



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

1

ANTECEDENTES Y MARCO GENERAL PARA LA ATENCIÓN

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

ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

EQUIPO DE TRABAJO

COORDINADORA Y EDITORA TÉCNICA DEL MINISTERIO DE SALUD

María Paz Araya Álvarez	Departamento de Salud Mental. División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.
--------------------------------	--

RESPONSABLE TÉCNICO DEL MINISTERIO DE SALUD

Javiera Erazo Leiva	Jefa Departamento de Salud Mental. División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.
Soledad Martínez Gutierrez	Jefa División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.

PROFESIONALES DEL MINISTERIO DE SALUD. SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA, DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES.

Alejandro Gallegos	Oficina de Personas Adultas y Mayores. Departamento de Curso de Vida.
Cristian Mena Henriquez	Departamento de Salud Mental.
Cristóbal Castro Acuña	Departamento de Rehabilitación y Discapacidad.
Marcela Velásquez Beltrán	Programa Nacional de Salud de la Infancia. Departamento de Curso de Vida.
María Ignacia Sáez Agurto	Coordinación División.
María Paz Medel Salas	Programa Nacional de Salud de la Infancia. Departamento de Curso de Vida (2024).
Paloma Herrera Omegna	Oficina de Personas Adultas y Mayores. Departamento de Curso de Vida.
Valeria Rojas Osorio	Departamento de Salud Mental. Hospital Gustavo Fricke.

PROFESIONALES DEL MINISTERIO DE SALUD. SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES, DIVISIÓN DE GESTIÓN DE REDES ASISTENCIALES.

Claudia Celedón Carrasco	Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Programáticas.
Eduardo Artiga González	Unidad de Salud Mental. Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Programáticas.

**PROFESIONALES DEL MINISTERIO DE SALUD.
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES, DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA.**

Lorena Vera	Referente Infancia. Departamento de Gestión del Cuidado (2024).
Margarita Ramos Martínez	Referente Rehabilitación y Discapacidad. Departamento de Gestión del Cuidado (2024).
Nicolás Fierro Jordán	Referente Salud Mental. Departamento de Gestión del Cuidado (2024).
Ruth Aburto Vallejos	Chile Crece Contigo. Departamento de Gestión del Cuidado.
Verónica Véliz Rojas	Jefatura Chile Crece Contigo. Departamento de Gestión del Cuidado.

MESA DE EXPERTOS

COLABORADORES PRINCIPALES

Carolina Salinas Marchant	Fonoaudióloga. Universidad San Sebastián.
Daniela Wachholtz	Terapeuta Ocupacional. Universidad de Los Andes.
Gabriel Gatica Bahamondes	Psiquiatra Infantil y del Adolescente. Sección de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Pontificia Universidad Católica de Chile.
Gloria Escribano Röber	Genetista Clínica, Neurogenetista. Hospital Eloiza Díaz. Rama de Genética Clínica, Sociedad Chilena de Pediatría. Rama de Genética Humana, Sociedad Chilena de Genética.
Milenne Guzmán	Fonoaudióloga. Centro Integral de Salud Mental Infanto Juvenil Dr. Carlos Lorca. Servicio de Salud Metropolitano Occidente.
Nelson Nilo	Terapeuta Ocupacional. Hospital Gustavo Fricke.
Paola Pérez Escobar	Fonoaudióloga. Hospital Gustavo Fricke.
Paulina Hernández	CRS Salvador Allende. Servicio de Salud Occidente.
Scarlett Aravena	Psiquiatra Infanto-Adolescente. COSAM Ñuble Chillan / Hospital Clínico Herminda Martin. Servicio de Salud Ñuble.
Sebastián Gallegos Berríos	Terapeuta Ocupacional. Departamento de Terapia Ocupacional de la Universidad de Chile. Hospital Clínico Universidad de Chile.
Valeria Rojas Osorio	Neuropediatra. Hospital Gustavo Fricke.
Vanessa Kreisel Vera	Fonoaudióloga. Escuela de Fonoaudiología. Universidad de Valparaíso.

COLABORADORES	
Andrea Pardo	Terapeuta Ocupacional. Servicio de Salud Aconcagua (Representante Macrozona Centro Norte).
Andrés Román-Urrestarazu	Psiquiatra adultos. Universidad de Cambridge.
Angie Bichara	Kinesióloga. Secretaría Regional Ministerial de Salud Aysén.
Carmen Paola León Martínez	Neuropediatra Programa de Autismo. Hospital Eloisa Díaz de La Florida.
César Trigo	Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos.
Claudia López	Psiquiatra Infanto-Adolescente. Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia.
Constanza Arellano Leiva	Terapeuta Ocupacional. Referente Rehabilitación Integral y Salud Mental. Servicio de Salud Araucanía Sur.
Constanza Román	Psiquiatra adultos. Hospital Salvador.
Elisa Medeiros	Psiquiatra Infanto-Adolescente. Programa de Autismo Universidad Católica.
Fernanda Céspedes Watanabe	Terapeuta Ocupacional. Universidad de Los Andes.
Ignacio Wettling Carpio	Fonoaudiólogo. Colegio de Fonoaudiólogos.
Isabel López Saffie	Neuropediatra. Programa de Autismo Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile.
Karem Schleyer	Psicóloga. Servicio de Salud Aconcagua.
Katherine Hernández Ramírez	Educadora Diferencial y Educadora de Párvulos. Sala Habilitación para comunidad autista TEAcompaña. Corporación Municipal de La Florida.
Leonardo Alfonso Vidal	Terapeuta Ocupacional. Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Chile A.G.
Leonardo Farfan	Fundación Amasperger.
Luna Recabarren	Psicóloga. Servicio de Salud Metropolitano Norte.
Macarena Lizama Calvo	Pediatra. Comité NANEAS SOCHIPE.
Marcela Vega	Fonoaudióloga. Departamento de Fonoaudiología. Universidad de Chile.
Mariana Miranda Estrada	Fonoaudióloga. CESFAM Pitruquén. Servicio de Salud Araucanía Sur.

Mauricio López	Neuropediatra. Pontificia Universidad Católica.
Paula Alarcón Bañares	Psicóloga. Escuela de Psicología Universidad de la Frontera.
Pilar Monsalve	Médica Familiar. Sociedad Chilena de Medicina Familiar.
Ricardo García Sepúlveda	Psiquiatra Infanto-Adolescente. Programa de Autismo Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile.
Ricardo Godoy	Kinesiólogo. Servicio de Salud de Atacama (Representante Macro Norte).
Rocío Ojeda	Terapeuta Ocupacional. CESFAM Manuel Ferreira Guzmán, Chiloé. Servicio de Salud Chiloé.
Rodrigo Nieto Rojas	Psiquiatra adultos. Clínica Psiquiátrica Universitaria / Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Norte. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
Sebastián Robert	Psiquiatra adultos. Equipo trastornos del neurodesarrollo y autismo. Clínica Universidad de Los Andes.
Silvia Gómez	Fonoaudióloga. Secretaría Regional Ministerial de Salud Atacama.
Verónica Vidal	Fonoaudióloga. Colegio de Fonoaudiólogos.
Vicente Cancino Andrade	Psicóloga. Escuela de Psicología Universidad de La Frontera.

REPRESENTANTES MESA DE ENLACE DE ORGANIZACIONES SOCIALES DE AUTISMO DEL MINISTERIO DE SALUD. COLABORACIÓN EN LA ELABORACIÓN DE:

- Apartado 6 del capítulo 1.
- Apartado 4.2 del capítulo 2.
- Apartado 6 y 7 del capítulo 4.

Katherine Leyton Álvarez	Representante Macrozona Norte.
Mariluz Jiménez Araya	Representante Macrozona Centro Norte.
Jocelyn Parra Prado	Representante Macrozona Centro.
Chantal Garay Soto	Representante Macrozona Centro Sur.
Tamara Rojas Jadue	Representante Macrozona Sur.
Loreto Kemp Oyarzún	Representante Macrozona Sur Extremo.

CONSULTA PÚBLICA

Al término de la elaboración del documento borrador, se realizó una consulta pública abierta en línea desde el día 29 de octubre al 15 de noviembre 2024.

MESA DE ENLACE DE REPRESENTANTES ORGANIZACIONES SOCIALES

Posterior a la consulta pública, los puntos más observados se expusieron a la mesa de enlace de MINSAL, compuesta por representantes macrozonales de las organizaciones sociales de autismo del país.

DOCUMENTO FINAL

Finalmente se realizan los ajustes al documento de acuerdo con la pertinencia de las recomendaciones recibidas en la consulta pública y a la Mesa de Enlace y la concordancia con los modelos de referencia del sistema de salud.

Aún quedan importantes desafíos identificados en este proceso que se pueden incorporar en procesos de desarrollo continuos y futuros.

INTRODUCCIÓN

Las personas autistas componen un grupo altamente heterogéneo con diferentes necesidades de apoyo. Muchas de las personas autistas y sus familias enfrentan diariamente barreras sociales y económicas que afectan su calidad de vida. Así también las condiciones y enfermedades asociadas implican mayores complejidades y desafíos. Por lo anterior, la naturaleza, intensidad y extensión de los apoyos será diferente para cada individuo, y variará según la edad y condiciones co-ocurrentes, así como por el entorno físico, emocional y social en el que viven.

En este contexto, es deber del sistema público de salud, en sus diferentes niveles de atención y en coordinación con el intersector, entregar en forma oportuna, una atención integral y centrada en la persona y su familia a lo largo del curso de vida, brindando acciones desde la detección, evaluación integral, hasta acciones de apoyo y tratamiento/rehabilitación, acordes además a su etapa de desarrollo y en base a la evidencia internacional, nacional y a la realidad local.



El bienestar y la calidad de vida de las personas autistas deben ser el objetivo fundamental de la atención en salud, brindando los apoyos necesarios para promover el desarrollo integral, la autonomía y la inclusión social de estas, desde un enfoque interseccional. Para lograr este desafío, es indispensable la efectiva articulación con el intersector y la utilización de los recursos propios de la comunidad para dar cobertura a aquellas necesidades que escapan del ámbito sanitario, pero que son muy necesarias para su desempeño pleno, participación y calidad de vida.

En virtud del principio de trato digno y neurodiversidad, en este documento se emplearán los términos “persona autista” o “NNA autista”, y se aludirá al Trastorno o TEA para referirse principalmente a los procesos clínico-asistenciales de detección, diagnóstico y tratamiento.

