



Documento técnico:

ORIENTACIONES PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA



PERÚ

Ministerio de Salud

unicef  para cada infancia



Siempre con el pueblo



BICENTENA DEL PERÚ 2021 - 2024

CRÉDITOS

Documento Técnico: Orientaciones para el Cuidado Integral de la Salud Mental de las Personas con Trastorno del Espectro Autista/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Mental-Lima: Ministerio de Salud; 2022.
60 p. ilus.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2022- 13194

Documento Técnico: Orientaciones para el Cuidado Integral de la Salud Mental de las Personas con Trastorno del Espectro Autista.

Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Dirección de Salud Mental (MINSa/DGIESP/DSAME)

Responsable de la Elaboración:

July Esther Caballero Peralta (DSAME)

Carla Cortez Vergara (UNICEF)

Equipo de revisores MINSa/DGIESP/DSAME

Yuri Cutipé Cárdenas

Ruth Espinoza Villafuerte

Sandra Orihuela Fernández

María Mendoza Vilca

Rita Uribe Obando

Carlos Bromley Coloma

Patricia Alvarado Chirinos

Susana Gonzales

Liliana García

Revisores externos:

Alfredo Tori Murgueitio

David Huanca Payehuanca

Rosa Alvarado Medina

Ronald Villafane Alva

Gladys Ramírez del Carpio

Marina García Canchari

María Elena Ugaz Villacorta

Milangel Concepción Zayas

Liliana Kauffman

© **MINSa, Diciembre 2022**

Ministerio de Salud

Av. Salaverry N° 801, Lima 11-Perú

Telf.: (51-1) 315-6600

<https://www.gob.pe/minsa/>

webmaster@minsa.gob.pe

1ª. Edición virtual, diciembre 2022;

Versión digital disponible:

(o según ruta asignada por la Biblioteca Minsa) <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5963.pdf>

Esta publicación contó con el apoyo técnico de UNICEF.

Ficha de catalogación:

**ORIENTACIONES PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL
DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA**

ROSA BERTHA GUTIÉRREZ PALOMINO

Ministra de Salud

JOEL CANDIA BRICEÑO

Viceministro de Salud Pública

MARÍA ELENA JUSCAMAITA ARANGÜENA

Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en salud

LOLY WIDER HERRERA LAVADO

Secretario General

JOSÉ ENRIQUE CRUZ VÍLCHEZ

Director General (e) de la Dirección General de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

YURI LICINIO CUTIPÉ CÁRDENAS

Director Ejecutivo de Salud Mental de la Dirección General
de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

Contenido

1. Introducción	7
2. Finalidad	9
3. Objetivo	9
4. Base Legal	10
5. Ámbito de Aplicación	11
6. Situación de las Personas con Trastorno del Espectro Autista en el Perú	12
7. Consideraciones generales para el cuidado integral de las personas con trastorno del espectro autista.	15
7.1 Definiciones operativas	15
7.2 Enfoques para el cuidado integral de las personas con Trastorno del Espectro Autista	17
8. Consideraciones específicas para el cuidado integral de las personas con trastorno del espectro autista	20
8.1 De la sensibilización, concienciación y divulgación de información	20
8.2 De la detección temprana	21
8.3 De la evaluación especializada	25
8.4 De las intervenciones para niños, niñas, adolescentes y adultos con TEA	27
8.5 De la atención en servicios de salud física y mental	29
8.6 De la atención y cuidado a las familias	30
8.7 De la formación profesional, capacitación y de la investigación del TEA	31
8.8 De la coordinación y articulación con otros sectores	32
9. Anexos	35
10. Referencias bibliográficas	49



I. Introducción

El Trastorno del Especto Autista (TEA) constituye una condición permanente que compromete el funcionamiento adaptativo desde la niñez hacia la adultez en un grado variable y requiere de diferentes formas de intervención a lo largo de todo el ciclo vital. Las intervenciones a las personas con TEA son complejas debido a la variabilidad en la presentación de una persona a otra y al número y diversidad de servicios e intervenciones de salud que se requieren para la mejora de la calidad de vida y funcionamiento de las personas con esta condición.

Esta situación demanda la creación de estrategias de coordinación entre los padres o cuidadores y los profesionales de salud, de manera que las necesidades de las personas con TEA y sus cuidadores se vean reflejadas e incorporadas en las políticas y planes locales. La prestación de servicios tiene un enfoque de trabajo interdisciplinario y coordinado efectivamente por parte de los múltiples establecimientos para la intervención de las personas con TEA, de forma que se cubran sus necesidades de salud mental, se mejore el apoyo hacia ellas y se eliminen las barreras al acceso a estos servicios. Un trabajo interdisciplinario de calidad requiere de liderazgo compartido, respeto, integración y coordinación entre los profesionales.

El éxito de la detección temprana del TEA y la efectividad de los programas de intervención depende de la capacidad de los profesionales del primer nivel de atención de monitorear el desarrollo de los niños e iniciar referencias oportunamente para recibir las intervenciones necesarias (1). El diagnóstico oportuno y las intervenciones apropiadas permiten mejorar la calidad de vida y el funcionamiento en el entorno familiar, educacional y social, mejorar la experiencia en el cuidado integral y obtener mejores resultados asociados a las manifestaciones centrales del TEA (2,3).

El Estado, a través del Ministerio de Salud, asume un rol importante en definir las estrategias para la implementación y desarrollo de los servicios de salud para las personas con TEA y sus familias y contribuir a mejorar su calidad de vida.



2. Finalidad

Mejorar el nivel de funcionamiento y la calidad de vida de la persona con TEA y su familia, instituyendo el cuidado integral que promueva e incentive su independencia, dignidad, su integración y participación satisfactoria en la comunidad.

3. Objetivo

Establecer las orientaciones para el cuidado integral de las personas con Trastorno del Espectro Autista a lo largo de su ciclo vital.



4. Base legal

- Ley N.º 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias. Julio 1997
 - Ley N.º 27783, Ley de Bases de la Descentralización. Julio 2002
 - Ley N.º 28983, Ley de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Marzo 2007
 - Ley N.º 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Abril 2009
 - Ley N.º 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley N.º 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental. Junio 2012
 - Ley N.º 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, y sus modificatorias. Diciembre 2012
 - Ley N.º 30150, Ley de protección de las personas con trastorno del espectro autista (TEA). Enero 2014.
 - Ley N.º 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. Agosto 2015
 - Ley N.º 30362, Ley que elevan a rango de Ley el Decreto Supremo N.º 001-2012-MIMP y declara de interés nacional y preferente atención la asignación de recursos públicos para garantizar el cumplimiento del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia - PNAIA 2012-2021. Noviembre 2015
 - Ley N.º 30947, Ley de Salud Mental. Mayo 2019
 - Decreto Legislativo N.º 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
 - Decreto Supremo N.º 013-2006-SA, “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
 - Decreto Legislativo N.º 1417, que promueve la inclusión de las personas con discapacidad.
 - Decreto Supremo N.º 01-2015-MIMP, “Reglamento de la Ley N.º 30150: Ley de protección de las personas con trastorno del espectro autista (TEA)”.
 - Decreto Supremo N.º 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N.º 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
 - Decreto Supremo N.º 01-2019-MIMP, “Plan Nacional para las Personas con Trastorno del Espectro Autista 2019-2021”.
 - Resolución Ministerial N.º 356-2018/MINSA, Documento Técnico: Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018 – 2021.
 - Resolución Ministerial N.º 464-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad”.
 - Resolución Ministerial N.º 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.
 - Resolución Ministerial N.º 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”.
-



- Resolución Ministerial N.º 935 - 2018/ MINSa, Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental, Perú 2018
- Resolución Ministerial N.º 981-2016/MINSa, Mediante la cual se aprueba la NTS 127-MINSa/2016/DGIESP, Norma Técnica en Salud para la Evaluación, Calificación y Certificación de la Persona con Discapacidad.
- Resolución Ministerial N.º 137-2017/MINSa, Norma Técnica de Salud N.º 137 MINSa/2017/DGIESP, Norma Técnica en Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menores de 5 años.

5. Ámbito de aplicación

El presente Documento Técnico Normativo, es de alcance nacional y de aplicación obligatoria en los establecimientos de salud a cargo del Ministerio de Salud, de los Gobiernos Regionales, de los Gobiernos Locales, del Seguro Social de Salud - EsSalud, de las Sanidades de las Fuerzas Armadas del Ministerio de Defensa, de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú del Ministerio del Interior y de los establecimientos de salud privados interesados en desarrollar actividades de salud mental.



6. Situación de las personas con Trastorno del Espectro Autista en el Perú

Los Trastornos del Espectro Autista son trastornos del desarrollo que se caracterizan por déficits en la comunicación e interacción social y por un rango restringido de intereses y actividades (4). La OMS estima que 1 de cada 160 niños alrededor del mundo tienen un TEA (5). Sin embargo, los estudios de prevalencia varían sustancialmente de país a país, según la metodología empleada y factores socioculturales (6,7). Se han reportado prevalencias desde 30 hasta 157 por cada 10000 niños de 3 a 17 años (8,9). En Estados Unidos se ha encontrado una prevalencia global de TEA de 13.1 a 29.3 por cada 1000 niños de 8 años (10). No obstante, la prevalencia del TEA en muchos países de bajos y medianos ingresos no se conoce con certeza (5), tal es el caso del Perú.

En nuestro país, el número de personas con diagnóstico de TEA inscritas en el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad, se ha incrementado progresivamente. Hasta el





año 2017 se tenían registradas 4,329 personas con diagnóstico de TEA (11) y hasta el mes de setiembre del 2019 ya están registradas 6,100 personas (12). De este grupo el 81.5% es de sexo masculino y más del 50% tuvieron entre 6 y 17 años; no obstante, no todas las personas con TEA están en dicho registro, debido a un déficit de personal certificado para realizarlo, por ser éste voluntario y por falta de conocimiento de los usuarios. Las regiones con un mayor número registrado son Lima y Callao y las de menor cantidad son Pasco, Loreto y Madre de Dios. El 61.65% de personas con TEA inscritas en el Registro Nacional de Personas con Discapacidad fue acreditada como discapacidad severa, el 32.5% como discapacidad moderada y solo el 5.5% como discapacidad leve (Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad-CONADIS, 2019) (12).

Las personas con TEA requieren de múltiples servicios y especialidades en su atención debido a la complejidad y variabilidad de las manifestaciones que incluye desde dificultades en la interacción social, deficiencias intelectuales, ausencia de lenguaje y bajo nivel de funcionamiento hasta personas con mejor ajuste psicosocial con lenguaje y capacidad intelectual promedio. En nuestro país, la oferta de servicios públicos y privados es aún escasa. El número de personas con TEA atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud también se incrementó considerablemente a lo largo de los años desde 314 en el 2012 a 2,960 en el 2017; de todos ellos, el 78% correspondió a niños entre 0 y 11 años de edad. Asimismo, el número de atenciones relacionadas a TEA también se incrementó de 903 atenciones en el 2012 a 13,127 atenciones en el 2017.

Los departamentos con mayor número de personas con TEA atendidas en ese mismo año fueron: Lima (1981 personas), Callao (85 personas), La Libertad (49 personas) y Lambayeque (30 personas). Los departamentos con menor número de personas fueron Madre de Dios, Amazonas y Huánuco (2 personas en cada uno) y Pasco (1 persona) (13). La mayor atención a este grupo poblacional en Lima podría estar relacionada a que en la capital, hasta el 2015, las atenciones se encontraban centralizadas en tres instituciones especializadas en salud mental en Lima (Hospital Víctor Larco Herrera, Hospital Hermilio Valdizán, Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”). A partir de ese año se empezaron a implementar los Centros de Salud Mental Comunitaria lo que se relaciona con el aumento sustancial en el número de personas con TEA atendidas.

La promulgación de la Ley N° 30150 (Ley de Protección de las Personas con Trastorno del Espectro Autista) en el año 2014 y la aprobación del Plan Nacional para la Atención de las Personas con Trastorno del Espectro Autista en el año 2019, constituyen el marco legal y normativo para la detección y diagnóstico precoz, la intervención temprana, la protección de la salud, la educación integral, la capacitación profesional y la inserción laboral y social de las personas con TEA (13).

En ese sentido, el Ministerio de Salud ha implementado servicios de diagnóstico e intervención en los establecimientos de salud de nivel especializado en salud mental, en los Centros de Salud Mental Comunitaria que se han venido implementando a lo largo del territorio nacional. Los Centros de Salud Mental Comunitaria cuentan con equipos interdisciplinarios (médicos psiquiatras con competencias en psiquiatría infantil, psicólogos con experiencia en niños y adolescentes, tecnólogos médicos especializados en terapia de lenguaje, entre otros) que pueden realizar evaluaciones diagnósticas e intervenciones a personas con TEA y sus familiares, así como servicios y programas terapéuticos y de rehabilitación psicosocial. Una de las funciones de los Centros de Salud Mental Comunitaria es la de desarrollar programas asistenciales específicos, dentro de los cuales se encuentra el TEA. Estos establecimientos

realizan planes de atención individualizada y comunitaria y de continuidad de cuidados, entrenamiento en actividades sociolaborales.(15).

Los establecimientos de todos los niveles de atención ofrecen servicios de control de crecimiento y desarrollo por lo cual son entidades importantes en los procesos de detección temprana.

Un inconveniente en relación al TEA es la ausencia de datos estadísticos certeros de prevalencia e incidencia en el país. Al momento actual no se cuenta con una cifra exacta de la prevalencia a nivel nacional, pero la estimación, obtenida de la extrapolación de datos a nivel internacional por la OMS, es de 1 en 160 (5). Igualmente, la investigación en materia de TEA en nuestro país es todavía incipiente y las publicaciones científicas están relacionadas principalmente a la ya descartada asociación de las vacunas con el TEA (14).

Asimismo, se requiere una mayor producción de investigación cualitativa y cuantitativa relacionada a las dificultades o barreras para la detección, diagnóstico e intervención en nuestro contexto, la utilidad de las intervenciones y programas locales disponibles, las necesidades de personas adultas con TEA.

Es conocido que existen múltiples dificultades para llevar a cabo la detección y diagnóstico de TEA. En el ámbito familiar, los padres pueden tener dificultad en el reconocimiento de los síntomas iniciales, más aún cuando son primerizos o cuando el niño es más pequeño (15).

En el ámbito de los servicios de salud, una capacitación inadecuada o insuficiente genera que los pediatras y demás profesionales de la atención primaria no cuenten con la información apropiada y no reconozcan las alteraciones conductuales, sobre todo antes de los 3 años; además, la consideración frecuente y errónea que los problemas son leves o transitorios y la actitud de “esperar y ver” (temor o resistencia a iniciar un proceso de diagnóstico aun cuando se reconoce que las manifestaciones están presentes y retrasando el inicio de intervenciones necesarias), la falta de acceso a servicios de salud especializados y de instrumentos y entrevistas de diagnóstico, sobre todo en regiones rurales (16,17). En el ámbito educativo, la sensibilidad y la experiencia en desarrollo evolutivo son heterogéneas entre los profesionales y niveles de educación. En el ámbito de los servicios sociales sucede algo similar ya que la formación en las alteraciones específicas del desarrollo infantil es variable (18). Todos estos factores requieren de un análisis más profundo a nivel local y nacional.

Las personas con TEA en nuestro país son muchas veces objeto de estigmatización, discriminación y rechazo social en diversas situaciones y contextos, incluyendo los educativos y de salud (19,20). Por ejemplo, muchos padres y madres han experimentado situaciones en las que tanto ellos como sus hijos o hijas con TEA recibieron un trato discriminatorio por parte del personal de salud en todos los niveles de atención; también han expresado situaciones en las que sus hijos o hijas con TEA fueron excluidos de determinados sistemas educativos, únicamente por su condición y no en base a sus capacidades reales. La ausencia de rasgos físicos característicos, sumada a los problemas conductuales y en la interacción social generan dificultades en los padres y cuidadores para sostener encuentros sociales y evitar situaciones de discriminación (21,22).



