



Ruta Integral
de Atención Intersectorial
para **Personas**
con **Trastorno**
del Espectro
Autismo



ALCALDÍA
DE
CHÍA

#YOTEAdmiro

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS	8
Objetivo general.....	8
Objetivos específicos.....	8
ALCANCE.....	9
¿QUÉ ES EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)?	10
MARCO NORMATIVO	28
ESTRATEGIA MUNICIPAL YoTEAdmiro.....	30
Ejes fundamentales de la Estrategia YoTEAdmiro:.....	33
<i>Educación Inclusiva:</i>	33
<i>Acceso a Servicios de Salud Especializados:</i>	33
<i>Inclusión Laboral:</i>	33
<i>Sensibilización y Concienciación Social:</i>	34
<i>Políticas Públicas y Coordinación Institucional:</i>	34
RUTA DE ATENCIÓN PARA PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DE CHÍA	35
Objetivo	35
<i>Acceso y recepción de la solicitud</i>	35
<i>Evaluación y diagnóstico</i>	35
<i>Canalización a servicios de apoyo</i>	36
<i>Seguimiento y acompañamiento</i>	36
<i>Evaluación y mejora del programa</i>	37
<i>Difusión y sensibilización</i>	37
RUTA DE ATENCIÓN PARA PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) SECRETARÍA EDUCACIÓN DE CHÍA	38
Objetivo	38

<i>Identificación y remisión de estudiantes con TEA</i>	38
<i>Acceso a educación inclusiva</i>	38
<i>Formación y capacitación docente</i>	39
<i>Apoyo psicopedagógico y social</i>	39
<i>Seguimiento y evaluación del proceso educativo</i>	39
<i>Difusión y sensibilización</i>	40
RUTA DE ATENCIÓN PARA PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) SECRETARÍA SALUD CHÍA	41
Objetivo	41
<i>Acceso y recepción de la solicitud</i>	41
<i>Evaluación y diagnóstico</i>	41
<i>Canalización a servicios de salud y apoyo</i>	42
<i>Seguimiento y acompañamiento</i>	42
<i>Evaluación y mejora del programa</i>	43
<i>Difusión y sensibilización</i>	43
LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48

EQUIPO DIRECTIVO

Leonardo Donoso Ruiz
Alcalde de Chía

Nelsy Yazmin Cajamarca Suarez
Secretaria de Educación de Chía

Luz Stella Díaz Jaller
Secretaria de Salud de Chía

Claudia Patricia Bernal Barrera
Directora de Acción Social

EQUIPO TECNICO FORMULADOR

Dumar Javier Figueredo Sanabria
Asesor de Despacho

Carolina López Rodríguez
Asesora de Despacho

Laura Natalia Caita Franco
Contratista Asesor Jurídico

Tatiana López Acosta
Contratista Formulator

INTRODUCCIÓN

En el marco de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2015/1948) ha establecido la educación como un derecho fundamental, garantizando su accesibilidad para todas las personas sin discriminación alguna. Sin embargo, a lo largo de la historia, este derecho no siempre se ha asegurado en condiciones de equidad, especialmente para poblaciones que requieren especial protección constitucional. La falta de oportunidades educativas y de acceso a servicios especializados ha generado barreras significativas para personas con discapacidad, incluyendo aquellas que presentan Trastorno del Espectro Autista (TEA), quienes enfrentan desafíos particulares en su proceso de desarrollo e integración social.

La educación inclusiva, concebida como un derecho fundamental, ha sido objeto de diversas iniciativas internacionales dirigidas a garantizar que todas las personas, sin importar sus condiciones o necesidades específicas, tengan acceso a una formación de calidad. La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) ha sido un actor clave en la promoción de políticas que aseguren la equidad educativa. Desde la Conferencia de Jomtien en 1990, con la iniciativa Educación para Todos (EPT), hasta la Declaración de Salamanca en 1994 y el Foro Mundial sobre la Educación en Dakar en el año 2000, la comunidad internacional ha venido fortaleciendo el compromiso de los Estados para desarrollar estrategias que faciliten la participación de personas con discapacidad en los sistemas educativos formales y no formales.

En 2006, la ONU aprobó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la cual, en su artículo 24, establece el derecho de esta población a recibir una educación inclusiva en igualdad de condiciones con los demás. En respuesta a estos acuerdos internacionales, Colombia ha desarrollado un marco normativo robusto que busca proteger y garantizar los derechos de las personas con discapacidad. La Constitución Política de 1991, en su artículo 67, consagra la educación como un derecho de todos los ciudadanos, con especial énfasis en la equidad y la inclusión. Asimismo, la Ley General de Educación (Ley 115 de 1994), la Ley de Infancia y Adolescencia (Ley 1098 de 2006), la Ley 1346 de 2009 y la Ley 1618 de 2013 han fortalecido el marco jurídico para garantizar la atención integral de las personas con discapacidad en los ámbitos educativo y social.

Más allá del ámbito educativo, el enfoque de inclusión para personas con TEA también requiere una atención integral en salud, ya que este trastorno implica un conjunto de necesidades que van desde la intervención terapéutica hasta el acceso a servicios médicos especializados. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha

enfaticado la importancia de garantizar diagnósticos oportunos y tratamientos adecuados para las personas con TEA, destacando la necesidad de políticas públicas que integren la salud mental con la atención social y educativa. En este sentido, la atención integral no solo debe centrarse en el ámbito escolar, sino también en el bienestar físico y emocional de la persona con TEA, promoviendo su autonomía y participación activa en la sociedad.

En este contexto, el municipio de Chía ha asumido un compromiso significativo en la implementación de la Ruta Integral de Atención Intersectorial para Personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA), consolidando un sistema de articulación entre la Secretaría de Salud, la Secretaría de Desarrollo Social y la Secretaría de Educación. Esta estrategia busca garantizar el acceso a servicios de diagnóstico, tratamiento, educación inclusiva y apoyo social a lo largo de toda la vida de la persona con TEA, estableciendo protocolos de atención que faciliten la intervención oportuna y efectiva. La implementación de esta ruta se fundamenta en un modelo de atención basado en la coordinación intersectorial, lo que permite optimizar los recursos y ofrecer una atención más eficiente y humanizada.

Uno de los principales retos que enfrentan las familias con miembros diagnosticados con TEA es la dificultad para acceder a un diagnóstico temprano y a servicios especializados que respondan a sus necesidades individuales. En muchos casos, la falta de información y el desconocimiento sobre los recursos disponibles dificultan la integración de las personas con TEA en la sociedad. En este sentido, la Ruta Integral de Atención de Chía busca articular esfuerzos entre diferentes sectores para garantizar un acompañamiento permanente que favorezca el desarrollo y la autonomía de las personas con TEA, permitiéndoles desenvolverse en diversos contextos sociales, educativos y laborales.

Un componente esencial de esta iniciativa es la sensibilización y formación de los actores involucrados en la atención de las personas con TEA, incluyendo profesionales de la salud, docentes, familias y la comunidad en general. La inclusión efectiva no solo se basa en la provisión de servicios especializados, sino también en la construcción de una cultura social que promueva el respeto, la comprensión y la valoración de la diversidad. En este sentido, la educación inclusiva debe ser concebida como un proceso transversal que transforme los paradigmas sociales y fomente prácticas que reconozcan la riqueza de la diversidad humana. Además, es fundamental fortalecer las estrategias de detección temprana y tratamiento del TEA, promoviendo la capacitación constante de los profesionales de la salud y el desarrollo de políticas públicas que garanticen un acceso equitativo a los servicios médicos y terapéuticos necesarios.

El municipio de Chía, mediante la implementación de esta Ruta Integral de Atención, se posiciona como un referente en la formulación de políticas públicas inclusivas,

garantizando el acceso equitativo a la educación y a servicios de atención integral para personas con TEA. La articulación entre los sectores de salud, educación y desarrollo social permite diseñar estrategias efectivas y sostenibles que aseguren la continuidad en la atención, promoviendo el bienestar y la calidad de vida de esta población y sus familias. Asimismo, se busca fortalecer las redes de apoyo comunitario, brindando a los cuidadores herramientas y orientación para hacer frente a los desafíos que implica el TEA.

