

PROTOCOLO

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

División de Prevención y Control de Enfermedades

División de Gestión de la Red Asistencial

División de Atención Primaria

Ministerio de Salud

2024



EQUIPO DE TRABAJO

Responsable Técnico del Ministerio de Salud	
Fernando Gonzalez Escalona Jefe - División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.	Juan Ilabaca Mendoza Jefe Departamento de Gestión de los Cuidados. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
Fabiola Jaramillo Castell Jefa División de Gestión de la Red Asistencial. Subsecretaría de Redes Asistenciales.	Javiera Erazo Leiva Jefa Departamento de Salud Mental División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.
María Soledad Martínez Jefa División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales.	Constanza Piriz Tapia Jefa Departamento de Rehabilitación y Discapacidad División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.
Johan Álvarez Leiva Jefe Departamento GES, Redes Complejas y Líneas programáticas. División de Gestión de la Red Asistencial Subsecretaría de Redes Asistenciales	

Edición General del documento	
María Paz Araya Álvarez Departamento de Salud Mental. División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.	María Paz Medel Salas Programa Nacional de Salud de la Infancia. División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.
Cristóbal Castro Acuña Departamento de Rehabilitación y Discapacidad. 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	
María Paz Araya Álvarez Departamento de Salud Mental.	Cristóbal Castro Acuña Departamento de Rehabilitación y Discapacidad
María Paz Medel Salas Programa Nacional de Salud de la Infancia.	Pamela Llantén Aroca Programa Nacional de la Adolescencia



Profesionales del Ministerio de Salud, Gabinete Subsecretaría de Salud Pública	Profesionales del Ministerio de Salud, Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales
Javiera Vivanco escobar Asesora Gabinete	María José Letelier Ruiz Jefa Departamento de Salud Digital

Profesionales del Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión de la Red Asistencial	
Eduardo Artiga González Unidad de Salud Mental. Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Programáticas	Leslie Mackay Phillips Unidad de Salud Mental. Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Programáticas
Rina Carvallo Torres Unidad de Rehabilitación Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Programáticas.	Karina Trujillo Fuentes Unidad de Rehabilitación Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Programáticas
Claudia Celedón Carrasco Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Programáticas. Unidad de Rehabilitación.	Paulina Torrealba Jara Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Programáticas.
Paola Ciocca Barraza Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Programáticas	

Profesionales del Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria	
Margarita Ramos Martínez Referente Rehabilitación y Discapacidad. Departamento de Gestión del Cuidado	Karla Castro Castro Referente Chile Crece Contigo Departamento de Gestión del Cuidado
Nicolás Fierro Jordán Referente Salud Mental Departamento de Gestión del Cuidado	Verónica Véliz Rojas Jefatura Chile Crece Contigo Departamento de Gestión del Cuidado

Otras colaboraciones en el desarrollo del documento	
Gabriel Gatica Bahamondes Pontificia Universidad Católica. Corporación Tremün	Mesa de representantes macrozonales de Organizaciones de la Sociedad Civil de autismo de MINSAL Mariluz Jiménez Araya Chantal Garay Soto Tamara Rojas Jadue Loreto Kemp Oyarzún Katherine Leyton Álvarez Karla Guerra Urbina
Valeria Rojas Osorio Neuropediatra Hospital Gustavo Fricke	



Revisores del documento	
Referentes Servicios de Salud Referentes SEREMI de Salud Equipos de Salud de atención primaria y especialidad	Marcela Villegas Otárola Equipo Nacional Atención a la Diversidad - Unidad de Educación Especial División de Educación General
Grupo de expertos Trastorno del Espectro Autista de MINSAL 2023	Débora Barrera Mardones Equipo Nacional Atención a la Diversidad - Unidad de Educación Especial División de Educación General
M. Soledad González Serrano Equipo Nacional Atención a la Diversidad - Unidad de Educación Especial División de Educación General	Jimena Sanhueza Martínez Profesional Departamento de Educación Integral División de Política Educativa Subsecretaría de Educación Parvularia Ministerio de Educación



[Handwritten signature]

INDICE

- I. ABREVIATURAS 6
- II. INTRODUCCIÓN 7
- III. OBJETIVOS Y ALCANCE DEL DOCUMENTO..... 8
- IV. ANTECEDENTES Y MARCO DE ACCIÓN 9
- V. ABORDAJE INTEGRAL PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA 15
- VI. COMPONENTES DEL ABORDAJE INTEGRAL DE SALUD EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON TEA..... 21
 - A. Sospecha o pesquisa de señales de alerta 23
 - B. Evaluación Diagnóstica Integral..... 24
 - C. Abordaje Terapéutico en niños, niñas y adolescentes..... 26
 - D. Inclusión social y coordinación intersectorial..... 30
- VII. COMPONENTES DE LA ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL EN PERSONAS CON TEA DE EDAD ADULTA 32
 - A. Sospecha de señales de alerta..... 34
 - B. Evaluación Diagnóstica Integral..... 35
 - C. Abordaje Terapéutico..... 36
 - D. Inclusión social y coordinación intersectorial..... 39
- VIII. FORMACIÓN DE LOS EQUIPOS DE SALUD..... 40
- ANEXOS 41
- REFERENCIAS 45



Handwritten signature or mark.

I. ABREVIATURAS

APS	Atención Primaria de Salud
AVD	Actividades de la vida diaria
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CIE 11	Clasificación Internacional de Enfermedades 11
DSM 5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5
ECICEP	Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas
EDI	Evaluación Diagnóstica Integral
MADIS	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
NNA	Niños, niñas y adolescentes
RIIS	Redes Integradas de Servicios de Salud
TEA	Trastorno del Espectro Autista



[Handwritten signature]

II. INTRODUCCIÓN

Estos lineamientos se enmarcan en los compromisos establecidos por el Ministerio de Salud para la implementación de 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 de educación.

Por lo tanto, el modelo de organización de la red de salud para una respuesta integral a las personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) que este documento presenta, está dirigida a las 29 redes de atención de los Servicios de Salud en todos sus niveles, para la implementación progresiva de la Ley, en aquellos territorios que cuentan con los recursos y personal con formación en la temática de acuerdo con lo que defina el gestor de cada red.

Las personas con TEA componen un grupo altamente heterogéneo y con diferentes necesidades de apoyo. Por lo anterior, la naturaleza, intensidad y extensión de estos apoyos será diferente para cada una de ellas, y variará según la edad y su funcionamiento, 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, entregar oportunamente, los diferentes componentes de una atención integral y centrada en la persona y su familia en el curso de vida, brindando acciones desde la detección, evaluación integral, hasta procesos de apoyo al desarrollo y rehabilitación, acordes además a su etapa de desarrollo. Sumado a lo anterior, se debe procurar la necesaria 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 necesarios para su desempeño pleno y calidad de vida.

Considerando la terminología estándar a nivel mundial sobre diagnósticos, se utilizará en documentos formales y en el registro administrativos, el término Trastorno del Espectro Autista 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 relacionarse con los diferentes entornos, así como también en conductas o intereses restrictivos o repetitivos. Sin embargo, y bajo el principio de neurodiversidad, es apropiado que, en la comunicación con la persona usuaria y su familia, y de acuerdo con sus preferencias, se hable de persona en el espectro autista, autista u otro.



III. OBJETIVOS Y ALCANCE DEL DOCUMENTO

Objetivo General

Entregar lineamientos a los equipos de salud para dar una atención oportuna, integral y continua a personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en el marco del Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitario de la red pública de salud, y de la Ley 21.545, considerando la pertinencia cultural y características propias de cada territorio.

Objetivos específicos

- Promover la organización del equipo de salud para acompañar en un proceso diagnóstico eficiente y eficaz, entregando apoyo y rehabilitación integral a las personas con TEA para alcanzar su máximo potencial de desarrollo.
- Establecer un flujo de proceso que permita organizar y articular la atención de salud para brindar un abordaje integral a personas con TEA en los diferentes niveles de atención de la red de salud, de manera oportuna y que asegure la continuidad de la atención.
- Orientar en una correcta y oportuna derivación para el diagnóstico desde los establecimientos educacionales y organizaciones colaboradoras del Estado, a fin de promover la articulación efectiva entre los diferentes actores del territorio.

Alcance

Equipos de salud todos los niveles de la red pública, tanto de atención directa (detección, evaluación, confirmación diagnóstica, abordaje terapéutico, rehabilitación, gestión del caso) como aquellos de meso y micro gestión; y equipos educativos o de otras organizaciones colaboradoras del Estado que identifiquen a personas con señales de alerta de TEA y deriven a evaluación diagnóstica en la red de salud.



IV. ANTECEDENTES Y MARCO DE ACCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

otras organizaciones colaboradoras del Estado para iniciar el proceso diagnóstico y posterior abordaje basado en las necesidades de cada persona.

4.1. Relevancia Epidemiológica

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

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

4.2. Modelos de atención en los que se enmarca la atención de personas con Trastorno del Espectro Autista

La atención de salud para personas con TEA y por lo tanto, el abordaje integral de estas en la red de salud se enmarca en el Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario, la Estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en APS (RISS), el Modelo de Salud Mental Comunitario, la Estrategia de Rehabilitación basada en la Comunidad y el Modelo de Atención Integral de Niños, Niñas y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud (NANEAS) y el Modelo de Salud Digital. A continuación, se describen de forma acotada los modelos mencionados:

- A. 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 Atención Primaria de Salud 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 (13).

- B. **El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS)** 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". 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.

El cuidado integral centrado en la persona, desde el MAIS 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. 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 (14).

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 (15).

- C. **El modelo de atención de Niños, Niñas y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud (NANEAS)** propone que toda intervención sea centrada en cada niño, niña o adolescente (NNA) y su familia, 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 (16), independiente del nivel de complejidad de la condición de salud del NANEAS.
- D. **Modelo de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC)**: 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 (17).