7. Consideraciones generales para el cuidado integral de las personas con trastorno del espectro autista

7.1 Definiciones operativas

Trastornos del Espectro Autista

Los trastornos del espectro autista (TEA) son un grupo de trastornos complejos del neurodesarrollo, que se distinguen por dificultades en grado variable para la comunicación e interacción social y, patrones de comportamiento repetitivos y característicos. Los síntomas suelen iniciarse a una edad temprana y afectan el funcionamiento diario. El término “espectro” hace mención a la amplia gama de manifestaciones, habilidades y grados de discapacidad que las personas con TEA pueden presentar. Mientras que algunos niños y adultos con TEA son capaces de realizar las actividades de la vida diaria, otros requieren de apoyo considerable para realizar las actividades básicas (23). La clasificación diagnóstica CIE-10 no considera a los TEA como una sola entidad sino como entidades nosológicas distintas; sin embargo, el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM-5) los considera como una sola categoría (Anexo 1). Las personas con TEA pueden tener en un 30 a 50% de casos algún grado de deficiencia intelectual, lo cual influye en su funcionamiento y puede configurar la condición de “persona con discapacidad”. Los trastornos del espectro autista se presentan en cualquier grupo racial y étnico, y en todos los niveles socioeconómicos, pero los niños tienen una mayor probabilidad de presentarlos en comparación a las niñas.

Detección temprana

Se refiere como detección temprana a todos aquellos procesos que permiten la detección precoz de manifestaciones compatibles con TEA, idealmente a la menor edad posible antes de

los 2 años. Estos procesos implican dos niveles: vigilancia del desarrollo y la detección específica o tamizaje (18,24). Los servicios de salud no son los únicos implicados en este proceso sino también los servicios educativos y sociales (18). La detección temprana debe llevarse a cabo en todos los niños y niñas hasta los 3 años e implica identificar a aquellos que están en riesgo de presentar trastornos del neurodesarrollo y de TEA.

Vigilancia en el desarrollo

La vigilancia del desarrollo comprende todas las actividades relacionadas a la promoción de un desarrollo adecuado y a la detección de problemas en el desarrollo durante la atención primaria de la salud del niño. Es un proceso continuo y flexible, que incluye información de los profesionales de salud, padres, profesores y otros relacionados al cuidado de los niños. Los profesionales de la salud que realizan control de crecimiento y desarrollo deben utilizar una estrategia sistemática de vigilancia del desarrollo en todos los niños en cada visita hasta los 5 años para determinar la presencia de posibles alteraciones (25).

Tamizaje

Es también denominado como detección específica. Implica el uso de instrumentos de tamizaje del desarrollo en general e instrumentos de tamizaje específicos para TEA (por ejemplo: Checklist for Autism in Toddlers, Autism Screening Questionnaire, Modified Checklist for Autism in Toddlers, etc.). El tamizaje para TEA se realiza en todos los niños y niñas que no pasan los procedimientos de vigilancia del desarrollo o quienes presentan algún indicador de riesgo (24).

Diagnóstico

El diagnóstico se refiere a todos aquellos procesos dirigidos a la confirmación o descarte de TEA en una persona, independientemente de la edad que tenga. El diagnóstico es realizado por personal médico especializado generalmente subespecialistas pediátricos como, psiquiatras infantojuveniles y neurólogos pediátricos, pero también pueden realizarlo otros profesionales médicos como el psiquiatra general, médico familiar, pediatra, especialista en Medicina Física y Rehabilitación o médico cirujano (médico general) debidamente capacitados. Contribuyen al proceso de formulación diagnóstica las evaluaciones de los demás miembros del equipo interdisciplinario, de acuerdo a cada caso. El diagnóstico es principalmente clínico y se realiza en base a la presencia de los criterios diagnósticos de acuerdo a las clasificaciones diagnósticas existentes (CIE-10). El diagnóstico requiere reconocer las manifestaciones en el niño (a) y considerar los síntomas narrados por los padres o cuidadores. También pueden emplearse instrumentos de ayuda en la evaluación, como son escalas, entrevistas y listas de cotejo, pero ninguna es diagnóstica por sí sola (24,26). El diagnóstico temprano facilita la intervención pronta y, por consiguiente, la planificación educativa temprana, el soporte y apoyo a las familias, el manejo del estrés en la familia y la provisión de atención médica y cuidado apropiado (24).

Intervención

Es toda acción cuya finalidad es modificar las conductas o habilidades individuales mediante un cambio en el entorno y/o el abordaje de determinadas conductas o habilidades. Las intervenciones pueden dividirse, según el tipo, en intervenciones de rehabilitación psicosocial e intervenciones farmacológicas. Las intervenciones de rehabilitación psicosocial tienen como objetivo abordar y modificar los problemas conductuales, enseñar habilidades apropiadas al nivel de desarrollo incluyendo las habilidades sociales, comunicacionales, académicas y adaptativas y entrenar a los padres o cuidadores para enseñar ellos mismos efectivamente.



Las intervenciones de rehabilitación psicosocial también pueden ser integrales o focalizadas según el número de estrategias utilizadas y/o de conductas o habilidades objetivo (27). Las intervenciones farmacológicas tienen como finalidad reducir algunos síntomas conductuales asociados al TEA y deben ser prescritos por personal médico especializado generalmente subespecialistas pediátricos como, psiquiatras infantojuveniles y neurólogos pediátricos y por médicos no especializados con la debida capacitación.

Intervención temprana

Corresponden a todos aquellos programas de intervención cuya finalidad es apoyar a los niños pequeños especialmente los menores de 6 años que están en riesgo de retraso del desarrollo, o a los niños pequeños a quienes se les ha diagnosticado retraso del desarrollo o se encuentran en condición de discapacidad. Éstos pueden desarrollarse en diversos ámbitos, por ejemplo: hospitales, centros de salud, centros de intervención temprana, centros de rehabilitación, centros comunitarios, hogares y escuelas (25). En el Ministerio de Salud, los servicios de intervención temprana considerando la complejidad de las necesidades de salud mental del niño o niña, pueden darse en el contexto de la atención temprana de los servicios de control de crecimiento y desarrollo, de los servicios de niñez y adolescencia de los CSMC, de los servicios de rehabilitación de los hospitales generales o cualquier otro que brinde atención temprana a niñas y niños con énfasis en los menores de 6 años.

Necesidades complejas asociadas

Las necesidades complejas corresponden a aquellas características y/o circunstancias individuales clínicas o psicosociales que incrementan la complejidad del manejo en cuanto al número y tipo de intervenciones y cuya presencia implica un incremento de la vulnerabilidad de la persona con TEA. Se consideran como necesidades complejas las siguientes características y/o circunstancias (28):

7.2 Enfoques para el cuidado integral de las personas con Trastorno del Espectro Autista

- Viven en hogares con más de un miembro familiar con TEA.
 - Institucionalizados (hospitalizados, centros residenciales estatales o privados, instituciones del sistema penitenciario).
 - Inmigrantes.
 - Con deficiencia intelectual que conlleva a una discapacidad moderada a severa.
 - Con condiciones somáticas o neurológicas concomitantes (por ejemplo, epilepsia, trastornos degenerativos del sistema nervioso, parálisis cerebral, enfermedades metabólicas, síndromes poco frecuentes, etc.).
 - Con alteraciones conductuales significativas que requieren manejo farmacológico.
 - Con otras deficiencias concomitantes (visual, auditiva, motora).
 - Con regresión en sus habilidades.
 - Con déficit severo en la comunicación, incluyendo ausencia de lenguaje verbal.
-

- Con otros problemas de salud mental.
- Situaciones de disfunción familiar significativa y/o violencia intrafamiliar.
- Otras condiciones o circunstancias que el profesional considere.

7.2.1 Enfoque comunitario y familiar:

Este modelo tiene como principal característica la atención de la salud mental centrada en la comunidad, con el fomento de la promoción y protección de la salud mental, así como la continuidad de cuidados de la salud de las personas, familias y colectividades con problemas psicosociales y/o trastornos mentales en cada territorio. La participación de la comunidad es crucial mediante el establecimiento de alianzas entre las instituciones del Sector Salud con otros sectores (29,30). Asimismo, se reconoce que la familia es el entorno próximo y más importante para la persona con TEA, la mejor fuente de información y el soporte más importante. Todo abordaje debe respetar las necesidades, prioridades y recursos de la familia. La familia es un aliado en los procesos de diagnóstico e intervención.

7.2.2 Enfoque de derechos humanos:

Las personas con TEA deben ser respetadas y aceptadas como parte de la diversidad humana. Debe evitarse la discriminación hacia las personas con TEA en todos los niveles y promover el derecho a un acceso, en igualdad de condiciones, a los servicios de salud, educación, empleo y a la vida en comunidad. Asimismo, los servicios deben estar alineados a los derechos humanos y a la evidencia, evitando el uso de enfoques de intervención y prácticas inadecuadas desde el punto de vista de los derechos humanos. Este enfoque está ampliamente contenido en la normatividad internacional y en las convenciones asumidas por la gran mayoría de países (31-33). Asimismo, debe considerarse el enfoque de interés superior del niño que comprende la protección de los niños con discapacidades o impedimentos.

7.2.3 Enfoque de curso de vida:

Este enfoque implica el “abordaje integral y diferenciado de las intervenciones en favor de las personas con TEA”, tomando en consideración las diferentes capacidades físicas y mentales de acuerdo a la edad y la interdependencia generacional que se establece al interior de las familias de acuerdo a las relaciones recíprocas de dar/recibir y del aprendizaje diferenciado por edades (13). Asimismo, los cambios que se dan a medida que la persona con TEA incrementa su edad y se va desarrollando, pueden ocasionar un cambio significativo que puede ser más retador para las personas con TEA (2).

7.2.4 Enfoque de género:

Este enfoque establece que debe existir igualdad en el acceso a los servicios sanitarios para las mujeres y una adecuada promoción y protección de sus derechos. Este aspecto es importante debido a que la presentación del TEA en niñas y adultas jóvenes puede ser diferente a las descripciones típicas del TEA. Por ejemplo, las mujeres pueden tener mayores deseos de tener amigos y encajar en un grupo social y las niñas pueden ser diagnosticadas más tardíamente que los niños. Debe considerarse como estas diferencias de género en la presentación de las manifestaciones de TEA influyen en los procesos de diagnóstico e intervención.



7.2.5 Enfoque de interculturalidad:

El Perú es un país multicultural. Las manifestaciones de TEA pueden ser asumidas e interpretadas de forma diferente según la región. Debe respetarse la diversidad cultural en relación a los valores, idioma, religión, nivel educativo y factores socioeconómicos que influyen en la forma en que la familia maneja la condición de TEA.

7.2.6 Enfoque interseccional:

Este enfoque aborda cómo las diferentes variables o características de un individuo (género, raza, etnia, clase social, entre otras) actúan de forma conjunta y pueden generar situaciones como exclusión y desigualdad entre los diversos grupos sociales (30,34). Las personas con TEA no están exentas de exclusión y desigualdad, más aún, la confluencia de estas características o variables individuales puede incrementar su vulnerabilidad e incrementar el riesgo de experiencias negativas, colocándolos en desventaja para acceder a los servicios sanitarios y sociales.

7.2.7 Enfoque de discapacidad:

Este enfoque reconoce que las personas con discapacidad, entre las cuales pueden encontrarse las personas con TEA, se enfrentan a múltiples barreras que impiden el ejercicio de sus derechos en igualdad de condiciones que las demás personas. A efecto de eliminar dichas barreras, el Estado y la sociedad deben procurar que el entorno y los servicios públicos tengan en cuenta los principios de diseño universal y accesibilidad; y de ser necesario otorgar los ajustes razonables y apoyos a las personas con discapacidad que lo requieran.



8. Consideraciones específicas para el cuidado integral de las personas con trastorno del espectro autista

8.1 De la sensibilización, concienciación y divulgación de información

A nivel nacional, el Ministerio de Salud a través de la Dirección de Salud Mental, la Dirección de Promoción de la Salud y la Oficina General de Comunicaciones y, a nivel regional a través de la DIRESA/GERESA, realizarán planes de sensibilización y concienciación dirigidos a la población general que consideren los siguientes puntos:

- a. Proveer información real y actualizada acerca de la condición.
- b. Difundir ampliamente acerca de las señales de alerta de TEA.
- c. Proveer información acerca de los recursos disponibles para dicha población.

Estos planes se realizan a través de los siguientes canales:

- Medios televisivos y radiales de difusión nacional abierta.
- Medios radiales.
- Medios escritos de circulación nacional (revistas, periódicos, boletines, etc.).
- Redes sociales de diferentes organizaciones e instituciones relacionadas a la atención de personas con TEA.
- Eventos deportivos, culturales, artísticos, conmemorativos, etc.
- Los planes de sensibilización, concienciación y divulgación de información dirigidas a los profesionales sanitarios tienen la finalidad de:
 - Incrementar el conocimiento acerca de los TEA, prioritariamente aquellos que trabajan con niños de 0 a 5 años.
 - Sensibilizar a los profesionales de la salud de manera que se generen actitudes positivas de tolerancia, respeto, comprensión e inclusión de las personas con TEA en el contexto de la atención sanitaria.
 - Educar a los profesionales de la salud sobre la identificación temprana y señales de alerta del TEA.

La DIRESA, GERESA y DIRIS deben promover y desarrollar planes de sensibilización y concienciación dirigidos a la población general en coordinación con EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional del Perú u otras instituciones relacionadas al cuidado de las personas con TEA como las asociaciones de familiares. Asimismo, deben asegurar los recursos para que los establecimientos de salud puedan planificar y realizar estas campañas.



A nivel local, las redes de salud y los establecimientos de salud de todos los niveles de atención, incluyendo a los Centros de Salud Mental Comunitaria, deben promover y realizar planes de sensibilización, concienciación y divulgación de información en forma coordinada multisectorial e interinstitucional en diferentes niveles (escolar, comunitario, laboral, organizacional, etc.) con la finalidad de:

- Incrementar el conocimiento acerca de los TEA en la población general.
- Sensibilizar a la población general de manera que se generen actitudes positivas de tolerancia, respeto, comprensión e inclusión de las personas con TEA en los diferentes estamentos de la sociedad.
- Educar a la población sobre las señales de alerta del TEA.
- Proveer información acerca de los recursos disponibles para dicha población.

8.2 De la detección temprana

No existe un único signo conductual o alguna alteración específica en el desarrollo que sea predictiva de TEA y tampoco existe una única manifestación que se encuentre por igual en todos los niños y niñas con TEA o que sirva como un marcador definitorio para la emergencia de un TEA posteriormente (35).

Los profesionales de la salud que trabajan con niños menores de 5 años en todos los niveles de atención deben realizar la detección temprana de las manifestaciones de TEA (24). El mayor impacto se generará de una atención cuidadosa a las preocupaciones de los padres y de la observación de las habilidades sociales y de comunicación desde la más temprana edad (por ejemplo, en la interacción con los padres) (36). La detección temprana de niños con TEA es esencial pues permite tener mayores probabilidades de intervención temprana y por consiguiente, un mejor funcionamiento posterior. La intervención temprana es beneficiosa aun cuando el diagnóstico de TEA no se ha confirmado y ésta puede ser complementada cuando se confirma el diagnóstico (36,37).

Vigilancia en el desarrollo

Los profesionales de la salud que trabajan con niños menores de 6 años deben conocer las características del desarrollo normotípico (Anexo 2), llevar a cabo la vigilancia del desarrollo en las áreas de lenguaje, motora, social y cognitiva y detectar cuándo se presentan alteraciones o retrasos, especialmente en las áreas de lenguaje, cognitiva y social (38).

Son indicadores de alteraciones en el desarrollo compatibles con TEA (39,40):

A los 6 meses:

- No mirar a los ojos cuando se le habla.
- No sonreír a las personas.