Más allá de su impacto a nivel municipal, la Ruta Integral de Atención para personas con TEA en Chía se proyecta como un modelo de gestión que puede servir de referencia a nivel nacional. Su implementación no solo contribuye a la construcción de una sociedad más equitativa e inclusiva, sino que también promueve un cambio estructural en la manera en que se conciben y gestionan las políticas de atención a la discapacidad. Con esta iniciativa, Chía reafirma su compromiso con el respeto a los derechos humanos, la equidad y la inclusión, sentando las bases para una sociedad en la que todas las personas, sin excepción, puedan desarrollar su máximo potencial sin barreras ni limitaciones.

OBJETIVOS

Objetivo general

Establecer una Ruta Integral de Atención Intersectorial para personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en el municipio de Chía, garantizando el acceso equitativo a servicios de salud, educación y apoyo social, mediante un enfoque articulado que promueva la inclusión, el bienestar y el desarrollo integral de esta población a lo largo de su ciclo de vida.

Objetivos específicos

- Fortalecer la detección temprana y el diagnóstico oportuno del TEA, a través de estrategias de sensibilización, formación y articulación entre los diferentes actores del sector salud y educativo en el municipio.
- Garantizar el acceso a servicios especializados de intervención y tratamiento, incluyendo terapias basadas en evidencia científica, para mejorar la calidad de vida de las personas con TEA y sus familias.
- Promover la educación inclusiva mediante la capacitación de docentes y personal educativo en estrategias pedagógicas adaptadas, asegurando la permanencia y el desarrollo de los estudiantes con TEA en instituciones educativas regulares.
- Fomentar la participación activa de la comunidad y las familias en el proceso de inclusión, generando redes de apoyo que brinden acompañamiento y orientación a cuidadores y personas con TEA.
- Articular acciones entre la Secretaría de Salud, la Secretaría de Desarrollo Social y la Secretaría de Educación, estableciendo protocolos de atención que permitan una gestión eficiente y coordinada de los servicios disponibles en el municipio.

- Impulsar políticas públicas locales que favorezcan la inclusión social y laboral de las personas con TEA, promoviendo oportunidades de empleo y programas de capacitación adaptados a sus necesidades y habilidades.
- Sensibilizar a la sociedad sobre el TEA, fomentando una cultura de respeto, empatía y aceptación a través de campañas educativas y espacios de diálogo comunitario.

ALCANCE

La Ruta Integral de Atención Intersectorial para personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en el municipio de Chía tiene un alcance amplio y transversal, abarcando la identificación, diagnóstico, tratamiento, educación, inclusión social y apoyo continuo para las personas con TEA y sus familias.

Este modelo de atención está diseñado para beneficiar a todas las personas con TEA en el municipio, sin distinción de edad, género o condición socioeconómica. Se implementa a través de un enfoque intersectorial que involucra la articulación entre la Secretaría de Salud, la Secretaría de Desarrollo Social y la Secretaría de Educación, permitiendo la creación de estrategias conjuntas para la atención integral de esta población.

La ruta abarca desde la detección temprana del TEA en centros de salud, hasta la integración en el sistema educativo y el acceso a oportunidades laborales en la adultez. También se enfoca en la capacitación de profesionales de la salud, educadores y cuidadores, promoviendo una atención especializada basada en evidencia científica.

Además, se incluyen acciones de sensibilización comunitaria y formación para la ciudadanía en general, con el objetivo de crear un entorno más inclusivo y comprensivo para las personas con TEA. La implementación de esta ruta permite fortalecer el trabajo en red, generando mecanismos de apoyo para las familias y garantizando un acompañamiento continuo a lo largo del ciclo de vida de las personas con TEA.

Esta iniciativa busca establecer un modelo sostenible y replicable en otros municipios, consolidando a Chía como un referente en la atención integral e inclusión de personas con TEA a nivel nacional.

¿QUÉ ES EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)?

Los trastornos del espectro autista (TEA) constituyen un grupo complejo de alteraciones del desarrollo que afectan de manera crónica y profundamente individual a cada paciente. Este grupo de trastornos tiene una amplia variabilidad en cuanto a su manifestación clínica, lo que significa que no existen dos personas con TEA que presenten los mismos síntomas de manera idéntica. Estos trastornos se caracterizan por dificultades persistentes en las áreas de la comunicación, la interacción social, y la flexibilidad y la imaginación, lo que afecta la capacidad del individuo para adaptarse y desarrollarse en un entorno social. En términos de diagnóstico, los TEA no constituyen una patología única, sino un conjunto de trastornos que comparten ciertos rasgos comunes, pero que pueden presentar diferentes grados de severidad y variabilidad en sus síntomas.

En términos clínicos, el TEA se define como una disfunción neurológica crónica y compleja con una fuerte base genética que comienza a manifestarse en los primeros años de vida, y a menudo desde las primeras etapas del desarrollo. Se ha comprobado que los TEA tienen un componente genético significativo, ya que la predisposición a desarrollar estos trastornos está altamente influenciada por factores hereditarios. Sin embargo, este componente genético no es suficiente por sí solo para explicar todos los casos, lo que sugiere la presencia de factores adicionales, como los ambientales, que juegan un papel crucial en la aparición de los trastornos. Así, se ha llegado a la conclusión de que los TEA son el resultado de una interacción compleja entre la genética y los factores ambientales, lo que refuerza la hipótesis de una estructura etiológica multicausal.

En la actualidad, se sabe que la etiología de los TEA involucra una combinación de factores genéticos y ambientales que alteran el desarrollo normal del sistema nervioso central (SNC) durante las primeras etapas del embarazo y los primeros años postnatales. Específicamente, se ha observado que la mayor parte de los factores causales, aproximadamente el 90% de los casos, siguen siendo desconocidos, lo que implica que aún hay mucho por descubrir sobre las causas exactas de los TEA. En el resto de los casos (aproximadamente un 10%), se han identificado factores genéticos y ambientales específicos que parecen influir en el

desarrollo del SNC. Entre estos factores se encuentran exposiciones infecciosas o tóxicas al SNC durante la gestación o el período perinatal, trastornos metabólicos, asfixia perinatal, y el parto por cesárea, entre otros. Además, en algunos casos, los TEA pueden estar relacionados con síndromes neurocutáneos u otros trastornos neurológicos, lo que sugiere una complejidad aún mayor en su etiología.

Desde el punto de vista genético, los estudios recientes han estimado que la heredabilidad de los TEA es muy alta, similar a la de trastornos como la esquizofrenia y el trastorno bipolar, con una estimación de entre el 80% y el 90%. Este porcentaje es considerablemente más alto que en el caso de otras condiciones como el cáncer de mama (5-60%) o la enfermedad de Parkinson (13-30%). Sin embargo, a pesar de esta alta heredabilidad, los factores genéticos específicos que contribuyen a los TEA no están completamente identificados. Se sabe que estos trastornos no son causados por un solo gen, sino que involucran la interacción de varios genes, algunos de los cuales han sido identificados en estudios recientes. Entre estos genes se incluyen 1p, 5q, 7q, 15q, 16p, 17q, 19p y Xq, que, en combinación con otros factores, podrían influir en el desarrollo de los TEA. Además, se ha postulado que la sola presencia de ciertos genes no es suficiente para causar el trastorno, sino que también se requiere la interacción con factores ambientales o inmunológicos que desencadenen la expresión del trastorno. Este enfoque explica los casos de TEA idiopáticos o no sindrómicos, que no presentan una causa genética clara, pero que aun así cumplen con los criterios diagnósticos.

En cuanto a los factores ambientales, la lista de posibles influencias es amplia y, en algunos casos, polémica. Entre los factores que se han considerado, se incluyen la calidad del cuidado parental, las exposiciones prenatales a sustancias tóxicas, y la exposición a ciertas infecciones o vacunas, como la vacuna contra el sarampión (triple viral o MMR), aunque estos últimos factores han sido objeto de controversia y no han sido respaldados por evidencia científica sólida. Sin embargo, en general, los estudios han indicado que los factores ambientales pueden jugar un papel fundamental en la expresión de los TEA, particularmente en el caso de aquellos que no presentan una causa genética claramente identificable. Esto refuerza la idea de que los TEA son trastornos multifactoriales, cuya aparición y gravedad dependen tanto de la predisposición genética como de las condiciones ambientales a las que el individuo esté expuesto durante el desarrollo temprano.

