

**REVISIÓN DE INSTRUMENTOS VALIDADOS EN COLOMBIA PARA EL
DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA**

Autor: Myriam Alexis Velásquez Gaona

Trabajo presentado como requisito para optar por el título de

Especialista en Neuropsicología Escolar

Asesor: Jessica Arévalo

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
ESPECIALIZACIÓN EN NEUROPSICOLOGÍA ESCOLAR**

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

BOGOTÁ, D.C - 2017

RESUMEN

Este artículo se elaboró mediante una revisión bibliográfica acerca del concepto de Trastorno del Espectro Autista (TEA), sus antecedentes conceptuales, autores relevantes en el tema, clasificaciones según el DSM V y cambios realizados con respecto al DSM-IV. También se revisaron algunos de los instrumentos más conocidos, como escalas de evaluación, listas de comportamiento, Pruebas estandarizadas, Baterías de Inteligencia, para evaluar y diagnosticar el Trastorno Espectro Autista (TEA), su validación y posible aplicación para la población colombiana.

PALABRAS CLAVES

Autismo, Instrumentos de Evaluación, Trastorno Espectro Autista

ABSTRACT

This article is based on a bibliographic review about the concept of Autism Spectrum Disorder (ASD), its conceptual background, relevant authors, DSM V classifications and DSM-IV changes. We also reviewed some of the most well-known instruments, such as evaluation scales, behavioral lists, standardized tests, intelligence batteries, to evaluate and diagnose Autistic Spectrum Disorder (ASD), its validation and possible application for the Colombian population.

INTRODUCCIÓN

“Trastornos del Espectro Autista” (TEA) es el término inicialmente tomado por Wing (1998) para dar a entender los síntomas presentados en distintas categorías diagnósticas

dentro de un continuo de severidad, como el autismo infantil y el Síndrome de Asperger (SA). Con dificultades en la interacción social, la comunicación y dificultades en la imaginación, asociadas a conductas repetitivas y estereotipadas. Ortiz Mexicano, Reyes, López, Ayala Guerrero, (2013).

Para autores como Molina (2012), uno de los conceptos más actualizados de TEA se encuentra en la nueva versión del DSM-V (American Psychiatric Association; 2013) el cual reúne bajo este nombre al Autismo infantil, al Síndrome Asperger, al trastorno Desintegrativo Infantil y a los trastornos no especificados del desarrollo, donde sólo es necesario cumplir con dos síntomas: alteraciones de la comunicación social y comportamientos repetitivos/estereotipados (Wing, Gould y Gillberg; 2011). Esta definición también la confirma la clasificación diagnóstica de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) donde se identifica el TEA como Trastornos generalizados del desarrollo (F84), caracterizados por una alteración grave y extensa de diversas áreas del desarrollo mental, que se expresa en la interacción social, la comunicación, la presencia de comportamientos estereotipados, así como en la dificultad o indiferencia hacia lo que sus semejantes piensen, sientan o crean.

Para el diagnóstico del TEA no existe ninguna prueba biológica, el apoyo para la identificación de este trastorno hasta ahora es de carácter estrictamente clínico (Hervàs, Maristany, Salgado, Sánchez 2012) y como afirma Villalba (2013) este proceso de diagnóstico es bastante complejo. Otros autores afirman que el proceso diagnóstico depende de la validación de los instrumentos y son muy pocos los validados para el habla hispana (Hernández, Artigas, Martos, Palacios, Fuentes, Belinchón, M., & Posada 2005). Además, como afirman Ortiz et al (2013) actualmente se carece de exploración en procesos de evaluación con una perspectiva dimensional de TEA. Para Bruna, Roig,

Puyuelo, Junque y Ruano (2011) existen dentro de las patologías neurológicas unas alteraciones llamadas trastornos mentales entre las cuales se identifica los TEA, lo cual lleva a un análisis reflexivo frente a las dificultades o daño en las funciones ejecutivas, afirmando también que un trastorno de pensamiento puede conducir a alteraciones en las capacidades de asociación y la afectividad en TEA.

En Colombia la realización de diagnósticos en TEA según Villalba 2013 ha generado ciertas dificultades ya que desde la Ley 1090 de 2016, emanada por el Congreso de la República de Colombia en su artículo 47 en donde se establece el uso exclusivo de aplicación de instrumentos estandarizados en el diagnóstico de TEA y distintas patologías, donde también se afirma que el profesional en Psicología debe esmerarse en la presentación de resultados diagnósticos basadas en la aplicación de pruebas que sean debidamente validadas y estandarizadas. Pues los tests psicológicos, entrevistas, observaciones y registro de conductas por sí solos no son suficientes para hacer evaluaciones diagnósticas; todos estos deben hacer parte de un proceso amplio, profundo, integral y ético. Muchos estudios realizados en TEA en Colombia analizan variables, comportamientos y comorbilidades asociados con este trastorno como es el caso de Albarracín, Rey, Jaimes, (2014) quienes realizan un análisis frente al afrontamiento del TEA en los padres y su incidencia por sexo, escolaridad de los padres y acompañamiento médico a su hijo. En otro estudio, se evidencia un muy bajo porcentaje donde el objeto de estudio es el diagnóstico o la validación de pruebas tal vez como citan muchos autores como Albores, Hernández, Díaz y Cortés, (2008) el profesional requiere de un alto nivel de especialización y experticia en diagnóstico, ya que la coexistencia entre TEA y DI (Discapacidad Intelectual) u otros trastornos de infancia suele ser un factor considerable en el momento del diagnóstico, así mismo es importante considerar la importancia de los manuales diagnósticos que relacionan los criterios en el proceso evolutivo del mismo,

finalmente se establece la importancia que los profesionales de educación y salud puedan contar con instrumentos o escalas que apoyen la detección de TEA.

