

DOCUMENTO ELABORADO POR EL GRUPO DE PADRES DE FAMILIAS CONVOCADOS A LA MESA QUE SE ADELANTA EN EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, QUE INCLUYE EL RESULTADO DE 300 ENCUESTAS RESPONDIDAS EN 45 CIUDADES PRINCIPALES Y MUNICIPIOS DE COLOMBIA, CON EL FIN DE RECOGER INSUMOS PARA EL ANALISIS DE INCLUSION DE LAS NECESIDADES DE LA POBLACION CON TEA, EN LAS POLITICAS PÚBLICAS DE COLOMBIA

Elaboraron este documento:

Ana Araque Márquez, Licenciada en Biología. Madre de joven con Tea 16 de años
Ana Milena Jiménez Quintero, Licenciada en Educación Especial © Magister En Desarrollo Educativo y Social. Madre de persona con Tea de 18 años.
Edith Betty Roncancio Morales, Contadora Publica, Directora Liga Colombiana de Autismo. Madre de persona con Tea de 16 años.
Juan Carlos Parra Munar, Administrador de Empresas. Padre de niño con Tea de 9 años.
Lucero Herrera, Licenciada en Sociales y Abogada. Madre de joven con Tea de 27 años.
Luz Esther Calvache López, Psicóloga, Especialista en promoción en Salud y Desarrollo Humano. Madre de niño con Tea de 11 años.
María Victoria Gálvez, Administradora de Empresa, Directora de la Fundación Integrando. Mamá niña con Tea de 13 años.
Mary Paz Burbano Arias Diseñadora Gráfica y Comunicadora Visual – Directora Asociación Proyecto Autismo, Madre de joven con Tea de 18 años.
Órnela Dagiana Pérez Pedraza, Administradora de Empresas. Madre de niño con Tea de 8 años.
Piedad Jaramillo Arias. Médica y Cirujana. Diplomada en Necesidades educativas especiales en Trastornos generalizados del desarrollo. Madre de niño con Tea de 11 años.
Tatiana Isabel Carrillo Castellanos, Administradora de Negocios, Directora Ejecutiva Fundación Visión Azul. Mamá de niña con Tea de 7 años.

Contenido

	Pág.
Antecedentes	3
Generalidades	4
Consideraciones y Propuestas.....	5
Propuestas.....	9
Inclusiones para población con TEA.....	9
Detección temprana.....	9
Diagnóstico Oportuno.....	9
Intervención integral, individual e intensiva.....	10
Apoyo Psicológico para la Familia y la Persona con TEA.....	13
Control y Vigilancia.....	15
Marco Legal.....	15
Referencias Bibliográficas.....	22

1. Antecedentes

Se estima que en Colombia hay más de 115.000 personas con Trastornos del Espectro Autista, *que en adelante serán llamados TEA*. Esta cifra fue expuesta durante la ponencia del Ministerio de Salud y Protección Social, en las primeras Jornadas Internacionales de Autismo¹. Las estadísticas mundiales convergen en una prevalencia del 1% de la población mundial, lo que a grandes rasgos constituye un verdadero problema de salud pública [15-20].

Debido al aumento exponencial en los últimos años de la prevalencia de los TEA en el mundo [15-18-19-20], El 18 de diciembre de 2007, la asamblea general de las Naciones Unidas declaró el 2 de abril, día de la conciencia mundial frente al Autismo.

Si bien en la actualidad se desconocen las causas directas de la presencia de los TEA, se han identificado claramente factores de riesgo genéticos y ambientales, entre los que se cuentan: la edad de los padres, el bajo peso al nacer, las infecciones maternas durante el embarazo, los nacimientos múltiples y una gran variedad de alteraciones poligénicas, que se encuentran en la actualidad en el foco de la investigación [16].

El diagnóstico oportuno y la intervención temprana y adecuada conllevan a una mejor y más rápida evolución: puede lograrse que el 86% sean verbales mientras que solo el 50% lo serán si no reciben este tipo de intervención; si inician a los 2 años, aumentan logros en comunicación, en funcionamiento intelectual y algunos no presentan todos los síntomas a los 9 años [11]. Lo anterior, se traduce sin duda en vida digna, adaptación y mayor incremento de habilidades en relación a los procesos de su desarrollo.

En Colombia, la realidad de la población con Trastornos del Espectro Autista, puede extrapolarse a la realidad en muchos otros países del mundo y en términos generales es la siguiente:

- No existen a la fecha, estudios epidemiológicos de incidencia y prevalencia de los TEA en nuestro país, lo cual invisibiliza esta población y dificulta la generación de políticas públicas, ante la ausencia de datos estadísticos fiables.
- Si bien es posible hacer diagnósticos confiables a la edad de dos años, la edad promedio de diagnóstico en el mundo, se encuentra alrededor de los 6 años [4]. En nuestro país, no existen datos oficiales a este respecto.

¹La Universidad de los Andes y La Liga Colombiana de Autismo realizaron las "PRIMERAS JORNADAS INTERNACIONALES DE AUTISMO" los días 28, 29 y 30 de junio de 2012 en la ciudad de Bogotá-Colombia. Este evento se llevó a cabo en el Auditorio Mario La Serna de la Universidad de los Andes, con la participación de expertos nacionales e internacionales, todos ellos con una amplia experiencia y conocimiento de los Trastornos del Espectro Autista (TEA).

