Adaptado de Rogers y Dawson 2021 (46).

2.2.2. CONSIDERACIONES PARA EL PROCESO DE INTERVENCIÓN TEMPRANA.

Antes de comenzar con las sesiones de intervención, se debe tener en cuenta algunas consideraciones y recursos para que la sesión se aborde desde las diferentes áreas, las cuáles también pueden ser trabajadas transversalmente por los diferentes profesionales que realicen intervención temprana. Entre estas consideraciones se encuentran:

» **Iniciar la intervención desde el interés del niño o niña.**

Para lograr iniciar de forma exitosa la sesión de intervención, el ambiente debe estar organizado de tal forma, que estimule el interés, la energía, el estado de ánimo positivo y el acercamiento y disfrute del niño o niña con el otro.

Para ello, es importante considerar el mayor interés de los niños y niñas autistas en el entorno o en los objetos que los rodean. Al mostrar motivación en los objetos, buscan saber cómo manipularlos, como hacer efectos interesantes con ellos, conseguir ayuda para obtenerlos y divertirse. También existe un disfrute hacia actividades que conllevan un contacto físico (actividades sensoriales sociales) cómo hacer cosquillas, girar, saltar, juegos musicales, etc.

» **Atraer la atención del niño o niña hacia el profesional como compañero de juego.**

No es suficiente que la atención esté puesta sólo en los objetos, ya que el niño o niña debe aprender de las personas y debe dirigir la atención hacia estas. Ya sea mirando sus ojos, caras, gestos, acciones corporales, voces y sonidos, todo lo que integra el lenguaje no verbal. Para convertir al profesional en un interés para el niño o niña, es importante tener las siguientes consideraciones:

- Eliminar la competencia: El entorno puede contener numerosos objetos o juguetes que compitan y creen distracción en el niño o niña. Es por esto por lo que se debe reorganizar el espacio de tal forma, que el niño o niña pueda centrar su atención tanto en los objetos que se utilizarán dentro de la sesión como en el profesional. Se sugiere estar en una sala que contenga mesas y sillas, y que los materiales de intervención estén en muebles cerrados o fuera del alcance del niño o niña.
- Situarle cara a cara: La comunicación social ocurre a través del contacto visual. El profesional debe situarse a la altura del niño o niña, de manera que los materiales queden a nivel de visión entre el niño o niña y el profesional, para lograr captar su atención y favorecer el contacto visual.
- Respetar los límites corporales del niño o niña: el profesional debe comprender que, para unirse al niño o niña durante la actividad, debe estar presente la motivación. No todos los niños y niñas muestran tolerancia a la cercanía física de otras personas. Por lo que el profesional deberá evaluar cuál es el límite de tolerancia (un brazo de distancia), evaluar gestos de incomodidad que el niño o niña muestre. De lo contrario el niño o niña podría abandonar o aislarse con los materiales y esto generará un efecto negativo en la intervención.

» **Convertirse en un estímulo social positivo.**

Una vez que el profesional ha logrado identificar la zona de confort del niño o niña y éste tolera su presencia en el espacio más próximo. El profesional deberá ser un facilitador en el espacio, ayudando al niño o niña a alcanzar objetos, abrir recipientes, etc.

A medida que el niño o niña comprenda el rol del profesional como facilitador en el juego, se le pueden ir exigiendo que solicite un objeto a partir de algún gesto, tenga algún grado de contacto visual y/o una vocalización (acorde al nivel de habilidades del niño o niña), para comunicar lo que desee. Cuando el niño o niña comunique de alguna manera (verbal y/o no verbal), de inmediato le entregamos el objeto deseado. Guardar los materiales en contenedores cerrados o bolsas, permite que el niño/a solicite la ayuda del profesional, convirtiéndose en una gran oportunidad para ser útil.



» **Control compartido de materiales y jugar por turnos.**

Controlar los materiales permite manejar poderosos refuerzos a la conducta del niño o niña y situará al profesional en el centro de su atención. Es importante que una vez que se haya iniciado la actividad, el profesional es quien manipula los materiales y juguetes, para que a medida que el niño o niña los vaya necesitando, se le vayan facilitando.

Jugar por turnos implica controlar los materiales, pero es aún más invasivo, de manera que el profesional se debe asegurar que el niño o niña esté listo para este paso (para esto el niño o niña debe entregar objetos y lograr jugar en paralelo). Los turnos se realizan cuando el niño o niña está desarrollando una tarea individual, por ejemplo: niña o niño le está dando de comer a un animal con alimentos. Cuando lleva un par de minutos en la actividad, se toma un turno para jugar, mientras se dice “mi turno”, alargando la mano y cogiendo rápidamente el alimento, se realiza la acción para luego devolverlo rápidamente, mientras le decimos “tu turno”. Esta acción puede implicar algún nivel de resistencia por parte del niño o niña, si esto llega a ser muy complicado, se le entrega otro objeto a modo de compensación, mientras se realiza el turno.

» **Elección del Material Terapéutico.**

Para la intervención temprana se utilizan una serie de materiales acorde al rango etario del niño o niña y a los objetivos que se busque trabajar. La elección correcta de los materiales le da oportunidades al profesional de interactuar con el niño o niña dentro de la sesión. Estos mismos materiales pueden ser utilizados durante la evaluación por medio de la observación clínica.

Dentro de los materiales que se utilizan en las oportunidades de interacción se encuentran juguetes manipulativos, funcionales, simbólicos, material para sustitución de objetos, alimentos, objetos sensoriales y cuentos.

Para seleccionar el material se debe evaluar la motivación del niño o niña para participar de la interacción. Se debe tener precaución con utilizar objetos que estén dentro de los intereses restringidos del niño o niña.

A continuación, se presenta una tabla donde se realiza un listado de materiales sugeridos para el proceso de Intervención Temprana:

TABLA 22. MATERIALES SUGERIDOS PARA LA INTERVENCIÓN TEMPRANA.

SALA	Mesa pequeña y dos sillas (permite organizar y delimitar el espacio de trabajo) Contenedores plásticos con tapa. Canastos pequeños (para organizar el material mesa) Alfombra
JUGUETES	Anillos apilables Puzzle de diferentes diseños y nivel de dificultad. Animales Set de frutas y verduras Medios de transporte Set de encajes apilables Juguetes de encajes Pista de autos Set de la familia Casa de juguete Pelotas Muñeca y/o peluche Set de artículos de aseo (bañera, cepillo, vaso, jabón, etc.). Set de artículos de cocina (ollas, cubiertos, cocina, delantal, etc.) Plastilina Alimentos reales Burbujas Pañuelo Pluma Cuentos

Fuente: Adaptado de Rogers y Dawson 2021 (46).

2.2.3. ESTRUCTURA DE UNA SESIÓN DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

Para realizar una sesión de intervención temprana es necesario que el/la profesional estructure el proceso teniendo en consideración todo lo revisado anteriormente, desde las generalidades hasta los objetivos propuestos por área a trabajar. Esto permitirá que en la sesión se aborden varias áreas de interés debido a que hay objetivos que pueden ser intervenidos de manera transversal en todas las sesiones.

En cada sesión, se definen al menos 3 a 4 actividades de juego. Cada actividad de juego debe tener la siguiente estructura:

TABLA 23. ESTRUCTURA DE LA ACTIVIDAD DE JUEGO.

Fase de apertura o preparación	Acciones que preceden al inicio de la primera actividad de juego conjunto.
Temática	El niño o niña y el profesional se involucran en una actividad de juego definida o una actividad sensorial social.
Fase de desarrollo:	Introducir variaciones a la temática para mantener el interés o para resaltar distintos aspectos de la actividad. Apoya a la flexibilidad y a mantener el interés del niño o niña, así como ir aumentando la complejidad para abordar otros objetivos de trabajo.
Cierre	Cuando la atención del niño o niña en la actividad decae, es tiempo de guardar el material y hacer la transición hacia otra actividad.

Fuente: Elaboración propia en base a Rogers y Dawson 2021 (46).

Como parte de su estructura, cada sesión comprende diferentes actividades y cada actividad puede abordar más de un área como objetivo a intervenir, según se indica en la siguiente tabla:

TABLA 24. ESTRUCTURA DE UNA SESIÓN DE INTERVENCIÓN

Actividades	Área a intervenir	Ejemplo
Apertura: rutina de saludo	Habilidades sociales	Se sugiere escoger una rutina de saludo, por ejemplo: con apoyo visual, actividad sensorial social (canción de saludo), etc.
Actividad 1	Imitación, atención conjunta, comunicación no verbal.	Esta primera actividad se puede realizar con objetos o juguetes.
Actividad 2	Atención conjunta, imitación	Actividad sensorial social, se sugiere escoger alguna canción o incorporar un juego de cosquillas o cucutrás.
Actividad 3	Comunicación no verbal, comunicación verbal.	Actividad motriz o con objeto.
Actividad 4	Atención conjunta, comunicación no verbal.	Libro o cuento infantil.
Cierre: finalización	Comunicación no verbal y comunicación verbal.	Se sugiere escoger una rutina de despedida, por ejemplo: con apoyo visual, actividad sensorial social (canción de despedida), etc.

Fuente: Elaboración propia en base a Rogers y Dawson 2021 (46).

De acuerdo a los aspectos anteriormente señalados, se describe un ejemplo de sesión de intervención temprana.

TABLA 25. EJEMPLO DE UNA SESIÓN DE INTERVENCIÓN PARA UN NIÑO O NIÑA

Materiales	▸ Animales ▸ Alimentos ▸ Puzzle de animales ▸ Masas ▸ Cuento infantil
Sesión de intervención	
Apertura: rutina de saludo	Se inicia con la canción de bienvenida: “hola, hola cómo estás”.
Actividad 1	Se utilizan animales con los alimentos. El juego consiste en que el niño alimente a los animales.
Actividad 2	Se pasa a una actividad en suelo o pelota y se juega a las cosquillas
Actividad 3	Se utiliza el puzzle de animales, para que el niño encaje las piezas
Actividad 4	Se utiliza el libro infantil.
Cierre: finalización	Se realiza el cierre con canción de despedida infantil.

Fuente: Elaboración propia en base a Rogers y Dawson 2021 (46).

Dentro del proceso de intervención, las madres, padres o cuidadores pueden participar en el espacio de atención. Esta estrategia permite, por lo general, que los adultos tengan un espacio para fortalecer habilidades y también aprendan nuevas formas de relacionarse con su hijo o hija y lo replique en casa. Es importante señalar que en su participación, el padre, madre o cuidador cumple un rol de participante pasivo dentro de la intervención, para evitar ser un distractor para el niño o niña, tal como se señaló en el apartado 2.2.2. *Consideraciones para el proceso de Intervención Temprana.*

La duración y frecuencia de las sesiones en modelos naturalistas de intervención y su adaptación más flexible a aquellos que promuevan la participación y entrenamiento de padres, madres y cuidadores (46) (38) (39) varían considerablemente, dependiendo de varios factores como la edad del niño o niña, necesidades de apoyo y los objetivos específicos de la intervención. Sin embargo, de manera general, se sugiere comenzar por un período de intervención intensivo, entre 16 y 24 sesiones, 1 o 2 sesiones por semana inicialmente, con 3 a 4 actividades por sesión para abordar los objetivos propuestos, para luego distanciar las sesiones a fin de dar seguimiento y apoyo. En la duración de las sesiones, es importante considerar la capacidad de atención y concentración de los niños y niñas, los rendimientos propios de la red de salud y el espacio de participación de los padres.

2.2.4. ROL DE LOS PADRES, MADRES Y CUIDADORES EN LA INTERVENCIÓN TEMPRANA

El rol de los padres es aplicar estrategias de enseñanza que apoyen la intervención temprana basada en modelos de intervención naturalistas para facilitar la comunicación, y las habilidades sociales, a través de captar la atención del niño o niña y motivarlo, promover rutinas de actividades conjuntas, fortalecer la comunicación verbal y no verbal e incorporar habilidades de juego.

Las intervenciones naturalistas, particularmente aquellas basadas en NBDI, enfatizan la relación del niño o niña con otros involucrados (padres o cuidadores) en la intervención. Esto, para centrarse en el desarrollo de la reciprocidad, comportamientos sociales, el afecto compartido durante las interacciones adulto niño o niña, mientras integra diferentes estrategias en un contexto (49) cotidiano, basado en las rutinas para enseñar habilidades específicas de comunicación social.

El profesional debe brindar una atención centrada en la familia empleando prácticas como la toma de decisiones compartida, escuchar atentamente, ser sensible a los valores y costumbres familiares, considerar las necesidades psicosociales de todos los miembros de la familia y hacer que los cuidadores se sientan como socios iguales (50).

Las madres, padres y cuidadores, utilizan estas estrategias en el hogar, proporcionando más tiempo para que el niño o niña aprenda y pueda practicar, aprovechando las actividades significativas asociadas a las rutinas diarias. Además, estas estrategias pueden brindar mayor confianza respecto a su capacidad para ayudar al niño o niña a crecer y a desarrollarse, y a su vez impactar en la interacción para que esta sea más agradable.

Los objetivos de la intervención deben ser determinados en conjunto con los padres, madres y cuidadores, según la evaluación inicial del niño o niña y las necesidades de la familia para impactar en la calidad de vida y el desarrollo de este.

El profesional debe incorporar a las madres, padres o cuidadores en las sesiones de intervención temprana para que estos puedan comprender mejor el modelo y las estrategias a utilizar. Estas estrategias deben ser abordadas con los padres para que puedan utilizarlas durante las rutinas diarias. Es importante consensuar con la familia el tiempo que tienen para practicar y evaluar aspectos

como: organización del espacio y limitación de las distracciones, rutinas predecibles para el niño o niña y seleccionar actividades diarias que podrían incorporarse (51). A continuación, se presentan una serie de estrategias para ser abordadas en el hogar según el modelo de intervención ImPACT: guía para familias (51).

El primer objetivo se centrará en que el adulto logre la atención del niño o niña, para lo cual se sugiere:

- **Situarse cara a cara:** el adulto debe situarse a la altura de los ojos del niño o niña para poder ver fácilmente sus expresiones faciales, escuchar vocalizaciones o palabras. Los objetos debe situarlos cerca de su propio rostro, con el fin de motivarlo a que mire a la cara.
- **Dejar que el niño o niña guíe la actividad** (descubrir qué le llama la atención al niño o niña): el adulto debe dejar que el niño o niña elija los juguetes y guíe la actividad. Puede también durante un par de días observar al niño o niña durante un periodo de tiempo, qué hace durante la rutina: juega con juguetes u objetos, rutinas (comer, dormir, bañarse, etc.), juego con pares.
- **Participar en el juego:** el adulto debe incorporarse en el juego de manera lúdica haciéndose parte de este. Puede utilizar estrategias de escucha activa (escuchar lo que el niño dice, narrando en palabras simples lo que sucede, haciendo sonidos, gestos, expresiones faciales, etc.). Por ejemplo: si el niño o niña está jugando con un auto, tome un auto y juegue con otro. Si el niño o niña está jugando con la pelota, incorpórese al juego y lance la pelota. Si el niño o niña está armando una torre con bloques, tome los bloques para irlos entregando al niño o niña.
- **Evitar distractores:** como TV encendida, dispositivos móviles u objetos que compitan con la atención del adulto. Es importante también evitar preguntas e instrucciones, ya que eso interfiere con el juego del niño o niña. En reemplazo haga comentarios breves sobre lo que está haciendo. Por ejemplo: "auto", "run run, el auto".
- **Esperar y observar la respuesta del niño o niña:** Una vez que el adulto haya realizado las acciones anteriores debe estar atento a cualquier señal o respuesta a la interacción que entregue el niño. Estos comportamientos pueden aparecer de muchas formas.



A continuación, se presentan estrategias y sugerencias de actividades para ser abordadas con los padres, madres y cuidadores que pueden realizar en el hogar, las cuales contemplan en primer lugar algunos aspectos generales sobre cómo responder a las acciones del niño o niña, y luego el abordaje de las habilidades de comunicación social: imitación, comunicación verbal y no verbal, todas estas a través del juego.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA PARA SER TRABAJADAS EN EL HOGAR

ASPECTOS GENERALES (51) | CÓMO RESPONDER A LAS ACCIONES DEL NIÑO O NIÑA

Si el niño o niña lo mira	El adulto puede: ▸ Decir "hola". ▸ Entregar algún objeto.
Si el niño o niña se aleja del adulto	El adulto puede: ▸ Decir "adiós", "te vas" o "caminas".
Si el niño o niña intenta tomar un objeto	El adulto puede: ▸ Entregarle el objeto.
Juego con Juguetes	
El niño o niña está jugando con animales de la granja.	Siéntese cara a cara y únase a su juego. Espere a ver qué hace con los animales.
El juego que el niño o niña realiza es inusual.	Siga su iniciativa y únase de manera paulatina al juego, realizando narraciones, siempre y cuando la acción que realiza el niño o niña no sea inadecuada.
Si no está interesado en los juguetes	Utilice objetos que sean del interés del niño o niña para crear un juego. Tenga a mano juguetes que le gusten al niño o niña, pelota, burbujas, autos, animales, etc.
Juegos sensoriales sociales	
Jugar a perseguir, cosquillas, saltar.	Siga la iniciativa y únase a las actividades. Pueden utilizar espacios de la casa como cama, sillón o mantas.
Rutinas	
Hora del baño	Tenga a la mano objetos que puedan utilizar durante el baño como juguetes, tazas, vasos, etc. Únase a la acción que está realizando el niño en el agua.
Hora de la comida	Realice narraciones utilizando gestos, expresiones faciales, sonidos durante la comida.

ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN SOCIAL: IMITACIÓN, COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL

IMITACIÓN	
Imitar gestos, expresiones faciales y movimientos corporales	El adulto debe imitar para que el niño o niña vea que su comportamiento es significativo y puede afectar la forma de actuar de un otro. El adulto debe imitar exagerando los gestos, movimientos del cuerpo y las expresiones faciales.
Imitar las vocalizaciones, sonidos o palabras	La imitación de diferentes sonidos y palabras puede captar la atención del niño o niña y aprender a que los sonidos son significativos. Imite todo tipo de sonidos que realice el niño o niña, aun cuando no diga palabras. Si dice palabras, imite solo las que estén relacionadas con la actividad que estén realizando.
Imitar el juego con juguetes y objetos	El adulto debe copiar lo que el niño o niña esté haciendo con el juguete u objeto. Es útil tener objetos duplicados para realizar las mismas acciones, ya que el niño o niña podrá imitar a su vez la acción que el adulto realiza
Juego con Juguetes	
El niño o niña está jugando con animales de la granja.	Imite el juego que el niño o niña realice con otro animal que tenga a su alcance.
Está jugando con lápices, plumones, pinturas, etc.	Tome los mismos instrumentos, siéntese cara a cara e imite lo que el niño esté haciendo y espere a ver cómo responde.
Si no está interesado en los juguetes	Utilice juguetes con los que pueda jugar de diferente forma: bloques, figuras, animales, comida de juguete, plastilina, etc. Espere y observe qué hace con los objetos y si muestra interés imite sus acciones.
Juegos sensoriales sociales	
Va de un lado a otro por la casa o en el patio	Imite sus movimientos, vocalizaciones o sonidos exagerándolos
Elegir un juego o canción que le guste mucho.	Cántela, espere su reacción e imite los gestos o vocalizaciones que el niño realiza.
Rutinas	
Hora del baño	Si está jugando con objetos en la tina, imite sus acciones y luego espere a ver qué hace
Hora de la comida	Imite las acciones que el niño o niña realiza mientras come, añadiendo sonidos, gestos o expresiones faciales.

COMUNICACIÓN NO VERBAL	
Esperar un poco	El adulto debe esperar a que él se comunique para expresar lo que quiere, esto ayudará a que el niño o niña desarrolle un repertorio de conductas comunicativas (mirada, gestos convencionales, sonidos, etc). El adulto debe situarse cara a cara con el niño, y esperar a que haga algún pequeño gesto, mirada o vocalización y el adulto debe responder rápidamente a lo que le pide a través de esa comunicación.
Exagerar los gestos y expresiones faciales	El adulto debe hacer gestos muy marcados para resaltar lo que está haciendo dentro de la interacción, exagerando expresiones faciales asociadas diferentes acciones, por ejemplo: si se siente feliz, sonríe y aplaude. Si se siente cansado, aburrido exagere el gesto y acompañalo de algún movimiento corporal.
Exagerar la expresión vocal y utilizar palabras que le llamen la atención	El adulto puede llamar la atención del niño o niña a través de expresiones, sonidos o palabras, por ejemplo: "oh no", "guau", "ajá".
Crear oportunidades para practicar con el niño o niña.	El adulto debe crear múltiples instancias durante la rutina para que el niño o niña aprenda a utilizar el cuerpo para comunicarse. Cada momento que esté puede ser una oportunidad de práctica. Estas situaciones deben ser en las que el niño tenga la necesidad de comunicarse
Si el niño o niña no responde mientras el adulto espera, puede seguirlo a una siguiente actividad y volver a generar una oportunidad para practicar estas estrategias.	
Juego con Juguetes	
El niño está jugando con animales de la granja.	Exagere las emociones que puedan surgir durante el juego. Si los animales se caen, finja sorpresa y siga "oh no".
Está jugando comida de juguete	Tome la comida, y finja comérsela haciendo sonidos: "mmm, rico", "mmm ñan ñam".
Está jugando con autos	Finja que los autos chocan, haga gestos exagerados, llévase las manos a la cara y diga "noo, chocaron".
Juegos sensoriales sociales	
Elegir un juego o canción que le guste mucho.	Cante varias partes de la canción, luego haga una pausa y mire al niño/a expectante para ver si el niño o niña realiza algún gesto o movimiento para que continúe cantando. Utilice canciones que contemplen gestos o movimientos, por ejemplo: "el pollito amarillito", "las manitos", etc.
Cosquillas	Hágale cosquillas y luego haga gestos exagerados para mostrarle que volverá a hacerle cosquillas. Espérela, mírela expectante a ver si realiza algún gesto que indique que quiere que le realice más cosquillas.
Rutinas	
Hora del baño	Finja oler alguna parte del cuerpo antes de lavarla y exagere el nivel de suciedad, luego al lavarla simule olerla y diga "limpiécito". Cuando este lavando las partes del cuerpo exagere usando expresiones y palabras. Por ejemplo: "voy a lavarte... ¡la guatita!".
Hora de la comida	Pruebe un pequeño bocado de la comida del niño/a y exagere cómo sabe con gesto y expresiones faciales. Por ejemplo: "mmmm que rico"

COMUNICACIÓN VERBAL	
Comentar lo que el niño o niña mira, escucha o hace.	El adulto debe mostrarle al niño o niña que el lenguaje se utiliza para hacer comentarios, pedir objetos, rechazar u obtener información. El adulto debe hacer comentarios breves, nombrar o describir lo que al niño le llama la atención o las actividades que realiza mientras el niño o niña lo mira.
Utilizar un lenguaje sencillo con gestos y señales.	El adulto debe utilizar una cantidad de palabras adecuadas y evitar centrarse en palabras que se usan en exceso y podrían inhibir la producción de nuevas palabras como: "más", "este", "ese". El adulto debe usar palabras descriptivas que emparejen un sustantivo a una acción, por ejemplo, si el niño está jugando con un auto, decir "auto rojo". El adulto debe incorporar gestos para ayudar al niño o niña a comprender el significado de las palabras, como, por ejemplo: señalar, hacer el gesto de abrir o cerrar, apuntarse en el juego por turnos para señalar que le toca, etc.
Enfatizar en las palabras que sean importantes y repetirlas.	El adulto debe hacer una pausa entre palabras importantes, subir el tono de voz y enfatizar ciertas palabras para que el niño se fije en ellas. El adulto puede añadir un gesto que aporte a la comprensión de la palabra. El adulto debe utilizar frecuentemente estas palabras y gestos, ya que los niños aprender mejor cuando escuchan algo varias veces.
Ampliar la comunicación del niño o niña.	El adulto puede ampliar la comunicación del niño utilizando una gramática apropiada. Es importante evitar hacer preguntas y realizar comentarios, sin corregir al niño o niña directamente. Por ejemplo: decir, ¡voy a jugar contigo!, para evitar decir ¿puedo jugar contigo?
Juego con Juguetes	
El niño está jugando con medios de transporte	Diga repetidamente los nombres de los medios de transporte, por ejemplo: "auto... avión... tren".
Está jugando comida de juguete	Diga los nombres de los objetos, por ejemplo: "manzana, pan, agua" Describa lo que está haciendo: "estas tomando agua", "come manzana", "come pan".
Está jugando con autos	Finja que los autos chocan, haga gestos exagerados, llévese las manos a la cara y diga "noo, chocaron".
Cuentos infantiles	
Elegir un cuento para la hora de dormir.	Señale las imágenes y nómbrelas. Nombre acciones, lugares y emociones usando gestos y expresiones faciales. Describa las imágenes repitiendo palabras importantes.
Cosquillas	Hágale cosquillas y luego haga gestos exagerados para mostrarle que volverá a hacerle cosquillas. Espérela, mírela expectante a ver si realiza algún gesto que indique que quiere que le realice más cosquillas.
Rutinas	
Hora del baño	Nombre las partes del cuerpo mientras lo baña, por ejemplo "la mano, el pie, el brazo, la cara". Describa lo que está sucediendo en el momento del baño, nombrando los juguetes que estén cerca y repitiendo palabras importantes.
Hora de la comida	Describa lo que el niño o niña está comiendo. Por ejemplo: "pan... pan con queso..." Describa lo que el niño o niña está haciendo. Por ejemplo: "te comes el pan..."

BUENAS PRÁCTICAS

Comuna de Pudahuel. Región Metropolitana.

La unidad Ambulatoria de Salud Mental Infanto Adolescente del Centro Integral de Salud Mental Infanto Juvenil "Dr. Carlos Lorca", recibe a niños, niñas y adolescentes autistas desde los 0 a los 17 años de edad. Con el fin de promover una atención integral, basado en las necesidades del niño y niña y sus familias, es que se ha utilizado un modelo de intervención temprana para fomentar la interacción social de estos a través del juego. Esta intervención comprende la participación de la familia como agente activo del proceso, incorporándose en las sesiones de intervención temprana individual y grupal.

Las intervenciones son realizadas por diferentes profesionales (fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, entre otros). El enfoque multidisciplinar busca abordar el desarrollo temprano en diferentes ámbitos (comunicación verbal y no verbal, imitación, juego, entre otros) en modalidad individual y grupal.

La experiencia nos permite sugerirles:

- Intervenir a niñas y niños pequeños autistas en edades temprana permite fortalecer sus habilidades en la comunicación, socialización, juego, entre otros.
- Incorporar a la familia dentro del proceso de intervención nos demostró que los padres pueden utilizar las mismas técnicas para ayudar a sus hijos en el hogar.
- Se sugiere una orientación constante a la familia debido a que la niña o niño pequeño mostrarán mejores resultados si las estrategias empleadas en el hogar son supervisadas por el profesional.
- -Muchas niñas y niños pequeños autistas mejoran las conductas no deseadas cuando las habilidades de comunicación social son intervenidas de forma temprana.

2.3. ABORDAJE TERAPÉUTICO EN NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 10 AÑOS

La transición de la primera infancia a la infancia intermedia supone una alta demanda social y cognitiva y cambios importantes en los entornos de los niños y niñas, los cuales son necesarios de atender. Al igual que en etapas más tempranas, un abordaje ecológico supone la consideración de los diversos contextos en los que el niño o la niña participa. Durante los primeros años de vida, el contexto más importante en el que se desenvuelven los niños es el hogar. En esta etapa, sin embargo, debido a la escolarización, la escuela cobra relevancia como ambiente de interacción y participación. A consecuencia de esto, nuevos desafíos emergen. Aunque muchos niños y niñas asisten a la sala cuna desde edades tempranas, estos ambientes son más protegidos, contenedores y predecibles que la escuela, la cual exige interacción con más adultos y pares y más cambios de rutina. En este marco, el trabajo y comunicación intersectorial es esencial (52,53) y aun cuando los desafíos se encuentran en la escuela, el equipo de salud tiene un rol primordial y debe trabajar considerando ese espacio como uno de los outcomes esenciales.

Las habilidades de preparación para la escuela, tales como regulación emocional y conductual, interacción social, habilidades de cuidado personal desarrollo de lenguaje y comunicación y funciones ejecutivas son esenciales para el éxito escolar(54,55). Si bien, la intervención temprana es relevante para preparar a los niños y niñas para la etapa escolar, el acompañamiento durante este período es muy importante para potenciar el desarrollo, alcanzar su potencial académico y contar con un desarrollo socioemocional saludable (56-58).

Actualmente se han desarrollado muchas estrategias para ayudar a minimizar las dificultades y fortalecer las capacidades de los niños y niñas autistas. La revisión de evidencia realizada para la elaboración de estas orientaciones ha evidenciado dificultades metodológicas importantes a la hora de evaluar sistemáticamente dicha eficacia (tamaños de muestra pequeñas, heterogeneidad clínica de los participantes, discrepancias entre estudios, validez social de los estudios limitada, medidas de resultados no comparables, etc.) resultando una evidencia mínima para apoyar el beneficio de

la mayoría de las terapias. Adicionalmente, hasta el 30% de los niños y niñas participantes en los estudios del TEA pueden responder al placebo, lo que podría contribuir a reducir la efectividad real de las intervenciones. Por todo lo anterior, en la actualidad no hay un tratamiento estándar para el TEA en este grupo etáreo (59,60).

En este sentido, se recomienda a las familias y profesionales que se informen antes de comenzar un tratamiento o terapia, atendiendo a criterios éticos y recogiendo información acerca de los objetivos que persigue, el conocimiento en el que se basa y su validez científica.

Al margen de la clasificación de las intervenciones que se baraje, según los modelos teóricos que subyacen a cada programa de intervención o de las áreas funcionales en las que se centren, y de los bajos niveles de evidencia científica respecto a estas, existe un consenso en que las estrategias de intervención deben centrarse en el desarrollo y fortalecimiento de la comunicación social y competencia social y el apoyo comunitario, mediante tres objetivos primordiales estipulados por la Asociación Americana de Fonoaudiología (ASHA por sus siglas en inglés), de acuerdo con los lineamientos propuestos por el modelo CIF de la OMS (61-63):

- Facilitar las actividades del individuo y su participación en interacciones sociales ayudándole a adquirir nuevas habilidades y estrategias.
- Modificar los factores contextuales que sirven como barreras y mejorar los facilitadores de una comunicación y participación exitosas (Ver capítulo 5, sección “Adecuaciones ambientales” y “Apoyos visuales”).
- Capitalizar las fortalezas y abordar las dificultades identificadas en los distintos componentes de la comunicación social, incluyendo habilidades pragmáticas y procesamiento del lenguaje, habilidades de interacción social y cognición social.

2.3.1. HABILIDADES PRAGMÁTICAS Y DE PROCESAMIENTO DEL LENGUAJE

Respecto de las habilidades pragmáticas y de procesamiento del lenguaje, los objetivos deben orientarse a la facilitación de sus intercambios comunicativos cotidianos mediante acomodaciones ambientales (Ver capítulo 5, sección “Adecuaciones ambientales”) y al desarrollo de habilidades comunicativas. Con este último foco, el trabajo debe incluir un abordaje basado en: a) la comunicación funcional, b) el desarrollo y fortalecimiento de habilidades lingüísticas necesarias para la alfabetización y el desempeño escolar y c) el desarrollo y fortalecimiento de habilidades discursivas. Cada uno de estos aspectos se describe a continuación, detallando las diferencias en el abordaje según el perfil comunicativo (verbal o mínimamente verbal) de los niños y niñas (35,63)

a. Abordaje sobre la comunicación funcional

El trabajo focalizado en el desarrollo de comunicación funcional se orienta al uso y comprensión de las diversas funciones comunicativas (64). La elección del modelo o enfoque dependerá de factores como las habilidades y preferencias individuales y el grado de ayuda que requiere el niño o niña. Para adaptar las estrategias de comunicación funcional de manera efectiva es fundamental un enfoque multidisciplinario en el que participen tanto los educadores, como los profesionales de la salud y la familia. Algunas estrategias de uso común son:

- Historias y guiones sociales (Ver capítulo 5, sección “Apoyos visuales”).
- Juegos de Roles: son actividades estructuradas donde las personas participan en situaciones simuladas y actúan con roles específicos como parte de un escenario o historia. Esto les permite aprender habilidades sociales en un entorno controlado.
- Terapia de Juego Social: Enfoques terapéuticos que utilizan el juego para enseñar y practicar habilidades sociales. Los terapeutas utilizan situaciones de juego para modelar comportamientos sociales apropiados y proporcionar retroalimentación positiva.

b. Desarrollo y fortalecimiento de habilidades lingüísticas necesarias para la alfabetización y el desempeño escolar.

Además de los aspectos funcionales y sociales del lenguaje. Los niños y niñas con perfiles verbales han demostrado dificultades en la adquisición de la lecto-escritura(65). Una parte importante de la lectoescritura se basa en el establecimiento de habilidades lingüísticas robustas (65,66). Si bien, la escuela trabaja de manera directa en los aspectos de alfabetización, el equipo de salud debe trabajar en el fortalecimiento y desarrollo de habilidades lingüísticas precursoras de dicha habilidad (por ejemplo, conciencia fonológica, desarrollo del léxico, habilidades discursivas(67).

c. Desarrollo y fortalecimiento de habilidades discursivas.

Las habilidades discursivas son aspectos lingüísticos relevantes de trabajar en esta etapa del desarrollo. Durante esta etapa se debe trabajar el desarrollo de habilidades narrativas (ej., comprensión del discurso narrativo, producción de macro y microestructura) y conversacionales (ej., inicio de turnos, mantención del tópico, reconocimiento y reparación de quiebres conversacionales y utilización de apoyos visuales (Ver capítulo 5, secciones “Comunicación aumentativa alternativa” y “Apoyos visuales”) (68–70)

En niños o niñas con necesidades comunicativas complejas, con perfil mínimamente verbal o perfil no verbal, también es importante reforzar su comunicación social y funcional. En estos casos la implementación de sistemas de comunicación aumentativa alternativa es fundamental(71) (Ver capítulo 5, sección “Comunicación aumentativa alternativa”).

En niños y niñas con este perfil comunicativo, al igual que en aquellos con lenguaje fluido, también son relevantes las estrategias de adaptación del entorno y la evaluación continua. Además, el apoyo de la familia y otros interlocutores como los educadores, es fundamental para lograr una generalización de la modalidad de comunicación seleccionada para el niño o niña de acuerdo a sus características individuales (72).