En esta revisión se busca identificar los instrumentos utilizados y validados para Colombia en el diagnóstico de TEA, reconociendo las características de TEA, describiendo los instrumentos de evaluación existentes y sus validaciones a nivel internacional así como la revisión de protocolos y de instrumentos validados para la población colombiana mediante la revisión de literatura de los últimos años.

MARCO TEORICO

Uno de los primeros autores en exponer las características del TEA fue Kanner (1943), quien en sus investigaciones lo caracterizó como una alteración de la interacción y la comunicación, con conductas e intereses limitados y repetitivos. Este término tiene su origen etimológico en el griego “autos” que significa por cuenta propia, e “ismo” un sufijo que denota acción o estado. Por otro lado y por la misma época, Hans Asperger en 1944 afirmó que el trastorno fundamental de los autistas es la limitación de sus relaciones sociales, asociando el trastorno a espacios más pedagógicos que clínicos. (Garrabè, 2012)

El psiquiatra infantil Leo Kanner, inició en 1938 un estudio con niños que presentaban diagnósticos psiquiátricos infantiles y/o con problemas emocionales y cinco años más tarde publicó el artículo: Trastornos Autistas del contacto Afectivo. (Revista española de Discapacidad Intelectual Siglo Cero, 1943). En el artículo de Artigas-Pallarès, & Paula, (2012), los autores describen los estudios de Kanner, respaldan las definiciones de Autismo, características así como las de

los pacientes en las relaciones sociales, comunicación y lenguaje. Garrabè, (2012)
lo cual declara que sus hallazgos aún son vigentes

Posner y Rothbart (2007) definen el TEA desde la alteración de la acetilcolina, con repercusiones y alteraciones neurológicas en el parietal superior, en la unión temporoparietal, en los campos visuales frontales afectando la orientación, esto, dentro del modelo de tres sistemas de neurotransmisores. Actualmente se considera el TEA como un trastorno del neurodesarrollo que se manifiesta en dificultad de la interacción social, en la comunicación, en el uso de la imaginación y patrones repetitivos de la conducta, tal como lo describe (Maseda 2013). Para la neurociencia, los avances en en la neuropsicología en el último período llamado contemporáneo, desde inicio de 1975 hasta la fecha, los avances en los diagnósticos han sido enormes debido entre otros aspectos, a la utilización de pruebas estandarizadas y a la mayor especialización de los profesionales. (Ardila, Rosselli 2015)

Sin embargo, a través de diversos estudios que demuestran un alto aumento de diagnóstico de TEA como lo dicen González y González (2016), cuando citan estadísticas de presencia de TEA a nivel mundial en 1 de cada 68 niños y su frecuencia está en más de 70 millones en todo el mundo, lo cual puede obedecer a mejores precisiones de diagnóstico como también a la ampliación del concepto de Asperger ampliando su prevalencia (Garrido & Viola, 2006; Breinbauer 2006). Sin causas muy claras, con supuestos como la contaminación atmosférica, aditivos alimentarios y otros, sin evidencia que apoye las distintas teorías expuestas (Wing, 1998, citado por Wilmans, 2010). Coincide con los estudios de Fombonne, (2005) donde afirma el aumento de la presencia de TEA e incluso hace un comparativo entre sexo, determinando que es mayor para los varones que para las mujeres en una proporción aproximada de 4

a 1. Otro hallazgo importante en términos estadísticos lo han hecho Elsabbagh, Divan, Koh, Kim, Kauchali, Marcín, Montiel-Nava, Patel, Paula, Wang, Yasamy y Fombonne (2012) quienes estiman que el 0.62% de la población mundial presenta TEA.