- Dentro de las barreras para la detección precoz se encuentran: la baja consulta en etapas tempranas por desarrollo inicial “normal”, la ausencia de marcadores biológicos, la negación de los padres y el desconocimiento general de la población acerca de lo que es y lo que no es el autismo[4].
- Otra limitante del diagnóstico oportuno es el ampliamente conocido “carrusel de profesionales”, secundario al desconocimiento de los mismos acerca de los TEA. Según un estudio de 42 familias de niños con TEA, que recibieron atención en la Fundación Integrar de Medellín Colombia en el año 2011, el promedio de profesionales vistos antes del diagnóstico definitivo fue de cinco (5) profesionales [34].
- La ausencia de recurso humano especializado en TEA se debe a que en la mayoría de universidades del país, estos conocimientos han permanecido marginados y los profesionales NO reciben formación cualificada en discapacidad ni en TEA específicamente.
- Otros de los hallazgos relevantes del estudio de Vélez y Cols de la Fundación Integrar [34], se refiere a una limitante de gran peso, con respecto a los controles de crecimiento y desarrollo, donde el 59.5% de los usuarios que meses o años después serían diagnosticados con TEA, fueron calificados con puntajes de normalidad, a pesar de la presencia de síntomas precoces del trastorno, según el reporte de los padres.
- Una vez obtenido el Diagnóstico, no hay programas específicos en el sistema nacional de salud pública, para abordar aunque sea mínimamente las necesidades de la población con TEA.
- Cuando la familia tiene los medios económicos, la intervención temprana que es fundamental para la rápida y buena evolución del niño, se realiza desde lo privado, aunque también allí se evidencia escasez de recursos humanos especializados.
- Existe evidencia científica que sugiere la experimentación de mayor sobrecarga y estrés en las madres y padres de niños diagnosticados con TEA, los resultados indican una elevada sobrecarga en los cuidadores, así como una peor salud mental y física respecto de la población general [33].
- No existe un código asignado en el sistema nacional de salud pública, para los Trastornos del Espectro Autista. Lamentablemente la única forma de obtener el derecho a una intervención integral, individual e intensiva, es a través de la acción de tutela, congestionando el sistema judicial con asuntos que deberían estar garantizados en primera estancia por el sistema de salud de la nación.
- Una vez los padres se hacen mayores o fallecen, las personas con TEA, que no accedieron a intervención temprana, carecen en la mayoría de los casos de apoyos que les permitan ser incluidos en los diversos entornos y participar en ellos de manera adecuada.
- Cuando sobreviene la vejez, estas personas ven agravada su dependencia por las deficiencias propias de la edad, y en un alto porcentaje no cuentan con servicios adecuados para su atención.

2. Generalidades

Autismo, Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) y Trastornos del Espectro Autista (TEA).

Los TEA son un grupo de trastornos del desarrollo neurobiológico que provocan diferencias significativas en lo que normalmente se espera de los niños en tres aspectos fundamentales de su vida: las relaciones sociales, la comunicación y la conducta [31]. Este conjunto de síntomas aparece en diversas personas con niveles intelectuales muy variados: el grado de gravedad, forma y edad de aparición de cada uno de los criterios varía de un individuo a otro y es por esto que se habla de “espectro”.

Los TGD se encuentran dentro de los TEA e incluyen:

1. El Autismo: que incluye al Autismo propiamente dicho, el síndrome de Asperger y el autismo de alto funcionamiento (que si bien no es una categoría diagnóstica CIE 10, es utilizado frecuentemente como diagnóstico en nuestro medio).
2. Los Trastornos Generalizados del Desarrollo no especificados y
3. El Trastorno Desintegrativo Infantil.

Actualmente se incluye al Síndrome de Rett como parte de este grupo de trastornos; sin embargo, quedaría excluido pues es un trastorno genético que afecta a niñas, es provocado por mutaciones en el gen MECP2, y tiene una trayectoria clínica muy específica. Su curso se va diferenciando del autismo con el desarrollo y precisa intervenciones específicas [27].

Adicionalmente, se mencionan otras dos entidades dentro de los TEA, que si bien no son categorías diagnósticas, son variantes clínicas que permiten incluirlos en el espectro, sin ser catalogados como TGD. Estos son el fenotipo ampliado de autismo que se refiere a familiares de primer o segundo grado de personas con autismo, que pueden presentar algunos síntomas similares a los primeros. Lo anterior, se explica desde la genética, debido a que comparten genes o grupos de genes que expresan sintomatología aislada, sin llegar a cumplir con la triada diagnóstica. De otro lado, se encuentran muchos retrasos y alteraciones del desarrollo que se acompañan de síntomas autistas (“rasgos”) sin ser propiamente cuadros de autismo, ni de otro TGD. Estos rasgos son comunes en personas con discapacidad intelectual sin autismo y en algunos trastornos de integración sensorial.

Según Lord C, Bailey A. [22], a pesar de que la terminología incluida en los manuales internacionales para el diagnóstico (DSM IV-R y CIE 10), hace alusión a Trastornos Generalizados del Desarrollo, en los últimos años ha surgido un movimiento (en el que se incluyen profesionales y familiares) que tiende a remplazar el término TGD por el de TEA (Trastornos del Espectro Autista). Esta tendencia se apoya en la idea de que emplear el término “generalizado” supone una confusión, ya que no todos los aspectos del desarrollo están afectados. De hecho para las nuevas ediciones de los manuales internacionales para el diagnóstico próximas a salir el próximo año 2013 (DSM V y CIE 11), existirá un cambio conceptual y terminológico de los Trastornos Generalizados del Desarrollo por los Trastornos del Espectro Autista, que explicaría mejor la diversidad del grupo de trastornos y tendría más utilidad clínica y educativa porque conecta mucho mejor con las necesidades de apoyo de las personas y estaría enmarcado dentro de un enfoque dimensional frente al anterior planteamiento categorial y el establecimiento de una única categoría independiente para dichos trastornos.[13]

Consideraciones y Propuestas

En Diciembre de 2011 la Comisión de Regulación en Salud (CRES), presentó al país el Plan Obligatorio de Salud actualizado, para que entrara en vigencia en el mes de Enero de 2012. Para ello, fue necesario realizar una revisión a las inclusiones actuales para el POS que son de conocimiento público que se hicieron tanto para el Régimen contributivo, como para el Régimen Subsidiado en un boletín que contiene 17 capítulos en donde se encuentra de manera actualizada los medicamentos, insumos y procedimientos de acuerdo a grupos poblacionales: “Niños y Niñas menores de 18 años, enfermedades mentales, cáncer, VIH, enfermedades metabólicas, enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales, inflamatorias, infecciosas, neurológicas, oftálmicas, odontológicas, renales y urológicas. También se incluye salud sexual y reproductiva [3].