OBJETIVO GENERAL

Establecer directrices para brindar una atención integral a las personas autistas a través del curso de vida, en el marco del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario de la red pública de salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Entregar herramientas técnicas a los equipos de salud para la detección temprana y derivación oportuna a diagnóstico.
- Orientar sobre la evaluación diagnóstica integral de las personas.
- Entregar herramientas y recursos para el abordaje en salud de personas autistas y sus familias, en base a la evidencia actualizada y las características de nuestro sistema público de salud.

ALCANCE

Equipos de salud de atención primaria y especialidad que realizan acciones de detección, evaluación, confirmación diagnóstica, apoyo y abordaje terapéutico de personas autistas.

POBLACIÓN OBJETIVO

Niños, niñas, adolescentes y personas adultas en proceso de diagnóstico o con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista.

ORGANIZACIÓN DEL DOCUMENTO

- **Capítulo 1:** Antecedentes y marco general para la atención.
- **Capítulo 2:** Detección y evaluación diagnóstica integral del Trastorno del Espectro Autista en la niñez y adolescencia.
- **Capítulo 3:** Abordaje terapéutico del Trastorno del Espectro Autista en la niñez y adolescencia.
- **Capítulo 4:** Abordaje integral del Trastorno del Espectro Autista en personas adultas.
- **Capítulo 5:** Aspectos transversales del abordaje del Trastorno del Espectro Autista en todo el curso de vida.

ABREVIATURAS

AC	Atención Conjunta
APS	Atención Primaria de Salud
AVD	Actividades de la Vida Diaria
CAA	Comunicación Aumentativa Alternativa
CDC	Centro de Control y Prevención de Enfermedades
CIE 11	Clasificación Internacional de Enfermedades 11
DSM 5	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5
ECICEP	Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas
EDI	Evaluación Diagnóstica Integral
FDA	Administración de Alimentos y Medicamentos
ICARR	Intereses, Conductas y Actividades Restrictivas y Repetitivas
MADI	Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil
RBC	Modelo de Rehabilitación Basada en Comunidad
MSD	Modelo de Salud Digital
MSMC	Modelo de Salud Mental Comunitaria
NANEAS	Niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales en salud
NEE	Necesidades educativas especiales
NNA	Niños, niñas y adolescentes
RIIS	Redes Integradas de Servicios de Salud
TEA	Trastorno del Espectro Autista
ToM	Teoría de la mente

GLOSARIO

Atención Conjunta: Fenómeno del desarrollo en que los niños y niñas son capaces de compartir con otra persona el interés común en un objeto, de modo que puedan alternar la dirección de la mirada entre una persona y el objeto de interés.

Atención Coordinada: Fenómeno donde dos personas miran el mismo objeto al mismo tiempo, con o sin conciencia del estado de atención de la otra persona.

Atención Social: Refiere a la capacidad de niños y niñas para estar en sintonía con las caras de los demás, leer sus expresiones, escuchar sus verbalizaciones, observar sus gestos corporales e integrar todos estos estímulos en una interacción significativa.

Camuflaje: Proceso mediante el cual las personas autistas aprenden a ocultar o suprimir sus características y comportamientos naturales para adaptarse a las normas sociales predominantes.

Comunicación: Consiste en transmitir y recibir la información o la intención hacia y de otra persona. Los actos comunicativos, pueden ser verbales (con palabras) y/o no verbales (miradas, gestos, vocalizaciones, gritos, movimientos), se utilizan para responder, para iniciar o para alcanzar algún efecto en particular sobre otra persona o para indicar algún deseo.

Comunicación Funcional: Se centra en la capacidad de expresar necesidades, deseos y pensamientos de manera efectiva para satisfacer sus demandas diarias y participar en actividades significativas, tanto en entornos escolares y sociales. Incluye habilidades como hacer peticiones, expresar preferencias, participar en interacciones sociales básicas y comprender y seguir instrucciones.

Comunicación Social: Se refiere a la capacidad de interactuar con los demás de manera efectiva y comprender las sutilezas de la comunicación no verbal. Implica habilidades como comprender gestos y expresiones faciales, entender el lenguaje corporal y la toma de turnos en una conversación y comprender cambios de códigos lingüísticos y comunicativos según el contexto.

Habilidades de Feedback y Feedforward: Feedback se centra en hechos o eventos pasados, mientras que el feedforward se orienta hacia el futuro y se basa en anticipación y planificación.

Intención Comunicativa: La intención comunicativa es la habilidad para iniciar y transmitir ideas significativas y ser consciente de que la otra persona es un agente comunicativo, que está disponible para responder a la comunicación. El desarrollo de la intencionalidad se produce cuando el niño o niña se da cuenta del efecto de sus acciones/ vocalizaciones en otras personas.

Mentalización o Teoría de la Mente: Es la capacidad de atribuir emociones, intenciones y conocimiento a uno mismo y otros y de entender que ambos son procesos diferenciados.



Neurodivergente: Se refiere a aquellas personas que comparten un desarrollo neurológico en algunos aspectos diferente al de la mayoría o atípico desde un punto de vista estadístico.

Neurodiversidad: Perspectiva de que las variaciones cerebrales entre las personas son naturales y representan un componente valioso de la diversidad humana.

Neurotípico: Se refiere a aquellas personas cuyo funcionamiento neurológico puede considerarse típico o estándar dentro de una sociedad.

Pragmática: Corresponde a la dimensión del lenguaje que actúa como interfaz entre las habilidades sociales, cognitivas y lingüísticas. Se puede clasificar en pragmática conversacional (uso de gestos, posturas, uso de miradas, etc.) y pragmática inferencial (comprensión de significados no literales tales como chistes, ironías, metáforas e intenciones de los demás, entre otros).

Procesamiento Sensorial: Se refiere a la capacidad de regular y organizar la información sensorial de manera adaptativa y graduada.

A photograph of two young boys sitting at a table. The boy on the left is wearing a grey hoodie with a 'SONIC BOOM' graphic and is smiling while holding a small, round, colorful sprinkle cookie. The boy on the right is wearing a brown hoodie with 'DETROIT Academy' text and is making a peace sign with his right hand while holding a similar cookie in his left. The background is a wooden wall decorated with red and yellow balloons. A purple banner is overlaid at the top.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES Y MARCO GENERAL PARA LA ATENCIÓN

Con el fin de brindar antecedentes y contexto que orienten la atención de personas autistas en la red de salud pública, a continuación, se describen el marco conceptual, normativo y modelos de salud y principios en los que se enmarca la atención, para luego presentar los componentes y procesos asistenciales centrales en el abordaje integral de niños, niñas, adolescentes y personas adultas.

ÍNDICE

1. MARCO CONCEPTUAL	15
2. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA.....	19
3. MARCO NORMATIVO	21
4. MODELOS DE ATENCIÓN EN LOS QUE SE ENMARCA LA ATENCIÓN	23
5. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA ATENCIÓN.....	25
6. TRATO DIGNO Y USO DEL LENGUAJE	28
7. RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN PERTINENTE.....	29
8. ABORDAJE INTEGRAL EN LA RED DE SALUD PÚBLICA.....	31
8.1. DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL	31
8.2. ABORDAJE TERAPÉUTICO Y PLANIFICACIÓN CENTRADA EN LA PERSONA	32
8.3. REVISIÓN PERIÓDICA DE AVANCES Y OBJETIVOS PROPUESTOS	35
9. APOYO Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA RED DE SALUD A TRAVÉS DEL CURSO DE VIDA	36
10. ANEXOS.....	38
11. REFERENCIAS	39

1. MARCO CONCEPTUAL

La comprensión del autismo ha experimentado transformaciones sustanciales desde la época en la que Kanner (1943) describió la condición hace casi 80 años y probablemente seguirá evolucionando. Las implicaciones de este cambio apenas comienzan a ser comprendidos y abren muchas vías nuevas para el diálogo y la investigación(1).

El Manual Diagnóstico Estadístico (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), de la Organización Mundial de la Salud, son los principales marcos a través de los cuales se establece el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA), en base a la definición de criterios específicos. Este enfoque ha ofrecido una comprensión y lenguaje compartidos en materias científicas y sociológicas, así como también es considerado esencial para representar las necesidades clínicas y la heterogeneidad de la condición (1).

Por su parte, el paradigma de la neurodiversidad contempla la perspectiva de que las variaciones cerebrales entre las personas son naturales y representan un componente valioso de la diversidad humana. Dentro de esta neurodiversidad, la mayoría de las personas sigue un desarrollo neurológico que puede considerarse típico, a quienes se les denomina **neurotípicas**. Una parte más pequeña de la población comparte un desarrollo neurológico en algunos aspectos diferente al de la mayoría o atípico desde un punto de vista estadístico. Estas personas se definen como **neuroatípicas** o **neurodivergentes**.

Cuando la neurodiversidad se considera en conjunto con el modelo social de discapacidad, las barreras experimentadas por las personas autistas surgen a partir de un desajuste entre el entorno que las rodea y el individuo, particularmente cuando estos entornos no están diseñados para personas autistas (1).



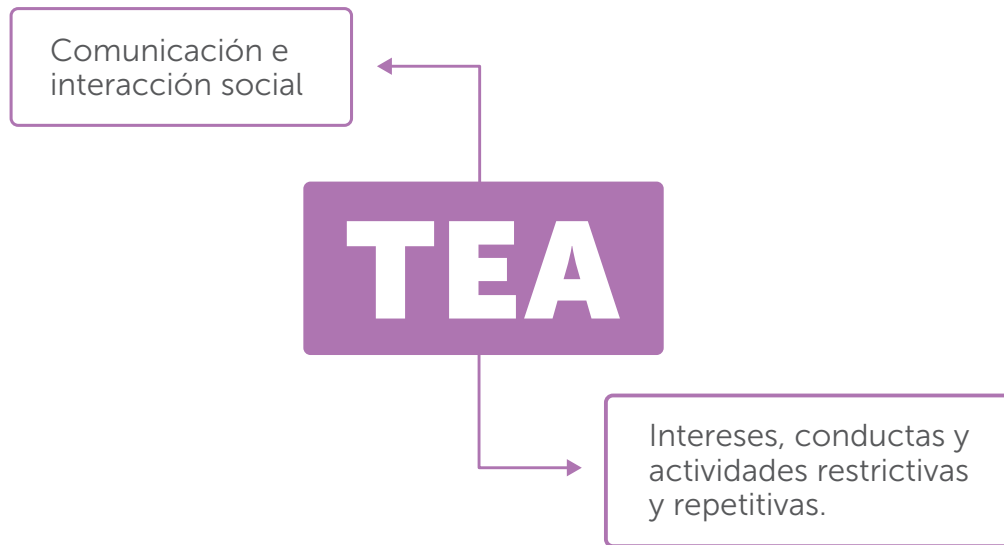
Acorde a la ley 21.545 el término Trastorno del Espectro Autista se utiliza para referirse a aquellas personas que presentan una diferencia o diversidad en el neurodesarrollo típico, que se manifiesta en dificultades significativas en la iniciación, reciprocidad y mantención de la interacción y comunicación social al interactuar con los diferentes entornos, así como también en conductas o intereses restrictivos o repetitivos. Como se señaló en la introducción, en virtud del principio de trato digno y neurodiversidad, en este documento se emplearán los términos “persona autista” o “NNA autista”, y se aludirá al Trastorno o TEA para referirse principalmente a los procesos clínico-asistenciales de detección, diagnóstico y tratamiento.