Historia Natural y Factores de Riesgo

En términos de la historia natural de los TEA, aunque aún no se comprenden por completo todos los eventos que conducen al desarrollo de estos trastornos, la

hipótesis más aceptada sugiere que los trastornos fundamentales se originan durante las primeras fases del embarazo, específicamente antes del sexto mes de gestación. Esto implica que los trastornos suelen estar presentes al momento del nacimiento, aunque no se manifiestan plenamente hasta que interfieren con el curso normal del desarrollo. La historia natural de los TEA, por tanto, refleja una interacción dinámica entre la genética y los factores ambientales durante las primeras etapas de la vida, que determina la expresión y la gravedad del trastorno. La heterogeneidad etiológica de los TEA es notable, ya que no existe una única causa o patrón que explique todos los casos, lo que hace que el diagnóstico y tratamiento de los TEA sea particularmente complejo.

En general, se ha identificado que los factores de riesgo más significativos para el desarrollo de los TEA incluyen anomalías en el desarrollo del cerebro en los primeros meses del embarazo, influencias genéticas heredadas, y factores ambientales que afectan al sistema nervioso central durante las primeras etapas de vida. Estos factores interactúan de manera que dan lugar a un trastorno cuya gravedad y amplitud pueden variar significativamente de un individuo a otro. A medida que se avanza en la investigación de los TEA, se hace cada vez más evidente que los factores genéticos y ambientales no son eventos aislados, sino que actúan en conjunto para influir en el desarrollo de estos trastornos.

Diagnóstico

En cuanto al diagnóstico de los TEA, este ha evolucionado considerablemente a lo largo del tiempo. En las ediciones anteriores del DSM (como el DSM-IV) y la CIE-10, los criterios diagnósticos para los trastornos del espectro autista se basaban principalmente en la observación clínica de tres áreas fundamentales: la interacción social, la comunicación (verbal y no verbal), y los patrones de comportamiento restringidos y repetitivos. El diagnóstico requería la presencia de síntomas antes de los 36 meses de edad y se clasificaba en diferentes categorías, como el trastorno autista, el síndrome de Asperger, el síndrome de Rett, y el trastorno desintegrativo de la niñez. Estos trastornos eran diagnosticados con base en una serie de observaciones clínicas que identificaban patrones de comportamiento específicos, y en algunos casos, se utilizaban herramientas como el ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) y el ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) para facilitar el diagnóstico.

Con la publicación del DSM-V, se produjo una consolidación conceptual del autismo, que cambió la denominación de "trastornos generalizados del desarrollo" a "trastorno del espectro autista". Esta reformulación, más que una mera adecuación

terminológica, representa un cambio importante en la forma en que se conciben los TEA, al pasar de una clasificación rígida y de subtipos a un enfoque dimensional. En este nuevo enfoque, se elimina la distinción entre subtipos de autismo, como el trastorno de Asperger o el trastorno desintegrativo infantil, y se centra en la gravedad de los síntomas y el nivel de apoyo necesario. El diagnóstico se basa en tres niveles de gravedad, que tienen en cuenta la alteración de las habilidades sociales y comunicativas, así como los patrones repetitivos de comportamiento. Esta nueva clasificación refleja mejor la diversidad de experiencias dentro del espectro autista y ofrece una evaluación más flexible y personalizada de cada caso.

En resumen, el diagnóstico y tratamiento de los TEA requieren un enfoque multidisciplinario que integre la genética, los factores ambientales y los aspectos clínicos del trastorno, a fin de abordar las necesidades específicas de cada individuo. A medida que la comprensión de los TEA continúa avanzando, es probable que se desarrollen nuevas estrategias para la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de estos trastornos, lo que permitirá una mejor calidad de vida para las personas afectadas.

Nivel de Compromiso	Comunicación Social	Intereses Restringidos y Conductas Repetitivas
<p>Nivel III “Requiere soporte muy importante”</p>	<p>Déficit severo en habilidades de comunicación social verbal y no verbal que causan severas discapacidades de funcionamiento; muy limitada iniciación de interacciones sociales y mínima respuesta a las aproximaciones sociales de otros.</p>	<p>Preocupaciones, rituales fijos y/o conductas repetitivas que interfieren marcadamente con el funcionamiento en todas las esferas. Marcado malestar cuando los rituales o rutinas son interrumpidos; resulta muy difícil apartarlo de un interés fijo o retorna a él rápidamente.</p>
<p>Nivel II “Requiere soporte esencial”</p>	<p>Marcado déficit en habilidades de comunicación social verbal y no verbal; aparentes discapacidades sociales incluso recibiendo apoyo; limitada iniciación de interacciones sociales y reducida o anormal respuesta a las aproximaciones sociales de otros.</p>	<p>Rituales y conductas repetitivas y/o preocupaciones o intereses fijos aparecen con suficiente frecuencia como para ser obvios al observador casual e interfieren con el funcionamiento en varios contextos. Se evidencia malestar o frustración cuando se interrumpen rituales y conductas repetitivas; dificultad de apartarlo de un interés fijo.</p>

Nivel de Compromiso	Comunicación Social	Intereses Restringidos y Conductas Repetitivas
<p>Nivel I "Requiere soporte"</p>	<p>Sin recibir apoyo, déficit en la comunicación social que causan discapacidades observables. Tiene dificultad al iniciar interacciones sociales y demuestra claros ejemplos de respuestas atípicas o no exitosas a las aproximaciones sociales de otros. Puede aparentar una disminución en el interés a interactuar socialmente.</p>	<p>Rituales y conductas repetitivas causan interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Resiste intentos de otros para interrumpir rituales y conductas repetitivas o ser apartado de un interés fijo.</p>

Fuente: DSM V

El DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición) ha realizado una reestructuración significativa de los criterios diagnósticos para el Trastorno del Espectro Autista (TEA), agrupando los síntomas en dos grandes dominios. Esta reorganización busca mejorar la claridad y precisión en el diagnóstico y la comprensión del trastorno. El primer dominio incluye los déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social en distintos contextos, los cuales no pueden explicarse por un retraso general en el desarrollo. Este dominio agrupa lo que anteriormente se encontraba dividido en los trastornos de la relación social y de la comunicación en el DSM-IV, integrando los déficits en la reciprocidad social y emocional, las dificultades en las conductas comunicativas no verbales y los retos para desarrollar y mantener relaciones adecuadas al nivel de desarrollo de la persona. El segundo dominio se refiere a los patrones de conducta, intereses o actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, y ahora se agrega el concepto de hipo o hiperreactividad a los estímulos sensoriales, o un interés inusual en los aspectos sensoriales del entorno, lo que amplía la comprensión del trastorno a nivel sensorial (American Psychiatric Association, 2013).

Una de las modificaciones más significativas introducidas por el DSM-V es la eliminación del criterio que requería que los síntomas del TEA se presentaran antes de los 36 meses de edad, un requisito del DSM-IV. Ahora se establece que los síntomas deben estar presentes desde la primera infancia, aunque es posible que no sean evidentes hasta que las demandas sociales sobrepasen las capacidades del individuo, lo que puede retrasar su identificación. Este cambio refleja una comprensión más flexible y realista sobre el desarrollo del trastorno y permite a los

profesionales considerar las características del espectro de manera más amplia (American Psychiatric Association, 2013).

El DSM-V también ha aclarado que el diagnóstico de TEA no debe ser explicado por un retraso general en el desarrollo. Esto implica que las dificultades en la comunicación social o en los patrones de conducta no son el resultado de un desarrollo retrasado general, sino de una condición específica que afecta la forma en que la persona se relaciona con el entorno social y sensorial. Estos cambios en la definición buscan evitar diagnósticos erróneos y asegurar que el diagnóstico se realice de manera precisa, considerando todas las áreas de afectación.

El Rol de la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF)

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) utiliza la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF) para clasificar la afectación funcional y la discapacidad resultante del TEA. La CIF proporciona una estructura que permite a los profesionales de la salud evaluar la funcionalidad y discapacidad de una persona en varios dominios, desde el funcionamiento físico hasta las interacciones sociales y el entorno. Esta clasificación es crucial para orientar el tratamiento, las políticas públicas y la planificación de recursos, lo que facilita un manejo clínico más personalizado y eficiente (World Health Organization, 2001).

Diagnóstico Temprano en la Comunidad

Un tema fundamental en la identificación del TEA es el diagnóstico temprano, que juega un papel crucial en la intervención y mejora de los resultados a largo plazo. En una encuesta realizada en el Reino Unido, se identificó una notable discrepancia entre el momento en que los padres notaron signos de TEA y el diagnóstico formal realizado por los profesionales de salud. El 60% de los padres reportaron haber observado comportamientos sugerentes de TEA a los 18 meses de edad, pero solo en el 10% de los casos fue el personal de salud quien alertó sobre la posibilidad de un trastorno del espectro autista, mientras que solo el 7% de los casos fueron identificados por las instituciones educativas (Baird et al., 2000). Esta falta de diagnóstico temprano se debe en parte a la falta de reconocimiento de los síntomas por parte de los profesionales, la negativa a aceptar la presencia del trastorno y la demora en las remisiones a especialistas.