2.3.2 DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIALES.

Las habilidades sociales (HS) y el desarrollo de relaciones personales positivas, tales como las amistades recíprocas impactan de forma significativa en la calidad de vida, autoestima y bienestar de la persona.

Una de las características del TEA son las dificultades sociales y de comunicación, con la consecuente limitación para entender señales de naturaleza social que esto supone. El desarrollo de estas herramientas servirá para integrarse de mejor forma en el grupo de pares y facilitar la autorregulación. De igual forma, si estas habilidades están poco desarrolladas, los niños y niñas pueden ser ignorados por sus pares o no saber cómo desenvolverse al respecto.

Para el desarrollo de habilidades sociales existen dos intervenciones principales: centrada en la Teoría de la Mente (ToM) y centrada en las competencias sociales, estas se describen a continuación:

» **Intervención en Teoría de la Mente**

La habilidad para comprender los estados mentales de otros (deseos, creencias, intenciones) durante nuestras interacciones sociales y entender cómo actúan los otros, ayuda a entablar y mantener relaciones de amistad.

La intervención en ToM debe seguir una secuencia evolutivamente coherente, planteando objetivos que vayan desde los niveles más sencillos a los más elaborados. Un posible modelo de intervención, en el que se incluyen actividades y ejercicios específicos, es el que se expone a continuación:

Existen cuatro procesos cognitivos que se integran y debieran ser considerados al describir las habilidades de *ToM*: Empatía cognitiva (conciencia o reconocimiento a las emociones de otros), empatía afectiva (capacidad de responder a las emociones de otros), *ToM* Interpersonal (reflexionar sobre los pensamientos y emociones del otro) y *ToM* Intrapersonal (reflexionar sobre los pensamientos y emociones de uno mismo).

TABLA 26. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES PARA ABORDAR LA TOM SEGÚN NIVEL.

Niveles	Objetivo	Actividad
Nivel 1. Adopción de diferentes perspectivas visuales Adoptar la perspectiva visual de otra persona es un prerequisite para posteriormente poder adoptar la perspectiva mental del otro.	Enseñar al niño y niña a comprender que las personas, en función del lugar donde están situadas, pueden ver cosas diferentes (<i>perspectiva visual simple</i>) o la misma cosa en una posición distinta (<i>perspectiva visual compleja</i>). Se pueden realizar distintas actividades y juegos para conseguir este objetivo.	Perspectiva visual simple: Profesional y niño o niña pueden situarse en habitaciones distintas y escribir una lista de 5 cosas que ve cada uno y luego comparar ambas listas. También pueden estar en la misma habitación, pero mirando hacia distintas direcciones (por ejemplo, uno mira hacia afuera y otro hacia el escritorio) nombran lo que ven y luego intercambian posiciones para que el niño o niña pueda comprobar que al cambiar de lugar cambia lo observado. Otra manera es con imágenes, donde cada uno describe lo que ve. Perspectiva visual compleja: Estando sentados en la mesa uno frente a otro, se pone una muñeca entre ambos, de manera que el niño o niña la vea de frente y el profesional de espaldas y, a continuación, se le pregunta: “¿Qué ves?, ¿la panza o la espalda? ¿Y yo qué veo?, ¿la panza o la espalda?”. De manera similar, en la mesa se puede poner una fotografía o cualquier imagen entre ambos y preguntarle quién de los dos está viendo su revés.

Nivel 2. Comprensión de deseos y emociones.	Enseñar al niño o niña a identificar expresiones emocionales sencillas y luego, ayudarlo a elaborar juicios de causalidad emocional.	El profesional junto al niño o niña pueden nombrar las emociones de diferentes personajes en dibujos, fotografías y películas y, al mismo tiempo, comentar las emociones, tanto propias como ajenas, en situaciones naturales. Se pueden hacer juegos de mímica y representación de expresiones en frente del espejo o jugar a adivinar la emoción que expresa el otro. Cuando el niño o niña identifique sin dificultad las emociones básicas (triste, contento, enfadado y asustado), se puede comenzar a trabajar la elaboración de juicios de causalidad; es decir, ayudarlo no solo a identificar la emoción sino también su causa ("Está triste porque se ha caído de la bicicleta"). Algo similar se debe hacer con los deseos: identificar los deseos y gustos de distintas personas y personajes, así como darse cuenta de que estos no tienen por qué coincidir con los propios. En el plano lingüístico, hay que trabajar tanto el vocabulario referido a emociones básicas como verbos relacionados con la psicología del deseo (querer, desear, preferir, gustar, etc.).
Nivel 3. Comprensión de estados mentales sencillos: pensamientos y recuerdos	Llegar a comprender que las personas tienen pensamientos, ideas y recuerdos en su mente. Este es el primer paso en la verdadera comprensión de los estados mentales. En el nivel lingüístico, se deben reforzar el uso y la comprensión de los primeros verbos mentalistas: <i>pensar, saber, recordar, imaginar, entender, adivinar y olvidar</i>.	Se puede utilizar la comparación entre esos estados mentales (ideas, pensamientos, etc.) y algunas fotografías, haciendo la analogía que las ideas son como fotografías que tenemos en la mente. A la vez, se emplean claves visuales para mostrar ese símil. Por ejemplo, se le pide al niño o niña que piense cuál es su comida favorita, a continuación, el profesional dibuja la respuesta en un papel y el niño o niña se pone el papel en la cabeza para mostrar de manera visible su "pensamiento". Otro apoyo visual que se puede utilizar para mostrar qué son los estados mentales son los "globos de pensamiento", que normalmente se usan en los cómics y viñetas; el adulto y el niño/a pueden jugar a pensar cosas, recordar vivencias, imaginar personajes de la televisión, etc. y, a continuación, en un papel se dibujan ambos con sus respectivos "globos de pensamiento", en los que se debe incluir aquello que están pensando. Esta misma actividad se puede realizar con muñecos, poniéndoles a ellos los globos de pensamiento y posteriormente preguntando al niño/a qué es lo que están pensando, recordando o imaginando esos muñecos.

		Una vez que el niño o niña comprende esos estados mentales sencillos y entiende que en la cabeza tenemos representaciones, se deben plantear actividades y ejercicios que lo ayuden a comprender que nuestros pensamientos guían nuestras acciones; es decir, que en función de lo que pensemos o recordemos vamos a actuar de una u otra manera. Se pueden plantear ejercicios que impliquen predecir acciones en base al conocimiento que tiene una persona: además de utilizar las historietas y viñetas (que se incluyen en la mayoría de los programas estandarizados que se han mencionado previamente), se pueden plantear juegos en los que el niño/a experimente y “viva” esa relación entre los “pensamientos” y la conducta. Por ejemplo, se puede preguntar al niño/a dónde cree que se ha escondido un objeto determinado; una vez que dé su respuesta (“Creo que lo has escondido debajo de la mesa”), el terapeuta lo dibujará junto con su globo de pensamiento y a continuación preguntará: “Si piensas que está debajo de la mesa y te pido que vayas a buscarlo, ¿dónde lo buscarás?”.
Nivel 4. Comprensión de las fuentes de conocimiento: relación entre “percibir” y “saber”	Comprender “las fuentes de conocimiento” y su relación con la conducta.	El profesional debe enseñar que ver, escuchar, tocar u oler nos permite conocer cosas: si veo lo que hay dentro de una caja, sabré cuál es su contenido; si huelo la comida que está preparando mi madre en la cocina, sabré qué habrá esta noche para cenar, aunque no lo esté viendo; si un desconocido me dice su nombre, podré saber cómo se llama, etc. De igual manera, el niño o niña debe llegar a comprender que, si no escucha, mira o toca algo, no puede tener acceso a ese conocimiento (si la caja está cerrada, no sabré cuál es su contenido; si el desconocido no me dice su nombre, no sabré cómo se llama, etc.). Partiendo de todas las posibles fuentes de conocimiento (vista, tacto, oído y olfato), se deben presentar actividades que permitan al niño/a comprender la relación entre “percibir” y “saber”. Las actividades pueden ser juegos en los que, por ejemplo, el adulto mete algún objeto en una caja y pregunta al niño/a si sabe lo que hay dentro (moldeando la respuesta “No lo sé porque no lo he visto”); pero, además, se debe aprovechar cualquier situación natural para plantearle preguntas que le ayuden a reflexionar acerca de lo que sabe o no sabe en función del acceso que haya tenido a la fuente de información. Por ejemplo, si suena el teléfono o llaman a la puerta, se le puede preguntar “¿Sabes quién es?” (moldeando respuestas del tipo: “No lo sé porque no he escuchado su voz” o “No lo sé porque no he visto quién está del otro lado de la puerta”).

Nivel 5. Comprensión de las falsas creencias: comprensión de engaños y mentiras	Fomentar la comprensión de las falsas creencias, es decir, que su representación mental no coincide con la realidad.	El profesional puede diseñar juegos y tareas con las que el propio niño o niña experimente qué es y qué implica tener una creencia errónea sobre una situación. Por ejemplo, se puede jugar a esconder un objeto por la habitación y a continuación preguntarle dónde cree que está escondido. En una hoja de papel se dibujará al niño o niña con un globo de pensamiento que incluya su creencia (“Creo que está dentro del armario”). A continuación, se le pedirá que lo busque en el lugar dónde cree que está escondido y, al comprobar que ahí no está se volverá sobre el papel, se explicará que lo que él creía no era cierto y se le dirá dónde está realmente el objeto para que pueda ir a buscarlo. Con actividades de este estilo, el niño o niña irá comprobando y comprendiendo que las personas tenemos creencias dentro de la cabeza y que a veces nuestras creencias coinciden con la realidad (son ciertas) y otras veces no (son falsas). A partir de este momento, se puede comenzar a trabajar de manera explícita la comprensión de engaños y bromas, para lo cual, el niño o niña no solo tiene que darse cuenta de que una persona puede tener una creencia falsa, sino que además debe ser capaz de anticipar la conducta de esa persona en base a su creencia. Eso es precisamente lo que ocurre cuando engañamos o gastamos una broma: hacemos que la otra persona crea algo que no es real con el objetivo de que lleve a cabo una determinada acción. Por ejemplo, le puedo decir a mi madre que fue el gato quien rompió un jarrón de casa (cuando en realidad fui yo) para conseguir que no me castigue. También se pueden utilizar cuentos tradicionales (“Blancanieves”, donde la protagonista es engañada por la bruja; “Caperucita Roja”, donde el lobo se hace pasar por la abuela, etc.) y películas infantiles en las que se incluyan distintas situaciones de engaño y falsas creencias. Estos materiales son útiles para alcanzar este objetivo, pero, como se ha señalado anteriormente, para asegurarnos de que se produjo una adecuada generalización de los aprendizajes se deben plantear juegos a través de los cuales el niño o niña “viva y experimente” los engaños y las bromas.
Nivel 6. Habilidades mentalistas avanzadas	Adquirir habilidades como la capacidad para detectar emociones ocultas, comprender comentarios sarcásticos o irónicos, interpretar adecuadamente otras formas de lenguaje figurado como las metáforas, comprender chistes y detectar tanto mentiras piadosas como “meteduras de pata”.	El profesional puede usar relatos cortos, grabaciones, secuencias de películas o representaciones de teatro.

Las intervenciones grupales son entornos ideales para trabajar otro tipo de destrezas sociales vinculadas a la comprensión y lectura de la mente como, por ejemplo, distinguir entre el uso adecuado del humor y resolver desacuerdos.

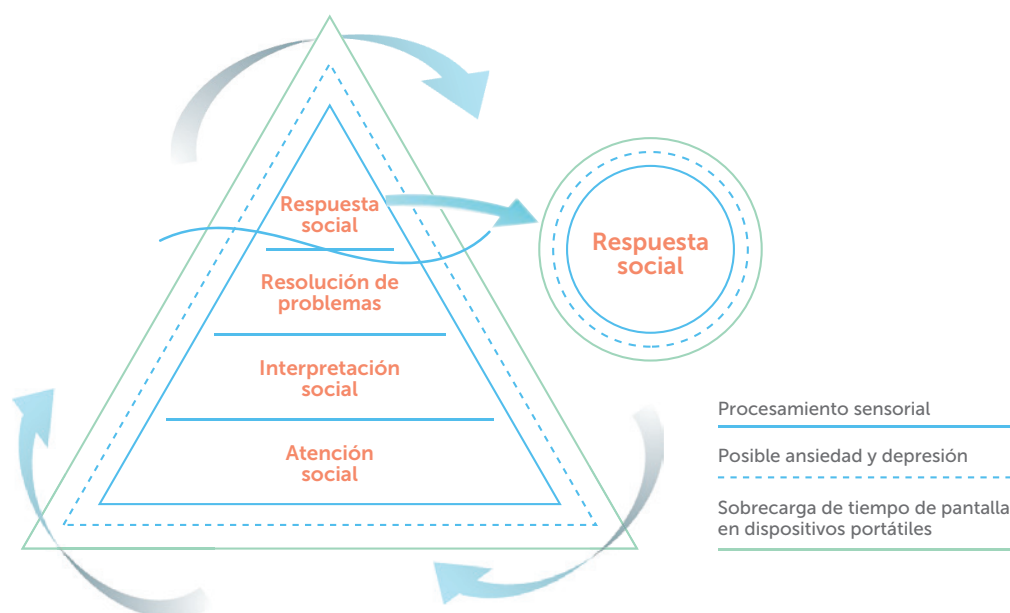
» **Intervención en Competencias Sociales**

Competencia social se refiere al proceso mediante el cual interpretamos los pensamientos, creencias, intenciones, emociones, conocimientos y acciones de otra persona en conjunto con el contexto de la situación para comprender el actuar de esa persona. Cuando se interactúa y se comparte espacio con otra persona, se usa esa información para determinar cómo responder ante la demanda social y lograr influir en la otra persona para conseguir diferentes objetivos. Los seres humanos practican el pensamiento social durante todo el día, en interacciones sociales típicas como conversaciones y en una amplia variedad de contextos. Básicamente, se utiliza el pensamiento social cada vez que pensamos en la perspectiva de la otra persona.

Fortalecer el pensamiento social de una persona comienza con mejorar la autoconciencia, sólo cuando los individuos adquieren conciencia de sus propios pensamientos, emociones e intenciones pueden volverse cada vez más conscientes de los pensamientos, emociones e intenciones de los demás.

La mejor manera de pensar lo anterior es el “Modelo de competencia social” a través de la metáfora del iceberg. En la cima del iceberg están los comportamientos o respuestas sociales que vemos unos en otros (73). Por debajo se encuentran los componentes básicos de las competencias sociales: atención social, interpretación social y resolución de problemas, según muestra la figura 7 (73).

FIGURA 6. MODELO DE COMPETENCIA SOCIAL



Fuente: Adaptado de Tarshis, Winner, M.G & Crooke, P. (2020)(73).

La atención social, se requiere para que un individuo atienda a otros en situaciones y contextos específicos. Por ejemplo: ayuda a entender lo que pasa en la sala de clases y el recreo.

La interpretación social, ocurre cuando el cerebro del individuo enfoca naturalmente la atención social para interpretar información de base social, implica entenderse uno mismo y a los demás para dar sentido a la información, los planes, las intenciones y el uso del humor de las personas. Interpretar bien es entender que cada persona tiene pensamientos y sentimientos únicos mientras compartimos información.

La resolución de problemas (solución de problemas de base social para ser exactos) surge de la capacidad de atender e interpretar información social relevante, esto incluye el problema potencial, los diferentes puntos de vista, la meta deseada de cada persona, las opciones que tienen para lograr esas metas, las consecuencias de cada una de las opciones, etc.

Es importante considerar que las respuestas sociales abarcan diferentes tipos de comportamientos, incluidos comportamientos sociales no verbales (expresiones faciales, gestos, postura, orientación del cuerpo, silencio, etc.), y las respuestas verbales (lenguaje concreto y figurado, tono de voz, etc)

El profesional debe comprender que cada parte, es decir “atender”, “interpretar” y “resolver problemas para decidir las respuestas sociales a producir”, representa las competencias sociales que todos los individuos utilizan a lo largo de la vida.

Otros aspectos importantes a considerar, según lo que el modelo considera en la línea azul es el procesamiento sensorial. El procesamiento sensorial del niño o niña afecta como se interpreta la información social, por ejemplo: si el ambiente es muy ruidoso, oscuro o si el comportamiento de un par distrae, puede ser muy abrumador y el niño o niña no podrá poner atención, interpretar, ni resolver el problema social debido a que no logrará una respuesta eficiente, a diferencia si estuviera en un lugar más tranquilo donde el cerebro del niño o niña se puede concentrar. *Ver capítulo 5 para mayor detalle sobre cómo abordar los trastornos del procesamiento sensorial.*

En la línea azul punteada, se describe la ansiedad y depresión las cuales pueden afectar la eficiencia con la que el cerebro es capaz de interpretar, resolver y responder.

Por último, en la línea verde se hace referencia a la comunicación con dispositivos móviles y debido a la falta de interacción cara a cara esta puede restar experiencia del mundo y las interacciones sociales.

Para evaluar las competencias sociales es importante considerar los siguientes aspectos:

- Uso apropiado del lenguaje para pedir ayuda.
- Integración de la información, si el niño o niña logra comprender el significado completo de lo que se le transmite.
- Si el niño o niña logra la interpretación activa de los motivos o intenciones de los demás, es decir logra interpretar el significado abstracto del lenguaje.
- Interpretación de las perspectivas o creencias, pensamientos y sentimientos de los demás en diferentes contextos, es decir si hay desarrollo de la ToM.
- Uso apropiado del humor y comprensión de este.