Este trastorno ha sido relacionado con otras alteraciones del desarrollo como son la discapacidad intelectual o problemas de lenguaje, con diferentes niveles de gravedad; por ello, el autismo se considera un espectro de condiciones variantes en un continuo y en el que se identifican algunos fenotipos clínicos (“Trastorno Autista”, “Trastorno de Asperger”, “Trastorno Desintegrativo Infantil”, “Síndrome de Rett” y “Trastorno Generalizado de Desarrollo No especificado” APA, 2003; OMS, 1992-). Citado por Belichòn, Muñoz, García de Andrès, Fuentes, Posada de la Paz ,(2010). Dicha comorbilidad es vista desde la perspectiva de varios autores no solo como dificultades en la conducta o en su interacción social, sino que de forma general afecta a las funciones superiores del paciente (Peña Montiel-Nava 2011). Además existen otros estudios con TEA que presentan cierta vulnerabilidad biológica a los problemas de sueño, la cual se estima con una prevalencia entre el 40- 80% (Cortesi, Giannotti, Ivanenko y Johnson, 2010). Citados por Peña, Montiel-Nava, (2011). También es importante reconocer que características propias de TEA como la ecolalia, inflexibilidad cognitiva y conductual, conductas estereotipadas que no sólo se presentan en este trastorno, también existe relación directa con el dominio de las funciones ejecutivas, las habilidades perceptuales y de atención. Ortiz Mexicano, Reyes, López ,Ayala Guerrero, (2013)

Dentro de los antecedentes históricos encontramos distintas aproximaciones que establecen definiciones y acercamientos a la descripción de los rasgos y características del diagnóstico, para el caso de la teoría de la Mente el TEA explica los errores en la interacción del sujeto y sus dificultades para la utilización del lenguaje adquirido, lo cual

proviene de la función ejecutiva, asociándolo a su vez a posibles alteraciones cerebrales (Baetz, Shi, Walter, Macdonald, Wlodarski, Gozani, Hieter, Howe, (2006) y se centra en la “incapacidad de interpretar conceptos y expresarlos en un entorno social” Wilmans, (2010) esto hace parte de las características múltiples que presenta el TEA.

Existen características comunes en los instrumentos de evaluación a nivel internacional, por ejemplo como la ADOS-G , reconocida en el proceso de diagnóstico de TEA, se caracteriza por ser de carácter muy complejo, con un requerimiento en la experticia para su aplicación. Las pruebas de aplicación en este diagnóstico llamadas ACACIA e IDEA están diseñadas exclusivamente para la población española. Otros cuestionarios han sido validados en EEUU para su población infantil, son cuestionarios para padres o profesores, cuyos ítems se basan en criterios lingüísticos, cognitivos y de comportamiento. A continuación se presenta en la tabla 1 un resumen de los instrumentos más usados en TEA, sus autores, validación, población a quien va dirigida, procesos específicos de evaluación, así como la edad hacia la cual debe ser aplicado cada instrumento.

Otro proceso importante dentro del campo de la evaluación es la valoración neuropsicológica del TEA, porque se centra no solo en la valoración diagnóstica, sino en conocer el puntaje global del funcionamiento de la persona con TEA. Por tanto, estas pruebas diagnósticas se complementan con las valoraciones interdisciplinarias, tales como pruebas de desarrollo , de la comunicación y el lenguaje. Con esta evaluación se pretende identificar puntos fuertes y débiles en distintas áreas del paciente: *procesamiento sensorial, motricidad, autonomía comunicación y socialización*. Pauline Filipek, Accardo, Grace, Baranek, Edwin, Cook, Geraldine Dawson, Barry Gordon, Judith S. Gravel, Chris Johnson, Ronald Kallen, Susan Levy, Nancy Minshew, Barry

Prizant, Rapin Rogers, Wendy Stone, Stuart Teplin, Roberto Tuchman, y Fred Volkmar

(S/F)

Tabla 1. *Principales Instrumentos Para Diagnóstico De TEA (Fuente de elaboración del autor)*

INSTRUMENTO	POBLACIÓN	QUE EVALUA	VALIDADOS EN COLOMBIA	TIEMPO APLICACIÓN
CHAT , Checklist For Autismo in Toddlers	de 18 meses de edad	Comportamientos de riesgo de TEA	NO	30 minutos
SCQ Cuestionario Comunicación Social Rutter, Bailey y Lord (2005)	4 años en adelante	Relación social, comunicación	NO	20 minutos
CARS <i>(The Childhood Autism Rating Scale)</i> (Schopler et al., 1980)	desde 2 años	Diferencia conductas de TEA con otros trastornos, categoriza autismo (normal, moderado o severo).	SI	30-45 minutos.
(ADOS) Autism Diagnostic Observation Schedule	mayores de 2 años	Características de TEA	NO	2 horas o más
ADI-R <i>(Autism Diagnostic Interview-Revised)</i> (Lord et al., 1994)	padres o cuidadores de niños, adolescentes y adultos	<i>comunicación y lenguaje; desarrollo social y juego; intereses y conductas atípicas; conductas no especificadas; y habilidades especiales.</i>		
ACACIA (Tamarit, 1990)	por debajo de 36 meses con escasas competencias de lenguaje expresivo	estrategias sociales básicas, instrumentales o de anticipación	NO	variable
IDEA <i>(Inventario del Espectro Autista)</i> (Rivière, 1998)	de 2 años hasta la edad adulta	<i>social; comunicación y lenguaje; anticipación y flexibilidad; simbolización</i>	SI	variable
ENI Evaluación neuropsicológica infantil (Matute, Rosselli, Ardila/Ostrosky 2007)	5-16 años	desarrollo, detección de alteraciones cognitivas, comportamentales	SI	3 horas

Desde la Neuropsicología se reconoce las habilidades cognoscitivas del cerebro que han sido evaluadas con instrumentos estandarizados para determinar su buena ejecución.