Se releva la importancia de aplicar los enfoques centrados en la persona y basados en las fortalezas, enfatizando en la inclusión, la autodeterminación, la calidad de vida, incluyendo la salud y el bienestar, y oportunidades equitativas similares a las que se ofrecen a las personas neurotípicas.

CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA DEL TEA

De acuerdo con la actualización en las categorías diagnósticas plasmadas en el DSM 5 y CIE 11 ya no se divide el TEA en entidades separadas, es decir, no se utiliza la antigua clasificación: trastorno de autismo, trastorno de Asperger, trastorno desintegrativo de la infancia y trastorno generalizado no-especificado del desarrollo. Esto refleja el consenso científico actual de que estos trastornos se pueden considerar dentro de un diagnóstico dimensional, con niveles variables en la intensidad de las características en dos áreas centrales: Déficits en la comunicación social y en la interacción social; Restricción de conductas e intereses y presencia de actividades repetitivas, de acuerdo a la siguiente figura:

FIGURA 1. DIMENSIONES SINTOMÁTICAS DE LOS TEA SEGÚN CIE 11 Y DSM 5



Fuente: Elaboración propia en base a DSM 5 y CIE 11.

Para determinar la existencia de un trastorno, las dificultades deben ser lo suficientemente importantes como para generar un impacto negativo personal, familiar, social, educativo, ocupacional o de otras áreas importantes del funcionamiento. Estas dificultades se observan generalmente en todos los entornos y constituyen una característica generalizada de la persona, aunque la gravedad de los síntomas puede variar según el contexto social, educativo o de otro tipo. (Para mayor detalle de criterios diagnósticos según CIE 11 y según DSM 5 ver anexo 1).

En el DSM-5 se modifica la anterior categoría Trastornos Generalizados del desarrollo, separando el Trastorno del Espectro Autista del Síndrome de Rett, que se reconoce como una entidad genéticamente determinada e independiente del TEA, con el que sólo comparte algunas características clínicas.

Así también, DSM-5 establece distinciones según las características y el nivel de necesidades de apoyo del TEA (ver tabla 1), permitiendo la utilización de “Especificadores” para identificar características individuales como: con o sin discapacidad intelectual; con o sin problemas de lenguaje; asociado con una condición médica o genética conocida o con un factor ambiental; o con otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento.

TABLA 1. NIVELES DE NECESIDADES DE APOYO PARA EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA SEGÚN DSM 5.

NIVELES DE NECESIDADES DE APOYO PARA EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA		
NIVEL DE GRAVEDAD	COMUNICACIÓN SOCIAL	CONDUCTAS REPETITIVAS /RESTRICTIVAS
NIVEL 1 "REQUIERE APOYO"	En lugares sin apoyo, los déficits en la comunicación social causan limitaciones significativas. Dificultades para iniciar las interacciones sociales, y claros ejemplos de respuestas atípicas o no exitosas para las aperturas sociales de otros. Puede parecer tener un menor interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar en frases completas e involucrarse en una comunicación pero que falla en mantener una conversación, y cuyos intentos para hacer amigos son peculiares y típicamente ineficaces.	Inflexibilidad de la conducta que causa una interferencia significativa en el funcionamiento en uno o más contextos. Las dificultades para cambiar de conductas. Los problemas para organizar y planificar interfieren el funcionamiento independiente.
NIVEL 2 "REQUIERE APOYO SUSTANCIAL"	Marcados déficits en las habilidades de comunicación social verbal y no verbal, las limitaciones sociales aparecen incluso en situaciones con apoyos; las iniciaciones de las situaciones sociales son muy limitadas; y tiene una respuesta a las aperturas sociales de los demás reducida o anormal. Por ejemplo, una persona que dice frases simples, cuya interacción se limita a un estrecho margen de intereses, y que tiene una marcada y peculiar comunicación no verbal.	Inflexibilidad de la conducta, dificultades para cambiar, u otras conductas repetitivas/restrictivas que son suficientemente obvias para cualquier observador e interfieren el funcionamiento en una variedad de contextos. Produce malestar o dificultad para cambiar la acción o el objetivo.
NIVEL 3 "REQUIERE APOYO MUY SUSTANCIAL"	Graves déficits en las habilidades de comunicación social verbal y no verbal causan graves limitaciones en el funcionamiento, iniciación de las interacciones sociales muy limitadas, y mínima respuesta a las aperturas sociales de los demás. Por ejemplo, una persona con pocas palabras o habla inteligible que raramente inicia interacciones y, cuando lo hace, es a través de acercamientos inusuales y responde sólo a acercamientos sociales muy directos.	Inflexibilidad en la conducta, extrema dificultad para cambiar, u otras conductas repetitivas/restrictivas que interfieren marcadamente el funcionamiento en todas las esferas. Gran malestar/dificultad para cambiar la acción o el objetivo.

Fuente: Asociación Psiquiátrica Americana, 2014 (2).

En la **CIE-11** también se señala que las personas con diagnóstico de TEA pueden variar a lo largo del espectro de funcionamiento intelectual y lingüístico, pero en lugar de la clasificación descriptiva de la gravedad que figura en el DSM-5, propone la siguiente subdivisión:

TABLA 2. CLASIFICACIÓN CIE-11 DEL TEA SEGÚN FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL Y HABILIDADES DE LENGUAJE¹.

	TRASTORNO DEL DESARROLLO INTELECTUAL	DEFICIENCIA DEL LENGUAJE FUNCIONAL
6A02.0	Sin trastorno	Sin trastorno o muy leve
6A02.1	Con trastorno	Sin trastorno o muy leve
6A02.2	Sin trastorno	Con trastorno
6A02.3	Con trastorno	Con trastorno
6A02.4	Sin trastorno	Ausencia de lenguaje funcional
6A02.5	Con trastorno	Ausencia de lenguaje funcional

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2018 (3).

Entre las diferencias de ambos sistemas de categorización diagnóstica, se puede señalar que el CIE-11 no incluye hiper o hiporreactividad a los estímulos sensoriales, ni tampoco incluye intereses inusuales en los aspectos sensoriales del entorno. Sin embargo, la sección sobre el Desarrollo del Lenguaje incluye una categoría caracterizada principalmente por la deficiencia del lenguaje pragmático, que refleja el Trastorno de Comunicación Social del DSM-5. Otras diferencias con el DSM-5 radican en que el CIE-11 aporta pautas detalladas para distinguir entre TEA con y sin discapacidad intelectual, mientras que el DSM-5 señala que ambas entidades pueden coexistir. Además, el CIE-11 incluye la pérdida de habilidades previamente adquiridas como una característica a tener en cuenta para el diagnóstico, junto con poner menos énfasis en el tipo de juego, centrándose más en si existen o no reglas estrictas o falta de flexibilidad, esto considerando las características culturales que pueden ser diferentes para cada país.

El TEA no tiene una causa única; en su desarrollo confluyen factores genéticos (se estima que es hereditario entre un 40% y un 80%, con cientos de genes asociados), ambientales y epigenéticos que interactúan durante etapas clave del desarrollo cerebral. Aunque aún no se comprende completamente, la investigación continúa avanzando hacia una mejor comprensión de sus bases neurobiológicas (4).

Mayores detalles sobre la caracterización de la condición y posible co-ocurrencias se encuentran desarrollados en los capítulos 2 y 4 según curso de vida.

¹ Existen dos categorías adicionales, no descritas (6A02.Y / 6A02.Z): para "otro" trastorno especificado del espectro autista; y para un trastorno "no específico" del espectro autista.

2. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Las estimaciones epidemiológicas a nivel mundial sugieren una prevalencia de TEA del 100 en 10.000 personas, con estimaciones precisas que van desde 1,09 en 10.000 a 436,0 en 10.000. Esta amplia variación en las estimaciones refleja diferencias específicas de la comunidad en el acceso a los servicios, conciencia de la condición y factores sociodemográficos(5).

Por su parte, en el año 2000 el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades en Estados Unidos (CDC) estableció la Red de Monitoreo del Autismo y Discapacidades del Desarrollo como un sistema de vigilancia de la salud pública basado en la población para estimar la prevalencia de TEA en niños de 8 años (cohorte de edad). Se optó por tomar esta edad, dos años después del inicio de la escolarización obligatoria, por considerar que el diagnóstico debía ya ser estable.



Los primeros reportes de resultados del año 2000-2002 establecen que 1 de cada 150 niños y niñas tenían diagnóstico de TEA(6). Los informes de la CDC publicados posteriormente en relación a los años 2010 y 2012 revelaron tasas de prevalencia comparables (aproximadamente 1 en 68) (7), lo que representa un aumento de más del doble respecto a los datos previos. El último informe publicado sobre vigilancia al año 2020 reveló una tasa mayor de 1 en 36 (2.8%) (8).

Históricamente, se ha observado un predominio de casos masculinos en la población autista, con una relación de 1 mujer por cada 4 hombres, de acuerdo al mismo informe de la CDC (8). Sin embargo, investigaciones recientes sugieren que podría haber más niñas y mujeres con este diagnóstico, sería una relación de 1 es a 3, e incluso podría llegar de 1 es a 2, esto por el mayor conocimiento que se tiene actualmente del perfil femenino del TEA(9). Se ha con-

cluido que el diagnóstico en mujeres se realiza en forma más tardía que en varones (10), son menos propensas a recibir un diagnóstico en comparación con los varones (9,11), necesitan más señales de alerta para ser identificadas con un diagnóstico de TEA, existiendo además posibles limitaciones en las herramientas de diagnóstico actuales (12). Para mayor información ver capítulo 5 “Estrategias transversales para el abordaje de personas con diagnóstico de trastorno del espectro autista”.