El Plan Nacional para el Autismo en la Infancia del Reino Unido (NAPC) ha identificado múltiples factores que contribuyen al retraso diagnóstico, incluyendo la insuficiente capacitación de los profesionales de salud y educación, y la tendencia a realizar evaluaciones aisladas en lugar de adoptar un enfoque multidisciplinario que involucre a diferentes actores en el proceso diagnóstico (National Autistic Society, 2003). Para abordar estos desafíos, se han propuesto dos enfoques: el primero consiste en diseminar signos de alarma que puedan ser identificados por los padres, educadores y profesionales de salud, y el segundo en utilizar instrumentos de tamizaje para facilitar la identificación temprana del TEA (Williams et al., 2008).

A pesar de que las herramientas de tamizaje, como el Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT R), han mostrado ser útiles en la detección precoz, una revisión sistemática realizada en Inglaterra no encontró diferencias significativas entre las diversas herramientas de tamizaje en términos de rendimiento (Carter et al., 2009). Según el NAPC, la principal recomendación es no depender exclusivamente de escalas de tamizaje, sino difundir signos de alerta en diferentes niveles, desde la comunidad hasta los profesionales de salud y educación, que son quienes están en contacto habitual con los niños. Este enfoque permite una identificación más temprana y una remisión más rápida a los especialistas, lo cual es esencial para mejorar los resultados en los niños diagnosticados (National Autistic Society, 2003).

Herramientas de Diagnóstico

El M-CHAT R es una de las herramientas más utilizadas para el diagnóstico temprano de TEA en niños de 16 a 30 meses. Este instrumento amplía el Checklist for Autism in Toddlers (CHAT) original a 23 preguntas, y se administra a los padres de manera autoadministrada. El M-CHAT R ha demostrado una sensibilidad del 100% y una especificidad del 98,3% en la discriminación entre niños con TEA y aquellos sin el trastorno (Robins et al., 2001). Sin embargo, los expertos en el campo del TEA señalan que el M-CHAT debe ser utilizado como una herramienta complementaria para confirmar sospechas clínicas, ya que el diagnóstico definitivo del TEA debe basarse en una evaluación clínica exhaustiva (American Academy of Pediatrics, 2007).

Síntomas del Trastorno del Espectro Autista

El TEA se caracteriza por una amplia gama de síntomas que varían en su intensidad y en la forma en que se presentan. En algunos casos, los niños pueden evitar el

contacto social y mostrar un aislamiento extremo, mientras que otros pueden ser excesivamente sociables e intrusivos. Además, el nivel de funcionamiento cognitivo también varía enormemente, desde niños con discapacidad intelectual severa hasta aquellos con habilidades intelectuales por encima del promedio. La edad de aparición de los síntomas suele ser antes de los tres años, aunque algunos niños pueden presentar un desarrollo aparentemente normal hasta los 24 meses, para luego mostrar una regresión en el desarrollo, perdiendo habilidades previamente adquiridas (Volkmar et al., 2014).

Entre los signos tempranos de alerta que pueden sugerir un posible TEA se incluyen: la falta de respuesta al nombre (alrededor de los 12 meses), la ausencia de gestos para señalar objetos de interés (a los 14 meses), la dificultad para jugar con situaciones imaginarias (a los 18 meses), la evitación del contacto visual, y la incapacidad para comprender las emociones de los demás. Otros signos incluyen repetición de palabras o frases (ecolalia), dificultades con la comunicación no verbal (por ejemplo, el uso limitado de gestos), y la irritabilidad ante cambios mínimos en la rutina diaria (Lord et al., 2000).

Tratamiento

En cuanto al tratamiento, no existen enfoques farmacológicos curativos para el TEA. Sin embargo, existen intervenciones farmacológicas para manejar los síntomas asociados o comórbidos, como la hiperactividad, la ansiedad o las convulsiones. A pesar de la ausencia de tratamientos farmacológicos específicos para el TEA, las terapias conductuales y educativas han demostrado ser fundamentales en la intervención temprana. El Análisis Conductual Aplicado (ABA) es uno de los enfoques más utilizados, con estudios que sugieren que entre el 20% y el 25% de los niños tratados pueden alcanzar un grado significativo de independencia, como ser capaces de trabajar o vivir de manera independiente en la edad adulta (Lovaas, 1987).

La intervención temprana es clave, y los enfoques multidisciplinarios que involucran a la familia, la escuela y los profesionales de la salud son esenciales para el éxito del tratamiento. Las estrategias de intervención están diseñadas para mejorar las habilidades sociales, la comunicación y el comportamiento adaptativo, y deben ser personalizadas según las necesidades individuales de cada niño (Smith, 2001).

Características de las estrategias de intervención basadas en la psicología conductual:

Las estrategias de intervención basadas en la psicología conductual deben reunir ciertas características esenciales para garantizar su efectividad en el tratamiento del Trastorno del Espectro Autista (TEA). A continuación se detallan las características fundamentales que todo programa de intervención debe cumplir para maximizar su éxito en la mejora de las habilidades y la calidad de vida de las personas con TEA:

- **Individualización del Programa de Intervención:**

Cualquier programa de intervención debe ser diseñado de manera completamente individualizada, teniendo en cuenta las necesidades específicas, los recursos disponibles y las dificultades particulares de cada individuo. Este enfoque personalizado es crucial para adaptarse a las variaciones del ciclo de vida de la persona, lo que implica que el programa debe evolucionar conforme el individuo progresa, alcanzando sus objetivos y adaptándose a los cambios de desarrollo.

- **Evaluación Previa y Completa:**

Todo programa de intervención debe comenzar con una evaluación exhaustiva y detallada de las destrezas y las dificultades específicas del individuo. Esta evaluación es fundamental para comprender a fondo las fortalezas y áreas de oportunidad del niño o adulto con TEA. A partir de los resultados de esta evaluación, se deben diseñar los objetivos específicos y las estrategias de intervención más adecuadas, lo que garantiza un enfoque más eficaz y centrado en las necesidades reales de la persona.

- **Generalización de los Aprendizajes en Entornos Naturales:**

Un principio clave en las intervenciones basadas en la psicología conductual es asegurar que los aprendizajes se puedan generalizar a diferentes entornos naturales. Esto implica que las actividades y estrategias utilizadas deben ser diseñadas para ser aplicadas en los espacios sociales cotidianos donde la persona interactúa. Además, debe garantizarse que los procedimientos exitosos se apliquen de manera coherente en todas las áreas de la vida del individuo, con una coordinación efectiva entre los profesionales involucrados y la familia, quienes juegan un rol esencial en este proceso.

- **Participación Activa de la Familia:**

La familia debe ser considerada como un agente activo e indispensable en el proceso de intervención. Su participación no solo debe limitarse a la implementación de las estrategias en el hogar, sino también en el diseño del programa, asegurando que el entorno familiar y sus características se tomen en cuenta. La colaboración continua entre profesionales y familiares es crucial para garantizar la efectividad de las intervenciones y el éxito de los objetivos establecidos.

- **Respeto a las Necesidades de Orden y Estructura:**

El modelo de intervención debe tener en cuenta las necesidades inherentes de las personas con TEA, como la necesidad de orden, estructura, anticipación y predictibilidad. El modelo TEACCH (Treatment and Education of Autistic Communication Handicapped Children) es un ejemplo destacado de un enfoque que satisface estas necesidades. Este modelo promueve ambientes estructurados y el uso de apoyos visuales que faciliten las rutinas diarias, diferenciando claramente los espacios, etapas y pasos en las actividades. Si bien TEACCH es eficaz para muchos, no debe considerarse como el único enfoque terapéutico disponible, ya que existen otros modelos que también pueden ser adecuados según las necesidades del individuo.

- **Fomento de Aprendizajes Funcionales:**

El objetivo primordial de cualquier programa de intervención es fomentar la adquisición de aprendizajes funcionales. Esto implica enseñar habilidades que permitan a la persona con TEA manejar de manera más efectiva su entorno, aumentando así su autonomía e independencia en la vida cotidiana. El enfoque debe estar orientado hacia la mejora de la calidad de vida y la capacidad de la persona para adaptarse a los requerimientos sociales, académicos y laborales.