La intervención en competencias sociales debe considerar lo siguiente(74):

- Estructura ambiental: apoyos visuales. (Ver capítulo 5 sección 4 "Apoyos visuales")
- Vocabulario social concreto y marcos basados en estrategias: tarjetas o juegos que contengan comportamientos esperados e inesperados, enfoques de autorregulación, etc. Por ejemplo: herramientas de motivación como superflex, juegos, we thinkers, entre otros.
- Vocabulario y estrategias de autorregulación de las Zonas de Regulación, expresiones faciales, emociones, etc.

Aspectos transversales de la atención en el curso de vida, como consideraciones de pertinencia cultural y de género, y estrategias de intervención generales se encuentran desarrollados en el capítulo 5. Así también las estrategias cognitivo-conductuales descritas en la sección 3 de este capítulo pueden ser efectivas para el autocontrol y fomento de la autonomía en niños y niñas de este grupo de edad.

3. ABORDAJE INTEGRAL EN ADOLESCENTES AUTISTAS

La adolescencia es una etapa crucial en el desarrollo humano, marcada por importantes cambios físicos, emocionales y sociales. Conlleva un aumento de las demandas o exigencias sociales las cuales pueden hacer más visibles las diferencias de ellos y las adolescentes autistas con respecto a sus pares, en cuanto a intereses, temas de conversaciones, habilidades sociales, etc.

Las características y particularidades propias del TEA acompañarán a la persona a lo largo de toda su vida. Por lo tanto, es importante que el adolescente continúe vinculado al equipo de salud y mantenga los apoyos necesarios en los distintos ámbitos donde se desarrolla (entorno escolar, salud, recreación), con especial atención en situaciones de crisis, las cuales se pueden dar con mayor probabilidad ante momentos de mayor dificultad, cambios o nuevos retos. Tanto padres, madres y cuidadores, como los profesionales de la salud deben saber cómo acompañar a los adolescentes en esta nueva etapa vital; cómo abordarán el mundo social, cómo organizarán las tareas académicas, o desde lo más simple, cómo se ocuparán de sus propios hábitos e higiene, además de autocuidado personal.



Existe escasa evidencia y de baja certeza sobre intervenciones en adolescentes autistas. El año 2023 el Ministerio de Salud de Chile desarrolla un “Resumen de Evidencia sobre Intervenciones no farmacológicas para abordar las necesidades de adolescentes con Trastorno del Espectro Autista”. La mayoría de las intervenciones evaluadas demuestra en el mejor de los casos una mejora levemente de las personas a partir de la intervención y una baja o muy baja certeza de la evidencia para los diferentes outcomes analizados. La terapia cognitivo conductual tiende a presentar los resultados más consistentes(75). Para ma-

yor detalle el informe se encuentra disponible en https://etesa-sbe.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/06/20230510_REP_Intervenciones-no-farmacol%C3%B3gicas-para-abordar-las-necesidades-de-adolescentes-con-TEA.pdf.

Sin embargo, existe consenso que, independiente del tipo de intervención, las estrategias de apoyo a los y las adolescentes autistas deben orientarse a reducir las dificultades que interfieren significativamente en la calidad de vida, fortalecer la autonomía y facilitar la participación social y comunitaria, conforme a los derechos y necesidades de cada uno de ellos. A continuación, se describen los diferentes aspectos a abordar para facilitar el logro de estos objetivos.

3.1. ACOMPAÑAMIENTO EN LA PUBERTAD

Si bien, es posible que los aspectos sociales, emocionales y de la comunicación sean desarrollados más tardíamente que sus pares de la misma edad, teniendo también una transición hacia la juventud más tardía, es muy probable que experimenten los cambios físicos de la pubertad dentro del período de tiempo típico (en mujeres entre los 8 y los 13 años y en los varones entre los 9 y los 14 años aproximadamente) (76).

Algunos aspectos centrales a considerar por parte del equipo de salud respecto de la **pubertad** son:

- Los y las adolescentes requieren comprender los aspectos que traerá la pubertad, debiendo ajustar y modificar la información de acuerdo con las necesidades de apoyo y nivel cognitivo, con el fin de hacer más comprensible el mensaje.
- Es importante orientar a los padres, madres y/o cuidadores que puedan transmitir que la pubertad es un proceso normal, parte de su maduración y crecimiento.
- En esta etapa deben fomentarse hábitos de higiene elegidos por los mismos adolescentes, y anticipar cambios específicos. En niñas orientar respecto del desarrollo de caracteres sexuales secundarios y la menstruación, con apoyo visual si requieren más ayuda. En varones, educar sobre la espermarquia, poluciones nocturnas y erecciones.
- Aunque hablar de sexualidad es complejo, es necesario usar un lenguaje claro, respetando creencias familiares y recordando que los y las adolescentes autistas también pueden tener intereses sexuales y afectivos.

Además del desarrollo físico, durante la adolescencia continúa en desarrollo y cambio la identidad de género. Es relevante evaluar de manera interdisciplinaria y exhaustiva a aquellos adolescentes que perciben una incomodidad constante frente a los caracteres sexuales secundarios de su sexo asignado al nacer. Si esto produce un malestar clínicamente significativo en el funcionamiento del adolescente es necesario realizar una evaluación integral de su desarrollo psicológico, identidad de género y entorno. Un acompañamiento adecuado es esencial para prevenir trastornos de salud mental relacionados con el rechazo (77).

3.2. COMUNICACIÓN

Durante la adolescencia, usualmente ocurre la transición del pensamiento operacional concreto al pensamiento operacional abstracto, lo que requiere que el lenguaje se complejice y enriquezca (78). Además, los adolescentes navegan espacios de interacción nuevos que requieren nuevas y más complejas habilidades comunicativas (ej., relaciones íntimas, educación superior, trabajos, etc.) (79). Estas demandas comunicativas son particularmente desafiantes para jóvenes autistas (79), por lo que se debe reforzar habilidades más complejas a partir de la base de etapas más tempranas.



En jóvenes autistas que poseen mayor desarrollo comunicativo, el abordaje debe incorporar las habilidades, descritas a continuación por nivel de lenguaje, de acuerdo con lo sugerido por Paul y Norbury (79) y que ha sido adaptado a las intervenciones en TEA:

- a. Habilidades Sintácticas
 - Flexibilidad y enriquecimiento sintáctico.
- b. Habilidades semánticas
 - Competencia en alfabetización
 - Lenguaje figurado
 - Razonamiento verbal (razonamiento analógico y deductivo, construcción de argumentos, suposiciones y deconstrucción de falacias lógicas; (80-82)
- c. Habilidades pragmáticas
 - Discurso narrativo
 - Discurso expositivo
 - Discurso argumentativo
 - Complejización de habilidades conversacionales (ej. Saludo, comentarios de validación o de respuesta positiva al interlocutor, manejo y cambio de códigos lingüísticos según el contexto, habilidades de inicio y mantención de tópico, continuación de trabajo de reconocimiento y uso de quiebres conversacionales y reparación.

En jóvenes con mayores dificultades comunicativas, el trabajo debe orientarse a:

- a. Potenciar el desarrollo de la comunicación con recursos multimodales, incorporando sistemas de CAA (ver capítulo 5, sección sobre Comunicación aumentativa alternativa para mayores detalles). En este sentido, es importante identificar el nivel comprensivo y cognitivo que tiene la persona, puesto que las dificultades expresivas pueden subestimar su capacidad cognitiva.
- b. Continuar fomentando el desarrollo lingüístico según la etapa de desarrollo individual y considerando la edad cronológica y las demandas del ambiente.
- c. Desarrollar acomodaciones ambientales acordes a las necesidades y contextos en los cual el usuario se desenvuelve (ver capítulo 5 sección sobre "adecuaciones ambientales").

3.3. BIENESTAR EMOCIONAL

Entre los aspectos fundamental para promover el bienestar emocional de los y las adolescentes autistas y prevenir la aparición de problemas de salud mental, se encuentran(83-85):

- **Fomentar las conexiones sociales, el desarrollo de amistades, las experiencias de interacciones agradables y reducir el aislamiento social**, animando a los y las adolescentes y sus familias a participar en eventos familiares y actividades comunitarias como paseos, deportes, cine, etc. Ser parte de un grupo de pares también genera motivación, ya que conocen a personas con ideas afines, pueden desarrollar de manera práctica las habilidades sociales, la comprensión de emociones propias y ajenas, así como favorecer su autoestima.
- Es relevante recalcar que los y las adolescentes autistas pueden tener interés sexual y afectivo como cualquier otro adolescente de su edad, por lo que, acorde a la etapa de su desarrollo, pueden requerir instrucción en citas casuales y posiblemente relaciones sexuales. Frente al interés y primeras aproximaciones afectivas con otras personas, es importante educar y proteger frente a la posible presión de los pares y comportamientos sexuales de riesgo.
- Los y las adolescentes mayores pueden requerir fortalecer habilidades postsecundarias como la transición a la universidad, empleo e independencia y responsabilidades adultas. Se sugiere que se trabaje con los usuarios adolescentes sus expectativas para la transición a la edad adulta respecto a la independencia, autonomía, educación superior y empleo(86). *(Mayor información sobre transición a la adultez en capítulo 4).*
- **Fomentar la autonomía y autodeterminación**, fortaleciendo la capacidad para identificar, comprender y autorregular sus emociones, animándolos a tomar decisiones por sí mismos y aumentando su independencia más allá de la familia al elegir lo que hacen, con quién lo hacen y las “reglas” a seguir que ayuden a mantenerlos seguros .
- **Aprovechar las fortalezas y talentos de el o la adolescente**. Las fortalezas como la atención a los detalles y memoria; el razonamiento lógico y la resolución de problemas; los intereses y conocimientos profundos; y la honestidad y creatividad, son parte importante de un plan de intervención centrado en las necesidades de la persona.
- **Promover la actividad física** es una excelente manera de controlar el estrés o la ansiedad. Asimismo mejora la autoestima, el autocontrol y la capacidad para seguir Instrucciones. Participar en un deporte de equipo tiene el beneficio adicional de la interacción social y el potencial para hacer nuevos amigos. Si participar en un deporte de equipo no es del interés de el o la adolescente existe una gran variedad de ejercicios que puede disfrutar individualmente o en grupos pequeños (ciclismo, correr, patinar, nadar, caminar, yoga, meditación, entre otros). Aquí es clave la orientación para el uso de los recursos comunitarios existentes.
- **Identificar y abordar los problemas y trastornos de salud mental**. Las personas autistas tienen mayor riesgo en comparación con las personas “neurotípicas” a desarrollar problemas o trastornos de salud mental (ver capítulo 2).



Si bien los cambios biológicos, incluyendo los cambios hormonales que experimentan los/las adolescentes pueden afectar el estado de ánimo, el rendimiento escolar y social, es importante estar atento cuando una o más de las siguientes señales se observa de manera constante:

- Cambios de humor, irritabilidad, ira y llanto.
- Cambios notables en el sueño, el peso, los hábitos alimenticios u otros patrones cotidianos
- Pérdida de interés en las cosas que solían disfrutar.
- Alejamiento más de lo habitual de amigos, familiares y comunidad
- Cancelación de planes con sus amigos más cercanos sin apenas dar explicaciones
- Dificultades académicas que parecen diferentes o más intensas.
- Negarse a hablar de lo que le preocupa.
- Señales de consumo de drogas, alcohol u otras sustancias.
- Señales de autolesión, como cortes, quemaduras, moretones, etc.
- Actividad o interés sexual que parece nuevo o más intenso que antes.

Además de las señales anteriores, en adolescentes autistas se debe prestar atención al empeoramiento de dificultades más específicas del TEA como mayor rigidez o repetición de conductas o a la falta de respuesta a los tratamientos o estrategias de intervención habituales.

Cuando las señales señaladas se presentan de manera constante y comienzan a afectar el desempeño en la vida diaria, interfiriendo en los estudios, las relaciones, o la capacidad para cuidar de uno mismo se debe realizar una evaluación de salud mental.

Conducta suicida y autolesiones

Los pensamientos y conductas suicidas son significativamente más habituales en personas autistas que en la población general y pueden presentarse de una forma particular. El riesgo de incurrir en estas conductas es mayor entre aquellas personas autistas que reciben un diagnóstico tardío y entre quienes no tienen discapacidad intelectual asociada. Algunos factores de riesgo que incrementan la vulnerabilidad al suicidio de las autistas son: las dificultades en el acceso a apoyos y a una atención especializada en relación a sus problemas de salud mental; el desgaste emocional y el estrés asociado al “camuflaje” de las manifestaciones nucleares del TEA mediante estrategias como la compensación de sus dificultades en situaciones sociales, el enmascaramiento de sus características y la asimilación de conductas aprendidas para encajar mejor con los demás; un escaso sentimiento de pertenencia a su comunidad y; el aislamiento social. Ante cualquier señal de alarma refiera a atención de salud mental a la brevedad.

Fuente: Confederación Autismo España, 2019.

Información general para el apoyo al bienestar de adolescentes en el contexto del Control de Salud Integral, consejerías y otras prestaciones se puede encontrar en las **Guías Anticipatorias para la Adolescencia**, las cuáles abordan temáticas como: salud física, bucal, nutrición y alimentación saludable, imagen corporal, actividad física, salud mental, desempeño escolar, consumo alcohol, drogas, sexualidad, género, seguridad vial, violencia interpersonal y uso de pantallas. https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/01/2022.01.06_CARPETA-ADOLESCENCIA_para-web.pdf.

Otro recurso recomendado es la **Guía detección y primera respuesta ante situaciones de ciberacoso en adolescentes y jóvenes, para Profesionales de Salud**, disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/10/Guia-para-la-deteccion-y-primera-respuesta-ante-situaciones-de-ciberacoso-en-Adolescentes-y-Jovenes-para-Profesionales-de-Salud.pdf>

3.4. ESTRATEGIAS PARA EL AUTOCONTROL Y FOMENTO DE LA AUTONOMÍA

Además de ser una de las intervenciones más utilizadas por los jóvenes autistas, diferentes ensayos clínicos aleatorios sugieren que la terapia basada en estrategias cognitivo-conductual (TCC), puede ser beneficiosa para los jóvenes en edad escolar con diagnóstico de TEA y ansiedad(87,88). Estas estrategias pueden ser aplicadas principalmente en adolescentes con necesidades apoyo nivel 1 y 2, con un funcionamiento intelectual al menos limítrofe (87,89,90).

Las estrategias basadas en terapia cognitivo-conductual poseen gran reconocimiento clínico, siendo ampliamente utilizadas en el campo psicoterapéutico, enfocado a diversos trastornos (por ejemplo: depresión, adicciones, fobia social, etc.) ya que su objetivo principal es incrementar las capacidades de los y las adolescentes, a fin de que puedan controlar y entender sus propios problemas y generar un cambio en su comportamiento (91). Entre las características y ventajas principales se encuentran:

- Está dirigido a problemas actuales.
- Su objetivo es realista y se dirige a la obtención de resultados rápidos, más aún cuando los problemas son urgentes.
- La relación se caracteriza por ser cooperativa y con objetivos consensuados con el o la adolescente y su familia.
- Permite adaptar las técnicas a las necesidades propias de cada persona, siendo flexible.
- Es una terapia estructurada, con objetivos claros y realistas y con plazos cortos, lo que favorece la evaluación de los resultados.
- La efectividad está fundamentada en la evidencia científica.
- Posee un carácter preventivo con un enfoque didáctico.

A continuación, se proponen estrategias cognitivo-conductuales(92-94), para ser utilizadas en la población adolescente autista señalada anteriormente. Estas también igualmente pueden ser utilizadas en niños, niñas y adultos, acorde a sus necesidades de apoyo. Las conductas a trabajar deben determinarse de acuerdo con las necesidades e intereses de el/la adolescente y su familia, determinando los tiempos y la pertinencia de las estrategias a utilizar.

1. Reforzamiento positivo

En este caso una conducta se incrementa ante la presentación de un estímulo gratificante como consecuencia de la realización de esta. Los reforzadores positivos no son sinónimos de recompensa o premio. La diferencia fundamental entre ambos es que para el reforzamiento es necesario que se incremente la conducta que le precede, mientras que el premio consiste en la presentación de un estímulo ante una respuesta, por lo que no necesariamente hace más probable que se repita la respuesta buscada.

Reforzadores primarios: su valor reforzante suele estar asociado a necesidades básicas, por ejemplo, comida – bebida.

Reforzadores secundarios: su valor reforzante no se ha adquirido de forma automática, sino mediante un proceso de aprendizaje, por ejemplo : elogio – aprobación – afecto.

Reforzadores tangibles: son objetos materiales que pueden ser primarios o secundarios, por ejemplo: alimento – juguetes – ropa – aparato electrónico.

Reforzadores Sociales: son las muestras de atención, valoración, aprobación o reconocimiento que recibe una persona por parte de otras como consecuencia de la realización de una conducta. Algunos ejemplos :

- Verbales: "eres genial", "eres inteligente".
- Contacto físico (considerar previamente el perfil sensorial del niño): palmada en la espalda, abrazo, chocar los 5.
- Gestos: sonreírle, mostrarle una imagen de una persona sonriendo.

Actividades reforzantes: Cualquiera de las actividades placenteras que realiza una persona pueden usarse como reforzador para incrementar la ocurrencia de una conducta (saltar en una cama saltarina, salir a caminar al aire libre, ir a juegos de plaza, escuchar música). Si existen dos respuestas en el repertorio de un individuo, una de alta probabilidad de aparición (alimentarse) y otra con baja (hacer la cama), puede usarse la primera como reforzador de la segunda.