Según investigaciones a nivel internacional, en población adulta, se observa un aumento del diagnóstico de TEA, que puede explicarse en estudios longitudinales, por una combinación de diagnóstico en la adultez y personas diagnosticadas en la infancia que ingresan a la edad adulta (13).

La cuarta versión de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) 2023-24, cuyo objetivo es conocer las características de la calidad de vida y salud de la población de 15 años y más residentes en Chile, aplicada a una muestra representativa a nivel nacional de 16.590 individuos, levantó información de autoreporte a través de la pregunta “Actualmente ¿Ud. ¿Ha sido diagnosticado con alguno de los siguientes problemas, condición de salud o enfermedades? -Trastornos Espectro Autista. Los resultados arrojaron una prevalencia de autoreporte de TEA de un 0,71%, no observando diferencias estadísticamente significativas por sexo, tramos etarios y quintiles de ingreso. Para mayor información acceda al Informe de Principales Resultados en: https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2025/08/Informe_ENCAVI_2023_24.pdf.

Un estudio recientemente publicado en Chile, realizó una primera aproximación orientada a estimar la prevalencia de TEA en el país, a través del desarrollo de un estudio de casos y controles en base a un modelo de regresión de efectos mixtos de dos niveles a partir del registro del Programa de Integración Escolar (PIE) del año 2021 de 3.056.306 niños y niñas de 6 a 18 años, complementando con el análisis de los datos clínicos del Servicio de Salud Araucanía Sur (SSAS) de 2003 a 2015. La prevalencia escolar nacional estandarizada de aquellos que participan en el PIE con diagnóstico de TEA fue del 0,46%, donde los niños tienen seis veces mayores probabilidades de recibir apoyo PIE que las niñas. En la muestra clínica de 132.242 niños del SSAS a, se reportó una prevalencia ajustada por sexo y edad del 1,22%. Tras el análisis Bayesiano, la prevalencia nacional de TEA fue de 1,33%. Considerando el lugar de residencia, las prevalencias observadas fueron 1,42% en zonas rurales y 1,30% para zonas urbanas. Respecto del factor étnico, se reportaron prevalencias de 1,19 para etnia Mapuche, 1,50% para Aymara y 1,34 para otros grupos indígenas (14).



3. MARCO NORMATIVO

La atención integral de las personas autistas se vincula a distintas leyes que permiten y respaldan el ejercicio de sus derechos. A partir de ello, destacan:

- **Ley N°21.545 (2023):** Que establece la promoción de la inclusión, la atención integral, y la protección de los derechos de las personas autistas en el ámbito social, de salud y educación. Tiene como objeto asegurar el derecho a la igualdad de oportunidades y resguardar la inclusión social de los niños, niñas, adolescentes y adultos autistas; eliminar cualquier forma de discriminación; promover un abordaje integral de dichas personas en el ámbito social, de la salud y de la educación, y concientizar a la sociedad sobre esta temática. Lo anterior, sin perjuicio de los demás derechos, beneficios o garantías contempladas en otros cuerpos legales o normativos y en los tratados internacionales ratificados por Chile que se encuentren vigentes.
- Específicamente el Título III “de la atención en salud a las personas con trastorno del espectro autista” y cuarto transitorio, establece los compromisos para el sector salud, entre otros aspectos: estimación de prevalencia (Artículo 7), los protocolos rectores; planes de capacitación y programas de ejecución en la red asistencial en atención de salud pertinente a las necesidades (Artículo 10); Tamizaje del TEA en salud (Artículo 11); Proceso de diagnóstico (Artículo 13); Atenciones específicas de salud de las personas autistas (Artículo 14); Derecho al acompañamiento (Artículo 15, Artículo 6 **Ley 20584**).
- **Ley N°20.609 (2012):** Establece medidas contra la discriminación y cuyo objetivo fundamental es instaurar un mecanismo judicial que permita restablecer eficazmente el imperio del derecho toda vez que se cometa un acto de discriminación arbitraria, afirmando que no se justifica, valida ni exculpa ninguna conducta arbitraria contra una persona por su enfermedad o discapacidad (15).
- **Ley N°20.584 (2012):** Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud y asegura una atención oportuna y de calidad a personas que viven con condiciones específicas de salud. En su Artículo 2, señala que: “Toda persona tiene derecho, cualquiera que sea el prestador que ejecute las acciones de promoción, protección y recuperación de su salud y de su rehabilitación, a que ellas sean dadas oportunamente y sin discriminación arbitraria, en las formas y condiciones que determinan la Constitución y las leyes (...) La atención que se proporcione a las personas con discapacidad física o mental y a aquellas que se encuentren privadas de libertad, deberá regirse por las normas que dicte el Ministerio de Salud, para asegurar que aquella sea oportuna y de igual calidad (16)”.
- **Ley N°20.422 (2010):** En el año 2008, a través del Decreto 201 del Ministerio de Relaciones Exteriores, se promulga la convención sobre las personas con discapacidad y su protocolo facultativo en Chile. A partir de lo anterior, se establece la necesidad de generar una ley acorde a los principios de dicha convención; es por ello, que el año 2010 se promulga la Ley 20.422 que establece normas sobre la igualdad de oportunidades inclusión social de personas con discapacidad,



a través de acciones que garanticen los principios de vida independiente, accesibilidad universal, diseño universal, intersectorialidad, participación y diálogo social en esta población específica. Además, para efectos de esta ley se entiende que el Estado debe proveer la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad en todo su ciclo vital, adoptar medidas que aseguren sus derechos, el acceso a apoyos, terapias, profesionales y rehabilitación para que desarrollen al máximo sus capacidades y aptitudes, considerando la participación de su familia (17).

- **Ley N° 21.331 (2021):** Tiene por objeto reconocer y proteger los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual, en especial, su derecho a la libertad personal, a la integridad física y psíquica, al cuidado sanitario y a la inclusión social y laboral. Define como principios fundamentales el reconocimiento a la persona de manera integral, el respeto a la dignidad inherente a la persona, la igualdad ante la ley, la no discriminación arbitraria, la promoción de la salud mental, la equidad en el acceso, continuidad y oportunidad de las prestaciones de salud mental, el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad y la accesibilidad universal, entre otros.
- **Ley 19.628 (1999):** Regula el tratamiento de datos personales y sensibles para proteger la vida privada de las personas. Entre los principales aspectos contemplados se encuentran: define los datos personales y sensibles que deben ser resguardados; establece obligaciones para los responsables del tratamiento de datos personales; define el derecho de los titulares a solicitar la rectificación de sus datos; establece un catálogo de infracciones, clasificándolas en leves, graves y gravísimas; define las sanciones; define circunstancias atenuantes y agravantes de responsabilidad.
- Resolución de la OMS sobre los trastornos del espectro autista. En mayo de 2014, la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución titulada *Medidas integrales y coordinadas para gestionar los trastornos del espectro autista*, que contó con el apoyo de más de 60 países. En la resolución se insta a la OMS a colaborar con los Estados Miembros y organismos asociados en el fortalecimiento de las capacidades nacionales para abordar los TEA y otros problemas del desarrollo. Disponible en https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-sp.pdf

4. MODELOS DE ATENCIÓN EN LOS QUE SE ENMARCA LA ATENCIÓN

La atención de salud para las personas autistas se enmarca en el Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario, el Modelo de Salud Mental Comunitario, el Modelo de Rehabilitación, el Modelo de Atención Integral de Niños, Niñas y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud (NANEAS) y la Estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en APS (RISS). A continuación, se describen de forma acotada los modelos mencionados:

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA:

Se define como “el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”. Este modelo es transversal a todo el sistema de atención y considera la APS como eje central para alcanzar las mejores condiciones de salud de la población, promoviendo la resolución ambulatoria de los problemas de salud, estableciendo los espacios y mecanismos que acojan las preocupaciones, necesidades y propuestas de la ciudadanía. Favorece también la coordinación con otros sectores sociales para potenciar los componentes de la calidad de vida que inciden fuertemente en la salud de la población.

La implementación del cuidado integral ocurre desde la **Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP)**, que aspira a que las personas cuenten con cuidados integrales, integrados, continuos, centrados en ellas con capacidad de innovación que incorpore las necesidades del entorno, garantizando la calidad de la atención y la eficiencia. Todo ello en el marco de responder a las necesidades que genera el fenómeno de la cronicidad en las personas, sus cuidadores, el equipo de salud y la población en general (18).

MODELO DE REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD:

Es una estrategia dentro del desarrollo general de la comunidad para la rehabilitación, la equiparación de oportunidades y la inclusión social de todas las personas con discapacidad (o en riesgo de adquirirla), se lleva a cabo por medio de esfuerzos combinados de las propias personas, sus familias y comunidades, y de los servicios de salud, educativos, sociales y de carácter laboral correspondiente (19).

EL MODELO DE ATENCIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN EN SALUD (NANEAS):

Propone centrar la atención en las características y necesidades particulares de cada niño, niña y adolescente (NNA) y su familia, mediante una comprensión sistémica y biopsicosocial, que permita la continuidad del cuidado, mediante un trabajo coordinado y coherente con un plan de intervención y cuidados integrales individualizados que abarque al equipo interdisciplinario, todos los niveles de atención y que exista una efectiva articulación con el intersector (20), independiente del nivel de complejidad de la condición de salud del NANEAS.



MODELO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA:

Organización territorial de los sistemas de atención y cuidados de salud mental, cercana a las personas e integrada a la red general de salud en todos los niveles de atención, promoviendo la recuperación y el bienestar a través de la participación activa de la comunidad y sus recursos. (21).

REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS):

Impulsado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OPS, definiéndose como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”. Su propósito es contribuir al desarrollo de sistemas de salud basados en la APS, con posterior integración a las redes de atención secundarias y terciarias, con prestaciones de salud más accesibles, equitativas, eficientes y oportunas, que a su vez permitan la continuidad de la atención, entendida ésta como “el grado en que una serie de eventos discretos del cuidado de la salud son experimentados por las personas como coherentes y conectados entre sí en el tiempo, y son congruentes con sus necesidades y preferencias en salud”. La estrategia RISS busca disminuir progresivamente la fragmentación de los servicios de salud (22).

5. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA ATENCIÓN

Los principios rectores de la atención en salud son los del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), relevando como irrenunciables para la atención integral los principios: Centrado en la Persona; Integralidad; y Continuidad de Cuidados, de acuerdo a figura 2.

FIGURA 2. DIAGRAMA PRINCIPIOS MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

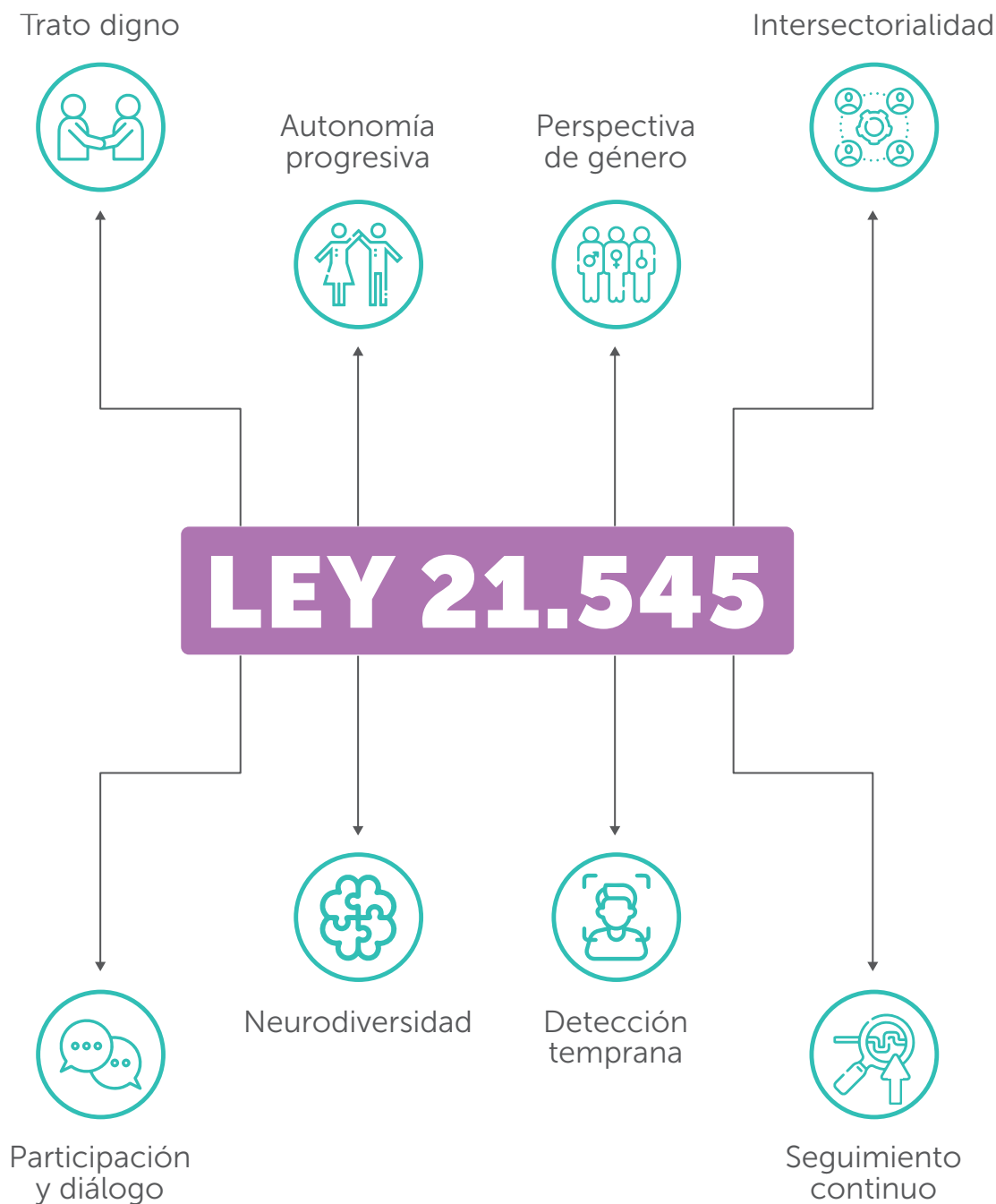


Fuente: MINSAL 2013. (23)

El cuidado integral **centrado en la persona** se entiende como la consideración de las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales en todas las etapas del proceso del curso de vida y en relevancia del estado de salud-enfermedad, incorporando estrategias de pertinencia cultural que respondan a las particularidades de los distintos pueblos originarios y de la población extranjera que vive en el país. La **integralidad**, desde la perspectiva de la comprensión multidimensional de los problemas de las personas, releva el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y a las terapias socialmente aceptables. Y la **continuidad de los cuidados**, corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud de las personas son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo. (24).

Además de los principios fundamentales que plantea el Modelos de Salud Integral de Salud Familiar y Comunitaria, la Ley 21.545 que establece la promoción de la inclusión, la atención integral, y la protección de los derechos de las personas con trastorno del espectro autista en el ámbito social, de salud y educación, describe principios específicos para su aplicación y que se describen a continuación de la siguiente figura:

FIGURA 3. PRINCIPIOS LEY 21.545.



Fuente: Elaboración propia en base a Ley 21.545 (25)

Trato digno: Las personas deben recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia. Deberá adoptarse un lenguaje claro y sencillo en las atenciones que se les brinden, y medidas necesarias para respetar y proteger su vida privada y su honra. Quienes brinden atención al público deberán permitir que las personas autistas estén acompañadas por un familiar o cuidador, a quienes se les deberá otorgar un trato digno y respetuoso.

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

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

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

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

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

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

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

6. TRATO DIGNO Y USO DEL LENGUAJE

En este punto, desarrollado por la mesa de representación nacional de las organizaciones sociales de personas autistas y familiares establecida en conjunto con MINSAL a partir de la promulgación de la Ley 21.545 el año 2023, se profundiza en el principio definido por la Ley sobre trato digno estableciendo que las personas autistas “deben recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia. Deberá adoptarse un lenguaje claro y sencillo en las atenciones que se les brinden, y medidas necesarias para respetar y proteger su vida privada y su honra”.

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

- La forma correcta de referirse a las personas autistas será como esa persona prefiera ser llamada; sin embargo, para la comunidad autista los términos más utilizados son “persona autista” o “persona dentro del espectro autista”. No se recomienda el uso de “persona con autismo”, “persona con TEA”, “persona TEA”, ya que no tienen representatividad en la comunidad autista en primera persona.
- Usar un lenguaje neuro afirmativo; es decir, quitarle al autismo la carga negativa y patologizante.
- Centrarse en las habilidades y no en las dificultades de la persona.
- Referirse a desafíos y/o oportunidades en los diversos contextos de la vida de la persona autista desde un modelo biopsicosocial.
- Considerar en el quehacer diario, que el autismo es una condición neurobiológica cuyas manifestaciones pueden cambiar durante el curso de la vida, pero que es permanente. Tener en cuenta lo anterior permitirá, en las acciones de salud, resguardar el principio de neurodiversidad reconocido en la ley 21.545.
- Brindar un espacio seguro, amigable y optimista, generando accesibilidad en todos los contextos en los que se vincule la persona autista y su familia.
- Utilizar lenguaje claro, breve y concreto, para generar la participación activa de la persona autista en el proceso de toma de decisiones en relación con su salud, respetando el principio de autonomía progresiva de la ley 21.545 y la autodeterminación.
- El trato debe ser respetuoso e inclusivo, adecuándose al nivel cognitivo o comprensivo de la persona autista; incluyéndose si es necesario apoyos visuales u otros apoyos que necesite.
- Facilitar la presencia de acompañantes o personas significativas de la persona autista cuyo número sea suficiente para la adecuada atención de salud, si es que esta así lo requiere, según lo señalado en el artículo 15 de la ley 21.545, sobre el derecho al acompañamiento en el contexto sanitario.



Finalmente, se debe considerar que toda persona autista, independiente de la edad, puede necesitar apoyos en la vida diaria que son variables a lo largo del curso de vida. Especialmente cuando hay cambios de entornos o etapas, por ejemplo: salida del colegio, universidad, trabajo, casa, familia, entre otros.

7. RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN PERTINENTE

En congruencia con el punto anterior, todo el personal de salud, tanto los equipos clínicos como aquellos que contribuyen a la gestión de la atención (OIRS, SOME, seguridad, entre otros.), deberían trabajar en colaboración con las personas autistas, con sus familias, parejas y cuidadores, ofrecer apoyo y cuidado con respeto y tomarse el tiempo necesario para construir una relación de confianza, con empatía y sin prejuicios como parte esencial de la atención (26).

Generar las adecuaciones necesarias de los contextos y procesos sanitarios, como desplegar actitudes y habilidades de los y las trabajadores de la salud para una atención pertinente a las personas autistas, promoviendo la participación y el ejercicio de sus derechos en el ámbito de la salud.

Para favorecer la atención de salud y brindar un trato respetuoso es crucial que todo el personal de salud reciba formación y comprenda qué es el TEA y maneje aspectos como:

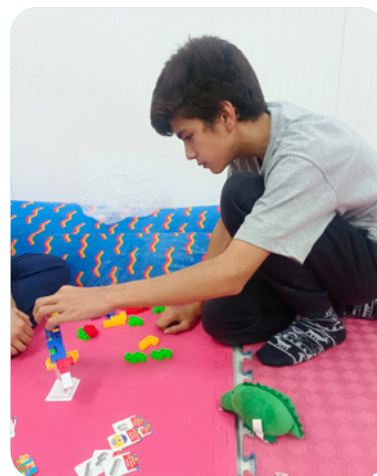
- La naturaleza, desarrollo y curso del TEA.
- El impacto en el funcionamiento personal, social, educativo y ocupacional.
- El impacto del entorno social y físico.
- El impacto e interacción con otros trastornos mentales y físicos coexistentes y su manejo (27) (28).
- Manejo de desafíos conductuales y/o emocionales.

Existen diferentes acciones que cada centro de salud puede implementar para facilitar la atención de personas autistas:

- a. Evitar suspender horas agendadas.
- b. Cumplir con el horario asignado e informar de posibles eventualidades y retrasos.
- c. Facilitar acceso a ambientes más adecuados para la espera.
- d. Implementar espacios de calma o kit de calma o apoyo sensorial.
- e. Definir un profesional disponible para responder a las necesidades de la persona autista o facilitador.
- f. Sensibilizar al personal sobre las necesidades de las personas autistas.
- g. Implementar estrategias de comunicación (apoyos visuales, historias sociales, entre otros).
- h. Comprender y abordar posibles gatillantes o desencadenantes de ansiedad o estrés.
- i. Favorecer un ambiente acogedor y libre de estigmatización.