- **Integración de los Intereses Personales:**

Un aspecto fundamental en el diseño de las intervenciones es la inclusión de los intereses y preferencias de la persona con TEA en las tareas y actividades propuestas. Al utilizar los intereses específicos del individuo, se fomenta una mayor motivación intrínseca, lo que mejora la participación activa y facilita el aprendizaje.

- **Objetivos Claros y Medibles:**

Un programa de intervención debe contar con objetivos concretos y medibles. Esto permite a los profesionales evaluar de manera objetiva y continua la eficacia del programa y los resultados alcanzados. La posibilidad de medir los avances facilita la toma de decisiones y el ajuste de estrategias según sea necesario, asegurando que los objetivos sean alcanzables y sostenibles a largo plazo.

Pronóstico del Trastorno del Espectro Autista (TEA)

A pesar de que no existe una cura definitiva para el Trastorno del Espectro Autista, el diagnóstico temprano y la intervención adecuada pueden generar mejoras significativas en el desempeño y la independencia de los individuos afectados. La identificación temprana de las habilidades y las dificultades específicas de cada niño, junto con la implementación de programas de intervención dirigidos a la mejora de estas habilidades, ha demostrado ser un factor crucial para mejorar la calidad de vida de las personas con TEA. Los niños diagnosticados y tratados tempranamente tienen más probabilidades de alcanzar mayores niveles de funcionalidad y autonomía en su vida diaria.

Carga de la Enfermedad y Prevalencia Global

La incidencia del Trastorno del Espectro Autista ha aumentado considerablemente en las últimas décadas. Hace 20 años, la prevalencia era de 1 de cada 10,000 niños diagnosticados con autismo. Sin embargo, con base en datos más recientes, se estima que en Europa el TEA afecta al 0.6% de la población, lo que implica que aproximadamente 5 millones de personas en el continente europeo viven con este trastorno. En los Estados Unidos, se estima que 1 de cada 88 niños está dentro del espectro autista, siendo los niños casi cinco veces más afectados que las niñas (1 en 54 frente a 1 en 252).

En Colombia, aunque no se cuentan con cifras oficiales sobre la prevalencia del TEA, se estima que alrededor del 16% de la población menor de 15 años presenta algún tipo de trastorno del desarrollo, incluido el Trastorno del Espectro Autista. Sin embargo, aún no se ha realizado una estimación formal sobre la prevalencia del TEA en el país. A nivel global, la relación de prevalencia de los trastornos del espectro autista es de 60 por cada 9,000 recién nacidos vivos (RNV), con una proporción de género de 3:1 (niños: niñas). Este trastorno produce un deterioro grave y permanente en la capacidad de integración social de los individuos

afectados, lo que destaca la necesidad urgente de intervenciones tempranas y un mejor enfoque en el diagnóstico y tratamiento.

Análisis Conductual Aplicado (ABA)

Los tratamientos basados en los principios del Análisis Conductual Aplicado (ABA) utilizan un proceso sistemático que se centra en la modificación de conductas a través de un enfoque estructurado y repetitivo. Este enfoque se basa en una serie de técnicas conductuales tales como el moldeamiento y el análisis funcional para modificar conductas específicas, permitiendo que los individuos aprendan conductas operativas a través de una secuencia de pasos manejables. En lugar de abordar una conducta en su totalidad de una sola vez, ABA descompone cada conducta en pequeñas partes, las cuales se refuerzan con técnicas de modificación conductual. Una vez que los individuos dominan los pasos iniciales, se les proporciona la oportunidad de aplicar las habilidades adquiridas en situaciones más complejas, y en una variedad de nuevos escenarios y entornos. De esta manera, habilidades fundamentales como la comunicación y la interacción social se enseñan y refuerzan de manera efectiva, promoviendo su dominio progresivo y su generalización en diferentes contextos (Lovaas, 1987).

El Análisis Conductual Aplicado no solo incentiva las conductas positivas, sino que también desalienta las negativas, logrando una mejora en diversas destrezas del individuo. Este tipo de intervención se caracteriza por un seguimiento constante y una evaluación continua del progreso, permitiendo medir la eficacia del tratamiento y adaptar las estrategias según las necesidades del paciente. ABA se aplica para enseñar nuevas destrezas, crear conductas positivas y reforzar aquellas que ya existen, al mismo tiempo que controla y reduce conductas problemáticas que interfieren con el aprendizaje y el desempeño en la vida cotidiana (Cooper, Heron & Heward, 2020).

Existen varios tipos de metodologías dentro del marco de ABA, cada una con características y objetivos particulares. Algunas de las metodologías más utilizadas incluyen:

- **Entrenamiento de Ensayo Discreto (Discrete Trial Training - DTT):** Este enfoque utiliza repeticiones estructuradas para enseñar una conducta específica o respuesta deseada paso a paso. Las sesiones se dividen en partes sencillas, con un refuerzo positivo que premia las respuestas correctas. Las respuestas incorrectas se ignoran, lo que ayuda a consolidar las conductas correctas y mejorar la precisión de la respuesta.

- **Intervención Conductual Intensiva Temprana (Early Intensive Behavioral Intervention - EIBI):** Este tipo de intervención está destinado a niños menores de 5 años y se caracteriza por involucrar tanto a los padres como a los educadores. EIBI busca mejorar áreas como la cognición, comunicación, percepción, imitación y habilidades motoras, utilizando un enfoque de aprendizaje estructurado que orienta al niño hacia el desarrollo de estas habilidades desde una edad temprana.
- **Entrenamiento de Respuestas Centrales (Pivotal Response Training - PRT):** PRT se enfoca en aumentar la motivación intrínseca del niño, incentivando la observación y la iniciación de la comunicación con otras personas. Se considera que los cambios positivos en estas conductas tienen efectos generales sobre otras áreas del comportamiento, lo que facilita una mejor adaptación social y un desarrollo integral.
- **Análisis de Conducta Verbal (Verbal Behavior Intervention - VBI):** Esta metodología se centra en mejorar las destrezas verbales de los individuos, ayudándolos a desarrollar habilidades de comunicación verbal y comprensión del lenguaje.

A pesar de las variaciones en las metodologías de ABA, todas comparten ciertos principios que definen el éxito de los programas. Entre los elementos clave que contribuyen a la efectividad de estas intervenciones se encuentran: la intervención precoz, la cual se debe implementar tan pronto como se diagnostique el TEA, de manera paralela al proceso de confirmación diagnóstica; la cantidad adecuada de horas de intervención, que debe ajustarse a las necesidades individuales de cada niño, particularmente en áreas como déficit de lenguaje, interacción social y habilidades motoras. Lo ideal es que los programas incluyan sesiones de terapia uno a uno y, siempre que sea posible, ofrezcan oportunidades para interactuar con niños sin trastornos del espectro, promoviendo la integración social. Además, la familia debe ser considerada como una parte integral del proceso, participando activamente en la intervención y en la implementación de las estrategias en el hogar y otros entornos sociales.

Metodología ABA Tradicional (Sin Variantes)

La metodología ABA tradicional, conocida como ABA sin variantes o clásica, comenzó como una técnica centrada en la enseñanza de habilidades a niños con autismo y se basa en principios conductuales fundamentales que, con el tiempo, se enriquecieron con enfoques de la psicología cognitiva y el procesamiento de la

información. El modelo original de ABA, desarrollado por Ivar Lovaas, se centró en modificar el comportamiento y fortalecer habilidades adaptativas a través del entrenamiento intensivo. Su aplicación se extendió a diferentes áreas, como la mejora de las habilidades académicas, sociales, personales y la reducción de comportamientos no deseados. Este enfoque se centraba especialmente en el lenguaje, tanto en su modalidad expresiva como receptiva, y en las habilidades cognitivas del niño (Lovaas, 1987).

El modelo ABA clásico se caracteriza por ser altamente estructurado, con tareas discriminadas para reducir comportamientos estereotipados y fomentar aquellos que son socialmente aceptados. La intervención puede iniciarse a partir de los 3 años de edad y, en general, dura entre 2 y 6 años, dependiendo del progreso individual de cada niño. La progresión del tratamiento se mide en función de la consecución de las metas individuales más que en el tiempo que el niño pasa dentro del programa. Así, el tiempo de intervención no se estandariza, sino que se ajusta según la evolución y las necesidades específicas del niño.