Debe estudiarse con el o la adolescente y su familia aquellos reforzadores más adecuados, de acuerdo al contexto y características del adolescente.

2. Reforzamiento negativo

Hace referencia a la probabilidad de que se repita una conducta al retirar un estímulo aversivo inmediatamente después de que se ha realizado la conducta. Entonces la respuesta emitida por la persona elimina un estímulo aversivo, con esto, la ocurrencia futura de esta respuesta se incrementa.

Por ejemplo un o una adolescente que frente al ingreso al colegio presenta un episodio de desregulación emocional, y como consecuencia de esta conducta lo llevan de regreso a casa. Llevarlo de vuelta a casa de inmediato y sin mediar otras estrategias para la regulación emocional incrementará la posibilidad de nuevos episodios de desregulación emocional para evitar ir al colegio. **Al igual que el punto anterior, debe estudiarse la estrategia más adecuada junto al joven y su familia.**

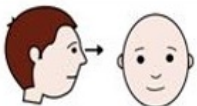
3. Técnicas para la adquisición de nuevas conductas

a. Imitación

Esta técnica de aprendizaje radica en que el o la adolescente por medio de la observación, sea capaz de reproducir una conducta modelada por el terapeuta, sirviendo de ejemplo. Por ejemplo, a través de juego de roles, en un ambiente seguro sin estrés social, el terapeuta puede mostrar cómo acercarse a una persona que quiere conocer, cómo iniciar o mantener conversaciones, etc.

El uso de apoyos visuales, como imágenes o videos de su interés, puede facilitar el aprendizaje de los y las adolescentes.

FIGURA 7. EJEMPLO DE APOYOS VISUALES DE IMITACIÓN.

SALUDAR 	
ME ACERCO A LA PERSONA QUE QUIERO SALUDAR	
LE MIRO A LA CARA	
SONRÍO	
DIGO: "HOLA", "BUENOS DÍAS", "BUENAS TARDES", "BUENAS NOCHES"	  
Y SI QUIERO, LE PUEDO: - DAR UN BESO - CHOCAR LAS MANOS - CHOCAR LOS PUÑOS - DAR LA MANO	   

b. Moldeamiento

Se refiere al reforzamiento sistemático e inmediato de los pequeños pasos o aproximaciones que conducen hacia una conducta meta, hasta que sea incorporada. A través del reforzamiento de las aproximaciones sucesivas, se va alcanzando gradualmente la conducta meta, al reforzar las aproximaciones más parecidas a la conducta final, se van dejando de reforzar las que menos se parecen.

Para que la técnica de modelamiento sea efectiva es necesario:

- Seleccionar la conducta meta y definirla de forma objetiva - clara - completa
- Evaluar el nivel de ejecución real
- Seleccionar una conducta inicial que servirá de punto de partida
- Seleccionar los reforzadores que se utilizarán
- Reforzar diferencialmente las aproximaciones sucesivas

Ejemplos de uso de Moldeamiento son higiene personal, rutinas escolares, usar dinero, usar transporte público.

Ejemplo: uso de locomoción colectiva / autobús

- En casa, me aseguro a través de alguna app / página web del horario del bus que tengo que tomar.
- Camino hasta el paradero.
- Espero hasta que llegue mi bus.
- Me subo en el bus.
- Pago con dinero o con mi tarjeta del bus, o enseño la certificación escolar.
- Busco un asiento vacío. Dependiendo de mi edad, evito los asientos reservados a embarazadas y personas mayores.
- Espero hasta que llegue mi parada. Puedo mirar la aplicación del móvil en la que me localiza donde estoy y cuánto queda para llegar a mi parada.
- Toco el timbre un poco antes de la parada.
- Me bajo del bus.
- Camino a mi destino (casa -escuela - otro)

El uso de tarjetas recordatorias facilita el aprendizaje, estas pueden ir acompañadas de imágenes.

- Hablo de forma tranquila
- Escucho al adulto
- No me levanto del asiento
- No grito, no golpeo

En la medida de lo posible, tratar de evitar las horas punta en las que se sabe que va a haber mucha gente. Sentarse o esperar de pie cerca de las puertas de salida para tener más facilidad para salir. Puede practicar junto a otra persona las diferentes rutas de forma que aprenda, por ejemplo, ir a un mismo sitio utilizando diferentes rutas. Es útil realizar y practicar estos trayectos con anterioridad, de forma que no haya prisa por llegar al destino ya que realmente no importa la hora de llegada.

Se recomienda en el uso de esta técnica, trabajar en aquellas conductas que el o la adolescente siente como más necesaria dentro de su situación vital. Esto puede incluir, por ejemplo: transportes, habilidades para relacionarse con amigos o grupos sociales, o bien, para presentar algún trabajo escolar tipo disertación o trabajo en grupo.

c. Encadenamiento

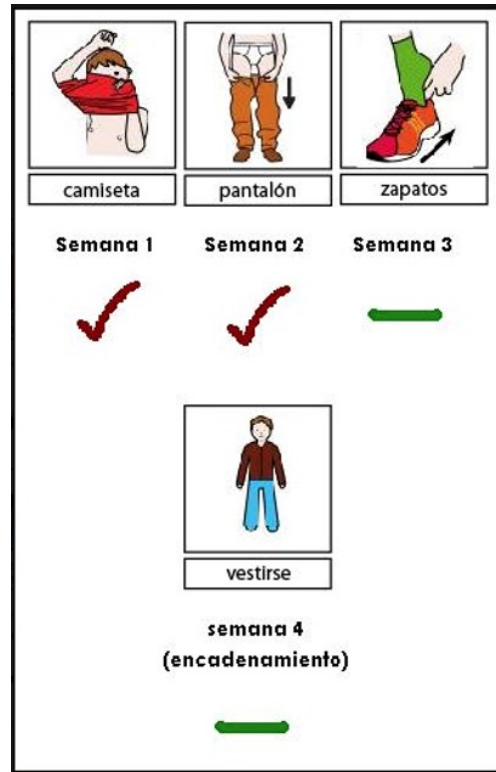
La mayoría de las conductas están compuestas por una secuencia de varias respuestas que siguen un orden y forman una cadena. El encadenamiento sería, por lo tanto, la forma de conectar los distintos eslabones de una cadena, que pueden estar compuestos por conductas simples o por conductas complejas. Existen tres tipos:

- **Presentación de cadena total:** se muestra la secuencia total que se requiere para llegar a la conducta meta y se entrena a la persona en cada uno de los pasos que ha de realizar desde el primero hasta el último
- **Encadenamiento hacia adelante:** se enseña el paso inicial de la cadena, cuando se realiza correctamente se enlaza con el paso 2, el paso 2 con el paso 3, y así sucesivamente hasta llegar a la conducta meta

- **Encadenamiento hacia atrás:** definidos todos los pasos que componen la cadena, el entrenamiento se realiza comenzando por la conducta meta y se van añadiendo los eslabones o conductas que le van precediendo, a medida que se realizan correctamente en cada ensayo, hasta llegar al eslabón inicial.

Algunos ejemplos del uso de encadenamiento son la adquisición del manejo de un instrumento musical, cómo manejar un programa de computación, o vestirse como el ejemplo que se muestra en la Figura 8.

FIGURA 8. EJEMPLO APOYOS VISUALES ENCADENAMIENTO.



d. Instigación/ atenuación

Es una técnica que consiste en un procedimiento sistemático de introducción de ayudas o instigadores para aprender una conducta y su retirada gradual una vez consolidada dicha conducta.

Los instigadores además de facilitar y servir de guía para iniciar y llevar a cabo una acción, pueden ser también un procedimiento de intervención en sí mismo.

Ejemplos :

- **Empleo de señales:** uso de un pictograma aplicado en forma repetitiva con los pasos para bañarse en forma autónoma
- **Dar instrucciones verbalmente en forma repetitiva:** puede acompañarse además de una imagen visual que refuerce la instigación verbal, para solicitar que un joven tome la cuchara para alimentarse
- **Guiar físicamente una conducta:** ej sostener el brazo del joven para ayudarlo a llevarse la cuchara a la boca

4. Técnicas para la reducción o eliminación de conductas

a. Reforzamiento diferencial de otras conductas

Un procedimiento habitual para eliminar conductas o reducirlas es evitar su reforzamiento y a cambio reforzar **conductas alternativas**.

- **Reforzamiento Diferencial de conductas incompatibles (RDI):** Al incrementar la frecuencia de emisión de la conducta incompatible, se reduce la conducta problema. Ejemplo: un o una adolescente que se muerde una mano, como manifestación de ansiedad, se le refuerza en las actividades en que use ambas manos (dibujar – pintar – construir con plasticina)
- **Reforzamiento Diferencial de conductas alternativas:** se trata de escoger conductas que no son incompatibles con aquella que se quiere eliminar, si no que compiten con ella. Ejemplo: jugar a la pelota o recortar, no son incompatibles con ver tv, pero pueden competir
- **Reforzamiento de conductas funcionalmente equivalentes:** reforzamiento de conductas alternativas a la conducta problema que permiten alcanzar las mismas metas pero de forma adaptativa. Ejemplo: pedir alimento con un gesto versus pedir alimento gritando.

b. Extinción

Los principios del aprendizaje, suponen que las conductas se mantienen por sus consecuencias, por lo tanto si una conducta deja de tener consecuencias, dejará de realizarse. Se debe ignorar total y consistentemente la conducta inadecuada.

Es necesario que se logre identificar los reforzadores que mantienen la conducta, de manera de no continuar produciéndolos.

Ejemplo: un o una adolescente con desafíos conductuales que quiere conseguir un objeto determinado, se puede permanecer a su lado en silencio, sin entregarle el objeto, de manera que no exista una consecuencia esperable, en forma repetitiva, si ambas figuras de apego mantienen el mismo manejo, tendería a la extinción

c. Cambio de ambiente

Esta técnica radica en quitar al adolescente del ambiente reforzante para introducirlo en otro que no constituya tal característica, por un período de tiempo limitado y específico. El concepto de este plan es quitar al adolescente todo estímulo para tratar de eliminar así la conducta inadecuada.

d. Sobrecorrección

Es la consecuencia que tendrá el adolescente por ejecutar una conducta o acción inadecuada. Tiene dos componentes:

- **Restitución:** consiste en corregir los efectos negativos causados por la conducta inadecuada, por ejemplo, colaborar en reparar algo dañado.
- **Práctica positiva:** consiste en llevar a cabo repetidamente, una conducta adaptativa apropiada, por ejemplo, un joven que, en un evento desregulatorio desordenó su dormitorio, que lo ordene cada vez que esto suceda.

e. Economía de fichas

El procedimiento básico consiste en entregar un reforzador (ficha) tras la emisión de una conducta deseable y/o retirarlo cuando la conducta meta es inadecuada. La ficha puede ser canjeable por numerosos reforzadores previamente seleccionados según los intereses del adolescente.

Los elementos del programa son:

- Hacer un listado de las conductas específicas que se desean modificar.
- Indicar el número de fichas que se pueden ganar por cada comportamiento.
- Reforzadores concretos por los que se pueden intercambiar las fichas (por ejemplo, minutos de recreo extra - dibujar en una croquera los dibujos predilectos - ir al parque).
- Indicación clara de las reglas del programa, incluyendo cuando se van a entregar las fichas y cuando se cambiarán por reforzadores, si el adolescente es mínimamente verbal, y ya estaba familiarizado con el uso de material visual, realizar una imagen visual que muestre las reglas del programa.

Al diseñar esta técnica, debe especificarse el contexto donde se realiza. Si es en el ámbito familiar, es importante que los padres o apoderados comprendan el sentido de esta estrategia y colaboren para que se lleve a cabo.

Debe revisarse posteriormente su eficacia, y determinar si la estrategia se pudo concretar adecuadamente.

FIGURA 9. TABLA DE ECONOMÍA DE FICHAS.

Tabla Economía de fichas							
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Me he aseado y me lavado los dientes después de cada comida							
He hecho las tareas de la escuela							
He recogido los juguetes y mi habitación							
Me he comido el plato del almuerzo de hoy							
Me he acostado cuando mis papás/mamás me lo han pedido							

3.5. HABILIDADES SOCIALES Y SOCIALIZACIÓN



La adolescencia es la etapa en que con mayor fuerza las personas comienzan a tener y sentirse identificado con grupos de pares, donde se genera un sentido de pertenencia que ayuda al desarrollo de la personalidad y de valores como lealtad, compañerismo, compromiso y respeto por el otro, los cuáles ayudan a vivir en comunidad. En adolescentes autistas se vive este mismo proceso, y si bien experimentan una creciente necesidad de socializar y establecer relaciones con sus pares, dificultades como la comprensión de jergas sociales, la comunicación bidireccional, la interpretación literal de conversaciones, la sensibilidad sensorial pueden afectar considerablemente la socialización y encontrar una menor aceptación y tolerancia por parte de sus compañeros, experiencias que pueden provocar ansiedad y depresión (95,96) .

Para facilitar el desarrollo de habilidades sociales, deben ser trabajadas las estrategias para el desarrollo de la ToM y competencias sociales del apartado 2.3.2 de este capítulo.

Asimismo, la socialización proporciona a los y las adolescentes oportunidades para aprender habilidades sociales, además de permitirles desarrollar una comprensión más profunda de sí mismos y de los demás, lo que contribuye a la formación de relaciones interpersonales sólidas a lo largo de la vida. Algunos de los beneficios clave de la socialización para los y las adolescentes incluyen(97):

- Desarrollo de habilidades de comunicación: La interacción con sus pares les brinda la oportunidad de practicar habilidades de comunicación verbal y no verbal, lo que puede mejorar su capacidad para expresar sus pensamientos y emociones de manera efectiva(98).
- Aumento de la empatía: La socialización fomenta la comprensión y empatía hacia los demás, lo que puede ayudar a los adolescentes autistas a comprender mejor las emociones y las perspectivas de los demás (99).
- Reducción del aislamiento: La socialización proporciona una sensación de pertenencia y reduce el aislamiento, lo que puede mejorar significativamente la calidad de vida de los adolescentes autistas y previene problemas de salud mental como depresión y ansiedad (100,101).

BUENAS PRÁCTICAS

Comuna de La Florida. Región Metropolitana.

A través de un trabajo articulado en red, entre los centros de Salud de atención primaria, la Sala de Habilitación para comunidad Autista, ambos de la Corporación Municipal de La Florida, y el Hospital Eloísa Díaz de La Florida se ha desarrollado un abordaje integral de los y las adolescentes autistas, que va desde la detección, la evaluación diagnóstica integral y la atención centrada en sus necesidades de apoyo.

La experiencia del Centro de Habilitación para comunidad autista La Florida TEAcompaña recomienda iniciar el abordaje terapéutico con la intervención individual de Psicoterapia de tipo cognitivo conductual (10-15 sesiones) que tiene evidencia científica que permite en un tiempo limitado de sesiones con respuesta satisfactoria en los usuarios, seguida de un entrenamiento en habilidades sociales grupal (10-12 sesiones), lo que después de tres años de uso y más de 280 adolescentes consideramos como el manejo más adecuado y completo.

Para el entrenamiento de habilidades sociales y a fin de fomentar también la socialización en los adolescentes autistas, implementamos el "Programa de habilidades sociales para la comunidad autista", basado en el "Programa para la Educación y el Enriquecimiento de Habilidades Relacionales (PEERS)" que tiene gran evidencia científica, y el que ha sido modificado y adaptado a la cultura chilena por nuestro equipo, con la colaboración de diferentes profesionales de la salud con experiencia en el desarrollo de talleres para adolescentes, además de aportes de la comunidad autista adulta.

Este Programa favorece la incorporación de prácticas y recursos culturales para asegurar una aplicación asertiva, efectiva y culturalmente sensible (lenguaje respetuoso a la comunidad autista, juegos cercanos a nuestra cultura, disposición física de encuentro, reforzadores positivos, validación de la familia extendida, entre otros).

Es importante considerar que no todos los adolescentes disfrutan de talleres grupales es por esto que una evaluación de ingreso previo a los talleres permitirá conocer y motivar al adolescente y su familia, explicar la dinámica de los talleres, mostrar los talleres como espacios seguros de aprendizaje, entrenamiento, encuentro y finalmente de pertenencia.

La metodología utilizada es a través de grupos pequeños con continuidad semanal, abarca 10 sesiones de taller de 90 minutos lo más continuas posible (duración dos meses y medio lo óptimo no exceder de tres meses) a cargo de personal entrenado en la aplicación de los talleres. Se requiere de dos profesionales o al menos un profesional y un técnico de apoyo, la primera parte del taller ambos facilitadores se encuentran con los adolescentes hasta la realización de los role-playing, para posteriormente uno de ellos continúa trabajo con cuidadores en otra dependencia.

La experiencia permite sugerir:

-Si existe la posibilidad de generar grupos diferenciados por edad esto permitirá un mejor flujo de la conversación y aprendizajes, se recomienda (10-14 años y 15 a 18 años)

-Si cuentan con la posibilidad de tener taller de mujeres es un gran espacio que se vivencia diferente que los grupos mixtos, independiente si esto grupos mezclan las edades antes descritas, estos grupos tienden a mantener amistades de larga data a posterior y convertirse en grupos de apoyo emocional.

