

CARACTERIZACIÓN SOBRE LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS UTILIZADAS
EN PERSONAS CON AUTISMO EN LA CIUDAD DE CALI

SANTIAGO GUASAQUILLO MEDINA
CAROLINA ORTIZ ORDOÑEZ
ERIKA ANDREA SANTANA VANEGAS

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGÍA, 2016

CARACTERIZACIÓN SOBRE LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS UTILIZADAS
EN PERSONAS CON AUTISMO EN LA CIUDAD DE CALI

SANTIAGO GUASAQUILLO MEDINA
CAROLINA ORTIZ ORDOÑEZ
ERIKA ANDREA SANTANA VANEGAS

Trabajo de grado
presentado como requisito
parcial para optar al
título de psicólogo

Director: Sebastián Jiménez Jiménez
Psicólogo, Magister

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGÍA, 2016

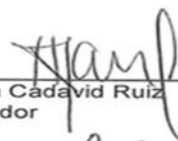
ARTICULO 23 de la Resolución No. 13 del 6 de Julio de 1946, del Reglamento de la Pontificia Universidad Javeriana.

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Solo velará porque no se publique nada contrario al dogma y la moral católica y porque las Tesis no contengan ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas el anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

Nota de Aceptación



Sebastián Jiménez Jiménez
DIRECTOR - TRABAJO DE GRADO



Natalia Cadavid Ruiz
Evaluador



María Cristina Quijano
Martinez
Evaluador

DEDICATORIA

Es nuestro deseo agradecer a Dios en primera instancia por habernos permitido culminar este proceso, a nuestros padres quienes permanentemente estuvieron a nuestro lado apoyandonos y a los integrantes de esta tesis que iniciaron juntos y culminaron juntos.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todas las instituciones y a los psicólogos que hicieron parte de esta tesis, a nuestras familias y a todas las personas que de una u otra forma hicieron parte de la misma.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	
INTRODUCCIÓN.....	1
MÉTODO.....	28
Tipo de estudio.....	28
Participantes.....	28
Instrumento.....	30
Procedimiento.....	31
Consideraciones éticas.....	34
RESULTADOS.....	38
Diagnóstico del TEA.....	39
Equipo profesional.....	39
Intervenciones psicológicas.....	42
Recursos.....	50
Intervenciones propias.....	51
Actualización en intervención.....	52
Información adicional.....	52
DISCUSIÓN.....	54
REFERENCIAS.....	67
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Tipos de intervención psicológica a personas con TEA.....	11
Tabla 2 Métodos de intervención que constituyen el ABA.....	13
Tabla 3 Intervenciones psicológicas.....	20
Tabla 4 Tratamientos con TIC.....	25
Tabla 5 Instituciones de la ciudad de Cali participantes en el estudio.....	29
Tabla 6 Función de los profesionales que hacen parte de la intervención a personas en personas con TEA.....	40
Tabla 7 Frecuencia y tipos de intervención psicológica utilizada por las instituciones.....	42
Tabla 8 Tipo de seguimiento y evolución de personas con TEA en la ciudad de Cali.....	48
Tabla 9 Recursos empleados en la intervención por cada institución y el motivo por el cual lo usan.....	50
Tabla 10 Información adicional considerado para la intervención a personas con TEA...	52

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento informado

Anexo 2 Tabla de lista de instituciones identificadas

Anexo 3 Cuestionario sobre atención a personas con autismo en la ciudad de Cali

Anexo 4 Derecho de petición

RESUMEN

El presente estudio se basa en la caracterización de las intervenciones psicológicas utilizadas en personas con autismo en la ciudad de Cali, para esto se aplicó el cuestionario sobre atención a personas con autismo en la ciudad de Cali a 7 psicólogos pertenecientes a 7 instituciones privadas que brindan atención integral a esta población. Los resultados mostraron que de las 10 intervenciones psicológicas incluidas en el cuestionario, 5 de ellas son utilizadas en algunas de estas instituciones, encontrado que el Applied Behavior Analysis (ABA) y el Treatment in Education of Autistic and Communication Handicapped Children (TEACCH) son utilizadas en 6 de las 7 instituciones. En el estudio se concluye que las intervenciones psicológicas permiten desarrollar habilidades que posibiliten a las personas desenvolverse en diferentes contextos. Cabe resaltar que en la ciudad de Cali dichos cambios significativos se logran según los resultados obtenidos debido a: (a) acompañamiento, (b) compromiso familiar y (c) equipo interdisciplinario que permita un trabajo holístico con las personas que rodean a la persona con autismo. Así mismo se concluye la importancia de las características de la intervención dirigidas a esta población como lo es el enfoque de la triple vertiente (niño, familia y entorno) la Atención Temprana (AT) y la Planificación Centrada en la Persona (PCP). De igual manera, se resalta que si se tienen en cuenta estas características al momento de intervenir con los diferentes métodos, técnicas y/o estrategias de intervención psicológica de manera correcta es posible obtener resultados positivos, mejorando considerablemente su calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio tuvo como propósito explorar los métodos, técnicas y/o estrategias de intervención psicológica que son utilizadas con las personas que han sido diagnosticadas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en la ciudad de Cali, Colombia. Para esto fue pertinente identificar las instituciones que realizan intervenciones con esta población en la ciudad de Cali. También fue necesario hacer una revisión sobre la etiología del TEA, sus características, su diagnóstico y las técnicas de intervención psicológica que se reportan en la literatura científica para el tratamiento de personas diagnosticadas con autismo.

El presente trabajo iniciará con el abordaje de la exploración de la prevalencia del TEA, puesto que esta información permite evidenciar el número de casos que presentan el trastorno y por consiguiente evidenciar la cantidad de personas que pueden presentar alteraciones en el área social y comportamental, siendo estas áreas fundamentales para un adecuado desempeño en el contexto social. Ahora bien, este es un trastorno que, según Ruggieri y Arberas (2015), afecta a una de cada 68 personas, con un mayor predominio de 4 a 1 en hombres que mujeres a nivel mundial. De acuerdo con el Ministerio de Salud de Colombia (2015), en Europa el TEA afecta al 0.6% de la población, alrededor de 5 millones de personas. Además, en Estados Unidos 1 de cada 88 niños está dentro del espectro autista. En Colombia, según el Ministerio de Salud de Colombia (2015) se estima que un 16% de la población menor de 15 años padece algún tipo de trastorno del desarrollo en el que se incluye el TEA. En el año 2013 se registraron 64.530 personas diagnosticadas con autismo en la niñez y 2.642 con autismo atípico según el Sistema Integral de Información de la Protección Social (Ministerio de Salud de Colombia, 2015). Para Garrabé (2012) una de las razones de la alta prevalencia en

autismo, se debe a que el DSM IV posee múltiples categorías del tipo de autismo para su diagnóstico a diferencia del DSM V, debido a esto un elevado número de personas fueron diagnosticadas con TEA bajo criterios del DSM IV.

En relación con el contexto del presente trabajo, se encontró que Colombia no cuenta con cifras oficiales que establezcan la prevalencia en el país de este trastorno. Esta información la corrobora Gaviria (2015) y el Ministerio de Salud de Colombia (2013) al informar que debido a esta situación el Ministerio de Salud y Protección Social desea realizar estudios sobre salud mental incluyendo a personas con TEA en Colombia.

Luego de hacer una búsqueda en los documentos publicados que ofrece la Gobernación del Valle y la Secretaría de Salud de la Alcaldía de Cali es posible decir que ni en el Valle del Cauca ni en la ciudad de Cali existen datos y cifras oficiales que permitan evidenciar la cantidad de personas diagnosticadas con autismo así como no es posible acceder a información acerca del tipo de intervenciones psicológicas que reciben las personas con esta condición.

Lo anterior cobra importancia por la carencia de estudios o datos formales respecto a las intervenciones empleadas para este trastorno en la ciudad de Cali. También se considera pertinente conocer la manera en la que estas personas están siendo intervenidas en relación con los datos reportados en la literatura revisada, puesto que es importante conocer tanto el objetivo por el cual los profesionales miembros de las instituciones recurren a la implementación de determinada intervención como el rol que ocupa el psicólogo en la intervención de esta población. Por esta razón se pretende caracterizar las intervenciones psicológicas aplicadas a personas diagnosticadas con autismo en la ciudad de Cali. A continuación, se presentarán distintas aproximaciones al TEA, enfatizando en las intervenciones de países de Europa y Estados Unidos ya que estos son los que arrojan mayor número de revisiones.

Características del autismo

Para iniciar con la revisión de los conceptos fundamentales que conforman el presente trabajo es necesario describir y/o definir el TEA y sus características. El autismo, según la American Psychiatric Association (APA, 2013), es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por déficits persistentes en la comunicación e interacción social y patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses. Fue descrito por el psiquiatra Leo Kanner en el año 1943 como un trastorno de origen biológico, cuya alteración esencial consiste en la perturbación innata del contacto afectivo.

Respecto a la etiología, Carboni y Romero (2014) y Varela- González, Ruiz-García, Vela-Amieva, Munive-Baez y Hernández- Antúnez (2011) han encontrado que existen factores que inciden en la aparición del autismo, entre ellos, el genético, donde un hermano gemelo monocigótico, tiene entre un 70 a 90% de probabilidad de presentar el síndrome a diferencia de hermanos que han nacido en diferentes momentos. En estos casos la probabilidad es del 5-10%. Así mismo, Carrascosa-Romero, Suela, Alfaro-Ponce y Cepillo-Boluda (2012) señalan que:

Su etiología es compleja, implicándose múltiples factores que interactúan sobre una base genética como los principales determinantes causales del autismo. Los estudios epidemiológicos indican que los factores ambientales, como la exposición a sustancias tóxicas, teratógenos, ataques perinatales e infecciones prenatales (rubéola y citomegalovirus), son la causa de algunos casos. Se identifica una causa genética en el 10-15% de los niños con autismo, incluyendo síndromes y enfermedades monogénicas, como el síndrome X frágil (la anomalía cromosómica más frecuentemente asociada al autismo), síndrome de Rett, esclerosis tuberosa, fenilcetonuria..., y anomalías cromosómicas u otros síndromes genéticos. (p.244)

En cuanto a la relación de los niños con sus padres, se corrobora que al menos uno de los progenitores influye en el desarrollo del trastorno, según Varela-González et al. (2011) se ha encontrado una herencia oligogenética, que hace alusión a la participación simultánea de diferentes genes en uno o varios loci cromosómicos. De esta manera afirman que “es evidente la participación de factores

genéticos en el autismo: en familias con un hijo autista habrá una recurrencia de 5%, que es 100 veces superior a lo que sucede en la población general” (p.214).

También se han encontrado datos relevantes cuando las madres son mayores de 40 años o cuando los hombres tienen edad avanzada y las mujeres son menores de 30 años, también se ha relacionado el autismo con infecciones de tipo urinaria durante el embarazo, si se ha hecho uso de fármacos o ha tenido exposición a radiaciones ambientales. Además, Rodríguez y Rodríguez (2002) mencionan que se deben tener en cuenta antecedentes familiares para identificar si se han dado casos de autismo, retraso mental, problemas en el aprendizaje o esquizofrenia. Sin embargo, es importante recalcar que “no se ha encontrado una causa única que explique el cuadro clínico de los pacientes autistas” (Varela- González et al., 2011, p.219).

Por otra parte, se han identificado las implicaciones neurológicas en personas con este trastorno encontrando que existen compromisos en el sistema límbico donde el hipocampo, la amígdala, los tubérculos mamilares, la circunvolución cingulada presentan un tamaño reducido, además se presenta un aumento de densidad celular y un trastorno en la maduración del desarrollo de los circuitos del sistema límbico (Alessandri, Mundy y Tuchman, 2005). Retomando las bases neurológicas de este trastorno se tiene en cuenta que las características del comportamiento de estas personas, al verse implicada la amígdala, se manifiestan alteraciones en sus respuestas emocionales y en el reconocimiento de emociones en los otros debido a las irregularidades que presenta dicho circuito que podría explicar las alteraciones. Por su parte, al identificarse cambios en el hipocampo se observan compromisos en la memoria, así como las afectaciones del núcleo caudado producen cambios en la atención y la coordinación. También, presentan ausencia de conexiones completamente desarrolladas entre estructuras límbicas y corticales las cuales intervienen en la motivación, atención y de esta forma en el desarrollo de la orientación social, atención conjunta y empatía (Alessandri et al., 2005).

Las manifestaciones más tempranas se relacionan con la interacción social y con la comunicación. Las personas diagnosticadas con autismo tienen dificultades

en las relaciones sociales con personas y/o situaciones, manifestando falta de contacto visual, ausencia de interés por otros, aislamiento, dificultades para anticipar sentimientos y pensamientos, además de falencias para aceptar diferentes perspectivas e interpretar expresiones y emociones. En cuanto a la comunicación presentan habla repetida, neologismos, uso inapropiado del lenguaje y tardanza en la adquisición de las habilidades lingüísticas. Así mismo, su comportamiento se caracteriza por tener repetición de movimientos, sonidos, expresiones verbales e intereses obsesivos (Carboni y Romero, 2014).

Los anteriores síntomas suelen aparecer alrededor de los 18 meses de edad principalmente, esto hace parte del tipo regresivo del autismo, en la que los niños hasta esa edad presentan los comportamientos esperados en esta etapa del desarrollo y después se empiezan a evidenciar algunos de los comportamientos típicos del autismo (Martos-Perez, 2006). Tales comportamientos esperados en esta etapa del desarrollo se refiere a la preferencia por la voz de los padres, responder a la mirada de otros, principalmente de la madre, identificar a sus padres en relación con otras personas y conductas de apego evidentes. Algunos de los cambios que se inician después de los dos años de edad son: a) no responder a miradas, b) no generar sonrisa, c) no manifestar intenciones para comunicarse con otros, y d) establecer apego hacia objetos pero no hacia personas (Carboni y Romero, 2014).

Cabe resaltar que el autismo puede presentar síntomas asociados a problemas conductuales como: a) trastorno semántico-pragmático (alteración de la comprensión y producción del lenguaje); b) retraso mental c) epilepsia: entre un 30 y 40% de los niños tienen la probabilidad de sufrir una crisis epiléptica, los niños con retraso mental y déficit motor son más propensos a padecerlo; d) déficit sensorial. El cual aparece debido al déficit perceptual y alteraciones motoras que se evidencian con la edad; e) incapacidad para atribuir pensamientos e intenciones a otras personas (Rodríguez y Rodríguez, 2002). Es importante además, diferenciar las clasificaciones que se le dan al autismo, tales clasificaciones son autismo primario o idiopático y autismo secundario o sindromático.

El autismo primario según Varela-González et al. (2011) es aquel que “tiene una base genética inespecífica; predomina en el varón, y se acompaña de retraso mental en el 70% de los casos. No se ha encontrado ningún marcador biológico constante” (p.214). En el autismo sindromático se observan algunas afecciones neurológicas, en algunos de los casos con base genética, donde el pronóstico dependerá de la enfermedad base. En el autismo secundario se identifica una entidad patológica causal. Estas causas son los trastornos genéticos, trastornos congénitos del metabolismo, infecciones congénitas o adquiridas, encefalopatía hipóxico isquémica y displasias corticales. Para este estudio se tomará la definición de autismo propuesta por la APA (2013) descrita anteriormente.

Intervención a personas diagnosticadas con TEA

Luego de haber revisado los aspectos etiológicos y neurológicos sobre el TEA y de acuerdo al propósito de este estudio, es importante evidenciar el diagnóstico para generar una adecuada intervención. Para esto, el Ministerio de Salud de Colombia (2015) ha determinado a través del protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista que cuando la persona ha sido remitida por pediatría al tener la sospecha de un posible diagnóstico de TEA el diagnóstico lo debe confirmar neuropediatría y/o psiquiatría, con la valoración del psicólogo. Ambas especialidades médicas son las que permitirán identificar la sospecha y confirmar el diagnóstico basándose en los criterios del DSM-V. Cabe mencionar que para realizar la historia clínica y la evolución de estos pacientes se deben tener en cuenta según los parámetros del CIE 10.

Igualmente es importante para el desarrollo de una intervención, conocer los requisitos esenciales que deben tener los servicios psicológicos, los cuales según Fall como se citó en Labrador y Crespo (2012) son: “a) que se describa clara y exactamente la naturaleza del servicio que se va a prestar, b) que se establezcan explícitamente los beneficios esperables, c) que los beneficios esten apoyados en la investigación científica y d) que haya seguridad derivada de la correspondiente

investigación empírica y que los efectos negativos secundarios no sobrepasarán los beneficios” (p. 23).

Ahora bien, en este orden de ideas este apartado abordará las características de la intervención a personas con TEA y los tipos de intervención que se han utilizado en personas con esta condición. Se evidencia desde la literatura que existen distintas características y abordajes diversos en los métodos o técnicas de intervención del TEA, las cuales se desarrollarán a continuación, no obstante, el presente estudio enfatiza en las intervenciones psicológicas. Para esto, se inicia con las características de la intervención a personas con TEA y las características principales de los tratamientos encontrados.

Para empezar esta revisión, Moyano et al. (2013) afirman que el “tratamiento de los TEA es multimodal y necesariamente interdisciplinario” (p. 18) donde los miembros del equipo deben tener entrenamiento y por lo menos un miembro debe estar entrenado en su evaluación y diagnóstico usando instrumentos específicos. Es indispensable que los miembros del equipo de trabajo tengan comunicación continua, realizando reuniones interdisciplinarias para revisar y analizar los tratamientos efectivos en personas con TEA.

Igualmente, el Ministerio de Salud de Colombia (2015) en el protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista recomienda que el tratamiento sea interdisciplinario contando con profesionales en neuropediatría, psiquiatría infantil, psicología clínica, analista del comportamiento, terapeuta del lenguaje, terapeuta ocupacional y trabajador social para la atención de personas con TEA, siendo el psicólogo quien lidera este equipo.