A los 12 meses:

- No mirar a los ojos cuando se le habla.
 - No sonreír a las personas.
-

- No imitar o realizar gestos sociales como hacer palmas, hacer ‘ojitos’, ‘chinitos’, ‘besitos’, hacer adiós, jugar al ‘toma y dame’, a las escondidas (por ejemplo: ‘¿Dónde está el bebé? ¡Aquí estoy!’).
- No señalar lo que quiere (solo jalar de la mano o brazo hasta el objeto deseado).
- No voltear cuando lo llaman por su nombre.
- No mostrar objetos o señalarlos para compartir el interés en ellos.

Otros indicadores de alteraciones en el desarrollo del lenguaje, cognitivo y social se describen en el Anexo 3.

Ante la presencia de alguno de los indicadores de alteraciones en el desarrollo del lenguaje, cognitivo y social antes de los 18 meses, los profesionales deben monitorizar al niño o niña en los próximos tres meses y de forma simultánea, derivar a intervención temprana.

En niños de 18 a 30 meses en quienes se identifican indicadores de alteración en el desarrollo de lenguaje, cognitivo y social, los profesionales de la salud deben realizar un tamizaje específico de TEA mediante el instrumento M-CHAT-R (Anexo 6, 7 y 8) (37,41) y, de forma simultánea, derivar a servicios de intervención temprana. Asimismo, los profesionales de la salud deben tamizar con dicho instrumento a aquellos niños o niñas que:

- Tengan un hermano con TEA u otro factor de riesgo incrementado de TEA (Anexo 5).
- Existan inquietudes de los padres o cuidadores acerca de una alteración o retraso en el desarrollo.
- Existan inquietudes del personal de salud acerca de una alteración o retraso en el desarrollo.
- Niños o niñas con desarrollo reportado previamente como normal que hayan perdido habilidades (de cualquier tipo).
- La vigilancia en el desarrollo debe incluir:
 - Preguntar a los padres o cuidadores si existen inquietudes sobre el desarrollo de sus hijos y atenderlas.
 - Identificar la presencia de factores de riesgo en el desarrollo (Anexo 4), factores de prevalencia incrementada de TEA (Anexo 5) y factores de protección.
 - Evaluar el avance del niño en el desarrollo del lenguaje, cognitivo y social y de indicadores de alteraciones en el desarrollo en esas áreas (Anexo 2 y 3).
 - Documentar el proceso y los hallazgos en la historia clínica (37).

Si el niño presenta algún problema en el desarrollo, aunque este no sea sugerente de TEA o sea distinto al TEA, deben coordinarse las evaluaciones médicas y del desarrollo e intervenciones necesarias (25).

El personal de salud responsable de la atención de niñas y niños deberá tamizar con el M-CHAT-R a todos los niños o niñas de 24 meses independientemente de que se haya identificado algún indicador de alteración en el desarrollo o factor de riesgo en el proceso de vigilancia.

Las acciones a seguir de acuerdo a la puntuación del M-CHAT-R son las siguientes:

**De 0 a 2 puntos (Bajo riesgo o tamizaje negativo):**

- Continuar con la vigilancia del desarrollo y los procedimientos indicados en la Norma Técnica de Control de Crecimiento y Desarrollo.
- Derivar a una evaluación a aquellos niños o niñas en quienes, a pesar de tener bajo riesgo, existen inquietudes acerca de su desarrollo (por ejemplo, retrasos en el lenguaje o motores) y programar visitas próximas para evaluar estas inquietudes.
- Proveer información a los padres mediante material psicoeducativo de calidad acerca de las señales de alerta sugerentes de TEA.

De 3 a 7 puntos (Riesgo moderado):

- Derivar a la brevedad posible al médico más próximo para una evaluación inicial.
- Proveer información a los padres mediante material psicoeducativo de calidad y basado en evidencia.
- Programar una visita de seguimiento preferentemente dentro de un mes para repetir el instrumento M-CHAT-R de Seguimiento únicamente en los ítems que fallaron en la aplicación inicial.
- Si el M-CHAT-R de Seguimiento continúa con resultado positivo (es decir, el o los ítems continúan sin pasar), y el niño o niña no ha recibido una evaluación especializada considere referirlo a un establecimiento que cuente con personal capacitado en TEA e incremente la vigilancia del desarrollo a través de controles mensuales.
- Iniciar la intervención temprana.

De 8 a más puntos (Riesgo alto):

- Derivar a la brevedad posible al niño o niña a una evaluación especializada por psiquiatra infantojuvenil, neurólogo pediátrico u otro médico capacitado en TEA.
 - Proveer información a los padres mediante material psicoeducativo de calidad y basado en evidencia.
-

- Realizar una consejería a los padres o cuidadores del niño o niña. El abordaje debe hacerse con empatía, sensibilidad y tacto ya que algunos padres pueden requerir un tiempo para aceptar los problemas de sus hijos o pueden no compartirlos (28).
- Programar una visita de seguimiento para evaluar el caso y el grado de avance en la evaluación especializada.
- Iniciar la intervención temprana.
- Informar a los padres sobre la existencia de programas de intervención temprana cercanos a su jurisdicción, como los PRITES, OMAPED, entre otros.

Señales de alerta y manifestaciones del TEA.

Las señales de alerta de TEA suelen empezar a evidenciarse alrededor de los 12 meses de vida, aunque la edad de inicio y naturaleza de las manifestaciones puede ser muy diferente de un niño a otro y de acuerdo a la edad. Los profesionales de la salud que identifiquen señales de alerta de TEA (Anexo 9) deben profundizar la evaluación para confirmar el diagnóstico o derivar a una evaluación especializada en un establecimiento de mayor complejidad según sea el caso.

La presencia de alguna de las siguientes manifestaciones en el lenguaje verbal y comunicación social es altamente sugerente de TEA y requiere una derivación inmediata para evaluación especializada (24,38):

- No balbucear, señalar o hacer otros gestos a los 12 meses de edad (incluyendo solo jalar de la mano).
- No decir palabras a los 18 meses.
- No decir frases espontáneas de 2 palabras (no ecológicas) a los 24 meses de edad.
- Cualquier pérdida o retroceso en las habilidades de lenguaje o sociales a cualquier edad.

Recuerde

La presencia de factores de riesgo y/o indicadores de alteración en el desarrollo del lenguaje, social y cognitivo amerita realizar tamizaje (detección específica) y al mismo tiempo ampliar la evaluación si lo requiriera.

Iniciar prontamente las intervenciones para los problemas del desarrollo identificados. No debe esperarse un diagnóstico confirmativo de TEA para empezar con la atención integral.





8.3 De la evaluación especializada

La evaluación del TEA es interdisciplinaria y requiere también de la participación activa de las familias.

Todos los establecimientos de salud deben derivar a los niños y niñas con sospecha de TEA a una evaluación especializada a la brevedad en el establecimiento de mayor capacidad resolutive que cuente con servicios especializados en salud mental; el intervalo hasta recibir la evaluación inicial debe ser menor a 3 meses idealmente. Estos establecimientos deben tener un equipo interdisciplinario de trabajo en TEA que esté conformado por:

- Médico: psiquiatra infantojuvenil, neurólogo pediátrico o, en ausencia de estos, médico debidamente capacitado en TEA (por ejemplo: pediatra, psiquiatra o médico familiar).
- Psicólogo con experiencia en niños y adolescentes.
- Tecnólogo médico con especialidad para terapia de lenguaje.
- Tecnólogo médico con especialidad para terapia ocupacional (24,37).

Este equipo interdisciplinario de trabajo en TEA puede incluir a otros profesionales de salud de acuerdo a las necesidades de la persona con TEA.

Todos los establecimientos que cuenten con servicios especializados en salud mental (Centros de Salud Mental Comunitaria, hospitales generales) deben:

- Realizar una evaluación y diagnóstico integral que comprenda la valoración clínica en base a criterios diagnósticos del CIE-10, el perfil individual, psicosocial, familiar y comunitario de la persona.
- Establecer un plan de atención individualizada en cada caso (42).
- Trabajar de forma simultánea, coordinada y respetuosa con los otros miembros del equipo y con las familias en beneficio de la persona con TEA y su familia e incorporando las perspectivas y necesidades particulares de cada familia.

Los equipos interdisciplinarios de trabajo en TEA deberán designar a uno de sus miembros como el gestor de caso para aquellos con mayor complejidad clínica y psicosocial que requieran de una continuidad de cuidados más regular. El profesional designado actuará como el punto de contacto entre los padres o cuidadores y el resto del equipo, informará a las familias y al equipo lo relacionado con el niño o niña con TEA y coordinará la provisión de información y servicios de apoyo necesarios para la familia (28,43).

Los establecimientos de salud deben priorizar aquellas medidas que permitan una reducción en los tiempos de espera, realizándose los ajustes necesarios para agilizar las atenciones. Son posibles mecanismos a implementar en favor de agilizar las evaluaciones:

- Programar las citas de los niños o niñas con sospecha de TEA de forma prioritaria.
- Estructurar las atenciones de forma que los niños o niñas con sospecha de TEA sean atendidos en una misma jornada que se realice una o dos veces al mes, de manera que las familias no tengan que esperar prolongadamente por una atención.

Los profesionales de salud deben evitar el mantenimiento indefinido de diagnósticos presuntivos que retrasen o eviten que la persona reciba las intervenciones apropiadas.



Los establecimientos que cuentan con servicios especializados en salud mental pueden realizar las siguientes evaluaciones como parte del perfil individual de la persona con TEA:

- Habilidades intelectuales y estilo de aprendizaje.
- Habilidades del lenguaje y comunicación.
- Habilidades motoras gruesas y finas.
- Conducta adaptativa.
- Comorbilidad médica (psiquiátrica y no psiquiátrica).
- Salud física y nutricional.
- Habilidades de socialización.
- Evaluación neuropsicológica.
- Perfil vocacional y/o sociolaboral en los adultos.

Los profesionales de los establecimientos de salud deben proveer información psicoeducativa de calidad y basada en la evidencia a las familias.



8.4 De las intervenciones para niños, niñas, adolescentes y adultos con TEA

Todos los establecimientos de salud del primer nivel (centros de salud) en donde se identifican factores de riesgo y/o indicadores sugerentes de TEA, pero por su capacidad resolutoria no pueden realizar diagnóstico, deben iniciar la intervención temprana y derivar a servicios especializados que correspondan por el nivel de complejidad.

La intervención temprana en estos casos debe contener aspectos de capacitación y entrenamiento a los padres o cuidadores y basarse en enfoques conductuales o del desarrollo; asimismo, deben ser lo suficientemente intensivas, mantener la predictibilidad del entorno e incorporar activamente los intereses del niño enfocándose en objetivos individualizados (44).

Los servicios de psiquiatría y/o salud mental:

- Diseñan un plan de atención individualizada que considere el perfil individual y los resultados de la evaluación psicosocial, familiar y comunitaria, que sea elaborado por el equipo interdisciplinario y en el que participen las familias (2,28,45). El plan de atención individualizada debe contener las múltiples intervenciones a realizar con la persona, familia y comunidad (29).
- El plan de atención individualizada considera los objetivos terapéuticos, estrategias y actividades a realizar, responsabilidades asignadas, duración de las intervenciones e indicadores de evaluación del proceso y resultados (29).
- Elaboran un plan de continuidad de cuidados para las personas con TEA y necesidades complejas asociadas que requieran una intervención más intensiva centrada en la persona y en su entorno que facilite la identificación, acceso y continuidad a recursos coordinados en respuesta a las necesidades de salud requeridas. En estos casos, la persona debe contar con un gestor de caso quien supervisará el plan de continuidad de cuidados (29).
- Proveen información acerca de los servicios locales o regionales existentes, los recursos disponibles en la comunidad y los enfoques de tratamiento existentes en base a la evidencia. También deben proveerse pautas para el manejo de situaciones de crisis.
- Inician las intervenciones lo más pronto posible, incluso ante la sospecha de TEA e inmediatamente después de la confirmación diagnóstica (38). Los resultados de las intervenciones son evaluadas periódicamente (el tiempo de evaluación dependerá del enfoque o metodología empleada en la intervención).
- Realizan intervenciones psicosociales dirigidas a modificar el ambiente físico y social y los procesos de cuidado y minimizar el impacto negativo mediante entrega de soportes visuales, adaptaciones o ajustes necesarios, considerando las sensibilidades sensoriales a los niveles de luz, sonido y color, evaluación y manejo de los factores que incrementan el riesgo de alteraciones conductuales (por ejemplo: los déficits en la comunicación pueden ocasionar dificultad para entender situaciones o expresar las necesidades, los problemas físicos o de salud mental, las características del entorno físico y social, los cambios del desarrollo, entre otros (43).
- Consideran intervenciones apropiadas de acuerdo a la edad y etapa de desarrollo y del ciclo vital y basadas en la evidencia (27).

- Proveen intervenciones de rehabilitación psicosocial así como servicios terapéuticos de acuerdo a las posibilidades resolutorias del establecimiento (38,43,46); las principales intervenciones son:
 - Terapia del habla y lenguaje
 - Terapia ocupacional
 - Terapia cognitiva
 - Terapia conductual
 - Terapias de habilidades sociales
 - Terapia física
 - Intervenciones de trabajo social
- En el caso de adultos con TEA, proveer intervenciones de rehabilitación sociolaboral mediante programas de entrenamiento vocacional o laboral con la finalidad de mejorar el nivel de funcionamiento y las dificultades propias de la condición de manera que alcancen una adecuada integración sociolaboral (45,47).
- Realizar intervenciones con las familias cuya finalidad sea:
 - Establecer una relación respetuosa y de colaboración, con disposición para atender sus preocupaciones y ayudar en la solución individualizada de problemas.
 - Promover el desarrollo de estrategias de manejo apropiadas y la autoconfianza en los cuidadores.
 - Mejorar sus habilidades de comunicación y comprensión.
 - Capacitar y entrenar a las familias acerca del TEA y su manejo.
 - Permitir la generalización de las habilidades hacia entornos propios de la persona con TEA.
 - Promover el desarrollo social, emocional, y cognitivo de la persona con TEA y reducir comportamientos desafiantes.

Estas intervenciones pueden darse como parte de programas de entrenamiento para padres y familias que utilicen materiales y estrategias de capacitación culturalmente apropiadas; estos programas se implementan inicialmente en los Centros de Salud Mental Comunitaria desde donde se fortalecerá a los servicios de salud mental para expandir su implementación (48).

- En relación a los documentos como informes médicos e informes psicológicos, los establecimientos de salud deben emitirlos de acuerdo a las normativas vigentes e incluir la información apropiada.
 - En relación a los certificados de discapacidad, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) certificadoras los emiten de acuerdo a lo dispuesto en la Norma Técnica correspondiente, evitando prolongar innecesariamente el tiempo de emisión una vez hecho el diagnóstico y habiendo sido solicitada la certificación por la persona con discapacidad o su representante.
 - Las indicaciones farmacológicas solo pueden ser prescritas por los médicos psiquiatras infantojuveniles, neurólogos pediátricos o aquellos médicos con la debida capacitación. Las intervenciones farmacológicas están basadas en la evidencia de acuerdo a las necesidades únicas de cada persona y mantener un monitoreo periódico de la efectividad y efectos secundarios (28). Además, debe evitarse optar por enfoques de tratamiento farmacológicos, de medicina alternativa y/o nutricionales no sustentados en la evidencia científica (27).
-



8.5 De la atención en servicios de salud física y mental

Todos los profesionales de la salud deben incluir en la evaluación de las necesidades de atención sanitaria (no relacionadas al proceso de diagnóstico de TEA) aquellas dirigidas a la salud física y mental y brindarlas oportunamente (49). La salud mental es un componente importante en el bienestar y calidad de vida de las personas con TEA por lo cual debe considerarse la posibilidad de requerir atenciones relacionadas a esta área, por ejemplo, de psicología y psiquiatría. Asimismo, todos los establecimientos de salud, independientemente de su nivel de atención, deben estar en la capacidad de atender a las personas con TEA y referirlas a establecimientos de mayor capacidad resolutive si el caso lo amerita.