El trabajo se realiza de manera intensiva, con sesiones diarias de entre 5 y 7 horas, totalizando un promedio de 40 horas semanales. Las sesiones se dividen en ensayos con descansos intermitentes. Estos ensayos no tienen un punto final fijo y dependen completamente de la evolución del paciente. Las tareas específicas se dan por terminadas cuando el niño muestra signos de haber alcanzado la meta o cuando disminuye su capacidad para mantener la concentración y la disposición necesarias para continuar con la tarea. Cada tarea tiene tres componentes o ayudas principales: verbal, gestual y física, que buscan hacer más probable que el comportamiento deseado se repita y, por lo tanto, se refuerce positivamente.

De acuerdo con el Instituto Lovaas, en la intervención basada en ABA, tanto los profesionales como los padres juegan un rol crucial desde el inicio del tratamiento. La interacción comienza con actividades uno a uno para establecer una relación positiva y constructiva, promoviendo:

- **Interacciones positivas:** Se fomentan utilizando actividades que el niño disfrute y respondiendo a cualquier intento de comunicación.
- **Motivación:** Se impulsa mediante el uso de materiales familiares y refuerzos específicos que motivan al niño.
- **Éxito:** Se promueve a través de refuerzos positivos que alientan las aproximaciones sucesivas hacia el comportamiento deseado.

- **Participación de los padres:** Los padres tienen un rol esencial en la creación de un entorno de aprendizaje continuo, no solo en las sesiones de terapia, sino también en el hogar, la escuela y otros entornos comunitarios.
- **Desarrollo del lenguaje y la imitación:** El lenguaje vocal y la imitación son fundamentales para el desarrollo social y la adquisición de nuevas habilidades, ya que permiten que el niño aprenda observando a otros.
- **Interacciones sociales y juego cooperativo:** Las interacciones sociales y el juego con otros niños son considerados elementos fundamentales del proceso de aprendizaje, ayudando al niño a desarrollar habilidades de interacción y cooperación que son esenciales para su integración social.

A través de estas intervenciones, ABA busca optimizar el desarrollo de los niños con TEA, mejorando sus capacidades para interactuar con el mundo y alcanzar su máximo potencial.

Metodología de la Intervención Conductual Intensiva Temprana (EIBI)

La Intervención Conductual Intensiva Temprana (Early Intensive Behavioral Intervention - EIBI) es un enfoque derivado del Análisis Conductual Aplicado (ABA), diseñado específicamente para niños de tres años o menores. Su propósito principal es la enseñanza de habilidades fundamentales mediante la descomposición de comportamientos en subcategorías manejables, las cuales se trabajan a través de la repetición sistemática y el reforzamiento positivo. Este método se basa en la premisa de que la intervención temprana, intensiva y estructurada puede maximizar el desarrollo de habilidades esenciales, promoviendo la autonomía y mejorando la calidad de vida del niño a largo plazo.

El programa EIBI se distingue por su enfoque altamente intensivo. En los niños de entre dos y tres años de edad, la intervención se implementa en un entorno clínico especializado, con la posibilidad de internamiento parcial para facilitar una enseñanza estructurada y reforzar las conductas objetivo. A lo largo de un período estimado de tres a cuatro años, los niños pueden asistir a la clínica por un promedio de tres semanas al año, donde se les brinda una enseñanza individualizada en un ambiente altamente controlado.

Uno de los aspectos clave del EIBI es que el tratamiento no solo involucra al niño, sino también a sus padres y cuidadores principales. Durante la estancia clínica, los padres reciben capacitación específica para continuar la intervención en el hogar, asegurando así la generalización de las habilidades adquiridas en distintos contextos. El progreso del niño es evaluado mensualmente mediante períodos de

seguimiento de una semana en el centro clínico, donde se analizan avances y se ajustan las estrategias de enseñanza.

Si bien la metodología EIBI comparte muchos elementos con el ABA tradicional, se diferencia por su énfasis en el desarrollo del lenguaje funcional y la mejora de las competencias sociales. Las estrategias incluyen técnicas especializadas para potenciar la comunicación cotidiana, la interacción con el entorno y la adaptación a nuevas situaciones.

Estructura y Aplicación del Programa

La metodología intensiva de EIBI requiere una dedicación de 35 a 40 horas semanales, distribuidas entre:

- Terapeutas especializados, quienes dirigen las sesiones estructuradas.
- Padres y cuidadores, que aplican las técnicas aprendidas en casa.
- Educadores, quienes implementan estrategias en el contexto escolar.
- Miembros de la comunidad, para favorecer la integración social.

El programa enfatiza la evaluación continua del progreso mediante escalas validadas y entrevistas estructuradas. Además, para garantizar la efectividad y consistencia del aprendizaje, se utilizan herramientas visuales, rutinas estrictas y límites físicos diseñados para minimizar distracciones. Estos elementos facilitan la generalización y perpetuación de las habilidades adquiridas, asegurando que el niño pueda aplicar lo aprendido en diferentes entornos.

Si bien ABA y EIBI pueden aplicarse en diversos escenarios (escuelas, hogares, clínicas, entornos comunitarios), la metodología no debe definirse únicamente por la cantidad de horas de intervención. Aunque la terapia puede abarcar de 20 a 40 horas semanales, su implementación debe estar centrada en las necesidades individuales del niño. Algunos casos requieren una menor cantidad de horas, especialmente si la intervención está enfocada en habilidades específicas. Por ejemplo, un adolescente con dificultades sensoriales puede recibir ABA para aprender estrategias que le ayuden a tolerar una visita al dentista sin que necesariamente requiera un programa intensivo a largo plazo.

En conclusión, EIBI se adapta a las necesidades del niño y su familia, ofreciendo una combinación de estructura intensiva, enseñanza naturalista y estrategias de integración que favorecen su desarrollo y bienestar.

Características de los Enfoques Conductuales Altamente Estructurados

Los enfoques conductuales utilizados en la intervención temprana presentan distintos métodos estructurados, cada uno con características específicas. A continuación, se detallan los más relevantes:

- **Ensayo Discreto y EIBI para Niños Menores de 5 Años:** Este enfoque se basa en sesiones individuales en las que el terapeuta trabaja con el niño mediante una serie de ensayos repetitivos en un ambiente altamente estructurado. Se centra en el refuerzo positivo y la descomposición de tareas en unidades más pequeñas para facilitar el aprendizaje.
- **Enseñanza Incidental y Enfoques Naturalistas:** Estos enfoques se caracterizan por la integración de oportunidades de enseñanza dentro de eventos cotidianos. Algunos de los modelos más conocidos incluyen:
- **Entrenamiento de Respuesta Pivotal (Pivotal Response Training - PRT):** Se enfoca en el desarrollo de habilidades clave que afectan múltiples áreas del aprendizaje, como la motivación y la comunicación social.
- **Modelo Denver (Early Start Denver Model - ESDM):** Diseñado para niños pequeños, combina principios de ABA con estrategias de enseñanza naturalista.
- **Aprendiendo Experiencias: Programa Alternativo para Padres y Preescolares (LEAP):** Enfatiza la interacción social y el aprendizaje basado en la comunidad.
- **Programa Walden:** Incorpora estrategias conductuales para facilitar la integración del niño en entornos educativos regulares.
- **Desarrollo Individual basado en Relaciones (DIR/Floortime):** Se centra en la interacción afectiva y el desarrollo emocional como base para el aprendizaje.

Estos métodos permiten la enseñanza tanto en sesiones individuales como en grupos pequeños, promoviendo la participación de padres, cuidadores y maestros en la enseñanza de habilidades dentro de entornos naturales.

Apoyo Conductual Positivo (PBS)

El Apoyo Conductual Positivo (Positive Behavioral Support - PBS) es un enfoque basado en la modificación del entorno para reducir conductas problemáticas. Sus principales estrategias incluyen:

- Adaptación del entorno para minimizar estímulos que desencadenen conductas desafiantes.
- Fomento de habilidades alternativas, proporcionando estrategias de comunicación y regulación emocional.
- Modificación de consecuencias, cambiando la manera en que se responde a una conducta para desalentar respuestas inadecuadas y reforzar alternativas positivas.
- Cambio en el estilo de interacción, capacitando a padres, cuidadores y educadores en métodos de apoyo efectivos.