Ahora bien, en el estudio realizado por Mulas, Ros-Cervera, Milla, Etchepareborda, Abad y Téllez (2010), se hace referencia a la importancia y necesidad de ofrecer una evaluación precoz para identificar las necesidades de las personas y adecuar un método que sea pertinente para suplirlas. De esta evaluación precoz surge el desarrollo de la AT, la cual Millá y Mulas (2009) definen como “el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, la familia y al entorno” (p.47) teniendo como objetivo brindar soluciones rápidas e

inmediatas a las necesidades temporales o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen una alta probabilidad de padecerlo. Del mismo modo Martos-Pérez y Llorente-Comí (2013) afirman que la AT brinda posibilidades de desarrollo al niño, reduciendo la gravedad de sus síntomas y mejorando tanto su calidad de vida y la de sus familias, respaldando así los argumentos de Millá y Mulas (2009).

Continuando con las características de la intervención al TEA se abordará la Planificación Centrada en la Persona (PCP), la cual Según Mata y Carratalá (2007) es “un proceso de colaboración para ayudar a las personas a acceder a los apoyos y servicios que necesitan para alcanzar una mayor calidad de vida basada en sus propias preferencias y valores” (p.10). Está basado en un conjunto de estrategias de planificación sobre proyecto de vida enfocada a las elecciones y visiones que tiene la persona y del círculo de apoyo que esta persona tiene. De igual manera la PCP pretende o tiene como objetivo disminuir el aislamiento y el rechazo, potenciar el desarrollo de habilidades, de valores y de aumentar las oportunidades para participar en actividades varias generando así la inclusión e independencia de estas personas.

Otro autor que define la PCP y da un acercamiento a este concepto es Pallisera (2011) quien plantea que la PCP es un sistema facilitador para la construcción de apoyos personalizados que ayudan a las personas con discapacidad a proyectarse en la vida y alcanzar las metas establecidas. De igual manera, Pallisera (2011) manifiesta que la PCP es utilizada como guía en la construcción de planes individualizados y personales con personas con discapacidad intelectual, trazando los elementos más relevantes para su configuración y enfatizando en los aportes de estas respecto a las prácticas socioeducativas habituales con este tipo de personas, además de ser un método que permite asistir a las personas con discapacidad partiendo del análisis de sus necesidades específicas.

Tanto para Pallisera (2011) y Mata y Carratalá (2007) hay dos características en común para el trabajo con la estrategia PCP. La primera característica es la existencia de cinco logros fundamentales que son necesarios para aplicar con éxito dicha estrategia, en primer lugar la presencia en la comunidad; elección (tener la

oportunidad de escoger o elegir cualquier aspecto de la vida diaria como en proyectos de vida); respeto (la experiencia de no ser tratado como un ciudadano de segunda clase y sí como cualquier otro); competencia (la experiencia de adquirir nuevas habilidades y de participar en actividades potenciales que apoyen el desarrollo personal) y participación comunitaria (la experiencia de poder ser parte de una red de relaciones interpersonales). La segunda característica, según Bradley (como se citó en Pallisera, 2011), los ejes básicos de la planificación centrada en la persona son los siguientes: a) la persona es el centro del proceso, el foco por el cual se construyen los apoyos para estas personas son sus sueños, deseos y derechos; b) los miembros de la familia y amigos se convierten en plenos participantes, la interdependencia es importante, pues la dificultad no es solo de la persona con discapacidad, sino también de los miembros de la familia, amigos y otras personas significativas que puedan ayudar en el proceso; c) la planificación centrada en la persona se centra en las capacidades de la persona, las cosas que son importantes para ella y en el apoyo que necesitan, esto implica volver a pensar y reformular el rol de los profesionales y reconocer que deben dejar de ser “expertos”, para pasar a ser participantes en el proceso de resolución de problemas; d) hay una responsabilidad compartida en la actuación que reconoce los derechos de las personas. La PCP está orientada a las acciones compartidas que conllevan a cambios para la persona y permiten la inclusión en las comunidades o contextos en los que mueve y donde vive; y e) la planificación centrada en la persona se basa en una escucha continua, aprendizaje y acción continuada. A medida que la vida de las personas cambia, también lo hacen sus circunstancias y aspiraciones. Por tal motivo, la PCP considera que generar un plan individual o especializado es valioso respecto al mejoramiento de las habilidades comunicacionales, además de proveer información del desarrollo de los servicios futuros requeridos para estas personas.

Ahora bien, después de exponer las características de las intervenciones para personas con TEA, se describirán los diferentes tipos de intervención. Se identificaron coincidencias en el uso de técnicas para el mejoramiento de las dimensiones afectadas en las personas con autismo, estas dimensiones son el compartamiento, la comunicación y la interacción social (Millá y Mulas, 2009). Es

importante mencionar que en la revisión realizada se encontraron que las técnicas o tratamientos se clasificaban de manera diferente según los autores revisados, sin embargo, en este trabajo se hará énfasis en las intervenciones que cuentan con un componente psicológico.

Para incluir alguna intervención en la categoría de intervenciones psicológicas se incluyen aquellos que conciben dentro de su enfoque teórico y metodológico la aproximación y manejo de variables como la conducta, habilidades sociales, desarrollo del lenguaje y la comunicación, habilidades adaptativas y familia. En esta categoría se incluyen las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) y los Sistemas Alternativos Aumentativos de Comunicación (SAAC) como herramientas que pueden ser utilizadas en la intervención psicológica y permitir potencializar áreas afectadas en el TEA.

En la Tabla 1 se presenta las intervenciones revisadas a personas con TEA con sus respectivos autores.

Tabla 1

Tipos de intervención psicológica a personas con TEA

Tipo de intervención	Autores
Applied Behavior Analysis (ABA)	Moyano et al. (2013) Ministerio de Salud de Colombia (2015)
Terapia Cognitivo Conductual (TCC)	Salvadó-Salvadó et al. (2012) Martos-Pérez y Lorente-Comí (2013)
Modelo UCLA	Salvadó-Salvadó et al. (2012) Fuentes-Biggi et al. (2006)
Treatment in Education of Autistic and Communication Handicapped Children (TEACCH)	TEACCH Autism Program. (2015) Salvadó-Salvadó et al. (2012)
Modelo Denver	Moyano et al. (2013) Fuentes-Biggi et al. (2006) Salvadó-Salvadó et al. (2012) Moyano et al. (2013)
Modelo Centre Universitari de Diagnòstic i Atenció Primerenca (CUDAP)	Alcantud., Rico y Lozano (2012)
Modelo Social Communication, Emotional Regulation, and Transactional Support (SCERTS)	Rubi, Prizant, Laurent & Wetherby (2013) The SCERTS Model (2015)
Modelo Learning Experiences An Alternative Program for Presschoolers and Parents (LEAP)	Salvadó-Salvadó et al. (2012)
Terapia centrada en la familia	Martos-Pérez y Llorente-Comí (2013)

Intervenciones psicológicas

La categoría de intervenciones psicológicas se determinó a partir de la fundamentación teórica desde esta disciplina, teniendo en cuenta la conducta, el aprendizaje, el desarrollo psicológico y la cognición. Estos tratamientos le dan

importancia al análisis cognitivo conductual y a los comportamientos que son esperados según la etapa del ciclo vital.

Se iniciará con la descripción del Applied Behavior Analysis (ABA) debido a que según el protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista del Ministerio de Salud de Colombia (2015) es un enfoque terapéutico que debe ser usado para el tratamiento de personas con TEA porque tiene bases teóricas sólidas y evidencias en la práctica que soportan la efectividad en sujetos con TEA. Según Moyano et al. (2013) el ABA se deriva de la psicología experimental y se basa en los principios del aprendizaje. Su principal objetivo es modificar conductas observables. Según los estudios revisados, el ABA denota progresos en niños que inician este tratamiento en edad temprana en aspectos como el coeficiente intelectual (CI), lenguaje, rendimiento académico y conductas adaptativas en las que se encuentra la conducta social.

El enfoque terapéutico ABA se ha implementado en el TEA desde finales de los años 60 y con el tiempo ha evolucionado, involucrando metodologías de la psicología cognitiva para trabajar el lenguaje expresivo- receptivo, el comportamiento adaptativo y la inteligencia, teniendo como fin el fortalecimiento de áreas académicas y sociales, modificando el aspecto personal y la reducción de comportamientos estereotipados (Ministerio de Salud de Colombia, 2015).

El Ministerio de Salud de Colombia (2015) ha determinado que para que este método sea considerado efectivo en la atención a personas con TEA debe cumplir con la implementación rigurosa de siete dimensiones: (1) aplicación, la cual tiene como objetivo la resolución de problemas sociales mediante la adquisición de habilidades y comportamientos adaptativos; (2) comportamental, en la que “se plantean metas conductuales observables, medibles y cuantificables” (p.58) (3) analítico, para revisar datos a través de la intervención para reconocer la efectividad de esta mediante el cambio que genera en la conducta; (4) tecnológico, ya que se deben usar procedimientos conductuales que sean claros y explícitos; (5) conceptual, para el diseño de la intervención se considera el concepto del análisis conductual para explicar los procesos de aprendizaje y el cambio conductual; (6) efectivo, se requiere de un seguimiento a los resultados de acuerdo a las metas

que se plantean en la intervención y (7) generalidad, “se asegura que las habilidades o comportamientos se generalicen a otros contextos” (p.58).

En resumen, según El Ministerio de Salud de Colombia (2015) “Toda intervención enmarcada en ABA debe basarse en datos, demostrar el efecto de las intervenciones sobre la conducta meta, emplear apropiadamente los principios y leyes del comportamiento, permitir cambios en la intervención según los datos que se obtengan y asegurar la generalización de las conductas meta, a otros entornos naturales” (p.48).

A continuación, se presentarán las diferentes metodologías que hacen parte del ABA según lo describe el Ministerio de Salud de Colombia, (2015):

Tabla 2

Métodos de intervención que constituyen el ABA

Metodología	Objetivo
Entrenamiento de ensayo discreto (Discret Trial Training –DTT)	Se emplean repeticiones para enseñar una conducta paso a paso usando reforzamiento positivo para incrementar la conducta deseada.
Intervención conductual intensiva temprana (Early Intensive Behavioral Intervention-EIBI)	Esta intervención se realiza con niños menores de cinco años, involucra a los padres y educadores. Tiene como objetivo mejorar la cognición, comunicación, percepción, habilidades motrices e imitación.
Entrenamiento de respuestas pivotaes (Pivotal Response Training –PRT)	Este entrenamiento tiene como objetivo incrementar la motivación del niño gracias a los efectos positivos de su propia conducta. La motivación del niño genera que sea el propio niño quién controle y analice su propia conducta.
Intervención en la conducta verbal (Verbal Behavior Intervention –VBI)	Se focaliza en el desarrollo de destrezas verbales.

Continuando con las técnicas de intervención, es necesario describir la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), la cual se basa en los principios de modificación de conducta y consiste en identificar las percepciones erróneas, conductas inapropiadas, emociones y estados fisiológicos no adaptativos para aplicar técnicas de reestructuración cognitiva y modificación de conducta (Burgos, 2013). Algunas de las técnicas cognitivo conductuales adaptadas o ajustadas al estilo cognitivo de las personas con TEA según Martos-Pérez y Llorente-Comí (2013) son el role-playing o dramatización, que consiste en practicar la conducta o habilidad que se le está enseñando al niño y que de igual forma él ha venido observando en diferentes modelos, dentro de una situación simulada como en un teatro. El niño y el adulto pueden interpretar diferentes papeles, y a su vez, intercambiarlos durante las dramatizaciones. Además, se pueden incluir grabaciones de las dramatizaciones para luego ser vistas por la persona con TEA, al mismo tiempo que le proporciona una retroalimentación sobre su actuación.

Otra técnica, es el moldeamiento, estrategia que consiste en reforzar por medio de aproximaciones sucesivas la conducta meta. Otra técnica es denominada autorregistros o contratos de conducta, la cual consiste en enseñar a la persona con TEA a tener mayor control sobre la conducta meta y que sea más consciente de la frecuencia con la que la lleva a cabo. Se espera que la persona pueda desarrollar la capacidad para autovalorar sus progresos. A medida que las personas crecen y entran en la adolescencia surge una mayor importancia para trabajar la autonomía y responsabilidad en aquellos aspectos que tienen relación con la higiene, la imagen personal y el aspecto físico.

Existe otro modelo que ha sido utilizado de manera eficaz en la atención a niños con TEA el cual se le conoce como el Modelo UCLA (Salvadó-Salvadó et al., 2012). Este modelo fue desarrollado en el departamento de psicología de la Universidad de California en Los Angeles (UCLA), bajo la dirección del Dr. O. Ivar Lovaas y se basa en intervenciones del ABA. Su objetivo, como lo afirman en The Lovaas Center es proporcionar una intervención temprana intensiva para los niños pequeños con autismo, menores de 4 años. El modelo fue formulado en el año 1987, el cual consistía en sesiones de cinco a siete horas diarias teniendo un promedio de

cuarenta horas semanales y una duración de tres años. Durante el primer año, se hace capacitación de ensayos discretos individuales. En el segundo año, los niños con autismo tienen acompañamiento de niños con desarrollo típico con quienes juegan para desarrollar y potencializar habilidades sociales. Durante el tercer y último año, la atención se centra en el aumento de la inclusión en instituciones educativas ya sea en educación general o en educación especial de acuerdo a las necesidades de cada niño. Por su parte, Salvadó-Salvadó et al. (2012) y Fuentes-Biggi et al. (2006), afirman que en las guías de la buena práctica de California, New York, Manchester, Ontario y Sydney existe un acuerdo universal sobre los beneficios del empleo de intervenciones conductuales para el tratamiento de niños con autismo. Estos autores señalan que los programas conductuales y las técnicas basadas en las teorías del aprendizaje son fundamentales para fomentar el desarrollo y afrontar problemas de comportamiento.

Por su parte, el Treatment in Education of Autistic and Communication Handicapped Children (TEACCH) es un programa que se fundó formalmente en 1972 por Eric Shopler. Este programa tiene como misión crear y cultivar el desarrollo de servicios ejemplares basadas en la comunidad, programas de capacitación e investigación para mejorar la calidad de vida de las personas con TEA y sus familias en todo el ciclo de vida. Ofrece servicios clínicos tales como evaluaciones de diagnóstico, capacitación para padres, grupos de apoyo para padres, juego social y grupos de recreación, asesoramiento individual y un programa de empleo que ayuda a las personas con TEA a obtener y mantener un empleo estable dentro de un ambiente de trabajo gratificante. Las intervenciones de este programa se divide en tres grandes categorías: (a) intervenciones para niños menores de cinco años, (b) intervenciones para niños de edad escolar, e (c) intervenciones para adultos, en las que en cada una de estas categorías se incluyen intervenciones específicas de acuerdo al contexto donde se aplica y si es individual o grupal, de esta manera el número de sesiones por semana y el tiempo total de la intervención varía (TEACCH Autism Program, 2015). Además, este método se basa en la teoría de aprendizaje cognitivo-social, en las habilidades y en las dificultades neuropsicológicas que comparten las personas con TEA. Este tratamiento también

se basa en el aprendizaje estructurado en la creación de entornos y actividades comprensibles para las personas, ya que se busca que entiendan el proceso de cada una de las actividades y su secuencia (Salvadó-Salvadó et al., 2012). Para Moyano et al. (2013) y Fuentes-Biggi et al. (2006) el TEACCH es un método que tiene como objetivo mejorar habilidades en el niño y la capacidad de los padres para enseñar, dándole importancia a la modificación del ambiente ya que este se adecua a las necesidades y características específicas del niño. Algunos elementos indispensables para esta intervención son el ambiente físico, la secuencia predecible de las actividades, los cronogramas visuales, las rutinas flexibles, los sistemas de actividades físicas y visuales estructuradas.

Junto a los métodos revisados se encuentra el modelo Denver, el cual es un tipo de tratamiento dentro de la AT diseñado para la intervención precoz de niños autistas y se caracteriza por ser constructivista y transaccional. Abarca áreas de comunicación expresiva- comprensiva, socialización, imitación, juego, cognición, motricidad fina y gruesa, conducta y autonomía. Se plantean de dos a tres objetivos para cada área y se supervisan cada 12 semanas el cumplimiento de los objetivos (Salvadó-Salvadó et al., 2012). De modo similar, Moyano et al. (2013) indican que este modelo utiliza el juego, relaciones interpersonales, actividades que permiten potencializar el pensamiento simbólico y capacidad de comunicación. Tiene por objetivo mejorar la capacidad de imitación, emoción, intersubjetividad y percepción social para potencializar así habilidades cognitivas, motoras y sociales.

Otro modelo de intervención es el que se propone desde el Centre Universitari de Diagnòstic i Atenció Primerenca (CUDAP) en Valencia, España bajo la dirección del Dr. Francisco Alcantud (Alcantud et al. 2012), está pensado precisamente para dar orientación a los padres, acompañarlos durante los primeros años, durante las primeras sospechas del trastorno, durante el proceso de diagnóstico y después del diagnóstico. Cabe mencionar que este método recibe el nombre del lugar donde se creó y hace una integración de diferentes principios educativos y/o terapéuticos que han demostrado eficacia a lo largo de los años.

A continuación, se presentan los principios que fundamentan el CUDAP y que se basan en la intervención individual adaptada a las características y necesidades del niño/a:

1. Cooperación de los padres con la finalidad de extender las habilidades y competencias alcanzadas en la sesión individual al contexto familiar y social.
2. Organización de sesiones grupales en función de las características de los niños para potenciar las habilidades sociales.
3. El centro de interés se inicia desde las actividades de juego para progresivamente introducir metas o tareas más complejas.
4. Se utilizan técnicas de modelado conductual, andamiaje y en general aprendizaje mediado siempre con refuerzo positivo (apoyo conductual positivo).
5. El entorno de trabajo está siempre estructurado siguiendo la filosofía TEACCH utilizando claves visuales para su identificación. Además, las tareas a realizar quedarán programadas y señalizadas por medio de paneles de anticipación.
6. En los niños no orales o con problemas de lenguaje se utilizarán SAACs utilizando preferentemente el sistema de comunicación por intercambio de imágenes PECS. Cuando sea necesario, se utilizará también el habla con signos como apoyo para conseguir la comunicación.
7. Se tiene en cuenta el posible uso de las nuevas tecnologías para potenciar habilidades concretas, atención, memoria, comunicación, como forma lúdica o refuerzo.