- E. **Modelo de Salud Mental Comunitaria (MSMC):** busca superar la reclusión manicomial, el aislamiento y desarraigo social de las personas con enfermedades mentales, proponiendo una reorganización de servicios integrados al sistema general de salud organizados en niveles, con recursos especializados, diversificados, desconcentrados y territorializados, reconociendo y utilizando la articulación con las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, absolutamente imprescindibles para la atención integral y dar respuestas satisfactorias a las necesidades de las personas (18).

- F. **Modelo de Salud Digital (MSD):** es una estrategia centrada en la persona, que considera al individuo de manera holística, respetando sus preferencias y favoreciendo el empoderamiento en la toma de decisiones en salud dirigido a alcanzar una medicina personalizada y que permite, con sustento en las tecnologías de información y comunicaciones, **apoyar al sistema sanitario** tanto en sus procesos asistenciales como en la promoción y prevención, así como también en la generación y uso de información para la gestión y la elaboración de políticas públicas.

4.3. 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, relevando como irrenunciables para la atención integral los principios de Centrado en la Persona; Integralidad; y Continuidad de Cuidados, de acuerdo a figura 1.

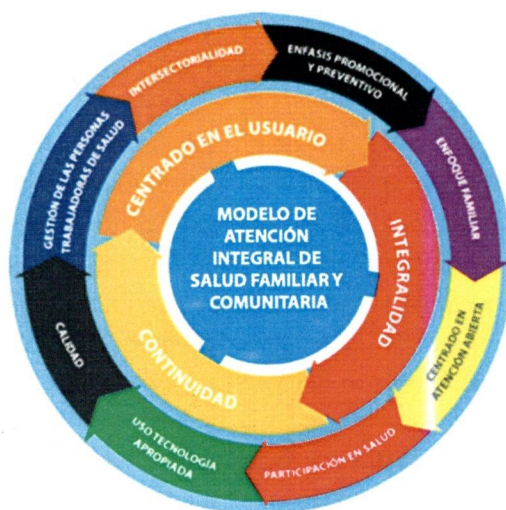


Figura 1. Diagrama Principios Modelo de Atención Integral de salud Familiar y Comunitaria. MINSAL 2013.



[Firma manuscrita]

Además de los principios fundamentales que plantea el Modelos de Salud Integral de Salud Familiar y Comunitaria, la Ley 21.545 plantea principios específicos a los que deberá sujetarse su aplicación y que, por lo tanto, enmarcan el quehacer del sector salud en la relación con las personas con TEA.

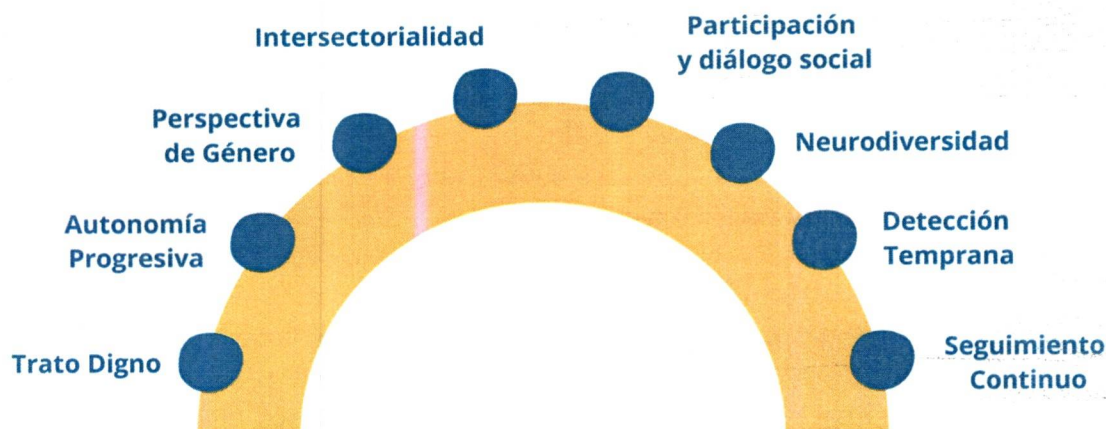


Figura 2. Diagrama Principios Ley 21.545 que establece la promoción de la inclusión, la atención integral y la protección de los derechos de las personas con trastorno del espectro autista en el ámbito social, de salud y de educación.

4.4. Trato Digno y uso del lenguaje

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

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

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



(Firma manuscrita)

- Usar un lenguaje neuroafirmativo; es decir, quitarle al autismo la carga negativa y patologizante que siempre se le ha asignado.
- 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.
- Entregar refuerzos positivos a la persona autista sobre su condición de vida eliminando estigmas o prejuicios en relación con el diagnóstico.
- Brindar un espacio seguro, amigable y optimista, generando accesibilidad en todos los contextos en los que se vincule la persona autista y su familia.
- Usar apoyos visuales u otros medios necesarios para la entrega de información, considerando su importancia en el proceso de anticipación para la persona autista. La anticipación significa siempre anunciar a una persona autista lo que sucederá a continuación, utilizando los apoyos necesarios para facilitar la comprensión del mensaje. Se recomienda también, pedir apoyo a acompañantes si se considera que la anticipación realizada no es efectiva o suficiente. La adecuada anticipación disminuye la posibilidad de desregulaciones emocionales-conductuales y es especialmente necesaria cuando se va a tocar a la persona autista, utilizar algún material o equipamiento desconocido con ella (por ejemplo, una máquina de examen) o cuando, dado algún procedimiento, se le hará sentir alguna textura, consistencia, sabor, nivel de molestia o dolor en particular.
- 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.
- Explicar a las familias y/o cuidador/a que el cerebro de su familiar autista es diferente, tal como lo son todos los cerebros, y que podría presentar mayores desafíos en algunas áreas que otras personas, pero que eso no implica que no podrá lograr adquirir habilidades que le permitan mejorar su calidad de vida.
- 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 la persona autista.
- 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.



[Handwritten signature]

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, etc.

V. ABORDAJE INTEGRAL PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA



Figura 3. Diagrama componentes para el abordaje integral de personas con Trastorno del Espectro Autista, elaboración propia Mesa Técnica TEA – MINSAL 2023.

De acuerdo a la figura 3, y en el marco de los modelos de atención y principios planteados anteriormente, se propone un abordaje integral, que comprende un conjunto de acciones integradas, continuas y de calidad orientadas a la detección temprana y oportuna (componente 1), a la evaluación diagnóstica integral (componente 2), al abordaje terapéutico o intervención (componente 3), mediante un trabajo coordinado entre los distintos niveles de complejidad para la atención de salud, como también a las coordinaciones con el intersector (componente 4), a fin de favorecer el desarrollo, funcionamiento, bienestar integral y calidad de vida de las personas, considerando los siguientes aspectos centrales:

- La atención de salud para personas con TEA se enmarca en el Modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario y en una estrategia de abordaje integral para personas con necesidades de apoyo al desarrollo integral y rehabilitación.



- El nivel primario será el espacio principal para la detección, diagnóstico y atención integral de las personas con TEA. Pudiendo además requerir de prestaciones del nivel de especialidad abierta o cerrada, de acuerdo con la complejidad y necesidades de cada caso.
- La atención de personas con TEA requiere de la acción coordinada de equipos interdisciplinarios y con formación continua en el abordaje de esta población.
- La estrategia de consultoría permitirá el asesoramiento y acompañamiento a los equipos de atención primaria en los procesos de diagnóstico y/o de abordaje cuando sea requerido.
- Para la correcta implementación y funcionamiento de la estrategia integral por parte de los equipos interdisciplinarios, se requiere de espacios y equipamiento que propicien un lugar adecuado para realizar intervenciones individuales, grupales y junto a familiares o personas significativas en caso de ser requerido.
- Una respuesta integral a las necesidades de las personas con TEA requiere de la articulación y definición de flujos claros con el intersector, considerando aspectos sanitarios, educativos, laborales y sociales.

5.1. Abordaje terapéutico de personas con TEA

Existen aspectos centrales del abordaje terapéutico, basados en evidencia y las directrices internacionales, que se recomiendan (19). Estos son:

A. “Cuanto antes, mejor”.

La intervención precoz e individualizada de las personas con TEA mejora tanto el pronóstico individual, social y familiar, incluso en el caso de aquellos niños y niñas que muestran sintomatología subclínica de TEA (19). 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

Para cada persona con TEA, se debe desarrollar un plan de intervención, que contemple objetivos en diversas áreas del desarrollo, enfocándose en la persona como un todo, y no sólo en los aspectos del TEA, sino que también 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



(Handwritten signature)

persona a fin de seleccionar, mantener, adaptar y/o rechazar un tratamiento. El ámbito de los 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 (20).

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 con TEA y sus familias.

E. Flexible y dinámico

Dada la naturaleza heterogénea de las necesidades y las manifestaciones conductuales de las personas con TEA, 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 seleccionado 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 con TEA y su familia con el equipo, así como también aumentar la percepción de autoeficacia. En este aspecto, el rol central del equipo de salud es de facilitador social de las personas con TEA con actores sociales relevantes de las personas, como claves, es decir de aquellos directamente involucradas en la vida del individuo, como padres, profesores, otros miembros de la familia, trabajadores de apoyo, empleadores, etc. Del mismo modo, el equipo de salud tiene el rol articulador con los organismos clave del intersector (educación, vivienda, protección social, etc.), que permitan brindar los apoyos necesarios en distintos ámbitos de acuerdo con las necesidades de las personas con TEA, favoreciendo la continuidad de la atención y los cuidados, su desarrollo y calidad de vida.

Todos los principios 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 con TEA, 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 con TEA y sus familias al momento de establecer el plan de intervención.



Tomando lo anterior, en la figura 4 se sintetizan los aspectos centrales del abordaje terapéuticos de las personas con TEA, en torno a configurar los elementos que deben considerarse al momento de estructurar el plan de intervención.