-Posterior a la finalización de los talleres se sugiere mantener encuentros tanto con los adolescentes que extrañan estos espacios de contención y amistad en un ambiente sin prejuicios y con la posibilidad de aportar al grupo desde las experiencias particulares, al menos uno vez por mes y también generar talleres o encuentros para padres que buscan en un grupo de pares contención para los desafíos que genera la adolescencia autista.

El taller se encuentra manualizado y disponible en el link: https://comudef.cl/?page_id=40450

El Programa aún no cuenta con estudios de evaluación, los cuales se encuentran en proceso de diseño, por lo cual puede tener algunas actualizaciones en los próximos años, siendo esta una versión preliminar.

4. MANEJO FARMACOLÓGICO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

El abordaje de NNA autistas suele ser multimodal, dando prioridad a intervenciones no farmacológicas, naturalistas, ecológicas e intensivas, especialmente en los primeros años de vida.

Los tratamientos farmacológicos tienen como finalidad apoyar el bienestar de la persona al aliviar síntomas específicos. En el caso del TEA, identificar con seguridad los síntomas que pueden beneficiarse de un tratamiento farmacológico puede ser un desafío, ya que muchos NNA presentan dificultades para expresar estados emocionales. La decisión sobre indicar o no un medicamento se basa en identificar un objetivo clínico claro y seleccionar la opción más adecuada para este fin (102).

En muchos casos, el uso de fármacos se orienta a situaciones concurrentes, como hiperactividad, irritabilidad, ansiedad o depresión, que pueden afectar significativamente la calidad de vida. En estos casos, los enfoques psicofarmacológicos para el manejo de co-ocurrencias en personas con diagnóstico de TEA suelen ser similares a aquellos sin este diagnóstico(102).

La evidencia para el tratamiento farmacológico de personas autistas está en crecimiento, pero sigue siendo limitada. Esto es especialmente cierto cuando se utiliza más de un medicamento. Hasta la fecha, sólo 2 medicamentos, risperidona y aripiprazol, están aprobados por la FDA para niños, niñas y jóvenes autistas. Por lo anterior, el Ministerio de Salud evaluó la eficacia reportada en la literatura de estos dos fármacos, informe que se encuentra disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/04/Informe-EvidenciaAutismo-ninos.pdf>.

Las indicaciones farmacológicas deben ser valoradas junto a la familia y/o cuidadores. La prescripción farmacológica debe ser realizada con cautela, con dosis bajas y con un aumento lento al ajustar el fármaco. Además de los posibles efectos adversos documentados con cualquier medicamento determinado, los niños, niñas y jóvenes autistas pueden tener reacciones paradójicas a los medicamentos que requieren un seguimiento cuidadoso (102).

RISPERIDONA

En 2006, la FDA aprobó el medicamento risperidona para tratar la irritabilidad en los NNA autistas entre los 5 y 16 años(103).

En el informe, de las 16 revisiones sistemáticas para risperidona con la herramienta AMSTAR 2, solo una cuenta con una confianza moderada(104). En esta revisión la risperidona reduciría la severidad de los síntomas de autismo, valorados en el cuestionario Childhood Autism Rating Scale (CARS), el comportamiento repetitivo o restrictivo, el lenguaje inapropiado, el retraimiento social y la irritabilidad. Además, la risperidona puede presentar eventos adversos incluyendo sedación, somnolencia, fatiga, ansiedad, hipersalivación y elevación de los niveles de prolactina. También produciría un aumento significativo del apetito.

A continuación, se presentan los aspectos fundamentales a considerar en la administración de risperidona en NNA autistas (105,106):

Dosis y titulación

	Dosis Risperidona
Dosis de inicio	0,5 a 2,0 mg/día oral para niños, niñas y personas mayores.
Intervalo de titulación	5-16 años: < 20 kg: Dosis inicial 0,25 mg/día, puede aumentarse después de 4 días a 0,5 mg por día. V.O. Si no hay respuesta después de 14 días aumentar 0,25 mg por día hasta 1 mg por día. ≥ 20 kg: Dosis inicial 0,5 mg/día, puede aumentarse en forma gradual después de 4 días a 1 mg por día. Si no hay respuesta después de 14 días aumentar 0,5 mg por día hasta 2,5 mg/día.
Dosis máxima niños/as	1mg/día < 20 kg 2mg/día > 20 kg 3 mg/día > 45 kgs
Dosis máxima adultos	8 mg/día, dividido en 2 o incluso 3 dosis en personas mayores.

Síndrome de Discontinuación:

La suspensión del fármaco no genera síndrome de discontinuación como tal. Sin embargo, se ha descrito que la retirada brusca puede llevar a psicosis de rebote (descrita en trastornos con psicosis), disquinesia tardía y empeoramiento de los síntomas, por lo que se debe mantener el control clínico a pesar de la suspensión del fármaco.

Contraindicaciones:

- Absolutas: Antecedente de hipertermia maligna, hipersensibilidad a Risperidona.
- Parciales: Antecedentes Cardiovasculares, epilepsia, discinesia, hiperglicemia, daño hepático crónico e insuficiencia renal.

Poblaciones especiales:

- **Insuficiencia renal:** titular de manera progresiva
- **Insuficiencia hepática:** titular de manera progresiva
- **Insuficiencia cardíaca:** el uso debe ser con precaución por riesgo de hipotensión ortostática.
- **Personas mayores:** titular de manera progresiva
- **Niños, niñas y adolescentes:** requieren mayores controles que los adultos.
- **Embarazo:** Riesgo categoría C (algunos estudios en animales muestran efectos adversos, no hay estudios controlados en humanos) Los síntomas psicóticos pueden empeorar durante el embarazo.
- **Lactancia:** Existe evidencia limitada. Se han reportado casos (dosis maternas de risperidona hasta 6 mg/día) de lactantes amamantados y expuestos que han presentado sedación, temblor y movimientos musculares anormales. Siempre se debe realizar una evaluación individual de los riesgos y beneficios del tratamiento propuesto. Se sugiere la vigilancia estrecha de lactantes amamantados, se podría indicar alimentación alternativa con fórmulas lácteas o el uso de fármacos alternativos en la madre (107).

Reacciones adversas:

Sistema y órganos	Reacciones adversas	Frecuencia ¹
Hematológicos	Neutropenia, trombopenia.	Poco frecuente
Digestivos	Dispepsia, dolor abdominal, constipación, náuseas, vómitos	Poco frecuente
Cardiovasculares	Taquicardia	Frecuente
	Hipotensión ortostática, bloqueo auriculoventricular, bloqueo de rama, fibrilación auricular, bradicardia sinusal, palpitaciones	Poco frecuente
Neurológicos	Cefalea	Muy frecuente
	Síntomas extrapiramidales, mareo, temblor, somnolencia, sedación, letargia	Frecuente
	Alteración nivel de conciencia, síncope.	Poco frecuente
	Disartria, discinesia tardía, síndrome neuroléptico maligno	Raras
Psiquiátricos	Depresión, astenia	Frecuente
	Agitación, ansiedad, insomnio, somnolencia.	Poco frecuente
Oculares	Visión borrosa	Poco frecuente
Metabólicos	Aumento de peso (2,7 kg primeros 2 meses).	Frecuente
	Aumento del colesterol en sangre (hipercolesterolemia)	Poco frecuente
	Aumento de triglicéridos en sangre (hipertrigliceridemia)	Rara
Endocrinos	Hiperprolactinemia, manifestándose con galactorrea, disminución de la libido y amenorrea.	Poco frecuente y dosis-dependiente
Sexuales	Impotencia, anorgasmia, priapismo.	Poco frecuente
Hepático	Aumento de transaminasas.	Muy rara
Cutáneo	Erupciones exantemáticas, prurito.	Poco frecuente
Otorrinolaringológicos	Rinitis.	Frecuencia no conocida
Otras	Incontinencia urinaria, hipotermia, SSIAD.	Frecuencia no conocida

¹ Muy frecuentes ($\geq 10\%$), frecuentes ($1-10\%$), poco frecuentes ($0,1-1\%$), raras ($0,01-0,1\%$), muy raras ($< 0,0001\%$) y de frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles).

Monitorización:

Evaluación	Previo al inicio de tratamiento	Durante el tratamiento
Historia clínica	Antecedentes personales: ▸ Epilepsia ▸ Discinesia ▸ Daño hepático crónico ▸ Insuficiencia renal Antecedentes personales y/o familiares: ▸ Diabetes ▸ Hipercolesterolemia ▸ Hipertensión arterial ▸ Enfermedad cardiovascular	En cada control , sobre todo en fase de titulación: ▸ Explorar posibles efectos secundarios
Examen físico	▸ Signos vitales: Presión arterial, frecuencia cardíaca. ▸ Antropometría: peso, talla, IMC, circunferencia de cintura.	En cada control, sobre todo en fase de titulación: ▸ Estado mental, síntomas extrapiramidales, galactorrea. ▸ Signos vitales: Presión arterial, frecuencia cardíaca. ▸ Antropometría: peso, talla, IMC, circunferencia de cintura.
Laboratorio	▸ Hemograma ▸ Glicemia ayuna ▸ Función hepática ▸ Perfil lipídico ▸ Función renal ▸ Electrolitos plasmáticos	Cada 3 meses: ▸ Hemograma ▸ Glicemia ayuna ▸ Función hepática ▸ Perfil lipídico ▸ Función renal
ECG	Solicitar en caso de antecedentes personales de: ▸ Soplo cardíaco ▸ Latidos cardíacos irregulares ▸ Taquicardia en reposo ▸ Síncope al realizar esfuerzos ▸ En caso de co-tratamiento con otro medicamento que prolonga el QTc Solicitar en caso de antecedentes familiares de: ▸ Muerte súbita cardíaca en familiares de primer grado (hombres < 50 años, mujeres < 55 años) ▸ Síndrome de QT prolongado	

Dado que risperidona es un fármaco que genera, hasta en el 75% de las mujeres hiperprolactinemia (versus 42% en varones), se sugiere reemplazar en las adolescentes que pudieran requerir el uso de anticonceptivos hormonales por aripiprazol, fármaco que tiene un efecto mínimo o nulo en los niveles plasmáticos de prolactina (108).

PRECAUCIÓN

En caso de indicar presentación en gotas vía oral, se debe verificar la dosis según cada laboratorio. Existen presentaciones en que:

- 1 mg = 22 gotas
- 1 mg = 20 gotas
- 1 mg = 23 gotas
- 1 mg = 30 gotas

ARIPIPAZOL

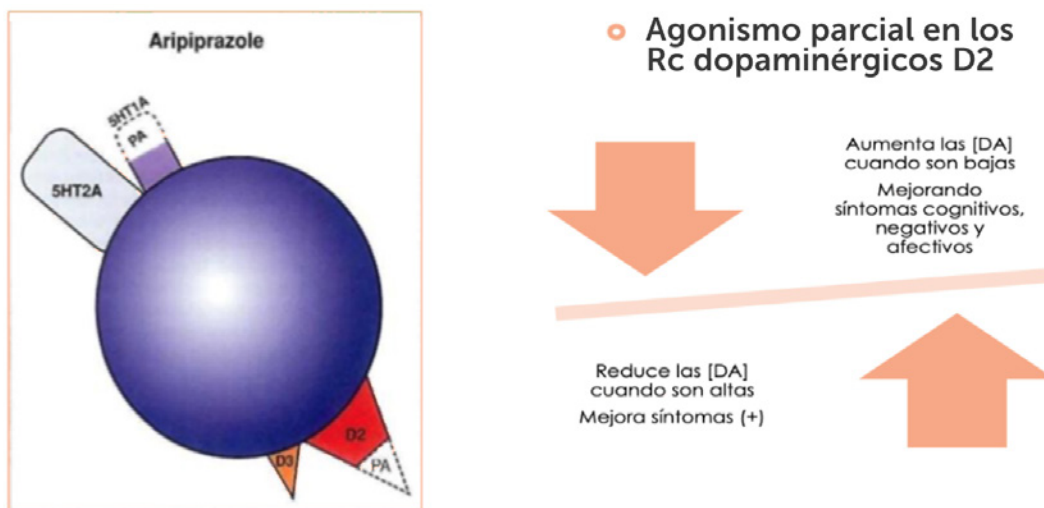
La FDA el año 2009 aprobó el aripiprazol para tratar la irritabilidad en NNA autistas entre 6 y 17 años.

De las 12 revisiones sistemáticas analizadas con la herramienta AMSTAR 2, solo una tenía una confianza alta (82). En esta revisión aripiprazol reduciría la severidad de los síntomas de autismo, el comportamiento repetitivo o restrictivo (estereotipia), el lenguaje inapropiado y la irritabilidad. Además, el aripiprazol causaría un aumento significativo de peso, como así también un aumento en la sedación y temblor.

A continuación, se presentan los aspectos fundamentales a considerar en la administración de aripiprazol en NNA autistas (105,106):

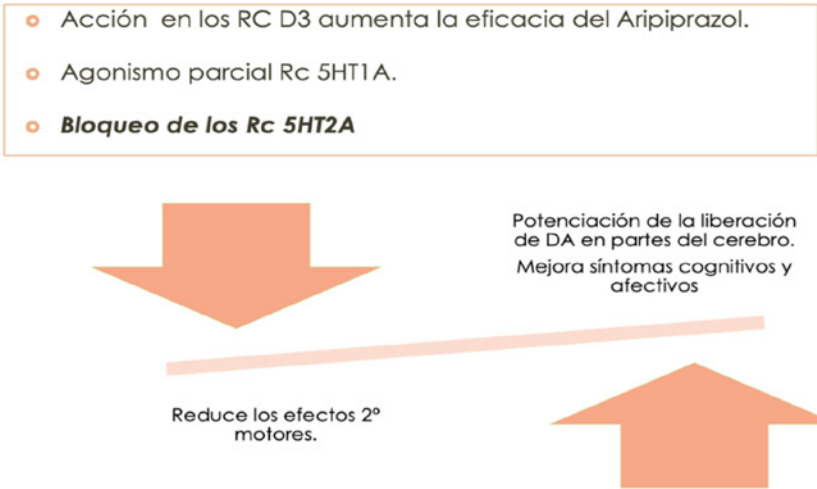
Mecanismo de acción:

FIGURA 12. AGONISMO PARCIAL EN LOS RECEPTORES DOPAMINÉRGICOS D2



Fuente: Stephen y Stahl 2005 (105).

FIGURA 13. OTROS RECEPTORES INVOLUCRADOS



Fuente: Stephen y Stahl 2005 (105).

Farmacocinética

	Características
Presentación	Oral, intramuscular
Biodisponibilidad:	87%
Distribución:	Mayor al 99% unida a proteínas (albúmina)
Vida Media:	Aripiprazol: 75 horas Metabolito activo: 94 horas
Metabolismo:	Hepático por CYP2D6 y CYP3A4
Eliminación -Excreción:	25% renal y 55% fecal
Metabolitos Activos:	dehydro-aripiprazol
Peak Plasmático:	3-5 horas

Dosis y titulación:

	Dosis Aripiprazol
Dosis de inicio	2,5 a 5 mg/día
Intervalo de titulación	6 a 17 años: 2,5 mg/día vía oral. Se puede aumentar la dosis gradualmente en 0,5 mg/día cada 72 hrs. hasta llegar a dosis de 5 mg/día en 1 a 2 semanas
Dosis máxima niños	10-20 mg/día
Dosis máxima adultos	30 mg (dosis más altas no han demostrado disminución en sintomatología)

Síndrome de Discontinuación:

La suspensión del fármaco no genera síndrome de discontinuación como tal. Sin embargo, se ha descrito que la retirada brusca puede llevar a psicosis de rebote (descrita en trastornos con psicosis), disquinesia tardía y empeoramiento de los síntomas, por lo que se debe mantener el control clínico a pesar de la suspensión del fármaco.

Contraindicaciones

- **Parciales:** Antecedentes Cardiovasculares, epilepsia, discinesia, hiperglicemia, daño hepático crónico e insuficiencia renal.
- **Absolutas:** Antecedente de hipertermia maligna, hipersensibilidad a Aripiprazol.

Poblaciones especiales

- **Insuficiencia renal:** el ajuste de dosis no es necesario.
- **Insuficiencia hepática:** el ajuste de dosis no es necesario.
- **Insuficiencia cardíaca:** el uso debe ser con precaución por riesgo de hipotensión ortostática.
- **Personas mayores:** El ajuste de dosis no es necesario. Pero tiene mayor riesgo de accidente cerebro vascular.
- **Niños, niñas y adolescentes:** requieren mayores controles, y responden mejor a dosis bajas. Y puede haber mayor incremento de peso en niños y adultos.
- **Embarazo:** Riesgo categoría C (algunos estudios en animales muestran efectos adversos, no hay estudios controlados en humanos) Los síntomas psicóticos pueden empeorar durante el embarazo.
- **Lactancia:** Existe evidencia limitada. Se han reportado casos de lactantes que han presentado somnolencia. El aripiprazol podría reducir la producción de leche. Siempre se debe realizar una evaluación individual de los riesgos y beneficios del tratamiento propuesto. Se sugiere la vigilancia estrecha de lactantes amamantados, se podría indicar alimentación alternativa con fórmulas lácteas o el uso de fármacos alternativos en la madre(109).