Intervención Cognitivo-Conductual (CBT)

La Intervención Cognitivo-Conductual (Cognitive Behavioral Therapy - CBT) se utiliza para desarrollar habilidades de regulación emocional, autoconciencia y competencia social. Se trabaja en sesiones individuales o grupales, empleando técnicas como:

- Comprensión de claves sociales: Aprender a interpretar expresiones faciales, tono de voz y lenguaje corporal.
- Perspectiva emocional: Identificar y comprender emociones propias y ajenas.
- Auto-regulación emocional: Estrategias para manejar frustración, ansiedad y otros estados emocionales.
- Entrenamiento en habilidades sociales: A través de juegos de roles y ensayos de conducta, se enseñan estrategias para mejorar la interacción con otras personas.

En conjunto, estos enfoques proporcionan un marco integral para la intervención en niños con TEA, adaptándose a sus necesidades individuales y asegurando que las habilidades adquiridas sean aplicables en la vida diaria.

MARCO NORMATIVO

A continuación, se detallan las principales normativas y políticas vigentes hasta 2025 en Colombia relacionadas con la atención integral a la primera infancia, discapacidad, salud mental y, específicamente, el Trastorno del Espectro Autista (TEA):

Atención Integral a la Primera Infancia:

- **Estrategia Nacional "De Cero a Siempre":** Consolidada como política de Estado mediante la **Ley 1804 de 2016**, esta estrategia articula esfuerzos de diversos sectores para garantizar el desarrollo integral de los niños y niñas desde la gestación hasta los cinco años.
- **Resolución 902 de 2025 del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF):** Aprueba el Lineamiento Técnico de Atención para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia, actualizando las directrices para la prestación de servicios a esta población.

Discapacidad:

- **Ley 1346 de 2009:** Aprueba la "Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad", adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006, comprometiendo al país a garantizar los derechos y la inclusión plena de las personas con discapacidad.
- **Ley Estatutaria 1618 de 2013:** Establece disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, promoviendo su inclusión en todos los ámbitos de la sociedad.

Salud Mental:

- **Ley 1616 de 2013:** Expide la Ley de Salud Mental, estableciendo el marco para garantizar el derecho a la salud mental de la población colombiana, con especial atención a niños, niñas y adolescentes.

- **Política Nacional de Salud Mental I 2024-2033:** Actualizada en 2025, define lineamientos y estrategias para promover la salud mental y prevenir trastornos mentales en la población colombiana durante la próxima década.
- **Resolución 309 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social:** Imparte lineamientos para garantizar el derecho a la información y participación en temas de salud mental, fortaleciendo la atención y promoción en este ámbito. Alcaldía de Bogotá

Trastorno del Espectro Autista (TEA):

- **Proyecto de Ley 193 de 2024:** Busca establecer disposiciones normativas para el reconocimiento y protección de los derechos de las personas con TEA, promoviendo su inclusión y garantizando el acceso a servicios de salud, educación y empleo adecuados.
- **Proyecto de Ley 137 de 2024:** Propende por medidas de inclusión para personas con TEA, enfocándose en la eliminación de barreras y la promoción de ajustes razonables en diversos entornos.
- **Protocolo para la Atención Integral a Personas con TEA:** Elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social, este documento proporciona directrices para la atención en salud de personas con TEA, enfocándose en mejorar su funcionamiento, promover la autonomía y facilitar su inclusión social. Ministerio de Salud

Educación:

- **Ley 115 de 1994 Ley General de Educación:** La cual establece los principios, fines y estructura del sistema educativo en Colombia. Esta norma reconoce la diversidad como un eje central del derecho a la educación, promoviendo la inclusión educativa de niños, niñas, adolescentes y jóvenes con discapacidad, entre ellos aquellos con TEA. En su articulado, la Ley orienta la prestación de servicios educativos que respondan a las necesidades particulares de los estudiantes, garantizando la equidad, la permanencia y la calidad de los procesos de enseñanza-aprendizaje en todos los niveles. Así, se establece el compromiso del Estado y de las instituciones educativas con la atención pedagógica diferencial, facilitando la articulación intersectorial entre salud y educación en el abordaje integral de esta población.
- **Decreto 1421 de 2017:** El cual reglamenta la prestación del servicio educativo a estudiantes con discapacidad dentro del marco de la educación

inclusiva. Este decreto establece las condiciones para garantizar el acceso, permanencia, participación y aprendizaje en igualdad de oportunidades, promoviendo ajustes razonables y apoyos pedagógicos según las necesidades individuales.

- **Ley 2216 de 2022:** La cual establece medidas para la detección temprana, diagnóstico y atención integral de personas con trastornos del aprendizaje. Esta ley refuerza la importancia de una intervención oportuna y articulada entre los sectores de salud y educación, garantizando que los procesos de evaluación y atención se realicen con un enfoque interdisciplinario, diferencial y centrado en el desarrollo integral del individuo.

ESTRATEGIA MUNICIPAL YoTEAdmiro

La estrategia **YoTEAdmiro** es una propuesta integral y transformadora orientada a la inclusión plena de las personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en el municipio de Chía, Colombia. Esta iniciativa no solo responde a la creciente necesidad de atención integral a esta población, sino que también se alinea con los compromisos asumidos por el Estado colombiano en virtud de la normativa nacional e internacional vigente. En un contexto en el que los avances en la inclusión social y el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad continúan evolucionando, **YoTEAdmiro** busca ser un referente de cambio social y institucional, basándose en principios de equidad, accesibilidad y participación activa.

A lo largo de los últimos años, el marco normativo en Colombia ha avanzado significativamente en la protección de los derechos de las personas con discapacidad, incluyendo a aquellos que presentan TEA. La Ley 1618 de 2013, que establece disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, ha sido una piedra angular en este proceso. A esta ley se suman diversas iniciativas que buscan proporcionar una respuesta integral a las necesidades de las personas con discapacidad, incluyendo políticas de accesibilidad, empleo, educación y salud.

Entre las normativas que orientan la implementación de la estrategia **YoTEAdmiro** en Chía se encuentra la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** (Ley 1346 de 2009), que compromete al Estado colombiano a adoptar medidas efectivas para garantizar la accesibilidad y la participación plena de las personas con discapacidad en todos los aspectos de la vida social, educativa

y laboral. La **Ley 115 de 1994** sobre educación y el **Decreto 1421 de 2017** que reglamenta la educación inclusiva, son fundamentales para asegurar que los niños y niñas con TEA tengan acceso a una educación de calidad y adecuada a sus necesidades específicas.

YoTEAdmiro está alineada con la **Ley 361 de 1997**, que fomenta la inclusión laboral de las personas con discapacidad, proporcionando incentivos a los empleadores para que contraten a personas con condiciones de discapacidad, incluyendo el TEA. En este sentido, la estrategia no solo apunta a la integración social en los espacios educativos, sino también a la participación activa de las personas con TEA en el mercado laboral, asegurando su autonomía económica y el acceso a una vida plena e independiente.

Además de estas leyes, el marco normativo actual, actualizado a 2025, incluye avances significativos que fortalecen los derechos de las personas con TEA. En diciembre de 2024, fue aprobada la **Ley contra el Ruido**, que establece regulaciones sobre la contaminación acústica en Colombia y contempla medidas específicas para la protección de personas con TEA, quienes a menudo tienen una sensibilidad sensorial elevada, especialmente frente a ruidos intensos. Esta ley se convierte en una herramienta clave para reducir el impacto del entorno acústico en las personas con TEA, creando ambientes más amigables y accesibles para ellos.

Asimismo, la Corte Constitucional ha emitido varias sentencias, como la **T-021 de 2024** y la **SU-475 de 2023**, que refuerzan la obligación del Estado y las instituciones educativas de garantizar ajustes razonables para la inclusión de niños con TEA, así como su acceso a una educación inclusiva. La **Ley Estatutaria 1618 de 2013**, que establece medidas para garantizar los derechos de las personas con discapacidad, sigue siendo un pilar fundamental en la defensa de los derechos de las personas con TEA en Colombia. Esta ley refuerza la obligación de crear entornos accesibles y de fomentar la participación de estas personas en la vida social, educativa y laboral, promoviendo el respeto a sus derechos y asegurando su bienestar.

En este contexto normativo, la estrategia **YoTEAdmiro** busca implementar una serie de medidas integrales que aborden las principales barreras a la inclusión de las personas con TEA en Chía. A través de la colaboración interinstitucional, la formación continua de profesionales en el ámbito educativo y de la salud, así como el fortalecimiento de la participación de las familias en el proceso de inclusión, se pretende garantizar que las personas con TEA tengan acceso a una vida plena, digna y participativa.