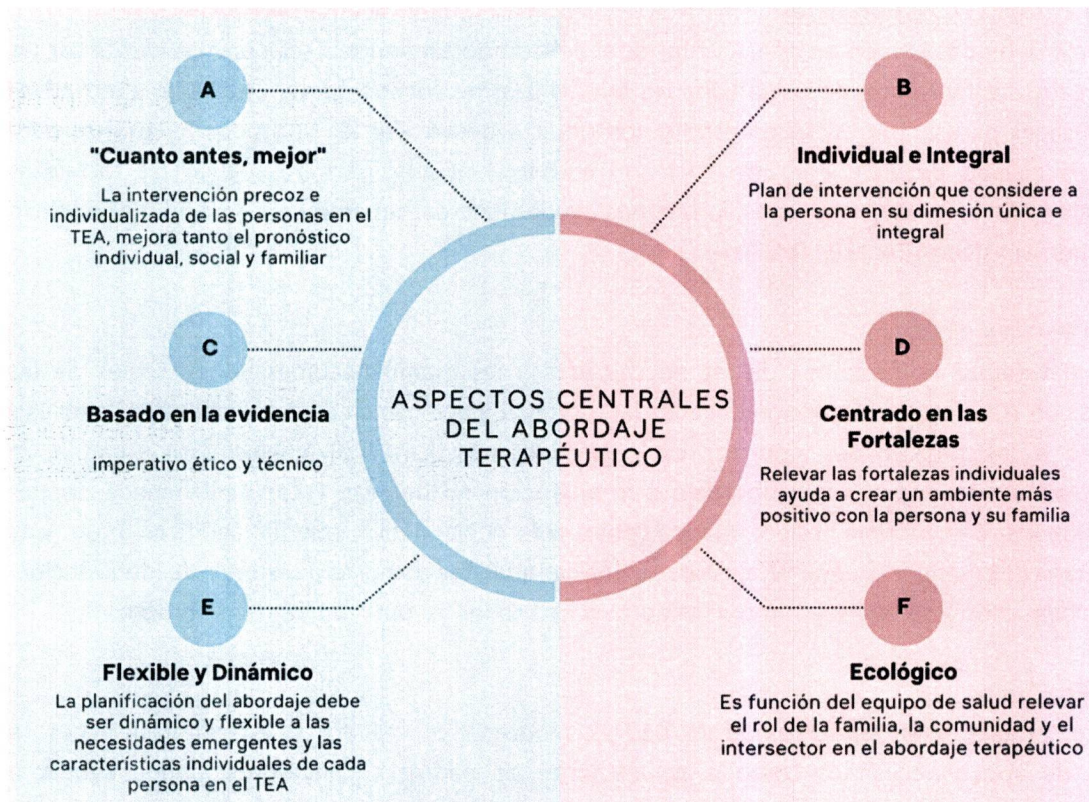


Figura 4. Aspectos centrales del abordaje terapéutico en personas con Trastorno del Espectro Autista, elaboración propia MINSAL, 2023.

5.1.1. Plan de intervención centrado en la persona

Para llevar a cabo el abordaje terapéutico, el **plan de intervención** será el instrumento que contiene el diseño estratégico de atención para cada persona, elaborado en base a la **Evaluación Diagnóstica Integral (EDI)** e 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.**

Al igual que la etapa de EDI, la participación de un equipo interdisciplinario en la elaboración del plan de intervención supone la combinación y la complementariedad entre profesionales, administrativos, técnicos/as y auxiliares de servicio, ofreciendo una atención basada en el concepto de integralidad.

El propósito de la intervención interdisciplinaria es abordar los desafíos sociales, comunicativos y conductuales específicos de la persona con TEA, a través de estrategias terapéuticas que pueden ser modificadas y combinadas para desarrollar intervenciones flexibles y personalizadas que apunten a satisfacer las necesidades específicas de la persona y su familia y a aumentar su calidad de vida,



aprovechando las oportunidades naturales a lo largo del día para mejorar la atención compartida, la implicación y la comunicación recíproca (21).

Además, se debe fomentar el autocuidado individual y familiar, la educación para la salud en el ámbito comunitario, y la detección precoz de factores de riesgo, acciones que deben estar incorporadas en todas las prestaciones de salud de la Atención Primaria.

5.2. Gestión de casos para la continuidad de la atención

La gestión de casos 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 (16).

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 transversal (ver más adelante), 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 con TEA. Esta designación debe quedar registrada en la ficha de la persona.

Definir si el gestor de casos debe ser del equipo del sector (de cabecera) o transversal 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 estabilización 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 con TEA 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 con TEA.
- 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 la adherencia al tratamiento y dar seguimiento al 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.

En el marco de la implementación de la (ECICEP), si el establecimiento de la red asistencial implementa ECICEP, la persona deberá ser abordada integralmente de acuerdo a 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) (15).

5.3. 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 y la aproximación al momento del alta. En caso de ser necesario, los objetivos y acciones pudieran ser ajustados, en función de los logros, dificultades y recursos de la persona, su familia y comunidad para llevar a cabo el plan de intervención, u otros eventos circunstanciales que incidan en el proceso (ej. cambios en la estructura familiar, crisis no normativas, etc.).

El equipo interviniente, 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 el proceso de egreso.

Este análisis debe considerar:

- Recursos individuales, familiares y comunitarios.
- Percepción de bienestar de la persona y su familia.
- Periodo en que se realizará el alta.
- Responsable(s) del proceso.
- Coordinación con otro dispositivo en caso de derivación.



- Plan de transición a servicios de adultos cuando se requiera.
- Continuidad de cuidados.
- Seguimiento.

Una vez ocurrida el alta y con el fin de propiciar la mantención de los logros terapéuticos, es importante realizar acciones de seguimiento. Estas deben considerar:

- Un periodo de 3 meses post alta.
- Se pueden efectuar a través de visitas domiciliarias, contactos telefónicos con la persona y su familia o cuidador/a.
- Contactos telefónicos o correos electrónicos con otro equipo de salud en caso de que haya sido derivado a otro nivel de atención.

La frecuencia de las acciones de seguimiento las define cada equipo dentro del **plan de egreso**.

El **plan de egreso** se refiere al término del proceso terapéutico por TEA, ya que las personas continúan siempre siendo usuarios bajo control del centro de atención primaria y recibiendo las atenciones de salud que corresponden.

VI. COMPONENTES DEL ABORDAJE INTEGRAL DE SALUD EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON TEA

El abordaje integral en niños, niñas y adolescentes (NNA) tiene como propósito fundamental favorecer el desarrollo, funcionamiento, bienestar integral, inclusión socioeducativa y calidad de vida de los mismos, a través de las acciones de detección temprana, diagnóstico integral, abordaje terapéutico en acciones de apoyo al desarrollo y rehabilitación, como también a través de la coordinación intersectorial y el uso de recursos territoriales.

Para que NNA accedan a las prestaciones de salud, en promoción, prevención, tratamiento y/o rehabilitación, deben estar inscritos en el centro de atención primaria que les corresponde por domicilio.

A continuación, la figura 5 describe el flujo de atención de niños, niñas y adolescentes en la red de salud, y luego se desarrollan los aspectos claves de cada uno de los componentes del abordaje integral. Los aspectos clínicos/terapéuticos serán desarrollados en detalle en orientaciones técnicas emitidas por MINSAL.



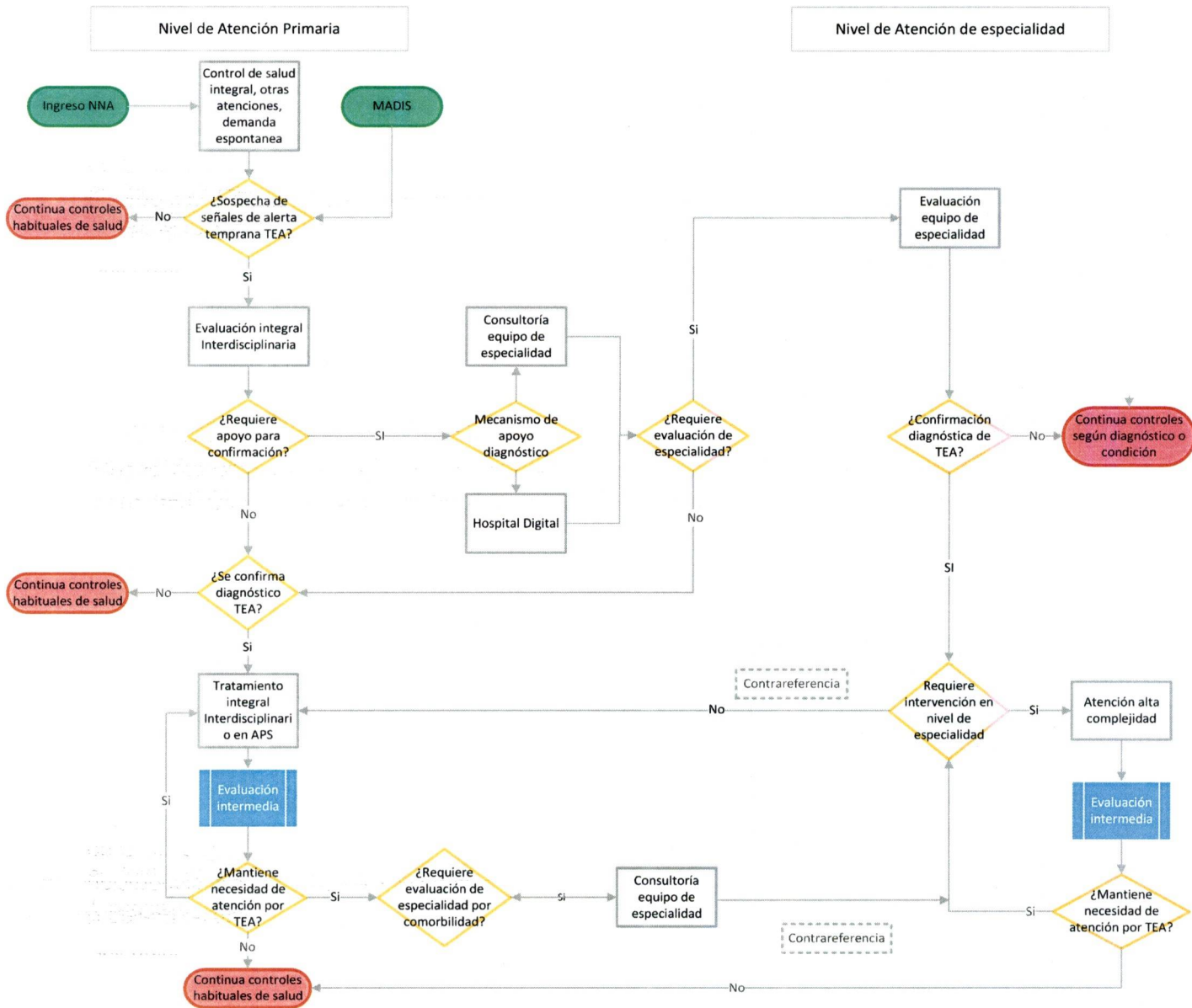


Figura 5. Flujo de atención integral NNA con TEA, elaboración propia MINSAL, 2023.



[Handwritten signature]

A. Sospecha o pesquisa de señales de alerta

La detección temprana del TEA se asocia a un mejor desempeño futuro en el plano social y educativo, una mejora en la calidad de vida de los NNA y sus familias y a una disminución en los costos tanto para las familias como para el sistema de salud (22).

Todo el equipo de salud debe conocer y estar atento a señales de alerta de TEA e. (Ver anexo 1 Señales de Alerta temprana), sin embargo, los profesionales que participan en las distintas prestaciones de la Supervisión de Salud Integral tienen una oportunidad ideal para la identificación de estas señales.

Cuando el equipo de salud pesquisa señales de alerta y tiene sospecha de un posible TEA, debe derivar para Evaluación Diagnóstica Integral (EDI). En el caso de los niños y niñas entre 16 y 30 meses debe aplicarse, por profesional capacitado, el instrumento de detección M-CHAT-R/F y derivar a EDI de resultar alterado (ver recuadro 2). En este marco, es importante mencionar que existen establecimientos de APS que implementan el programa Piloto de Salud Mental para la aplicación del MCHAT R/F, por tanto, debe existir articulación local en las comunas que actualmente se encuentran incorporadas a dicho Piloto, así también las Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil, son una instancia relevante de posible pesquisa de señales de TEA (ver recuadro 1).

Recuadro 1.
Las modalidades de apoyo al desarrollo infantil (MADIs), son servicios de apoyo al desarrollo que ofrecen estimulación temprana y tratamiento a las alteraciones detectadas desde el control de salud infantil, las cuales se desarrollan con determinadas especificaciones y metodologías según la modalidad. Actualmente las MADIs de salud son 3: sala de estimulación, servicio itinerante y atención domiciliaria.

Las salas cuna, jardines infantiles, y establecimientos educacionales también son una instancia clave para la identificación de señales de alerta de un posible TEA y otras alteraciones del neurodesarrollo, por ser una instancia de contacto directo y permanente con los NNA, que posibilita visualizar sus trayectorias del desarrollo. Más información sobre la coordinación con educación se incluye en la letra D sobre el componente “Coordinación Intersectorial”.

Finalmente, se debe considerar que el diagnóstico de TEA es evolutivo por lo cual, el monitoreo de un niño o niña que se derivó por señales de alerta incluye estar permanentemente pendiente de nuevas señales de alerta que puedan aparecer y que puedan conducir a nuevos procesos diagnósticos.



Recuadro 2.

Aplicación M-CHAT - R/F

La Norma Técnica para la Supervisión de Salud Integral de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud establece la aplicación del Cuestionario de Detección del Autismo en Niños y Niñas Pequeños – Revisado (M-CHAT-R/F) a niños y niñas entre 16 y 30 meses que presenten: una o más señales de alerta temprana de TEA; alteración del neurodesarrollo en área lenguaje y/o social; por consulta espontánea por sospecha de TEA; por sospecha del o la profesional de salud o que sean hijos, hijas o hermanos de personas con TEA. Otro factor de riesgo importante a considerar es el antecedente de prematuridad, por lo que se debe tener alto índice de sospecha en caso de alguna alteración del neurodesarrollo.

Puntaje M-CHAT-R/F:

En caso de obtener puntaje de riesgo medio en el cuestionario (primera parte), se deberá realizar la entrevista de seguimiento (segunda parte) en el mismo control de salud, o se deberá reagendar para su aplicación lo antes posible. Para el detalle de la aplicación del instrumento MCHAT-R/F y la interpretación de los resultados ver la Norma Técnica para la Supervisión de Salud Integral de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud - Actualización 2021 (23).

B. Evaluación Diagnóstica Integral

El objetivo de la Evaluación Diagnóstica Integral (EDI) de niños, niñas y adolescentes es asegurar que el proceso diagnóstico se lleve a cabo a fin de garantizar que las personas y sus familias reciban una adecuada orientación y los apoyos que requieren para potenciar su funcionamiento y participación en actividades de la vida diaria. La evaluación no debe centrarse únicamente en el diagnóstico, sino que debe considerar también los factores protectores y los riesgos a los que se enfrenta una persona, así como su funcionamiento físico, psicológico y social en todos los casos, y con el objetivo principal de identificar las necesidades de tratamiento y atención (24). De esta manera el proceso de evaluación diagnóstica integral debe ser individualizado y contextualizado, centrándose en las limitaciones y potencialidades de la persona junto con los apoyos familiares y comunitarios que requiera.

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



Una vez que se establece la sospecha de un posible TEA, el NNA deberá ser derivado a evaluación interdisciplinaria por el equipo transversal de las salas de Apoyo al Desarrollo y Rehabilitación Infanto-Adolescente (ver letra C sobre Abordaje Terapéutico). La confirmación diagnóstica debe ser realizada por profesional médico/a del sector o de cabecera, a partir de los resultados de la evaluación realizada junto a uno o más profesionales del equipo transversal interdisciplinario capacitado en TEA.

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

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

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

Más información sobre el proceso de EDI será desarrollada con más detalle en orientaciones técnica emitidas por el MINSAL.

En el caso de duda diagnóstica, necesidad de orientación respecto al plan de intervención (cuando las acciones no han sido efectivas a pesar de los ajustes realizados), o requerimientos para diagnóstico diferencial, el equipo transversal; podrá apoyarse en las estrategias de Consultoría con el nivel secundario de salud mental o neurología infanto-adolescente o con las estrategias de Hospital Digital. Para más información, estas se encuentran descritas en anexo 3.

Según requerimiento del equipo de atención primaria y en concordancia con las necesidades de la persona usuaria, se espera que de preferencia, la derivación para diagnóstico diferencial al nivel de especialidad, pueda ser realizada en forma posterior a la revisión del caso en la instancia de Consultoría, para de esta forma resguardar la pertinencia de la derivación al equipo de especialidad, distinguiendo entre Neurología y Salud Mental, desde donde se gestionarán las solicitudes de estudios y evaluaciones complementarios.

VºBº
JEFATURA
DIPRECE

3

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

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

Respecto a las comorbilidades que pudieran requerir de evaluación por especialidad, considerando en primera instancia la consultoría o apoyo a través de Hospital Digital y en segunda instancia la derivación al nivel de especialidad, se consideran las siguientes por su mayor asociación con el TEA:

- Parálisis cerebral.
- Epilepsia.
- Disfagia.
- Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad y otras comorbilidades del área de la salud mental.
- Trastorno motor del habla-apraxia.

C. Abordaje Terapéutico en niños, niñas y adolescentes

A aquellos NNA con diagnóstico confirmado de TEA, como quienes se encuentren en proceso diagnóstico, se les brindará atención integral y acompañamiento en los establecimientos de Atención Primaria de Salud, o en centros de atención de especialidad de acuerdo con el perfil de complejidad y necesidades de apoyo individuales.

En la Atención Primaria, las Salas de Apoyo al Desarrollo y Rehabilitación Infanto - Adolescente corresponden a dispositivos con un equipo transversal que se articula con el equipo de sector, para la implementación de las acciones generales de salud como del plan de intervención específico, como son las atenciones integrales del equipo de salud, ya sea individuales o grupales, visitas domiciliarias, entrega de fármacos u otras según necesidad del cada niño, niña o adolescente y su familia.

De esta manera, la **atención interdisciplinaria** comprenderá la acción coordinada entre el equipo del sector, el equipo de la Sala de Apoyo al Desarrollo y Rehabilitación Infanto-Adolescente, y los equipos del nivel de especialidad, según las necesidades de atención de cada NNA, de acuerdo con la siguiente figura.



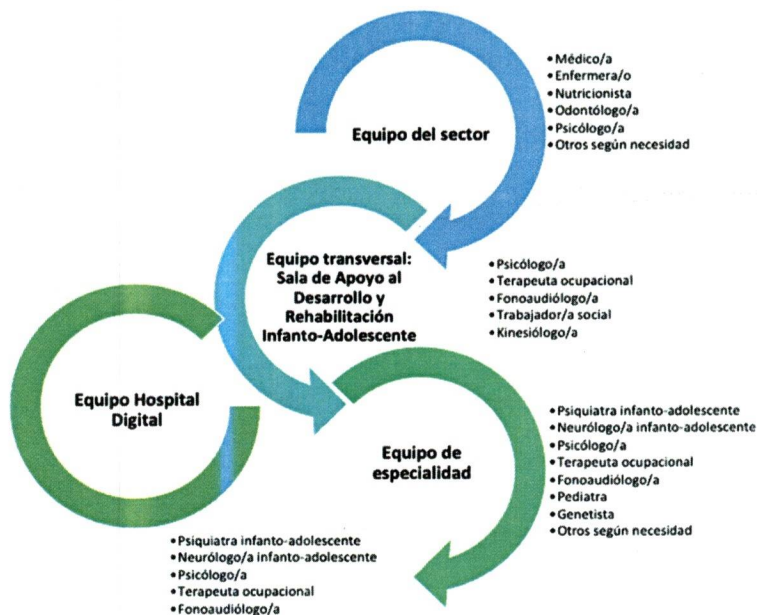


Figura 6. Equipos de salud para el abordaje interdisciplinario de NNA con TEA de acuerdo a necesidad, Elaboración propia MINSAL.

Posterior a la EDI, se deberá determinar la necesidad de apoyo al desarrollo y/o rehabilitación junto con la carga terapéutica y sus objetivos lo que deberá ser plasmado en un plan de intervención. El plan de intervención debe ser evaluado permanentemente y reformular los aspectos necesarios. De acuerdo con el logro de dichos objetivos, podrá ser dado de alta sin perjuicio de que pueda reingresar según necesidad, además de continuar con sus controles habituales en APS acordes al curso de vida. *Revisar sección anterior “Revisión periódica de avances y objetivos propuestos”.*

C.1. Abordaje terapéutico en el nivel primario de atención

La atención de NNA con TEA se enmarca en la atención regular de APS con prestaciones de tipo promocional y preventivas, de tratamiento y/o rehabilitación, de acuerdo con el curso de vida. Si la persona requiere atención específica de apoyos y rehabilitación, esta se brindará principalmente en las Salas de Apoyo al Desarrollo y Rehabilitación Infanto-Adolescente de la Atención Primaria de Salud, correspondientes a dispositivos o espacios distribuidos a lo largo del país, instalados progresivamente de acuerdo con la prevalencia de la condición de salud y características territoriales de cada Servicio de Salud. Estas salas permitirán realizar un abordaje integral en un espacio acondicionado para las necesidades de funcionamiento en la vida diaria y autonomía de cada NNA.



Perfil de ingreso

Corresponde a niños, niñas y adolescentes con sospecha, en proceso de diagnóstico o previamente diagnosticados con TEA, que requieran evaluación diagnóstica y/o atención de apoyo al desarrollo o rehabilitación incorporando a sus familias y/o cuidadores/as en dicho proceso.

Articulación con equipo del sector y especialidad

De acuerdo con lo señalado anteriormente, los NNA con TEA ingresan a las salas derivados por el equipo del sector del Centro de Salud de APS, donde los profesionales de la sala realizan la Evaluación Integral para la definición del plan de intervención.

En caso de que el equipo interdisciplinario requiera apoyo para el diagnóstico y/o intervenciones en el marco del plan de intervención, podrá apoyarse en la estrategia de Consultoría con el nivel secundario de salud mental o neurología infanto-adolescente o con las estrategias de Hospital Digital.

Finalmente, si durante el proceso de intervención, el equipo de la sala visualiza alguna necesidad de atención por parte del equipo de sector, deberá realizar las coordinaciones respectivas, como por ejemplo para la atención de otros problemas de salud o para la derivación asistida al nivel secundario u otros mecanismos de articulación local.

Infraestructura

Los espacios habilitados o acondicionados incluirán, al menos las siguientes áreas:

- Área socio-sensorial: espacio que permite desarrollar actividades conjuntas donde la atención está centrada en un compañero de juego y no en los objetos. Tiene como objetivos atraer la atención del NNA; desarrollar conciencia de las expresiones faciales; aumentar la iniciación espontánea para interactuar y fomentar el contacto visual; optimizar el nivel de actividad del NNA y su atención, animar al NNA o calmar ante hiperactividad o sobreactivación. Permite desarrollar juegos como esconderse o pillarse, y rutinas de movimiento sobre equipos suspendidos, como columpios, hamacas elásticas, piscinas de pelotas y equipos de equilibrio.
- Área Multipropósito: Atención predominantemente grupal dirigida a los NNA o a sus cuidadores y familias, a través del uso de implementos tecnológicos. Se realizan actividades de sensibilización, educativas, talleres u otros.
- Gimnasio: Atención individual y/o grupal a través de actividades terapéuticas que permite al NNA potenciar habilidades motoras y mejorar sus destrezas físicas, en un contexto de juego y recreación.
- Área de Actividades de la Vida Diaria (AVD): Atención individual y/o grupal que permite la realización de las diferentes AVD en los rincones que simulan espacios del hogar, para favorecer la funcionalidad, calidad de vida y autonomía progresiva de los NNA en su vida cotidiana.
- Box para atención individual (al menos 2).

- Se estima un espacio total de aproximadamente 120 metros cuadrados.

Prestaciones generales

Prestaciones de apoyo y rehabilitación interdisciplinaria mediante la elaboración de un plan de intervención, centrado en las necesidades de cada niño, niña y adolescente y su familia. Estas prestaciones son brindadas por el equipo interdisciplinario conformado por profesionales psicólogo, kinesiólogo, terapeuta ocupacional, trabajador social y fonoaudiólogo, las que se realizan en la Sala como en el medio familiar y escolar del NNA.

Dentro de las **prestaciones** se consideran:

- Evaluación integral
- Elaboración del plan de intervención
- Controles según profesional
- Actividades de promoción de la salud
- Actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales
- Visitas domiciliarias
- Otras visitas integrales al intersector
- Reuniones intrasectoriales con el equipo de sector y con los otros niveles de atención
- Atenciones remotas, según necesidad y pertinencia
- Consultorías

La implementación incluye la habilitación de salas, equipamiento, recursos humanos de manera progresiva y capacitación continua. Se distribuirán recursos para habilitación de las salas por única vez al inicio del programa, junto con recursos para equipamiento, recurso humano y capacitación.

C.2. Atención en el nivel secundario

El acceso al abordaje terapéutico y controles en el nivel de especialidad ambulatoria se encuentra definido para población, que, dada sus características y comorbilidad existente, requiere de un equipo de especialidad para efectuar tratamiento de mayor complejidad. Las especialidades de neurología y salud mental se encuentran integradas por equipos interdisciplinarios, compuestos por médicos especialistas, profesionales, técnicos y auxiliares de apoyo, los cuales por medio de carteras de prestaciones definidas dan respuesta a las necesidades de la persona usuaria. El nivel de gravedad del TEA (considerando los criterios del DSM 5) no define a priori la atención en un nivel de complejidad de atención mayor.

Este proceso viene a complementar las acciones desarrolladas por otros niveles asistenciales de la red de salud, entregando un continuo de atención a las personas con TEA. El tratamiento de alta complejidad es desarrollado por los equipos del nivel de especialidad ambulatoria, los cuales se



(Handwritten signature)

encuentran ubicados en los hospitales y centros de salud mental comunitarios y quienes desarrollarán un plan de intervención de acuerdo con las necesidades de los usuarios, familia y/o cuidadores, en coordinación con la atención primaria.

El tratamiento de alta complejidad debe considerarse como una instancia transitoria dentro del proceso de tratamiento de una persona con TEA, por lo mismo está acotado en términos temporales al logro de los objetivos terapéuticos de las personas definidas en su plan de intervención, por lo cual se debe asegurar la gestión adecuada de la contrareferencia a fin de dar continuidad de los cuidados en el nivel primario de atención.

En razón de la complejidad del caso y con el objetivo de resguardar la continuidad de la atención y los cuidados, puede existir la necesidad de derivación a dispositivos y/o unidades de aún mayor complejidad, como el caso de Hospital de Día y Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) o de Hospitalización general orientado a la resolución de la crisis.

Se debe considerar que si el/la NNA requiere tratamiento farmacológico (habitualmente asociado a comorbilidades o sintomatología específica), recibirá los medicamentos que correspondan en el nivel indicado. Es decir, se debe asegurar la disponibilidad de aquellos medicamentos en todos los niveles de atención, para evitar derivaciones a niveles secundario o terciario sólo por indicación farmacológica, y no por requerir intervenciones propias de aquel nivel de atención.

D. Inclusión social y coordinación intersectorial

El intersector cumple un rol fundamental tanto en acciones de detección como también de inclusión educativa, laboral y social de las personas con TEA.

Es responsabilidad de cada red de salud territorial identificar y mantener un listado actualizado de aquellos establecimientos educacionales e instituciones gubernamentales y no gubernamentales que orientan su trabajo a niños, niñas y adolescentes, y que por lo tanto, pudiesen detectar manifestaciones o signos de un posible TEA, como también apoyar los procesos de inclusión educativa y social.

Además de los procesos de detección, derivación, la coordinación intersectorial es una oportunidad para dar una respuesta integral a las necesidades de los NNA y su familia, de acuerdo con las responsabilidades que a cada sector le corresponde. Permite ampliar los ámbitos de acción, evitar la sub o sobre intervención y, por lo tanto, realizar un plan de intervención más eficiente que promueva el bienestar e inclusión de los NNA. De esta manera, es clave para el proceso terapéutico y la calidad de vida del NNA y su familia hacer uso de los recursos de la comunidad que permitan la participación, promuevan la autonomía y potencien el logro de los objetivos terapéuticos.



Para la articulación intersectorial, es central identificar en qué programas y tipo de intervenciones psicosociales y educativas participa NNA, y en cada uno de ellos definir quién será el interlocutor para los equipos de salud, datos de contacto y definición de un cronograma de reuniones para la coordinación y evaluación de avances del plan de intervención.

Es fundamental incluir en la retroalimentación al establecimiento educacional, jardín infantil o sala cuna una serie de recomendaciones presenciales o por escrito sobre adecuaciones, apoyos o indicaciones para favorecer el proceso terapéutico, la continuidad de los cuidados y su seguimiento, con el asentimiento del NNA y consentimiento del adulto responsable. Así mismo, el trabajo articulado, permite visualizar de manera conjunta la implementación de las diferentes acciones, y los avances o retrocesos de los objetivos de intervención, de manera de realizar los ajustes que sean necesarios en el plan de intervención en salud, como en el establecimiento educacional.



VII. COMPONENTES DE LA ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL EN PERSONAS CON TEA DE EDAD ADULTA

La forma en que el TEA se expresa en las personas puede variar de leve a grave y fluctuar a lo largo del curso de vida y de las transiciones de una etapa vital a otra, en respuesta a los apoyos terapéuticos, y a la presencia de condiciones coexistentes como discapacidades intelectuales o en respuesta a cambios en las circunstancias de vida (25).

En las personas adultas, el TEA a menudo es pasado por alto por los servicios de salud, de educación y sociales, lo que crea barreras para acceder al apoyo y servicios que necesitan para vivir de manera independiente. Así mismo, una proporción significativa de adultos con TEA experimentan exclusión social y económica (25). Además, las personas con TEA son más propensas a tener trastornos mentales y físicos coexistentes, y otros trastornos del desarrollo (25).

Para la red de salud pública el objetivo principal es responder a la continuidad de la atención iniciada en la infancia o adolescencia o bien, responder a aquellas personas que requieren iniciar un proceso diagnóstico y/o recibir atenciones de acuerdo con sus necesidades, cuando ya se cuenta con el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista.

A continuación, la figura 7 describe el flujo de atención de las personas adultas en la red de salud, para posteriormente describir los aspectos claves de cada uno de los componentes del abordaje integral en personas de 18 años o más. Los aspectos clínicos/terapéuticos serán desarrollados en detalle en orientaciones técnicas emitidas por MINSAL.



(Handwritten mark)

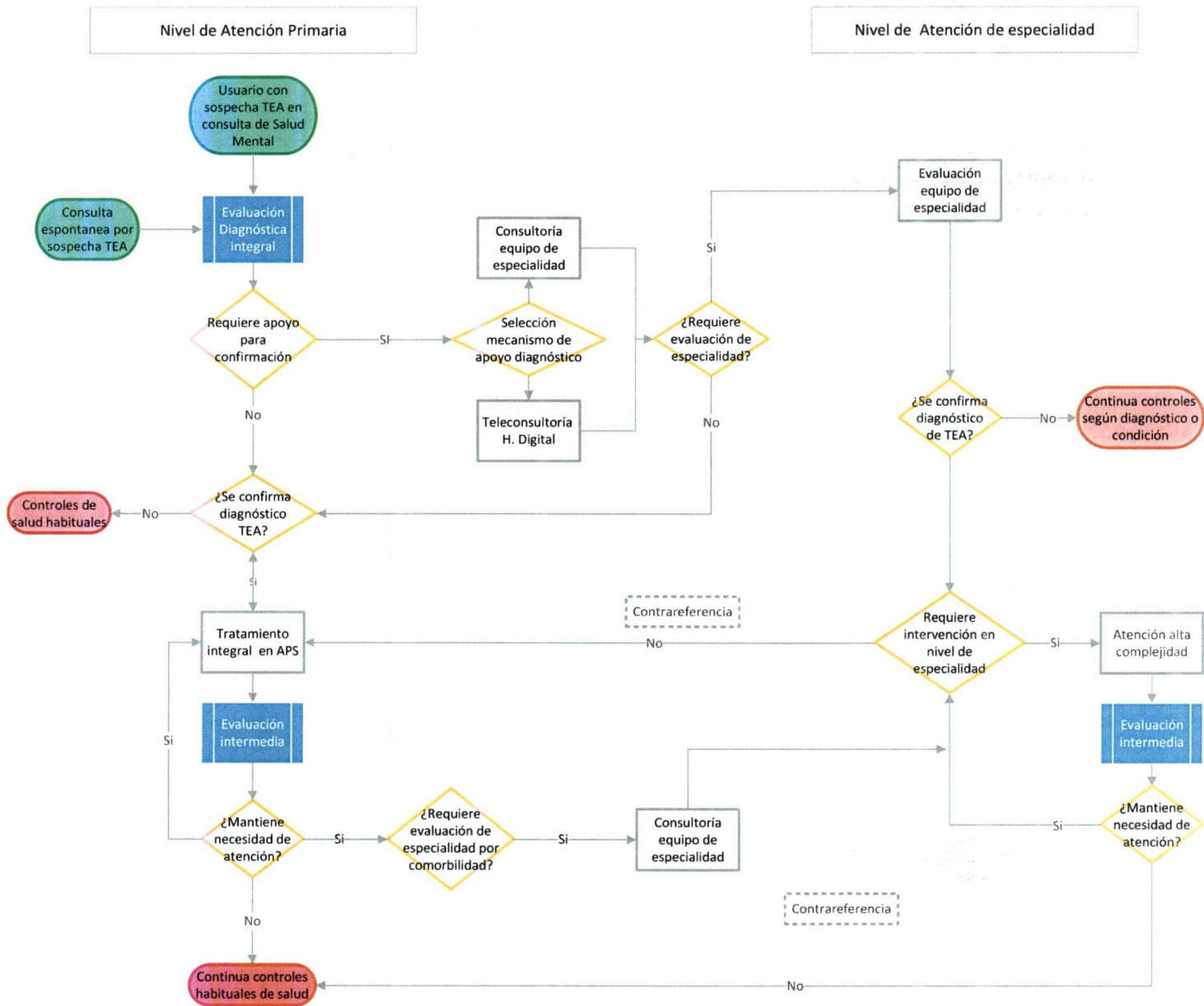


Figura 7. Flujo de atención integral de personas adultas con TEA, elaboración propia MINSAL.



A. Sospecha de señales de alerta

Es posible que la persona con TEA no llegue a consultar de manera explícita por preocupación de tener un TEA, sino más bien refiera malestar psíquico compatible con rasgos del TEA o sintomatología ansiosa o depresiva. En este último caso es importante que en los diferentes controles de morbilidad de los distintos niveles de atención, y en particular de salud mental, ante el malestar manifestado por la persona o ante la dificultad para avanzar en procesos terapéuticos por otro trastorno de salud mental, el profesional considere la evaluación diagnóstica de un posible TEA.

A continuación se presenta tabla de características en adultos ante las cuales es posible sospechar TEA (25):

<p>Uno o más de las siguientes características</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Dificultades persistentes en la interacción social ● Dificultades persistentes en la comunicación social ● Conductas estereotipadas (rígidas y repetitivas), Resistencia al cambio o intereses restringidos, y
<p>Uno o más de las siguientes características</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Problemas para obtener o mantener el empleo o la educación ● Dificultades para iniciar o mantener relaciones sociales ● Contacto anterior o actual con servicios de salud mental o de aprendizaje ● Antecedentes de una afección del neurodesarrollo (incluidas las discapacidades del aprendizaje) ● Trastorno por déficit de atención con hiperactividad) o trastorno mental

Tabla 1. Reconocimiento de síntomas en adultos. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2020.

Tanto por consulta explícita por TEA como por sospecha en consulta de morbilidad ante malestar psíquico, se conducirá a una consulta específica de salud mental donde el profesional correspondiente establecerá la necesidad de realizar una evaluación diagnóstica integral.



B. Evaluación Diagnóstica Integral

Al igual que en los NNA, el objetivo central de una evaluación diagnóstica integral (EDI) en adultos es garantizar que la persona y su familia reciba la adecuada orientación y los apoyos necesarios para una mejor calidad de vida. La evaluación no debe centrarse únicamente en el diagnóstico, sino que debe tener en cuenta sus fortalezas y riesgos a los que se enfrenta una persona, así como su funcionamiento físico, psicológico y social en todos los casos, y con el objetivo principal de identificar las necesidades de tratamiento y atención (24).

Si la persona, accede espontáneamente al centro de atención primaria o se encuentra ya en controles por otro problema de salud mental en este nivel, la evaluación diagnóstica integral es realizada en Atención Primaria de Salud por el equipo del sector, incluyendo al médico y al menos un profesional de salud mental.

En el caso de duda diagnóstica, o requerimientos para diagnóstico diferencial el equipo del sector podrá apoyarse en las estrategias de consultoría con el nivel secundario de salud mental o neurología o la estrategia de apoyo de Hospital Digital (definidas en el anexo 2) y de ser necesario, en segunda instancia, realizar la derivación al nivel de especialidad.

Algunas condiciones que ameritan diagnóstico diferencial son:

- Trastorno esquizoide de la personalidad
- Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)
- Fobia social
- Trastorno de la conducta alimentaria

Respecto a las comorbilidades que pudieran requerir de evaluación por especialidad, muy probablemente la mayoría fueron pesquisadas en la infancia y han recibido continuidad de la atención durante el ciclo vital, se consideran las siguientes:

- Parálisis cerebral
- Epilepsia
- Trastorno depresivo
- Trastorno de ansiedad
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno bipolar
- Esquizofrenia
- Discapacidad intelectual



[Handwritten signature]

Si la persona ya está siendo atendida por problemas de salud mental en el nivel secundario de atención, es pertinente que el mismo equipo tratante realice la evaluación diagnóstica integral para la confirmación o no de TEA.

El proceso de EDI en adultos debe explorar al menos los siguientes elementos (25):

- Características centrales del TEA: dificultades en la interacción social y la comunicación y la presencia de conductas estereotipadas, resistencia al cambio o restricción intereses que han estado presentes en la infancia y continúan en la edad adulta.
- Historia temprana del desarrollo, cuando sea posible.
- Problemas de comportamiento.
- Funcionamiento en el hogar, en la educación o en el empleo.
- Trastornos físicos y mentales pasados y actuales y otras condiciones del neurodesarrollo.
- Sensibilidades hipersensoriales y/o hiposensoriales y atención al detalle.
- Evaluación de los siguientes riesgos:
 - Autolesiones (en particular en personas con depresión o un trastorno moderado o grave del aprendizaje)
 - Daños a terceros
 - Autoabandono
 - Ruptura del apoyo familiar o residencial
 - Explotación o abuso por parte de otro
 - Autonomía

C. Abordaje Terapéutico

A aquellos adultos con diagnóstico confirmado de TEA, se les brindará atención integral y acompañamiento por el equipo de Atención Primaria de Salud o en centros de atención ambulatoria de especialidad de acuerdo con el perfil de complejidad y necesidades de apoyo individuales.

De esta manera, la **atención interdisciplinaria** comprende la acción coordinada del equipo del sector y de los equipos del nivel de especialidad y Hospital Digital /HD), según las necesidades de atención de cada persona, de acuerdo con la siguiente figura 8.



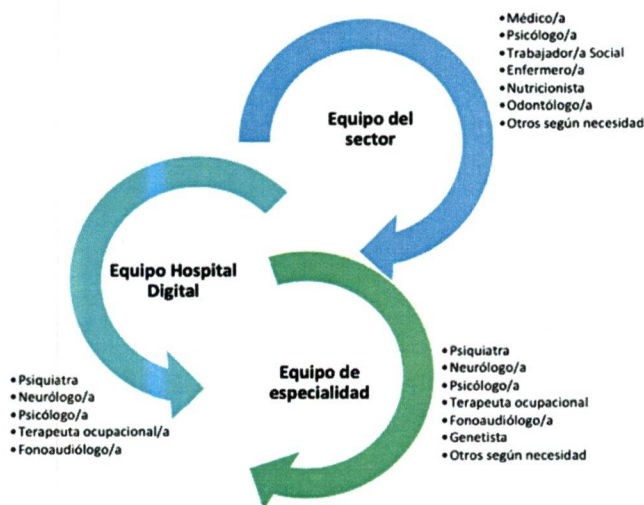


Figura 8. Equipos de salud para el abordaje interdisciplinario de personas adultas con TEA de acuerdo a necesidad, Elaboración propia MINSAL.

Posterior a la EDI, se deberá determinar la necesidad de apoyo al desarrollo y/o rehabilitación junto con la carga terapéutica y sus objetivos, lo que deberá ser plasmado en un plan de intervención. El plan de intervención debe ser evaluado permanente y reformular los aspectos necesarios en función de dicha evaluación. De acuerdo con el nivel de logro de objetivos, podrá ser dado de alta sin perjuicio de que pueda reingresar según necesidad, además de continuar con sus controles habituales en APS acordes al curso de vida. Para más información revisar sección anterior “Revisión periódica de avances y objetivos propuestos”.

C.1. Abordaje terapéutico en el nivel primario de atención

Si se confirma la necesidad de ingreso a tratamiento en el centro de atención primaria, se entregarán las prestaciones regulares que correspondan a su necesidad particular, teniendo como base el MAIS y la ECICEP. Ello incluye:

- Evaluación integral
- Elaboración de plan de intervención
- Controles según profesional
- Actividades de promoción de la salud
- Actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales
- Visitas domiciliarias
- Otras visitas integrales al intersector
- Reuniones del equipo de sector y con los otros niveles de atención



(Firma manuscrita)

- Atenciones remotas, según necesidad y pertinencia
- Consultoría

Además, considera articulación del equipo de sector con Hospital Digital, consultorías con el nivel de especialidad, referencia y contrareferencia; entre otras.

C.2. Abordaje terapéutico en el nivel secundario de atención

El acceso al abordaje terapéutico y controles en el nivel de especialidad ambulatoria se encuentra definido para población, que, dada sus características y comorbilidad existente, requiere de un equipo de especialidad para efectuar tratamiento de mayor complejidad. Las especialidades de Neurología y Salud Mental se encuentran integradas por equipos interdisciplinarios, compuestos por médicos especialistas, profesionales, técnicos y auxiliares de apoyo, los cuales por medio de carteras de prestaciones definidas dan respuesta a las necesidades de la persona usuaria.

Este proceso viene a complementar las acciones desarrolladas por otros niveles asistenciales de la red de salud, entregando un continuo de atención a las personas con TEA. El tratamiento de alta complejidad es desarrollado por los equipos del nivel de especialidad ambulatoria, los cuales se encuentran ubicados en los hospitales y centros de salud mental comunitarios y quienes desarrollarán un plan de intervención de acuerdo con las necesidades de los usuarios, familia y/o cuidadores, en coordinación con la atención primaria.

El tratamiento de alta complejidad debe considerarse como una instancia transitoria dentro del proceso de tratamiento de una persona con TEA, por lo mismo está acotado en términos temporales al logro de los objetivos terapéuticos de los usuarios definidos en su plan de intervención, por lo cual se debe asegurar la gestión adecuada de la contrareferencia a fin de dar continuidad de los cuidados en el nivel primario de atención.

En razón de la complejidad del caso y con el objetivo de resguardar la continuidad de cuidados, puede existir la necesidad de derivación a dispositivos y/o unidades de aún mayor complejidad, como el caso de Hospital de Día y Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIPI) o de Hospitalización general orientado a la resolución de la crisis.



D. Inclusión social y coordinación intersectorial

El intersector cumple un rol fundamental y en el caso de los adultos principalmente a través de estrategias de inclusión educativa, laboral y social.

La coordinación intersectorial es una oportunidad para dar una respuesta integral a las necesidades de la persona y su familia, de acuerdo con las responsabilidades que a cada sector le corresponde. Permite ampliar los ámbitos de acción, evitar la sub o sobre intervención y, por lo tanto, realizar un plan de intervención más eficiente.

Para la articulación intersectorial, es central identificar en qué programas y tipo de intervenciones psicosociales, laborales y educativas participa la persona, y en cada uno de ellos definir quién será el interlocutor para los equipos de salud, datos de contacto y establecimiento de un cronograma de reuniones para la coordinación y evaluación de avances del plan de intervención, así como también para brindar a estos equipos intersectoriales una serie de recomendaciones presenciales o por escrito sobre adecuaciones, apoyos o indicaciones para favorecer el proceso terapéutico, la continuidad de la atención, los cuidados y su seguimiento, previo consentimiento de la persona.

Asimismo, es clave para el proceso terapéutico y la calidad de vida de la persona y su familia hacer uso de los recursos de la comunidad que permitan la participación, promuevan la autonomía y potencien el logro de los objetivos terapéuticos. Una nómina actualizada de los diferentes programas e iniciativas locales, con claridad de los procesos de postulación o ingreso se recomienda para orientar a la persona. En algunos casos, principalmente de menor autonomía, se requerirá facilitar la gestión para su ingreso a dichas instancias locales.



(Handwritten mark)

Título: _____

Paralelo: _____

Fecha: _____

VIII. FORMACIÓN DE LOS EQUIPOS DE SALUD

Como parte del proceso de implementación de la estrategia de abordaje integral de personas con TEA, es crucial la formación de competencias para la identificación temprana, detección, evaluación diagnóstica integral y abordaje terapéutico, así como también de estrategias de sensibilización y educación a todos los equipos de salud y el intersector, a través de la estrecha coordinación y la ejecución de diferentes metodologías formativas, entre estas: cursos online o presenciales, cápsulas educativas, webinars por medio de Hospital Digital, MhGAP, u otros.

Para llevar a cabo esta tarea, el Ministerio de Salud implementó el año 2023 un curso de formación a distancia, del cual los Servicios de Salud podrán disponer desde el año 2024 para desarrollar en sus propias plataformas. Para lo anterior, como para el desarrollo de sus propias instancias de formación, es fundamental que incluyan en su Programación Anual de Formación el desarrollo de capacitaciones en TEA.

También es clave el rol de la SEREMI en los procesos de formación, sensibilización y educación, tanto para los profesionales de cada establecimiento como los usuarios, sus familias y la comunidad.

Para dar una respuesta articulada, con contenidos y mensajes comunes sobre el TEA y las necesidades de las personas en el espectro, en un marco de derechos, es clave la coordinación de SEREMI y Servicios de Salud. Por lo anterior, se espera que, en las instancias de coordinación, como mesas de discapacidad, infancia, salud mental, TEA o donde sea haya definido territorialmente articular la temática, se elabore un Plan de Formación Anual, estableciendo las prioridades y población objetivo a capacitar/educar anualmente.



ANEXOS

ANEXO 1

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

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

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



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

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

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

En el caso de las edades entre los 24 y 30 meses, para este fin se deberá utilizar el Listado de señales de alerta temprana del espectro autista en niños y niñas mayores de 24 meses de la norma técnica para la supervisión de salud integral de niños y niñas de 0 a 9 años del MINSAL.



ANEXO 2

Estrategias de apoyo a la Atención Primaria de Salud para aumento de la resolutivez

1. Consultoría

La consultoría se comprende como la actividad conjunta y de colaboración permanente entre los equipos del nivel de especialidad del territorio y el equipo de salud de APS en la temática de TEA. Tiene como propósito potenciar la capacidad resolutivez del nivel primario, mejorar la referencia y contrareferencia de personas con TEA y sus cuidadores/as, entre ambos niveles de atención y garantizar la continuidad de la atención y los cuidados de la población usuaria con problemas de salud o trastornos mentales.

Además, tiene como finalidad ser una instancia con un sentido de coordinación, formación, diálogo, definición de roles y responsabilidades compartidas. En esta estrategia participan tanto médicos como otros profesionales de los establecimientos de APS y del equipo del nivel de especialidad. Se propone que sea realizada de forma mensual con cada establecimiento de APS, pudiendo desarrollarse de manera presencial o remota de forma sincrónica.

2. Teleconsultoría, telecomité, teleinterconsulta o teleconsulta por Hospital Digital

Hospital Digital dispondrá de equipos interdisciplinarios compuesto por psiquiatra infanto-adolescente, neurólogo infanto-adolescente y otros profesionales con competencias en la atención de personas con TEA como psicólogo, fonoaudiólogo y terapeuta ocupacional, para realizar teleconsultorías, telecomité, teleinterconsulta o teleconsulta según lo definido en conjunto con los equipos locales. A continuación se definen las posibles estrategias a implementar:

Teleconsultoría: es una actividad sincrónica facilitada por la tecnología de las telecomunicaciones, entre el equipo de especialidad de atención secundaria y/o terciaria con el equipo de salud de atención primaria, con la finalidad de garantizar la continuidad de cuidados de la población usuaria, potenciar la capacidad resolutivez del nivel primario y mejorar la referencia y contrareferencia de personas entre ambos niveles de atención. Se puede realizar con o sin la persona usuaria presente. El objetivo principal de la teleconsultoría es la transmisión de conocimientos entre los equipos, de esta acción se desprende además la resolución de un problema de salud de una persona usuaria en el que un referente o grupo de referentes, proporciona orientación de forma remota a un profesional o grupo. En ocasiones, también se puede usar para que un grupo de especialistas comparta definiciones o sugerencias con otro grupo de profesionales en torno a un problema común. Cabe destacar que, el objetivo de esta actividad es homogenizar criterios de abordaje y potenciar la capacidad resolutivez de APS a través del intercambio de conocimientos entre los equipos de salud.



ES

Telecomité: Las instancias en que se tomen decisiones relacionadas con el diagnóstico y plan de tratamiento, con la concurrencia de varios profesionales de diferentes especialidades, agrupados en un comité, que utiliza tecnologías de la información y comunicación, se denomina Telecomité. En este caso, las decisiones son consensuadas entre varios profesionales y el sujeto de intervención sigue siendo el paciente para relevar sus características particulares. Consiste en una actividad sincrónica, porque todos están conectados en tiempo real para la discusión de los casos. Estos pueden discutirse basándose en la historia clínica o agregando la evaluación de la persona de forma presencial con la figura del médico tratante.

Teleinterconsulta asincrónica: el paciente no se encuentra presente en el momento del intercambio de información, los antecedentes de la persona consultante los entrega un miembro del equipo de salud, quien, luego de analizar datos del paciente, requiere generar o contrastar diagnósticos y decisiones terapéuticas con otro profesional (por ejemplo, un especialista). Destacando que el sujeto de intervención es la persona que tiene el problema de salud, aun cuando no esté presente en el evento y el objetivo de la atención es el diagnóstico y plan de tratamiento.

Teleconsulta: Se refiere a la actividad sincrónica de interacción que ocurren entre un profesional de la salud y un paciente con el objetivo de otorgar una atención con fines diagnóstico o terapéutico a través de medios electrónicos. Durante la teleconsulta podrían participar otros miembros del equipo de salud que se encuentran físicamente al lado de la persona atendida, acompañando o facilitando la atención.

Los equipos de Hospital Digital tendrán a cargo un territorio específico del país, de manera de brindar una atención pertinente a la organización propia de cada territorio y articulada con los centros de salud de cada nivel de atención.

Su función será principalmente de apoyar en el proceso diagnóstico, realizar diagnóstico diferencial y asesorar sobre la pertinencia de derivar al nivel de especialidad para una evaluación diagnóstica de mayor complejidad. Así mismo también tendrá la función de apoyar a los equipos tratantes cuando existen desajustes o dificultades para avanzar en el plan de intervención.



A handwritten signature in blue ink, appearing to be a stylized letter 'E' or similar.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association - APA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos <mentales DSM-5. 2013.
2. Kendall T, Megnin-Viggars O, Gould N, Taylor C, Burt LR, Baird G. Management of autism in children and young people: summary of NICE and SCIE guidance. *BMJ*. 28 de agosto de 2013;347:f4865.
3. Levy SE, Mandell DS, Schultz RT. Autism. *The Lancet*. 7 de noviembre de 2009;374(9701):1627–38.
4. Delgado LC, Congote C, Richard S, Sierra S, Vélez C. APORTES DESDE LA TEORÍA DE LA MENTE Y DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA A LA COMPRENSIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (Contributions from the theory of mind and executive functions in understanding autism spectrum disorders). *CES Psicol*. 14 de mayo de 2012;5(1):77–90.
5. Steyn B, Couteur AL. Understanding autism spectrum disorders. *Curr Paediatr*. agosto de 2003;13(4):274–8.
6. Baron-Cohen S. Editorial Perspective: Neurodiversity - a revolutionary concept for autism and psychiatry. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017/05/20 ed. junio de 2017;58(6):744–7.
7. VOLKMAR FR, CHAWARSKA K. Autism in infants: an update. *World Psychiatry*. febrero de 2008;7(1):19–21.
8. 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.
9. 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.
10. Maenner MJ. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. *MMWR Surveill Summ* [Internet]. 2023 [citado 4 de abril de 2023];72. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/ss/ss7202a1.htm>
11. Yáñez C, Maira P, Elgueta C, Brito M, Crockett MA, Troncoso L, et al. Estimación de la prevalencia de trastorno del Espectro Autista en población urbana chilena. *Andes Pediatr*. 23 de agosto de 2021;92(4):519–25.
12. 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.
13. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. :102.
14. 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>



15. 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.
16. 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.
17. Ministerio de Salud. Orientaciones Metodológicas para el desarrollo del programa de Rehabilitación Integral en la APS. Ministerio de Salud; 2018.
18. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Ministerio de Salud; 2017.
19. 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.
20. 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>
21. Fuentes J, Hervás A, Howlin P, (ESCAP ASD Working Party). ESCAP practice guidance for autism: a summary of evidence-based recommendations for diagnosis and treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1 de junio de 2021;30(6):961–84.
22. Marlow M, Servili C, Tomlinson M. A review of screening tools for the identification of autism spectrum disorders and developmental delay in infants and young children: recommendations for use in low- and middle-income countries. *Autism Res Off J Int Soc Autism Res*. febrero de 2019;12(2):176–99.
23. Norma técnica para la supervisión de Salud integral de niños y niñas de 0 a 9 años en la atención primaria de salud - actualización 2021 [Internet]. [citado 29 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Capi%CC%81tulo-3-Web.pdf>
24. Surveillance report 2016 – Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis (2011) NICE guideline CG128 and Autism spectrum disorder in under 19s: support and management (2013) NICE guideline CG170 [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2016 [citado 30 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK552075/>
25. Overview | Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management | Guidance | NICE [Internet]. NICE; [citado 30 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg142>





MINISTERIO DE SALUD
DIVISIÓN JURÍDICA
AAJ / OSZ / JMC / FRR / CRI / YPR / CAC
IPE / IMSMG / RIVB / HSV



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

RESOLUCIÓN EXENTA N° 501 /

SANTIAGO, 31 ABR 2024

VISTO: Lo dispuesto en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2000, que fija el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; en la Ley N° 19.880, de 2003, que establece las Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado; en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; en el Decreto Supremo N° 136, de 2004, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud; en la Ley N° 21.545, de 2023, 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; en el memorándum N° 112, de 2024, de la División de Prevención y Control de Enfermedades, de la Subsecretaría de Salud Pública, que solicita dictar la resolución aprobatoria del protocolo para el abordaje integral en salud de personas con trastorno del espectro autista, lineamientos en el marco de la Ley N° 21.545; en la Resolución N° 7, de 2019, de la Contraloría General de la República, que fija normas sobre exención del trámite de toma de razón 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, recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones.
2. Qué, asimismo, a la Subsecretaría de Salud Pública le corresponden las materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas.
3. Que, es labor del Ministerio de Salud efectuar todas aquellas tareas y ejercer todas las atribuciones que le confieran las leyes y reglamentos
4. Que, la 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 tiene por objeto asegurar el derecho a la igualdad de oportunidades y resguardar la inclusión social de los niños, niñas, adolescentes y adultos con trastorno del espectro autista; 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 que se les reconocen en otras disposiciones, ya sean estas nacionales o internacionales.
5. Que, en este marco de acción, el artículo 17 de la Ley antes mencionada, dispone que es deber de este Ministerio asegurar el debido cumplimiento de los derechos que otorga y reconoce la Ley a las personas con trastorno del espectro autista, dictando los protocolos, normas técnicas y reglamentos pertinentes.
6. Que, por último, el artículo cuarto transitorio, inciso final, de la Ley en comento señala que los protocolos que se refieren a la detección, diagnóstico y abordaje integral del

trastorno del espectro autista con enfoque de curso de vida, deberán ajustarse a lo dispuesto en la ley N° 20.500, sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública.

7. Que, en este sentido, la División de Prevención y Control de Enfermedades, de la Subsecretaría de Salud Pública, en conjunto con la División de Gestión de la Red Asistencial y la División de Atención primaria, ambas de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, han elaborado el protocolo para el abordaje integral en salud de personas con trastorno de espectro autista, cuyo objeto radica en entregar lineamientos a los equipos de salud para dar una atención oportuna, integral y continua, a las personas con Trastorno del Espectro Autista en el marco del Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitario de la red Pública y de lo dispuesto en la Ley N° 21.545, antes mencionada. Este protocolo considera la pertinencia cultural y características propias de cada territorio.
8. Que, en cumplimiento del mandato legal dispuesto en el artículo cuarto transitorio antes citado, el protocolo descrito en el considerando anterior fue revisado por la mesa nacional de representación de organizaciones sociales de autismo del Ministerio de Salud, quienes efectuaron observaciones y aportes, formando parte del documento final.
9. Que, en mérito de lo expuesto, procedo a dictar lo siguiente:

RESOLUCIÓN,

1. **APRUÉBESE** el documento denominado “Protocolo para el abordaje integral en salud de personas con trastorno del espectro autista, lineamientos en el marco de la Ley 21.545”, elaborado por la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública y por la División de Gestión de la Red Asistencial y la División de Atención Primaria, ambas de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, documento que se considerará parte integrante de la presente resolución.
2. **INSTRÚYASE** la visación del documento que por este acto se aprueba, en cada una de sus páginas, por parte de la jefa de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública. Una vez realizado, todas las copias que del documento se emitan, deberá ser concordantes con el documento original.
3. **PUBLÍQUESE** el protocolo y el presente acto administrativo que lo aprueba por la División de Prevención y Control de Enfermedades, en la página web del Ministerio de Salud, esto es, www.minsal.cl, dentro del plazo de 3 días hábiles, contados desde la total tramitación de la presente resolución, indicando el carácter vigente del documento.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE,



**DRA. XIMENA AGUILERA SANHUEZA
MINISTRA DE SALUD**

DISTRIBUCIÓN:

- Gabinete, Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Gabinete, Subsecretaría de Salud Pública.
- Gabinete, Ministerio de Salud.
- División de Prevención y Control de Enfermedades, SSP.
- División de Gestión de la Red Asistencial, SRA.
- División de Atención Primaria, SRA.
- División jurídica, Ministerio de Salud
- Oficina de Partes, MINSAL.