De la misma manera, se encuentra el Social Communication, Emotional Regulation, and Transactional Support (SCERTS) que es un modelo global multidisciplinario que surgió por la experiencia en el campo clínico y escolar del trabajo en personas con TEA. Fue desarrollado por Barry Prizant de la Universidad de Rhode Island y Amy Wetherby de la Universidad de Florida. Este modelo tiene como prioridad potenciar el desarrollo de las habilidades socioemocionales y

comunicativas de las personas con TEA y sus familias, a través de la aplicación de soportes transaccionales, es decir, apoyo interpersonal y de aprendizaje. Además, la naturaleza comprensiva del modelo SCERTS garantiza que el rango de las metas y objetivos sean efectuados al utilizar estrategias en prácticas basadas en la evidencia (Rubi et al., 2013). Este es un modelo de vida que se enfoca entre los 8 meses y 10 años de edad, sin embargo su curriculum puede ser aplicado para las personas que tengan discapacidades del desarrollo en edad adulta (The SCERTS Model, 2015).

Salvadó-Salvadó et al. (2012) reportan el Learning Experiences An Alternative Program for Presschoolers and Parents (LEAP) como un programa educativo-inclusivo que se estableció en el año 1981 y se ha venido desarrollando en Estados Unidos en el departamento de educación de Pittsburg y en la Universidad de Colorado. Este programa se caracteriza por la interacción de los niños con un desarrollo típico con compañeros con TEA al interior del mismo salón. Tanto los niños de desarrollo típico como a los profesores se les enseñan estrategias de aprendizaje para ejercer el papel de mediadores. El programa está orientado a potenciar las áreas cognitivo-académicas, adaptativas, autonomía, esfera socioemocional y conducta. Además es un programa educativo que ayuda a los padres en casa y en otros contextos de la comunidad mediante la supervisión por profesionales (Salvadó-Salvadó et al., 2012).

Para finalizar con la descripción de los tratamientos psicológicos, se retoman las intervenciones centradas en la familia para el mejoramiento y adquisición de habilidades en las personas con TEA. El Ministerio de Salud de Colombia (2015) propone intervenciones dirigidas al grupo familiar con el objetivo de facilitar la permanencia del niño en sus actividades diarias gracias al acompañamiento adecuado que ellos le brindan. De igual manera, Martos-Pérez y Llorente-Comí (2013) dan importancia al papel que juegan las familias en el desarrollo del niño, por tal motivo proponen dos intervenciones centradas en la familia: el programa Hanen de Canadá y el programa Early Bird de Reino Unido. Ambos programas se centran en capacitar/formar y dotar a los padres de personas con TEA con estrategias

idóneas para potencializar sus competencias comunicativas y de interacción en situaciones y rutinas del día a día. Estos autores plantean que se hace un trabajo de manera individual con cada familia y se potencializan las situaciones de aprendizaje partiendo de la iniciativa y motivación de la persona, de sus intereses y de sus intentos de establecer cualquier tipo de relación interpersonal en entornos naturales.

A continuación se presenta en la tabla 3 información relevante de las intervenciones psicológicas expuestas anteriormente.

Tabla 3

Intervenciones psicológicas

Intervenciones Psicológicas	Metodologías de intervención	Responsable de su aplicación	Tiempo y Frecuencia	Aspectos que se busca mejorar	Edad
ABA Moyano et al. (2013) Ministerio de Salud de Colombia (2015)	ABA tradicional/ sin variaciones	Equipo de profesionales y padres de familia	Siete días a la semana con sesiones de 5 a 7 horas con promedio de 40 horas semanales	Modificar conductas observables, áreas académicas, sociales, ayuda personal y reducción de comportamientos no deseados	Puede iniciar en niños de 3 años
	VBI	Equipo de profesionales	Dependen de los objetivos propuestos para la intervención de cada persona	Mejorar destrezas verbales	No se especifica en los artículos revisados
	EIBI	Profesionales enseñan al niño y a sus padres para luego continuar con un manejo domiciliario	Dura más o menos 3 a 4 años, tres semanas en promedio al año y 35 a 40 horas de trabajo semanal.	Cognición, comunicación, percepción, imitación y habilidades motoras.	Menores de 5 años
	PRT	Equipo de profesionales y padres de familia	Dependen de los objetivos propuestos para la intervención de cada persona.	Aumentar la motivación del niño al hacer que vigile su propia conducta.	No se especifica en los artículo revisados

Intervenciones Psicológicas	Metodologías de intervención	Responsable de su aplicación	Tiempo y Frecuencia	Aspectos que se busca mejorar	Edad
UCLA The Lovaas Center Salvadó-Salvadó, Palau-Baduell, Clofent-Torrentó, Montero-Camacho y Hernández-Latorre (2012)			Sesiones de 5 a 7 horas diarias con promedio de 40 horas semanales		Niños menores de 4 años
Fuentes-Biggi et al. (2006) TEACCH TEACCH Autism Program. (2015) Salvadó-Salvadó et al. (2012)		Profesional y padres de familia que han sido entrenados.	De una hora a dos horas	Calidad de vida de personas con TEA y sus familias	Durante todo el ciclo vital
Moyano et al. (2013) Fuentes-Biggi et al. (2006) Modelo Denver Salvadó-Salvadó et al. (2012) Moyano et al. (2013)		Psicólogo, terapeuta ocupacional, pediatra de desarrollo o especialista en intervención temprana	Dependen de los objetivos propuestos para la intervención de cada persona	Capacidad de imitación, emoción, intersubjetividad y percepción social potencializando habilidades cognitivas, motoras y sociales.	De los 12 a los 18 meses

Intervenciones Psicológicas	Metodologías de intervención	Responsable de su aplicación	Tiempo y Frecuencia	Aspectos que se busca mejorar	Edad
Terapia Cognitivo Conductual Burgos (2013) Salvadó-Salvadó (2012) Martos-Peréz y Lorente-Comí (2013) CUDAP Alcantud., Rico y Lozano (2012)		Psicólogos, profesores y padres de familia	Una sesión por semana- dos horas al día.	Percepciones erróneas, conductas inapropiadas, emociones y estados fisiológicos no adaptativos Incrementar la flexibilidad cognitiva de imaginación, simbolización, mejorar comunicación, lenguaje, desarrollar habilidades sociales y mejorar el comportamiento adaptativo.	Niños entre 4 y 12 años Niños

Intervenciones Psicológicas	Metodologías de intervención	Responsable de su aplicación	Tiempo y Frecuencia	Aspectos que se busca mejorar	Edad
SCERTS Rubi, Prizant, Laurent & Wetherby (2013) The SCERTS Model(2015)		Maestros de educación especial y terapeutas del habla		Habilidades socioemocionales y comunicativas	Durante todo el ciclo vital focalizado en los 8 meses a 10 años de edad.
LEAP Salvadó-Salvadó (2012)		Profesionales y miembros de la familia		Cognitivo-académico, conductas adaptativas, autonomía y esfera socioemocional.	Primera Infancia
Centrada en la familia Martos-Pérez y Llorente-Comí (2013)	Hanen de Canada	Profesionales, estos dotan a los miembros de la familia de conocimientos		Competencias comunicativas	Niños y adultos

*N E: No especifica información

Herramientas empleadas en la intervención psicológica

Tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

En relación con una nueva perspectiva sobre la manera de abordar el TEA, se encontró que la tecnología tiene cada día más un rol importante para el manejo de las alteraciones que presentan las personas con TEA. Como lo afirma Cuesta y Abella (2012), las alteraciones del autismo que pueden ser sometidas a intervenciones con uso de tecnología son la interacción social, la comunicación y conductas disruptivas. En general, para la interacción social se pretende fomentar el ámbito de las relaciones sociales en personas con TEA por medio de tres herramientas tecnológicas. Primero, un computador diseñado para mejorar el reconocimiento de caras y un muñeco con movimientos programables. Segundo, se ha diseñado un amigo virtual para generar un incremento en el discurso de las personas ya que propicia la interacción social y tercero se han diseñado robots como juguetes interactivos.

El segundo aspecto a tratar es la comunicación, para el que se han establecido ambientes virtuales controlados que representan situaciones que pueden ocurrir en la vida cotidiana de las personas con TEA. Para esto se tiene en un ordenador un tutor animado que le ayuda a la persona con TEA a trabajar en la asociación de imágenes y palabras habladas con el fin de aprender gramática, vocabulario e identificación de palabras. Adicionalmente, esta animación maneja juegos interactivos y componentes narrativos.

Para la alteración del comportamiento, la cual se trata de combatir por medio de un robot denominado "Robota" que tiene aspecto humano y cuyo objetivo es desarrollar la capacidad de imitación de los niños con TEA y, a su vez, enseñarles movimientos sencillos coordinados. Además de esto, está el programa "TeachTown" con el que se pretende incrementar conductas sociales y disminución de conductas inapropiadas.

En relación con lo anterior, Cuesta y Abella (2012) afirman la existencia del proyecto Tic- Tac el cual consiste en un Software que funciona en todo tipo de dispositivo portátil, teniendo como objetivo "facilitar la comprensión y el manejo del

concepto del tiempo, (...). Esta aplicación permite dar apoyo a las personas con TEA en la dificultad que presentan para dar sentido a la acción y a las experiencias vitales” (p.12) Este Software es un sistema alternativo que representa el tiempo en segundos y minutos.

Finalmente, Fuentes-Biggi et al. (2006) reportan otro método que permite facilitar la comunicación de las personas con autismo mediante un teclado, posibilitando o facilitando así otro tipo de comunicación diferente a la convencional.

A continuación se presenta en la tabla 4 información relevante de los tratamientos con TIC.

Tabla 4

Tratamientos con TIC

Autores	Responsable de su aplicación	Tiempo y Frecuencia	Aspectos que se busca mejorar	Edad
Fuentes-Biggi et al, (2006) Cuesta y Abella (2012)	Persona experta en el programa y experto en aprendizaje	Dependen de los objetivos propuestos para la intervención de cada persona	Interacción social, comunicación, capacidad de imitación, movimientos sencillos coordinados, disminución de conductas inapropiadas	N.E

*N E: No especifica información

Sistemas Alternativos/ Aumentativos de Comunicación (SAAC).

Ampliando el panorama de las herramientas empleadas para las intervenciones en personas con autismo se encuentran los Sistemas Alternativos/ Aumentativos de Comunicación (SAAC). Los SAAC son sistemas no verbales de comunicación que se emplean para fomentar, complementar o sustituir el lenguaje oral. Estos sistemas utilizan objetos, fotografías, dibujos, signos, o símbolos (incluidas letras o palabras) apoyándose en sistemas simples o en aparatos productores de sonidos (Fuentes-Biggi et al., 2006). Dentro de estos sistemas se encuentran dos programas, entre ellos, el Picture Exchange Communication System (PECS) . Este sistema de comunicación basado en intercambio de imágenes se desarrolló en 1985 como sistema de enseñanza único, aumentativo y alternativo que enseña a niños y adultos con autismo y con otras deficiencias comunicativas para iniciar la

comunicación. Inicia enseñando a la persona a entregar una imagen de un elemento deseado, de interés y/o valor a un “receptor comunicativo”, donde él inmediatamente la recibe como una petición (Burgos, 2013). Además una característica del PECS, según Burgos (2013), es la enseñanza sistemática de las operaciones verbales utilizando estrategias de ayudas y de reforzamiento que llevarán a la comunicación independiente.

En la revisión de los artículos científicos y las guías de la buena práctica realizada por el grupo Fuentes-Biggi et al. (2006), se encontró que el PECS es un sistema eficaz para mejorar el comportamiento y que con su uso se observan avances en las funciones comunicativas del usuario, debe tenerse en cuenta que los estudios se realizaron en muestras pequeñas.

El otro sistema de comunicación se le denominó el programa de Comunicación Total de Benson Shaeffer. Burgos (2013) refiere que este sistema incluye dos componentes puntuales que lo definen y, a su vez, lo diferencian de otros tipos de procedimientos de intervención. El primer componente es el habla con signos, es decir, la producción del habla por parte del niño y al mismo tiempo los signos acompañan el lenguaje oral. El segundo componente es el de la comunicación simultánea, que se basa en el empleo por parte de los adultos, padres, hermanos y terapeutas de dos o más códigos que se utilizan simultáneamente cuando hay comunicación entre las personas, ya sea el código oral o habla y código signado o de signos. Al niño o adulto se le brinda una aproximación del lenguaje lo más completa posible, para que así pueda asociar determinados elementos significativos de dos formas, la oral y por medio de signos. Aquí se tiene en cuenta la intención de comunicación, que quizás pueda estar dificultando la producción oral de estas personas, buscando que se focalice a través de un signo que puede resultarle más fácil de interiorizar y posteriormente poder conseguir la producción verbal. Este sistema de comunicación no solo opta por enseñar signos, sino que se dirige a crear y fortalecer las estrategias de relación e intercambio interpersonal, teniendo como objetivo final fomentar una producción espontánea por parte del niño no verbal.

Luego de haber realizado un recorrido por el TEA, su diagnóstico y por los distintos tipos de intervención, se establecieron seis categorías para la

construcción del instrumento, las cuales fueron establecidas de acuerdo a la literatura revisada y a los componentes que se evidencian en las intervenciones encontradas, dichas categorías son: intervención psicológica, intervención propia, diagnóstico, protocolo de atención, profesionales y recursos empleados en la intervención.

Gracias a la revisión realizada, se encontró el aporte que tiene la psicología para el desarrollo y manejo de intervenciones dirigidas a personas con esta condición. A su vez se encontró necesario dar a conocer las intervenciones psicológicas que se emplean a personas con TEA en la ciudad de Cali a la luz de lo encontrado en otros contextos, debido a que por medio de las intervenciones, las personas logran adquirir habilidades para mejorar los comportamientos que se encuentran comprometidos en el TEA y así poder desempeñarse en un contexto natural como personas autónomas, además se tornó importante dar cuenta de las instituciones en las cuales se presta este servicio en la ciudad de Cali, para así conocer cuál es el proceso de atención que están recibiendo estas personas. Es así como este trabajo investigativo pretende responder la siguiente pregunta ¿Cuáles son las características de las intervenciones psicológicas que actualmente se ofrecen a personas con TEA en la ciudad de Cali? teniendo como objetivo general: caracterizar las intervenciones psicológicas que actualmente se ofrecen a personas con TEA en algunas instituciones privadas y públicas en Cali Colombia, y como objetivos específicos: identificar instituciones que presten servicios de intervención psicológica a personas con autismo; identificar las intervenciones psicológicas que se emplean a personas diagnosticadas con TEA y describir el proceso de las intervenciones psicológicas que son empleadas en las instituciones.

La importancia de este trabajo radica también en el objetivo de ampliar la escasa información que se tiene de la forma en cómo se debe proceder cuando se tiene a una persona con TEA en la ciudad de Cali. Es relevante aclarar que las intervenciones psicológicas tienen como objetivo potenciar o disminuir conductas y que están enfocadas a mejorar la calidad de vida de quienes tienen esta condición, ya que poseen un componente psicológico que permite actuar sobre el trastorno.

MÉTODO

Tipo de estudio

Este trabajo empleó un enfoque cuantitativo, de acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2010). Para este trabajo se identificaron las instituciones de acuerdo a las siguientes características, tipo de institución (público o privada), número de personas diagnosticadas con autismo, equipo de profesionales que hacen parte de la institución (cantidad y disciplina de cada uno) y tipos de intervención. Este estudio tiene un alcance descriptivo debido a que busca especificar las características y los perfiles de personas, grupos o comunidades.

Por otro lado, se implementó un tipo de investigación no experimental, con un diseño transversal-descriptivo el cual tiene como propósito “indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población” (Hernández et al., 2010, p.152)

Participantes

Los participantes del presente estudio fueron siete instituciones privadas de la ciudad de Santiago de Cali las cuales fueron identificadas mediante la técnica de muestreo bola de nieve. Los criterios para la selección de la muestra se basan en instituciones que brindan un servicio terapéutico integral para la intervención a personas con trastornos del neurodesarrollo, en especial TEA, que atiendan al menos una persona con autismo en la ciudad de Cali, así como instituciones que realicen intervenciones psicológicas para el mejoramiento de las áreas comprometidas en personas diagnosticadas con autismo en la ciudad de Cali, además las instituciones deben tener un mínimo de tres años prestando servicios de

salud a esta población. Se determinó este periodo de prestación de servicios a población con autismo teniendo en cuenta las recomendaciones presentadas por el protocolo de atención a personas con TEA (Ministerio de Salud de Colombia, 2015).

La información fue obtenida por parte del psicólogo de la institución que presta servicios de intervención a personas con autismo.

Cabe mencionar que para este estudio no se tendrán en cuenta instituciones como hospitales, clínicas y consultorios clínicos psicológicos privados debido a que la permanencia de la persona dentro de estas es menor a la de las instituciones que cuentan con un servicio terapéutico integral para la intervención.

Las instituciones que cumplieran con los criterios de inclusión se les realizó el cuestionario y se presentan en la tabla 5. Es importante mencionar que se contactó a la institución Ceres en la que se recibió la aprobación para realizar el cuestionario por parte de la dirección, sin embargo por cuestiones de disponibilidad del psicólogo esta no fue posible de realizar. En el anexo 2 se presenta la tabla de la lista de instituciones identificadas.