Se debe considerar el entorno físico en el que se atiende, ya que esto apoya y cuida a las personas autistas, incluyendo aquellos factores que pueden desencadenar un desajuste conductual. Si es necesario, realice ajustes o adaptaciones en:

- a. La cantidad de espacio y distancia personal dado (al menos un brazo de distancia)
- b. El escenario usando apoyos visuales (por ejemplo, uso de calendario visual, con los pasos de la atención que les permita a las personas anticipar las conductas del personal en salud).



- c. El color de paredes y muebles (evite patrones y use colores neutros como el beige).
- d. Iluminación controlada (reduzca la iluminación fluorescente, use cortinas opacas o aconseje el uso de lentes oscuros o aumente la luz natural).
- e. Niveles de ruido (reduzca los sonidos externos o aconseje el uso de tapones para los oídos o protectores auditivos).
- f. Cuando no sea posible ajustar o adaptar el ambiente, considere variar la duración o la naturaleza de cualquier evaluación o intervención (incluyendo tomar descansos regulares) para limitar el impacto negativo del ambiente.

En la atención de salud propiamente tal, y a fin de fomentar la autonomía de la persona y promover la participación activa en las decisiones sobre el cuidado y apoyar la autogestión, se recomienda para todo el personal de la salud:

- Comunicar claramente su papel y función.
- Explicar claramente cualquier término clínico y comprobar que la persona entiende lo que se dice.
- Tener en cuenta las necesidades de comunicación, incluidas las derivadas de una discapacidad intelectual, déficit visuales o auditivos o dificultades del lenguaje, y proporcionar ayudas para la comunicación a través de un facilitador con mayor conocimiento en TEA si es necesario.
- Mantener la continuidad de las relaciones individuales siempre que sea posible.
- Garantizar que la información completa sobre la naturaleza de sus dificultades, las intervenciones y los servicios a los que pueden acceder, esté disponible en un lenguaje o formato apropiado (incluidos varios formatos visuales, verbales y auditivos, de fácil lectura y de diferentes colores y fuentes).
- Utilizar lenguaje neuro afirmativo, eliminando estigmas o prejuicios en relación con el diagnóstico.
- Familiarizarse y brindar información sobre los derechos y recursos disponibles (educación, trabajo, protección social, etc.) y fuentes locales y nacionales reconocidas (organizaciones y sitios web) de información y/o apoyo para personas autistas. Desarrollar una tarjeta informativa que pueda ser entregada a la familia es una herramienta práctica.
- Asesorar sobre cómo acceder e interactuar con estos recursos.
- Alentar a las personas a participar en actividades comunitarias y sociales, en grupos de autoayuda o de apoyo o acceder a apoyo individual, y brindar apoyo para que puedan asistir a reuniones y participar en las actividades.

El equipo de salud debe comprender que la falta de anticipación y comprensión puede desencadenar aumento de la ansiedad y desafíos conductuales en las personas autistas. Las instrucciones claras y las señales visuales ayudan a predecir el siguiente paso, reduciendo el riesgo de crisis.

8. ABORDAJE INTEGRAL EN LA RED DE SALUD PÚBLICA

El abordaje integral de personas autistas comprende un conjunto de acciones integradas, continuas y de calidad orientadas a la detección temprana y oportuna, a la evaluación diagnóstica integral, al abordaje terapéutico y/o rehabilitación, mediante un trabajo coordinado entre los distintos niveles de complejidad para la atención de salud, como también a las coordinaciones con el intersector, a fin de favorecer el desarrollo, funcionamiento, bienestar integral y calidad de vida de las personas, considerando los siguientes aspectos centrales:

- El nivel primario de salud será el encargado de acompañar en la trayectoria de las personas autistas, siendo muy relevante su función articuladora.
- Los controles de supervisión de salud integral infantil desde los 0 a 9 años son la instancia clave para la pesquisa de señales de alerta temprana y factores de riesgo de TEA, así como los controles de supervisión de salud integral adolescente, son un momento crucial para pesquisar y apoyar dificultades del desarrollo emocional individual e interpersonal y afecciones a nivel de salud mental que se pueden presentar en los y las adolescentes.
- La atención de personas autistas, tanto para procesos de evaluación diagnóstica como para el abordaje terapéuticos y apoyos en salud, requiere de la acción coordinada de equipos interdisciplinarios y con formación continua en el abordaje de esta población.
- La estrategia de consultoría permite aumentar el nivel de resolutiveidad de la atención primaria y la oportunidad de la atención, así como también el asesoramiento y acompañamiento a los equipos de atención primaria.
- Una respuesta integral a las necesidades de las personas autistas requiere de la articulación de diferentes sectores, de manera de abordar aspectos sanitarios, educativos, laborales y sociales.

8.1. DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL

El nivel primario de salud a través de los centros de salud familiar son la puerta de entrada para aquellas personas que consultan por sospecha de TEA, ya sea por preocupaciones propias, parentales o por solicitud de establecimientos educacionales u otras instancias. Así también, en el mismo centro de salud, los controles de supervisión de salud, consultas de morbilidad, las Modalidades de Apoyo al desarrollo Infantil (MADIS) entre otras, también son instancias de sospecha de un posible TEA.

Frente a la sospecha de un posible TEA, una evaluación diagnóstica integral (EDI) se hace necesaria. La EDI consiste en un proceso secuencial e interdisciplinario que incluye la evaluación de la presencia de características de TEA según criterios diagnósticos, la realización de una historia del desarrollo, examen físico y la evaluación observacional de la persona, como también de otros aspectos claves, como la evaluación de habilidades lingüísticas y físicas/sensoriales, la valoración de intereses y preferencias, dificultades emocionales o de comportamiento, y de factores socioambientales.

La confirmación diagnóstica debe ser realizada por profesional médico, a partir de los resultados de la evaluación realizada junto a uno o más profesionales del equipo interdisciplinario. Para la EDI es necesario más de una sesión, ya que es muy importante la observación de las conductas de la persona, y esto puede no ser suficiente con una sola consulta.

Mayor detalle sobre el proceso de evaluación diagnóstica, según curso de vida, se encuentra disponible en los capítulos 2 y 4 de estas Orientaciones Técnicas..

8.2. ABORDAJE TERAPÉUTICO Y PLANIFICACIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

El propósito de la intervención interdisciplinaria es abordar los desafíos y necesidades sociales, comunicativas y conductuales específicas de la persona, mediante estrategias terapéuticas flexibles, personalizadas y combinadas, según sea necesario, con el objetivo de mejorar su calidad de vida, aprovechando las oportunidades cotidianas para promover la atención compartida, la participación activa y la comunicación recíproca en las actividades de la vida diaria (AVD) (29).

Los factores como la edad, el grado en que las características del TEA interfieren con la vida diaria y el nivel de dificultades en el lenguaje y las habilidades cognitivas deben ser considerados para definir el alcance y la forma de los apoyos y servicios necesarios (29). Al mismo tiempo, el abordaje terapéutico debe incluir no solo el desarrollo de habilidades en las personas, siendo también fundamental preparar el ambiente para acogerlos e incluirlos de manera respetuosa.

Asimismo, las consideraciones de género, sexualidad y cultura deben abordarse de forma interseccional, reconociendo que estas dimensiones están interrelacionadas y que juntas forman la identidad y necesidades específicas de cada persona. Para mayor información consultar Capítulo 5.

El plan de intervención es el instrumento que contiene el diseño estratégico de intervención para cada persona, elaborado en base a la EDI, incorporando en su construcción a la persona, familia y red de apoyo. Este plan se enmarca y nutre al Plan de Cuidados Integrales general en salud.

El equipo interdisciplinario base está compuesto al menos por: psicólogo/a, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo/a, y trabajador/ar social, además de médico general o de familia en el nivel primario y neurólogo y psiquiatra infanto-adolescente y de adulto en el nivel de especialidad.



La participación de otros profesionales estará sujeta a las necesidades de atención de cada persona y la disponibilidad a nivel local, pudiendo ser parte de la atención integral de la persona otras disciplinas como: nutrición, personal de enfermería, kinesiología, odontología, médico/a especialista en genética, entre otros.

ASPECTOS CENTRALES DE UN ABORDAJE TERAPÉUTICO

Existen aspectos centrales, basados en evidencia y las directrices internacionales, que se recomiendan para el abordaje terapéutico de las personas autistas (30). La modalidad de intervención depende, tanto en su intensidad y objetivos, de la heterogeneidad interindividual que existe entre las personas. Entre estos aspectos centrales se encuentran:

a. *“Cuanto antes, mejor”*

La intervención precoz e individualizada de las personas autistas mejora tanto el pronóstico individual, social y familiar, incluso en el caso de aquellos niños y niñas que muestran sintomatología subclínica de TEA (30). El objetivo principal es que las personas y sus familias tengan acceso a intervenciones que permitan maximizar las experiencias de aprendizaje en el contexto de la interacción social, favoreciendo así el proceso de desarrollo.

b. Individual e Integral

El plan de intervención debe contemplar objetivos en diversas áreas del desarrollo de la persona, enfocándose en esta como un todo, y no sólo en los aspectos del TEA, promoviendo actividades para su bienestar general y la de su familia.

c. Basado en la Evidencia

Un imperativo ético y técnico de la modalidad de intervención a desarrollar es que debe ser basado en la evidencia. El uso de una modalidad terapéutica basada en la evidencia refleja el juicio profesional para integrar la mejor evidencia disponible con todas las variables relevantes de la persona a fin de seleccionar, mantener, adaptar y/o rechazar un tratamiento. El ámbito de las intervenciones en TEA no escapa de esta premisa y supone la obligación del profesional de salud de aplicar su criterio clínico para seleccionar, mantener, adaptar o rechazar tratamientos (31).

**d. Centrado en las Fortalezas**

El abordaje debe basarse en un análisis funcional del comportamiento. Esto permite identificar las posibles causas subyacentes de las dificultades, ayudar a las personas a adquirir maneras alternativas y más eficaces para influir en su entorno y contribuir a desarrollar las aptitudes necesarias para mejorar la calidad de vida. Por otra parte, el análisis funcional permite relevar las fortalezas individuales y no sólo las limitaciones, lo que nos ayudará a crear un ambiente mucho más positivo para las personas autistas y sus familias.

e. Flexible y dinámico

Dada la naturaleza heterogénea de las necesidades y las manifestaciones conductuales de las personas autistas, tanto la definición del abordaje como la planificación de este deben ser flexibles y dinámicas a las necesidades emergentes y las características individuales. Por ejemplo, la planificación de un determinado abordaje o intervención no debiese estar determinada por las especificidades del modelo elegido como referencial. Esto puede significar, que una determinada intervención pueda no ajustarse a una cantidad fija de horas o sesiones de intervención, sino más bien centrarse en asegurar que se aprovechen todas las oportunidades de progreso.

f. Ecológico

Reconocer el valor y los esfuerzos de los padres, madres y/o cuidadores, y facilitar su acceso a servicios de apoyo necesarios como a agrupaciones de padres y cuidadores, puede ayudar a robustecer la relación terapéutica de la persona y su familia con el equipo, así como también aumentar la percepción de autoeficacia.

El rol central del equipo de salud es de facilitador social de las personas autistas con actores sociales claves, es decir de aquellos directamente involucrados en la vida del individuo, como

padres, profesores, otros miembros de la familia, trabajadores de apoyo, empleadores, etc., como también de articulador con los organismos claves del intersector (educación, vivienda, protección social, etc.). La **coordinación intersectorial** permite brindar los apoyos necesarios en distintos ámbitos de acuerdo con las necesidades de las personas autistas, favoreciendo la continuidad de la atención y los cuidados, su desarrollo y calidad de vida. Asimismo, permite ampliar los ámbitos de acción, evitar la sub o sobre intervención y, por lo tanto, realizar un plan de trabajo centrado en la persona más eficiente.

Todos los aspectos antes listados, deben ser coherentes con el respeto de los derechos individuales, promoviendo la igualdad, la autonomía progresiva, la inclusión y el empoderamiento de las personas autistas, sus familias y/o cuidadores, para que defiendan sus derechos, contribuyan a la elaboración de políticas y participen plenamente en la sociedad. Del mismo modo, esto significa en todo momento considerar los deseos y necesidades de las personas autistas y sus familias al momento de establecer el plan de intervención.

Tomando lo anterior, en la figura 5 se sintetizan los aspectos centrales del abordaje terapéutico de las personas autistas, en torno a configurar los elementos que deben considerarse al momento de estructurar el plan de intervención.

FIGURA 4. ASPECTOS CENTRALES DEL ABORDAJE TERAPÉUTICO EN PERSONAS AUTISTAS.



Fuente: Elaboración propia Mesa Técnica Autismo - MINSAL 2023.

8.3. REVISIÓN PERIÓDICA DE AVANCES Y OBJETIVOS PROPUESTOS

El seguimiento al plan de intervención debe ser permanente y considerar tanto el cumplimiento de actividades programadas a partir de la EDI, como el logro de los objetivos en diferentes dimensiones. Es importante contar no sólo con la valoración clínica del equipo respecto de los progresos y dificultades en el proceso de tratamiento, sino también la apreciación de la persona y su familia.

La **evaluación intermedia** permite determinar el nivel de logros y visualizar el estado de avance general del plan de intervención. En caso de ser necesario, los objetivos y actividades pudieran ser ajustados, en función de los logros, dificultades, recursos e intereses de la persona, su familia y comunidad, o por eventos circunstanciales que inciden en el proceso (por ejemplo, crisis normativas o no normativas).

El equipo interviniente, anticipando adecuadamente, debe realizar una **evaluación final** del proceso de atención, considerando todas las áreas abordadas en el plan de intervención y definir en conjunto con la persona y su familia cuando corresponde disminuir la intensidad de las atenciones e ir realizando controles con menor frecuencia. Este análisis, debe considerar:

- Recursos individuales, familiares y comunitarios.
- Percepción de bienestar de la persona y su familia.
- Coordinación con otro dispositivo en caso de derivación.
- Plan de transición a servicios de adultos cuando se requiera.
- Continuidad de cuidados.
- Seguimiento.

Con el fin de propiciar la mantención de los logros terapéuticos, es importante realizar acciones de seguimiento. Estas deben considerar visitas domiciliarias, contactos telefónicos con la persona y su familia o cuidador/a; contactos telefónicos o mediante correo electrónico con otro equipo de salud en caso de que haya sido derivado a otro nivel de atención.

Finalizado el proceso de atención, el equipo de salud deberá realizar controles con menor frecuencia de acuerdo con las necesidades de apoyo que requiera la persona, pudiendo requerir un nuevo proceso de intervención más estructurado, en especial en las etapas de transición que, generalmente, suelen presentar nuevos desafíos.

9. APOYO Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA RED DE SALUD A TRAVÉS DEL CURSO DE VIDA

Es importante comprender que muchas personas autistas requerirán de diversos apoyos a lo largo del curso de vida, especialmente cuando hay cambios de entornos o etapas, como la salida del colegio, universidad, trabajo, casa, familia, entre otros. Es crucial recalcar que una de estas etapas es la transición de la atención pediátrica a la atención de adultos, donde se debe procurar una atención continua y coordinada entre los diferentes equipos y niveles de atención, siendo uno de los desafíos más importantes en esta línea. Para mayor información ver Capítulo 4, punto 3 "Plan de transición desde los servicios pediátricos a los servicios de personas adultas"



Por otro lado, la mayor presencia de problemas de salud física y mental de las personas autistas en relación a otras personas (32) y la subnotificación y dificultad en el reconocimiento de estos, hace imperativo un monitoreo y acompañamiento permanente. Frente a esto, se recomienda que el equipo de APS realice un **plan de monitoreo bianual**, el cual facilita la continuidad de los cuidados, puede mejorar la salud de las personas y detectar a tiempo problemas antes de su cronicidad o complicación.

Es importante ofrecer consejos sobre el autocuidado en alimentación saludable y actividad física, teniendo en cuenta las posibles sensibilidades hipersensoriales y/o hiposensoriales, posible restricción o selectividad alimentaria y falta de ejercicio físico. Cada control de salud es una oportunidad para la detección precoz de factores de riesgo y cuando sea necesario, apoyar los procesos de derivación.

La **gestión de casos** es una efectiva estrategia para facilitar la continuidad de cuidados. Esta corresponde a un proceso o método integrador dirigido a garantizar que se proporcionen las atenciones y cuidados de calidad que la persona con necesidades complejas requiera. En este proceso se debe vincular, articular, monitorear, evaluar y apoyar todos los nodos del sistema de redes que se requieran en un momento específico para el cumplimiento de los objetivos del plan de intervención y cuidados integrales, incluyendo así a la familia, el sector salud, educación, laboral, entre otros (20).

De esta manera, el equipo de salud debe designar, a un o una profesional como gestor de caso del equipo de sector o del equipo tratante, quien acompañará el proceso de intervención de la persona y su familia, velando por la permanente articulación del plan de intervención del equipo interdisciplinario y que éste abarque las necesidades biopsicosociales de las personas autistas. Esta designación debe quedar registrada en la ficha de la persona.

Definir si el gestor de casos debe ser del equipo del sector o tratante dependerá de los objetivos del plan de intervención. Así, por ejemplo, en los niños, niñas y adolescentes, si el objetivo principal es la inclusión educativa y/o social, pudiese ser más idóneo un profesional del área psicosocial (terapeuta ocupacional, trabajador/a social, psicólogo/a, fonoaudiólogo/a), en cambio si el objetivo principal es la intervención biomédica, podría ser un profesional enfermero/a, kinesiólogo/a, médico/a, entre

otros. En adultos, se recomienda que en aquellos establecimientos donde se implemente la ECICEP, la atención de la persona autista se enmarque en el flujo de atención de dicha estrategia. El gestor de caso puede asumir dicho rol en un momento determinado del proceso de intervención y podría cambiar según la necesidad y evolución de la persona.

Entre las actividades que realiza el gestor de caso se encuentran:

- Resguardar los procesos de articulación de las intervenciones de cada profesional vinculado a la atención de personas autistas.
- Realizar apoyo, acompañamiento y asesoramiento a la persona y su familia respecto al plan de intervención.
- Resguardar la articulación y retroalimentación entre los equipos de salud intervinientes.
- Coordinación con el intersector para el logro de los objetivos de inclusión social, laboral o educativa de la persona.
- Monitorear de forma continua el seguimiento de la adherencia al tratamiento y cumplimiento del plan de intervención, identificando necesidades de actualización o reformulación de éste en conjunto con el equipo interdisciplinario.
- Detectar y anticiparse ante situaciones de crisis del usuario.
- Coordinar la participación de la persona y su familia en actividades grupales contempladas en el plan de intervención.
- Coordinación con otros niveles de atención para la derivación asistida, promoviendo procesos de calidad de referencia y contrareferencia.
- Apoyo y orientación a los cuidadores/as sobre su atención en salud y recursos comunitarios y de protección social locales.

En el marco de la implementación de la (ECICEP), si el establecimiento de la red asistencial cuenta con ella, la persona deberá ser abordada integralmente de acuerdo con su nivel de estratificación de riesgo. Ello determinará las acciones conjuntas a realizar por parte del equipo de salud (controles integrados, recetas de fármacos unificadas, mejorar la frecuencia de los controles, entre otros) (18).

Independiente de una derivación pertinente a niveles de especialidad, las personas continuarán siendo usuarios del centro de atención primaria que les corresponde, y recibiendo las atenciones y controles de salud acorde a edad y necesidades. Se debe poner especial atención a que las personas mantengan sus controles de salud integral habituales, instancias que permiten recibir los beneficios, como todos los usuarios, así como también identificar objetivos a trabajar en el plan de intervención.

10. ANEXOS

ANEXO 1

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CIE 11 Y DSM 5

CIE-11: TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Se caracteriza por déficits persistentes en la capacidad de iniciar y sostener la interacción social recíproca y la comunicación social, y por un rango de patrones comportamentales e intereses restringidos, repetitivos e inflexibles. El inicio del trastorno ocurre durante el período del desarrollo, típicamente en la primera infancia, pero los síntomas pueden no manifestarse plenamente hasta más tarde, cuando las demandas sociales exceden las capacidades limitadas. Los déficits son lo suficientemente graves como para causar deterioro a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento del individuo, y generalmente constituyen una característica persistente del individuo que es observable en todos los ámbitos, aunque pueden variar de acuerdo con el contexto social, educativo o de otro tipo. A lo largo del espectro los individuos exhiben una gama completa de capacidades del funcionamiento intelectual y habilidades de lenguaje.