Londoño, Varela, Dussan (2012). Frente a esta afirmación los autores coinciden en

afirmar que un diagnóstico temprano en TEA mejora su evolución, situación por la cual debe hacerse un tamizaje clínico en los casos de riesgo, con instrumentos específicos como lo refieren Hervàs, Maristany, Salgado, Sànchez (2012). También es importante dentro de los procesos de evaluación de TEA, el evaluar coeficiente intelectual con exploración en dominios de carácter cognitivo, que para este trastorno es muy probable que sus respuestas más altas sean en el área ejecutiva y las más bajas en el verbal, sin embargo estos resultados son tan amplios y generales que por sí mismos no permiten un análisis minucioso del trastorno. Ortiz et al (2013). Evaluaciones importantes desde fonología, terapeuta ocupacional, así como exámenes de laboratorio: evaluación audiológica, evaluación electroencefalográfica, screening metabólico, carograma, evaluación inmunológica y estudios de neuroimagen (Breinbauer,2006; Díez, Muñoz, Fuentes, Canal,Idiazabal, Ferrari, Mulas, Tamarit, (2005). Los cuestionarios a padres y las escalas específicas son recomendadas por autores como Pèrez y Lastrilla (2015) . Por otro lado Peña y Montiel (2011) afirman que el proceso de diagnóstico de TEA sugiere desarrollar estrategias que permitan hipótesis adecuadas para poder diferenciarlo de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, pues pueden presentar síntomas comòrbidos. Un estudio interesado en validar instrumento para la población española señaló la importancia de la aplicación de entrevista a padres de familia desde Pediatría, por medio de cuestionarios, con la práctica de exámenes de laboratorio, donde se reportan la gran mayoría de casos en ese país, creando así un protocolo de atención que inicia en una evaluación por el profesional en salud en pediatría remitiendo luego a especialistas en Psicología para aplicar baterías observacionales y de diagnóstico en TEA. (Canal, Santos, Rey, Franco, Martínez, Ferrari 2007)

Dentro de los estudios realizados para la población colombiana no existen muchos aportes validados para el diagnóstico de TEA. (Talero 2015), sin embargo si encontramos estudios asociados a TEA. Se llevó a cabo un estudio descriptivo y retrospectivo, teniendo como población de referencia niños con diagnóstico de TEA que recibían atención en una fundación de la ciudad, especialista en la intervención de cuadros de TEA. San Pedro, González, Vèlez, Lemos (2013)

Álvarez en el 2013 creò un instrumento como propuesta de Evaluaciòn Psicomotricidad Vivenciada para niños y niñas con diagnóstico de TEA. Dicho instrumento evalúa características de desempeño psicomotor del niño en relación con su cuerpo, con las personas, con los objetos y con el espacio desde la perspectiva de la psicomotricidad vivenciada. Fue aplicado a pacientes desde los 3 años de edad hasta los 12 años, tiene una duración de aplicación entre 10 y 15 minutos. Se presentò ante un juicio de expertos entre psicólogos, terapeutas ocupacionales, educadores especiales y fisioterapeutas, quienes afirmaron del instrumento coherencia, claridad y sencillez de evaluar en niños con TEA.

Otro estudio importante realizado por Rey & Jaimes en el 2013 tuvo componentes importantes en los procesos de diagnóstico y seguimiento a los casos de TEA pues relaciona también los niveles de escolaridad de los padres, niveles de ansiedad e incluso negación frente al diagnóstico, lo cual deja ver en sus hallazgos, la necesidad por profundizar mucho más en el tema, investigar sobre variables culturales marcadas en la población colombiana que inciden no solamente en los procesos de diagnóstico para TEA, sino también en los procesos de intervención que los pacientes puedan tener.

El más reciente de todos los estudios de validación de instrumentos para detectar TEA en edades tempranas para Colombia, es el de Villalba 2013. Su investigación apunta a la validación de puntuaciones del Q-CHAT para detectar TEA en la primera infancia, realizado en Bogotá, bajo el modelo de Rasch donde utilizó una metodología cuantitativa con un diseño de dos grupos independientes: un grupo clínico conformado por 49 menores diagnosticados con TEA y un grupo no clínico conformado por 182 infantes. Sin embargo, a pesar de su amplia revisión bibliográfica, traducción del instrumento y aplicación a población colombiana, afirma en sus conclusiones que puede ser objeto de tamizaje y de diagnóstico para TEA pero que no puede ser aplicado por los psicólogos de Colombia por restricciones legales. Sin embargo el Q-CHAT no solo tiene la restricción establecida por esta ley en nuestro país, sino que también requiere experticia del profesional que requiera de su aplicación (Albores, Hernández, Díaz & Cortes, 2008).