Tabla 5

Instituciones de la ciudad de Cali participantes en el estudio

Institución	Sector	Cantidad de personas con TEA	Tiempo de trabajo con personas con TEA	Localización en la ciudad	Dirección
Fundación para las Limitaciones Múltiples (Fulim)	Privada	15	30 años	Oriente	Calle 72 Q # 28A-01
Impronta I.P.S	Privada	15	12 años	Sur	Cr27 5 C-20 Cali
Karitas I.P.S	Privada	50	4 años	Sur	Cr. 30a #7-51
Centro de Neurorehabilitación Apaes	Privada	21	5 años	Sur	Calle 17 # 84 A 43
Asociación de Personas con Autismo (APA)	Privada	50	22 años	Sur	Calle 2 # 43-86
Fundación Amadeus	Privada	18	18 años (hace 10 están constituidos)	Sur	Carrera 139 # 38-20 Callejos RCN Cascajal
Fundacion Ideal – Julio Calonge.	Privada	2	18 años	Sur – Norte	Cr. 41 #5B-58 y Calle 50 # 10 A- 08B

Instrumento

Con el fin de conocer las características de las instituciones que atienden a personas con autismo, se empleará un cuestionario el cual según Hernández et al. (2010) es un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir y congruente con el planteamiento del problema, este consta de preguntas cerradas y abiertas. Las preguntas cerradas y abiertas están divididas por las siguientes categorías: diagnóstico, profesionales, intervenciones psicológicas, protocolo de atención, materiales o recursos, intervención propia e información adicional. Así mismo las preguntas presentan opciones de respuesta dicotómicas y otras con varias opciones de respuesta. Por otra parte, las preguntas abiertas proporcionan información acerca de aquellos aspectos que requieren de una respuesta más elaborada que permita una mayor cantidad de información y profundización sobre un tema en particular.

El cuestionario fue revisado por dos jueces expertos para garantizar la validez de contenido. Las credenciales de los jueces expertos son las siguientes; uno de ellos es profesor de la Pontificia Universidad Javeriana Cali. Investigador asociado con vigencia desde 20 de Abril de 2015 hasta 20 de Abril de 2017 con Maestría en docencia universitaria. Actualmente se encuentra en la línea de investigación de Psicología del trabajo y las organizaciones del grupo de Investigación GMEP. Ha dirigido trabajos de grado en pregrado, además de haber sido jurado o estar dentro de las comisiones evaluadoras de trabajo de grado. Ha realizado producciones bibliográficas, además de escribir textos en publicaciones no científicas y en capítulos de libros. El otro juez experto también es profesor de la Pontificia Universidad Javeriana Cali. Doctora en psicología y con Maestría en Psicología Clínica de la Universidad Konrad Lorenz. Este evaluador es experto en temas como violencia, conductas parentales y afrontamiento en Niños y Adolescentes de la Universidad de Granada, con maestría en prevención en la conducta antisocial de la fundación universitaria Konrad Lorenz. Ha dirigido trabajos de grado en pregrado, además de producir artículos publicados en revistas especializadas. Ha hecho parte de proyectos sobre investigación y desarrollo.

Una vez realizados los ajustes al instrumento según los comentarios de los expertos se realizó un pilotaje para garantizar que las preguntas fueran comprensibles y a su vez revisar que el tiempo para su aplicación fuera adecuado.

En el cuestionario las preguntas cerradas contienen información básica del entrevistado, número de profesionales y personas diagnosticadas con TEA, también se enlistan los programas de intervención revisados en este estudio y participación de agentes externos a la institución. Adicionalmente, este instrumento contiene preguntas abiertas que orientan el desarrollo del cuestionario indagando los detalles de la manera como se intervienen a personas con autismo en cada institución.

Para la construcción de dicho cuestionario (ver anexo 3), se tienen en cuenta los lineamientos establecidos por Hernández et al. (2010), los cuales son tipo de preguntas (abiertas y cerradas), codificación de preguntas cerradas y abiertas en las que las preguntas cerradas se codificaron desde un inicio y las abiertas se codificaron al tener todas las respuestas de los participantes, las cuales se agruparon por preguntas y dentro de esta por similitudes y diferencias que reportaban los participantes. Se tuvieron en cuenta las características que debe tener una pregunta, la estructura del cuestionario y la aplicabilidad del mismo.

Procedimiento

Después de obtener aprobación por parte del asesor de tesis y de los dos jurados que revisaron el ante proyecto, se inició con la construcción del cuestionario bajo los lineamientos que establece Hernández et al. (2010) los cuales han sido especificados en el apartado de instrumento. Posterior a ello el instrumento fue revisado por dos jueces expertos, para revisar su contenido y su estructura, quienes realizaron la retroalimentación las cuales fueron tenidas en cuenta para hacer las siguientes correcciones: al título se le cambia la palabra “autistas” por “con autismo”. En el ítem uno se indicó el nombre completo de las intervenciones debido a que solo estaban las siglas. En el ítem dos se sugirió unir esta pregunta con el ítem uno, dicha sugerencia no fue aceptada por la forma en la cual está presentado el ítem uno. Al ítem tres se le agregó la opción de responder sí o no y un espacio para explicar. En el ítem cuatro se especifica que se deben señalar con una X los

entornos. En el ítem cinco se cambia “del paciente” por “personas con TEA”. En el ítem doce se indicó que puede señalar varias opciones; el ítem dieciseis se une con el ítem quince y se le cambia redacción. El ítem diecinueve se le cambia la redacción y al ítem veintidos se le cambió la palabra “niño” por “personas” y al ítem veintitres se le incluye listado de materiales.

El paso a seguir fue contactar la institución fuera de la ciudad de Santiago de Cali para realizar la prueba piloto. Se escogió una ciudad fuera del perímetro urbano debido a que esta investigación se enfocó en las instituciones localizadas en la ciudad. La institución seleccionada para el pilotaje fue Instinta I.P.S ubicada en el municipio de Palmira en el departamento del Valle del Cauca. A partir de esta prueba piloto se realizaron cambios al instrumento tales como, la enumeración de las preguntas, incluir opciones de respuesta de no aplica y unir preguntas similares. La prueba piloto se aplicó al psicólogo de dicha institución y se llevó a cabo con la presencia de los investigadores los cuales estuvieron al tanto de las inquietudes que le surgieron al participante al momento de responder el cuestionario. Los comentarios u observaciones y resultados que surgieron durante el pilotaje del instrumento permitieron conocer la percepción que se tiene de las preguntas para realizar ajustes y validar su contenido.

Simultáneamente se estaba esperando la respuesta del derecho de petición que se realizó al Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia para obtener un listado de las instituciones que cumplían con nuestros criterios de inclusión. La respuesta fue recibida el 16 de septiembre del 2015 en la que no dan respuesta a la información solicitada, no obstante, indican una ruta de búsqueda, enlaces y otras fuentes donde se pueda obtener información (ver anexo 4), sin embargo, al esperar obtener dicha respuesta se realizó con anterioridad una búsqueda en el directorio telefónico de discapacidades en Cali de la universidad (ICESI, 2015), en internet y también se obtuvo información por medio de personas especialistas que tenían conocimiento sobre instituciones que brindan atención a esta población. Igualmente se realizaron dos visitas a la Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali a la dependencia de Salud Mental y una visita a la Alcaldía de Santiago de Cali. La información obtenida de estas visitas permitió identificar que no existe una

vigilancia explícita al TEA. El énfasis de estas entidades en Salud Mental está en la vigilancia de temas relacionados con intoxicación y violencia. Por tanto la búsqueda y localización de las instituciones se llevó a cabo de carácter informal a través de los tres medios mencionados anteriormente.

El procedimiento fue el siguiente: se buscó instituciones que prestan atención a personas con TEA via e-mail o telefónica, en primera instancia se contactaron a las instituciones del directorio telefónico de discapacidades, posterior a la obtención de datos telefónicos se pasó a (1) verificar si cumplían con los criterios de inclusión, (2) si cumplían invitarlos a participar en la investigación y luego (3) se les preguntaba si conocían a otras instituciones que brindarían atención psicológica a personas con TEA. Cabe resaltar que este procedimiento se llevó a cabo con las instituciones localizadas en internet y referidos. Al finalizar fueron contactadas veinticuatro instituciones de las cuales ocho cumplían con los criterios de inclusión establecidos para el presente estudio. De acuerdo al procedimiento que se llevó a cabo para la localización de la muestra se utilizó la técnica de muestras en cadena o por redes (bola de nieve) en la cual según Hernández et al. (2010), “se identifican participantes claves y se agregan a la muestra, se les pregunta si conocen a otras personas que puedan proporcionar datos más amplios” (p.398), y una vez contactados se incluían en la base de datos y si cumplían con los criterios de inclusión también en el trabajo. Posterior a esto, las instituciones que cumplían con los criterios de inclusión y aceptaron participar, se les envió la carta otorgada por la Dirección de carrera de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana seccional Cali para formalizar el proceso. En esta carta se especificó el propósito del proyecto, los responsables de la aplicación del cuestionario con sus respectivos datos de identificación. Las instituciones que dieron el aval para hacer parte de la investigación informaron al psicólogo(a) sobre esta, y con el profesional se acordó la cita para la realización del cuestionario. Una vez acordado el encuentro en las instalaciones de la institución el psicólogo(a) firmó el consentimiento informado (ver anexo 1) donde se exponen los objetivos y alcances de la investigación.

De esta manera, fueron necesarios dos encuentros con los psicólogos. En un primer momento se procedió a aplicar el cuestionario al psicólogo(a) de cada

institución. Posteriormente, se agruparon los cuestionarios para codificar las respuestas calculando la frecuencia de aparición de cada elemento. Cabe resaltar que los ítem tres, cuatro, nueve, quince, diecinueve, veintiuno y veintidos contienen información cuantitativa y cualitativa.

De esta manera se enlistó la información obtenida de cada institución para cada ítem, lo cual permitió identificar las similitudes y diferencias en las respuestas para poder establecer los patrones generales, a raíz de esto, se identificó la frecuencia de cada categoría con relación a las instituciones. Así, un patrón constituía una categoría de respuesta. Con este análisis se logró contrastar los resultados con la revisión del tema. Una vez codificada esta información, se procedió a ampliar en un segundo momento la información que no fue totalmente explícita en el primer encuentro, con relación al rol que tiene el psicólogo en el proceso que se lleva a cabo en cada intervención psicológica.

Consideraciones éticas

La dimensión ética exige centrar las responsabilidades como psicólogos en un marco amplio que rige a los profesionales, además procura defender la dignidad de las personas. Teniendo en cuenta la Declaración Universal de los Derechos Humanos que determina el principio ineludible que guía el conjunto de actividades del psicólogo. En relación con lo mencionado anteriormente Ferrero (2012) indica que:

Una posición ética responsable debe, ante todo, preservar el bienestar de las personas y comunidades involucradas en el acto científico y profesional, ser producto de un consenso social y culturalmente situado, reflejado incluso en los códigos de ética y promover de la responsabilidad social de la ciencia y de la disciplina de la que se trate. (p.137)

Es importante mencionar la relevancia que tienen las consideraciones éticas en este trabajo de grado. Es importante enfatizar dentro del marco ético de las prácticas preprofesionales que los estudiantes tengan presente en sus investigaciones los parámetros éticos establecidos por el código deontológico como parte de su formación universitaria y profesional que los guíe en su ejercicio. Para

ello es necesario abordar en un principio los aspectos o principios éticos requeridos en las investigaciones donde participan personas o instituciones como sujetos de estudio. Por tal motivo es importante en este caso conocer cuáles son estas consideraciones éticas que debemos de tener en cuenta para la realización de este trabajo y que cobijan este proceso investigativo, para no incurrir así en faltas graves en contra del respeto de derechos fundamentales de las personas la dignidad de estas.

En primera instancia se empezará hablando de la Ley 1616 del 2013 que como menciona el grupo de salud mental Colpsic – Ascofapsi (2013), cuyos coordinadores son María Clara Rodríguez Díaz y Alejandro Baquero Sierra, hoy en día en Colombia se cuenta con la ley 1616 del 2013 que reconoce a la Salud Mental (SM) como un “derecho fundamental”, que genera oportunidades para que la psicología desde su conocimiento, quehacer profesional y participación, pueda lograr visibilizar el rol y las funciones del psicólogo en el campo de la SM, reafirmando así las posibilidades de actuación en equipos de trabajo interdisciplinarios para así poder contribuir al bienestar de los colombianos. Además poder incluirla en la agenda pública, a su vez que forme parte integral de la salud general de la población y componente esencial de bienestar y del mejoramiento en la calidad de vida de los colombianos.

Para el grupo de salud mental Colpsic – Ascofapsi (2013) las oportunidades que brinda la Ley 1616 de 2013 son: a) Atención especializada, oportuna y digna, b) Atención integral a través de la concurrencia del talento humano, c) Atención preferente a niños, niñas y adolescentes en relación con la promoción, la prevención y la detección temprana, d) La creación de equipos interdisciplinarios, e) Integración con otros sectores para el fortalecimiento de la salud mental comunitaria, f) Desarrollar acciones de promoción de la Salud Mental y g) Ampliar las modalidades de atención, hacia y en la comunidad.

Luego de haber conocido y hablado sobre la ley 1616 de 2013, se pasará a mencionar las consideraciones éticas que expone el Código Deontológico y Bioético de Psicología en Colombia. El ministerio de la protección social (2006), bajo la Ley 1090 de Septiembre de 2006 decreta artículos los cuales rigen el quehacer

profesional y ético del psicólogo; a continuación se darán a conocer los artículos que serán tomados como referencia para nuestro proceder:

Artículo 5º. El psicólogo dentro de sus competencias deberá ejercer sus funciones de forma autónoma, teniendo que respetar siempre los principios y las normas de la ética profesional y fundamentados en la validez científica y pertinencia social.

Artículo 10º. Los deberes y obligaciones del psicólogo son:

a) Guardar total confidencialidad de la persona, situación o institución donde se intervenga, motivos de consulta y la identidad de los consultantes, salvo cuando el caso es contemplado desde el marco legal.

e) Llevar un registro escrito sistemático de aquellas prácticas, procedimientos e intervenciones que se implemente en el quehacer.

Artículo 13º. El código Deontológico y Bioético, tiene como objetivo servir como norma y guía de la conducta profesional, en cualquiera de las modalidades de la psicología, brindándole elementos generales para ayudar a la toma de decisiones informadas en diferentes situaciones en las que se pueda enfrentar el profesional de la psicología, estando fundamentadas en los principios de beneficencia, no-maleficencia, justicia, autonomía, solidaridad, veracidad, lealtad y fidelidad, además del resto de principios establecidos en la presente ley.

Artículo 23º. El Psicólogo tiene por obligación guardar el secreto profesional en todo aquello que por razones del ejercicio de su profesión haya recibido información.

Artículo 30º. Los registros de datos psicológicos, entrevistas y resultados de pruebas escritas, electromagnéticas o cualquier otro tipo de almacenamiento, si son conservados durante cierto tiempo, el psicólogo lo debe de hacer bajo su responsabilidad personal con mucha seguridad y secreto impidiendo que personas ajenas a ella puedan tener acceso.

Artículo 37º. El Psicólogo en su ejercicio profesional se basa en el derecho y deber de tener un respeto recíproco entre sus homólogos y las otras profesiones. No debe desacreditar a colegas u otros profesionales que trabajen con sus mismo o diferentes métodos y se dirigirá con respeto a las demás escuelas y tipos de

intervención que gozan de credibilidad científica y profesional. La lealtad y el respeto entre el psicólogo y los demás profesionales con quienes interactúe para fines de su ejercicio como tal, constituyen elementos fundamentales de su práctica profesional.

Artículo 50°. Los Psicólogos al planear o implementar investigaciones científicas, deberán guiarse o proceder mediante los principios éticos de respeto y dignidad, al igual que salvaguardar el bienestar y derechos de las personas que participan en la investigación.

Artículo 52°. En los casos de menores de edad y personas incapacitadas, el consentimiento respectivo deberá firmarlo el representante legal del participante.

Estos son los artículos del Código Deontológico y Bioético de Psicología con los que se procederá en esta investigación. Es importante conocer además de teorías e intervenciones psicológicas, las leyes por las cuales se rige el ejercicio profesional en contexto y en las implicaciones tanto positivas como negativas en el momento de interactuar con personas o instituciones como es el caso de este trabajo. Además, el poder tener conocimiento de cada uno de los artículos mencionados anteriormente facilita así, la aplicación de forma válida, ética y de manera responsable a los participantes de la investigación, creando así condiciones que promuevan el bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad, para mejorar su calidad de vida.

RESULTADOS

A continuación se presentarán los resultados obtenidos de siete instituciones que brindan atención psicológica a personas diagnosticadas con autismo en la ciudad de Cali.

De acuerdo a lo que se pretendió identificar con el primer objetivo específico, se encontraron siete instituciones de carácter privado las cuales prestan servicios de atención integral e intervención psicológica a esta población. Igualmente se encontró que el número total de personas con autismo que hacen parte de estas instituciones es de 171. Las instituciones identificadas se presentan en la tabla 5.

Con relación a la identificación de las intervenciones psicológicas y la descripción del procedimiento que las instituciones emplean para estas se detallará de acuerdo a como se especifica a continuación.

Para dar inicio con la descripción e información obtenida para las categorías estudiadas en el presente estudio se dará cuenta en primera instancia del diagnóstico del TEA, posteriormente se presentarán las características de los profesionales que hacen parte del equipo profesional haciendo énfasis en el rol del psicólogo en la intervención psicológica. Luego se detallarán las intervenciones psicológicas. Seguidamente se pasará a describir el protocolo de atención que tienen las instituciones al momento de intervenir con esta población, así como los recursos que emplean los profesionales para llevar a cabo actividades y cumplir los objetivos de intervención propuestos. Posteriormente, se expondrán los resultados donde se mostrará si las instituciones cuentan con intervenciones creadas por ellos, la actualización que reciben en las intervenciones y por último se expondrá la información adicional que los psicólogos encuestados consideran importante para el desarrollo de la intervención con esta población.

Diagnóstico del TEA

En relación con el diagnóstico se encontró que en seis de las siete instituciones no se realiza ya que llegan con un diagnóstico previo, sin embargo, los profesionales entrevistados informan que en algunas ocasiones estos llegan a la institución con sospecha de TEA o con otro diagnóstico como parálisis cerebral, trastorno por déficit de atención o retardo en el lenguaje. En las instituciones el psicólogo es quien realiza una valoración con el fin de corroborar el diagnóstico y en caso de ser necesario remitir a psiquiatría infantil o neuropediatría para la confirmación del diagnóstico. La institución restante menciona que en un 80% de los casos el diagnóstico se realiza en la institución por parte del psiquiatra o el psicólogo clínico.