Todos los establecimientos de salud deben priorizar la atención de pacientes con TEA; para ello pueden desarrollar los siguientes mecanismos para facilitar su atención:

- Crear estrategias o protocolos de atención dentro del mismo establecimiento para evitar una espera prolongada para atenciones rutinarias.
 - Agilizar la obtención de citas.
 - Programar las atenciones de salud rutinarias en los primeros turnos.
-

8.6 De la atención y cuidado a las familias

En relación a las familias de personas con TEA, los establecimientos que cuentan con servicios especializados en salud mental deben:

- Proveer información acertada, de calidad y basada en la evidencia acerca del TEA y de las posibilidades de intervención.
- Atender cuidadosamente los puntos de vista e información que proveen los miembros de la familia.
- Desarrollar programas de intervención y soporte familiar que procuren asistir y apoyar a las familias durante el proceso de diagnóstico hasta la intervención, y en adelante. Pueden considerarse las siguientes intervenciones a las familias de acuerdo a las posibilidades resolutivas de cada establecimiento (43,50):
- Grupos de apoyo.
- Atención psicológica y/o psiquiátrica
- Servicios sociales de apoyo.
- Intervención en salud mental.
- Psicoterapia individual y familiar.
- Intervención familiar.
- Apoyo en la planificación del cuidado futuro de la persona con TEA.
- Orientación y consejería.

Los establecimientos de salud no especializados en salud mental que identifiquen la necesidad de atención y cuidado a las familias y que no cuenten con la capacidad resolutiva deberán realizar las derivaciones necesarias procurando una atención rápida y oportuna.

8.7 De la formación profesional, capacitación y de la investigación en TEA

Las DIRIS, DIRESA y GERESA a través de las oficinas de recursos humanos deben promover y llevar a cabo actividades de entrenamiento y capacitación a los profesionales de acuerdo al nivel de atención para proveer información apropiada y actualizada. En el primer nivel de atención no especializado en salud mental estas actividades deben estar enfocadas en:

- Desarrollo infantil normotípico y problemas del desarrollo.
- Detección temprana del TEA.
- Intervención temprana ante indicadores sugerentes de TEA mientras no se cuente con un diagnóstico confirmativo, incluyendo capacitación a los profesionales del primer nivel de atención para el entrenamiento de los padres y cuidadores de personas con TEA.

En el primer nivel especializado, segundo y tercer nivel de atención estas actividades deben estar enfocadas en los siguientes puntos (28,42,43,45):



- Naturaleza y curso del TEA.
- Evaluación y diagnóstico del TEA y otros trastornos del neurodesarrollo.
- Evaluación y diagnóstico de comorbilidades.
- Intervenciones basadas en la evidencia y servicios de apoyo a las personas con TEA y sus familias.
- Intervenciones apropiadas de acuerdo a la edad, etapa en el desarrollo y en el ciclo vital.
- Impacto del diagnóstico de TEA en la persona, familia y entorno.
- La valoración y manejo de riesgos (de agresividad hacia sí mismos o hacia los demás, negligencia en el cuidado, quiebre del soporte familiar o residencial, explotación o abuso).
- Entrenamiento y capacitación a los padres y cuidadores de personas con TEA.

Las DIRIS, DIRESA y GERESA deben establecer las coordinaciones y convenios interinstitucionales para el desarrollo de estas actividades a nivel de Lima y provincias; éstas deben darse periódicamente, estar basadas en la evidencia e información científica más reciente y contempladas en la planificación anual de los establecimientos de salud (38,42).

Debe promoverse y desarrollarse proyectos de investigación relacionada al TEA mediante colaboración entre prestadores de servicios de salud, gestores del Sector Salud, universidades, redes de investigación y sociedades académicas priorizando aquellas líneas que contribuyan a incrementar el conocimiento acerca del TEA en la realidad nacional, la utilidad de determinadas intervenciones, la experiencia de las familias en relación al TEA, la accesibilidad y uso de los recursos sanitarios y el uso de tecnologías potencialmente efectivas.

8.8 De la coordinación y articulación con otros sectores

La coordinación intersectorial es necesaria debido a que la naturaleza compleja de la condición demanda soluciones y medidas que exceden las posibilidades y capacidades del sector salud. Estas acciones están dirigidas a tratar los problemas vinculados no solo con la salud, sino con el bienestar individual y familiar y la calidad de vida. El Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales deben participar de estas acciones e iniciativas en el campo de sus funciones y responsabilidades.

Debe priorizarse un enfoque integrador de intervención coordinada con los otros ministerios, instituciones gubernamentales regionales y distritales, e instituciones no gubernamentales (asociaciones de padres) para generar mecanismos y estrategias de coordinación, alianzas y cooperación a favor de las personas con TEA que permitan obtener resultados concretos y optimizar las iniciativas a favor de esta población (13).

En relación a la articulación con el Sistema Educativo, el Ministerio de Salud y los establecimientos especializados en salud mental deben:

- Coordinar el desarrollo de actividades y capacitaciones a los profesores de los centros educativos acerca de las manifestaciones del TEA y del manejo en general y durante situaciones de crisis.

- Brindar asistencia técnica en aquellos casos en los que existen dificultades conductuales severas que conllevan a un difícil manejo en los centros educativos.
- Mantener una comunicación adecuada y realizar las coordinaciones necesarias con los profesionales educativos.

En relación a la articulación con el Sistema de Trabajo y los Programas de Empleo Protegido, el Ministerio de Salud y los establecimientos especializados en salud mental deben:

- Desarrollar conjuntamente con el Ministerio de Trabajo programas de empleo protegido para adultos con TEA, incluyendo apoyo en la redacción del Curriculum Vitae y postulaciones laborales, preparación para entrevistas, entrenamiento específico para la labor y conductas asociadas al trabajo, asignación cuidadosa de la persona al tipo de trabajo, orientación a los empleadores acerca de realizar los ajustes razonables en el trabajo, ofrecer un soporte continuo a los empleadores antes y después de iniciar el trabajo (incluyendo concientización) (45).
- Realizar orientación, tutoría y evaluaciones periódicas de apoyo a la persona con TEA que labora en un empleo protegido (42).

En relación a la articulación con el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social:

- Desarrollar estrategias conjuntas para promover la detección temprana del TEA y otros problemas del neurodesarrollo en los niños y niñas beneficiarios del Programa Nacional Cuna Más.



ANEXOS

Anexo 1: Trastornos generalizados del desarrollo a lo largo de los años y clasificaciones diagnósticas.

CIE-10 (1992)	CIE-11	DSM-IV-TR (2002)	DSM-V (2013)
Autismo infantil (F84.0)	Trastornos del Espectro Autista	Trastorno autista	Trastornos del Espectro Autista Especificar: Con o sin discapacidad intelectual. Con o sin déficit en el lenguaje. Asociado a una causa médica conocida o condición genética o factor ambiental Asociado a otro trastorno del neurodesarrollo, mental o conductual Con catatonia Grados de Severidad 1: Requiere apoyo 2: Requiere apoyo sustancial 3: Requiere apoyo muy sustancial
Síndrome de Rett (F84.2)		Trastorno de Rett	
Otros trastornos desintegrativos infantiles (F84.3)		Trastorno desintegrativo infantil	
Síndrome de Asperger (F84.5)		Trastorno de Asperger	
Autismo Atípico (F84.1)		Trastornos generalizados del desarrollo no especificado (incluido autismo atípico)	
Otros trastornos generalizados del desarrollo (F84.8)			
Trastorno generalizado del desarrollo inespecífico (F84.9)			
Trastorno hiperactivo con discapacidad intelectual y movimientos estereotipados (F84.4)			

- CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición.
- CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades, décimo primera edición.
- DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (texto revisado).
- DSM-V: Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición.



Anexo 2: Características del desarrollo normotípico en las áreas de lenguaje, cognitivo y social de acuerdo a la edad.

Edad	Lenguaje/ Comunicación	Cognitivo/Sensorial	Social/Juego
6 meses	<p>Hace vocalizaciones o balbuceos hacia sí mismo o los demás utilizando una vocal o sílaba (por ejemplo: “aaahh”, “baba”, “di”, “abu”).</p> <p>Hace balbuceos como imitando o contestando a los demás.</p> <p>Ríe y chilla en voz alta en el juego.</p> <p>Grita en señal de enfado.</p> <p>Las producciones sonoras tienden a aparecer predominantemente en presencia del cuidador.</p> <p>Llora de forma diferenciada según el momento y/o grado de incomodidad.</p> <p>Imita sonidos.</p>	<p>Cuando se le ofrece una sonaja, la alcanza de inmediato y la sacude para producir un sonido.</p> <p>Manipula objetos con atención y los pasa de una mano a otra.</p> <p>Agarra los objetos, los explora, los mira, los huele, los mete a la boca, los chupa.</p> <p>Puede lanzar o golpear contra una superficie algún objeto una y otra vez.</p> <p>Puede estar absorto explorando un objeto y no darse cuenta de los intentos del cuidador para iniciar una interacción.</p>	<p>Mira a los ojos, sonríe y se ríe espontáneamente en presencia de personas (sin estimulación táctil o sin cosquillas). No es la risa refleja frente a objetos o animales.</p> <p>Alza las manos, le gusta que lo carguen.</p> <p>Reconoce las expresiones faciales del cuidador, por ejemplo, la alegría o miedo.</p> <p>Le gusta jugar con los demás, especialmente con sus padres o cuidadores.</p> <p>Reacciona con gusto ante juegos repetitivos.</p> <p>Presta más atención a las personas que a los objetos o juguetes.</p> <p>Reconoce rostros familiares y empieza a reconocer a las personas extrañas.</p> <p>Le gusta mirarse en el espejo.</p>

Edad	Lenguaje/ Comunicación	Cognitivo/Sensorial	Social/Juego
<p style="text-align: center;">9 meses</p>	<p>Vocaliza deliberadamente como un medio de comunicación interpersonal en señal de agrado o incomodidad.</p> <p>Grita para llamar la atención, escucha, luego vuelve a gritar.</p> <p>Balbucea fuerte y melodiosamente, con largas cadenas repetitivas de sílabas (por ejemplo: “agagaga”, “dadadada”), aún sin un significado.</p> <p>Responde cuando se le llama por su nombre.</p> <p>Entiende “no” y “chau”.</p> <p>Reacciona mirando alrededor cuando se le pregunta: “¿Dónde está mamá/papá?”.</p> <p>Imita vocales y sonidos.</p>	<p>Encuentra objetos que ve esconder.</p> <p>Muy atentos visualmente a personas, objetos y eventos en el entorno.</p> <p>Se estira de inmediato para agarrar con una mano un juguete pequeño que se le ofrece.</p> <p>Manipula los objetos con mucho interés, pasándolos de una mano a otra y dando la vuelta.</p> <p>Mira en la dirección correcta a los objetos o juguetes que se caen.</p> <p>Muestra comprensión de cosas que están causalmente conectadas (por ejemplo, participa en juegos de causa y efecto, jala una cuerda para obtener el juguete).</p> <p>Aún se lleva algunas cosas a la boca.</p> <p>Agarra una campana por el mango y la sacude, imitando.</p> <p>Sacude una sonaja, la explora y puede lanzarla o golpearla contra el suelo.</p>	<p>Mira a los ojos cuando le hablan, sonríe y se ríe con las personas, voltea cuando le llaman por su nombre.</p> <p>Hace adiós con la mano.</p> <p>Imita gestos faciales: ‘ojitos’, ‘chinitos’, ‘besitos’, siempre mirando a los ojos.</p> <p>Juega a taparse con la manta (“¿Dónde está el bebé?”).</p> <p>Fijando la mirada en una persona, gruñe, grita, “chilla”, mueve las manos cuando quiere algo (gesto protoimperativo).</p> <p>Toca su imagen en el espejo, se sonríe y ríe.</p> <p>Estira los brazos para que lo carguen.</p> <p>Presenta, incomodidad, ansiedad o angustia ante los extraños (llora cuando se acerca un extraño o familiar al que no ha visto por algunos días).</p> <p>Echa su cuerpo hacia atrás de forma rígida en señal de enfado o resistencia, protestando vocalmente al mismo tiempo.</p> <p>Distingue claramente a extraños de familiares y requiere la seguridad del cuidador antes de aceptar su presencia, se sujeta al cuidador y esconde su rostro.</p> <p>Aplauda en imitación.</p> <p>Ofrece comida al cuidador o animales.</p> <p>Agarra un juguete y lo ofrece a un adulto, pero aún no puede dárselo en la mano.</p> <p>Empieza a mostrar comportamientos anticipatorios (por ejemplo: acercarse y hacer contacto visual para “pedir” el regazo) y comportamientos imitativos (por ejemplo, gesto de besar).</p>



Edad	Lenguaje/ Comunicación	Cognitivo/Sensorial	Social/Juego
<p style="text-align: center;">12 meses</p>	<p>Dice “pa-pa” al papá y “ma-ma” a la mamá.</p> <p>Dice al menos una palabra o más.</p> <p>Señala lo que quiere acompañado o no de una palabra (gesto protodeclarativo).</p> <p>Reconoce tonos familiares y trata de seguirlos.</p> <p>Parlotea en volumen elevado, con inflexiones y continuamente como si estuviera conversando (escucha al adulto hablar y reinicia su parloteo cuando el adulto se detiene).</p> <p>Las vocalizaciones contienen vocales en su mayoría y muchas consonantes.</p> <p>Demuestra con su conducta que entiende algunas palabras en su contexto usual (por ejemplo: carro, toma, gato).</p> <p>Entiende instrucciones simples asociadas a gestos (por ejemplo: “Dale a papá”, “ven aquí”).</p> <p>Responde a canciones conocidas mediante vocalizaciones.</p> <p>Imita vocalizaciones de los adultos.</p> <p>Mira hacia donde el adulto mira cuando se le dice: “Mira al...”.</p> <p>Usa gestos simples como mover su cabeza para indicar “sí” o “no” o hacer “chau” con la mano.</p> <p>Sigue indicaciones simples.</p>	<p>Gira la cabeza, mirando a las personas cada vez que lo llaman por su nombre.</p> <p>En el exterior, observa el movimiento de las personas, animales o vehículos por tiempos prolongados.</p> <p>Reconoce a personas familiares acercándose a ellos.</p> <p>Muestra interés en las imágenes.</p> <p>Puede meter y sacar objetos de una caja o contenedor cuando se le muestra.</p> <p>Entiende el uso de objetos cotidianos por el uso que tiene (por ejemplo, el peine es para peinarse).</p> <p>Manipula objetos y los sacude para producir sonido.</p> <p>Escucha con placer los juguetes que producen sonidos y repite la actividad apropiadamente para reproducir el sonido.</p> <p>Localiza sonidos procedentes de cualquier dirección; responde inmediatamente.</p>	<p>Mira a los ojos cuando le hablan, sonríe y se ríe con las personas. Voltea cuando lo llaman por su nombre.</p> <p>Señala objetos con el dedo índice y luego mira de vuelta al adulto a los ojos buscando su reacción con la finalidad de pedir algo o generar un comentario del adulto.</p> <p>Mira y logra encontrar la fuente de los sonidos.</p> <p>Sigue la mirada del cuidador (atención visual conjunta).</p> <p>Señala con su dedo índice a los objetos de su interés.</p> <p>Señala los objetos que quiere que están fuera de su alcance o hace sonidos mientras señala.</p> <p>Fijando la mirada en una persona, estira el brazo y señala lo que quiere (verbaliza, grita y establece contacto visual alternativamente entre el objeto y la persona con la única intención de dirigir la atención de la persona hacia el objeto que quiere: Gesto protodeclarativo).</p> <p>“Muestra” las cosas de otra manera (por ejemplo: colocándolas en el regazo del cuidador o delante de sus ojos).</p> <p>Responde a su nombre cuando se le llama.</p> <p>Demuestra afecto, abraza y le gusta que lo abracen, apoya su cara en otra cara, sonríe y ríe.</p> <p>Hace chau con su mano a solicitud del adulto o espontáneamente.</p> <p>Le gusta estar cerca de los adultos familiares.</p> <p>Disfruta el juego conjunto con los adultos, alternando la atención continuamente entre el objeto y el adulto.</p> <p>Entrega juguetes al adulto a solicitud y a veces espontáneamente.</p> <p>Se torna nervioso o tímido con personas extrañas.</p> <p>Llora cuando mamá o papá se van.</p> <p>Tiene cosas y personas favoritas.</p> <p>Muestra temor en ciertas situaciones.</p> <p>Alcanza un libro cuando quiere escuchar un cuento.</p> <p>Repite sonidos o acciones para conseguir atención.</p> <p>Alza su brazo o pierna para ayudar cuando lo visten.</p> <p>Muestra preferencia por algunos juguetes.</p>