Torres 2014, de otro lado, en su investigación sobre la *Descripción del trastorno del Espectro Autista* relata que para la población colombiana diseñó un cuestionario con 18 ítems de acuerdo a los síntomas descritos en el DSM-IV para inatención, hiperactividad e impulsividad. Con criterios de edad, lugar de ocurrencia y una posible relación con el rendimiento académico y/o social. Afirmó que la constancia en los resultados es más alta en pacientes escolarizados, sin embargo refiere que los datos no son muy consistentes. Cita también una investigación reciente aplicada en Manizales (Colombia) donde se aplicó una lista de comportamientos relacionada con los criterios de DSM-IV a niños con Trastorno de Déficit de Atención. El autor hace la relación por la adaptación de instrumentos a población colombiana, como también la gran limitación en ambos estudios pues la única información proviene de los padres de familia.

Por otra parte, el Ministerio de Salud de Colombia estableció en 2015 un protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con TEA, además se encuentra vigente la Resolución N.8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud donde se especifica que el diagnóstico de TEA lo emite un profesional de la salud en pediatría, neurología y/o psicología clínica a través de sesiones de observación, aplicación de instrumentos, apreciación de la familia e informes educativos. Lo cual es necesario tener en cuenta en procesos de diagnósticos clínicos.

A partir de esta información se sugiere que dentro del protocolo de diagnóstico para TEA en Colombia se tenga en cuenta entrevista con padres de familia y cuidadores como se indica en el instrumento ADOS, exámenes clínicos como afirman Breinbauer (2006); Díez-Cuervo, et.al (2005), aplicación de instrumentos estandarizados como sugieren Londoño, Varela, Dussan (2012), Álvarez (2013), Villalba (2013), Pérez y Lastrilla (2015), Hervàs, Maristany, Salgado y Sánchez (2012). Así como la detección temprana desde la consulta pediátrica, con cuestionario específico y entrevista a padres más observación especializada al paciente, como indican Giangaspro y Pertejo (2007). Hacer una evaluación de coeficiente intelectual como lo sugiere Ortiz et al (2013).

METODOLOGÍA

En cuanto a la metodología, se planteó un estudio con un tipo de alcance descriptivo, que según las características planteadas por Hernández, Fernández y Baptista

(2010), corresponde a aquel en el que se observan los fenómenos en un momento único del tiempo tal como aparecen en su contexto, sin la manipulación de variables a estudiar, buscando recolectar la información y datos sobre conceptos o variables que sean de utilidad para describir o dar las características de una población o fenómeno.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en portales de servicios electrónicos de revistas científicas, como Redalyc, Dialnet, Apa article y Ebscout, usando como descriptores o palabras clave: Autismo, Instrumentos de Evaluación, Trastorno Espectro Autista.

Los resultados obtenidos oscilaron entre 60.500 tras la combinación de las diferentes palabras clave. Se consideraron criterios para asegurar la validez y confiabilidad, seleccionando así fuentes de información primarias como artículos de investigación de revistas científicas que presentaran información precisa sobre TEA, Instrumentos de evaluación y Autismo, que incluyeran unos estudios significativos como aporte al estudio de valoración de TEA. Así mismo, se tuvo en cuenta que dichas investigaciones se publicaran entre el año 2012 y el año en curso. Sin embargo otras publicaciones realizadas entre el año 1943 y 1998, 2000 y 2008 fueron incluidas en esta revisión dada su pertinencia y permanencia en el tiempo de sus postulados.

DISCUSIÓN

Una vez revisada la teoría, analizadas diversas definiciones de TEA, desde diferentes autores, épocas y tendencias, así como desde los planteamientos y objetivos de la investigación, se hace un recorrido por distintos países y autores, especialmente desde Europa, Estados Unidos, acercando el proceso de investigación hacia los países latinoamericanos, llegando a estudios investigativos frente a la validación de instrumentos en TEA para la población colombiana.

De esta manera y partiendo del objetivo de esta investigación como lo es identificar los instrumentos utilizados y validados para Colombia en el diagnóstico de TEA, se reconoce inicialmente las características del trastorno, su evolución a través del tiempo, los instrumentos de evaluación existentes a nivel internacional, la revisión de protocolos y de posibles instrumentos validados y/o utilizados para la población colombiana mediante la revisión de literatura a lo largo de más de una década de estudios.

Conforme a la revisión bibliográfica realizada con respecto a instrumentos validados a nivel internacional, se evidencia la necesidad de un protocolo en pacientes con posible TEA como lo afirman Riviere (2001), Londoño, Varela, Dussan (2012), Villalba (2013), Pérez y Lastrilla (2015), requiriendo estrategias metodológicas rigurosas como son las listas de chequeos de comportamientos, entrevistas estructuradas a familia y/o cuidadores, exámenes de laboratorios, validación y aplicación de baterías de desarrollo, coeficiente intelectual, aplicados preferiblemente desde temprana edad, de acuerdo a autores desde diferentes países están de acuerdo en la imperiosa necesidad de determinar un protocolo o ruta establecida para llegar al diagnóstico a temprana edad de TEA, como lo afirman Londoño, Varela, Dussan (2012), Hervàs, Maristany, Salgado, Sánchez

(2012) lo cual favorece el proceso de evaluación en el paciente, también es importante identificar la existencia de comorbilidad con otras patologías y de esta manera iniciar acompañamiento terapéutico de acuerdo a las necesidades y características específicas de cada paciente. Los estudios consultados, dejan ver que cada vez es más imperioso para los especialistas en salud, la necesidad de crear políticas investigativas claras para determinar protocolos de TEA, especialmente desde temprana edad. Es claro, como lo afirma Talero-Gutiérrez et al (2003), que en Colombia no se tiene conocimiento preciso acerca de los datos clínicos y epidemiológicos del Autismo, tampoco así del Asperger; en sentido general, aunque son muchos los intentos de corte epidemiológico sobre el tema, los resultados suelen ser variables y poco confiables en relación a la estimación de la prevalencia y la etiología de este trastorno.