Equipo profesional

En el caso del equipo profesional se encontró que en todas las instituciones se cuenta con un equipo interdisciplinar para llevar a cabo la intervención, en la tabla 6 se presentan los profesionales que atienden a las personas con TEA así como las funciones que estos realizan en la intervención y el número de instituciones que comparten la función del profesional.

En todas las instituciones cuentan con psicólogo clínico y terapeuta del lenguaje, seis cuentan con terapeuta ocupacional, una institución con trabajador social y dos instituciones con analista de comportamiento y ninguna institución cuenta con neuropediatría y psiquiatría infantil. En el mismo sentido, es importante resaltar que en los resultados que se obtuvieron se identificaron siete profesionales adicionales los cuales son: educador especial, fisioterapeuta, nutricionista, fisiatra, psiquiatra, neuropsicólogo y programador neurolingüístico. De esta lista cinco instituciones cuentan con fisioterapeuta, tres instituciones con neuropsicólogo, una institución con nutricionista, dos con educador especial, una con fisiatra, una con psiquiatra y una con programador neurolingüístico.

Tabla 6
Función de los profesionales que hacen parte de la intervención en personas con TEA

Profesional	Función	Número de instituciones que comparten la función del profesional	
Neuropediatría		0	
Psiquiatría infantil		0	
Psicólogo clínico	Genera diagnóstico	1	
	Valoración	5	
	Manejo del Aula	1	
	Evaluación	1	
	Regulación de la conducta	1	
	Procesos psicoeducativos	2	
	Intervención con padres e individual	3	
	Observación de la conducta	1	
	Protocolo de intervención	5	
	Capacitación a profesores	1	
	Análisis funcional de la conducta	1	
	Trabajador social	Intervención comunitaria	1
		Acompañamiento familiar	1
Seguimiento en salud		1	
Terapeuta del lenguaje	Manejo de PECS	4	
	Manejo del lenguaje	5	
	Estructuración del aprendizaje	1	
	Capacita al grupo interdisciplinario	1	
	Procesos de deglución	2	

	Manejo de la nutrición	1
Terapia ocupacional	Integración sensorial	1
	Estructuración del aprendizaje	2
	Habilidades ocupacionales	1
	Orientación a cuidados cotidianos	4
Analista de comportamiento	Socializa con equipo interdisciplinar sobre el desempeño de las personas	1
	Evaluación, planeación y ejecución de programas	1
Fisioterapeuta	Estrategias de Psicomotricidad	5
Educador especial	Procesos de pedagogía	1
	Evaluación social dentro del aula	1
Fisiatra	Evaluación médica	1
Nutricionista	Evalúa la alimentación y establece plan de nutrición	1
	Genera diagnóstico	1
Psiquiatra	Genera diagnóstico	1
Programador neurolingüístico	Apoyo a padres en mejoramiento del área social y del lenguaje	1
Neuropsicólogo	Valoración diagnóstica	3

Siguiendo con el equipo profesional se encontró que en cinco de las siete instituciones el profesional encargado de liderar el programa de intervención es el psicólogo clínico, mientras que en las dos restantes lo realiza el trabajador social y en la otra el fisioterapeuta.

Intervenciones psicológicas

En cuanto a las intervenciones psicológicas que las instituciones usan para las personas con TEA se encontró la información que se ilustra en la tabla 7.

Tabla 7

Frecuencia y tipos de intervención psicológica utilizadas por las instituciones

Tipo de Intervención	Número de instituciones
ABA	6
TEACCH	6
TCC	5
SCERTS	1
Centrada en la familia	3

Un aspecto importante a resaltar es, que de las diez intervenciones incluidas en el cuestionario cinco de ellas no son empleadas por ninguna institución y cinco métodos fueron reportadas en el apartado *otros* los cuales son Floor Time por dos instituciones, Activación Emocional y Reciprocidad Corporal (AERC) por dos instituciones, Modelo Kanner soluciones terapéuticas por dos instituciones, The Sonrise Program por una institución y Musicoterapia por dos instituciones. Cabe mencionar que en este apartado todas las instituciones encuestadas manifestaron el uso del programa PECS que hace parte del SAAC como herramienta de apoyo al momento de la intervención, puesto que permite desarrollar habilidades para comunicarse con los otros al ser un sistema alternativo de comunicación

Por otra parte, se encontraron características similares en el tipo de intervención utilizadas; en tanto que la intervención ABA es utilizada para la modificación de conducta y por que es una intervención que tiene evidencia científica. Mientras que la intervención TEACCH se emplea para esta población pues reportan los psicólogos encuestados que genera independencia, promueve comunicación, ayuda a la concentración, potencializa el aprendizaje, promueve y estructura la ejecución de tareas y la organización temporo-espacial.

Otra intervención es la TCC la cual permite disminuir conductas disruptivas, aumentar conductas adaptativas, reestructuración cognitiva e incremento en las habilidades sociales, en cuanto a SCERTS se utiliza por que permite la regulación emocional y la comunicación social y por último la intervención centrada en la familia se emplea porque se genera fortalecimiento para los padres y cuidadores brindando mayor beneficio para las personas con TEA.

Los procesos terapéuticos con enfoque ABA se realizan de manera individualizada en un ambiente natural como puede ser el contexto social, familiar y académico, con el fin de promover conductas adaptativas e inhibir conductas disruptivas, estereotipadas y/o perturbadoras para sí mismo o para otros. De manera transversal se favorecen habilidades sociales, lenguaje, conducta motora, atención y se fortalecen aquellas áreas en las que el usuario presente dificultades en la funcionalidad.

Dentro de la propuesta de trabajo con enfoque ABA se generan espacios, mediante el control y estructuración de tareas y ambientes, donde se propicien las habilidades del usuario, las cuales se promueven mediante el uso de reforzamiento positivo (objetos, actividades o estímulos que resultan gratificantes para el usuario), además de estimular el aprendizaje de nuevas conductas mediante el modelamiento e imitación. Por su parte, la extinción de conductas perturbadoras o inapropiadas se logra en mayor cantidad cuando las personas con TEA son infantes. Por otra parte en los adolescentes y adultos se logra disminuir las conductas anteriormente nombradas, donde en ambos casos esto se logra mediante el uso de reforzamiento negativo.

Durante las intervenciones se usan instrucciones verbales cortas y claras, descomponiendo las actividades en pasos sencillos que se van instaurando mediante la repetición y el reforzamiento, para promover el encadenamiento a conductas más complejas. Cuando se han adquirido las conductas deseadas, se inicia una etapa de generalización con el fin de trasladar las conductas del usuario a otros escenarios; buscando mantenerlas mediante el cambio de programas de

reforzamiento (se modifica la frecuencia, tipo de reforzador, lapso de espera). Adicionalmente se utiliza la técnica conductual economía de fichas,

El número de horas diarias o número de sesiones empleado en cada institución varía dependiendo del ordenamiento del médico tratante o Entidad Promotora de Salud. Cada sesión dura una hora y en el paquete se incluyen las especialidades que requiera el niño dentro de su proceso terapéutico. Es decir, el paciente puede ser atendido desde cualquier especialidad, con profesionales capacitados en la técnica ABA. Los registros son llevados en la historia clínica del paciente mediante evoluciones de cada sesión atendida.

Es necesario mencionar que el objetivo de la TCC es la modificación de conducta, para generar mejoras en la capacidad atencional, disminuir comportamientos impulsivos, favorecer las funciones ejecutivas haciendo énfasis en la planificación y autocontrol, favorecer el reconocimiento de emociones y la expresión de las mismas. En cuanto a esta terapia se resalta que en ABA se emplean algunas de las técnicas de modificación de conducta de este enfoque.

Desde el enfoque TEACCH se realiza un trabajo estructurado que posibilita al paciente la organización de una rutina de aprendizaje, dentro de un espacio físico predecible y estable. Las intervenciones se realizan en ambientes individuales o en grupo en el caso del aula, donde se minimizan las distracciones visuales y auditivas con el fin de promover la concentración en la tarea. Para esto hay asignación de colores y marcación a los espacios para cada actividad. Adicionalmente se trabaja con horarios visuales con el fin de anticipar y preparar al usuario para la rutina de trabajo. Se proponen actividades en mesa mediante las que se buscan favorecer procesos cognitivos básicos de aprendizaje y procesos de regulación y control, buscando la independencia funcional del usuario. De esta intervención se realiza registro en la historia clínica del usuario mediante las evoluciones de cada sesión atendida.

El enfoque terapéutico centrado en la familia está presente en todos los procesos de intervención sin importar el tipo de técnica que se utilice para abordar al paciente. Este enfoque considera a la familia como un sistema de apoyo para el proceso terapéutico, que puede potencializar las habilidades conseguidas en el espacio terapéutico. De esta manera se mantiene una comunicación constante con la familia, buscando involucrarla en el proceso terapéutico mediante la observación de las dinámicas en casa con el fin de retroalimentar las conductas y formas de vinculación con la persona, enseñanza de las técnicas utilizadas y participación en las sesiones de intervención con el fin de modelar conductas. Los registros de esta intervención se llevan en actas de las reuniones llevadas a cabo con las familias y en las evoluciones se registran las sesiones realizadas en casa.

Se hace necesario evidenciar que para cada intervención psicológica no fue posible identificar un paso a paso o una guía de como intervenir, puesto que los psicólogos mencionan que la manera en la que se utiliza cada intervención está sujeta a las diferentes necesidades de las personas con TEA y a la disposición que esta tenga en cada sesión. Por tal motivo, la descripción de cada intervención se realizó de manera general.

Respecto a los resultados que dan cuenta acerca del motivo de las intervenciones y que fueron mencionadas en el apartado otros en el instrumento, un psicólogo refiere el uso de Floor Time en dos instituciones el cual permite la regulación de la conducta y la comunicación afectiva al ser una terapia de juego. Este mismo psicólogo mencionó el uso del AERC siendo una intervención usada por dos instituciones, que permite la estimulación sensorial y la comunicación. Por otra parte el SRP que es utilizada en una institución permite trabajar desde la motivación e intereses de la persona para lograr los objetivos de la intervención y por último la musicoterapia que es utilizada en dos instituciones como una intervención usada para ayudar a que las personas aprendan a regularse en un momento de frustración, también permite que estas personas adquieran habilidades sociales y de comunicación.

En relación con los resultados acerca de las capacitaciones que han recibido en la institución para el adecuado uso de la intervención se encontró que una institución realiza capacitaciones de carácter informal, lo cual significa que las capacitaciones se dan mediante la asistencia a congresos y seminarios de neuropsicología donde el equipo profesional abstrae la información pertinente y significativa para aplicarla en las intervenciones a personas con TEA. Por otro lado, tres de las seis instituciones que reportan el uso de la intervención ABA tienen profesionales certificados para aplicar esta intervención, mientras que las tres restantes han asistido a capacitaciones y entrenamientos en esta intervención sin obtener una certificación formal por haber adquirido este conocimiento. En cuanto a la intervención TEACCH se encontró que tres de las seis instituciones que reportan utilizar esta intervención tienen al menos un profesional capacitado para la aplicación de esta intervención, mientras que las tres instituciones restantes reportan que conocen esta intervención y que aplican lo que otros profesionales comparten en reuniones propias de la institución. Del mismo modo, se encontró que las dos instituciones que reportan el uso de musicoterapia tienen profesionales capacitados para desarrollarla, igual para el caso de las dos instituciones que reportan el uso de AERC y Floor Time. Además, todos los profesionales que hacen parte de la institución que utiliza el Sunrise Program han obtenido una certificación por medio del programa Sunrise. Seguidamente, es importante reconocer que las intervenciones restantes que fueron seleccionadas realizan sus capacitaciones en reuniones propias de cada institución, siendo de carácter informal.

Continuando con los resultados obtenidos acerca de la relación de las intervenciones psicológicas con el entorno, las instituciones consideran importante ese aspecto para el desarrollo de la intervención. Se encontró que las siete instituciones incluyen el entorno familiar y social en la intervención, mientras que solo una de las siete instituciones ha desarrollado intervenciones a nivel laboral a comparación de las restantes que manifiestan que dicho entorno no aplica puesto que ninguna persona con TEA ha estado en esta situación. Los resultados sobre los entornos que son incluidos al momento de realizar la intervención se analizan

teniendo en cuenta que una institución tiene la opción de mencionar varias razones sobre el rol que desempeña cada miembro del entorno seleccionado, de esta manera se generan similitudes para su agrupación. Aclarado esto, se encontró a nivel familiar que los padres son tenidos en cuenta en el proceso terapéutico por todas las instituciones, cuatro instituciones para brindarles orientación en las características del trastorno y comprensión del diagnóstico, tres instituciones los padres se capacitan para la aplicación de técnicas, en una se les expone información sobre pautas de crianza, en otra institución se les expone información de autismo como lo indica el ICBF, mientras que en cinco instituciones tienen en cuenta a los padres al momento de realizar la valoración inicial y una institución solo tiene en cuenta a los padres para brindarles información si ellos lo solicitan. Siguiendo en el entorno familiar se encontró que los hermanos y cuidadores tienen un rol similar en la intervención, así en seis instituciones tienen en cuenta a los hermanos y cuidadores, cinco de estas consideran que los hermanos les deben brindar apoyo y acompañamiento en diferentes actividades en casa y tres consideran esta misma función para los cuidadores, una institución invita a los hermanos y cuidadores a capacitaciones en Sonrise, otra institución expone información de autismo como lo indica el ICBF a hermanos y cuidadores, una institución capacita a los cuidadores en la aplicación de técnicas y otra institución los invita a charlas donde se brinda información sobre las características del autismo y finalmente una institución incluye a los cuidadores en la valoración inicial.

En cuanto al entorno social se encontró que seis de las siete instituciones incluyen al profesor en la intervención al darles orientación sobre el manejo de esta población, dos instituciones establecen contacto con instituciones educativas para un proceso de inclusión escolar. En este contacto verifican las condiciones en las que estaría la persona y realizan seguimiento. Es de resaltar que, una institución de las encuestadas orienta a los docentes en el plan de estudios en cuanto a las características (nivel de aprendizaje y lenguaje) que tiene el niño y dos instituciones les brindan orientación en las descripciones de las características del trastorno. Así mismo, dentro de este mismo entorno también se encuentra el rol de los

compañeros de clase y amigos. Los compañeros de clase son incluidos en seis de las siete instituciones, cuatro de estas de manera indirecta al ser el profesor quién les da información sobre la llegada del nuevo compañero, las características y el manejo que se debe tener con él dado a los lineamientos del profesional de la institución que brinda el acompañamiento a personas con TEA, y dos instituciones les brindan orientación en las características del trastorno de carácter directo ya que miembros de la institución son quienes informan a los compañeros de clase. En cuanto a los amigos, tres de las siete instituciones los incluyen para la orientación en las características del trastorno el cual permite el favorecimiento del entorno social. Los amigos que se incluyen en las intervenciones según las tres instituciones son de acuerdo a la conversación que el psicólogo tiene con los padres de familia y los que se dan a conocer en la visita domiciliaria que el profesional realiza en diferentes fases del proceso.

Por otro lado, sobre los tipos de seguimiento para evaluar la evolución de las personas con TEA (ver tabla 8) se muestran los tipos de evaluación y la cantidad de instituciones que las utilizan.

Tabla 8

Tipo de seguimiento y evolución de personas con TEA en la ciudad de Cali

Tipo de evaluación	Número de instituciones que las utilizan
Plan de Atención Individual (PLATIN)	2
Formato de evaluación Sunrise Program (SRP)	1
Inventario Del Espectro Autista (IDEA)	1
Instrumento de Motivation Assessment Scale (MAS)	1
Functional Analysis Screening Tool (FAST)	1
Children Autism Research Scale (CARS)	1
Escala de evolución Kanner	1
Reuniones periódicas	7

Todas las instituciones coinciden en la importancia de realizar reuniones periódicas, inicialmente con el equipo interdisciplinar para compartir información de

la persona con TEA y la evolución que está teniendo de acuerdo a los objetivos propuestos. Los psicólogos encuestados refieren que en estas reuniones se realiza un análisis cuantitativo y cualitativo de la evolución para identificar si las conductas disruptivas disminuyen y las conductas esperadas aumentan de acuerdo a los objetivos propuestos para ese periodo y así replantear los objetivos, ya sea para potenciar la misma conducta o para introducir nuevas conductas en el repertorio comportamental. En un segundo momento se generan reuniones con los padres, de las personas con TEA para darles la información a la que se llega en el grupo interdisciplinar sobre la evolución de la persona y así mismo recibir una retroalimentación por parte de los padres la cual contribuirá al planteamiento de los nuevos objetivos.

Siguiendo con la caracterización de las intervenciones psicológicas en personas con TEA, se encontró que cinco de las siete instituciones cuentan con el enfoque de PCP, de esta manera, en una institución el psicólogo realiza observación por una semana en compañía de los padres en la que se identifican cuáles son los excesos y los déficit conductuales para así poder generar un plan individual de trabajo. En otra institución el psicólogo es quien realiza valoración conjunta teniendo en cuenta al niño y al padre, se plantean objetivos, actividades y metas por cada caso formuladas para tres meses y para los niños mayores de 12 años se completa la escala de calidad de vida. Otra institución tiene, en primera instancia, una cita de información a los padres la cual es realizada por el psicólogo, posterior a esto se realiza observación durante dos semanas para luego establecer el protocolo de la intervención establecido por este. En otra de las instituciones encuestadas el psicólogo realiza en un primer momento una entrevista con la familia para conocer sus necesidades, posteriormente, se observa a la persona con autismo en el colegio y en casa, se habla con el profesor y la familia para luego generar un informe sobre lo que se encontró y así establecer con la familia los objetivos de intervención. Finalmente, otra institución realiza una valoración por parte del psicólogo en la que se tienen en cuenta las necesidades de los padres para establecer los objetivos de intervención. En dichos objetivos de intervención todas las instituciones tienen en cuenta la edad, la conducta, el lenguaje y el aspecto social. Por otra parte, cinco

instituciones tienen en cuenta la hipo e hiper reactividad y dos instituciones indicaron áreas que no se tenían presentes en el instrumento, las cuales son el área cognitiva por una institución y la restante la organización temporal y espacial.