Edad	Lenguaje/ Comunicación	Cognitivo/Sensorial	Social/Juego
<p style="text-align: center;">15 meses</p>	<p>Hace muchos sonidos como si estuviera hablando.</p> <p>Dice unas cuantas palabras reconocibles (entre 2 a 6) espontáneamente en un contexto correcto y demuestra que entiende muchas más.</p> <p>Parece entender nuevas palabras cada semana.</p> <p>Mantiene interés por 2 o más minutos al mirar las imágenes en un libro si estas son nombradas.</p> <p>Entiende y obedece instrucciones simples, por ejemplo: 'No toques', 'ven a comer', 'dame la pelota'.</p> <p>Señala a personas familiares o juguetes cuando se le pide.</p> <p>Comunica sus deseos y necesidades señalando y vocalizando.</p>	<p>Pide el objeto que desea y que está fuera de su alcance señalando con su dedo índice.</p> <p>Mira con interés las cosas que pasan en el exterior desde la ventana.</p> <p>Mira coloridas imágenes en libros y da palmaditas a las páginas.</p> <p>Manipula cubos y puede construir torres de dos cubos luego de una demostración.</p> <p>Puede meter y sacar por sí solo objetos de un contenedor.</p> <p>Coge crayolas con toda la mano usando prensión palmar.</p> <p>Usa ambas manos e imita trazos de garabatos.</p> <p>Explora las propiedades y posibilidades de objetos de la casa o que producen sonidos.</p> <p>Se muestra curioso acerca de las personas, objetos y eventos del entorno.</p> <p>Señala para mostrar interés.</p> <p>Necesita supervisión constante para protegerlo de los peligros debido a una amplia exploración del entorno.</p>	<p>Mira a los ojos cuando le hablan, sonríe y se ríe con las personas. Voltea cuando lo llaman por su nombre.</p> <p>Señala objetos con el dedo índice y luego mira de vuelta al adulto a los ojos buscando su reacción con la finalidad de pedir algo o generar un comentario del adulto.</p> <p>Responde cuando lo llaman por su nombre (verbal o visualmente).</p> <p>Tiene juego funcional: empuja un carro de juguete o hace como si tomara de un vaso vacío.</p> <p>Lanza los objetos al piso repetidamente para jugar o rechazar y observa dónde caen las cosas.</p> <p>Busca juguetes escondidos.</p> <p>Disfruta de juegos de 'dame-toma', inclusive llegando a iniciar la "broma" al ofrecer y luego retirar el objeto.</p> <p>Es lábil emocionalmente y bastante dependiente de la presencia segura del adulto.</p> <p>Mira al cuidador para monitorear sus reacciones, especialmente en situaciones no familiares.</p> <p>Intercambia sonrisas, sonidos y gestos con sus padres de forma continua</p> <p>Usa gestos o señala para llamar la atención de aquello que le interesa.</p> <p>Usa y comprende al menos 3 palabras como "mamá", "papá" o "teta".</p>



Edad	Lenguaje/ Comunicación	Cognitivo/Sensorial	Social/Juego
<p style="text-align: center;">18 meses</p>	<p>“Conversan” consigo mismos mientras juegan, con entonación de conversación e inflexiones emocionales.</p> <p>Escucha y responde a las cosas que le dicen directamente.</p> <p>Usa entre 6 a 12 palabras reconocibles y entiende muchas más.</p> <p>Puede repetir palabras prominentes o la última palabra en una frase que le dice el cuidador (transitoriamente).</p> <p>Pide un objeto deseado señalando y, al mismo tiempo, vocalizando o diciendo una palabra y cerciorándose que el adulto ha entendido el pedido.</p> <p>Disfruta canciones infantiles y trata de cantarlas.</p> <p>Intenta cantar.</p>	<p>Entre 3 o más objetos, selecciona y trae objetos que le piden, que están en la habitación y que los puede ver.</p> <p>Señala partes de su cuerpo, reconoce a su mamá, papá, hermanos.</p> <p>Alcanza objetos que están bajo su campo visual en la habitación a solicitud del adulto cuando señala en dirección al objeto (inclusive cuando el objeto está junto a otros).</p> <p>Reconoce personas familiares a distancia y señala hacia objetos distantes que le resultan interesantes en el exterior de casa.</p> <p>Disfruta los libros de imágenes, usualmente reconociendo y señalando con el dedo índice determinadas figuras coloridas; puede pasar las páginas del libro una por una.</p> <p>Arma torres de 3 cubos luego de una demostración y a veces espontáneamente.</p> <p>Disfruta colocar pequeños objetos dentro y fuera de algún contenedor y aprender el tamaño relativo de los objetos.</p> <p>Explora enérgicamente el entorno mientras aumenta su comprensión.</p> <p>No tiene sentido del peligro.</p> <p>Ya no se lleva los objetos a la boca.</p> <p>Recuerda a dónde pertenecen los objetos.</p> <p>Aún puede arrojar objetos al suelo como juego o por enfado.</p> <p>Se interesa mucho por objetos de la casa e imita actividades cotidianas simples como alimentar muñecos, leer libros, barrer el piso, lavar ropa.</p>	<p>Mira a los ojos cuando le hablan, sonríe y se ríe con las personas. Voltea cuando lo llaman por su nombre.</p> <p>Señala objetos con el dedo índice y luego mira de vuelta al adulto a los ojos buscando su reacción con la finalidad de pedir algo o generar un comentario del adulto.</p> <p>Trae objetos para mostrarlos. Señala partes de su cuerpo.</p> <p>Señala lo que quiere, fija la mirada, sonríe y se ríe.</p> <p>Sigue instrucciones simples, por ejemplo: “trae tus zapatos”, “cierra la puerta”.</p> <p>Señala partes del cuerpo de sí mismo, del cuidador o de algún muñeco (pelo, zapatos, nariz, pie).</p> <p>Trata a las muñecas y peluches como bebés (los “alimenta” o abraza).</p> <p>Juega solo tranquilamente, pero le gusta estar cerca de adultos familiares o hermanos mayores.</p> <p>Emocionalmente, es aún muy dependiente del cuidador, alterna entre aferrarse y resistirse.</p> <p>Intercambia juguetes a veces de forma cooperativa y otras veces en conflicto con sus pares.</p> <p>Usa muñecos como agentes, por ejemplo, alimenta un oso de peluche.</p> <p>Juega de forma conjunta e interactiva con adultos: toma turnos con un adulto sensible (por ejemplo, juega con la pelota).</p> <p>Imita las acciones de los adultos.</p> <p>Muestra espontáneamente objetos de interés a su cuidador.</p> <p>Le gusta alcanzar objetos a los demás como forma de jugar.</p> <p>Puede tener rabietas.</p> <p>Muestra afecto a personas familiares.</p> <p>Se aferra al cuidador ante situaciones nuevas.</p> <p>Atención conjunta: expresa agrado o placer en compartir un objeto o evento con otra persona mirando alternadamente al objeto o evento en cuestión y a la persona.</p> <p>Explora solo, pero cerca de sus padres.</p> <p>Mira a la mamá o papá cuando se emociona con un juguete.</p> <p>Busca ayuda cuando juega con sus padres, mirando y entregando aquello con lo que juega (por ejemplo, mira y entrega un frasco de burbujas cuando quiere que le soplen más burbujas).</p>

Edad	Lenguaje/ Comunicación	Cognitivo/Sensorial	Social/Juego
24 meses	<p>Usa 50 o más palabras reconocibles y entiende muchas más.</p> <p>Usa dos o más palabras para formar frases simples.</p> <p>Escucha las comunicaciones dirigidas a él/ella y las atiende con más interés, como en una conversación.</p> <p>Se refiere a sí mismo por su nombre y se habla a sí mismo en largos monólogos mientras juega, pero puede ser incomprensible para los demás.</p> <p>Pregunta constantemente los nombres de objetos o personas.</p> <p>Participa de canciones infantiles.</p> <p>Dice frases de dos a cuatro palabras.</p>	<p>Es capaz de traer objetos que no están bajo su campo visual o que están fuera de la habitación de forma espontánea o cuando se lo piden.</p> <p>Puede obedecer órdenes sencillas, por ejemplo: “trae la pelota”.</p> <p>Arma torres de 6 o 7 cubos.</p> <p>Le gustan libros de imágenes y en ellos reconoce detalles en las figuras favoritas.</p> <p>Voltea las páginas, una por una.</p> <p>Puede nombrar y asociar imágenes con juguetes o con otras imágenes.</p> <p>Señala su pelo, mano, pie, nariz, ojos, boca, etc. en imágenes.</p> <p>Nombra objetos familiares.</p> <p>Sigue indicaciones sencillas de dos partes, por ejemplo: “Trae tu osito y ponlo en la mochila”.</p> <p>Es intensamente curioso en relación al entorno.</p> <p>Puede abrir algunas puertas y correr hacia el exterior.</p> <p>Poca comprensión de los peligros comunes.</p>	<p>Mira a los ojos cuando le hablan, sonríe y se ríe con las personas. Voltea cuando lo llaman por su nombre.</p> <p>Señala objetos con el dedo índice y luego mira de vuelta al adulto a los ojos buscando su reacción con la finalidad de pedir algo o generar un comentario del adulto.</p> <p>Disminuye la ansiedad ante los extraños.</p> <p>Muestra interés por otros niños, quiere jugar con ellos.</p> <p>Imita tareas domésticas.</p> <p>Tiene imaginación y desarrolla el juego simbólico.</p> <p>De manera espontánea toma roles simples o “hace como si...” (prepara comida, alimenta una muñeca, etc.).</p> <p>Empieza a tener secuencias cortas de juego y a definir por el uso a los juguetes pequeños.</p> <p>Sustituye un ítem por otro (por ejemplo, pretende que un bloque es un carro).</p> <p>Se emociona cuando ve otros niños.</p> <p>Señala objetos o figuras cuando estas son nombradas.</p> <p>Demanda constantemente la atención del cuidador.</p> <p>Se aferra fuertemente en señal de afecto, fatiga o miedo, aunque a veces puede resistirse y rebelarse cuanto está frustrado.</p> <p>Tiene rabietas cuando se frustra o trata de que lo entiendan, pero su atención puede distraerse fácilmente.</p> <p>Defiende sus posesiones con determinación.</p> <p>Puede tomar turnos, pero todavía no sabe compartir los juguetes ni la atención de los adultos.</p> <p>Juega en paralelo, cerca de otros niños, pero no con ellos.</p> <p>Se resiente cuando se muestra atención a otros niños, particularmente de sus propios familiares.</p> <p>Poco dispuesto a diferir o retrasar la satisfacción o deseos inmediatos.</p> <p>Realiza rutinas familiares.</p> <p>Imita a los demás, especialmente a los adultos y niños mayores.</p> <p>Se emociona cuando está con otros niños.</p> <p>Muestra cada vez más independencia.</p> <p>Muestra conducta oposicionista (por ejemplo, hacer lo contrario cuando se le dice que no).</p> <p>Juega junto a otros niños y empieza a incluirlos en su juego.</p> <p>Usa los objetos de forma simbólica, por ejemplo: usa una caja como si fuera un teléfono.</p> <p>Usa los juguetes enteros en lugar de enfocarse más en una parte.</p> <p>Se emociona con la compañía los cuidadores u otros adultos significativos e imita la conducta de los otros.</p>



Edad	Lenguaje/ Comunicación	Cognitivo/Sensorial	Social/Juego
<p>30 meses</p>	<p>Usa 200 o más palabras reconocibles, pero aún tiene dificultades en la articulación y estructura de las oraciones.</p> <p>Su lenguaje es comprensible para los cuidadores habituales.</p> <p>Sabe su nombre completo.</p> <p>Habla en volumen elevado y comprensible hacia sí mismo cuando juega y en relación a eventos del entorno.</p> <p>Puede seguir imitando frases (ecolalia).</p> <p>Puede seleccionar figuras de acciones (por ejemplo: “¿En cuál está comiendo?”).</p> <p>Reconoce los nombres de categorías familiares.</p> <p>Hace comentarios frecuentes sobre objetos y eventos de su interés dirigidos hacia los cuidadores.</p> <p>Pregunta continuamente “¿Qué?, ¿Quién?”</p> <p>Puede usar el pronombre ‘yo’, ‘tú’ correctamente.</p> <p>Puede tartamudear en situaciones de tensión o impaciencia.</p> <p>Canta algunas canciones de cuna.</p> <p>Disfruta de historias sencillas leídas de libros con imágenes.</p>	<p>Reconoce detalles en imágenes de libros.</p> <p>Se reconoce a sí mismo en fotografías cuando se le muestran.</p> <p>Construye torres de 7 o más cubos utilizando la mano preferida.</p> <p>Inserta figuras de cuadrados, círculos, triángulos en rompecabezas, reconociendo la forma.</p>	<p>Mira a los ojos cuando le hablan, sonríe y se ríe con las personas. Voltea cuando lo llaman por su nombre.</p> <p>Señala objetos con el dedo índice y luego mira de vuelta al adulto a los ojos buscando su reacción con la finalidad de pedir algo o generar un comentario del adulto.</p> <p>Juega simbólicamente con juguetes pequeños, sumando comentarios apropiados a lo que realiza.</p> <p>Excesivamente activo, incansable y resistente a las restricciones.</p> <p>Tiene poca comprensión sobre los peligros comunes o sobre diferir los deseos inmediatos.</p> <p>Tiene rabietas cuando se frustra, pero se distrae menos.</p> <p>Aún es bastante dependiente emocionalmente del adulto y requiere seguridad ante situaciones no conocidas.</p> <p>Juego simbólico más sostenido en el tiempo, por ejemplo: pone a las muñecas a dormir o maneja carros, pero siempre en referencia a un adulto familiar.</p> <p>Realiza actividades comunes utilizando materiales sustitutos, por ejemplo: hace una cena colocando bolitas de plastilina en platos para representar comida.</p> <p>Observa a los otros niños cuando juegan con interés y se une a ellos ocasionalmente por unos minutos, pero aún no tiene la noción de compartir los objetos de juego o la atención de los adultos.</p>