El acuerdo 029 de 2011 de la CRES, contempla las inclusiones actuales de Plan Obligatorio de Salud (POS). Este acuerdo tiene como objeto la definición, aclaración y actualización integral del Plan Obligatorio de Salud, de los regímenes contributivo y subsidiado, que deberá ser aplicado por las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud a los afiliados. El Plan Obligatorio de Salud se constituye en un instrumento para el goce efectivo del derecho a la salud y la atención en la prestación de las tecnologías en salud que cada una de las entidades garantizara a través de su red de prestadores, a los afiliados dentro del territorio nacional y en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente. Ahora bien, debido a la ya mencionada falta de conocimiento en lo que se refiere a la detección temprana, diagnóstico oportuno y vigilancia y control de los Trastornos del Espectro Autista, y teniendo en cuenta la ausencia de programas de Intervención Especializados para los mismos dentro este plan y que son vitales para lograr avances en el desarrollo, la inclusión, la participación y por lo tanto la calidad de vida de estas personas y sus familias, es importante subrayar, que las personas con Trastornos del Espectro Autista (TEA), requieren con prioridad, el acceso a servicios de Diagnóstico e Intervención Integral, Individual e Intensiva, basados en guías de Buena Práctica con

metodología científica y estándares internacionales, que se conviertan en lineamientos para las entidades de salud, en todo el territorio nacional.

Relacionado al contexto colombiano, la comprensión del espectro se ha vislumbrado de manera precaria. Hace algunos años, e incluso hoy en día -en muchos casos- el diagnóstico sigue siendo tardío. Muchas de las personas con esta condición han recibido un enfoque de intervención de cohorte psiquiátrico (manejo farmacológico y técnicas obsoletas de manejo de conducta basados en castigos y malos tratos), específicamente por sus alteraciones de comportamiento.

La constitución de 1991, se consolidó como un primer referente de Inclusión e Igualdad que ha logrado una evolución histórica frente al abordaje de las personas con “Trastornos Mentales”. Esto ha fomentado la consolidación de normativas, específicamente buscando brindar mayor cobertura y calidad en los servicios ofrecidos frente a los derechos fundamentales.

La ley 100, establece como uno de sus principios, la eficiencia como la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros, disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social, sean prestados de forma adecuada, oportuna, eficiente y además garantiza calidad de vida acorde con la dignidad humana, las familias de personas con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, esto no se cumple con nuestra población.

En relación a las personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA), los recursos del país disponibles frente al *Reconocimiento, Detección, Diagnóstico Oportuno, Modelos de Intervención Terapéutica, apoyo psicológico a la familia y a la persona con TEA y Vigilancia y Control* en todo su ciclo vital son deficientes en relación a los programas adelantados a nivel mundial. Además, no hay una consolidación de protocolos de abordaje idóneos que permitan un tratamiento de calidad frente a ésta condición². También se encuentra en constante debate la atención integral del paciente con TEA, asociado con enfermedades generales, en donde existen fallas en los procedimientos y aproximaciones utilizados en el del sistema de Salud en General³. Lo anterior, referencia algunos de los

²Caso 1. “Mi hijo tiene 8 años, lo diagnosticaron con Trastorno del Espectro Autista. Actualmente interpuse una acción de tutela a mi EPS, para un tratamiento de rehabilitación intensiva, dado que presenta retraso en su desarrollo, su lenguaje es pobre y su comportamiento es difícil, posee un componente de hiperactividad y además convulsiona. Frente a esta tutela, una IPS inscrita a la EPS, tiene el tratamiento de rehabilitación de mi hijo. Hace algunos días, llegó de sus terapias y cuando lo revisé, estaba maltratado en cuello y brazos, yo tomé fotografías como prueba de ello. Pero ahora la IPS, informa que esta situación se presentó cuando se estaba realizando un procedimiento para modificar su comportamiento. Actualmente, estoy en trámites para denunciar el caso, pero en esto me pregunto... ¿Hay fundamentación teórica para justificar estos casos de maltrato?, ¿Está concebido este manejo desde un protocolo de abordaje para TEA?¿ hay juntas médicas en las EPS que permitan auditar estos procedimientos para mi hijo?¿Realmente son los adecuados?”.

³Caso 2. “Tengo un hijo de 16 años con diagnóstico de TEA y Discapacidad Intelectual. Hace un año convulsionó y perdió un incisivo lateral y un incisivo central teniendo una fractura. Le deben hacer la extracción de este diente en su totalidad. El es un chico agresivo de difícil manejo, ahora hace algunos días le diagnosticaron Gastritis crónica y en Gastroenterología pediátrica, solicitan un examen de colonoscopia y

muchos casos relacionados a las dificultades frente al adecuado uso de procedimientos para la población con TEA en Colombia.

endoscopia. De esta manera como familia, solicitamos que todos los procedimientos: El odontológico, la Endoscopia y Colonoscopia, se realice en una sola intervención de anestesia general, para lo cual la EPS, niega el procedimiento, informando que esto es imposible dado que todos los procedimientos se encuentran en IPS diferentes. Actualmente nos encontramos en una incertidumbre porque serían dos procedimientos de anestesia en menos de un mes”.

3. Propuestas

4.1 Inclusiones para población con TEA

- **Detección temprana**

Muchos autores concuerdan en que existe evidencia que apunta a las primeras manifestaciones de los TEA, entre los 12 y 18 meses, así como también hacia el mejor pronóstico de las intervenciones cuando éstas se inician en etapas tempranas [5-31]. Esta detección precoz, se traduce sin duda en rentabilidad social y económica para el estado, al tiempo que previene el aumento en la negación y la angustia de los padres, el uso de intervenciones No centradas en las necesidades del usuario, el aumento de conductas externalizantes, la evolución tórpida, el incremento en comorbilidad con trastornos psiquiátricos así como las posibilidades de institucionalización de estas personas [4].

La primera alerta se podría detectar mediante el proceso de controles de crecimiento y desarrollo, cuyo objetivo es brindar pautas para la atención integral con calidad para el niño en todo el territorio nacional, según lo establece: “la Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el menor de 10 años, de obligatorio cumplimiento según resolución 412 del año 2000, expedida por el Ministerio de salud, Capítulo II, artículo 9, inciso a”.