Una institución basa sus lineamientos en la BOARD, una en el protocolo de bienestar familiar, una en el proyecto Educativo Institucional (PEI), otra en el protocolo TEA Colombia, dos en el modelo Kanner soluciones terapéuticas y una indica tener ruta propia. Dentro del protocolo que las instituciones siguen para hacer el seguimiento a las personas con TEA se encontró que en ninguna institución se ha realizado uno para las personas que finalizan la intervención de manera satisfactoria debido a que se desvinculan antes de finalizar el proceso. Los psicólogos informan que existen personas que se retiran de la institución de manera voluntaria ya sea por cambio de ciudad, de institución o decisión de los padres.

Recursos

Por otro lado, sobre el uso de materiales en estas intervenciones, en la tabla 9 se muestran diferentes aspectos como recursos y la cantidad de instituciones que los usan para el desarrollo de las intervenciones. Se consideró pertinente brindar la información por institución para favorecer al lector en el entendimiento de los recursos empleados por cada institución debido a que pueden emplear recursos diferentes en cada una de ellas y diferir en el motivo por el cual lo usan.

Tabla 9

Recursos empleados en la intervención por cada institución y el motivo por el cual lo usan

	Recursos	Motivo por la que lo usan
Institución 1	Computadores Tablet con aplicación TEACCH luces de colores	Mejora su atención, los relaja y disminuye conductas autoestimulatorias
Institución 2	Batería, organeta, guitarra Láminas Cuentos Fomy	Les permite comunicarse da a entender que comprendieron.

Institución 3	videobeam (se proyectan videos de ellos mismos, películas) Material TEACCH Material Montessori Televisor	Contribuye a la mejora de su comportamiento y su inclusión social
Institución 4	Equipo de sonido Libros Tablet Cajas de TEACCH Juguetes	Permite el juego la comunicación y al ser material diferente permite que la persona no se aburra.
Institución 5	Papelería Imágenes Juguetes Tablet	Se usan con el objetivo de tener interacción y generar procesos y habilidades cognitivas.
Institución 6	Computadores Computadores Imágenes	Se usan porque facilitan la comunicación, permite centrar la atención, ampliar vocabulario.
Institución 7	Audiovisual Imágenes Juguetes	Porque el aprendizaje de las personas con autismo es visual, las imágenes son la información

Para finalizar esta categoría se indica si las instituciones cuentan con instalaciones especiales para el desarrollo de la intervención a personas con TEA, en la que se encontró que tres de las siete instituciones cuentan con salones especiales y todas las instituciones crean una adaptación en el medio.

Intervenciones propias

En la categoría de intervenciones propias, se encontró que un psicólogo ha elaborado un modelo de intervención el cual es utilizado en dos instituciones, dicho modelo es el programa Kanner soluciones terapéuticas el cual tiene como objetivo la regulación de la conducta, este modelo cuenta con cuatro etapas para su realización, 1) regular la conducta, 2) seguimiento instruccional, 3) nivel de aprendizaje y 4) operatividad. A su vez el modelo cuenta con seis conceptos de

trabajo para realizar las etapas anteriores que son, 1) quitar el poder, 2) desistir el empeño, 3) la imposibilidad de realización de la tarea, 4) toda conducta es modificable, 5) trabajo en familia y 6) programa paso a paso. En las cinco instituciones restantes no se han creado o elaborado intervenciones propias.

Actualización en intervención

Continuando con la información obtenida acerca de actualización en intervenciones, se encontró que las siete instituciones reciben actualización, dos de ellas las reciben esporádicamente en cualquier tema o intervención y por diferentes medios tales como asistencia a seminarios y conversatorios que generan entre los miembros de su institución, cuatro instituciones reciben actualización cada año por medio de entrenamientos o capacitaciones en diferentes temas o intervenciones que ellos empleen, de las cuales dos reciben entrenamiento en ABA, una en SRP y otra en trastornos de la conducta. Por otra parte, una institución recibe cada seis meses una capacitación de ocho horas en ABA.

Información adicional

Finalmente, se expondrá la información adicional que los psicólogos consideran importante para la intervención a personas con TEA (ver Tabla 10). Cabe aclarar, que una institución pudo aportar varios aspectos en el apartado de información adicional

Tabla 10

Información adicional considerada para la intervención a personas con TEA

Información adicional	Cantidad de instituciones que refirieron la información
Intervención interdisciplinar	2
Intervención ABA para cualquier nivel de autismo	1
Protocolo general adaptado a Colombia que tenga en cuenta diferentes etapas del ciclo vital	1
Neuropediatra en la institución	1
Inclusión escolar	3

Control en la medicación	1
Apoyo familiar	1
Ingreso en programa especializado	1
Atención temprana	1
Modelo ABA debe ser intensivo	1
Capacitar a todo el personal en administración e intervención a personas con TEA	1

Tal como se evidencia en la tabla, un psicólogo menciona que el enfoque ABA debe ser intensivo y otro que debe ser implementado para cualquier nivel de severidad de autismo, este mismo psicólogo manifiesta no estar de acuerdo con el actual protocolo para el TEA del Ministerio de Salud de Colombia (2015) en cuanto a las etapas de vida en las que se enfoca, puesto que considera que la población adulta ha quedado por fuera.

Por otra parte, tres psicólogos consideran que debe existir inclusión escolar para esta población para abarcar un derecho fundamental del ser humano como la educación. También un psicólogo considera que debe haber mayor apoyo familiar, que aunque en su institución se incluye el entorno familiar, reporta que desde su experiencia los padres de familia no cumplen con su responsabilidad, por el contrario, depositan gran parte de sus labores a los cuidadores externos o a los mismos miembros de la institución. Según el encuestado, a raíz del poco apoyo familiar las personas con TEA presentan un retroceso en su proceso y un mantenimiento en las conductas disruptivas. Además mencionó que se debe tener control en la medicación que reciben estas personas puesto que reciben medicamento para las diferentes comorbilidades del TEA, generando posibles efectos secundarios en otras áreas lo que conlleva a la confusión de los síntomas.

Ahora bien, relacionado con el equipo de profesionales un psicólogo resalta que este debe ser interdisciplinar y otro que dentro del equipo debe haber neuropediatra. Por último un psicólogo manifiesta que toda persona con TEA debe tener ingreso en un programa especializado para desarrollar habilidades, este mismo psicólogo considera que es necesario capacitar a todo el personal en administración e intervención a personas con TEA.

DISCUSIÓN

De manera coherente con los objetivos propuestos del trabajo, en este apartado se expondrán los puntos relevantes encontrados que permiten discutir la caracterización de las intervenciones psicológicas a personas con TEA en la ciudad de Cali.

Un primer aspecto en el que se encontró coincidencia entre lo reportado en la literatura y el presente estudio fue el enfoque en la triple vertiente (niño, familia y entorno). Los hallazgos del presente estudio dan cuenta de que todas las intituciones incluyen en la intervención estos tres aspectos, manifestando que es importante incluirlos para tener éxito en la intervención tal como lo evidencian Millá y Mulas (2009). De esta manera se resalta la idea de estos autores al afirmar que con un trabajo conjunto se busca generar un plan de intervención holístico que ayude al desarrollo y a la aparición de las habilidades y destrezas culturales. Esto da cuenta de la importancia de integrar las diferentes esferas en la intervención que reciben las personas con TEA, porque permiten el refuerzo de las habilidades y conductas adquiridas durante la intervención.

Por otro lado, se evidencia que las instituciones cumplen la determinación del Ministerio de Salud de Colombia (2015) al ser el neuropediatra y/o psiquiatra infantil los profesionales que realizan el diagnóstico, sin embargo, en una de ellas quién también lo realiza es el psicólogo clínico. De acuerdo al Ministerio de Salud de Colombia (2015) es el psicólogo quien se encarga de realizar la valoración y quien deberá liderar el programa de intervención. En relación con este aspecto, se identificó que no todas las instituciones cumplen con el, ya que en dos instituciones son otros profesionales quienes la lideran como es el caso del trabajador social y fisioterapeuta, no obstante, se corrobora la importancia que tiene el psicólogo clínico durante la valoración psicológica, la impresión diagnóstica y posteriormente en el

desarrollo de la intervención, puesto que en el resto de las instituciones es él quien establece el plan de atención en conjunto con el equipo interdisciplinar. Siguiendo con los profesionales que están involucrados en el proceso de intervención a las personas con TEA se confirman los planteamientos de Moyano et al. (2013) y del Ministerio de Salud de Colombia (2015) respecto al equipo interdisciplinar que debe tener un programa de intervención para el tratamiento del TEA, puesto que todas las instituciones cuentan con él. Sin embargo, en el protocolo del Ministerio de Salud de Colombia (2015) se indican los profesionales que deben hacer parte de este equipo. Se encontró que dicho equipo no se encuentra completo en ninguna institución de la ciudad de Cali, además se reportaron otros profesionales como personas fundamentales para la intervención como el fisioterapeuta, educador especial, fisiatra, neuropsicólogo, nutricionista, psiquiatra y programador neurolingüístico. Este hallazgo da cuenta de las múltiples áreas y las necesidades particulares con las que cuentan las personas con esta condición para ser atendidas e intervenidas por diferentes profesionales, además, los psicólogos de cada institución afirman que el rol que ejerce cada profesional desde su disciplina y experticia es fundamental para el desarrollo de la intervención. Adicionalmente, se encontró que hay comunicación continua entre los profesionales por medio de reuniones periódicas (semanal, mensual, trimestral, semestral y anual), lo cual permite la evaluación y seguimiento de cada proceso y que concuerda con lo expuesto por dichos autores. Tales reuniones de los profesionales apuntan a favorecer las intervenciones de las personas con TEA debido al intercambio de información sobre el desempeño y el cumplimiento de objetivos de cada persona en la intervención.

Por otro lado, respecto al uso de la tecnología como herramienta para la intervención a esta población, se identifica que su uso en las instituciones encuestadas se da principalmente por medio de computadores y tablets, los cuales son utilizados como refuerzo a conductas deseables, y a su vez generan beneficios, principalmente, en la comunicación, interacción social y el comportamiento. Sin embargo, ninguna institución reporta un manejo de los programas mencionados por

Cuesta y Abella (2012), lo que implica que debe haber actualización en el uso de las herramientas tecnológicas por parte de los profesionales y/o instituciones.

Continuando con los tratamientos para las personas con TEA el enfoque ABA es una de las intervenciones más utilizadas en estos centros. Esta intervención según el protocolo del Ministerio de Salud de Colombia (2015) debe ser usada por tener bases teóricas sólidas y evidencias en la práctica que soporta la efectividad en esta población. Es de resaltar que la anterior información coincide con el motivo mencionado por seis instituciones del por qué la usan, además de también ser utilizada con el objetivo de modificar conductas. Esto da cuenta de que las personas con TEA que asisten a dichos centros están siendo tratadas con una intervención que les brinda mejoras en las áreas afectadas gracias a la confiabilidad en su implementación. De esta manera, se identificó que los psicólogos establecen dentro de sus objetivos terapéuticos la adquisición de conductas adaptativas y la disminución o extinción de conductas disruptivas las cuales tienen un seguimiento a nivel cualitativo y cuantitativo que les permite reconocer la efectividad mediante el cambio que genera en la conducta, ya que existen procedimientos conductuales tales como el análisis funcional que permite identificar las secuencias que caracterizan una conducta mediante el análisis del antecedente y consecuente de estas, explicando la ocurrencia de la conducta y el mantenimiento de la misma.

Además se identifica el proceso de aprendizaje que tiene cada persona con TEA, para así establecer un método que se ajuste a la necesidad de cada persona y así asegurar que las conductas adquiridas se generalicen a otros contextos.

También se evidenció que en este enfoque al menos un miembro del equipo de trabajo está certificado o capacitado para implementarlo. Una de las certificaciones que fue mencionada es la Registered Behavior Technician (RBT) la cual es una credencial otorgada por la Behavior Analyst Certification Board (BACB) que requiere de un seguimiento anual para mantener la credencial (Behavior Analyst Certification Board, s.f). Es importante mencionar que la preparación es de carácter individual para el profesional.

Además se identifica que en Santiago de Cali no hay instituciones que brinden la certificación. Para los profesionales esto es una barrera que incrementa los costos para adquirir dicha certificación. No obstante cabe mencionar que el hecho de no estar certificado no es un impedimento para trabajar con esta población, puesto que el psicólogo con un enfoque cognitivo conductual tiene formación que le permitirá realizar modificación de conducta debido a las diferentes técnicas y estrategias de intervención encaminadas a lograr dicho objetivo.

Se considera que al ser ABA una intervención que tiene sus lineamientos bajo el Ministerio de Salud de Colombia, deber ser esta entidad la que respalde la formación de los profesionales en esta intervención por medio de recurso humano calificado para generar una certificación de alta calidad, así mismo debería generar respaldo económico para esta formación de manera que la formación recibida pueda ser retribuida con beneficio a esta población.

De acuerdo a la implementación del enfoque ABA, un hallazgo relevante en el estudio es que el profesional certificado para la aplicación de ABA no es únicamente el psicólogo, lo cual evidencia que personas con diferentes estudios tengan la posibilidad de realizar intervención bajo este enfoque, sin embargo, en el protocolo del Ministerio de Salud de Colombia (2015) se “recomienda que las intervenciones enmarcadas en ABA deben ser dirigidas por profesionales expertos en el área (psicólogos con conocimiento en psicología comportamental durante su formación), con varias horas de supervisión y entrenamiento en estas estrategias” (p.60) además de recomendar que la aplicación ABA debe ir acompañada del equipo interdisciplinar.

Otro tratamiento que es relevante discutir en este estudio es el TEACCH, tratamiento que según Salvadó-Salvadó (2012) se basa en la teoría del aprendizaje cognitivo-social y del aprendizaje estructurado. Este permite a las personas con TEA realizar actividades estructuradas de modo que sean comprensibles para ellos, siendo esta una de las razones por las cuales las instituciones la usan para esta

población. También, son instituciones que basan su intervención en lo que para Moyano et al. (2013) y Fuentes-Biggi et al.(2006) son elementos insidipensables, como lo es el ambiente físico, la secuencia predecible de las actividades, los cronogramas visuales, las rutinas flexibles y las actividades físicas y visuales estructuradas. Lo anterior da cuenta de los beneficios que reciben las personas con TEA en Cali, ya que esta intervención permite tener un entorno favorable y una estructura en todas sus actividades, lo cual contribuye a su calidad de vida.

En cuanto a los SAAC las insticiones en la ciudad de Cali manifiestan hacer uso de PECS como sistema alternativo de comunicación. Esto da cuenta que al igual que como se reporta en la literatura, este es un sistema que permite dar inicio a la comunicación y a la enseñanza de las operaciones verbales por medio de reforzamiento con el objetivo de generar comunicación independiente (Burgos, 2013). Teniendo en cuenta los hallazgos de los estudios que confirman que la comunicación y el método de aprendizaje de esta población es principalmente de carácter visual, el presente estudio permite reconocer que las intervención para personas con TEA en la ciudad de Cali deben implementar el uso del PECS para así potencializar la comunicación e identificación del otro y su contexto.

Continuando con las técnicas de intervención, se encontró que unas técnicas de modificación de conducta dentro de la TCC utilizadas en las instituciones es el moldeamiento, el encadenamiento y la economía de fichas. La primera estrategia es utilizada porque permite según Martos-Pérez y Llorente-Comí (2013) la adquisición de nuevas conductas mediante el reforzamiento con aproximaciones sucesivas. El encadenamiento se emplea para la adquisición de conductas que estan compuestas por una secuencia que siguen un orden, estas conductas se pueden adquirir ya sea por encadenamiento hacia atrás, hacia adelante o por presentación de la cadena total, por último, la economía de fichas es empleada para promover la aparición de conductas deseables, en estas personas resulta útil para generar una asociación entre la ficha y el reforzador (premio) y para aumentar la cantidad de apariciones de la conducta deseable. Este hallazgo permite visibilizar la importancia de ser el psicólogo con formación en un enfoque cognitivo-conductual quién implemente intervenciones a personas con TEA, puesto que es este enfoque el que cuenta con

formación en dichas técnicas que permiten generar al psicólogo estrategias para ser implementadas y cumplir con los objetivos de intervención propuestos.

Continuando con los puntos relevantes encontrados en la caracterización de las intervenciones psicológicas, cabe resaltar la importancia de las familias para el mejoramiento y adquisición de habilidades en estas personas. El presente estudio permite corroborar lo que propone el protocolo del Ministerio de Salud de Colombia (2015) sobre la vinculación de la familia en el proceso de intervención. Este aspecto es tenido en cuenta por las instituciones en la ciudad de Cali, aunque no se base específicamente en el protocolo mencionado, como parte fundamental en el éxito de la intervención. Sin embargo, ninguna institución reporta el uso de las intervenciones centradas en la familia expuestas por Martos-Pérez y Llorente-Comí (2013), a pesar de que sus características son indispensables tanto para el momento de iniciar la intervención como para el desarrollo de la misma. Esto da cuenta que, a pesar de que no tengan una metodología en particular para la familia, las instituciones incluyen en diferentes momentos de la intervención a estas, resaltando el rol fundamental que ellos tienen para lograr cumplir con los objetivos propuestos. Es relevante enfatizar en que el psicólogo puede ser el profesional idóneo para orientar a la familia en las características del trastorno y en la importancia que ellos tienen para el mejoramiento y el proceso de la persona con TEA. Esta información fue mencionada por las personas encuestadas.