De tal manera, se sugiere la importancia de reconocer que para la población de Colombia se requiere ahondar en procesos científicos, mediante investigaciones que generen protocolos universales en el proceso de diagnóstico del trastorno TEA de tal manera que desde el Ministerio de Salud se establezca prioridad por un protocolo inicial de evaluación. Pues es contradictorio que esta entidad de carácter nacional autorice procesos de intervención y acompañamiento sin establecer protocolos científicos para el diagnóstico. Es así como se reconoce la importancia de la aplicación y seguimiento del proceso de intervención por medio de la terapia de Análisis Conductual Aplicado más conocido como método ABA, el cual, es el único aprobado para Colombia como proceso investigativo en TEA, aporte dado desde la Psicología.

Así mismo, en nuestro país a pesar de que ha sido impulsada la evaluación e intervención de personas con trastornos del desarrollo, se requiere mayor énfasis en investigación clínica, capaz de ofrecer insumos para la detección precoz o la prevención se encuentra

aún en proceso de desarrollo. Dentro de los procesos investigativos, es importante encauzar los procesos diagnósticos hacia etapas de tipo pre, peri y posnatal, que puedan dar indicadores de alarma para el desarrollo de los síntomas propios de los Trastornos Generalizados del Desarrollo, generar estrategias de prevención a futuro. Dichos estudios se encaminan hacia situaciones epidemiológicas tales como los siguientes síntomas: el sangrado en el segundo trimestre del embarazo, enfermedades durante la gestación, neonatal bajo de peso, historial de abortos, etc. (López, Rivas & Taboada, 2008).

En un estudio realizado en Colombia con 333 registros clínicos de niños y niñas con Autismo y Asperger en la ciudad de Bogotá (Colombia), se realizó un estudio de casos controles en el que se analizaron 14 condiciones epigenéticas de riesgo. Utria Toscano & Lara, (2013). Con estas condiciones halladas en este tipo de estudios también permiten identificar los elementos que se requieren para la construcción de instrumentos de evaluación.

A pesar de las limitaciones que puedan tener las pruebas de diagnóstico, estas contribuyen con una serie de información válida para obtener un diagnóstico de TEA junto con otras estrategias como la aplicación de entrevistas estructuradas, aplicación de listas de comportamientos, permite realizar un diagnóstico especializado frente al tema. Para el caso específico de Colombia, de acuerdo a las limitantes legales citadas en esta investigación, es necesario que desde las políticas gubernamentales que normalizan a los profesionales en Psicología para su ejercicio profesional, especialmente en procesos de evaluación y diagnóstico, aplicación de instrumentos, ejerzan las veces de control y seguimiento de esta profesión que desde el año 2006 a nivel nacional establece políticas claras para el aval de aplicación de Instrumentos evaluativos de TEA y la formalización de espacios políticos para el ejercicio de evaluación de los psicólogos en Colombia.

Adicionalmente se establece la necesidad de un único protocolo de atención el cual se pueda trabajar desde los primeros años de vida del paciente, conforme a los comportamientos que reportan los cuidadores en citas con pediatra, lo cual favorece la calidad de vida de los pacientes optimizando el proceso para los especialistas en psicología en el abordaje del trastorno. Por tanto se propone inicialmente una entrevista estructurada a padres o cuidadores de mayor contacto con el paciente y que refieran preocupación por dificultades en la interacción y/o en la comunicación de su hijo y así se pueda obtener información necesaria para continuar con una ruta de diagnóstico necesaria para identificar un posible TEA. Continuar con una aplicación de listado de comportamientos como por ejemplo, la propuesta creada por Rivière (2004), con el inventario IDEA en donde se logra la identificación de una serie de conductas que determinan el nivel de TEA presente; aplicación de Prueba de desarrollo y/o valoración de coeficiente intelectual, mediante pruebas validadas para la población colombiana, entre ellas las escalas de Wechsler, D. (1994). Así como otras baterías de pruebas que contribuyan en el proceso de diagnóstico de TEA

Por lo, tanto, se considera pertinente hacer una invitación no solo a los profesionales en Psicología que están interesados en el campo de la evaluación de TEA , sino también a la legislación colombiana, que estudien a fondo la necesidad de una experta evaluación y de esta manera aumentar los procesos investigativos en el área del tratamiento de TEA.