Para que el cumplimiento de esta norma sea llevada a cabalidad y efectiva en la práctica en los procesos de detección temprana y diagnóstico de la población con TEA, se hace necesario la capacitación de los profesionales de la salud que intervienen en estos procesos; y estandarizar la aplicación de instrumentos de tamizaje, para detección de los TEA. Se propone validar la escala M CHAT (Modified checklist for autism in toddlers)[32], la cual consiste en un cuestionario de 23 preguntas, para ser aplicado a los padres durante el control de crecimiento y desarrollo de los 24 meses y que permite detectar niños con posible diagnóstico, con una sensibilidad de 87% y una especificidad de 99%. Si el M CHAT es positivo, el usuario deberá derivarse a evaluación audiológica y repetir el M CHAT en un mes. Si el segundo M CHAT es positivo, se debe remitir el usuario a evaluación especializada [9].

Diagnóstico Oportuno

Un diagnóstico oportuno y correcto, es la base para una intervención temprana y adecuada para un niño con TEA, la garantía de una recuperación y la posibilidad de que el niño tenga calidad de vida. [5] De igual forma, se traduce en una intervención con alta rentabilidad social y económica para el Estado.

En la actualidad, la ausencia de marcadores biológicos, las limitaciones en la comprensión de los TEA y la ausencia de un GOLD ESTANDAR TEST, posicionan el diagnóstico CLINICO como única opción. Sin embargo, es relevante aclarar que la responsabilidad del diagnóstico deberá estar en manos de un equipo transdisciplinario que incluya no solo la evaluación médica inicial, sino el empleo de pruebas especializadas para TEA (ADOS, CARS, SCQ, etc), que esté en capacidad de hacer un correcto diagnóstico diferencial, que no esté centrada solo en pruebas neuropsicológicas, que incluya la medición de habilidades adaptativas y que sea el insumo principal para un plan de intervención contextualizado a las necesidades y entornos del usuario y su familia [6].

Cuervo Diez, A. et al. [5], refieren que para hacer un diagnóstico apropiado es necesaria la participación de un equipo transdisciplinario de profesionales capacitados y a su vez la aplicación Instrumentos de Diagnóstico avalados para el Diagnóstico de Autismo, a través de la creación y el uso de Guías de buena práctica.

- ***Tratamiento integral***

Según las guías de buena práctica del instituto Carlos III [6], los Trastornos del Espectro Autista son tan complejos que involucran varias áreas del desarrollo y es por ello que requieren de una intervención transdisciplinaria por profesionales de la salud capacitados en esta problemática, (neurólogos, psiquiatras, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, educadora especial etc). Esta intervención debe ejecutarse bajo los mismos objetivos y de manera articulada y debe contar con un seguimiento y control, a través de indicadores que demuestren no solo la adquisición de habilidades y mejoría en independencia sino un impacto positivo en la calidad de vida de la persona.

El modelo de intervención en TEA, difiere conceptualmente de muchos otros modelos para otros trastornos de índole médica. En los TEA, es necesario intervenir a la persona de manera integral con un programa que este enfocado en maximizar su funcionamiento, promover su independencia, su autonomía y su autoestima en la búsqueda mejorar su calidad de vida, desde el momento del diagnóstico hasta la edad adulta.

La atención y cobertura desde el área de salud se ha centrado en la Primera Infancia, cuando se llega a la edad adulta la situación cambia , en este ciclo de vida, los apoyos de salud, disminuyen drásticamente y la persona adulta con TEA queda sin acceso a programas apropiados para su edad y nivel de habilidad.

Se debe tener presente que en un alto porcentaje las personas con TEA, a lo largo de su vida requieren apoyos puntuales para ser incluidos y participar activamente en la comunidad. Es por esto, que se hace necesario atenderlos desde un enfoque diferencial, partiendo de su desarrollo neurobiológico, habilidades y antecedentes en relación a la atención que hayan recibido desde la infancia. Desde el POS se deben plantear, programas, acciones e instrumentos que permitan contribuir a una buena calidad de vida de las personas adultas con TEA.

Por esta razón, existen varios modelos de intervención para personas con TEA, con diversos grados de evidencia científica; a pesar de que la evidencia general es débil para la mayoría, es deber de los profesionales de la salud, asesorar de manera ética a los padres, en la búsqueda de aquél que cumpla los requerimientos básicos que los expertos recomiendan. Estos requerimientos deben estar dirigidos NO A CURAR, sino a impactar los déficits nucleares del autismo a través de un programa que tenga como mínimo las siguientes características:

- ✓ Programas individualizados y contextualizados con el entorno, elaborados por un equipo transdisciplinario.
- ✓ El diseño del plan debe apoyarse en una evaluación clínica exhaustiva de las capacidades y dificultades de la persona.
- ✓ Un diseño con objetivos específicos dirigido a impactar TODOS los déficits nucleares del Autismo (Comunicación, interacción social y conducta adaptativa).
- ✓ Debe estar contextualizado al entorno de la persona y adaptarse a sus necesidades.
- ✓ Debe asegurar la generalización de los desenlaces en ambientes naturales (Todos los entornos en los que se desenvuelve la persona) y no solo expresarse en ambientes artificiales, como consultorios.
- ✓ Promover ambientes altamente estructurados y predecibles.
- ✓ Análisis funcional de problemas del comportamiento.
- ✓ Involucramiento de las familias.
- ✓ El programa debe incluir objetivos medibles y susceptibles de valoración. Los objetivos deberán estar enfocados en maximizar el funcionamiento de la persona, promover la independencia y la autoestima para en últimas, mejorar su calidad de vida, desde el momento del diagnóstico hasta la edad adulta.

En esta búsqueda de modelos de intervención, aparecen con frecuencia terapias alternativas o “complementarias”, que ofrecen opciones de “curación”, basados en “hipótesis” de diversa naturaleza. Está claro que ninguna de estas terapias por sí sola, lograra un impacto en la calidad de vida de la persona, si no está claramente inmersa en un modelo de intervención que cumpla con lo señalado. Al respecto, la Academia Americana de Pediatría, insta a los profesionales, a informarse adecuadamente y prepararse para aconsejar de manera científica a los padres, evaluar los riesgos y beneficios de estas aproximaciones terapéuticas y sobre todo, a evaluar la pertinencia de las remisiones a la luz de la evidencia científica para evitar costos innecesarios al sistemas de salud.

Si bien es cierto que actualmente en el plan obligatorio de salud se encuentran aprobados conceptos de servicios individuales, tales como:

ACUERDO NÚMERO 029 DE 2011.