Un aspecto adicional que es pertinente exponer y que reportaron los psicólogos entrevistados de cada institución sobre la intervención a personas con TEA, es la importancia de la atención temprana. Según lo que afirma Martos-Pérez y Llorente-Comí (2013) la atención temprana brinda posibilidades de desarrollo en el niño, reduciendo la gravedad de sus síntomas y mejorando su calidad de vida y la de sus familias. En este sentido, los psicólogos encuestados informaron que la mayoría de las personas que ingresan a la institución llegan con síntomas severos puesto que no se tuvo una atención temprana y ahora se ve un mayor impacto en los diferentes contextos como el familiar, social y educativo debido al nivel de severidad del trastorno. Así mismo, además de identificar que su edad cronológica no corresponde con los comportamientos esperados para el ciclo de desarrollo en el

que se encuentra es necesario intervenir lo antes posible. En este sentido, se identificó que una causa para no dar inicio a una intervención temprana es el desconocimiento que se tiene sobre el TEA, generando que en una edad avanzada se dé el diagnóstico y su intervención. Otra causa identificada es el alto costo que tienen los tratamientos y poco cubrimiento de los planes de salud, y bajo estas condiciones la familia opta por no iniciarlo o retardar su inclusión a una institución.

Por otra parte, de acuerdo a la información adicional que reportaron los encuestados mencionan que el enfoque ABA debe ser intensivo y ser implementado para cualquier nivel de severidad de autismo. Otro psicólogo manifiesta no estar de acuerdo con el actual protocolo para el TEA propuesto por el Ministerio de Salud de Colombia (2015). La crítica que se le hace a este protocolo da cuenta de que las etapas de vida en las que se enfoca dejan por fuera a la población adulta. Lo que implica que en el protocolo solo se tiene en cuenta la población infantil y adolescente y esto resulta ser una limitante ya que se encontró que en las instituciones hay personas adultas y que requieren de un manejo diferente. Por dicho hallazgo, es pertinente rescatar el aporte del psicólogo entrevistado debido a que exalta la importancia de contar con un protocolo en el que se incluyan las diferentes etapas y edades, debido a que como se mencionó anteriormente si no se da una AT el grado de severidad del TEA puede incrementar con el paso del tiempo.

Por otra parte, los psicólogos encuestados consideran que debe existir inclusión escolar para esta población para abarcar un derecho fundamental del ser humano como la educación. Lo anterior implica formar a los profesionales en educación especial para que así las instituciones educativas tengan la capacidad de brindarles beneficios a las personas que requieran una atención particular, esto a su vez significa que las instituciones tienen la responsabilidad de crear alternativas para que esto se lleve a cabo, además de incluir en este proceso al Ministerio de Educación ya que son ellos quienes deben asegurar que el proceso de inclusión escolar se esté desarrollando en las instituciones educativas. Por otro lado, también un psicólogo considera que debe haber mayor apoyo familiar, que aunque en su institución se incluye el entorno familiar, reporta que desde su experiencia algunos padres de familia no cumplen con su responsabilidad y atención al caso, por lo

contrario, depositan gran parte de sus labores a los cuidadores externos o a los mismos miembros de la institución, explicando que a raíz de esta situación las personas con TEA presentan un retroceso en su proceso y un mantenimiento en las conductas disruptivas. Además se mencionó que se debe tener control en la medicación que reciben estas personas puesto que reciben medicamento para las diferentes comorbilidades del TEA generando posibles efectos secundarios en otras áreas lo que conlleva a la confusión de los síntomas. Lo anterior hace referencia a dos aspectos importantes, el primero es de generar un diagnóstico pertinente el cual debe confirmarse eliminando la medicación de la persona con TEA en un tiempo prudente mientras se le brindan alternativas para tratar el síntoma por el cual se le daba la medicación. Cabe mencionar que el tiempo mientras que la persona esté sin medicación debe tener acompañamiento profesional y debe ser el psicólogo quién lidere este momento y brinde las alternativas a tratar mientras se confirma el diagnóstico. El segundo aspecto importante son las consecuencias de un diagnóstico errado, puesto que después de dar el diagnóstico se genera la intervención de acuerdo a este, y la intervención entonces no sería apropiada y no trataría las necesidades reales de la persona lo cual impediría el desarrollo de nuevas conductas y la disminución de conductas disruptivas pertinentes. Esto entonces no favorecería a la persona con TEA y por lo contrario sería un retroceso u obstáculo en su bienestar. Cabe resaltar que independientemente del diagnóstico con el que ingrese la persona a la institución el psicólogo realiza la valoración inicial ya sea para iniciar el proceso de intervención o para remitir a la persona nuevamente a neuropediatría o psiquiatría infantil para volver a evaluar el diagnóstico.

Ahora bien, relacionado con el equipo de profesionales, un psicólogo resalta que este debe ser interdisciplinar mencionando que dentro de este debe estar el neuropediatra. Lo anterior se respalda con las especialidades de cada profesional puesto que cada uno de ellos tiene conocimientos que contribuyen a la intervención de personas con TEA y a las necesidades particulares de cada uno.

Así mismo, un psicólogo manifiesta que toda persona con TEA debe tener ingreso en un programa especializado para desarrollar habilidades, además considera que es necesario capacitar a todo el personal en administración e intervención a personas con TEA. En relación con este último aspecto es importante mencionar que las capacitaciones, certificaciones y estudios que realiza el profesional se dan de manera independiente, lo que significa que es él quién debe costearlo, informando que aunque tengan la intención de actualizarse en metodologías como por ejemplo ABA en ocasiones esto les resulta difícil debido al alto costo que tienen y porque se realizan fuera del país. A raíz de esto, es importante resaltar que las instituciones deberían ser las encargadas de brindar dicha actualización y/o capacitación a nivel formal a sus trabajadores, pues son ellos los encargados del trato directo con las personas y de quién depende en gran parte el proceso y progreso de las personas que ingresan a la institución. Lo anterior también debe incluir a las intervenciones alternativas, puesto que en Cali se encuentran instituciones que las usan siendo necesario que la persona que emplee alguna de estas intervenciones, tengan conocimientos y certificaciones que le permitan intervenir en esta población de manera efectiva y apuntando siempre al mejoramiento de la calidad de vida de las personas. Igualmente se resalta que dentro de las instituciones el uso de este tipo de intervención alternativa se refiere principalmente al uso de la musicoterapia en la que los psicólogos manifestaron su uso dentro de la intervención puesto que permite obtener cambios en la motricidad, regulación emocional, interacción y adaptación social en las personas con TEA, lo cual se relaciona con lo mencionado por Schumacher y Calvet (como se citó en Benavidez y Orrego 2010) y con la American Association for Music Therapy (como se citó Morante, 2013) debido a que el objetivo que se pretende lograr alcanzar con esta terapia es poder promover la habilidad de experimentar, mantener y disfrutar de las relaciones interpersonales, al igual que del mejoramiento de la salud mental y física, siendo primordial en primera instancia que la persona sea capaz de desarrollar la percepción y el conocimiento de sí mismo, para poder comprender la complejidad del otro. Por otra parte, cada profesional tiene diferentes objetivos a

alcanzar con su intervención, se pueden distinguir entre estos el trabajo sobre las áreas comunicativa y de interacción social, cognitiva, motriz y afectivo-emocional.

Ahora bien, respecto al SRP este se identificó como tratamiento guía para esta población dentro de una institución, la cual sigue los lineamientos expuestos en el centro de tratamiento del autismo de América (Autism Treatment Center of America, 2015). Esto permite dar cuenta que las instituciones dentro de su plan de atención para esta población, también optan por otro tipo de intervenciones que dan resultados satisfactorios a objetivos puntuales dentro de la intervención.

Por otro lado, los psicólogos informaron la carencia de la atención a esta población en cuanto a la cobertura de los tratamientos y la intensidad de los mismos que los centros de salud les ofrecen, puesto que es la entidad de salud la que determina el tratamiento que será cubierto por ellos. Esto implica la necesidad de conocer cómo las entidades de salud en otras ciudades de Colombia llevan a cabo las intervenciones, así como indagar cómo en otros países se tienen coberturas que involucra todos los aspectos comprometidos en el TEA involucrando diferentes tratamientos.

Por su parte, los psicólogos mencionan que una persona con TEA puede estar inscrita en varios centros de salud recibiendo tratamientos diferentes en cada una, dificultando la posibilidad de hacerle seguimiento integral a esta población. De acuerdo a esto, se identifica una de las posibles razones por la cual no se tiene registro de las personas que son atendidas, puesto que son entidades de salud diferentes.

Finalmente, según la información obtenida en esta investigación es de resaltar el impacto de los fundamentos psicológicos que tienen las intervenciones para la población con TEA pues los tratamientos, métodos y/o técnicas usados por psicólogos generan cambios significativos en las áreas comprometidas en el TEA. Estas intervenciones permiten desarrollar habilidades que posibiliten a las personas desenvolverse en diferentes contextos los cuales involucran a otros. Cabe resaltar que en la ciudad de Cali dichos cambios significativos se logran según los resultados obtenidos debido a: (a) acompañamiento, (b) compromiso familiar y (c)

equipo interdisciplinario que permita un trabajo holístico con las personas que rodean a la persona con TEA.

En cuanto al proceso de búsqueda que se realizó para hallar las instituciones que pudieran servir como participantes en la presente investigación, se encontró que acceder a ellas desde las entidades públicas no es fácil, debido a que ni en la Alcaldía de Cali o en la Secretaría de Salud Municipal, ofrecieron información que permitiera identificarlas. Lo que implica que en este estudio no se tenga un conocimiento formal acerca del tamaño poblacional y por ende saber si el número de instituciones con las que se trabajó es o no una muestra representativa de la población. Esto da cuenta de la falencia que hay en el sistema de salud en Cali y el seguimiento a este tipo de trastornos. A raíz de esto y de la prevalencia del trastorno es necesario visibilizar las instituciones que brindan atención para esta población además visibilizar las intervenciones que están siendo utilizadas, ya que se reportan el uso técnicas y/o tratamientos con y sin evidencia de su efectividad para tratar esta población. En cuanto a las limitaciones percibidas en la investigación, se encontró en primera instancia el tipo de técnica de muestreo utilizada que fue “bola de nieve”, que tiene unas falencias o limitaciones como lo es la manera en cómo se recolecta la información de manera informal y poco rigurosa, sin revisarlo bajo criterios estandarizados, se recomienda para futuros estudios utilizar técnicas de muestreo regidos bajo criterios más rigurosos, de manera que se tenga así una muestra representativa. Como segunda limitación está el tamaño de la muestra, debido a que se centró únicamente en los psicólogos que hacen parte de instituciones que brindan un servicio terapéutico integral para la intervención a personas con trastornos del neurodesarrollo, en especial TEA, por lo tanto esta no es una muestra representativa en lo que refiere a la caracterización total de las intervenciones psicológicas utilizadas en personas con autismo en la ciudad de Cali, debido a que no se tuvieron en cuenta para este estudio psicólogos que hagan parte de otro tipo de instituciones como clínicas, hospitales y consultorios privados, debido a esto se recomienda para futuros estudios incluir a psicólogos que brinden sus servicios para el trabajo de personas con esta condición en las instituciones mencionadas anteriormente y en consultorios privados. Como tercera limitación se encontró que el

instrumento presenta inconsistencias al momento de describir los procesos de intervención psicológica empleada para autismo. Además, limita el reporte del quehacer del psicólogo en la intervención psicológica para estas personas debido a que el cuestionario no cuenta con una pregunta específica que haga énfasis únicamente en el rol del psicólogo durante el proceso de intervención, puesto que la pregunta que indaga sobre el quehacer dentro de la intervención va dirigida a cada uno de los profesionales de la institución. A raíz de esto se recomienda para futuros estudios incluir en el cuestionario una pregunta que amplíe dicha información haciendo énfasis en el rol del psicólogo.

Por otro lado, se resalta que este estudio tiene un alcance descriptivo, razón por la cual se recomienda para futuros estudios evaluar la eficacia y calidad de las intervenciones que se están utilizando en la ciudad de Cali para esta población.

Se concluye que en la ciudad de Cali, de acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, cada institución tiene un protocolo diferente que rige su funcionamiento, además de tener una manera diferente para abordar el proceso de intervención de las personas con TEA. Igualmente se identificó que la intervención a esta población es de carácter interdisciplinar y que el psicólogo es quien tiene en primera instancia el contacto con la familia y la persona que ingresa a la institución, además de generar una valoración inicial para identificar las necesidades puntuales de cada persona para establecer los objetivos a trabajar y así el plan de intervención que permita llegar al cumplimiento de dichos objetivos. Así mismo se concluye la importancia de las características de la intervención dirigidas a esta población como lo es el enfoque de la triple vertiente, la AT y la PCP. De igual manera, se resalta que si se tienen en cuenta estas características al momento de intervenir con los diferentes métodos, técnicas y/o estrategias de intervención psicológica de manera correcta es posible obtener resultados positivos, mejorando considerablemente su calidad de vida.

Por otro lado, con este estudio se pretendió reducir la brecha que se identificó entre la información que esta expuesta y lo que sucede a la fecha con esta población en materia de intervención psicológica en la ciudad de Cali, sin embargo de acuerdo a lo mencionado anteriormente sobre el desconocimiento formal del

tamaño poblacional y el tamaño reducido de la muestra los resultados no pueden ser generalizados como datos de divulgación sobre la intervención psicológica que reciben las personas con TEA en la ciudad de Cali, no obstante, se genera una base que permite la identificación tanto de algunas instituciones como de las intervenciones empleadas en ellas. Por lo tanto se recomienda seguir realizando estudios que ahonden en este aspecto para permitir la ampliación de la información y disminuir la brecha existente. Igualmente se recomienda abordar el cumplimiento de la normatividad que rige el protocolo del Ministerio de Salud de Colombia para poder identificar que tan preparadas están las instituciones para el manejo de esta población.

REFERENCIAS

- Alcantud F., Rico D. y Lozano L. (2012). Trastornos del Espectro Autista: Guía para padres y profesionales. València: Centre Universitari de Diagnòstic i Atenció Primerenca, Universitat de València.
- Alessandri, M., Mundy, P., y Tuchman, R.(2005). Déficit social en el autismo: Un enfoque en la atención conjunta. *Revista de Neurología*, 40(1), 137-141
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostical and statistical manual of mental disorder Fifth Edition*. Recuperado de <http://psy-gradaran.narod.ru/lib/clinical/DSM5.pdf>.
- Autism Treatment Center of America. (2015). Autism treatment options- The Sunrise Program. Recuperado de www.autismtreatmentcenter.org/contents/about_sonrise/autism-treatment-options.php
- Behavior Analyst Certification Board. (s.f). Registered Behavior Technician. Recuperado de <http://bacb.com/rbt/>
- Benavidez, H., y Orrego, P. (2010). La evaluación del desarrollo de las capacidades de referencia conjunta a través de una intervención basada en prácticas musicales en un niño con trastorno de espectro de autismo. *Psicoperspectivas*, 9(2), 224-252.
- Burgos, M. (2013). Autismo: intervención para el desarrollo de la comunicación. Universidad de Almería, Almería, España.
- Carboni, A., y Romero, S. (2014). Desarrollo de la Cognición Social en niños con Trastorno Generalizado del Desarrollo de tipo Autista. Universidad de la República de Uruguay, Uruguay.

- Carrascosa-Romero, M., Suela, J., Alfaro-Ponce, B., & Cepillo-Boluda, A. (2012). Ictiosis ligada al cromosoma X asociada a epilepsia, hiperactividad, autismo y retraso mental, por microdelección Xp22. 31. *Revista de Neurología*, 54 (4), 241-248. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/5404/bh040241.pdf>
- Colciencias. (s.f). ScienTI. Recuperado de <http://scienti.colciencias.gov.co:8083/ciencia-war/enRecursoHumanoBusqueda.do>
- Cuesta, J., y Abella, V. (2012). Tecnologías de la información y la comunicación: aplicaciones en el ambito de los tratamientos del espectro autista. *Revista Española sobre la discapacidad intelectual*, 43(2). 6-25. Recuperado de http://sid.usal.es/idocs/F8/ART19579/cuesta_gomez.pdf
- Ferrero, A. (2012). Guía de Compromiso Ético para las prácticas preprofesionales en Psicología. *Fundamentos en Humanidades*, 13(25), 135-151
- Fuentes-Biggi, J., Ferrari-Arroyo, M.J., Boada-Muñoz, L., Touriño-Aguilera, E., Artigas-Pallarés, J., Belinchón-Carmona, M.,...Posada-De la Paz, M. (2006). Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 43(7), 425-438.
- Garrabé, J. (2012). El autismo: Historia y clasificaciones. *Salud mental*, 35(3), 257-261. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000300010&lng=es&tlng=pt
- Gaviria, P. (Abril 8 de 2015). Autismo, Conversaciones. Conferencia llevada acabo en el segundo espacio de conversaciones, Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia.
- Grupo de Salud Mental Colpsic – Ascofapsi. (2013). *Implicaciones de la Ley 1616 para el ejercicio profesional de la Psicología*. Recuperado de http://www.colpsic.org.co/aym_image/files/Implicaciones_Le_y_1616_para_la_psicologia_clinica.pdf

- Hernández, R., Fernández, C y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México, D.F: McGraw-Hill.
- Houghton, K., Schuchard, J., Lewis, C., y Thompson, C.K. (2013). Promover la comunicación social iniciada por el niño en niños con autismo: efectos de la intervención con el The Son-Rise Program. *Revista de trastornos de la comunicación*, 46, 495-506. Recuperado de <http://vencerautismo.org/es/son-rise-program-intervention.pdf>
- Icesi. (2015). Catálogo Instituciones especializadas de Cali Consultorio de Atención Psicosocial (CAPSi) Universidad Icesi. Recuperado de https://www.icesi.edu.co/capsi/images/Catlogo_instituciones_Cali_2015_2.pdf
- Labrador, F y Crespo, M. (2012). *Psicología clínica basada en la evidencia*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Martos-Pérez, J. (2006). Autismo, neurodesarrollo y detección temprana. *Revista de Neurología*, 42(2), 99-101.
- Martos-Pérez, J., y Llorente-Comí, M. (2013). Tratamiento de los trastornos del espectro autista: unión entre la comprensión y la práctica basada en la evidencia. *Revista Neurológica*, 57(1), 185-191. Recuperado de http://www.viadesarrollo.es/mediapool/141/1410576/data/Tratamiento_TEA_evidencia_martos-llorente.pdf
- Mata, G y Carratalá, A. (2007). Planificación Centrada en la Persona: Experiencia de la Fundación San Francisco de Borja para Personas con Discapacidad Intelectual. *Cuadernos de buenas prácticas FEAPS*. p. 7-15. Recuperado de http://www.ite.educacion.es/formacion/enred/materiales_en_pruebas_2013/tea_2013/material_complementario/m4/Planificacion_Centrada_Persona.pdf
- Millá, M., y Mulas, F. (2009). Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 48(2), 547-552, Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/48S02/bbS02S047.pdf>.
- Ministerio de Protección Social. (2006). *Ley número 1090 de 2006: Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones*. Recuperado de http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/GPV2_UPB_MEDELLIN/PGV2_

M030_PREGRADOS/PGV2_M030040020_PSICOLOGIA/CODIGO_ETICO/
CODIGO%20DEONTOLOGICO%20Y%20BIOETICO.PDF

Ministerio de Salud de Colombia. (2013). Minsalud incluye en el estudio de salud mental el autismo. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/salud-mental-el-autismo.aspx>

Ministerio de Salud de Colombia. (2015). Protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-TEA-final.pdf>

Morante, A. (2013). Propuesta de intervención de Musicoterapia aplicada a alumnos con Autismo. (Tesis de maestría). Universidad de Valladolid, Valladolid, España.