Reacciones adversas:

Sistema y órganos	Reacciones adversas	Frecuencia ²
Hematológicos	Leucopenia, neutropenia, trombocitopenia	No conocida
Sistema inmune	Reacción alérgica (p. ej., reacción anafiláctica, angioedema, urticaria)	No conocida
Endocrinos	Hiperprolactinemia	Poco frecuente
	Síndrome diabético hiperosmolar, cetoacidosis diabética	Frecuencia no conocida
Metabólicos	Diabetes mellitus	Frecuente
	Hiperglicemia	Poco frecuente
	Hiponatremia, anorexia	Frecuencia no conocida
Psiquiátricos	Insomnio, ansiedad, inquietud	Frecuentes
	Depresión, aumento libido sexual	Poco frecuente
	Intento suicida, ideación suicida, suicidio consumado, trastornos del control de los impulsos, agitación	Frecuencia no conocida
Neurológicos	Acatisia, síntomas extrapiramidales, temblor, cefalea, sedación, somnolencia, mareo	Frecuentes
	Discinesia tardía, distonía	Poco frecuentes
	Síndrome neuroléptico maligno (SNM), síndrome serotoninérgico, trastornos del habla	Frecuencia no conocida
Oculares	Visión borrosa	Frecuente
	Diplopía, fotofobia	Poco frecuentes
Cardíacos	Taquicardia	Poco frecuente
Vasculares	Hipotensión ortostática	Poco frecuente
	Tromboembolismo venoso (incluyendo embolismo pulmonar y trombosis venosa profunda), hipertensión arterial, síncope	Frecuencia no conocida
Gastrointestinales	Estreñimiento, dispepsia, náuseas, hipersecreción salival, vómitos	Frecuentes
	Pancreatitis, disfagia, diarrea	Poco frecuentes
	Dolor abdominal	Frecuencia no conocida

Cuando aparecen efectos secundarios, es importante mantener la monitorización clínica y esperar a que estos cedan, pero si no desaparecen, dependiendo de la intensidad, se puede reducir la dosis y reiniciar el proceso de titulación de dosis hasta la respuesta clínica.

² Muy frecuentes ($\geq 10\%$), frecuentes (1–10%), poco frecuentes (0,1–1%), raras (0,01–0,1%), muy raras ($< 0,0001\%$) y de frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles).

Monitorización:

Evaluación	Previo al inicio de tratamiento	Durante el tratamiento
Historia clínica	Antecedentes personales: ▸ Epilepsia ▸ Discinesia ▸ Daño hepático crónico ▸ Insuficiencia renal Antecedentes personales y/o familiares: ▸ Diabetes ▸ Hipercolesterolemia ▸ Hipertensión arterial ▸ Enfermedad cardiovascular	En cada control, sobre todo en fase de titulación: ▸ Explorar posibles efectos secundarios
Examen físico	▸ Signos vitales: Presión arterial, frecuencia cardíaca. ▸ Antropometría: peso, talla, IMC, circunferencia de cintura.	En cada control, sobre todo en fase de titulación: ▸ Estado mental, síntomas extrapiramidales, galactorrea. ▸ Signos vitales: Presión arterial, frecuencia cardíaca. ▸ Antropometría: peso, talla, IMC, circunferencia de cintura.
Laboratorio	▸ Hemograma ▸ Glicemia ayuna ▸ Función hepática ▸ Perfil lipídico ▸ Función renal ▸ Electrolitos plasmáticos	Cada 3 meses: Hemograma Glicemia ayuna Función hepática Perfil lipídico Función renal
ECG	▸ Solicitar en caso de antecedentes personales de: ▸ Soplo cardíaco ▸ Latidos cardíacos irregulares ▸ Taquicardia en reposo ▸ Síncope al realizar esfuerzos ▸ En caso de co-tratamiento con otro medicamento que prolonga el QTc Solicitar en caso de antecedentes familiares de: ▸ Muerte súbita cardíaca en familiares de primer grado (hombres < 50 años, mujeres < 55 años) ▸ Síndrome de QT prolongado	

MELATONINA

Como se señaló en el capítulo 2, dentro de las principales co-ocurrencias del TEA se encuentran los trastornos del sueño. Un sueño no reparador puede alterar el comportamiento social de los NNA, provocando irritabilidad emocional, mayor dificultad en la capacidad de atención y alteración de las funciones ejecutivas, afectando la calidad de vida(110).

La melatonina ha mostrado eficacia como tratamiento suplementario a las medidas conductuales para la higiene del sueño. Estas medidas son fundamentales de evaluar y procurar en todos los NNA.

TABLA 27. MEDIDAS RECOMENDADAS EN EL MANEJO DEL INSOMNIO DE INICIO EN EDAD PEDIÁTRICA

Medidas de higiene del Sueño
Rutinas previas al sueño: ▸ Procure que los horarios de acostar y levantar sean lo más regulares posible ▸ Evite las siestas muy prolongadas y/o que terminen más allá de las 17.00h ▸ Favorezca que el dormitorio del niño sea un lugar agradable, evite castigarlo “a su cuarto”
Medidas ambientales ▸ Favorezca la actividad física y evite que sea a última hora del día ▸ Exponerse al sol AM, ya que la luz que llega a los ojos favorece el inicio del sueño más precoz nocturno. ▸ Una temperatura ambiental en el dormitorio entre 19 y 22°C favorece el sueño. ▸ Favorezca un ambiente silencioso ▸ El uso de tecnología (Internet, ordenadores, juegos, móviles, etc.) debe finalizar al menos 1 hora antes del inicio de las rutinas del sueño.
Alimentación ▸ Separe, al menos media hora, la última toma del momento del inicio del sueño ▸ Evite las bebidas excitantes-estimulantes (colas, té, café, preparados comerciales, vigorizantes, etc.) a partir de mediodía ▸ Los hidratos de carbono y los alimentos ricos en triptófano (leche), tomados con moderación, favorecen el sueño

Fuente: (111)

La melatonina ha mostrado eficacia en NNA con trastorno del sueño como tratamiento suplementario a medidas conductuales. Las recomendaciones del Grupo de Trabajo de la Asociación Internacional de Medicina del Sueño y la Asociación internacional de Sueño Pediátrico para su uso son (112):

- El uso de melatonina debe ser implementado sólo bajo vigilancia médica en NNA autistas y otros trastornos del neurodesarrollo
- Los médicos deben considerar prescribir melatonina si las estrategias conductuales no son efectivas o parcialmente efectivas y existen condiciones médicas concomitantes que empeoren los síntomas.
- Antes del uso siempre descartar otros trastornos del sueño como, por ejemplo: Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño, Síndrome de piernas inquietas y trastornos respiratorios.
- Se debe realizar una correcta higiene del sueño previo al uso de melatonina.
- No hay datos en menores de 2 años por lo que se debe usar con precaución en niños y niñas menores.

- La dosis de inicio debe ser pequeña e ir escalando gradualmente hasta los 10 mg como máximo.
- Los médicos deben avisar sobre efectos adversos a los padres de los pacientes y de la insuficiencia de datos en el uso a largo plazo de la melatonina.
- Se recomienda usarla 30-60 minutos antes de hora de dormir deseada.
- Se debe controlar periódicamente el uso y necesidad de continuación del tratamiento, así como los efectos adversos.

A continuación, se presentan los aspectos fundamentales a considerar en la administración de melatonina en NNA con diagnóstico de TEA(111,113,114):

Indicaciones generales

Se recomienda su indicación en los siguientes casos:

- En NNA con retraso en la fase de sueño vigilia.
- En trastorno por ritmo irregular del ciclo sueño-vigilia
- Alteraciones del ciclo circadiano
- Casos de producción insuficiente de melatonina
- Acrofase de melatonina adelantada o retrasada

Mecanismo de acción y farmacocinética

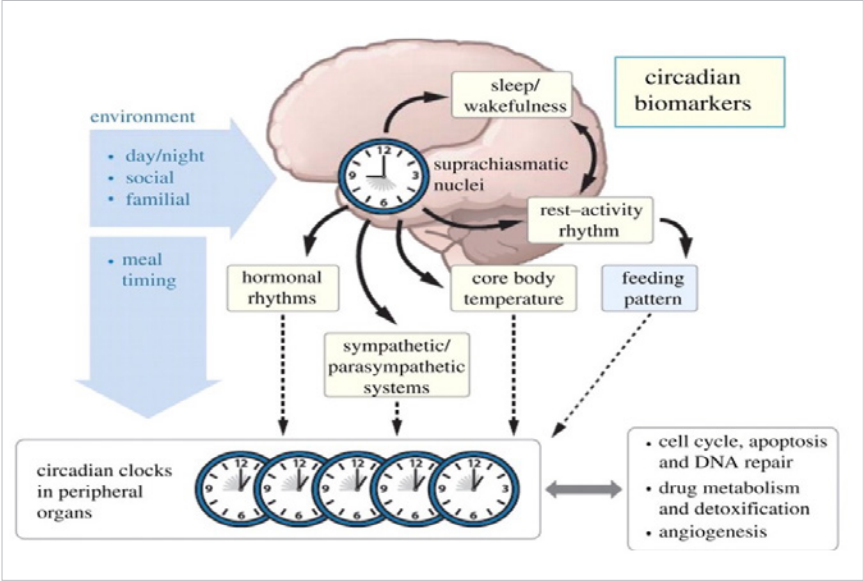
La melatonina es una Indoleamina endógena, secretada por la glándula pineal. Su secreción se produce frente a un ambiente de oscuridad y es suprimida por la luz.

La melatonina es agonista de dos receptores:

- MT1: locus coeruleus, rafe dorsal y las áreas CA2 y CA3 del hipocampo y núcleo supraquiasmático.
- MT2: tálamo reticular, sustancia negra, núcleo supraóptico, núcleo rojo y las áreas CA2, CA3, CA4 de el hipocampo y núcleo supraquiasmático.

Los ritmos circadianos cumplen una función relevante en el organismo, ya que permiten una estructura temporal a la interacción entre fisiología, metabolismo y medio ambiente. Las principales neuronas que generan el ciclo circadiano se encuentran en el núcleo supraquiasmático. Existen múltiples mecanismos de retroalimentación que entregan claves temporales al sistema circadiano, entre ellos el ciclo luz-oscuridad.

FIGURA 14.



Fuente: Scully, C. Skin surface temperature rhythms Interface Focus (2011) 1, 48-60

La cinética de la melatonina dependiente de la ingesta alimentaria, la cual aumenta su absorción y niveles plasmáticos. Más del 90% de la melatonina circulante se inactiva en el hígado por acción del citocromo P450 (CYP1A1 y CYP1A2).

La farmacocinética dependerá del tipo de melatonina y de la dosis(115), como se indica la siguiente tabla:

Farmacocinética		
Melatonina liberación rápida	Dosis de 3 mg de melatonina de liberación rápida	Peak plasmático: 30 - 60 min tras su ingestión (este tiempo es independiente de la ingesta con alimento).
	Tiempo de acción	Sus valores permanecen elevados 3 - 4 hrs., tras su administración.
	Vida media	30 - 40 min.
Melatonina liberación lenta	Dosis de 2 mg de melatonina de liberación lenta	Peak plasmático: 60 min tras su ingestión (este tiempo es independiente de la ingesta con alimento). Se recomienda no fraccionarla para así evitar despertares nocturnos.
	Tiempo de acción	Sus valores permanecen elevados 5 - 7 hrs., tras su administración.
	Vida media	45 - 65 min.

Contraindicaciones

La evidencia disponible a la actualidad indica que el uso de melatonina en períodos de uso corto y prolongado (estudios de seguimiento hasta 3 años desde el inicio de tratamiento) es seguro, sin mayores efectos adversos comparado con placebo. Se debe recordar que la administración de melatonina debe ser **indicada por un profesional autorizado** (116).

DOSIS:

A la fecha, según la literatura revisada, no hay estudios que recomienden una edad mínima de administración. Sin embargo, la literatura disponible **no permite establecer la seguridad y eficacia de su administración en lactantes menores de 2 años** (117).

	Dosis Melatonina
Dosis de inicio y titulación	2 a 5 años: Se ha propuesto iniciar con dosis de 1 mg. Se puede aumentar gradualmente 0,5 a 1 mg. Cada semana hasta 3 mg. Vía oral 30-60 minutos antes de dormir > 5 años: Iniciar con 2,5 mg. Se puede aumentar gradualmente 0,5 a 1 mg. Cada semana hasta 5 mg. Vía oral 30-60 minutos antes de dormir
Administración	30 a 60 minutos antes de dormir
Dosis recomendada niños	< 40 kilos: 3 mg. ≥ 40 kilos: 5 mg.
Dosis máxima adultos	Se recomienda como dosis máxima 9 mg/noche

REFERENCIAS

1. UNICEF. Global multisectoral operational framework [Internet]. 2022 [citado 28 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.unicef.org/reports/global-multisectoral-operational-framework>
2. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*. 1 de noviembre de 1995;41(10):1403-9.
3. Schalock RL. The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*. 1 de marzo de 2004;48(3):203-16.
4. Ayres M, Parr JR, Rodgers J, Mason D, Avery L, Flynn D. A systematic review of quality of life of adults on the autism spectrum. *Autism*. 1 de octubre de 2018;22(7):774-83.
5. Chiang HM, Wineman I. Factors associated with quality of life in individuals with autism spectrum disorders: A review of literature. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 1 de agosto de 2014;8:974-86.
6. Robertson SM. Neurodiversity, Quality of Life, and Autistic Adults: Shifting Research and Professional Focuses onto Real-Life Challenges. 2009;
7. Ollendick T, Shirk SR. Clinical Interventions with Children and Adolescents: Current Status, Future Directions. *The Oxford Handbook of Clinical Psychology*. enero de 2012;
8. Lansdown G. La evolución de las facultades del niño. UNICEF. Florencia: Innocent Insight;
9. Fuentes J, Hervás A, Howlin P, (ESCAP ASD Working Party). ESCAP practice guidance for autism: a summary of evidence-based recommendations for diagnosis and treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1 de junio de 2021;30(6):961-84.
10. Steiner A. A Strength-Based Approach to Parent Education for Children With Autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*. 1 de julio de 2011;13:178-90.
11. Koegel RL, Bimbela A, Schreibman L. Collateral effects of parent training on family interactions. *J Autism Dev Disord*. 1996/06/01 ed. junio de 1996;26(3):347-59.
12. Brookman-Frazee L, Koegel RL. Using Parent/Clinician Partnerships in Parent Education Programs for Children with Autism. 2004;
13. Dawson-Squibb JJ, Davids EL, Harrison AJ, Molony MA, de Vries PJ. Parent Education and Training for autism spectrum disorders: Scoping the evidence. *Autism*. 2019/05/10 ed. enero de 2020;24(1):7-25.
14. Marco EJ, Hinkley LBN, Hill SS, Nagarajan SS. Sensory Processing in Autism: A Review of Neurophysiologic Findings. *Pediatric Research*. 1 de mayo de 2011;69(8):48-54.
15. Thye MD, Bednarz HM, Herringshaw AJ, Sartin EB, Kana RK. The impact of atypical sensory processing on social impairments in autism spectrum disorder. *Developmental Cognitive Neuroscience*. 1 de enero de 2018;29:151-67.
16. Rycroft-Malone J, Seers K, Titchen A, Harvey G, Kitson A, McCormack B. What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*. 1 de julio de 2004;47(1):81-90.

17. Nicolás Meza, Valeria Rojas, Camila Micaela Escobar Liquitay, Ignacio Pérez, Francisca Aguilera Johnson, Claudia Amarales Osorio, et al. Non-pharmacological interventions for autism spectrum disorder in children: an overview of systematic reviews. *BMJ EBM*. 1 de agosto de 2023;28(4):273.
18. Virues-Ortega J. Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: meta-analysis, meta-regression and dose-response meta-analysis of multiple outcomes. *Clin Psychol Rev*. 2010/03/13 ed. junio de 2010;30(4):387-99.
19. Tiura M, Kim J, Detmers D, Baldi H. Predictors of longitudinal ABA treatment outcomes for children with autism: A growth curve analysis. *Res Dev Disabil*. 2017/10/01 ed. noviembre de 2017;70:185-97.
20. Reichow B, Hume K, Barton EE, Boyd BA. Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2018/05/10 ed. 9 de mayo de 2018;5:CD009260.
21. Makrygianni MK, Reed P. A meta-analytic review of the effectiveness of behavioural early intervention programs for children with Autistic Spectrum Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 1 de octubre de 2010;4(4):577-93.
22. Boshoff K, Bowen H, Paton H, Cameron-Smith S, Graetz S, Young A, et al. Child Development Outcomes of DIR/Floortime TM-based Programs: A Systematic Review. *Can J Occup Ther*. 2020/02/06 ed. abril de 2020;87(2):153-64.
23. Tiede G, Walton KM. Meta-analysis of naturalistic developmental behavioral interventions for young children with autism spectrum disorder. *Autism*. 2019/04/26 ed. noviembre de 2019;23(8):2080-95.
24. Virues-Ortega J, Julio FM, Pastor-Barriuso R. The TEACCH program for children and adults with autism: a meta-analysis of intervention studies. *Clin Psychol Rev*. 2013/08/31 ed. diciembre de 2013;33(8):940-53.
25. Dawson G, Rogers S, Munson J, Smith M, Winter J, Greenson J, et al. Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics*. 2009/12/02 ed. enero de 2010;125(1):e17-23.
26. 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*. 2019/11/22 ed. abril de 2020;24(3):718-29.
27. Rogers S, Dawson G. Early Start Denver Model for Young Children with Autism: Promoting Language, Learning, and Engagement. En 2009 [citado 1 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Early-Start-Denver-Model-for-Young-Children-with-Rogers-Dawson/88564bb9258a50cc1fb7e8bb40ac3737e0a096fb>
28. Forbes HJ, Travers JC, Vickers Johnson J. A Systematic Review of Linguistic and Verbal Behavior Outcomes of Pivotal Response Treatment. *J Autism Dev Disord*. 2019/11/27 ed. marzo de 2020;50(3):766-78.
29. Goods KS, Ishijima E, Chang YC, Kasari C. Preschool based JASPER intervention in minimally verbal children with autism: pilot RCT. *J Autism Dev Disord*. 2012/09/12 ed. mayo de 2013;43(5):1050-6.