DSM-5: TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes:

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

ESPECIFICAR LA GRAVEDAD ACTUAL:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.

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

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

ESPECIFICAR LA GRAVEDAD ACTUAL:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.

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

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

E. Estas alteraciones no se explican mejor por discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista coexisten frecuentemente; en tal caso habría que hacer un diagnóstico comórbido de trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual, la comunicación social debería ser inferior a la esperada para el nivel de desarrollo general.

ESPECIFICAR SI ES:

- Con o sin deficiencia intelectual.
- Con o sin deficiencia de lenguaje.
- Asociado a una condición médica o genética conocida o factores ambientales.

11. REFERENCIAS

1. Canadian Academy of Health Sciences. Autism in Canada : considerations for future public policy development : weaving together evidence and lived experience. 2022; Disponible en: <https://cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2022/04/CAHS-Autism-in-Canada-Considerations-for-future-public-policy-development.pdf>
2. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. 5a ed. 2014.
3. Organización Mundial de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud conexos (11a revisión). 2018.
4. Bai D, Yip BHK, Windham GC, Sourander A, Francis R, Yoffe R, et al. Association of Genetic and Environmental Factors With Autism in a 5-Country Cohort. JAMA Psychiatry. 1 de octubre de 2019;76(10):1035-43.
5. Zeidan J, Fombonne E, Scora J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. Autism Res. 2022;15(5):778-90.
6. Autism DD, Monitoring Network Surveillance Year Principal I C for DC, Prevention. Prevalence of autism spectrum disorders--autism and developmental disabilities monitoring network, 14 sites, United States, 2002. 2007;56(1):12-28.
7. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. MMWR Surveill Summ. 2014/03/29 ed. 28 de marzo de 2014;63(2):1-21.
8. Maenner MJ, Shaw KA, Baio J, EdS, Washington A, Patrick M, et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. MMWR Surveill Summ. 2020/03/28 ed. 27 de marzo de 2020;69(4):1-12.
9. Loomes R, Hull L, Mandy WPL. What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 20170405a ed. junio de 2017;56(6):466-74.
10. Begeer S, Mandell D, Wijnker-Holmes B, Venderbosch S, Rem D, Stekelenburg F, et al. Sex Differences in the Timing of Identification Among Children and Adults with Autism Spectrum Disorders. J Autism Dev Disord. 1 de mayo de 2013;43(5):1151-6.
11. Russell G, Steer C, Golding J. Social and demographic factors that influence the diagnosis of autistic spectrum disorders. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 20101012a ed. diciembre de 2011;46(12):1283-93.
12. Dworzynski K, Ronald A, Bolton P, Happé F. How different are girls and boys above and below the diagnostic threshold for autism spectrum disorders? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 20120626a ed. agosto de 2012;51(8):788-97.
13. Huang Y, Arnold SR, Foley KR, Trollor JN. Diagnosis of autism in adulthood: A scoping review. Autism Int J Res Pract. agosto de 2020;24(6):1311-27.

14. Roman-Urrestarazu, A., Tyson, A., Gatica-Bahamonde, G., van Kessel, R., Yang, J., Mansilla, C., ... & Czabanowska, K. (2025). Bayesian prevalence of autism and unmet special education needs in Chile in a sample of three million school-age children. *Autism*, 13623613251342310.
15. Ministerio Secretaría General de Gobierno. Ley 20609. Establece medidas contra la discriminación [Internet]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1042092>
16. Ministerio de Salud de Chile. Ley 20584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud [Internet]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/N?i=1039348&f=2019-07-27&p=>
17. Ministerio de Planificación. Ley 20422. Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad [Internet]. 20422. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Na vegar?idNorma=1010903&idParte=>
18. Ministerio de salud. Marco operativo estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en el contexto de multimorbilidad. Ministerio de Salud; 2021.
19. Ministerio de Salud. Orientaciones Metodológicas para el desarrollo del programa de Rehabilitación Integral en la APS. Ministerio de Salud; 2018.
20. Ministerio de Salud. Orientación Técnica para el manejo integral de Niños, Niñas y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud (NANEAS). Ministerio de Salud; 2022.
21. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Ministerio de Salud; 2017.
22. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. :102.
23. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud. 2013; Disponible en: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/1057>
24. ORIENTACIONES PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA [Internet]. [citado 2 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
25. Biblioteca Nacional de Chile. www.bcn.cl/leychile. 2023 [citado 19 de junio de 2024]. Ley N° 21.545 que establece la promoción de la inclusión, la atención integral y la protección de los derechos de las personas con trastorno del espectro autista en el ámbito social, de salud y educación. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
26. Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021 [citado 3 de abril de 2024]. (National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554918/>
27. RIVIERE, A. MARTOS, J. Tratamiento y definición del espectro autista.II: Anticipación, flexibilidad y capacidades simbólicas. IMSERSO-APNA. 1998;107-60.
28. 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.

29. Lord C, Charman T, Havdahl A, Carbone P, Anagnostou E, Boyd B, et al. The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. *Lancet Lond Engl*. 15 de enero de 2022;399(10321):271-334.
30. 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.
31. A Practical Guide to Finding Treatments That Work for People with Autism - 1st Edition [Internet]. [citado 29 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/a-practical-guide-to-finding-treatments-that-work-for-people-with-autism/wilczynski/978-0-12-809480-8>
32. Bougeard C, Picarel-Blanchot F, Schmid R, Campbell R, Buitelaar J. Prevalence of Autism Spectrum Disorder and Co-morbidities in Children and Adolescents: A Systematic Literature Review. *Front Psychiatry*. 2021;12:744709.
33. MINSAL. Orientaciones Técnicas: Consultorías en Salud Mental. Ministerio de Salud; 2016.



SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL
DIVISIÓN JURÍDICA
JMC/AA/EBR/MSMG/MRM/MAA/VYS/MOP/GPR



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

EXENTA N° 1151

SANTIAGO, 24 SEP 2025

VISTO: estos antecedentes; lo dispuesto en el D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; en el D.F.L. N° 725, de 1967, Código Sanitario; en el decreto supremo N° 136, de 2004, del Ministerio de Salud, Reglamento Orgánico de esta Secretaría de Estado; en la Resolución N° 36, de 2024, de la Contraloría General de la República; y

CONSIDERANDO:

1.- Que, al Ministerio de Salud le compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma.

2.- Que, asimismo, a esta Secretaría de Estado le corresponde formular, fijar y controlar las políticas de salud que se desarrollan dentro del territorio nacional, función que es expresión de la atribución que le compete a esta cartera de Estado de ejercer la rectoría del sector salud, en conformidad lo previene el artículo 4 N°1 letra a) del decreto con fuerza de ley N°1 de 2005, del Ministerio de Salud.

3.- Que, las personas autistas componen un grupo altamente heterogéneo con diferentes necesidades de apoyo. Muchas de las personas autistas y sus familias enfrentan diariamente barreras sociales y económicas que afectan su calidad de vida. Así también las condiciones y enfermedades asociadas implican mayores complejidades y desafíos. Por lo anterior, la naturaleza, intensidad y extensión de los apoyos será diferente para cada individuo, y variará según la edad y condiciones co-ocurrentes, así como por el entorno físico, emocional y social en el que viven.

4.- Que, en este contexto, es deber del sistema público de salud, en sus diferentes niveles de atención y en coordinación con el intersector, entregar en forma oportuna, una atención integral y centrada en la persona y su familia a lo largo del curso de vida, brindando acciones desde la detección, evaluación integral, hasta acciones de apoyo y tratamiento/rehabilitación, acordes además a su etapa de desarrollo y en base a la evidencia internacional, nacional y a la realidad local.

5.- Que, por Memorándum B2 N° 122 de 21 de febrero de 2025, la Jefa (S) de la División de Prevención y Control de Enfermedades remite los antecedentes para proceder a dictar el acto administrativo aprobatorio de las Orientaciones Técnicas Atención Integral de Personas con Diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, a lo largo del curso de vida.

6.- Que el art. 17 de la ley N°21.545 refiere que el Ministerio de Salud dictará los protocolos, las normas técnicas y los reglamentos para el debido cumplimiento de los derechos que otorga y reconoce dicho cuerpo legal.

7.- Que, por lo anteriormente señalado, dicto la siguiente.

RESOLUCIÓN

1. **APRUEBASE** el documento denominado "**Orientaciones Técnicas Atención Integral de Personas con Diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, a lo largo del curso de vida**", cuyo texto se adjunta y forma parte de la presente resolución, el que consta de 5 capítulos con un total de 392 páginas, todas ellas validadas por la Jefatura de la División de Prevención y Control de Enfermedades de este Ministerio, según expresa en Memorándum B2 N° 122 de 21 de febrero de 2025, según el siguiente desglose:

- Capítulo 1: Antecedentes y Marco General para la Atención (41 páginas)
- Capítulo 2: Detección y Evaluación Diagnóstica Integral del Trastorno del Espectro Autista en la Niñez y Adolescencia (116 páginas)
- Capítulo 3: Abordaje Terapéutico del Trastorno del Espectro Autista en la Niñez y Adolescencia (95 páginas)
- Capítulo 4: Abordaje Integral del Trastorno del Espectro Autista en Personas Adultas (53 páginas)
- Capítulo 5: Aspectos Transversales del Abordaje del Trastorno del Espectro Autista en todo el curso de vida (87 páginas)

2. **DÉJESE CONSTANCIA** que el original del documento que se aprueba por el presente acto administrativo será custodiado por la Oficina de Partes y Gestión Documental del Ministerio de Salud.

3. Todas las copias del documento señalado precedentemente deberán guardar estricta concordancia con el texto original que se aprueba por la presente resolución.

4. **PUBLÍQUESE**, el texto íntegro de la "Orientaciones Técnicas Atención Integral de Personas con Diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, a lo largo del curso de vida", y el de la presente resolución en el sitio www.minsal.cl, a contar de la total tramitación de esta última, dejándose constancia en el texto publicado de la individualización de la resolución aprobatoria y el carácter de vigente del documento.

5. **REMÍTASE**, por la División de Prevención y Control de Enfermedades, mediante correo electrónico institucional, un ejemplar del texto "Orientaciones Técnicas Atención Integral de Personas con Diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, a lo largo del curso de vida", a los Servicios de Salud del país.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



XIMENA AGUILERA SANHUEZA
MINISTRA DE SALUD



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**