938300	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL SOD
938301	ENTRENAMIENTO FUNCIONAL EN AUTOCUIDADO (ACTIVIDADES BASICAS COTIDIANAS)
938302	TERAPIA OCUPACIONAL EN MANEJO ADECUADO DE TIEMPO LIBRE Y JUEGO
938310	ENTRENAMIENTO FUNCIONAL EN INTEGRACION LABORAL Y SOCIAL NCOC
940200	ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) SOD
990113	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO
931000	TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD
890315	CONSULTA INTEGRAL DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

RESOLUCIÓN NÚMERO 005521 DE 27 DIC. 2013

89.0.1	ENTREVISTA, CONSULTA Y EVALUACION (VISITA) DOMICILIARIA O AL SITIO DE TRABAJO.
89.0.2	CONSULTA DESCRITA COMO GLOBAL O DE PRIMERA VEZ
89.0.3	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO
89.0.4	INTERCONSULTA
89.0.5	JUNTA MEDICA
93.2.4	DISEÑO, ADECUACION Y ENTRENAMIENTO EN USO TECNOLOGIA DE REHABILITACION.
93.3.9	TERAPIA DE INTEGRACION SENSORIAL
93.7.0	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL
93.7.1	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA PROBLEMAS EVOLUTIVOS Y ADQUIRIDOS DEL LENGUAJE.
93.7.2	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA DESORDENES DEL HABLA, VOZ, FLUIDEZ, ARTICULACION, RESONANCIA
93.7.4	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA DESORDENES COGNITIVO COMUNICATIVOS.
93.7.5	OTRO ENTRENAMIENTO Y TERAPIA DEL HABLA.
93.8.3	TERAPIA OCUPACIONAL.
94.0.3	ANÁLISIS DE CARÁCTER (CONDUCTA)
94.0.9	DETERMINACION DEL ESTADO MENTAL PSICOLOGICO
94.3.1	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL
94.3.5	INTERVENCION EN CRISIS
94.4.1	PSICOTERAPIA FAMILIAR
94.4.2	PSICOTERAPIA DE GRUPO
99.0.1	EDUCACION GRUPAL EN SALUD
99.0.2	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD
A1.0.0	INFORMACIÓN, EDUCACION Y COMUNICACIÓN (IEC) EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.
A1.0.3	INFORMACIÓN, EDUCACION Y COMUNICACIÓN (IEC) EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES.
A2.2.0	ORIENTACION E IDENTIFICACION DE LA POBLACION HACIA DETECCION TEMPRANA.

Es necesario que estos servicios se estructuren en un programa de atención individual, con enfoque diferencial, de acuerdo a los apoyos que requiera cada persona, que sea integral e intensivo, centrado en la persona, que impacte significativamente en su desarrollo como ser humano, con un enfoque de derechos, que respete sus particularidades y asegure que las instituciones prestadoras tengan experiencia en intervenciones que demuestren eficacia en los procesos, y cuenten con personal capacitado con experiencia en Tea, con calidad humana, conocimiento y aplicación de la normatividad relacionada con la discapacidad

Apoyo Psicológico para la Familia y la Persona con TEA

Los trastornos del espectro autista (TEA), influyen de manera importante el equilibrio familiar, incidiendo en el estado de salud biológico, emocional y mental de todos sus integrantes. Las razones son fáciles de entender: Según Barón- Cohen: Unos padres tienen un hijo/a con una apariencia física normal cuyo desarrollo en el primer año también lo es, muy probablemente los primeros signos del trastorno, pasen inadvertidos: Nada hace pensar que este bebé tenga algún problema. Pero, de forma relativamente rápida, aparecen alteraciones poco claras, que van produciendo efectos graves en el desarrollo del niño. Estas primeras fases del desarrollo del cuadro del autismo son especialmente duras para las familias, describen esta situación como dolorosa y traumática, que produce sentimientos confusos de culpa, frustración, ansiedad, pérdida de autoestima y estrés. Se ha visto que el inadecuado acompañamiento a la familia a lo largo del proceso de cuidado de la persona con TEA deviene cansancio del cuidador y síndrome de aislamiento. En este el sector salud deben implementar acciones dirigidas a mitigar y brindar condiciones integrales para apoyo al niño (a) y su cuidador.

Es muy importante resaltar, el papel trascendental que juega la familia dentro del proceso de su hijo. Debemos partir del hecho, que son las personas del núcleo familiar, las que mejor los conocen; a quienes más les importa su calidad de vida, y son constantes a lo largo de su ciclo vital. Su principal papel radica en generar un entorno significativo, donde puedan construir con sus hijos “modos de relación” óptimos que potencien la unidad familiar y el bienestar de todos sus integrantes.

El acompañamiento a la familia debe facilitar el proceso de aceptación frente a la condición diversa del hijo(a); se debe asistir dicha dinámica a partir de ejercicios informativos y formativos y de empoderamiento que facilitan dicho proceso. Desde el Estado se deben generar programas de respiro que le permitan a la familia su desarrollo como personas activas dentro de una sociedad, que le garanticen estabilidad emocional y fortalezcan su autoestima; como también implementar en el marco de la Ley 1618 grupos de apoyo y redes que le permitan a las personas con Tea y sus familias compartir espacios de ocio y tiempo libre, distintos a los de rehabilitación y al rol de cuidadores.

- ***Otras necesidades de la población con Tea, distinta a salud, que consideramos se deben tener en cuenta en el marco de la construcción de la política pública para las personas con discapacidad.***

El goce efectivo de los derechos de las personas con Tea es determinante para mejorar su calidad de vida. El concepto de calidad de vida es complejo; pero podemos acogernos entre otros a los aportes realizados por Miguel Ángel Verdugo, el cual nos menciona que este concepto contempla:

Autodeterminación, Derechos, Bienestar Emocional, Inclusión Social, Desarrollo Personal, Relaciones Interpersonales, Bienestar material, Bienestar físico- descanso higiene- ocio, Atención sanitaria. Desde esa perspectiva, se hace necesario que cada servicio social, apunte a todos los componentes que se enumeran y permita una buena calidad de vida de las personas con TEA durante su ciclo vital.