Moyano, M. B., Alonso, M., Aspirarte, A., Brio, M.C., Cleffi, V., Cukier, S., Grosso, M.T., y Subia, S. (2013). Guía para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. Colegio Argentino de Psicofarmacología y Neurociencia. Recuperado de [http://www.capyn.org/guias/guia_para_el_tratamiento_de_los_trastornos_del_espectro_autista_\(2013\).pdf](http://www.capyn.org/guias/guia_para_el_tratamiento_de_los_trastornos_del_espectro_autista_(2013).pdf)

Mulas, F., Ros-Cervera, G., Milla, M., Etchepareborda, M., Abad, L., y Téllez, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología*, 50(3), 77-84

Navarro-Martínez, E., Valadez-Sierra, M., Soltero-Rodríguez, N., Zambrano-Guzmán, R., Nava-Bustos, G y Sandoval-Martínez, J. (2013). Programa de entrenamiento cognitivo conductual para padres de niños con trastorno del espectro autista. *Revista de educación y desarrollo*, 25, 71-76.

Pallisera, M. (2011). La planificación centrada en la persona (PCP): una vía para la construcción de proyectos personalizados con personas con discapacidad intelectual. *Revista Iberoamericana de Educación*. 56(3), 1-12.

Rodríguez, A., y Rodríguez, M. (2002). Diagnóstico clínico del autismo. *Revista de Neurología*. 34(1), 72-77.

- Rubi, E., Prizant, B.M., Laurent, C & Wetherby, A.M. (2013). Social Communication, Emotional Regulation, and Transactional Support (SCERTS). En S, Goldstein y J.A, Naglieri. (Ed.), *Interventions for Autism Spectrum Disorders*, (107-127). Nueva York: Springer.
- Ruggieri, V., y Arberas, C. (2015). Abordajes terapéuticos en los trastornos de espectro autista. *Revista de Neurología*, 60(1). Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/60S01/bnS01S045.pdf>
- Salvadó-Salvadó, B., Palau-Baduell, M., Clofent-Torrentó, M., Montero-Camacho, M., y Hernández-Latorre, M. (2012). Modelos de intervención global en personas con trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 54(1), 563-571.
- TEACCH Autism Program. (2015). Clinical Service. Recuperado de www.teacch.com/clinical-services
- The SCERTS Model. (2015). The SCERTS Model. Recuperado de http://www.scerts.com/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=2
- Varela-González, D., Ruiz-García, M., Vela-Amieva, M., Munive-Baez, L., y Hernández-Antúnez, B. (2011). Conceptos actuales sobre la etiología del autismo. *Acta pediátrica de México*, 32(4). 213-222. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2011/apm114e.pdf>.



ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los estudiantes de Noveno semestre de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana Cali, Santiago Guasaquillo Medina con C.C. 1.144.045.395 de Cali (santi_029@hotmail.com), Erika Andrea Santana Vanegas con C.C. 1.144.067.148 de Cali (ik_0901@hotmail.com) y Carolina Ortiz Ordoñez con C.C. 1.144.071.316 de Cali (crolina13ortiz@hotmail.com), matriculados actualmente en la Asignatura “Trabajo de Grado I” el cual es dirigido y asesorado por el Profesor Sebastián Jiménez, tiene como objetivo que los estudiantes formulen en su trabajo de grado I una pregunta problema a desarrollar durante el semestre, haciendo una revisión de literatura para poder estructurar y generar un método de intervención adecuado para poder intervenir sobre la problemática escogida.

Como parte del proyecto de grado se realizará una práctica esta investigación que consiste en la aplicación de dos cuestionarios, uno cerrado y uno abierto, los cuales tienen por objetivo la recolección de información sobre las intervenciones que se usan en las personas con autismo en las diferentes instituciones de la ciudad de Cali.

Al igual se realizará una entrevista semiestructurada, orientada desde los resultados del cuestionario abierto donde se espera recoger información pertinente y favorable para nuestro trabajo, teniendo como prioridad la confidencialidad y reserva de la identidad, en la que información obtenida será usada únicamente con fines académicos. Solo tendrán acceso a esta información los estudiantes que realizarán el trabajo y la profesor a cargo del proyecto de grado.

Por este medio se pretende que usted conozca que:

La participación en esta práctica es absolutamente voluntaria. Esto quiere decir, que si usted lo desea puede negarse a participar o en caso contrario de aceptar, puede retirarse en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.

Debe quedar claro que usted no recibirá ningún beneficio económico por participar en este estudio y que este no genera riesgos para su salud; su participación será una contribución para el desarrollo del trabajo de grado. Con esta investigación se podrán obtener beneficios tales como la visibilización de la institución hacia la comunidad y de los servicios que estas prestan a las personas con autismo y la obtención de nuevos referentes teóricos y de conocimientos respecto a las intervenciones que se utilizan en estas personas.

Si después de haber leído de forma detenida y oportuna toda la información que contiene este documento, de haber pedido aclaración de algún apartado del mismo en el cual tenga dudas y habiendo decidido participar de forma voluntaria en la investigación se hará necesario firmar este documento.

En caso de tener alguna inquietud o pregunta sobre la investigación o solicitar mayor información, podrá contactarse con Santiago Guasaquillo al número 3137090628, Erika Andrea Santana al número 3165327723, Carolina Ortiz al número 3017855689 o con el profesor Sebastián Jiménez el cual dirige la asignatura "Trabajo de Grado I" en el correo electrónico jimenezs@javerianacali.edu.co

En constancia firmo en este documento de asentimiento informado a los ____ días, del mes de _____ del año 2015.

En constancia firmo en este documento de consentimiento informado a los ____ días, del mes de _____ del año 2015.

Nombre: _____

C.C: _____ Teléfono: _____

Firma: _____

Firma del estudiante: _____

Celular: _____

C.C: _____

e-mail: _____ -

Firma del estudiante: _____

Celular: _____

C.C: _____

e-mail: _____ -

Firma del estudiante: _____

Celular: _____

C.C: _____ e-mail: _____ -

Firma del asesor: _____

Celular: _____

C.C: _____ e-mail: _____ -

Anexo 2

Nombre de la institución	Estado del proceso	Cumple con criterios de inclusión	Comentarios
Karitas IPS	SELECCIONADO	Si	Institución participante.
Fundación centro terapéutico IMPRONTA	SELECCIONADO	Si	Institución participante.
APA	SELECCIONADO	Si	Institución participante.
Institución Julio Calonge/ Fundación Ideal	SELECCIONADO	Si	Institución participante.
Surgir	DESCARTADO	No	No manejan Autismo, manejan parálisis y niños con problemas neurológicos
Neuro Kids	DESCARTADO	No	No trabajan actualmente con personas con autismo y no tienen personal capacitado para este diagnóstico (no tendríamos a quien realizarle la entrevista)
Prisma	DESCARTADO	No	No maneja intervención psicológica
Corintegra	DESCARTADO	No Aplica	No fue posible establecer contacto
Asociación de discapacitados del valle	DESCARTADO	No	Psicólogo hace procesos de apoyo pedagogo, si tienen personas con autismo, tienen dos colegios. Carolina fisioterapeuta y coordinadora de la IPS (fulim, oriente)
Fundación para limitaciones múltiples (FULIM)	SELECCIONADO	Si	Institución participante.
Asociación SIMA- Salud - mental intal-adolescente			No contestan
Fundación Carvajal	DESCARTADO	No	No manejan discapacidades como autismo
Fundación Casa de Colombia	DESCARTADO	No	No manejan autismo. Manejan problemas de columna.

Teravida	DESCARTADO	No	Si manejan autismo pero no tienen paciente actualmente- si le brindan atención psicológica.
APAES	SELECCIONADO	Si	Institución participante.
Fundamor	DESCARTADO	No	No manejan el diagnóstico del autismo tienen retardos cognitivos leves y diagnóstico de VH
Neurocenter S.A.S.	DESCARTADO	No Aplica	No fue posible establecer contacto
Renacer Ltda	DESCARTADO	No Aplica	No fue posible establecer contacto
Tobías Emmanuel	DESCARTADO	No	No tienen intervención psicológica para el manejo de autismo
Ceres	SELECCIONADO	Si	No se tuvo disponibilidad por parte del psicólogo para responder el cuestionario.
Amadeus	SELECCIONADO	Si	Institución participante.

Anexo 3

CUESTIONARIO SOBRE ATENCIÓN A PERSONAS CON AUTISMO EN LA CIUDAD DE CALI		
Fecha de aplicación:		
Nombre de la institución: Institución: Pública___Privada___		
Nombre y apellido: Profesión:		
Cargo que desempeña:		
Número de personas con TEA en la institución:		
Las preguntas que se encuentran a continuación nos permiten obtener información general sobre la institución a la cual usted pertenece y el procedimiento que llevan a cabo al momento de realizar una intervención a personas con TEA.		
1. Las siguientes intervenciones psicológicas son algunas de las revisadas en la literatura, señalar con una X el tipo de intervención que utilizan, puede seleccionar varias opciones:		
Applied Behavior Analysis (ABA)		
UCLA		
Treatment in Education of Autistic and Communication Handicapped Children (TEACCH)		
Modelo Denver		
Sistemas alternativos/ aumentativos de comunicación (SAAC)		
Benson Shaeffer		
Terapia cognitivo conductual		Otros

ATENCIÓN A PERSONAS CON TEA

4. Marque con una x si en su institución se tienen en cuenta los siguientes entornos en la intervención a personas con TEA y posterior a esto indique que papel desempeña cada uno.

Entorno familiar Si _____ No _____

Padres _____

Hermanos _____

Cuidadores _____

Entorno social Si _____ No _____

Profesores _____

Compañeros de clase____

Amigos____

Entorno laboral Si ____ No____

Jefe____

Compañeros____

Subordinados____

Otro____ Cual

5.¿Hacen seguimiento para evaluar la evolucion de la persona con TEA? Si__ No __

Cuales instrumentos utilizan para realizar el seguimiento?

Registro de evaluación de la persona con TEA_____

Rejillas____

Matrices____

Cuestionarios____

Intrumentos de

evaluación____cual_____

Otro__ Cual_____

6.¿Cómo comprueban si la intervención está cumpliendo con los objetivos propuestos?

7. En relación con el diagnóstico, las personas que ingresan a la institución llegan con:

El diagnóstico de TEA: Si __No __ Si la respuesta es Si, pase a la pregunta 9, si la respuesta es No, continúe con la siguiente pregunta.

8. ¿Cuál o cuales son los profesionales encargados de dar el diagnóstico en su institución?

Psiquitra__ Neuropediatra_____

Otro ____¿cual? _____

9. ¿La institución cuenta con un programa o protocolo de atención para los pacientes con TEA? Si ___ No ___ Cual? _____

10.¿En la institución cuentan con el enfoque de Planificación Centrada en la Persona (PCP), es decir, si tienen en cuenta las características y necesidades de cada paciente con TEA y/o sus familias? Si ___ No ___

En caso de que la respuesta sea No, pase a la pregunta 12. Si la respuesta es Si continúe con la siguiente pregunta.

11.Explique cómo se desarrolla la PCP al momento de iniciar la intervención.

12. Señale la o las áreas que son tenidas en cuenta para realizar la intervención a personas con TEA:

Edad ____

Conducta _____

Lenguaje _____

Hipo e Hiper reactividad _____

Social _____

Otro ____ Cual _____

13.¿Qué profesional (es) lidera (n) el programa de intervención?

14.¿Cuenta la institución con un equipo interdisciplinar para realizar la intervención?

Si__No__

15.¿Qué profesionales hacen parte de la intervención? Y ¿Qué le aporta a la intervención a personas diagnosticadas con TEA cada uno de los profesionales seleccionados anteriormente?

Neuropediatra____,

Psiquiatría Infantil____,

Psicólogo clínico____,

Trabajador social____,

Terapeuta del lenguaje____,

Terapeuta ocupacional____,

Analista de comportamiento____,

Otro__ Cual_____

16.¿Tienen intervenciones creadas o elaboradas por ustedes? Si____No____

En caso de que la respuesta sea No pase a la pregunta 19. Si la respuesta es Si, continúe en la siguiente pregunta.

17.¿En qué consiste (n) la o las intervenciones elaboradas por ustedes?

18. ¿Cómo determinan que las intervenciones cumplieron los objetivos propuestos?

19.¿La institución cuenta con instalaciones (salones especiales) para la intervención a personas con TEA?_____

20. ¿Qué tipo de material (audiovisuales, imágenes, papelería, tecnología) se emplean para llevar a cabo las intervenciones?

21 ¿Este material beneficia a las personas con TEA en la intervención? Si____
No____ Por qué?

22. ¿Cuál de estos materiales considera Ud. Que es el mejor para la intervención y por qué ?

Audiovisuales____ Imágenes____

Papelería____ Tecnología____

23. Después de culminar la intervención en la institución realizan algún tipo de seguimiento a los pacientes? Si___ No___No Aplica___

Si la respuesta es No pase a la pregunta 26, Si la respuesta es Sí continúe con la siguiente pregunta.

24.Explique cómo se realiza ese seguimiento

25.¿Los profesionales de la institución que están involucrados en la intervención reciben actualización (capacitación, entrenamiento) sobre las intervenciones o tratamientos para personas con TEA? Sí___ No___ Si la respuesta es No, pase a la pregunta 27, si la respuesta es Si continúe con la siguiente pregunta.

26.¿Cada cuánto tiempo y cuál es el medio que usan para estar actualizados?

27. ¿Quisera usted aportar algo adicional acerca de la intervención a personas con TEA?

Anexo 4

RAD_S

Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **RAD_S**

Fecha: **F_RAD**

Página 1 de 2

Bogotá D.C.,

Señora
Carolina Ortiz Ordoñez
crolina13ortiz@hotmail.com

ASUNTO: Respuesta a solicitud radicada con el No 201542301196732

Respetada Señora Carolina

En respuesta a su oficio donde solicita el nombre de las instituciones públicas y privadas que brindan atención a personas diagnosticadas con el Trastorno de Espectro Autista en la ciudad de Santiago de Cali, aquellas instituciones que tengan al menos una persona diagnosticada con el trastorno, dirección donde está ubicada la institución, números telefónicos, correo electrónico, nombres de los directores y del grupo de profesionales que la institución tiene, le informamos lo siguiente:

A las personas con Trastornos del Espectro Autista-TEA se les garantiza la atención integral en salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por tal razón su atención se realiza de acuerdo a las necesidades particulares de cada uno de ellos de manera que se responda a sus necesidades de diagnóstico temprano, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención especializada, habilitación y rehabilitación.

Teniendo en cuenta que la persona con TEA puede ser atendida en las Instituciones de la red de prestación de servicios de salud acorde con su

condición de salud le sugerimos ingrese a los siguientes enlaces donde usted podrá realizar la búsqueda según el nivel de complejidad, por departamento y por municipio:

El directorio de Prestadores:

<http://prestadores.minsalud.gov.co/directorio/consultaIPS.aspx>

Igualmente puede usted ingresar al Registro especial de Prestadores: <http://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/> En este último puede ingresar como invitado para que realice la consulta requerida para su estudio.

Por otro lado usted puede ingresar al Cubo de Discapacidad que toma como fuente primaria de información el Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad donde usted podrá determinar el número de personas con discapacidad registradas en el país, según departamento y municipio. También encontrará variables que le permitirán analizar la situación de las personas con discapacidad en los diferentes ámbitos educativos, laborales, participativos entre otros.

En el caso concreto las personas con trastornos del espectro autista se encontraran incluidas dentro del grupo de personas con alteraciones permanentes del sistema nervioso. Actualmente no le podemos informar específicamente cuantas personas han sido diagnosticada con Trastornos del Espectro Autista

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá
D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

RAD_S

Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **RAD_S**

Fecha: **F_RAD**

Para acceder al Cubo de Discapacidad siga la siguiente ruta:
Ingresa por Excel Datos De otras fuentes Analisis Service:
Nombre del Servidor: cubos.sispro.gov.co
Usuario: sispro\discapacidad
Contraseña: sispro

También puede obtener información a través de la Secretaría de Salud Departamental del Valle del Cauca, Secretaría de Salud de Cali. Igualmente en la Liga Colombiana de Autismo puede usted recibir orientación al respecto.

Atentamente

JUAN PABLO CORREDOR PONGUTA
Jefe Oficina de Promoción Social

Anexo(s): ()

Copia (s):

Elaboró: **Claudia C**
Revisó/Aprobó: **Clemencia N**