30. Shire SY, Shih W, Chang YC, Bracaglia S, Kodjoe M, Kasari C. Sustained Community Implementation of JASPER Intervention with Toddlers with Autism. *J Autism Dev Disord*. 2019/01/11 ed. mayo de 2019;49(5):1863–75.
31. Ingersoll B, Wainer A. Initial efficacy of project ImPACT: a parent-mediated social communication intervention for young children with ASD. *J Autism Dev Disord*. 2013/05/22 ed. diciembre de 2013;43(12):2943–52.
32. Stahmer AC, Rieth SR, Dickson KS, Feder J, Burgeson M, Searcy K, et al. Project ImPACT for Toddlers: Pilot outcomes of a community adaptation of an intervention for autism risk. *Autism*. 2019/10/01 ed. abril de 2020;24(3):617–32.
33. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 2017/09/25 ed. 21 de septiembre de 2017;358:j4008.
34. Courchesne E, Campbell K, Solso S. Brain growth across the life span in autism: age-specific changes in anatomical pathology. *Brain Res*. 2010/10/06 ed. 22 de marzo de 2011;1380:138–45.
35. Brignell A, Chenausky KV, Song H, Zhu J, Suo C, Morgan AT. Communication interventions for autism spectrum disorder in minimally verbal children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018/11/06 ed. 5 de noviembre de 2018;11:CD012324.
36. Divan G, Hamdani SU, Vajartkar V, Minhas A, Taylor C, Aldred C, et al. Adapting an evidence-based intervention for autism spectrum disorder for scaling up in resource-constrained settings: the development of the PASS intervention in South Asia. *Glob Health Action*. 2015/08/06 ed. 2015;8:27278.
37. Divan G. Editorial Perspective: «From there to here»: adapting child and adolescent mental health interventions for low-resource settings. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017/02/15 ed. marzo de 2017;58(3):325–7.
38. Estes A, Vismara L, Mercado C, Fitzpatrick A, Elder L, Greenson J, et al. The impact of parent-delivered intervention on parents of very young children with autism. *J Autism Dev Disord*. 2013/07/11 ed. febrero de 2014;44(2):353–65.
39. Oono IP, Honey EJ, McConachie H. Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013/05/02 ed. 30 de abril de 2013;(4):CD009774.
40. Organización Mundial de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud conexos (11a revisión). 2018;
41. 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*. 2014/09/13 ed. diciembre de 2014;44(12):2981–95.
42. 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*. abril de 2018;59(4):444–56.
43. Weissman, L., Bridgemohan, C., Augustyn, M., Patterson, M., & Torchia, M. Autism spectrum disorder in children and adolescents: Overview of management. 2018.

44. Waddington H, van der Meer L, Sigafoos J. Effectiveness of the Early Start Denver Model: a Systematic Review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1 de junio de 2016;3.
45. Rogers S. Early Start Denver Model. En 2016. p. 45-62.
46. Rogers SJ, Dawson G. Modelo Denver de atención temprana para niños pequeños con autismo: Estimulación del lenguaje, el aprendizaje y la motivación social. Cuarta. Gutiérrez GH, editor. *Autismo Ávila*; 2021. 520 p.
47. Almonte C, Montt M. (2019). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. 3era edición. 3o Edición. Mediterráneo; 2019. 868 p.
48. Hutchins T. MacArthur-Bates Communicative Development Inventories, Second Edition. En: Volkmar FR, editor. *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders* [Internet]. New York, NY: Springer; 2013 [citado 2 de febrero de 2023]. p. 1773-9. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1698-3_769
49. Stadnick NA, Stahmer A, Brookman-Frazee L. Preliminary Effectiveness of Project IMPACT: A Parent-Mediated Intervention for Children with Autism Spectrum Disorder Delivered in a Community Program. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1 de julio de 2015;45(7):2092-104.
50. Vismara LA, Nyugen L, McCormick CEB. Abbreviating the Early Start Denver Model for community-based family-centered care. 2023;
51. Ingersoll B, Dvortcsak A. Comunicación social para niños con autismo y otras dificultades del desarrollo, imPACT: guía para familia. 2020.
52. Bauminger-Zviely N. School-Age Children With ASD. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. Fourth Edition. 2014.
53. Hillier S, Civetta L, Pridham L. A Systematic Review of Collaborative Models for Health and Education Professionals Working in School Settings and Implications for Training. *Education for Health* [Internet]. 2010;23(3). Disponible en: https://journals.lww.com/edhe/fulltext/2010/23030/a_systematic_review_of_collaborative_models_for.6.aspx
54. Snow KL. Measuring School Readiness: Conceptual and Practical Considerations. *Early Education and Development*. 3 de enero de 2006;17(1):7-41.
55. Ladd GW, Herald SL, Kochel KP. School Readiness: Are There Social Prerequisites? *Early Education and Development*. 3 de enero de 2006;17(1):115-50.
56. Fleury VP, Thompson JL, Wong C. Learning How to Be a Student: An Overview of Instructional Practices Targeting School Readiness Skills for Preschoolers With Autism Spectrum Disorder. *Behav Modif*. 1 de enero de 2015;39(1):69-97.
57. Rotheram-Fuller E, Kasari C, Chamberlain B, Locke J. Social involvement of children with autism spectrum disorders in elementary school classrooms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1 de noviembre de 2010;51(11):1227-34.
58. Marsh A, Spagnol V, Grove R, Eapen V. Transition to school for children with autism spectrum disorder: A systematic review. *World J Psychiatry*. 17 Sep 22;7(3):184-96.

59. Green J, Garg S. Annual Research Review: The state of autism intervention science: progress, target psychological and biological mechanisms and future prospects. *J Child Psychol Psychiatry*. 4d. C.;59(4):424-43.
60. Neurology TL. Investing in autism: better evidence for better care. *The Lancet Neurology*. 1 de abril de 2017;16(4):251.
61. 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*. 2020/03/07 ed. mayo de 2020;19(5):434-51.
62. American Speech-Language-Hearing Association. Social communication disorder [Internet]. Disponible en: www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Social-Communication-Disorder/
63. World Health Organization. The international classification of functioning [Internet]. 2001. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf?sequence=1>
64. Mancil R. Functional communication training: A review of the literature related to children with autism. *Education and Training in Developmental Disabilities*. 1 de septiembre de 2006;41:213-24.
65. Joshi RM, G A. The component model of reading: Simple view of reading made a little more complex. *Reading Psychology*. 1 de abril de 2000;21:85-97.
66. Lanter Elizabeth, Watson Linda R. Promoting Literacy in Students With ASD: The Basics for the SLP. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. 1 de enero de 2008;39(1):33-43.
67. Kendeou P, Savage R, van den Broek P. Revisiting the simple view of reading. *The British journal of educational psychology*. 1 de diciembre de 2008;79:353-70.
68. Tam JYC, Barrett EA, Ho AYH. Narrative intervention in school-aged children with autism spectrum disorder: a systematic review. *Speech, Language and Hearing*. 2 de octubre de 2022;25(4):463-80.
69. Timler GR. Let's Talk: Review of Conversation Intervention Approaches for School-Aged Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder.
70. Sng CY, Carter M, Stephenson J. A Review of Video Modelling and Scripts in Teaching Conversational Skills to Individuals with Autism Spectrum Disorders. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1 de junio de 2014;1(2):110-23.
71. Distefano C, Kasari C. The Window to Language is Still Open: Distinguishing Between Preverbal and Minimally Verbal Children With ASD. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*. 31 de marzo de 2016;1:4.
72. DiStefano C, Shih W, Kaiser A, Landa R, Kasari C. Communication growth in minimally verbal children with ASD: The importance of interaction. *Autism Research*. 1 de octubre de 2016;9(10):1093-102.
73. Tarshis Nancy, Winner Michelle Garcia, Crooke Pamela. What Does It Mean to Be Social? Defining the Social Landscape for Children With Childhood Apraxia of Speech. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*. 17 de agosto de 2020;5(4):843-52.

74. Nowell Sallie W., Watson Linda R., Boyd Brian, Klinger Laura G. Efficacy Study of a Social Communication and Self-Regulation Intervention for School-Age Children With Autism Spectrum Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. 12 de julio de 2019;50(3):416-33.
75. Ministerio de Salud de Chile. Intervenciones no farmacológicas para abordar las necesidades de adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA). En 2023. Disponible en: <https://etesa-sbe.minsal.cl/index.php/publicaciones/>
76. Autism Speaks. Recurso sobre adolescencia y pubertad: Una guía para padres de adolescentes con un trastorno del espectro autista..
77. Platero Méndez, Raquel. Trans*sexualidades. Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos [Internet]. Ediciones Bellaterra). Barcelona, España; 2014. Disponible en: <https://www.etsex.cl/wp-content/uploads/2021/05/Platero-Mendez-R.-L.-2014.-TRANSexualidades.-Acompanamiento-factores-de-salud-y-recursos-educativos.pdf>
78. Nippold M. Language Development during the Adolescent Years: Aspects of Pragmatics, Syntax, and Semantics. *Topics in Language Disorders - TOP LANG DISORD*. 1 de febrero de 2000;20:15-28.
79. Paul, R., & Norbury, C. F. Language disorders from infancy through adolescence. Elsevier Health Sciences. 2012.
80. Nippold M. Unlocking Logical Fallacies: A Key to Building Critical Thinking Skills in Adolescents. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*. 20 de noviembre de 2023;9:1-13.
81. Christoforides M, Spanoudis G, Demetriou A. Coping With Logical Fallacies: A Developmental Training Program for Learning to Reason. *Child Development*. 1 de noviembre de 2016;87(6):1856-76.
82. Green AE, Kenworthy L, Mosner MG, Gallagher NM, Fearon EW, Balhana CD, et al. Abstract Analogical Reasoning in High-Functioning Children with Autism Spectrum Disorders. *Autism Research*. 1 de diciembre de 2014;7(6):677-86.
83. McConkey R. Nurturing the Positive Mental Health of Autistic Children, Adolescents and Adults alongside That of Their Family Care-Givers: A Review of Reviews. *Brain Sci*. 27 de noviembre de 2023;13(12):1645.
84. España, Confederación Autismo. Bienestar emocional en el trastorno del espectro del autismo: infancia y adolescencia. 2020.
85. Enhancing the social networks of adults with ASD: a low level community intervention | Request PDF [Internet]. [citado 29 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/349292717_Enhancing_the_social_networks_of_adults_with_ASD_a_low_level_community_intervention
86. McDonald TA, Machalicek W. Systematic review of intervention research with adolescents with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 1 de noviembre de 2013;7:1439-60.
87. Oshima F, Mandy W, Seto M, Hongo M, Tsuchiyagaito A, Hirano Y, et al. Cognitive behavior therapy for autistic adolescents, awareness and care for my autistic traits program: a multicenter randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 7 de septiembre de 2023;23(1):661.

88. Martos-Pérez J, Llorente-Comí M. Tratamiento de los trastornos del espectro autista: unión entre la comprensión y la práctica basada en la evidencia. *Rev Neurol*. 2013;57(1):s185-91.
89. Laugeson EA, Frankel F, Gantman A, Dillon AR, Mogil C. Evidence-Based Social Skills Training for Adolescents with Autism Spectrum Disorders: The UCLA PEERS Program. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1 de junio de 2012;42(6):1025-36.
90. Reaven J, Blakeley-Smith A, Culhane-Shelburne K, Hepburn S. Group cognitive behavior therapy for children with high-functioning autism spectrum disorders and anxiety: a randomized trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1 de abril de 2012;53(4):410-9.
91. Wood JJ, Kendall PC, Wood KS, Kerns CM, Seltzer M, Small BJ, et al. Cognitive Behavioral Treatments for Anxiety in Children With Autism Spectrum Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 1 de mayo de 2020;77(5):474-83.
92. Kahn, J. S., Kehle, T. J., Jenson, W. R., & Clark, E. Comparison of cognitive-behavioral, relaxation, and self-modeling interventions for depression among middle-school students. *School Psychology Review*, 1990;19(2):196-211.
93. McNamee S y Gergen K J. La Terapia como Construcción Social. Paidós. 1996;277.
94. Olivares, J. Y Méndez, F. X. Técnicas de Modificación de Conducta. :2008.
95. McDonald TA, Machalicek W. Systematic review of intervention research with adolescents with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 1 de noviembre de 2013;7:1439-60.
96. Green SA, Ben-Sasson A, Soto TW, Carter AS. Anxiety and sensory over-responsivity in toddlers with autism spectrum disorders: bidirectional effects across time. *J Autism Dev Disord*. junio de 2012;42(6):1112-9.
97. Erik H. Erikson. Identity, youth and crisis. New York: W. W. Norton Company, 1968 - Kempf - 1969 - Behavioral Science - Wiley Online Library [Internet]. [citado 22 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bs.3830140209>
98. Bellini, Peters, Benner, Hopf. A Meta-Analysis of School-Based Social Skills Interventions for Children With Autism Spectrum Disorders | Request PDF [Internet]. [citado 22 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/258183293_A_Meta-Analysis_of_School-Based_Social_Skills_Interventions_for_Children_With_Autism_Spectrum_Disorders
99. Baron-Cohen S, Wheelwright S. The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *J Autism Dev Disord*. abril de 2004;34(2):163-75.
100. Orsmond GI, Krauss MW, Seltzer MM. Peer relationships and social and recreational activities among adolescents and adults with autism. *J Autism Dev Disord*. junio de 2004;34(3):245-56.
101. Qualter P, Vanhalst J, Harris R, Van Roekel E, Lodder G, Bangee M, et al. Loneliness across the life span. *Perspect Psychol Sci*. marzo de 2015;10(2):250-64.
102. Salpekar JA, Scahill L. Psychopharmacology Management in Autism Spectrum Disorder. *Pediatric Clinics of North America*. 1 de abril de 2024;71(2):283-99.

103. First drug to treat irritability associated with autism. FDA Consum. febrero de 2007;41(1):4.
104. Maneeton N, Maneeton B, Putthisri S, Woottitluk P, Narkpongphun A, Srisurapanont M. Risperidone for children and adolescents with autism spectrum disorder: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018;14:1811–20.
105. Stahl SM. *Essential Psychopharmacology: the Prescriber's Guide: Antipsychotics and Mood Stabilizers*. 1st edition. New York: Cambridge University Press; 2006. 136 p.
106. Gorman DA. *Pediatric Psychopharmacology: Principles and Practice*, Second Edition. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. noviembre de 2011;20(4):325–6.
107. Drugs and Lactation Database (LactMed®). National Institute of Child Health and Human Development; 2006.
108. Carvalho MM de, Góis C. [Hyperprolactinemia in mentally ill patients]. *Acta Med Port*. 2011;24(6):1005–12.
109. National Institute of Child Health and Human Development. Aripiprazole. En: *Drugs and Lactation Database (LactMed®)* [Internet]. Bethesda (MD): National Institute of Child Health and Human Development; 2006 [citado 5 de julio de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501016/>
110. Naveed M. Autism spectrum disorder (ASD): Disturbance of the melatonin system and its implications. *Biomedicine & Pharmacotherapy/Elsevier* [Internet]. 1 de enero de 2020 [citado 22 de mayo de 2024]; Disponible en: https://www.academia.edu/43576479/Autism_spectrum_disorder_ASD_Disturbance_of_the_melatonin_system_and_its_implications
111. Consenso sobre el uso de melatonina en niños y adolescentes con dificultades para iniciar el sueño [Internet]. [citado 10 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403314001593>
112. Kotagal S, Malow B, Spruyt K, Wang G, Bolaños Almeida CE, Tavera Saldaña LM, et al. Melatonin use in managing insomnia in children with autism and other neurogenetic disorders – An assessment by the international pediatric sleep association (IPSA). *Sleep Med*. 20 de abril de 2024;119:222–8.
113. Atkin T, Comai S, Gobbi G. Drugs for Insomnia beyond Benzodiazepines: Pharmacology, Clinical Applications, and Discovery. *Pharmacol Rev*. abril de 2018;70(2):197–245.
114. Morgenthaler TI, Lee-Chiong T, Alessi C, Friedman L, Aurora RN, Boehlecke B, et al. Practice parameters for the clinical evaluation and treatment of circadian rhythm sleep disorders. An American Academy of Sleep Medicine report. *Sleep*. noviembre de 2007;30(11):1445–59.
115. Poza JJ, Pujol M, Ortega-Albás JJ, Romero O. Melatonina en los trastornos de sueño. *Neurología*. 1 de septiembre de 2022;37(7):575–85.
116. Cagnacci A, Arangino S, Renzi A, Paoletti AM, Melis GB, Cagnacci P, et al. Influence of melatonin administration on glucose tolerance and insulin sensitivity of postmenopausal women. *Clin Endocrinol (Oxf)*. marzo de 2001;54(3):339–46.
117. Lewien C, Genuneit J, Meigen C, Kiess W, Poulain T. Sleep-related difficulties in healthy children and adolescents. *BMC Pediatrics*. 16 de febrero de 2021;21(1):82.



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

.....

ORIENTACIONES TÉCNICAS
ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO
DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA,
A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA