



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

SANTO DOMINGO
REPÚBLICA DOMINICANA



PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

República Dominicana
Mayo, 2025



® **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**

Título original

Protocolo de Atención para Niños, Niñas y Adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (Actualización)

Coordinación editorial

Viceministerio de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud

Diseño gráfico

Enmanuel Trinidad, Dirección de Normas, Guías y Protocolos

eISBN

978-9945-644-96-8

1era. Edición

Junio, 2018

2da. Edición

Mayo, 2025

Reserva de derecho: el autor autoriza al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social al uso de contenido parcial, a su reproducción, comunicación pública y divulgación con fines educativos y académicos (científicos), más no comerciales, a ser integrado exclusivamente en el “Protocolo de atención para niños, niñas y adolescentes con trastorno de espectro autista”, 2da Edición. Los elementos a referenciar e integrar en el referido documento, fueron publicados en la obra intelectual: Psiquiatría infantil (2.a ed.), libro editado por el Fondo Editorial CIB, en el 2021, con el ISBN 978-628-7505-27-8, cuyo editor académico es Juan David Palacio Ortiz. Esta autorización se firma a los 05 días del mes mayo de 2025, desde la Corporación para Investigaciones Biológicas. Contacto: coord.fondoeditorial@cib.org.co

Copyright © Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La mencionada institución autoriza la utilización de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas con los expertos de las áreas y las sociedades especializadas involucradas, tras el análisis de las necesidades existentes en torno al tema en el Sistema Nacional de Salud, a través de la coordinación técnica y metodológica de la Dirección de Normas, Guías y Protocolos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.



AUTORIDADES

Dr. Víctor Elías Atallah Lajam
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. José Antonio Matos Pérez
Viceministro de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud

Dr. Eladio Radhamés Pérez Antonio
Viceministro de Salud Colectiva

Lcdo. Miguel Rodríguez Viñas
Viceministro de Fortalecimiento y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Luis Nelson Rosario Socías
Viceministro para las Direcciones Provinciales

Dra. Gina Estrella Ramia
Viceministra para la Gestión de Riesgo y Salud Ambiental

Lcda. Raysa Bello Arias de Peña
Viceministra de Asistencia Social

EQUIPO RESPONSABLE

Dr. Ricardo Alberto Elías Melgen. Director de Gestión de Salud de la Población

Dra. Altagracia Milagros Peña González. Directora de Normas, Guías y Protocolos

Dr. Alejandro Uribe. Director del Departamento de Salud Mental

EQUIPO TÉCNICO PRIMERA EDICIÓN

Dra. Zuleika Morillo

Lcda. Stephane Suárez

Dra. Sachideybi Santiago

Moisés Taveras. Revisor externo

Dr. Deseado Guzmán

Lic. Melissa Fiallo

Lic. Ileana Louis

EQUIPO TÉCNICO DE ACTUALIZACIÓN

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Departamento de Salud Mental

Lcdo. Rafael Elías Tejeda. Encargado de Alcohol y Drogas

Lcda. Margaret Medina. Coordinadora de Promoción y Prevención de Salud Mental

Lcdo. Cristian Paredes. Coordinador General de Salud Mental

Dra. Yudelka Medina. Coordinadora del Programa de Psicofármacos

Dra. Ana E. Ruiz. Coordinadora de Servicios Psicosociales

Departamento de Curso de Vida

Lcda. Diana Mancebo. Coordinadora del Programa adulto. Representante de los aspectos referentes a comunitarios y familias

Programa Materno Infantil

Dra. Nidia Cruz Otáñez. Coordinadora de Salud Infantil. Representante de los aspectos referentes a comunitarios y familias

SOCIEDADES MÉDICAS ESPECIALIZADAS

Sociedad Dominicana de Psiquiatría

Dr. Edison Rodríguez. Representante de expertos

Dra. Soledad Alonso. Representante de los aspectos referentes a evaluación, diagnóstico y tratamiento farmacológico

Sociedad Dominicana de Neurología y Neurocirugía

Dra. Yaneris Polanco. Representante de los aspectos de evaluación y diagnóstico

Sociedad Dominicana de Terapia Ocupacional

Lcda. Khaterly Reyes. Representante de los aspectos referentes a intervención no farmacológica

Sociedad Dominicana de Logopedia

Lcda. Angela Sánchez. Representante de los aspectos referentes a intervención no farmacológica

ASESORES EXTERNOS

Ministerio de Educación de la República Dominicana (MINERD)

Lcda. Lía Camila Guzmán. Representante de los aspectos referentes a comunitarios y familias

Colegio Dominicano de Psicólogos (CODOPSI)

Lcda. Karla De Windt. Representante de los aspectos de evaluación, diagnóstico e intervención no farmacológica

Asociación Dominicana de psiquiatría infantil y profesionales afines (ADOSINAPA)

Lcda. Stephanie Suárez. Representante de evaluación, diagnóstico, intervención no farmacológica y aspectos comunitarios y familias

Centro de Atención Integral para la Discapacidad (CAID)

Dra. Yahila De Peña. Coordinadora mesas técnicas expertas

Lcda. Caroline Rodríguez. Coordinadora de mesas técnicas de intervención no farmacológica

Lcda. Natalia Aquino Coordinadora de los aspectos comunitarios y familias

Lcda. Alejandra De Los Santos. Coordinadora de aspectos de evaluación y diagnóstico

Centro de Atención Integral a Niños, Niñas y Adolescentes en Consumo de Sustancias Psicoactivas (CAINNASCP)

Dra. Annelice Roa. Directora

ASESORÍA DE VIABILIDAD JURÍDICA, METODOLÓGICA Y SANITARIA

Dirección de Normas, Guías y Protocolos

Lcda. Anel Payero González. Encargada de Documentos Técnicos Sanitarios

Dra. Ibsen Veloz Suarez. Encargada de Reglamentación Sanitaria

Dra. Marina Torres Medina. Analista de Documentación Sanitaria

Lcda. Dayanara Lara Vittini. Analista de Documentación

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Resolución Núm. 0012-2025.

Que pone en vigencia los Documentos Normativos y Técnicos Sanitarios para Diversos Eventos Clínicos.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), Institución Estatal organizada de acuerdo con la Ley Orgánica de la Administración Pública No. 247-12, G.O.Núm.10691, del catorce (14) de agosto del año dos mil doce (2012) y la Ley General de Salud No. 42-01, de fecha ocho (8) de marzo del año dos mil uno (2001), debidamente provista de su Registro Nacional de Contribuyente (RNC) Núm. 401007398, con domicilio y asiento social principal en la avenida Héctor Homero Hernández Vargas, esquina avenida Tiradentes, ensanche la Fe, debidamente representado por el Ministro **Dr. Víctor Elías Atallah Lajam**, dominicano, mayor de edad, casado, titular de la cédula de identidad y electoral No. 001-0974857-4, médico de profesión, con domicilio y residencia en esta ciudad de Santo Domingo, Distrito Nacional.

Considerando (1): Que la rectoría del Sistema Nacional de Salud está a cargo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y sus expresiones territoriales, locales y técnicas. Esta rectoría será entendida como la capacidad política del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), de máxima autoridad nacional en aspectos de salud, para regular la producción social de la salud, dirigir y conducir políticas y acciones sanitarias, concertar intereses, movilizar recursos de toda índole, vigilar la salud y coordinar acciones de las diferentes instituciones públicas y privadas y de otros actores.

Considerando (2): Que los Ministros podrán dictar disposiciones y reglamentaciones de carácter interno sobre los servicios a su cargo, siempre que no colidan con la Constitución, las leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo.

Considerando (3): Que la Ley General de Salud No. 42-01, así como la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01 y sus reglamentos, establecen con claridad que la Garantía de la Calidad es un componente básico de la función de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, las cuales son asignadas al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Considerando (4): Que, desde el ejercicio de la función rectora, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe establecer las directrices que orienten el desarrollo de intervenciones que garanticen la calidad en salud en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana a través de la mejora continua y la satisfacción de las necesidades y requerimientos de la población, impactando positivamente en el perfil salud-enfermedad.

Considerando (5): Que una de las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector del sector salud, establecidas por la Ley General de Salud No. 42-01, es la de formular todas las políticas, medidas, normas y procedimientos que, conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes.

Considerando (6): Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como responsable de la conducción de las políticas públicas en materia de salud, ha contemplado desde hace varios años en su agenda de prioridades la incorporación de toda una serie de disposiciones y lineamientos orientados a insertar el tema de la calidad en la atención como eje fundamental del quehacer diario de los servicios de salud, y que dichas políticas son parte de los instrumentos mediante los cuales el órgano rector promueve y garantiza la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, asegurando los mejores resultados y el impacto adecuado en la salud de la población.

Considerando (7): Que es imprescindible que las distintas iniciativas de calidad en salud realizadas a nivel institucional y sectorial, promovidas por las instituciones públicas centrales y locales, desarrolladas con la participación y en consulta con la sociedad civil, guarden la necesaria coherencia con los instrumentos del Sistema Nacional de Salud, funcionando de manera articulada con la finalidad de elevar la eficacia de las intervenciones colectivas e individuales.

Considerando (8): Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Considerando (9): Que, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ha establecido como una prioridad del Sistema Nacional de Salud fomentar la calidad en los productos y servicios que impactan en la salud de la población.

Considerando (10): Que, la implantación y apego a reglamentos, guías y protocolos de atención influye de manera directa en la calidad de la atención de los servicios.

Vista: La Constitución de la República Dominicana, proclamada el 27 de octubre de 2024.

Vista: La Ley Orgánica de la Administración Pública, No. 247-12 de fecha 14 de agosto del 2012.

Vista: La Ley General de Salud, No.42-01 del 8 de marzo de 2001 y sus reglamentos de aplicación.

Vista: La Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, N0. 87-01 de fecha 8 de mayo del 2001 y sus reglamentos de aplicación.

Vista: La Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo, No. 1 -12 de fecha 25 de enero del 2012.

Vista: La Ley del Sistema Dominicano para la Calidad, No. 166-12 del 19 de junio de 2012.

Vista: La Ley que crea el Servicio Nacional de Salud, No. 123-15 de fecha 16 de julio de 2015.

Visto: El Decreto No. 434-07, que establece el Reglamento General de Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, de fecha 18 de agosto del 2007.

En virtud de las atribuciones que me confiere la Ley General de Salud, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Primero: Se instruye, con carácter obligatorio, a todos los establecimientos y servicios de salud, tanto públicos como privados, así como a patronatos y organizaciones no gubernamentales (ONG) y demás entidades vinculadas al sector, a cumplir con la aplicación los protocolos, lineamientos técnicos y plan operativo, puestos en vigencia por medio de esta resolución. Estas herramientas operativas son fundamentales para la mejora continua de la calidad de los servicios prestados.

Segundo: Se ordena la puesta en vigencia los siguientes documentos normativos y técnicos sanitarios:

1. Protocolo de Atención para Niños, Niñas y Adolescentes con Trastorno del espectro Autista (Actualización)
2. Protocolo de Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Pulmonares Intersticiales (EPI) y Fibrosis Pulmonar Progresiva (FPP)
3. Protocolo de Atención de Neumonía en Niños y Adolescentes
4. Lineamientos para la gestión de los focos de malaria en la República Dominicana
5. Plan Operativo para Eventos Hidrometeorológicos

Tercero: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS) promoverá el uso de estos protocolos, el documento lineamiento y el plan operativo, dentro del Sistema Nacional de Salud, correspondiendo a las Direcciones Regionales de Salud la incorporación de los mismos a los sistemas de aseguramiento de la calidad de la atención de los establecimientos y servicios de salud ubicados en sus respectivas jurisdicciones y a las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud, en tanto a los representantes locales de la rectoría, las funciones de supervisión y monitoreo del proceso de implementación y cumplimiento.

Cuarto: Se instruye al Viceministerio de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud, a crear los mecanismos para dar seguimiento a la aplicación y cumplimiento de la presente resolución.

Quinto: Se instruye remitir copia íntegra de la presente resolución, para fines de cumplimiento y ejecución, de los documentos puestos en vigencia en la presente a los siguientes: Dirección de Habilitación de Establecimientos y Servicios de Salud, Superintendencia de Salud y Riesgos laborales (SISALRIL), Aseguradoras de Riesgo de Salud (ARS), Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL), Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados (ANDECLIP), Servicio Nacional de Salud



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

(SNS), demás prestadores privados y ONGs, Direcciones Provinciales de Salud demás y entidades relacionadas al sector.

Sexto: Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información a publicar en el portal web institucional el contenido de la presente resolución.

En Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, a los cinco (05) días del mes de junio del año dos mil veinticinco (2025).


Dr. Víctor Elías Atallah Lajam
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social



CONTENIDO

SIGLAS, ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	13
ACTUALIZACIÓN	10
INTRODUCCIÓN.....	12
1. OBJETIVO	13
2. EVIDENCIAS CIENTÍFICAS.....	13
3. USUARIOS DEL PROTOCOLO	13
4. POBLACIÓN DIANA	13
5. DEFINICIONES.....	13
6. CLASIFICACIÓN DEL CIE-11	14
7. CLASIFICACIÓN DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA	15
7.1 De acuerdo a la gravedad	15
7.2 Antecedentes mórbidos del trastorno del espectro autista.....	20
8. HISTORIA CLÍNICA	22
8.1 Anamnesis	22
8.2 Examen físico.....	22
9. DIAGNÓSTICO.....	23
9.1 Criterios para el diagnóstico.....	23
9.2 Cribado (Screening)	21
9.3 Medios Diagnósticos	23
10. TRATAMIENTO	25
10.1 Manejo no farmacológico.....	25
10.2 Manejo interdisciplinario de las intervenciones.....	30
10.3 Manejo farmacológico	34
11. INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES.....	33
12. INDICADORES	35
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
14. ANEXOS.....	41
Anexo 1. Flujograma Sobre el proceso de cribado (screening) y evaluación del Trastorno del Espectro Autista (TEA).....	41
Anexo 2: Características de una intervención efectiva (Protocolo American Academy of Pediatrics)	42
Anexo 3: Gráfico: Modelo de apoyo y colaboración a las personas con TEA.....	43

SIGLAS, ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

ABA	Análisis del Comportamiento Aplicado, por sus siglas en ingles (Applied Behavior Analysis)
ADI	Entrevista para el diagnóstico del Autismo, por sus siglas en ingles (Autism Diagnostic Interview)
ADOS	Escala de observación para el diagnóstico del Autismo, por sus siglas en ingles American Descentants of Slavery)
ASSQ	Cuestionario de Evaluación del Espectro Autista, por sus siglas en ingles (Autism Spectrum Screening Questionnaire)
ASQ	Cuestionarios de Edades y Etapas, por sus siglas en ingles (Ages and Stages Questionnaires)
CAID	Centro de Atención Integral para la Discapacidad
CAST	Prueba del Espectro Autista Infantil, por sus siglas en ingles (Childhood Autism Spectrum Test)
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades Centers for Disease, por sus siglas en ingles Control and Prevention
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
DSM-5-TR	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición, Revisión del Texto, por sus siglas en ingles (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision)
ITC	Lista de Verificación para Lactantes y Niños Pequeños, por sus siglas en ingles (Infant-Toddler Checklist)
M-CHAT-R/F	Cuestionario M-CHAT Revisado de Detección del Autismo en Niños Pequeños con Entrevista de Seguimiento, por sus siglas en ingles (Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up)
MG	Miligramo, por sus siglas en ingles (Milligram)
NNA	Niñas, Niños y Adolescentes
OMS	Organización Mundial de la Salud
PEDS	Evaluación Pediátrica del Desarrollo, por sus siglas en ingles (Pediatric Evaluation of Developmental Status)
SCQ	Cuestionario de Comunicación Social, por sus siglas en ingles (Social Communication Questionnaire)
STAT	Herramienta de Detección del Autismo en Niños Pequeños, por sus siglas en ingles (Screening Tool for Autism in Toddlers)
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
TEA	Trastorno del Espectro Autista

ACTUALIZACIÓN

El presente protocolo tiene como finalidad actualizar y fortalecer las estrategias para la identificación, diagnóstico y abordaje del Trastorno del Espectro Autista (TEA) en el sistema de salud. La decisión de actualizar el protocolo anterior responde a múltiples limitaciones que afectan su aplicabilidad y eficacia en la atención integral de las personas con esta condición.

En los últimos años, los avances en la investigación sobre neurodesarrollo han permitido una comprensión más profunda del Trastorno del Espectro Autista (TEA) y de las mejores prácticas para su abordaje en el ámbito de la salud. Estos progresos han evidenciado la necesidad de actualizar las estrategias existentes, incorporando procedimientos diagnósticos alineados con los manuales de referencia internacional, como el DSM-5-TR y la CIE-11. La integración de estos estándares resulta esencial para fortalecer la detección temprana, garantizar un diagnóstico preciso y promover intervenciones oportunas y basadas en evidencias científicas. En este contexto, se reconoce la importancia de sustituir el protocolo elaborado en el año 2018, cuya vigencia ha sido superada por los cambios conceptuales y metodológicos que hoy guían la atención integral de las personas con TEA.

El protocolo anterior incluía directrices desactualizadas respecto al tratamiento farmacológico y a las intervenciones terapéuticas. El uso de medicación en personas con TEA debe entenderse como un recurso complementario, y no como la estrategia principal de intervención. No obstante, las indicaciones farmacológicas allí contenidas no se corresponden con las recomendaciones actuales, lo que podría conllevar a un uso inadecuado de fármacos. De igual forma, las intervenciones terapéuticas sugeridas no reflejaban enfoques contemporáneos basados en evidencia, tales como la intervención temprana centrada en el desarrollo y el acompañamiento respetuoso de la neurodiversidad. Frente a estas limitaciones, el presente protocolo ha sido diseñado para ofrecer una guía clara, estructurada y actualizada, sustentada en la evidencia científica más reciente, con el objetivo de garantizar una atención integral, ética y de alta calidad para las personas con TEA y sus familias.

Como parte del proceso de actualización del mismo, se han incluido acápites nuevos, inclusiones y exclusiones. A continuación, puntualizamos un resumen de las actualizaciones realizadas al documento:

- **Puntos actualizados**

Introducción, objetivos, evidencias científicas, población diana, definiciones, diagnóstico, medios de diagnóstico, tratamiento no-farmacológico, manejo farmacológico, orientación a pacientes y familiares, indicadores y flujograma.

- **Puntos incluidos**

Clasificación CIE-11, clasificación del trastorno del espectro autista, cribado (screening), criterios para el diagnóstico, dosis de fármacos.

- **Puntos excluidos**

Clasificación internacional, criterios de ingreso, anexos.

Metodología de Actualización

Este documento constituye una revisión técnica y actualizada del “Protocolo de Atención para Niños, Niñas y Adolescentes con Trastorno del Espectro Autista”, emitido en el año 2018 por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana. La presente versión responde a la necesidad de incorporar avances científicos, enfoques contemporáneos y criterios internacionales en el abordaje del Trastorno del Espectro Autista (TEA), alineándose con las disposiciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición, Revisión de Texto (DSM-5-TR) y otras fuentes técnicas especializadas.

El proceso de revisión fue coordinado por la Dirección de Normas, Guías y Protocolos, en articulación con un equipo multidisciplinario conformado por representantes de entidades clave en la atención integral a la población con TEA, entre ellas:

La Sociedad Dominicana de Psiquiatría, Sociedad Dominicana de Neurología y Neurocirugía, Sociedad Dominicana de Terapia Ocupacional, Sociedad Dominicana de Logopedia, el Centro de Atención Integral para la Discapacidad (CAID), el Colegio Dominicano de Psicólogos (CODOPSI), entre otros.

El desarrollo de este documento fue acompañado por un proceso de asesoría técnica en la que participaron expertos en la materia, quienes realizaron aportes sustanciales en cada etapa del trabajo. La revisión de contenido incluyó diversas discusiones expertas con el rigor técnico que amerita, lo que permitió consolidar criterios, enriquecer el enfoque del documento y garantizar la calidad técnica del resultado final, sustentado en el consenso del equipo multidisciplinario participante.

INTRODUCCIÓN

A nivel global, se estima que aproximadamente 1 de cada 100 niños y niñas presenta Trastorno del Espectro Autista (TEA), aunque la prevalencia varía ampliamente entre estudios, influenciada por factores como el diseño metodológico, los criterios diagnósticos utilizados y el contexto regional. Una revisión sistemática reciente resalta esta variabilidad, subrayando la necesidad de fortalecer los sistemas de vigilancia en salud mental infantil. ⁽¹⁾ En los Estados Unidos, los datos más recientes publicados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) indican una prevalencia de 1 en cada 36 niños y niñas de 8 años de edad, reflejando una tendencia ascendente en la identificación de casos. ⁽²⁾ En la República Dominicana, actualmente no se dispone de datos oficiales que permitan estimar con precisión la magnitud del Trastorno del Espectro Autista (TEA), lo que representa un desafío para la planificación de servicios y políticas públicas enfocadas en esta población.

El TEA es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por alteraciones persistentes en la comunicación social, así como por la presencia de conductas repetitivas y/o patrones de comportamiento restringido. Las dificultades pueden manifestarse a través de una interacción social limitada, falta de reciprocidad socioemocional, uso inadecuado de conductas comunicativas no verbales y dificultad para establecer o mantener relaciones. Asimismo, pueden presentarse comportamientos como el uso estereotipado del lenguaje, adhesión inflexible a rutinas, intereses excesivamente focalizados, y respuestas atípicas a estímulos sensoriales.

Frente a estas manifestaciones, este documento técnico especializado constituye una herramienta clave para guiar a los equipos de salud en el proceso de identificación, evaluación y atención integral del TEA. Su construcción se basa en la evidencia científica más reciente y responde a la necesidad de actualizar los marcos técnicos existentes, incorporando criterios clínicos actualizados, orientaciones metodológicas y componentes que fortalecen la toma de decisiones desde un enfoque interdisciplinario, centrado en la persona. Además, esta actualización reafirma el compromiso del Estado dominicano con la garantía del derecho a la salud, promoviendo prácticas equitativas, inclusivas y accesibles.

A través de este instrumento se busca fortalecer las capacidades del sistema sanitario para brindar atención oportuna, ética y continua a las personas con Trastorno del Espectro Autista y sus familias, a lo largo del curso de vida.

1. OBJETIVO

Estandarizar los lineamientos para la atención de niños/as y adolescentes con trastorno del espectro autista mediante la identificación, diagnóstico e intervención psicoterapéutica y farmacológica con la finalidad de mejorar el funcionamiento del individuo, promover la autonomía y mejorar su calidad de vida.

2. EVIDENCIAS CIENTÍFICAS

- Guía Técnica para el Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos del Espectro Autista [Internet]. Ministerio de Salud del Perú. [citado el 4 de abril de 2025]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6246246/5497725-rdn-075-2023-insn-dg.Pdf>.
- Palacio, J. Psiquiatría infantil 2ed. Colombia: Corporación para investigaciones Biológicas CIB; 2021.

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos Generales, Médicos Especialistas en Medicina Familiar, en Pediatría, en Psiquiatría, en Psiquiatría de niños y adolescentes, en Neuropediatría, Psicólogos Clínicos, Terapeutas Ocupacionales, Terapeutas del Lenguaje/Logopedas.

4. POBLACIÓN DIANA

Este protocolo está dirigido a toda persona entre 1 y 18 años de edad que presente signos o sintomatología compatible con el TEA, conforme a los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-5-TR y el CIE-11, en su versión más reciente.

5. DEFINICIONES

- **Trastorno:** alteración que afecta el funcionamiento del cuerpo y que en ocasiones produce signos y síntomas específicos.³
- **Condición:** en el contexto del TEA se utiliza para describir una discapacidad del desarrollo que afecta la forma en que las personas interactúan, comunican y se comportan.⁴
- **Apoyo:** los apoyos son recursos y estrategias que se proporcionan para mejorar el funcionamiento y la calidad de vida de una persona, facilitando su participación plena en la sociedad. Estos pueden incluir asistencia personal, tecnologías de apoyo, adaptaciones en el entorno o programas educativos especializados.⁵
- **Barreras:** las barreras son obstáculos que impiden o dificultan la participación plena y efectiva de las personas en la sociedad. Estas pueden ser de diversos tipos, como físicas (por ejemplo, edificaciones inaccesibles), actitudinales (prejuicios y estigmas) o comunicativas (falta de información en formatos accesibles).⁶
- **Cribado (Screening):** proceso de aplicación de pruebas a personas que no han presentado síntomas.⁷

- **Co-ocurrencias:** se utiliza para describir la presencia simultánea de múltiples condiciones en un individuo, sin que exista necesariamente una relación causal entre ellas.⁸
- **Comorbilidad:** donde las condiciones coexistentes pueden estar etiológicamente relacionadas o influirse mutuamente. Simplemente indica que las condiciones se presentan juntas con una frecuencia esperada en la población general.¹⁰
- **In situ:** en el lugar, en el sitio.⁷
- **Neurodesarrollo:** son una serie de condiciones que se manifiestan en edades tempranas, que se caracterizan por déficits en el desarrollo o funcionamiento cerebral y que causan, a su vez, alteraciones en el desenvolvimiento personal, social, académico u ocupacional.⁹
- **Discapacidad:** son deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo y las barreras que limitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás.¹¹
- **Reciprocidad socioemocional:** se refiere a la capacidad de una persona para participar en interacciones sociales de manera mutua y equilibrada, compartiendo y respondiendo adecuadamente a las emociones e intereses de los demás. Esta habilidad es esencial para establecer y mantener relaciones interpersonales saludables.¹²
- **Conducta comunicativa:** comportamiento no verbal, observable, utilizado de manera intencional para transmitir información.¹³
- **Estereotipado:** se hace de manera repetitiva y carece de función aparente.¹⁴
- **Interdisciplinario:** se realiza con la colaboración de varias disciplinas.⁷
- **Trastorno del Espectro Autista (TEA):** es una condición permanente del neurodesarrollo, que impacta a una importante cantidad de personas alrededor del mundo, esencialmente en los aspectos psicológico, conductual, social y de salud para la persona, así como económico para la familia.¹⁵

6. CLASIFICACIÓN DEL CIE-11

6A02 Trastorno del espectro autista.

6A02.0 Trastorno del espectro autista sin trastorno del desarrollo intelectual y con deficiencia leve o nula del lenguaje funcional.

6A02.1 Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual y con leve o ningún deterioro del lenguaje funcional.

7. CLASIFICACIÓN DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

7.1 De acuerdo a la gravedad

La gravedad debe evaluarse por separado para cada dominio. El deterioro intelectual concurrente a menudo explica las diferencias en los niveles de gravedad: ³¹

7.1.1 Comunicación: interacción social

- **Nivel 1 ("Requiere apoyo").** Deterioro notable sin apoyo; dificultad para iniciar interacciones sociales, respuestas atípicas o fallidas a propuestas sociales; disminución del interés en las interacciones sociales; falta de turnos en la conversación; falla en generar respuestas o temas apropiados al contexto; intentos fallidos o extraños de hacer amigos.
- **Nivel 2 ("Requiere apoyo sustancial").** Déficits marcados en la comunicación; deficiencias aparentes incluso con apoyos; iniciación limitada de interacciones sociales; respuesta reducida/anormal a las propuestas sociales.
- **Nivel 3 ("Requiere un apoyo muy sustancial").** Deficiencias graves en el funcionamiento; iniciación muy limitada de interacciones sociales; mínima respuesta a las propuestas sociales de los demás.

Los ejemplos de comunicación/interacción social que requieren un apoyo muy sustancial incluyen:

- Comunicación inexistente (el niño no intenta compartir pensamientos o intereses o hacer solicitudes)
- Comunicación que consiste solo en gestos físicos (p. ej., toma a un adulto de la mano para llevarlo a un objeto o actividad deseada sin contacto visual ni lenguaje hablado).
- Comunicación que consiste en palabras que se repiten de otros contextos y no tienen relevancia para el contexto actual (p. ej., ecolalia)

7.1.2 Comportamiento repetitivo: restringido

- **Nivel 1 ("Requiere apoyo").** Los comportamientos interfieren significativamente con la función; dificultad para cambiar de actividad; independencia limitada por problemas de organización y planificación.
- **Nivel 2 ("Requiere apoyo sustancial").** Comportamientos lo suficientemente frecuentes como para ser obvios para el observador casual; los comportamientos interfieren con la función en una variedad de entornos; angustia y/o dificultad para cambiar el enfoque o la acción.
- **Nivel 3 ("Requiere un apoyo muy sustancial").** Los comportamientos interfieren notablemente con la función en todas las esferas; extrema dificultad para hacer frente al cambio; gran angustia/dificultad para cambiar el enfoque o la acción.

Los ejemplos de comportamiento repetitivo/restringido que requieren un apoyo muy sustancial incluyen:

- Balanceo o giro del cuerpo, giro de objetos, aleteo de las manos mientras se balancea, o comportamientos de autoestimulación visual asociados con giros o balanceo de objetos o de uno mismo.
- Participar en una exploración sensorial inusual, como mirar de cerca las manos u objetos, olfatear o llevarse objetos a la boca.
- Adhesión rígida a las rutinas durante el juego o las tareas adaptativas que interfieren con las actividades funcionales (p. ej., socializar)

7.2 Antecedentes mórbidos del trastorno del espectro autista

7.2.1 Factores de riesgo asociados al TEA de origen ambiental, biológico y genético

El Trastorno del Espectro Autista es una condición neurobiológica del desarrollo que implica una interacción compleja de factores genéticos, ambientales y sociales. La evidencia científica indica que el riesgo de desarrollar TEA se ve influenciado por una combinación de elementos que afectan tanto el desarrollo prenatal como postnatal, siendo clave su abordaje desde una perspectiva intersectorial e integral.^{41,42}

Se han identificado factores que pueden aumentar la probabilidad de que un niño o niña desarrolle TEA, como los siguientes:^{16, 17}

- **Antecedentes familiares:** tener un hermano o hermana con TEA aumenta la probabilidad de desarrollar el trastorno.
- **Condiciones genéticas o cromosómicas:** malformaciones del sistema nervioso, trastornos cromosómicos y genéticos, como el síndrome del cromosoma X frágil, esclerosis tuberosa y neurofibromatosis, se han asociado con un mayor riesgo de TEA.
- **Complicaciones perinatales:** edad gestacional menor de 35 semanas, prematuridad, bajo peso al nacer y antecedentes de encefalopatía neonatal o epiléptica pueden incrementar el riesgo.
- **Otros factores**
 - ✓ Uso de medicamentos: como el valproato de sodio durante la gestación.
 - ✓ Antecedentes psiquiátricos familiares: trastornos afectivos o psicóticos en los padres también se consideran factores de riesgo.
 - ✓ Edad parental avanzada: especialmente la del padre, ha sido asociada con un mayor riesgo de TEA en la descendencia.
 - ✓ Exposición a contaminantes ambientales: la exposición prenatal a pesticidas y metales pesados se ha relacionado con una mayor probabilidad de desarrollar TEA.

- ✓ Condiciones maternas: enfermedades como diabetes gestacional, hipertensión y obesidad durante el embarazo.
- * El Trastorno del Espectro Autista, es de origen multifactorial y puede presentarse incluso en ausencia de estos factores de riesgo.

7.2.2 Determinantes sociales de la salud en personas con TEA

Los determinantes sociales inciden directamente en la detección oportuna, el tratamiento adecuado y el acceso continuo a servicios especializados. Entre los más relevantes: ^{41, 42}

- Nivel socioeconómico: las familias con menos recursos pueden enfrentar barreras significativas para acceder a diagnóstico e intervención temprana.
- Ubicación geográfica: la ruralidad o zonas de difícil acceso dificultan el contacto con servicios especializados.
- Nivel educativo del cuidador: se ha asociado con mayor conciencia del desarrollo infantil y búsqueda de atención temprana.
- Redes de apoyo comunitario: la disponibilidad de estructuras formales e informales de soporte mejora la calidad de vida y los resultados terapéuticos.

7.2.3 Componentes clave para el abordaje integral del TEA

En este marco, se reconocen cinco componentes fundamentales que rodean y afectan directamente el bienestar de las personas con TEA, sus familias y cuidadores: ⁴¹

- a) Determinantes sociales y ambientales: entorno físico, condiciones económicas, acceso a servicios básicos, nivel educativo familiar.
- b) Servicios sociales y comunitarios: redes comunitarias, campañas de sensibilización, inclusión escolar y laboral.
- c) Servicios asistenciales: centros de día, programas escolares adaptados, servicios de apoyo conductual y terapéutico.
- d) Equipo médico y de apoyo: personal especializado en salud física y mental, diagnóstico, terapia del habla, terapia ocupacional y seguimiento clínico.
- e) Familiares y cuidadores: como soporte directo en el proceso terapéutico, emocional y social de la persona con TEA.

La interacción armónica entre estos componentes constituye la base de un modelo de atención centrado en la persona con TEA, orientado a la inclusión, la equidad y el respeto de sus derechos fundamentales (ver Anexo 3). Este enfoque busca promover una atención integral y coordinada, considerando la complejidad y diversidad de necesidades de esta población a lo largo del curso de vida.

8. HISTORIA CLÍNICA

8.1 Anamnesis

- Levantar información a través de la entrevista con los padres, con especial interés sobre el funcionamiento actual del niño, en particular aquellos criterios asociados a TEA.
- Abordar los hitos del desarrollo, tanto los logros como los déficits o retrasos en todas las áreas del desarrollo: comunicación, autonomía, motricidad, cognición y socioemocional.
- Antecedentes personales patológicos, haciendo énfasis en la investigación de comorbilidades como epilepsia, trastornos gastrointestinales, trastornos de alimentación.
- Antecedentes familiares, obteniendo datos de la historia familiar de salud física y mental, con énfasis en antecedentes familiares de Trastorno del Espectro Autista u otros trastornos del neurodesarrollo.

8.2 Examen físico

Se debe realizar un examen físico completo y sistemático, que permita no solo establecer el estado general de salud del individuo, sino también identificar signos clínicos asociados a condiciones médicas comórbidas o subyacentes que puedan influir en el desarrollo neurológico, conductual o sensorial.

La exploración física debe incluir, como mínimo:

- Evaluación del crecimiento: peso, talla, índice de masa corporal (IMC) y perímetro cefálico (según edad).
- Valoración neurológica básica: tono muscular, reflejos, coordinación motora gruesa y fina.
- Exploración sensorial: visión, audición (incluyendo antecedentes de tamizaje auditivo), y sensibilidad táctil.
- Evaluación dermatológica: en busca de signos asociados a síndromes neurocutáneos (p. ej., manchas cafés con leche, angiofibromas).
- Inspección craneofacial y dismorfismos: que pudieran orientar a síndromes genéticos asociados.
- Examen abdominal, cardiovascular y respiratorio: para descartar alteraciones estructurales o funcionales.

Además, el examen debe realizarse con estrategias que minimicen la ansiedad o reactividad del paciente, adaptando el abordaje clínico a las características sensoriales y comunicativas del niño, niña o adolescente con sospecha o diagnóstico de TEA.¹⁸

9. DIAGNÓSTICO

El proceso de evaluación del Trastorno del Espectro Autista (TEA) debe abordarse desde una perspectiva interdisciplinaria, involucrando a profesionales de diversas áreas como psiquiatría, neurología, psicología clínica, pediatría del desarrollo, trabajo social, terapia ocupacional, logopedia, entre otros.

Para el diagnóstico de TEA el método clínico constituye la principal herramienta en la que se apoya el profesional, por lo que resulta necesario una entrevista con una historia social psiquiátrica detallada, en la que cada dato aportado oriente hacia el diagnóstico. La evaluación clínica debe ser estructurada y basada en instrumentos estandarizados que permitan una descripción objetiva de las manifestaciones del espectro.¹⁹ Ver Anexo 1.

Realizar el diagnóstico en forma temprana es lo más importante para establecer intervenciones pertinentes que mejoren los resultados.²⁰

En el abordaje integral del Trastorno del Espectro Autista, la identificación de condiciones médicas asociadas, comorbilidades o factores que puedan influir en el desarrollo del individuo requiere la consideración de diversos medios diagnósticos. Los estudios complementarios pueden ser solicitados según criterios clínicos, incluyendo análisis de laboratorio, evaluaciones médicas especializadas y otras pruebas que apoyan el diagnóstico diferencial y la toma de decisiones terapéuticas. La indicación de estos medios debe estar sustentada en la valoración interdisciplinaria y adaptada a las particularidades de cada paciente.²⁰

9.1 Criterios para el diagnóstico

Los criterios para el diagnóstico deberán responder al siguiente esquema:

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

1) Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional varían, p. ej. desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos, pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos, hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.

2) Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada, pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.

3) Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por

otras personas.

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

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en 2 o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):

1) Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej. estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).

2) Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej. gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).

3) Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (P. ej. fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).

4) Hiper o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej. indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

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

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

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

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

Especificar si:

El criterio (A) se encuentra *Con o sin déficit intelectual acompañante*.

El criterio (B) se encuentra *Con o sin deterioro del lenguaje acompañante*.

El criterio (C) se encuentra *Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocido (nota de codificación: Utilizar un código adicional para identificar la afección médica o genética asociada).*

Si el criterio (D) se encuentra *Asociado a otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento (nota de codificación: Utilizar un código(s) adicional(es) para identificar el trastorno(s) del neurodesarrollo, mental o del comportamiento asociado(s)).*

Si el criterio (E) presenta catatonía

Fuente: Construido a partir de: Carmenate Rodríguez ID, Plasencia Díaz A, Álvarez Borges CR. Síntomas de aparición temprana en los trastornos del espectro autista. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2023 [citado el 13 de mayo de 2025];95. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312023000100019.¹⁹ Celis Alcalá G, Ochoa Madrigal MG. Trastorno del espectro autista (TEA). Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex [Internet]. 2023 [citado el 13 de mayo de 2025];65(1):7–20. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422022000100007.²⁰

9.2 Cribado (Screening)

Una vez aplicado el instrumento de cribado, deben seguirse las siguientes orientaciones para la vigilancia del desarrollo y referimiento, según el resultado y la edad del niño o niña evaluada:

- Si el resultado no sugiere la presencia de TEA, pero existen dificultades en el desarrollo que motivaron la observación, estas deben ser abordadas mediante las intervenciones terapéuticas pertinentes.
- Si el niño tiene menos de 18 meses, se recomienda una reevaluación a los 24 meses, con el fin de monitorear la evolución de su desarrollo.
- El proceso de vigilancia se puede considerar concluido cuando, a partir de los 36 meses, no se identifican características que generen sospecha de TEA.
- Si durante la vigilancia del desarrollo a los 18, 24 o 36 meses el cribado sugiere signos compatibles con TEA, se debe realizar una referencia inmediata al proceso de evaluación diagnóstica especializada.
- A partir de los 6 años de edad, cualquier manifestación clínica compatible con TEA debe ser considerada como indicio suficiente para iniciar el proceso de evaluación diagnóstica.
- En todos los casos, el profesional a cargo del cribado deberá valorar si procede una interconsulta o un referimiento oportuno al equipo especializado en salud mental infantil o neurodesarrollo.^{19,20}

9.2.1 Pruebas recomendadas para el cribado (screening) o tamizaje utilizadas en la detección temprana del TEA:

- M-CHAT-R/F. Cuestionario para padres de niños entre 16 y 30 meses. Permite detectar señales tempranas de alerta y reduce falsos positivos mediante una entrevista de seguimiento.
- ASQ (Ages and Stages Questionnaires). Evalúa el desarrollo general desde los 2 meses hasta los 5 años, abarcando comunicación, motricidad y habilidades sociales.²¹
- STAT (Screening Tool for Autism in Toddlers). Evaluación estructurada para niños de 24 a 36 meses. Observa el juego, la comunicación y la imitación.²²
- TC (Infant-Toddler Checklist). Cuestionario enfocado en comunicación y comportamiento social en niños de 6 a 24 meses. Forma parte del perfil CSBS DP.²²
- PEDS (Pediatric Evaluation of Developmental Status). Cuestionario general para niños desde el nacimiento hasta los 8 años. Identifica preocupaciones globales del desarrollo.²²
- SCQ (Social Communication Questionnaire). Cuestionario para mayores de 4 años. Basado en el ADI-R, evalúa comunicación, interacción social y comportamientos repetitivos.²¹
- CAST (Childhood Autism Spectrum Test). Diseñado para niños de 4 a 11 años. Evalúa características del comportamiento social y comunicativo.²¹
- ADOS (Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo). Su edad de aplicación es desde los 12 meses hasta la adultez. Evalúa las capacidades comunicativas, interacción social, el juego y uso de materiales.²³
- ADI (Entrevista para el Diagnóstico del Autismo). Su edad de aplicación es desde los 18 meses hasta adultez. Son entrevistas clínicas que exploran el lenguaje, interacción social recíproca y conductas/intereses restringidos.²³
- ASSQ (Autism Spectrum Screening Questionnaire). Herramienta para niños y adolescentes de 6 a 17 años. Puede ser completada por padres o maestros.²¹

NOTA

Sobre el M-CHAT-R/F: De acuerdo con su reserva de derechos de autor, el instrumento M-CHAT-R/F puede ser utilizado de forma gratuita, siempre que no se aplique ningún tipo de cobro por su uso. En caso de que se contemple su uso con fines comerciales o mediante cobro, el profesional deberá contactar a la autora para gestionar un acuerdo de licencia. Para tales fines, se debe consultar el sitio oficial www.mchatscreen.com, donde se encuentran disponibles las instrucciones correspondientes, así como la información relativa a los permisos y al pago de regalías conforme al derecho de propiedad intelectual y derecho de autor.

Las pruebas **ASQ, STAT, ITC, PEDS, SCQ, ADI, ADOS y CAST** están disponibles en línea y cuentan con derechos de autor reservados, cuyo uso está condicionado, parcial o totalmente, al registro previo o a la adquisición formal del instrumento desde los portales oficiales de sus desarrolladores. Finalmente, se informa que la **prueba ASSQ** se encuentra en libre acceso y sin restricciones de uso, hasta **mayo de 2025**.

9.3 Medios Diagnósticos

a) Estudios de Laboratorio

- Hemograma completo
- Glicemia basal
- Hemoglobina Glicosilada
- T4 libre
- TSH
- Urea
- Creatinina
- Perfil de Enzimas Hepáticas: ALP (fosfatasa alcalina), ALT (alanina transaminasa) AST (aspartato aminotransferasa), GGT (gamma-glutamyl transferasa) / Fosfatasa Alcalina y Bilirrubina)
- Antiestreptolisina O
- Electroforesis de hemoglobina
- Proteínas totales y fraccionadas
- Vitamina D
- Vitamina B12
- Ácido fólico
- Plomo sérico
- Urianálisis

b) Pruebas diagnósticas especializadas

- Evaluación auditiva: Potenciales Evocados del Tallo Cerebral o Audiometría
- Evaluación oftalmológica
- Video-electroencefalograma
- Resonancia magnética de cráneo sin contraste

c) Estudios genéticos, metabólicos u toxicológicos (a indicar según aplique de acuerdo con la evaluación clínica)

- Metales pesados (plomo, zinc, mercurio, aluminio)
- Cariotipo
- Microarray
- Secuencia de exoma
- Genoma
- Pruebas metabólicas para detectar errores innatos del metabolismo
- Electrolitos séricos (sodio, potasio, calcio, magnesio, fósforo)

d) Evaluación con pruebas psicométricas estandarizadas: Se deberán considerar como esenciales dentro del diseño de la batería de evaluación los siguientes componentes:

- ***Evaluaciones estandarizadas para medir los síntomas del TEA***
 - Escala de Observación para el Diagnóstico de Autismo, (ADOS-2), Módulo 2. Catherine Lord, Ph.D., Michael Rutter, M.D

- Entrevista para el Diagnóstico de Autismo, (ADI-R) Le Couteur, Lord, & Rutter (2003)
- Escala de Evaluación del Nivel de Autismo, 2da edición. (CARS-2). Schopler, Reichler, & Renner (2004)

- ***Evaluación del Funcionamiento Cognitivo y del Desarrollo Intelectual***

- Escala de Inteligencia Wechsler para Preescolar y Primaria – Cuarta edición (WPPSI-IV), David Wechsler
- Escala de Inteligencia Wechsler para Niños – Cuarta edición (WISC-V), David Wechsler
- Escala de Inteligencia Wechsler para Niños – Cuarta edición (WAIS-IV), David Wechsler
- Escala del Desarrollo 4ta Edición (DP-4), Gerald D. Alpern
- Escala Bayley del Desarrollo para bebés e infantes- Cuarta edición. (Bayley-IV), Nancy Bayley
- Test de Inteligencia No Verbal (TONI-4), Linda Brown, Rita J. Sherbenou & Susan K. Johnsen

e) Herramientas para Medir la Adaptación Conductual

- Sistema de Evaluación del Comportamiento Adaptativo (ABAS-3), Patti L. Harrison y Thomas Oakland
- Escala de Comportamiento Adaptativo (VINELAND-3), Sara S. Sparrow, Domenic V. Cicchetti & Celine A. Saulnier

f) Evaluación del Comportamiento Socioemocional

- Sistema de Evaluación de la Conducta en Niños (BASC-3). Cecil R. Reynolds & Randy W. Kamphaus
- Conners Early Childhood, formulario para padres. C. Keith Conners, PhD
- Conners- 4, C. Keith Conners, Keith Conners, PhD
- Cuestionario para la conducta de niños, (CBCL) de Thomas M. Achenbach
- Cuestionario de Sensibilidad Social, segunda edición, formulario de padres y auto reporte (SRS-2). John Constantino

g) Evaluación de las habilidades comunicativas y del lenguaje

- Evaluación clínica de fundamentos del lenguaje – Quinta edición (CELF-5), Eleanor Semel, Elisabeth Wiig & Wayne Secord
- Test de vocabulario en imágenes Peabody (PPVT-5), Lloyd M. Dunn & Douglas M. Dunn
- Escalas de lenguaje preescolar – Quinta edición (PLS-5), Irla Zimmerman, Violette Steiner & Roberta Pond
- Prueba de habilidades de procesamiento auditivo – Cuarta edición (TAPS-4), Nancy Martin
- Prueba de articulación Goldman-Fristoe – Tercera edición (GFTA-3), Ronald Goldman & Macalyne Fristoe

- Prueba de praxis del habla de Kaufman Speech Praxis Test (KSPT), Nancy Kaufman
- Evaluación de producción motora verbal en niños (VMPAC), Deborah Hayden & Phil Square

h) Prueba del Desarrollo Cognitivo Académico Temprano

- Batería IV Woodcock-Muñoz, Richard W. Woodcock

i) Pruebas de Integración Sensorial y Coordinación Motora

- Perfil Sensorial 2, Winnie Dunn
- Observaciones estructuradas de integración sensorial - Motor (SOSI-M), Jean Ayres
- Test de Integración Sensorial y Praxis (SIPT), Jean Ayres
- Test de Proficiencia Motora (BOT-2), Bruininks Oseretsky

NOTA

Debe ser utilizados los instrumentos y/o herramientas diagnósticas, que estén aprobados y vigentes para implementar evaluaciones in situ.

Las pruebas sugeridas no son limitativas pudiendo requerir otras evaluaciones si se detecta alguna comorbilidad de acuerdo al protocolo establecido para dicha condición acompañante para esta última.

10. TRATAMIENTO

10.1 Manejo no farmacológico

Las personas dentro del Trastorno del Espectro Autista pueden variar ampliamente en sus fortalezas y necesidades de apoyos individuales, por lo que resulta un tanto complejo describir un tratamiento terapéutico universal, ya que influyen varios aspectos en el momento de diseñar un plan de tratamiento, tales como la edad, comorbilidades, nivel de apoyo necesario, contexto familiar y social, por lo cual al momento de diseñar dicho plan, se deben considerar y analizar todas las aristas y priorizar para cada individuo y así diseñar un plan personalizado basado en las fortalezas y dificultades de cada persona en particular.

La evidencia arroja que existen principios fundamentales para el manejo de las intervenciones terapéuticas, entre estos está definir la intensidad y la generalización además de la participación familiar como actores claves de cualquier intervención.²⁵

Las intervenciones de las personas con TEA deben estar enfocadas en tres grandes objetivos²⁶

1. Minimizar los déficits centrales del diagnóstico
 - Comunicación
 - Interacción social
 - Conductas e intereses restringidos o repetitivos
 - Deficiencias asociadas a comorbilidades
2. Potencializar la independencia funcional para facilitar el aprendizaje y la adquisición de habilidades adaptativas

3. Eliminar, minimizar o prevenir conductas disruptivas que puedan interferir en el aprendizaje de habilidades o en la inclusión social

Tomando en cuenta los tres grandes objetivos se personalizan de acuerdo con el individuo, por lo que en cada tipo de intervención se deben usar tratamientos personalizados y contando con herramientas de recolección de datos relevantes para evaluar y ajustar a los objetivos personales. Es de vital importancia que todas las intervenciones se basan en metodologías rigurosas y con evidencia científica de objetiva efectividad.

Enfoque de Intervención

La evidencia científica arrojada en los últimos años en la intervención del TEA indica que la detección e intervención temprana impacta de manera positiva a los niños con esta condición. Además de que mientras más temprano inicien el acceso continuo de los servicios terapéuticos, se abordan las necesidades que surgen a través del desarrollo de manera oportuna, teniendo como beneficio, mejores monitoreos durante tiempos de transición del desarrollo.

Estructura de la Intervención

Las intervenciones basadas en la evidencia pueden reducir los síntomas del TEA y aumentar la independencia, salud, bienestar, y calidad de vida de las personas con esta condición. El proceso de intervención es similar en todos los servicios de intervención terapéutica y buscan la individualización de los planes de intervención. Los mismos son los siguientes:

- Evaluación y levantamiento de información por el profesional encargado de la intervención: los resultados de esta evaluación se utilizan para poder crear y desarrollar el plan específico de cada individuo.
- Análisis y creación del plan de intervención: en este paso se identifican objetivos, se seleccionan las estrategias de intervención y se determinan los procedimientos para el monitoreo del progreso durante un tiempo definido
- Seguimiento y monitoreo de progreso: a medida que el plan de intervención es implementado, se utilizan los datos arrojados para ajustar estrategias y/o actualizar objetivos. Luego de un tiempo determinado se realizarán nuevas evaluaciones y revisiones según sea necesario.²⁷

10.2 Manejo interdisciplinario de las intervenciones

Durante las intervenciones y seguimiento de una persona con TEA, se involucran diferentes profesionales que representan múltiples disciplinas y sistemas de prestación de servicios, en donde se involucran servicios de atención médica, psicología, educación y terapeutas. Por esta razón es importante resaltar que cada persona con TEA será evaluado e intervenido por diferentes profesionales en un mismo periodo de tiempo y que entre estos debe de haber lineamientos específicos para poder priorizar los objetivos a trabajar, unificar esfuerzos y guiar a la familia de la manera más adecuada posible.

Criterios de intervención y estrategias a implementar

Intervención	Criterios	Estrategias/Metodologías
Intervención y atención temprana	Niños y niñas de 0 a 6 años con uno o más de lo siguiente: • Riesgo en su desarrollo • Ausencia o pérdida de habilidades • Bajo o alto tono muscular • Presencia de retraso psicomotor • Dificultad para integrar texturas • Ausencia del lenguaje oral o de un sistema de comunicación funcional • Ausencia de destrezas manipulativas (agarre, alcance, transferencia de objetos) • Necesidad de apoyo en sus habilidades cognitivas, adaptativas y sociales • Dificultad para seguir instrucciones	• Estimulación sensorial • Estimulación del lenguaje • Método Denver • Método PRT (Tratamiento de Respuesta Pivotal) • Floor Time
Intervención Conductual	• Presenta conductas que interfieren con el proceso de aprendizaje del niño • Presenta conductas desafiantes como: agresión a otros, autolesión, destrucción del entorno • Ante la ausencia de comunicación y lenguaje incurre en conductas disruptivas • Presenta dificultad para permanecer sentado	• Análisis del Comportamiento Aplicado (por lo menos 20 horas a la semana) • Entrenamiento a padres. • Entrenamiento en control de esfínter. • Enseñanza de habilidades básicas para el aprendizaje • Visita y observación escolar • PECS (Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes) • Sistemas alternativos y/o aumentativos de comunicación
Terapia del Habla y del Lenguaje	• Presencia de lenguaje ininteligible • Presencia de ecolalia • Mutismo selectivo • Presencia de alteraciones fonéticas fonológicas • Mostrar Lenguaje estereotipado • Ausencia de Lenguaje Oral • Deglución atípica • Evidente respiración Bucal • Necesidad de apoyos en la estructuración del Lenguaje Oral • Dificultades de los aspectos pragmáticos en la comunicación	• Terapia del habla • Terapia de voz • Terapia Miofuncional • Sistemas alternativos y/o aumentativos de comunicación: PECS (Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes), Apoyos tecnológicos)
Terapia Ocupacional	Individuos desde el nacimiento con una o más de lo siguiente: • Tener necesidades sensoriales (Táctil, propioceptiva, vestibular, auditiva, visual, olfativa, gustativa, interoceptiva)	• Método de Integración Sensorial • Método Bobath • Modelo de neurodesarrollo

Intervención	Criterios	Estrategias/Metodologías
	• Tener signos de alerta en su desarrollo Neuromuscular • Niños/niñas que requieren abordaje en las necesidades de AVD (actividades de la vida diaria) Independencia funcional (baño, vestido, alimentación, traslado, toma de medicamentos, abordaje en la comunidad, juego, ocio, cuidado de mascotas, actividades de instrumentación de la vida diaria (entre otros) • Necesidades de apoyo/desarrollo en grafomotricidad • Déficits en la Motricidad Fina y Gruesa • Ausencia de destrezas manipulativas (agarre, alcance, transferencia de objetos) • Niños/niñas que requieran de adaptación de equipos de ayuda técnica para mejorar la calidad de su vida diaria en los ámbitos escolar, familiar y comunitario	• Método Integración de Reflejo Retenido/Reacciones de enderezamiento • Modelo Cognitivo Conductual Allen • Modelo Biomecánico • Método FloorTime • Modelo MOHO
Terapia de Aprendizaje o Apoyo Psicopedagógico y Neuropsicología	Personas a partir de los 6 años con uno o más de lo siguiente: • Necesidad de apoyo en sus habilidades cognitivas • Necesidad de apoyo en la lateralidad y motricidad fina • Razonamiento lógico matemático, resolución de problemas, lectura, escritura, comprensión lectora y flexibilidad de pensamiento • Necesidad de ser nivelado con su aula según lo esperado para su edad • Demanda un acompañamiento en su proceso de enseñanza-aprendizaje	• TEACCH • Aprendizaje estructurado • Estimulación neurocognitiva • Rehabilitación neurocognitiva • Habilidad neurocognitiva
Intervención en Habilidades Sociales	Personas desde 6 años en adelante con uno o más de lo siguiente: • Necesidad de aprender a esperar turnos • Dificultad para aprender las reglas sociales • Dificultad en habilidades de conversación colaboración, solución de conflictos y regulación emocional • Necesidad de aprender a responder a demandas en entornos grupales	• Peers • Competencias Sociales • Modelos SCERTS
Intervenciones artísticas como musicoterapia, danza	• Rigidez de pensamiento. • Dificultades para seguir instrucciones simples y complejas • Dificultades con la memoria, atención y concentración	• Actividades lúdicas con música y movimiento • Actividades lúdicas de pintura y texturas

Intervención	Criterios	Estrategias/Metodologías
movimiento terapia	• Dificultades con las transiciones y manejo de los tiempos de espera • Necesidad de apoyos en habilidades de comunicación • Necesidad de reforzar habilidades de la vida diaria e independencia • Dificultades con las habilidades sociales básicas • Dificultades con la psicomotricidad. motora • Repertorio reducido de movimientos • Dificultad con el reconocimiento de emociones • Dificultades con la conciencia corporal	• Seguimiento de ritmos y patrones musicales • Viajes musicales • Circuitos de movimiento. • Modelado de acciones con títeres • Creación de personajes • Creación de historias • Actividades lúdicas y juego de roles
Terapia Física	• Alteración del tono muscular • Desequilibrio neuromuscular • Disfunción de la marcha • Dificultades en motricidad gruesa	• Método Bobath

Fuente: Construido a partir de: Rogers, S. J., & Vismara, L. A. (2008). Developmental, Individual-differences, Relationship-based (DIR) model: A comprehensive approach to early intervention for children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(3), 535–548. ³², Rappaport, L. A., & Silberg, T. (2015). The Denver model: A comprehensive approach to the treatment of children with autism spectrum disorders. In *Autism Spectrum Disorders - From Theory to Practice* (pp. 79–101). Springer.³³, Smith, T. (2001). Discriminative stimuli and the application of Applied Behavior Analysis to autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(1), 61–66. ³⁴, Roberts, J. E., & Kaiser, A. P. (2011). The effectiveness of early intervention for children with autism spectrum disorder. In *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders* (pp. 358–383). Wiley. ³⁵, Ayres, A. J. (2005). *Sensory Integration and the Child: Understanding Hidden Sensory Challenges*. Western Psychological Services. ³⁶, Bobath, K. (1990). *Adult Hemiplegia: Evaluation and Treatment*. William Heinemann Medical Books. ³⁷, Schopler, E., & Reichler, R. J. (1993). The TEACCH approach to autism spectrum disorders. Springer Science & Business Media.³⁸, Kim, J. H., & Wigram, T. (2007). The Effectiveness of Music Therapy for Children with Autism Spectrum Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(1), 93–102. ³⁹, Geretsegger, M., Holck, U., & Elefant, C. (2014). Music Therapy for Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Music Therapy*, 51(1), 14–31. ⁴⁰

a) Intervenciones validadas a nivel científico

Para poder tomar las mejores decisiones sobre las intervenciones para las personas con TEA es importante valerse de intervenciones que tengan un recorrido y suficiente aval científico de efectividad. (ver anexo 2)

Dentro de las intervenciones avaladas y éticamente valoradas para las personas con TEA están:

- Atención e Intervención Temprana
- Intervención Conductual
- Análisis Aplicado del Comportamiento (ABA)
- Terapia del Habla y del Lenguaje
- Terapia Ocupacional
- Terapia de Aprendizaje o Apoyo Psicopedagógico
- Intervención en Habilidades Sociales

- Intervenciones artísticas como musicoterapia, danza movimiento terapia
- Terapia Física y psicomotora

También es importante guiar a las familias en este proceso terapéutico con diferentes tipos de acompañamiento como:

- Terapia Familiar
- Intervenciones grupales
- Entrenamiento en las diferentes áreas

Además, es de vital importancia incluir a la comunidad en la participación de la generalización de las intervenciones y la inclusión de las personas con TEA a la sociedad:

- Entrenamientos a docentes de apoyo o integradores

b) Intervención nutricional

El manejo nutricional en pacientes con TEA es fundamental debido a las particularidades alimentarias que suelen presentar, como selectividad extrema, aversiones sensoriales y comportamientos repetitivos relacionados con la alimentación. Estas características pueden conducir a deficiencias nutricionales y afectar el crecimiento y desarrollo adecuados.

Estrategias para el manejo nutricional en TEA

1. Intervenciones Conductuales y de Alimentación: implementar terapias de alimentación y estrategias conductuales, como la exposición gradual a nuevos alimentos y el refuerzo positivo, puede mejorar la aceptación de una variedad más amplia de alimentos.

2. Suplementación Nutricional: en casos de deficiencias identificadas, la suplementación con vitaminas y minerales, como vitamina D, vitamina B12, hierro y ácidos grasos omega-3, puede ser beneficiosa. Es importante que cualquier suplementación sea supervisada por profesionales de la salud para evitar excesos y asegurar su necesidad.²⁸

3. Dietas Especializadas: algunas dietas, como la libre de gluten y caseína, han sido exploradas en el manejo del TEA. Sin embargo, la evidencia sobre su eficacia es limitada y se recomienda precaución al implementarlas. Es fundamental consultar con un dietista registrado antes de realizar cambios dietéticos significativos.

4. Monitoreo y Seguimiento Continuo: el seguimiento regular con profesionales de la salud es crucial para ajustar las intervenciones según la evolución del paciente y asegurar una nutrición óptima.²⁹

10.3 Manejo farmacológico

No existen estrategias farmacológicas para los síntomas cardinales del TEA. El tratamiento farmacológico es complementario para el manejo de las comorbilidades psiquiátricas (TDAH, depresión, ansiedad, tics) y/o los síntomas conductuales asociados (irritabilidad, autolesiones, agresión física y/o rabietas graves), especialmente cuando estas u otras manifestaciones

impidan o limiten la capacidad para acceder a otras opciones de intervención no farmacológica.³⁰

El tratamiento farmacológico no actúa sobre los síntomas centrales, pero puede ser útil en el manejo de síntomas con pobre respuesta a las intervenciones conductuales y psicosociales como son la agresión, la inatención, la hiperactividad-impulsividad, las obsesiones y las conductas estereotipadas.³⁰

En caso de ser necesario, el tratamiento farmacológico deberá ser indicado por un médico con especialidad en psiquiatría o psiquiatría infanto-juvenil.

Criterios para implementar tratamiento farmacológico³¹:

1. Si las terapias no farmacológicas no tienen éxito
2. Comportamientos de mala adaptación/comportamientos problemáticos/irritabilidad (Por ejemplo: agresión, arrebatos explosivos, autolesiones)
3. Comportamientos repetitivos y rigidez

Medicamentos con aprobación por FDA para el manejo de la irritabilidad en NNA con TEA:

Antipsicóticos atípicos (Aripiprazol – Risperidona)

1. El objetivo es la reducción de las conductas desafiantes, no mejoran el funcionamiento social o el uso del lenguaje.
2. Efectos adversos incluyen, pero no se limitan a la sedación y el aumento de peso, así como discinesia tardía con el uso crónico.
3. Debido a la mayor sensibilidad a los efectos secundarios, deben iniciarse a dosis bajas y ajustarse lentamente en esta población.
3. Debe evaluarse periódicamente la necesidad de tratamiento, así como implementar cuando esté justificado la reducción y/o suspensión de este.

El tratamiento con antipsicóticos atípicos requiere control periódico de laboratorio a nivel metabólico y hormonal.³⁰

Cuadro 1: Tratamiento con antipsicóticos atípicos para niños, niñas y adolescentes con TEA

Medicamento	Dosis inicial	Dosis de aumento cada 5-7 días	Dosis máxima	Efectos secundarios frecuentes
Risperidona	0.25 mg	0.25 – 1 mg	3 mg/día	Sedación, aumento de peso, alteraciones en los movimientos, salivación, entre otros.
Aripiprazol	2.5 mg	2.5 – 5 mg	20 mg/día	Cefalea, temblores, náuseas y vómitos, salivación, entre otros.

Fuente: Palacio, J. Psiquiatría infantil 2da Edición. 2021

Existe evidencia para el uso fuera de etiqueta de metilfenidato en la irritabilidad y los síntomas de inatención-hiperactividad, en dosis de 0.35-0.75 mg/kg/día con los principales efectos secundarios descritos siendo la disminución del apetito, insomnio, síntomas depresivos y desinterés social. El uso de metilfenidato puede impactar favorablemente las conductas estereotipadas y el lenguaje inapropiado.³⁰

Los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (Fluoxetina, Sertralina y Escitalopram) han demostrado eficacia fuera de aprobación en la reducción de los pensamientos obsesivos, los comportamientos repetitivos, los síntomas depresivos, la ansiedad y la agresividad en adolescentes con TEA.³⁰

Cuadro 2: Tratamiento con inhibidores selectivos de recaptación de serotonina para niños, niñas y adolescentes con TEA

Medicamento	Dosis inicial	Dosis de aumento cada 5-7 días	Dosis máxima	Efectos secundarios frecuentes
Fluoxetina	10 mg/día	10 a 20 mg	60 mg/día	Vida media larga, activación, náuseas e insomnio
Sertralina	25 mg/día	25 a 50 mg	200 mg/día	Sedación, náusea y cefalea
Escitalopram	5 mg/día	5 a 10 mg	20 mg/día	Sedación, insomnio, diaforesis

Fuente: Palacio, J. Psiquiatría infantil 2da Edición. 2021

La melatonina ha demostrado utilidad en el manejo de los trastornos del sueño en la población pediátrica con TEA. Los tratamientos antiepilépticos deben administrarse siguiendo las recomendaciones y guías para el tratamiento de la epilepsia.³⁰

Tanto el Aripiprazol como la Risperidona se asocian con efectos secundarios como ganancia de peso, sedación y riesgo de efectos extrapiramidales. Los beneficios del tratamiento deben superar los riesgos de este.

Debe realizarse monitoreo del perfil lipídico y glucosa en ayunas al menos una vez al año, en cada visita médica se verificarán los cambios en el peso e índice de masa corporal del niño.

11. INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES

- **Puntos clave para familiares y cuidadores**³⁰

1. Trastorno del neurodesarrollo de alta heterogeneidad, duración de por vida y que requiere un tratamiento multimodal, interdisciplinar e integral.
2. No existe una cura para el mismo, el diagnóstico e intervención precoz tienen el potencial de mejorar considerablemente los resultados en función y calidad de vida.
3. El plan de tratamiento debe individualizarse en función de la edad cronológica, el nivel de desarrollo y las necesidades específicas de cada individuo, siempre con el objetivo de potencializar el funcionamiento, la autonomía y calidad de vida.
4. El tratamiento con psicofármacos debe considerarse un complemento al plan de tratamiento multimodal, integral e interdisciplinario, en especial para el manejo de comorbilidades psiquiátricas y las conductas disruptivas.

- **Rol de la familia en la intervención de Trastornos del Espectro Autista**

Impacto en la dinámica familiar

El diagnóstico de autismo impacta al núcleo familiar en varios aspectos. A través de distintos niveles se percibe el impacto: los padres como unidad, así también como pareja, la relación de los padres con los hijos, la relación entre hermanos y la relación de la familia con su entorno. Como parte de los ajustes que debe realizar la familia, se ven afectadas las rutinas diarias, la salud mental de los padres, la estabilidad económica, relaciones con familiares y amigos y la participación en actividades de ocio, culturales y recreativas. A medida que los padres van buscando respuestas, se hace difícil y retador entender las necesidades de su hijo/a y por dónde empezar a proveer las ayudas de manera oportuna, y que las mismas sean de calidad, con el acompañamiento de profesionales calificados.

Varios estudios resaltan la necesidad de que la familia reciba manejo y entienda conceptos básicos del desarrollo y entrenamiento sobre los Trastornos del Espectro Autista, así como de las intervenciones terapéuticas y médicas más importantes. El manejo de la información permite que bajen los niveles de estrés y ansiedad asociados a la angustia que conlleva el diagnóstico de autismo y ser los cuidadores principales.

El acompañamiento a la familia, proveerles una red de apoyo y de entrenamiento son herramientas primordiales, que permitirán afrontar mejor los cambios por los que tendrán que atravesar sus miembros.

- **Importancia de la colaboración comunitaria**

Debido a las múltiples áreas del desarrollo afectadas por los TEA, la evaluación para la planificación de la intervención requiere la participación de profesionales de múltiples

disciplinas y, por lo general, involucra múltiples sistemas de prestación de servicios, incluidos servicios médicos, educativos y otros servicios comunitarios.

El individuo y la familia forman parte de un marco más amplio de servicios continuos e integrados que incluyen la atención de la salud, la educación y los servicios comunitarios en el contexto de los factores sociales y ambientales actuales.

Estas directrices promueven la comunicación interdisciplinaria e interinstitucional y la colaboración entre el individuo, la familia y los diversos componentes del sistema de prestación de servicios.

- **Apoyo de trabajador/a social**

Este apoyo tiene como objetivo orientar y asesorar en procesos administrativos, prestaciones, recursos comunitarios, escolares y asociaciones sin fines de lucro y afines.

Ante una situación de dificultad, el trabajador o la trabajadora social no sólo se ocupa de identificar aquellas variables que puedan estar incidiendo de forma negativa (factores de riesgo), ya sea a nivel individual, en el entorno inmediato, sino que lleva a cabo una exploración para rescatar todos los factores de protección que puedan incidir en una mejoría a nivel familiar, escolar, social y/o económico. (ver Anexo 3)

12. INDICADORES

PROCESO DE ATENCIÓN	INDICADOR
Detección y Diagnóstico Temprano	• Porcentaje de niños identificados con riesgo de TEA a través de tamizaje en edades clave (ej. 18 y 24 meses).
	• Porcentaje de diagnósticos realizados por equipos multidisciplinarios especializados en TEA.
	• Porcentaje de familias que reciben información clara y comprensible sobre el diagnóstico.
Intervención y Apoyo	• Número promedio de horas de intervención individualizada por semana para niños con TEA. • Cantidad de padres/madres/tutores de niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista que reciben intervención terapéutica y/o entrenamiento.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zeidan J, Fombonne E, Scora J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Res.* 2022 May;15(5):778–90. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/aur.2696>
2. Maenner MJ, Warren Z, Williams AR, Amoakohene E, Bakian AV, Bilder DA, et al. 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.* 2023;72(2):1–14. Disponible en: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/ss/ss7202a1.htm?s_cid=ss7202a1_w
3. Diccionario de cáncer del NCI [Internet]. Cancer.gov. 2011 [citado el 4 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/trastorno>
4. CDC español. Signos y síntomas de los trastornos del espectro autista [Internet]. Trastorno del Espectro Autista (TEA). 2024 [citado el 7 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/autism/es/signs-symptoms/signos-y-sintomas-de-los-trastornos-del-espectro-autista.html?utm>
5. Conceptualizando los apoyos y las necesidades de apoyo de personas con discapacidad intelectual [Internet]. [citado el 4 de abril de 2025]. Disponible en: <http://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART14280/233-1%20Thompson.pdf?utm>
6. Smith J. Guía práctica paso a paso sobre el trabajo de campo humanitario inclusivo [Internet]. Cbm.org. [citado el 4 de abril de 2025]. Disponible en: <http://idrr.cbm.org/es/card/barreras-en-general?utm>
7. Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., [versión 23.8 en línea]. Disponible en: <https://dle.rae.es> [Consulta: 19/03/2025].
8. Humbelina Robles-Ortega, José Luis Mata-Martín, María Blasa Sánchez-Barrera, María Nieves Vera-Guerrero, Joaquín Pegalajar, Andrea Mezcuca, María Carmen Fernández-Santaella, Jaime Vila. Coocurrencia de trastornos de personalidad en pacientes con trastornos de ansiedad [Internet]. [citado el 7 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0719-05812016000100004&script=sciarttext>
9. Portellano Pérez, J. A., & Martínez Arias, R. M. (2021). *Neurodesarrollo: Fundamentos biológicos y clínicos*. Editorial Síntesis.

10. De carlos orellana ayala VT las E. COMORBILIDAD, ¿qué significa en realidad? [Internet]. Carlos Orellana Ayala. 2018 [citado el 4 de abril de 2025]. Disponible en: <https://carlosorellanaayala.com/2018/12/15/comorbilidad-que-significa-en-realidad/?utm>
11. Discapacidad [Internet]. Paho.org. [citado el 4 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad?utm>
12. Estrategias De Enseñanza Aprendizaje Para La Inclusión Educativa De Todos Y Todas Con Énfasis En Trastorno Del Espectro Autista [Internet]. Unicef.org. [citado el 4 de abril de 2025]. Disponible en: http://www.unicef.org/dominican_republic/media/7991/file/Estrategias%20de%20Ensenanza%20Aprendizaje%20%7C%20Trastorno%20del%20Espectro%20Autista%20-%20PUBLICACION.pdf?utm
13. Trastornos del espectro autista: Problemas de comunicación en los niños [Internet]. NIDCD. [citado el 4 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.nidcd.nih.gov/es/espanol/problemas-de-comunicacion-en-los-ninos-con-trastornos-del-espectro-autista?utm>
14. Cunningham AB, Schreibman L. Stereotypy in Autism: The Importance of Function. Res Autism Spectr Disord. 2008;2(3):469-479. Disponible en: <https://doi: 10.1016/j.rasd.2007.09.006. PMID: 19122856; PMCID: PMC2598746>
15. República Dominicana. Ley. núm. 34-23 de Atención, Inclusión y Protección para las Personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA). G. O. No. 11109 del 7 de junio de 2023 [Internet]. Gob.do. [citado el 10 de abril de 2025]. Disponible en: https://caid.gob.do/transparencia/wp-content/uploads/Ley-34-23-NOR Ley num. 34_23 TEA.pdf
16. Ministerio de Salud del Perú. Documento Técnico: Orientaciones para el cuidado integral de la salud mental de las personas con Trastorno del Espectro Autista. Lima: MINSA; 2020. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5963.pdf?utm>
17. Ministerio de Salud del Perú. Cartilla para la detección temprana del Trastorno del Espectro Autista. Lima: MINSA; 2020. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5850.pdf?utm>
18. Brian JA, Zwaigenbaum L, Ip A. Standards of diagnostic assessment for autism spectrum disorder. Paediatr Child Health [Internet]. 2019;24(7):444–60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/pch/pxz117>
19. Carmenate Rodríguez ID, Plasencia Díaz A, Álvarez Borges CR. Síntomas de aparición temprana en los trastornos del espectro autista. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2023

[citado el 13 de mayo de 2025];95. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312023000100019

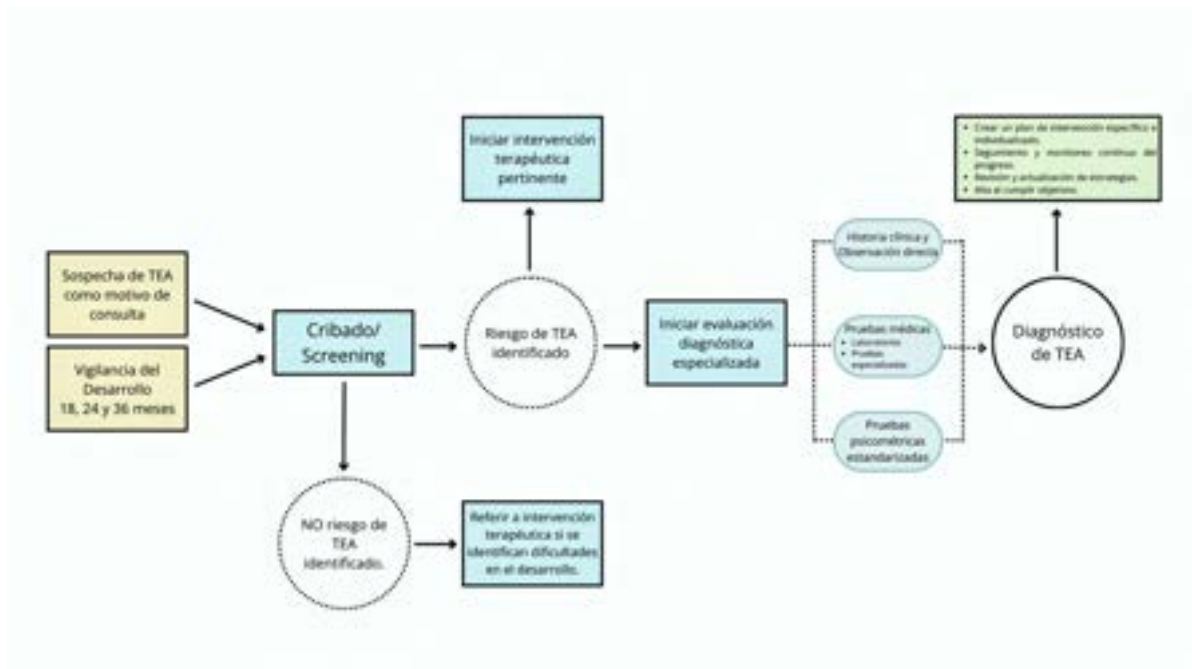
20. Celis Alcalá G, Ochoa Madrigal MG. Trastorno del espectro autista (TEA). Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex [Internet]. 2023 [citado el 13 de mayo de 2025];65(1):7–20. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422022000100007
21. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2022). Learn the signs. Act early: Developmental monitoring and screening. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/index.html>
22. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). Guía para la detección temprana del trastorno del espectro autista. Washington, D.C.: OPS. Disponible en: <https://iris.paho.org>
23. Mimenza OC. Las 10 principales pruebas para detectar el autismo [Internet]. Portal Psicología y Mente. 2018 [citado el 4 de abril de 2025]. Disponible en: <http://psicologiaymente.com/clinica/pruebas-para-detectar-autismo>
24. Rubattino R. ¿Cuáles son las pruebas de Screening más utilizadas en la detección de un posible TEA? [Internet]. Acintea. 2024 [citado el 8 de abril de 2025]. Disponible en: <http://acintea.org/cuales-son-las-pruebas-de-screening-mas-utilizadas-en-la-deteccion-de-un-posible-tea/>
25. Secretaria de Gobierno de Salud. IF-2019-75112605-APN-DNCSSYRS#MSYDS. Consenso sobre diagnóstico y tratamiento de personas con Trastorno del Espectro Autista. Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social; 2019. 33p
26. Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. En: Pediatric Clinical Practice Guidelines & Policies, 21st Ed. American Academy of Pediatrics; 2021. p. 855–925
27. Hyman SL, Levy SE, Myers SM, COUNCIL ON CHILDREN WITH DISABILITIES, SECTION ON DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL PEDIATRICS. Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder clinical report. En: Pediatric Collections: Autism Spectrum Disorder. American Academy of Pediatrics; 2020. p. 6–74.
28. Nutrición General y Autismo [Internet]. Gikids.org. [citado el 8 de abril de 2025]. Disponible en: <https://gikids.org/digestive-topics/nutricion-general-y-autismo/>

29. Al-Beltagi M. Nutritional management and autism spectrum disorder: A systematic review. *World J Clin Pediatr* [Internet]. 2024;13(4):99649. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5409/wjcp.v13.i4.99649>
30. Palacio, J. *Psiquiatría infantil* 2ed. Colombia: Corporación para investigaciones Biológicas CIB; 2021.
31. Guía Técnica para el Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos del Espectro Autista [Internet]. Ministerio de Salud del Perú. [citado el 7 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2020/RD%20N%C2%B0%20000172-2020-DG-INSNSB%20GPC%20TRASTORNO%20ESPECTRO%20AUTISTA%202020.pdf>
32. Rogers, S. J., & Vismara, L. A. (2008). *Developmental, Individual-differences, Relationship-based (DIR) model: A comprehensive approach to early intervention for children with autism spectrum disorders*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(3), 535–548. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0454-3>
33. Rappaport, L. A., & Silberg, T. (2015). *The Denver model: A comprehensive approach to the treatment of children with autism spectrum disorders*. In *Autism Spectrum Disorders - From Theory to Practice* (pp. 79–101). Springer.
34. Smith, T. (2001). *Discriminative stimuli and the application of Applied Behavior Analysis to autism*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(1), 61–66. Disponible en: <https://doi.org/10.1023/A:1005665222949>
35. Roberts, J. E., & Kaiser, A. P. (2011). *The effectiveness of early intervention for children with autism spectrum disorder*. In *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders* (pp. 358–383). Wiley.
36. Ayres, A. J. (2005). *Sensory Integration and the Child: Understanding Hidden Sensory Challenges*. Western Psychological Services
37. Bobath, K. (1990). *Adult Hemiplegia: Evaluation and Treatment*. William Heinemann Medical Books.
38. Schopler, E., & Reichler, R. J. (1993). *The TEACCH approach to autism spectrum disorders*. Springer Science & Business Media.
39. Kim, J. H., & Wigram, T. (2007). *The Effectiveness of Music Therapy for Children with Autism Spectrum Disorder: A Randomized Controlled Trial*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(1), 93–102. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0329-1>

40. Geretsegger, M., Holck, U., & Elefant, C. (2014). *Music Therapy for Children with Autism Spectrum Disorder*. Journal of Music Therapy, 51(1), 14–31. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/jmt/thu012>
41. Martínez-Juárez LA, Rascón-Pacheco RA. Avances en el estudio del autismo en el siglo XXI. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2022 [citado 2025 mayo 9];60(1):58-67. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422022000100007
42. Elsabbagh M, Divan G, Koh YJ, et al. Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. Autism Res. 2012;5(3):160-179

14. ANEXOS

Anexo 1. Flujograma Sobre el proceso de cribado (screening) y evaluación del Trastorno del Espectro Autista (TEA)



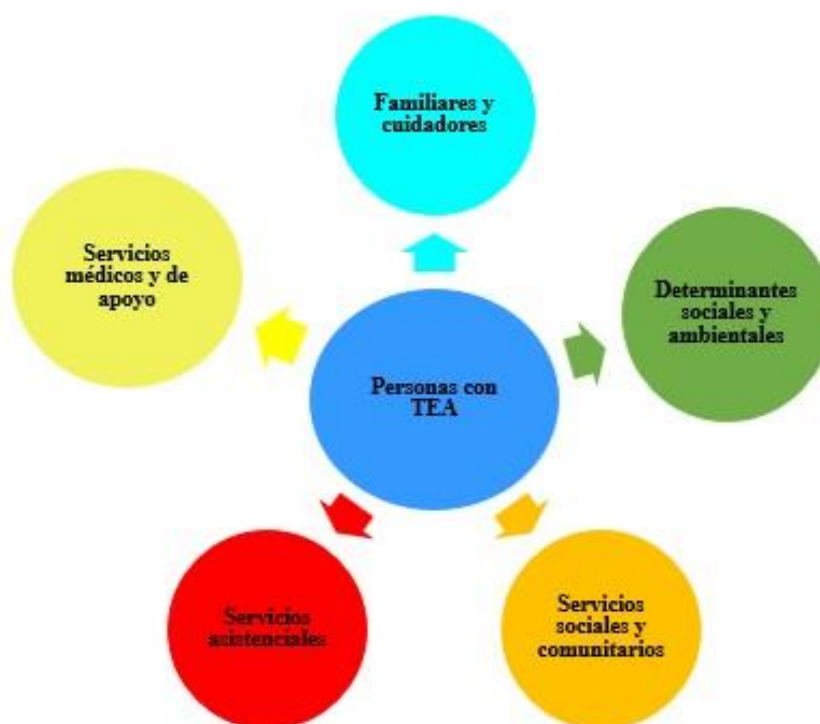
Fuente: Elaborado a partir de: Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2022). Learn the signs. Act early: Developmental monitoring and screening. Retrieved from ²¹, Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). Guía para la detección temprana del trastorno del espectro autista. Washington, D.C.: OPS. ²², Mimenza OC. Las 10 principales pruebas para detectar el autismo [Internet]. Portal Psicología y Mente. 2018 [citado el 4 de abril de 2025] ²³, Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. En: Pediatric Clinical Practice Guidelines & Policies, 21st Ed. American Academy of Pediatrics; 2021. p. 855–925 ²⁶, Hyman SL, Levy SE, Myers SM, COUNCIL ON CHILDREN WITH DISABILITIES, SECTION ON DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL PEDIATRICS. Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder clinical report. En: Pediatric2 Collections: Autism Spectrum Disorder. American Academy of Pediatrics; 2020. p. 6–74. ²⁷ y Guía Técnica para el Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos del Espectro Autista [Internet]. Ministerio de Salud del Perú. [citado el 7 de abril de 2025].³¹

Anexo 2: Características de una intervención efectiva (Protocolo American Academy of Pediatrics)

Práctica	Características comunes de las intervenciones con apoyo científico
Evaluación y priorización de objetivos de intervención	● Evaluar sistemáticamente las habilidades ● Incluir la opinión de la familia (toma de decisiones compartidas) ● Seleccionar metas y procedimientos individualizados y medibles sobre la base de la evaluación objetiva de cada individuo ● Utilizar métodos de instrucción basados en evaluaciones y respaldados empíricamente para desarrollar, generalizar y mantener habilidades y reducir problemas de comportamiento
Métodos de instrucción	● Abordar los síntomas centrales de la comunicación social y los comportamientos restringidos y repetitivos, así como los déficits de habilidades ● Las intervenciones deben estar a cargo de profesionales debidamente capacitados y deben mantener la fidelidad con el enfoque de tratamiento seleccionado ● Asegurar el trabajo en colaboración
Servicios y apoyos	● Individualizar los servicios y el soporte ● Usar los intereses y preferencias del niño para determinar los sistemas de refuerzo. ● Incorporar actividades preferidas para aumentar la participación en las actividades
Ambiente	● Proporcionar un entorno de aprendizaje estructurado que ayude a los individuos a anticipar la transición entre actividades, incluida una rutina predecible y horarios de actividades visuales ● Organizar los espacios de trabajo para minimizar las distracciones y promover la finalización de las tareas ● Limitar el acceso a cosas que puedan distraer al individuo ● El ambiente debe promover oportunidades para que el individuo inicie la comunicación e interactúe con sus compañeros
Manejo conductual	● Implementar un análisis funcional del comportamiento para identificar las razones por las que se producen los comportamientos desafiantes y desarrollar un comportamiento nuevo. ● Plan de mejora basado en esta evaluación ● Enseñar a los individuos respuestas más apropiadas con un plan de mejora de la conducta
Progreso	● Medir y documentar sistemáticamente el progreso individual de la persona. ● Ajustar las estrategias de instrucción según sea necesario para permitir la adquisición de las habilidades objetivo.
Apoyo Familiar	● Involucrar y educar a las familias para que puedan usar las estrategias conductuales en el hogar y en la comunidad.
Plan de transición	● Planificar las transiciones en los entornos escolares y a la edad adulta

Fuente: adaptado de Smith T, Iadarola S. Actualización de la base de evidencia para el trastorno del espectro autista. J Clin Niños Adolescente Psychol. 2015; 44(6):897–922; y Myers SM. Manejo de los trastornos del espectro autista en atención primaria. Pediatric Ann. 2009; 38 (1): 42–49.

Anexo 3: Gráfico: Modelo de apoyo y colaboración a las personas con TEA



Fuente. Construido a partir de: Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. En: Pediatric Clinical Practice Guidelines & Policies, 21st Ed. American Academy of Pediatrics; 2021. p. 855–925. ²⁶, Hyman SL, Levy SE, Myers SM, COUNCIL ON CHILDREN WITH DISABILITIES, SECTION ON DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL PEDIATRICS. Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder clinical report. En: Pediatric Collections: Autism Spectrum Disorder. American Academy of Pediatrics; 2020. p. 6–74. ²⁷, Palacio, J. Psiquiatría infantil 2ed. Colombia: Corporación para investigaciones Biológicas CIB; 2021. ³⁰ y Guía Técnica para el Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos del Espectro Autista [Internet]. Ministerio de Salud del Perú. [citado el 7 de abril de 2025]. ³¹



Av. Héctor Homero Hernández V., Esq. Av. Tiradentes,
Ensanche La Fe, Santo Domingo, D.N. C.P.10514
Teléfono: (809) 541-3121
www.msp.gob.do
RNC. 401-00739-8

SANTO DOMINGO REPÚBLICA DOMINICANA