Como conclusión a estas consideraciones, nos permitimos solicitar que la oficina de promoción social asegure un trabajo intersectorial que propenda por la inclusión educativa, laboral, deportiva, recreativa y cultural de las personas con Tea, en el marco de la política pública para PCD.

- ***Control y Vigilancia***

En el Diagnóstico y la evaluación e intervención de los trastornos del espectro autista TEA, es necesario que haya inspección, vigilancia y control ante Juntas Médicas periódicas o ante el Tribunal Nacional de Ética Médica si da lugar, para evaluación de tratamientos con evidencia científica aprobada en estudios epidemiológicos, y reconocidos a nivel mundial[6].

Una de las principales dificultades a las que se ven enfrentadas las familias de personas con TEA, es el desconocimiento de la comunidad científica, de la mano de la avalancha de oferta de servicios “terapéuticos” sin evidencia probada en la mayoría , que autorizan algunas empresas prestadoras de servicios de salud, afectando de manera directa los costos del sistema, contribuyendo a la crisis actual del mismo, basados en hipótesis no probadas y de paso ofreciendo posibilidades de curación de un trastorno que a la fecha, para el mundo científico, acompañara a la persona en todo su ciclo vital.

Los entes de vigilancia y control, deben velar por que tanto las instituciones como los profesionales que presenten estos servicios estén habilitados ante el ente de salud competente, así como cumplir con cada uno de los requerimientos para tal fin. Es IMPERATIVO Y URGENTE que se haga este control y seguimiento a los profesionales que hacen intervención con población con TEA, en lo referente a su capacitación, ética profesional y enfoque de derechos y que posean la especialización o certificación necesaria para la práctica, CON EL FIN DE GARANTIZAR QUE no se vulneren los derechos de esta población. Como también que se haga seguimiento y control para que las familias cumplan con la garantía del ejercicio de los derechos de sus hijos (a) corresponsablemente, con el fin de garantizar la protección integral y que no les vulneren el derecho a la salud, habilitación y rehabilitación, entre otros, en aras del goce pleno de sus derechos como ciudadanos.

Para varios autores [27], las intervenciones con personas con trastorno del espectro autista TEA, deben contar con procesos evaluativos y valorativos de seguimiento y control, que arrojen resultados concretos sobre la eficacia de la intervención en tiempos determinados según la valoración individual. Es importante un protocolo sobre la intervención según las necesidades concretas de la persona, donde se especifique objetivos, actividades, duración de la sesión y frecuencias de intervención, además de tiempos claros de evaluación.

Las estrategias diseñadas en el programa integral de intervención deben estar respaldadas por guías clínicas en la detección, diagnóstico e intervención de personas con TEA y estar encaminadas a mejorar las áreas afectadas (sensorial, comunicación, físicas, psicológicas, entre otras), a favorecer su calidad de vida y la de sus familias, además deben estar enmarcadas bajo principios generales mencionados por la comunidad científica y con un enfoque de derechos humanos.

En conclusión consideramos que las necesidades de las personas son las siguientes las cuales enunciaremos como objetivos o metas a lograr a corto, mediano y largo plazo:

A corto plazo

- Prevalencia de autismo en Colombia
- Capacitación a profesionales de la salud, la educación y las familias
- Campañas de sensibilización y concienciación

A mediano plazo

- Intervención para las personas con tea, que incluya acompañamiento a las familias
- Programas para vida adulta de personas con alto grado de dependencia
- Guías de práctica clínica (Detección, Diagnóstico e intervención)
- Programas de ocio y tiempo libre en la comunidad

A largo plazo

- Garantizar la creación de programas de formación y capacitación para personas con TEA, orientados a la generación de habilidades y destrezas para proyectos productivos y/o inclusión laboral con apoyo.
- Redes de apoyo – Entidades del Estado – Organizaciones de la comunidad
- Trabajo intersectorial que propenda por la inclusión educativa, laboral, deportiva, recreativa y cultural de las personas con Tea, en el marco de la política pública para PCD

Este documento se construyó con las experiencias y necesidades de un grupo de padres de familias que reunieron físicamente y con el resultado de 300 encuestas que respondieron física y virtualmente en 45 ciudades principales y municipios de Colombia. Se anexa resultados de la encuesta, únicamente las preguntas en el ámbito de salud. **(Anexo N° 1)**

Marco Legal

Ley 100 de 1993, sistema de seguridad social integral

Artículo 4°. Principios del sistema general de seguridad social en salud. Sin perjuicio de los principios constitucionales y de los contemplados en tratados y convenios internacionales, los siguientes son los principios que deben acatar y aplicar las entidades públicas o privadas y demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

4.1. Prioridad del Sistema. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene como prioridad proteger, garantizar y materializar el derecho constitucional fundamental a la salud de toda persona-usuario.

4.2. Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá como objetivo principal la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con el fin de garantizar y brindar condiciones favorables en el estado de salud de las personas y mejorar su calidad de vida.

4.3. Universalidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud cobijará a todos los residentes en el país y durante todas las etapas de sus vidas.

4.4. Igualdad. El acceso a la seguridad social en salud se garantiza a las personas residentes en el territorio colombiano, sin discriminación por razones de sexo, raza, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños y demás sujetos de especial protección constitucional, como mujeres embarazadas, discapacitados, adultos mayores, entre otros.

4.5. Solidaridad. Con ello se procura la práctica del mutuo apoyo entre los residentes del país, para que se les garantice a todos el acceso a los servicios de seguridad social en salud.

4.6. Equidad. Es el acceso a los servicios ofrecidos en salud, en iguales condiciones de eficiencia y calidad, independientemente de la capacidad de pago o contribución de las personas.

4.7. Calidad. Los servicios de salud deberán atender a altos estándares de calidad y a las condiciones del usuario de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma ágil, continúa, segura y oportuna, mediante una atención amable y respetuosa.

4.8. Sostenibilidad. La prestación de los servicios en salud se garantizara de acuerdo con los recursos dispuestos y disponibles por el Gobierno Nacional para tal fin.

4.9. Progresividad. La prestación de los servicios en salud por parte del Sistema General de Seguridad Social siempre procurará, de manera gradual, la ampliación de servicios y la mejora en la prestación de los mismos.

4.10. Participación Social. El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar la participación de los usuarios, a fin de mejorar la prestación de sus servicios a la comunidad en general.