Edad	Lenguaje/ Comunicación	Cognitivo/Sensorial	Social/Juego
<p style="text-align: center;">36 meses</p>	<p>Su habla está más modulada en el volumen y tono.</p> <p>Amplio vocabulario y comprensible a personas no conocidas, pero aún contiene sustituciones, sonidos inmaduros o formas gramaticales no convencionales.</p> <p>Da su nombre completo, sexo y a veces su edad.</p> <p>Usa pronombres personales y plurales correctamente y también la mayoría de preposiciones.</p> <p>Aún se habla a sí mismo en largos monólogos, generalmente relacionados con el presente inmediato y mientras juega.</p> <p>Desarrolla conversaciones simples y puede describir brevemente las actividades del presente y experiencias pasadas.</p> <p>Hace muchas preguntas que empiezan con “¿Qué?”, “¿Dónde?”, “¿Quién?”.</p> <p>Escucha historias con atención y demanda sus favoritas una y otra vez.</p> <p>Sabe varias canciones infantiles y las repite varias veces, cantándolas.</p> <p>Muestra afecto por sus amigos de forma espontánea</p> <p>Conversa usando de dos a tres oraciones.</p> <p>Imita a los adultos y amigos.</p> <p>Hace juegos de imaginación, por ejemplo, da vida a muñecos o animales de peluche.</p>	<p>Construye torres de 9 o 10 cubos; a los 3½ años puede hacer puentes de 3 cubos usando sus dos manos.</p> <p>Dibuja personas con cabeza y añade una o dos partes más.</p> <p>Sabe los nombres de algunos colores.</p> <p>Puede identificar objetos por su función (por ejemplo. “¿Con qué comemos?”).</p> <p>Cuenta de memoria hasta diez o más, pero aún no reconoce las cantidades más allá de 2 o 3.</p> <p>Entiende conceptos descriptivos como ‘grande’, ‘mojado’, ‘caliente’, ‘es igual’, etc.</p>	<p>Mira a los ojos cuando le hablan, sonríe y se ríe con las personas. Voltea cuando lo llaman por su nombre.</p> <p>Señala objetos con el dedo índice y luego mira de vuelta al adulto a los ojos buscando su reacción con la finalidad de pedir algo o generar un comentario del adulto.</p> <p>Su conducta es más dócil en general y puede ser afectuoso y confiado.</p> <p>Juego de fantasía vívidamente realizado que incluye personas y objetos inventados.</p> <p>Disfruta jugar en el suelo con bloques, cajas, vehículos de juguete, muñecos, etc., solo o en compañía de sus hermanos.</p> <p>Participa de juegos de fantasía con otros niños.</p> <p>Sabe compartir los objetos de juego.</p> <p>Muestra afecto por hermanos menores.</p> <p>Empieza a conocer algunas diferencias entre el presente y pasado y la necesidad de diferir la satisfacción de sus deseos hacia el futuro.</p> <p>Le agrada jugar con otros niños y comparte con ellos la actividad.</p> <p>Combina los pensamientos y acciones en el habla y en el juego de manera que tiene sentido, por ejemplo: “tengo hambre, dame galleta”.</p> <p>Responde a preguntas con “qué”, “dónde” y “quién”.</p> <p>Habla sobre lo que le interesa y siente acerca del pasado y futuro.</p> <p>Completa rompecabezas de 3 o 4 piezas.</p>



Edad	Lenguaje/ Comunicación	Cognitivo/Sensorial	Social/Juego
<p style="text-align: center;">48 meses</p>	<p>Sabe algunas reglas básicas de gramática, como el uso correcto de “él” y “ella”.</p> <p>Su habla es comprensible por completo, con mínimas dificultades en la pronunciación.</p> <p>Canta una canción o recita un poema de memoria.</p> <p>Relata cuentos.</p> <p>Puede decir su nombre y apellido.</p> <p>Da detalles sobre eventos recientes y experiencias.</p> <p>Dice su nombre completo, edad y usualmente dirección.</p> <p>Pregunta constantemente “¿por qué?”, “¿cómo?”, “¿cuándo?” y el significado de las palabras.</p> <p>Escucha y cuenta historias un poco más largas, a veces puede confundir la realidad con la fantasía.</p> <p>Cuenta de memoria hasta veinte o más.</p> <p>Le agradan las bromas e incongruencias verbales.</p> <p>Sabe varias canciones infantiles y puede repetirlas o cantarlas correctamente.</p>	<p>Sabe los colores y números.</p> <p>Le dice lo que le parece que va a suceder a continuación en un libro.</p> <p>Entiende algunos conceptos abstractos como “antes” y “después” o “igual” y “diferente”.</p> <p>Dibuja una persona con 2 o 4 partes del cuerpo.</p> <p>Usa tijeras.</p> <p>Empieza a copiar algunas letras mayúsculas.</p> <p>Juega juegos infantiles de mesa o de cartas.</p>	<p>Juega imaginativamente y se muestra cada vez más creativo en sus juegos.</p> <p>Le gusta hacer cosas nuevas.</p> <p>Participa en juegos simples tomando turnos.</p> <p>Juega al “papá y a la mamá” o haciendo dramatizaciones.</p> <p>Le gusta más jugar con otros niños que solo y prefiere jugar en cooperación con otros niños.</p> <p>Describe lo que le gusta y lo que le interesa.</p> <p>Se muestra más independiente y fuertemente determinado.</p> <p>Puede ser un poco impertinente con los adultos y discutir con sus compañeros de juego cuando quiere algo que ellos no quieren.</p> <p>Muestra sentido del humor al hablar y en actividades sociales.</p> <p>Sus juegos en el suelo son más complejos y detallados, pero sus hábitos son poco cuidadosos.</p> <p>Le gusta construir con diferentes materiales en el exterior.</p> <p>Requiere de la compañía de otros niños con quienes puede mostrarse alternadamente cooperador o agresivo, al igual que con los adultos, pero entiende que es mejor discutir verbalmente que con golpes.</p> <p>Entiende que debe tomar turnos y compartir.</p> <p>Muestra preocupación por hermanos menores y simpatía por compañeros en distrés.</p>

Edad	Lenguaje/ Comunicación	Cognitivo/Sensorial	Social/Juego
60 meses	<p>Habla con mucha claridad y fluidez.</p> <p>Puede contar una historia sencilla usando oraciones completas.</p> <p>Le gusta que le lean o cuenten historias y las narra en detalle posteriormente.</p> <p>Define a los sustantivos por su uso.</p> <p>Pregunta constantemente el significado de palabras abstractas y las usa con algunos errores.</p> <p>Le gusta recitar o cantar rimas o canciones.</p> <p>Le gustan las bromas y acertijos.</p>	<p>Cuenta 10 o más objetos.</p> <p>Puede dibujar una persona con al menos 6 partes del cuerpo.</p> <p>Puede escribir algunas letras o números.</p> <p>Copia triángulos y figuras geométricas.</p> <p>Conoce las cosas de uso diario como el dinero y la comida.</p> <p>Puede usar el tiempo futuro; por ejemplo, “la abuelita va a venir”.</p> <p>Entiende conceptos relacionados al tiempo y a las secuencias y usa términos como “primero”, “luego” o “al último”.</p> <p>Reconoce a qué sexo pertenecen las personas.</p>	<p>Quiere complacer a los amigos y a veces parecerse a ellos.</p> <p>Sigue más las reglas.</p> <p>Le gusta cantar, bailar y actuar.</p> <p>Puede distinguir la fantasía de la realidad.</p> <p>Muestra más independencia (por ejemplo, puede ir solo a visitar a los vecinos, pero necesita todavía la supervisión de un adulto).</p> <p>A veces es muy exigente y otras veces muy cooperador.</p> <p>Empieza a autorregularse.</p> <p>Se muestra más sensible, controlado e independiente en una mayor variedad de situaciones.</p> <p>Sigue rutinas de orden, pero necesita recordatorios constantes.</p> <p>Continúa jugando con dramatizaciones solo o con compañeros.</p> <p>Juega imaginativamente creando escenas y usando miniaturas.</p> <p>Sustituye objetos no relacionados en el juego, por ejemplo: hace como si un bloque fuera una manzana.</p> <p>Elige a sus amigos.</p> <p>Juega cooperativamente con ellos la mayor parte del tiempo y entiende la necesidad de reglas y de jugar sin hacer trampa.</p> <p>Muestra claramente su sentido del humor.</p> <p>Muestra ternura y protección hacia niños más pequeños y animales.</p> <p>Consuela a sus compañeros en distrés.</p>

Adaptado de:

- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. <https://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/actearly/milestones/milestones-18mo.html>
- <https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/act.html> (51)
- Sheridan, M. From Birth to Five. Children’s developmental progress. Third Edition. Routledge (52).
- Huanca, D. Desarrollo social en niños. Revista Peruana de Pediatría, Vol 61(2) 2008 (39).
- Huanca, D. Desarrollo del lenguaje. Revista Peruana de Pediatría, Vol 61(2) 2008 (53).
- Huanca, D. Desarrollo cognitivo. En prensa (54).
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA), 2014 (55)



Anexo 3: Indicadores de desarrollo anormal del lenguaje, cognitivo y social de acuerdo a la edad.

Edad	Lenguaje/Comunicación	Cognitivo/Sensorial	Social/Juego
6 meses	<p>Persiste gorjeo, sin monosílabos o bisílabos.</p> <p>No emite sonidos de vocales (“a”, “e”, “o”).</p> <p>Persiste en silencio durante tiempo prolongado.</p> <p>Llora de forma similar en diferentes ocasiones; puede tener episodios frecuentes de llanto, sin conexión aparente con un evento.</p>	<p>No reacciona ante sonidos alrededor</p> <p>Tiene dificultad para llevarse cosas a la boca.</p> <p>No explora o explora muy poco el entorno y los objetos.</p>	<p>No mira a los ojos cuando le hablan.</p> <p>No sonríe ni se ríe con las personas.</p> <p>No responde al abrazo.</p> <p>Se deja caer en brazos del adulto como si fuera un muñeco de trapo.</p> <p>No demuestra afecto por quienes le cuidan.</p> <p>No hace sonidos de placer.</p> <p>Atiende más a los objetos que a las personas.</p>
9 meses	<p>Ausencia de lenguaje, no repite sonidos que oye (tiende al silencio).</p> <p>No balbucea (“mama”, “tata”, “papa”)</p> <p>No responde cuando lo llaman por su nombre.</p> <p>Grita o llora indiferenciadamente lo que dificulta que el cuidador entienda sus necesidades.</p>	<p>No mira hacia donde el adulto señala.</p> <p>No pasa juguetes de una mano a la otra.</p>	<p>No mira a los ojos cuando le hablan.</p> <p>No sonríe ni se ríe con las personas.</p> <p>No voltea cuando lo llaman por su nombre.</p> <p>No diferencia a los familiares de los extraños, les da igual.</p> <p>No imita, no hacen “adiós”.</p> <p>No juega a nada que sea por turnos, por ejemplo: “toma, dame”, “me toca a mí, te toca a ti”.</p> <p>No expresa facialmente sus emociones o estas son limitadas.</p> <p>Parece ignorar los intentos de contacto o reaccionar solo después de insistir o tocarlo.</p> <p>No puede repetir gestos manuales o corporales en respuesta a una solicitud o puede repetirlos fuera de contexto o al azar.</p> <p>Requiere de mucha insistencia para participar en el juego con el adulto.</p>

Edad	Lenguaje/ Comunicación	Cognitivo/Sensorial	Social/Juego
12 meses	<p>Parece poco interesado en los juguetes o en jugar con ellos, pero le gusta jugar con objetos de la casa.</p> <p>Puede decir el abecedario, números, palabras, canciones de la TV, pero no pregunta o pide las cosas que desea.</p> <p>Usa palabras o frases inapropiadas a la situación.</p> <p>Ríe sin una razón en particular.</p> <p>No dice palabras sencillas como “mamá” o “papá”.</p> <p>No aprende a usar gestos como saludar con la mano o mover la cabeza.</p> <p>No señala cosas.</p> <p>Pierde habilidades que había adquirido.</p>	<p>Parece no notar determinados sonidos (por ejemplo: parece escuchar el claxon de un carro, pero no cuando se le llama por su nombre).</p> <p>Actúa como si estuviera en su propio mundo (con pobre interés en el entorno).</p> <p>Parece no sentir dolor.</p> <p>Muestra apego inusual a objetos duros (por ejemplo: prefiere linternas o lapiceros que peluches o mantas).</p> <p>Interés o concentración excesiva frente a la luz, un móvil o determinados estímulos visuales.</p> <p>Tiene movimientos repetitivos: mecerse, cabecear, manipular objetos en forma repetitiva.</p> <p>No busca las cosas que ve esconder.</p> <p>Tiene dificultad para comprender situaciones nuevas.</p> <p>Explora poco los objetos; prefiere enfocarse en una de sus partes sin explorar sus funciones (por ejemplo: pasa más tiempo girando la rueda de un carro que empujándolo).</p>	<p>No mira a los ojos cuando le hablan.</p> <p>No sonríe ni se ríe con las personas.</p> <p>No voltea cuando lo llaman por su nombre.</p> <p>No señala con su dedo índice cuando quiere algo, sólo jala de la mano.</p> <p>Poco o nulo interés en las personas y en los juegos de interacción social (‘ojitos’, ‘chinitos’, ‘besitos’, taparse con el pañal, jugar a las escondidas, etc.).</p> <p>Prefiere juegos de estimulación sensorial como montar caballito, cosquillas, ser lanzado al aire, etc.; sonríen o se ríen en estas actividades, pero no miran a los ojos.</p> <p>Puede ser excitarse con facilidad, tender al llanto, dormir mal y relajarse al ser mecidos.</p> <p>No sonríe en respuesta a la sonrisa del cuidador.</p> <p>Parece no notar si el cuidador está en la habitación.</p> <p>Prefiere jugar solo, parece estar ‘desconectado’ de los demás.</p> <p>Parece no tener miedo.</p> <p>No comparte la atención sobre un objeto o evento con el cuidador u otra persona.</p> <p>Tiende a exhibir menos variaciones en la expresión facial al comunicar sus emociones.</p>



Edad	Lenguaje/ Comunicación	Cognitivo/Sensorial	Social/Juego
<p>18 meses</p>	<p>No señala cosas para mostrárselas a otras personas.</p> <p>No aprende nuevas palabras.</p> <p>No sabe por lo menos 6 palabras.</p> <p>Solo muestra o le da algo a alguien si requiere que se satisfaga una necesidad inmediata (por ejemplo: abrir una caja para coger un juguete para el que tiene interés inmediato), pero no para mostrar su interés en él.</p> <p>Pierde habilidades que había adquirido.</p>	<p>Suele tolerar el dolor (por ejemplo, no llorar al ser vacunado), pero frente a estímulos irrelevantes como arrugar un papel o el timbre de la casa puede gritar o llorar desesperadamente y ser difícil de consolar.</p> <p>No sabe para qué sirven las cosas familiares.</p> <p>No copia lo que hacen las demás personas.</p>	<p>No mira a los ojos cuando le hablan.</p> <p>No sonríe ni se ríe con las personas.</p> <p>No voltea cuando lo llaman por su nombre.</p> <p>No señala con su dedo índice cuando quiere algo, sólo jala de la mano.</p> <p>Muestra indiferencia a los intentos de interacción que hacen los familiares o al ofrecimiento de algún objeto por parte de ellos.</p> <p>Tiende a exhibir menos variaciones en la expresión facial al comunicar sus emociones y usa pocos gestos.</p> <p>Es difícil hacerlos sonreír o reír porque no fija la mirada o tiene poco interés en las personas, excepto cuando se le hace cosquillas.</p> <p>No desarrolla atención conjunta (señalar hacia algún objeto buscando llamar la atención del adulto): no alterna su mirada entre la persona que apunta y el objeto al que se apunta.</p> <p>No sigue con la mirada aquello que el cuidador mira o le señala, únicamente mira el dedo que apunta.</p> <p>No se da cuenta ni parece importarle si el cuidador se va a o regresa.</p> <p>No desarrolla juego funcional o simbólico. No juega a “hacer como si...” (llamara por teléfono, bebiera de un vaso, alimentara a un muñeco, etc.).</p>
<p>24 meses</p>	<p>No usa frases de 2 palabras (por ejemplo, “toma leche”).</p> <p>Tiene muchas repeticiones de palabras que escucha (ecolalias), pero no están relacionadas con la comunicación hacia el cuidador/adulto o interacción con él.</p> <p>Cuando quiere algo, lleva a las personas de la mano hacia el objeto y llora o grita sin mirar a la persona.</p> <p>Muestra poco interés en las narraciones cotidianas.</p> <p>Pierde habilidades que había adquirido.</p>	<p>No sabe cómo utilizar objetos de uso común, como un cepillo, un teléfono, un tenedor o una cuchara.</p> <p>No imita acciones ni palabras.</p> <p>No puede seguir instrucciones sencillas.</p>	<p>No mira a los ojos cuando le hablan.</p> <p>No sonríe ni se ríe con las personas.</p> <p>No voltea cuando lo llaman por su nombre.</p> <p>No señala con su dedo índice cuando quiere algo, sólo jala de la mano.</p> <p>Juega solo, no se acerca a las personas, no le interesa los niños.</p> <p>No desarrolla el juego simbólico, su juego es repetitivo y pobre.</p> <p>Usa muy pocos o no usa gestos; las respuestas gestuales como asentir o negar con la cabeza también pueden estar ausentes.</p> <p>Responde con gestos y expresiones verbales hacia los adultos luego de mucha insistencia; las iniciativas de interacción con el adulto son escasas.</p>

Edad	Lenguaje/ Comunicación	Cognitivo/Sensorial	Social/Juego
36 meses	<p>No se le entiende cuando habla.</p> <p>No usa oraciones para hablar.</p> <p>Tiene muchas repeticiones de palabras o frases que escucha (ecolalias), pero no están relacionadas con la comunicación hacia el cuidador/adulto o interacción con él.</p> <p>No dialoga con el cuidador/adulto.</p> <p>Pierde habilidades que había adquirido.</p>	<p>No puede usar juguetes sencillos (tableros de piezas para encajar, rompecabezas sencillos, girar una manija).</p> <p>No entiende instrucciones sencillas.</p>	<p>No mira a los ojos cuando le hablan.</p> <p>No sonríe ni se ríe con las personas.</p> <p>No voltea cuando lo llaman por su nombre.</p> <p>No señala con su dedo índice cuando quiere algo, sólo jala de la mano.</p> <p>No imita ni usa la imaginación en sus juegos.</p> <p>No juega con otros niños ni con juguetes; puede alejarse, ignorar o simplemente observar brevemente a otros niños a distancia. Si acepta la interacción con pares, puede no entenderlas y no integrarse adecuadamente.</p> <p>No desarrolla el juego simbólico, su juego es repetitivo y pobre.</p>

Adaptado de:

- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
- <https://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/actearly/milestones/milestones-18mo.html> (51)
- Sheridan, M. From Birth to Five. Children's developmental progress. Third Edition. Routledge.(52)
- Huanca, D. Desarrollo social en niños. Revista Peruana de Pediatría, Vol 61(2) 2008 (39)
- Huanca, D. Desarrollo del lenguaje. Revista Peruana de Pediatría, Vol 61(2) 2008 (53)
- Huanca, D. Desarrollo cognitivo. En prensa (54)
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA), 2014 (55)





Anexo 4: Factores de riesgo en el desarrollo

Peso al nacer < P10 para su edad gestacional o peso al nacer < 1500 gramos o edad gestacional < a 32 semanas.

Puntaje APGAR < 3 al minuto o < 7 a los 5 minutos.

Recién nacido con ventilación mecánica durante más de 24 horas.

Hiperbilirrubinemia que haya requerido exanguinotransfusión.

Convulsiones neonatales.

Infecciones maternas prenatales tempranas como rubéola, toxoplasma, citomegalovirus.

Infecciones maternas prenatales tardías como varicela, malaria, HIV

Infecciones neonatales: sepsis, meningitis o encefalitis neonatal.

Exposición prenatal a toxinas (por ejemplo, alcohol, pesticidas, radiaciones, humo de tabaco, etc.) y drogas (por ejemplo, citotóxicos y antiepilépticos).

Disfunción neurológica persistente (más de siete días).

Daño cerebral evidenciado por ecografía o tomografía

Malformaciones del Sistema Nervioso Central.

Neuro-Metabolopatías.

Cromosomopatías y otros síndromes dismórficos.

Trastornos metabólicos neonatales como hipoglicemia, hiponatremia o hipernatremia, deshidratación.

Hijo o hija de madre con patología mental (por ejemplo: depresión, esquizofrenia, etc.) y/o problemas de consumo de drogas.

Niño o niña con hermano con patología neurológica no aclarada o con riesgo de recurrencia.

Gemelo o gemela, si el hermano(a) presenta riesgo neurológico.

Exposición postnatal a toxinas como el mercurio, plomo, arsénico, compuestos orgánicos clorados, solventes.

Traumatismos, especialmente encefálicos.

Presencia de discapacidad física en el niño o niña.

Presencia de enfermedades crónicas en el niño o niña.

Subestimulación severa o privación afectiva severa (ausencia de cuidador estable).

Maltrato o violencia doméstica.

Desnutrición (específicamente déficit de hierro, ácido fólico y vitamina D)

Niños o niñas que no reciben controles adecuados.

Niños o niñas en abandono o en proceso de adopción.

Criterio del pediatra o profesional de la salud.

Adaptado de:

- Bellman, Byrne, and Sege 2013 (56)
- Ministerio de Salud 2017b (41)
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana 2005 (57)

Anexo 5: Factores de riesgo incrementado de TEA (28).

Tener un hermano con autismo.

Defectos de nacimiento asociados a una malformación del sistema nervioso o disfunción, incluyendo parálisis cerebral.

Edad gestacional menor de 35 semanas.

Antecedente de trastorno psicótico similar a esquizofrenia o trastorno afectivo en los padres.

Uso de valproato de sodio durante el embarazo.

Discapacidad intelectual.

Encefalopatía neonatal o encefalopatía epiléptica, incluyendo espasmos infantiles.

Trastornos cromosómicos como Síndrome de Down.

Trastornos genéticos como el Síndrome de X frágil.

Distrofia muscular.

Neurofibromatosis.

Esclerosis tuberosa.





Anexo 6: Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised (M-CHAT-R, Versión peruana)

Por favor, responda las siguientes preguntas acerca de su niño o niña. Considere la forma en la que su niño o niña se comporta habitualmente. Si Ud. ha visto a su niño o niña realizar la conducta pocas veces, pero no es lo que él o ella habitualmente hace, entonces marque la respuesta “NO”. Por favor, encierre en un círculo SI o NO en cada pregunta. Muchas gracias.

1	Si Ud. señala algo que está del otro lado de la habitación, ¿su hijo(a) mira hacia lo que acaba de señalar? (POR EJEMPLO: si Ud. señala un juguete o animal, ¿su hijo o hija mira al juguete o animal?)	SI	NO
2	¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo(a) es sordo(a)?	SI	NO
3	¿Su hijo(a) realiza juegos de imaginación o imitación? (POR EJEMPLO: ¿hace como si bebiera de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o a un peluche?)	SI	NO
4	¿A su hijo(a) le gusta treparse o subirse a las cosas? (POR EJEMPLO: juegos del parque como toboganes o ‘subibajas’, muebles o escaleras)	SI	NO
5	¿Su hijo(a) hace movimientos extraños con los dedos de las manos cerca de sus ojos? (POR EJEMPLO: ¿mueve o agita los dedos de la mano cerca de sus ojos de manera extraña?)	SI	NO
6	¿Su hijo(a) señala o indica con el dedo cuando quiere pedir algo o buscar ayuda? (POR EJEMPLO: señala algún alimento o juguete que está fuera de su alcance)	SI	NO
7	¿Su hijo(a) señala o indica con el dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (POR EJEMPLO: señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)	SI	NO
8	¿Su hijo(a) muestra interés por otros niños? (POR EJEMPLO: ¿mira a otros niños, les sonríe o se acerca a ellos?)	SI	NO
9	¿Su hijo(a) le muestra cosas acercándolas o levantándolas para que Ud. las vea, no para pedir ayuda, sino solamente para compartirlas con Ud.? (POR EJEMPLO: ¿le muestra una flor, un peluche o un carrito?)	SI	NO
10	¿Su hijo(a) responde cuando Ud. lo llama por su nombre? (POR EJEMPLO: ¿su hijo(a) le mira, habla o balbucea o deja de hacer lo que está haciendo para mirarlo cuando Ud. lo llama por su nombre?)	SI	NO
11	¿Cuándo Ud. le sonríe a su hijo(a), él o ella también le sonríe?	SI	NO
12	¿A su hijo(a) le molestan mucho los ruidos comunes? (POR EJEMPLO: ¿su hijo(a) grita, llora o se desespera cuando escucha una aspiradora, una licuadora, una moto, la radio, música fuerte u otro ruido común?)	SI	NO
13	¿Su hijo(a) camina solo o sola, sin apoyo?	SI	NO
14	¿Su hijo(a) le mira a los ojos cuando Ud. le habla, juega con él o ella o le viste?	SI	NO
15	¿Su hijo(a) imita lo que Ud. hace? (POR EJEMPLO: decir chau con la mano, aplaudir o repetir un ruido gracioso cuando Ud. lo hace).	SI	NO
16	Si Ud. voltea a mirar algo, ¿su hijo(a) también voltea para ver lo que Ud. está mirando?	SI	NO
17	¿Su hijo(a) intenta hacer que Ud. le mire y le preste atención? (POR EJEMPLO: su hijo(a) le llama o le pide que le mire, buscando su aprobación)	SI	NO
18	¿Su hijo(a) le entiende cuando Ud. le pide que haga algo sin hacerle algún gesto? (POR EJEMPLO: su hijo(a) entiende, sin que Ud. señale, cuando le dice “pon el libro encima de la silla” o “trae la mantita”).	SI	NO
19	Si algo le llama la atención a su hijo(a), ¿él o ella le mira a Ud. para ver su reacción? (POR EJEMPLO: si escucha un ruido extraño o gracioso o si ve un juguete nuevo, ¿le mira a Ud.?)	SI	NO
20	¿Le gustan a su hijo(a) los juegos con movimientos? (POR EJEMPLO: le gusta que lo columpien o jugar al “caballito” sobre sus rodillas)	SI	NO

Anexo 7: Pauta de administración y corrección del M-CHAT-R

El instrumento de tamizaje M-CHAT-R consta de 20 ítems cuya respuesta puede ser “Sí” o “No”. Puede ser respondido por el padre, madre u otro cuidador o el profesional de la salud puede leerlo en voz alta al padre, madre u otro cuidador para registrar la respuesta.

La puntuación se obtiene de la suma de los ítems de riesgo.

La respuesta “No” es una respuesta de riesgo en todos los ítems excepto en los ítems 2, 5, y 12.

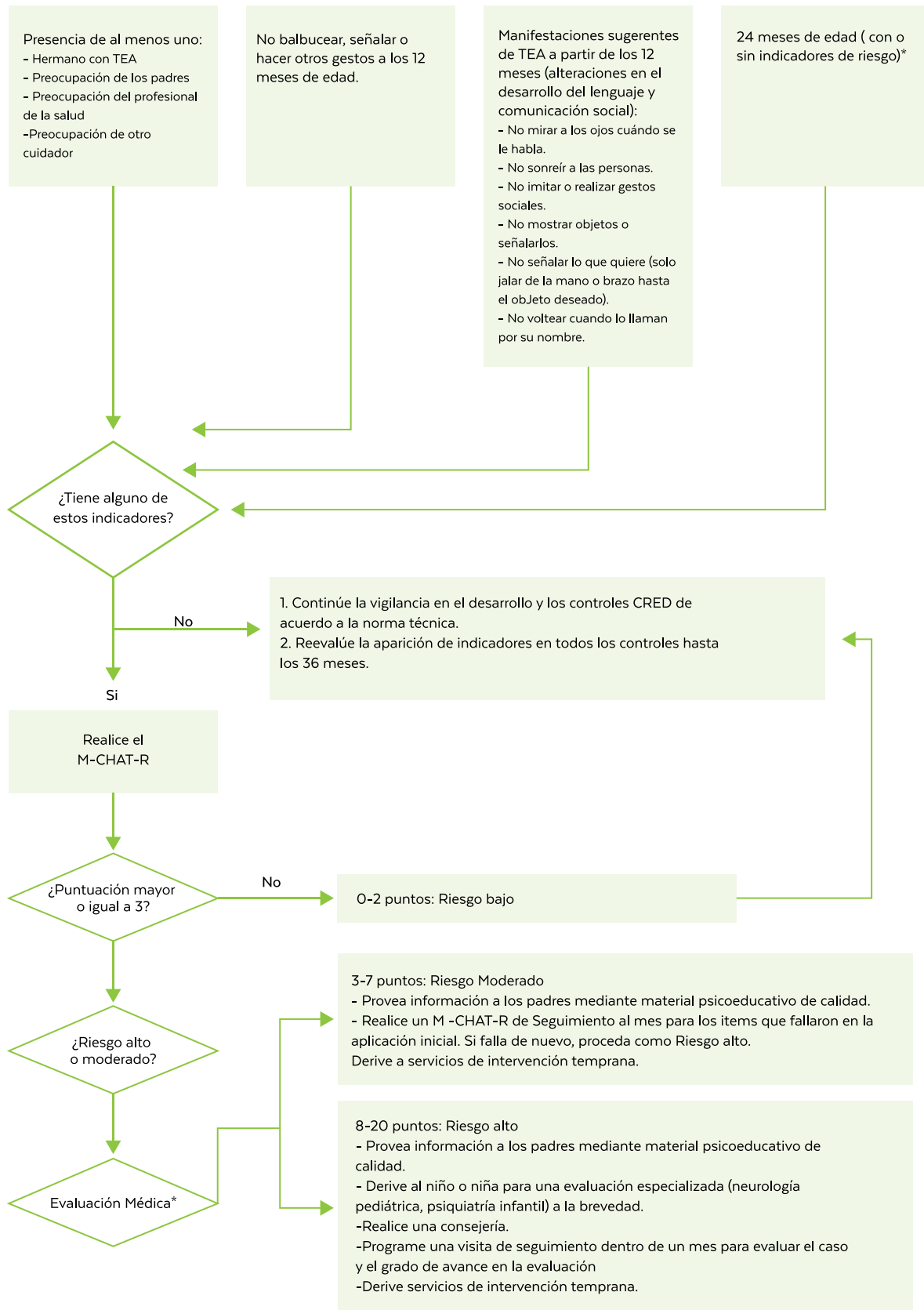
Debe asignarse 0 (cero) puntos a cada ítem cuya respuesta sea “Sí” y 1 (un) punto a cada ítem cuya respuesta sea “No”, excepto en los ítems 2, 5, y 12 cuyo puntaje es invertido.

El riesgo se clasifica de la siguiente manera:

- 0 a 2 puntos: Significa BAJO riesgo
 - 3 a 7 puntos: Significa riesgo MODERADO
 - 8 a 20 puntos: Significa riesgo ALTO
-



Anexo 8: Flujograma de detección temprana y tamizaje.



* El tamizaje universal a los 24 meses de edad es una práctica recomendable, inclusive en ausencia de inquietudes por parte de los padres o cuidadores.

Anexo 9: Manifestaciones que orientan al diagnóstico de TEA en niños, adolescentes y adultos y que son considerados como señales de alarma.

En Niños:

Conductas de interacción social y comunicación recíproca

Lenguaje hablado:

- Retraso en el lenguaje (por ejemplo: no emitir balbuceos; decir menos de 10 palabras a la edad de 2 años).
- Regresión, retroceso o pérdida del uso del lenguaje.
- El lenguaje verbal (de estar presente), puede darse de forma inusual: vocalizaciones no comunicativas, entonaciones o prosodias peculiares o aplanadas, repeticiones frecuentes de palabras o frases (ecolalias), referencias a sí mismo por su propio nombre o en tercera persona después de los 3 años, uso limitado o disminuido del lenguaje con fines comunicativos (por ejemplo, uso de palabras para pedir algo cuando ya puede decir frases).

Respuesta a las demás personas:

- Respuesta ausente o disminuida cuando es llamado o llamada por su nombre, a pesar de tener una capacidad auditiva conservada.
- Sonrisa social disminuida o ausente.
- Falta de respuesta o respuesta disminuida a las expresiones faciales o sentimientos de las demás personas.
- Respuesta inusualmente negativa o indiferente a las solicitudes de las demás personas.
- Rechazo o evitación de mimos o caricias iniciadas por alguno de los padres o cuidadores, aún cuando puedan iniciarlas ellos mismos algunas veces.

Interacción con los demás:

- Ausencia o disminución en la conciencia acerca del espacio personal o inusualmente intolerante al ingreso de las personas dentro de su espacio personal.
- Ausencia o disminución del interés social en las demás personas, incluyendo niños o niñas de su misma edad; puede existir rechazo o indiferencia a otras personas. De interesarse en otras personas, puede haber una aproximación inapropiada, por ejemplo, de forma intrusiva, tosca o disruptiva.
- Ausencia o disminución de la imitación de las acciones de las demás personas.
- Ausencia o disminución de la iniciativa de jugar con otros niños o niñas, tendencia al juego en aislamiento.
- Ausencia o disminución del disfrute de las situaciones en las que la mayoría de los niños disfrutan, por ejemplo, cumpleaños infantiles.
- Ausencia o disminución de la capacidad para compartir el placer o la alegría.

Contacto visual, señalamiento y otros gestos:

- Ausencia o disminución del uso de gestos y expresiones faciales para comunicarse (aunque puede colocar la mano del adulto sobre los objetos o jalarlo de la mano y conducirlo hacia donde está el objeto).
- Disminución y poca integración de los gestos, expresiones faciales, orientación corporal, contacto visual y lenguaje en la comunicación social; puede sonreír poco o no sonreír, puede tener dificultad para abrazar o dar besos en la mejilla al momento de saludar).
- Ausencia o disminución del uso social del contacto visual teniendo una capacidad visual conservada (no mira a los ojos cuando se le habla).
- Ausencia o disminución de la atención conjunta que se evidencia por la falta de cambios en la mirada, seguir con la vista un punto (mirar a la mano en lugar de mirar lo que la otra persona señala) o usar señalamiento o mostrar objetos para compartir el interés (por ejemplo, señalar un helicóptero en movimiento).



Ideas e imaginación

- Ausencia o disminución de la imaginación y de las variedades del juego imaginativo o simbólico (por ejemplo, uso inadecuado de los juguetes).
- Manipulación excesiva o exploración visual excesiva de los juguetes u otros objetos.

Intereses inusuales o restringidos y/o conductas rígidas y/o repetitivas

- Movimientos repetitivos y/o estereotipados como aleteos de las manos, balanceo del cuerpo al estar de pie, caminar en puntas de pie, correr en círculos o dar vueltas, movimientos de los dedos.
- Juego repetitivo o estereotipado, por ejemplo, abrir y cerrar puertas, prender y apagar las luces o girar la rueda de un coche por tiempos prolongados.
- Intereses inusuales con atención magnificada a ellos.
- Insistencia excesiva en seguir la propia agenda.
- Reactividad emocional incrementada ante cambios o situaciones nuevas; insistencia en mantener las situaciones de la forma habitual.
- Reacciones inusualmente intensas o disminuidas a los estímulos sensoriales, por ejemplo, a las texturas, sonidos, olores.
- Reacción excesiva al gusto, olor, textura o apariencia de determinados alimentos, así como una selectividad extrema a determinados alimentos.

Otros factores que pueden apoyar la preocupación por un diagnóstico de autismo

- Perfil inusual de habilidades (por ejemplo, habilidades sociales o de coordinación motora pobremente desarrolladas junto a habilidades de vocabulario, lectura o conocimiento en una determinada área excepcionalmente desarrolladas para su edad cronológica).
- Inmadurez del desarrollo social y emocional en comparación a otras áreas del desarrollo; confianza o candidez excesiva, falta de sentido común, menor independencia que los pares.
- Atipicidad en las funciones regulatorias relacionadas al sueño, alimentación y atención.

Adaptado de NICE Guideline (28) y Zwaigenbaum L, Bryson S, Lord C, et al. Clinical assessment and management of toddlers with suspected autism spectrum disorder: insights from studies of high-risk infants (58).

En adolescentes y adultos (45):

- Dificultades persistentes en la interacción social.
- Dificultades persistentes en la comunicación social.
- Conductas estereotipadas (rígidas o repetitivas)
- Resistencia a los cambios (por ejemplo, en la dieta o en la rutina) o intereses restringidos.
- Dificultades para mantener la educación.
- Dificultades para encontrar y mantener un trabajo.
- Dificultades para iniciar o mantener relaciones sociales.
- Tener antecedente de condiciones del neurodesarrollo (por ejemplo, trastorno de déficit de atención e hiperactividad) y trastornos mentales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. New Zealand, Ministry of Health. New Zealand autism spectrum disorder: guideline. 2016.
 2. Health and Social Care Board. Six Steps of Autism Care (For Children and Young People in Northern Ireland) [Internet]. 2011. Available from: http://www.belfasttrust.hscni.net/pdf/Six_Steps_of_Autism_Care_Pathway_Report.pdf
 3. Sheinkopf S, Siegel B. Home-Based Behavioral Treatment of Young Children with Autism. 1998;28(1):15-23.
 4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA.; 2013.
 5. Geschwind DH, Levitt P. Autism spectrum disorders: developmental disconnection syndromes. *Curr Opin Neurobiol*. 2007 Feb;17(1):103-11.
 6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Text Revision. 4°. Estados Unidos.; 1994.
 7. Zaroff CM, Uhm SY. Prevalence of autism spectrum disorders and influence of country of measurement and ethnicity. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012 Mar;47(3):395-8.
 8. Baron-Cohen S, Scott FJ, Allison C, Williams J, Bolton P, Matthews FE, et al. Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population study. *Br J Psychiatry*. 2009 Jun;194(6):500-9.
 9. Wong VCN, Hui SLH. Epidemiological Study of Autism Spectrum Disorder in China. *J Child Neurol*. 2008 Jan;23(1):67-72.
 10. Christensen DL, Bilder DA, Zahorodny W, Pettygrove S, Durkin M, Fitzgerald R, et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among 4-Year-Old Children in the Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network. *J Dev Behav Pediatr*. 2016;37(1).
 11. Consejo Nacional para la integración de la persona con Discapacidad. Compendio Estadístico 2000 - 2017 Registro Nacional de la Persona con Discapacidad [Internet]. Available from: <https://www.conadisperu.gob.pe/observatorio/estadisticas/compendio-estadistico-del-registro-nacional-de-la-persona-con-discapacidad-2000-2017/>
 12. Consejo Nacional para la integración de la persona con Discapacidad. Inscripciones en el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad (Agosto 2019) [Internet]. 2019. Available from: <https://www.conadisperu.gob.pe/observatorio/estadisticas/inscripciones-en-el-registro-nacional-de-la-persona-con-discapacidad-agosto-2019/>
 13. Consejo Nacional para la integración de la persona con Discapacidad. Plan Nacional para las personas con Trastorno del Espectro Autista 2019-2021 [Internet]. 2019. Available from: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/268239/ANEXOP-Plan-TEA.pdf>
 14. SciELO.org - Red SciELO [Internet]. SciELO.org - Red SciELO. Available from: <https://search.scielo.org/?fb=&lang=es&count=15&from=1&output=site&sort=&format=summary&page=1&q=autismo&where=&filter%5Bin%5D%5B%5D=per>
 15. Rivière Á, Martos J. El niño pequeño con autismo [Internet]. 2000 [cited 2019 Sep 30]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=455395>
-



16. Mandell DS, Novak MM, Zubritsky CD. Factors associated with age of diagnosis among children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*. 2005 Dec;116(6):1480-6.
 17. Albores-Gallo L, Hernández-Guzmán L, Díaz-Pichardo JA, Cortes-Hernández B. Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo: Una discusión. *Salud Ment*. 2008 Feb;31(1):37-44.
 18. Hernández JM, Artigas-Pallarés J, Martos-Pérez J, Palacios-Antón S, Fuentes-Biggi J, Belinchón-Carmona M, et al. Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. *REV NEUROL*. :9.
 19. Se desconoce el número de peruanos con trastorno del espectro autista [Internet]. Defensoria del Pueblo - Perú. [cited 2019 Sep 30]. Available from: <https://www.defensoria.gob.pe/se-desconoce-el-numero-de-peruanos-con-trastorno-del-espectro-autista/>
 20. Intervenimos ante caso de presunta discriminación en Breña [Internet]. Defensoria del Pueblo - Perú. [cited 2019 Sep 30]. Available from: <https://www.defensoria.gob.pe/actividades/intervenimos-ante-caso-de-presunta-discriminacion-en-brena/>
 21. Gray DE. Perceptions of stigma: the parents of autistic children. *Sociol Health Illn*. 1993;15(1):102-20.
 22. Gray DE. 'Everybody just freezes. Everybody is just embarrassed': felt and enacted stigma among parents of children with high functioning autism. *Sociol Health Illn*. 2002;24(6):734-49.
 23. Trastornos del espectro autista : National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) [Internet]. [cited 2019 Sep 30]. Available from: <https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/autismo.htm>
 24. Filipek PA, Accardo PJ, Ashwal S, Baranek GT, Cook EH, Dawson G, et al. Practice parameter: Screening and diagnosis of autism: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Neurology*. 2000 Aug 22;55(4):468-79.
 25. Disabilities C on CW, Pediatrics S on DB, Committee BFS, Committee MHI for CWSNPA. Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders in the Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance and Screening. *Pediatrics*. 2006 Jul 1;118(1):405-20.
 26. Baird G, Douglas HR, Murphy M. Recognising and diagnosing autism in children and young people: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2011;343:d6360.
 27. 27. Missouri Autism Guidelines Initiative. Autism Spectrum Disorders: Guide to evidence based interventions. [Internet]. St. Louis and Springfield, MO.: Missouri Foundation for Health.; 2012 [cited 2019 Sep 30]. Available from: <https://autismguidelines.dmh.mo.gov/documents/Interventions.pdf>
 28. National Institute for Health and Care Excellence. Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis. [Internet]. 2011 [cited 2019 Sep 30]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg128/resources/autism-spectrum-disorder-in-under-19s-recognition-referral-and-diagnosis-pdf-35109456621253>
 29. Ministerio de Salud. Norma Técnica Centros de Salud Mental Comunitarios [Internet]. 2017. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4499.pdf>
 30. Ministerio de Salud. Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental, Perú 2018 [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 30]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
-

31. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. 1948. Available from: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
 32. Organización de las Naciones Unidas. Declaración de los Derechos del Niño. 1959.
 33. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 2007.
 34. Galindo MZ, Cuenca A, Puga I. Metodología para el Diseño y Aplicación de Indicadores de Inclusión Social y Equidad en Instituciones de Educación Superior de América Latina. :93.
 35. Zwaigenbaum L, Bauman ML, Stone WL, Yirmiya N, Estes A, Hansen RL, et al. Early Identification of Autism Spectrum Disorder: Recommendations for Practice and Research. PEDIATRICS. 2015 Oct 1;136(Supplement):S10-40.
 36. Anagnostou E, Zwaigenbaum L, Szatmari P, Fombonne E, Fernandez BA, Woodbury-Smith M, et al. Autism spectrum disorder: advances in evidence-based practice. Can Med Assoc J. 2014 Apr 15;186(7):509-19.
 37. Johnson CP, Myers SM, and the Council on Children With Disabilities. Identification and Evaluation of Children With Autism Spectrum Disorders. PEDIATRICS. 2007 Nov 1;120(5):1183-215.
 38. Anderson SR, Orzell S, Cohen I, Radziewicz C, Cohen S, Cook T, et al. CLINICAL PRACTICE GUIDELINE DEVELOPMENT PANEL. 2017;106.
 39. Huanca D. Desarrollo social en niños. Rev peru pediater. 2008;61(2):6.
 40. Barbaro J, Dissanayake C. Early markers of autism spectrum disorders in infants and toddlers prospectively identified in the Social Attention and Communication Study. Autism. 2013 Jan;17(1):64-86.
 41. MCHAT™ - Autism Screening [Internet]. M-CHAT™. [cited 2019 Oct 2]. Available from: <https://mchatscreen.com/>
 42. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Assessment, diagnosis and interventions for autism spectrum disorders - A national clinical guideline [Internet]. 2016. Available from: <https://www.sign.ac.uk/assets/sign145.pdf>
 43. Le Couteur A, National Initiative for Autism : Screening and Assessment, National Autistic Society. National Autism Plan for Children (NAPC): plan for the identification, assessment, diagnosis and access to early interventions for pre-school and primary school aged children with autism spectrum disorders. London: National Autistic Society for NIASA; 2003.
 44. Corsello CM. Early Intervention in Autism. 2005;12.
 45. National Institute for Health and Care Excellence. Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management [Internet]. 2012. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg142/resources/autism-spectrum-disorder-in-adults-diagnosis-and-management-pdf-35109567475909>
 46. Ministerio de Salud y Protección Social R de C. MinSalud publica requisitos para producción de derivados de cannabis [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-publica-requisitos-para-produccion-de-derivados-de-cannabis.aspx>
-



47. National Autism Center. Findings and Conclusions: National Standards Project, Phase 2. Randolph, Massachusetts: National Autism Center; 2015.
 48. Calixto RP, <https://www.facebook.com/pahowho>. OPS/OMS Perú - OPS, Autism Speaks y Ministerio de Salud implementarán programa de entrenamiento para padres de familia de niños y adolescentes con autismo | OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. [cited 2019 Oct 2]. Available from: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3922:ops-minsa-padres-autismo&Itemid=900
 49. Murphy C, Wilson CE, Robertson DM, Ecker C, Daly EM, Hammond N, et al. Autism spectrum disorder in adults: diagnosis, management, and health services development. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016 Jul;Volume 12:1669–86.
 50. Pilling S, Baron-Cohen S, Megnin-Viggars O, Lee R, Taylor C, on behalf of the guideline development group. Recognition, referral, diagnosis, and management of adults with autism: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2012 Jun 27;344(jun27 1):e4082–e4082.
 51. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Indicadores del Desarrollo [Internet]. [cited 2019 Oct 10]. Available from: https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/pdf/parents_pdfs/LTSAE_Booklet_MilestoneMoments_SPAN-ReaderSpreads_Web-ready_7.22.11.pdf
 52. Sheridan MD. From birth to five: : children’s developmental progress. Third Edition. London and New York: Routledge Taylor and Francis Group;
 53. Huanca P. DJH. Desarrollo del Lenguaje. *Rev peru pediater* [Internet]. 2008 [cited 2019 Oct 10];61(2). Available from: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rpp/v61n2/pdf/a04v61n2.pdf>
 54. Huanca P. DJH. Desarrollo Cognitivo. En Prensa.
 55. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo [Internet]. 2014 [cited 2019 Oct 10]. Available from: <http://www.ufrgs.br/ufrgs/noticias/arquivos/diretrizes-sobre-autismo>
 56. Bellman M, Byrne O, Sege R. Developmental assessment of children. *BMJ*. 2013 Jan 15;346(jan15 2):e8687–e8687.
 57. Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención, Temprana. Libro Blanco de la Atención Temprana [Internet]. Real Patronato sobre Discapacidad; 2005 [cited 2019 Oct 10]. Available from: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/doc/LibroBlancoAtenci%C2%A6nTemprana.pdf>
 58. Zwaigenbaum L, Bryson S, Lord C, Rogers S, Carter A, Carver L, et al. Clinical Assessment and Management of Toddlers With Suspected Autism Spectrum Disorder: Insights From Studies of High-Risk Infants. *PEDIATRICS*. 2009 May 1;123(5):1383–91.
-





Av. General Salaverry 801 Jesús María - Lima Perú
Central telefónica: (511) 315 6600