REFERENCIAS

Albarracìn Rodríguez, A.P.; Rey Hernández, L.A. & Jaimes Caicedo, M.M. (2014). Estrategias de afrontamiento y características sociodemográficas en padres de hijos con trastornos del espectro autista. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 42, 111-126. Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/498/1034>

Albores-Gallo, L., Hernández-Guzmán, L., Díaz –Pichardo, J. A., Cortes-Hernández, B. (2008). Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo. Una discusión. *Salud Mental* 2008;31:37-44

Álvarez Toro, L.J. (2013). *Instrumento de psicomotricidad vivenciada para niños y niñas autistas. mental*, 31(1), 37-44. *Rev. U.D.C.A. Act & Div. Cient.* 16(2): 343-350.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (Fifth Edition)*. Washington D, C.: APA.

Ardila A., Rosselli M., (2015) *Agnosias y Apraxias*. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. Vol. 15 N. 1 Colombia

Artigas-Pallarès, J., & Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587

Baetz, K., Shi, X., Walter, K. L., MacDonald, V. E., Wlodarski, M. J., & Howe, L. (2006). The Yng1p plant homeodomain finger is a methyl-histone binding module that recognizes lysine 4-methylated histone H3. *Molecular and cellular biology*, 26(21), 7871-7879.

Belichòn Carmona, Leticia Boada Muñoz, Esther García de Andrès, Joaquín Fuentes Biggi, Manuel Posada de la Paz. (2010). Universidad Autónoma de Madrid. *Evolució n de los estudios sobre Autismo en España: Publicaciones y Redes de coautoría entre 1974 y 2007*

Breinbauer, C. (2006). Fortaleciendo el desarrollo de niños con necesidades especiales: Introducción al Modelo DIR y la terapia Floortime o Juego Circular. *Revista de la Asociación Peruana de Psicoterapia Psicoanalítica de Niños y Adolescentes*, 11, 119-134.

Bruna, O., Roig, T., Puyuelo, M., Junqué, C., & Ruano, Á. (2011). Rehabilitación neuropsicológica. *Intervención y práctica clínica*. Barcelona: Editorial Elsevier. 520 páginas. ISBN: 978-84-458-2066-7

Canal Ricardo Canal Bedia José Santos Borbujo Francisco Rey Sánchez Manuel Franco Martín Ma José Martínez Velarte Ma José Ferrari Arroyo Manuel Posada de la Paz. *Detección y Diagnóstico de Trastornos de Espectro Autista*. Salamanca España

Congreso de la República de Colombia. Ley 1090 de 2006. Disponible en http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2006/ley_1090_2006.html. Recuperado el 26/07/2010.

Díez-Cuervo, A., Muñoz-Yunta, J. A., Fuentes-Biggi, J., Canal-Bedia, R., Idiazábal-Aletxa, M. A., Ferrari-Arroyo, M. J., ... & Artigas-Pallares, J. (2005). *Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista*. *Rev Neurol*, 41(5), 299-310.

Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y. J., Kim, Y. S., Kauchali, S., Marcín, C., & Yasamy, M. T. (2012). Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism Research*, 5(3), 160-179.

Fombonne, E. (2005). Epidemiological Studies of Pervasive Developmental Disorders

Garrabé de Lara, J. (2012). El autismo: Historia y clasificaciones. *Salud mental*, 35(3), 257-261.

Garrido & Viola, (2006). Actualizaciones en psicoterapia integrativa. Instituto chileno de psicoterapia integrativa. Vol 2. 2010

Giangaspro, E. C., & Pertejo, M. A. (2007). Instrumentos para la detección precoz de los trastornos del espectro autista. *Rev Pediatric Atenciòn Primaria*, 9(34), 301-315.

González-Mercado, Yadira María; Domínguez - González, María Guadalupe; Rivera - Martínez, Luz Briseida; (2016). *AUTISMO Y EVALUACIÓN. Ra Ximhai*, Julio-Diciembre, 525-533.

Hernández, J. M.; Artigas Pallarés, J.; Martos Pérez, J.; Palacios Antón, S.; Fuentes Biggi, J.; Belinchón Carmona, M.; Canal Bedia, R.; Díez Cuervo, A.; Ferrari Arroyo, M. J.; Hervás Zúñiga, A.; Idiazábal Aletxa, M. A.; Mulas, F.; Muñoz Yunta, J. A.; Tamarit, J.; Valdizán, J. R.; Posada de la Paz, M. (2005). Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología* 41(4):237-245

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M.P. (2010) Metodología de la Investigación (5ª Ed.). México: McGraw Hill Educación

Hervàs, M.Maristany, M. Salgado, L., Sàncnez S. (2012). *Pediatric Integral XVO* (10) 780-794. Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*, 41(4), 237-45.

Kanner, L. (1943). *Autistic disturbances of affective contact. Nervous Child*, 2, 217-250. (Traducción española: Siglo Cero, 149).

Londoño, D., Varela V.,Dussan C., (2012). Universidad del Caribe, Universidad del Norte. Volumen 9 (2) 305-329. 2012

López, S., Rivas, R. M., & Taboada, E. M. (2008). Revisiones sobre el autismo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41, 555-570.