4.11. Corresponsabilidad. Consiste en la concurrencia de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en adelantar acciones conducentes a proteger, garantizar y materializar el derecho de las personas a conservar o recuperar su salud. La familia, la sociedad y el Estado son, igualmente, corresponsables en su atención, cuidado, promoción y prevención.

4.12. Transparencia. Las condiciones de prestación de los servicios en salud, la relación entre los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras, transparentes, a fin de permitir la participación y el control por parte de los usuarios del Sistema.

Artículo 5°. Derechos de los usuarios del sistema general de seguridad social en salud. Toda persona tiene, como mínimo, a los siguientes derechos:

5.1. A acceder a los bienes y servicios de salud contenidos en el Plan Único de Beneficios, que le garanticen una atención integral y oportuna.

5.2. A elegir libremente al asegurador y al prestador de servicios de salud en los términos que defina la Ley, previo el suministro de información por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, que le permita conocer, entre otros, las opciones de afiliación con las que cuenta y el desempeño de cada uno de esas instituciones.

5.3. A mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante y a recibir información suficiente y apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan tomar decisiones respecto a los procedimientos que le vayan a practicar, el pronóstico y riesgos de los mismos.

5.4. A recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos.

5.5. A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley, y a poder consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de la misma.

5.6A que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, asistencia de calidad por trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer.

5.7A recibir por parte de las entidades que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, menores costos en las cuotas moderadores o copagos, por las buenas prácticas en salud.

5.8A solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos.

5.9 A que se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley.

5.10 A ser atendida, de forma inmediata, en cualquier institución prestadora de servicios de salud, cuando presente una urgencia, que ponga en riesgo su vida o alguna función básica.

5.11. A recibir prestaciones de salud en las condiciones y en los términos consagrados en la ley.

5.12. A participar, de forma individual o colectiva, en los procesos de definición e implementación de decisiones referidas a la salud.

Ley 361 de 1997, marco legal de discapacidad

ARTÍCULO 1o. Los principios que inspiran la presente Ley, se fundamentan en los artículos [13,47,54](#) y [68](#) que la Constitución Nacional reconocen en consideración a la dignidad que le es propia a las personas con limitación en sus derechos fundamentales, económicos, sociales y culturales para su completa realización personal y su total integración social y a las personas con limitaciones severas y profundas, la asistencia y protección necesarias.

ARTÍCULO 2o. El Estado garantizará y velará por que en su ordenamiento jurídico no prevalezca discriminación sobre habitante alguno en su territorio, por circunstancias personales, económicas, físicas, fisiológicas, síquicas, sensoriales y sociales.

ARTÍCULO 4o. Las ramas del poder público pondrán a disposición todos los recursos necesarios para el ejercicio de los derechos a que se refiere el artículo 1o. de la presente Ley, siendo obligación ineludible del Estado la prevención, los cuidados médicos y psicológicos, la habilitación y la rehabilitación adecuadas.

ARTÍCULO 7º Lo previsto en este artículo incluye las medidas de apoyo, diagnóstico de deficiencia, discapacidad y minusvalía y las acciones terapéuticas correspondientes realizadas por profesionales especializados en el campo médico, de la enfermería y terapéutico.

Segundo Párrafo “Para tal efecto, las Entidades Promotoras de Salud incluirán en su plan obligatorio de Salud las acciones encaminadas a la detección temprana y la intervención oportuna de la limitación,

Ley 1438 del 2011

Título I.

Artículo 3o. principios del sistema general de seguridad social en salud.

3.6 Enfoque diferencial. El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.

Capítulo III.

Atención primaria en salud.

Artículo 13. Implementación de la atención primaria en salud. Para implementar la atención primaria en el Sistema General de Seguridad Social en salud se tendrán en cuenta los siguientes elementos:

13.1 El sistema de Atención Primaria en Salud se regirá por los siguientes principios: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad.

13.5 Orientación individual, familiar y comunitaria.

13.6 Atención integral, integrada y continua.

13.7 13.8 Talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado. “El subrayado es nuestro”

Título III.

Atención preferente y diferencial para la infancia y la adolescencia

Artículo 17. Atención preferente:

El Plan de Beneficios incluirá una parte especial y diferenciada que garantice la efectiva prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de enfermedades de los niños, niñas y adolescentes. Se deberá estructurar de acuerdo con los ciclos vitales de nacimiento: prenatal a menores de seis (6) años, de seis (6) a menores de catorce (14) años y de catorce (14) a menores de dieciocho (18) años.

La Comisión de Regulación en Salud o quien haga sus veces definirá y actualizará esta parte especial y diferenciada cada dos años, que contemple prestaciones de servicios de salud para los niños, niñas y adolescentes, garantice la promoción, la efectiva prevención, detección temprana y tratamientos adecuados de enfermedades, atención de emergencias, restablecimiento físico y psicológico de derechos vulnerados y rehabilitación de las habilidades físicas y mentales de los niños, niñas y adolescentes en situación de

discapacidad, teniendo en cuenta sus ciclos vitales, el perfil epidemiológico y la carga de la enfermedad.

Capítulo VI. Talento humano

Artículo 99. De la pertinencia y calidad en la formación de talento humano en salud.

“Artículo 13. De la pertinencia y calidad en la formación de Talento Humano en Salud. Las instituciones y programas de formación del Talento Humano en Salud buscarán el desarrollo de perfiles y competencias que respondan a las características y necesidades en salud de la población colombiana, a los estándares aceptados internacionalmente y a los requerimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, fundados en la ética, calidad, pertinencia y responsabilidad social. El Ministerio de la Protección Social desarrollará los mecanismos para definir y actualizar las competencias de cada profesión atendiendo las recomendaciones del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud.

Artículo 101. De la formación de especialistas del área de la salud.

“Las instituciones que forman parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud promoverán y facilitarán la formación de especialistas en el área de la salud, conforme a las necesidades de la población y las características del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Ministerio de la Protección Social definirá las condiciones, requisitos y procedimientos para la oferta, aprobación y asignación de cupos de prácticas formativas de los programas de especialización que impliquen residencia.

Acuerdo 29 de 2011

Artículo 12. Sobre promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Cubre todas las atenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, protección específica y detección temprana adoptadas mediante las resoluciones 412 y 3384 de 2000, 3442 de 2006 y 0769 y 1973 de 2008 del Ministerios de Salud y Protección Social.

Ley 1346 de julio de 2009

Por medio de la cual se ratificó “La convención de los derechos de las personas con discapacidad”, adoptada por la Asamblea General de las Naciones unidas el 13 de diciembre 2006.

Norma técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el Menor de 10 Años y de obligatorio cumplimiento

Resolución 412 del año 2000, expedida por el Ministerio de salud, Capitulo II, artículo 9, inciso a.

Ley Estatutaria 1618 de febrero 27 de 2013.

Convección de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad y protocolo facultativo.

Ley 1346 de abril de 2010 donde se ratifica la convención ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad.

Referencias Bibliográficas

1. Acuerdo 029 de 2011 de CRES (Comisión de Regulación en Salud)
2. American Psychiatric Association. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4 Ed (DSM-IV). Masson. Barcelona, España.
3. Boletín 3. CRES (Comisión de Regulación en Salud). Enero de 2012.
4. Cabanyes-Truffino J, García-Villamizar D. (2004). Identificación y diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*. 39:81-90
5. CuervoDiez, A. at els. (2005). Guías de Buenas Prácticas de Detección Temprana. *BEST PRACTICE GUIDELINES FOR THE DIAGNOSIS OF AUTISTIC SPECTRUM DISORDERS, REV NEUROL 2005; 41: 299-310. Madrid España.*
6. CuervoDiez, A. at els. (2005). Guías de Buenas Prácticas de Diagnóstico del Autismo *BEST PRACTICE GUIDELINES FOR THE DIAGNOSIS OF AUTISTIC SPECTRUM DISORDERS, REV NEUROL 2005; 41: 299-310. Madrid España.*
7. CuervoDiez, A. at els. (2005). Guías de Buenas Prácticas de Tratamiento. *BEST PRACTICE GUIDELINES FOR THE DIAGNOSIS OF AUTISTIC SPECTRUM DISORDERS, REV NEUROL 2005; 41: 299-310. Madrid España.*
8. Constitución política de Colombia 1991.

9. Filipek, PA. (1999) The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *J Autism Dev Disord.* 29: 439-84.
10. Garrettwuatanabe, MD. (2009). *Complementary and Alternative Medicine CARM for Autism Spectrum Disorders*; KP AS.
11. Harris, S. L., y Handleman, J. S. (2000). Age and IQ at intake as predictors of placement for young children with autism: A four- to six-year follow-up. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(2), 137-142.
12. Hanson E, LA Kalish, Bunce E, C Curtis, S McDaniel, J Ware , J. Petry (2007). Use of complementary and alternative medicine among children diagnosed with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders.*37(4), pp. 628-636.
13. Hernández, J.M., DíezCuervo, A. y Palomo, R. (2010). *Acta de la Tertulia "Los TEA en los futuros DSM-V y CIE-11: Implicaciones para los profesionales"*. Universidad Autónoma de Madrid. Cantoblanco. Madrid, España.
14. http://www.researchautism.net/pages/autism_treatments_therapies_interventions/autism_treatment_types
15. http://www.autismspeaks.org/what-autism/prevalence?utm_source=social_media&utm_medium=E-mail&utm_campaign=033012
16. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21727249>
17. <http://www.un.org/es/events/autismday/2012/sgmessage.shtml>
18. Instituto de Salud Carlos III. (2006). *Guía de Buenas Prácticas en el Tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista*. Revista de Neurología. 43, 425-38.
19. King et al. (2009). Diagnostic change and the increased prevalence of autism. *Int J Epidemiology.* Oct;38(5):1224-34.

20. Kogan, et al. (2009). The prevalence of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder among children in the United States, 2007. *Pediatrics*. Nov;124(5):1395-403.
21. Levy SE, Hyman SL. (2003). *Use of complementary and alternative treatments for children with autistic spectrum disorders is increasing*. *Pediatric Annals*. 32: 685-691.
22. Lord C, Bailey A. (2002). Autism Spectrum Disorders En: *Rutter M, Taylor E, Editors. Child and adolescent psychiatry. 4th ed. Bath: Blackwell Publishing; p. 636-63.*
23. Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria*. Ministerio de Ciencia e Innovación. Madrid, España.
24. Ministerio de protección social. *Norma Técnica Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el Menor de 10 años*. Dirección General de Salud Pública. República de Colombia.
25. Mulas Fernando, et al. (2010). *Modelos de Intervención en Autismo*; Revista de Neurología. 50; suplemento 3; 77, 84.
26. NCCAM - ver: <http://nccam.nih.gov/>
27. Navarrete, F., Palanca, I. y Hervás, M. (2008). *Guía de diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista. La atención en la Red de Salud Mental*. COGESIN, S.L.U. Madrid, España.
28. Research Autism, Adam House, 1 Fitzroy Square, London W1T 5HE.
29. Organización Mundial de la Salud. (1993). *Trastornos mentales y del comportamiento. 10ª Ed (CIE-10)*. Meditor. Ginebra, Suiza.
30. Rivera, C. Aprender a mirar: el discurso sobre el autismo. (Tesis de grado para optar al título de Antropóloga). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003. Disponible en: <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/tesis/unal/aprender/aprender%20a%20mirar.pdf>

31. Riviére, A. ¿Cómo aparece el autismo? Diagnóstico temprano e indicadores precoces del trastorno autista. En A. RIVIERE y J. MARTOS (Comp.) El niño pequeño con autismo. Madrid: APNA; 2000.
32. Robins DL et al. (2001). The modified checklist for autism in toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *J Autism DevDisord.* 31: 131-44.
33. Seguí, J. Ortiz-Tallo, M. y De Diego, Y. (2008). Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: Sobrecarga, psicopatología y estado de salud. *Servicio de Publicaciones Universidad de Murcia.* Edición web (www.um.es/analesps): 1695-2294.
34. Vélez, González, Sampedro, Lemos. (2011). *Análisis del proceso de detección de Trastornos del Espectro Autista en niños que reciben atención en la Fundación Integrar.*
35. Barón- Cohen, S. y Bolton, P. (1998). Autismo. una guía para padres. Alianza. Madrid