Maseda, M. (2013). El autismo y las emociones. La Teoría de la Mente en los niños/as autistas. Su afectación dentro del ámbito emocional. Proyecto Final del Postgrado en Educación Emocional y Bienestar. Barcelona: Universidad de Barcelona. Dipòsit Digital: (<http://hdl.handle.net/2445/48217>)

Matute, E., Rosselli, M., Ardila, A., & Ostrosky, F. (2007). *Evaluación Neuropsicológica Infantil—ENI (Child Neuropsychological Assessment)*. Mexico D.F., Mexico: Manual Moderno/Universidad de Guadalajara/UNAM.

Ministerio de Salud. *Resolución número 8430 de 1993*. Colombia

Molina, S.,ME. (2012). *Detección temprana de autismo ¿es posible y necesaria?.* Revista CES Psicología, 5(1), 112-117.

Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10). Versión española. Madrid: Ed. Meditor, (1993).

Ortiz Cruz, E E; Mexicano Medina, G; Reyes Aguilar, A; López García, R; Ayala Guerrero, F; (2013). *Evaluación de las funciones cognoscitivas en niños con trastornos del espectro autista.* Revista Neuropsicología Latinoamericana, 5() 53-60.

Pauline A. Filipek, Pasquale J. Accardo, Grace T. Baranek, Edwin H. Cook, Jr., Geraldine Dawson, Barry Gordon, Judith S. Gravel, Chris P. Johnson, Ronald J. Kallen, Susan E. Levy, Nancy J. Minshew, Barry M. Prizant, Isabelle Rapin Sally J. Rogers, Wendy L. Stone, Stuart Teplin, Roberto F. Tuchman, y Fred R. Volkmar .
Diagnóstico y Detección precoz de los trastornos del espectro Autista. (s/f)

Peña, Joaquín A.; Montiel-Nava, Cecilia; (2011). *Déficit de atención e hiperactividad en los trastornos del espectro autista.* Investigación Clínica, . 195-204.

Pérez G., Lastrilla A., (2015). *Procesos e instrumentos de evaluación*

neuropsicológica educativa. España

Posner M., Rothbart M. (2007). Research on Attention Networks as a Model for the Integration of Psychological Science. *Annual Review of Psychology*. Vol 58:1-23
, 2006

DOI: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085516

Revista española de discapacidad intelectual siglo cero (1943). *Trastornos autistas del contacto afectivo*. España. Artículo original Leo Kanner 1943

Rey, L., & Jaimes, M. (2013). *Estudio correlacional entre estrategias de afrontamiento y características sociodemográficas en padres de hijos con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA)* (Tesis de pregrado). Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga. Recuperado de http://biblioteca.upbbga.edu.co/docs/digital_25470.pdf

Rivière, A. (2001) *Inventario De Espectro Autista*. Buenos Aires: FUNDEC

Rivière, A. (2004) IDEA. *Inventario De Espectro Autista*. Buenos Aires: FUNDEC

Rutter M., Bailey A., Lord C., (2005) *SCQ Cuestionario de Comunicación Social. TEA Ediciones*

San Pedro M., González M., Vèlez S., Lemos M. (2013) *Detección temprana en trastornos del espectro autista: una decisión responsable para un mejor pronóstico*.

Medellin, Colombia.

Schopler E, Reichler RF, Devellis RF, Daly K. Toward objective classification of childhood autism: *Childhood autism rating scale (CARS)*. J Autism Dev Disord 1980; 10: 91-103.

Tamarit, J. (1990). Proyecto ACACIA. *Sistema de análisis de la competencia comunicativa e interactiva en autismo y otros trastornos del desarrollo con bajos niveles de funcionamiento cognitivo. Memoria final del Proyecto subvencionado por el Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías.*

Talero G., Gutiérrez C., Echeverría CM., Sánchez Q., Morales G., Vélez-Van-
Meerbeke A. (2015). *Trastorno del espectro autista y funciones ejecutivas*. Acta Neurol
Colombia. P. 246-252

Torres A. Santiago. (2014). *Descripción del trastorno del Espectro Autista*. Medellín
Colombia

Utria, O., Ávila-Toscano, J. H. & Lara, D. (2013). Factores epigenéticos de los trastornos generalizados del desarrollo. Análisis comparativo entre Autismo y Síndrome de Asperger. En: J. H. Ávila-Toscano. *Individuo, comunidad y salud mental. Avances en estudios sociales y aplicados a la salud*. (pp. 145-164). Barranquilla, Colombia: Ediciones CUR.

Villalba Garzón, J. A. (2013). *Validación del q-chat para detectar el trastorno autista en edades tempranas* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia).

Wilmans, P. G. G. (2010). El niño con autismo: Rehabilitación integral desde una mirada integrativa. *Psicoterapia Integrativa*, 89.

Wechsler, D. (1994). Test de inteligencia para niños. WISC-III Manual. *Test de inteligencia para niños WISC-III: manual*.

Wing, Gould y Gillberg ; 2011. *Trastornos del espectro autista en el DSM-V: mejor o peor que el DSM-IV?*. .