En el marco de la Estrategia **YoTEAdmiro**, resulta fundamental robustecer sus ejes fundamentales mediante la incorporación explícita de diversos enfoques conceptuales que enriquecen y fortalecen la atención integral a las personas con

Trastorno del Espectro Autista (TEA). Entre estos enfoques se destaca, en primer lugar, el enfoque de **interseccionalidad**, el cual invita a reconocer y abordar la complejidad de las múltiples dimensiones que configuran la identidad de cada persona. Esto implica considerar no solo la condición de discapacidad, sino también otras variables como la condición socioeconómica, el origen étnico, el género, el territorio y las trayectorias de vida, que interactúan y pueden amplificar situaciones de vulnerabilidad, discriminación o barreras de acceso. Incluir este enfoque permite diseñar acciones más sensibles, contextualizadas y justas, que reconozcan la diversidad dentro de la diversidad.

Adicionalmente, es esencial integrar el enfoque de **derechos**, como pilar orientador de toda la estrategia, en coherencia con los marcos normativos nacionales e internacionales. Este enfoque promueve la garantía efectiva de los derechos a la educación inclusiva, a la igualdad de oportunidades, a la participación activa y a vivir una vida libre de discriminación. En este sentido, la implementación de la Estrategia **YoTEAdmiro** debe asegurar que cada componente de la ruta de atención contribuya a remover barreras estructurales, actitudinales y comunicativas, fortaleciendo la corresponsabilidad del Estado, la comunidad educativa y la sociedad en general.

Otro eje valioso es el enfoque basado en las **fortalezas**, el cual propone una mirada centrada en las capacidades, intereses, talentos y potencialidades de las personas con TEA, en lugar de enfocarse únicamente en sus limitaciones. Este cambio de perspectiva impulsa prácticas educativas más motivadoras, personalizadas y eficaces, al tiempo que promueve la autoestima, la autonomía y el empoderamiento de los estudiantes. Reconocer lo que cada persona puede hacer, en lugar de lo que no puede, transforma profundamente la manera en que se diseñan las estrategias pedagógicas, terapéuticas y de acompañamiento.

Por último, es indispensable la adopción del enfoque **ecológico**, que entiende el desarrollo humano como el resultado de la interacción entre la persona y los diversos entornos en los que participa: la familia, la escuela, la comunidad, el sistema de salud y otros espacios sociales. Este enfoque permite visibilizar la necesidad de una atención intersectorial, articulada y coherente, que considere las influencias del contexto y las redes de apoyo para fomentar entornos protectores, inclusivos y estimulantes.

Incorporar estos enfoques en los ejes de la Estrategia **YoTEAdmiro** no solo enriquece su fundamento técnico y ético, sino que garantiza una respuesta más integral, equitativa y transformadora frente a las necesidades y realidades de las personas con TEA, sus familias y los equipos que acompañan sus procesos.

Ejes fundamentales de la Estrategia YoTEAdmiro:

Educación Inclusiva:

La educación inclusiva es uno de los pilares de la estrategia YoTEAdmiro. De acuerdo con la **Ley 115 de 1994** y el **Decreto 1421 de 2017**, todas las instituciones educativas en Chía deben implementar ajustes razonables para estudiantes con TEA, lo que implica la formación de docentes y personal educativo en pedagogías inclusivas, el uso de herramientas adaptadas y la implementación de planes individuales de ajustes razonables. El objetivo es que los estudiantes con TEA accedan a una educación de calidad que favorezca su desarrollo social, cognitivo y emocional. En línea con la **Ley 361 de 1997**, se impulsará la creación de mecanismos de apoyo que promuevan la integración de los estudiantes con TEA, no solo en el ámbito académico, sino también en el desarrollo de habilidades sociales, comunicativas y emocionales.

Acceso a Servicios de Salud Especializados:

La salud es un componente fundamental de la estrategia, por lo que se promoverá el apoyo de centros de atención especializada en TEA en Chía. Estos centros deben cumplir con las disposiciones establecidas en la **Ley 1616 de 2013**, que establece un modelo de atención integral en salud mental, y en la **Ley Estatutaria 1618 de 2013**, que garantiza la accesibilidad a servicios de salud para las personas con discapacidad. Estos centros ofrecerán atención integral que abarque diagnósticos tempranos, tratamientos terapéuticos, intervenciones psicológicas y apoyos en el desarrollo de habilidades. Además, la estrategia propiciará el acceso a tratamientos innovadores y basados en evidencia en apoyo de las EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud), como la Terapia de Análisis Conductual Aplicado (ABA) y otros enfoques terapéuticos que han demostrado ser efectivos en la intervención con personas con TEA.

Inclusión Laboral:

La inclusión laboral de personas con TEA es otra prioridad clave dentro de la estrategia. A través de la **Ley 361 de 1997**, que ofrece incentivos a los empleadores para contratar a personas con discapacidad, se promoverán alianzas con el sector privado para crear espacios de empleo inclusivos y accesibles. YoTEAdmiro fomentará la creación de programas de formación profesional y prácticas laborales para jóvenes y adultos con TEA,

asegurando que tengan las herramientas necesarias para acceder al mercado laboral en condiciones de igualdad y equidad.

Sensibilización y Concienciación Social:

Un aspecto esencial de **YoTEAdmiro** es la sensibilización de la comunidad y la educación sobre el TEA, orientada a erradicar estigmas y prejuicios. Esta sensibilización se basará en la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**, ratificada por Colombia, y en la legislación relacionada con la inclusión social. A través de campañas educativas y de concientización, se buscará transformar la percepción social sobre el TEA y fomentar una mayor comprensión, respeto y empatía por parte de la población en general.

Políticas Públicas y Coordinación Institucional:

La implementación exitosa de **YoTEAdmiro** requiere una fuerte coordinación entre las diferentes entidades públicas y privadas. En este sentido, se promoverá el fortalecimiento de políticas públicas locales que garanticen los derechos de las personas con TEA, en consonancia con las directrices nacionales establecidas por el Estado colombiano. A través de la colaboración con entidades como el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, la Secretaría de Integración Social y otros organismos regionales, se consolidará un sistema de apoyo integral que favorezca la inclusión de las personas con TEA en todos los ámbitos de la vida.

La estrategia **YoTEAdmiro** es un compromiso integral con la inclusión y la garantía de derechos de las personas con TEA en Chía. Basada en un marco normativo sólido y actualizado a 2025, esta iniciativa busca transformar la realidad de la población con TEA, promoviendo su acceso a la educación, salud, empleo y participación social, y asegurando que puedan ejercer sus derechos con dignidad y respeto. A través de la colaboración entre todos los sectores de la sociedad, se puede construir un futuro más inclusivo y equitativo para las personas con TEA en Colombia.

RUTA DE ATENCIÓN PARA PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DE CHÍA

Objetivo

El objetivo de esta ruta de atención es establecer un protocolo integral para la atención de personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y sus familias, garantizando su acceso a servicios de apoyo, diagnóstico, intervención y acompañamiento dentro de la Secretaría de Desarrollo Social. A través de un enfoque multidisciplinario e interinstitucional, se busca mejorar la calidad de vida de las personas con TEA, promoviendo su inclusión social, educativa y laboral.

Acceso y recepción de la solicitud

- La persona con TEA, su familia o un tercero puede acudir presencialmente a la Secretaría de Desarrollo Social para solicitar información o apoyo.
- Se dispondrá de una línea telefónica de atención especializada, con horarios amplios y personal capacitado en temas de TEA.
- Se habilitará un canal digital, ya sea un correo electrónico o un formulario en línea, donde se puedan recibir solicitudes de apoyo, con la posibilidad de adjuntar documentos relevantes.
- Un funcionario capacitado realizará una primera entrevista, presencial o virtual, para recopilar información básica sobre la situación del solicitante, sus necesidades específicas y los recursos con los que cuenta.
- Se garantizará un ambiente accesible y amigable para las personas con TEA, con señalización clara, espacios tranquilos y personal sensibilizado.

Evaluación y diagnóstico

- En caso de que la persona con TEA no cuente con un diagnóstico oficial, se realizará una referencia a la secretaria de salud para la ubicación de instituciones especializadas en salud mental, neurología o pediatría para realizar las evaluaciones pertinentes.

- Se promoverá la realización de pruebas estandarizadas para evaluar el nivel de funcionalidad de la persona con TEA, sus necesidades específicas y las intervenciones recomendadas.
- Para aquellos con diagnóstico previo, se efectuará una evaluación integral de sus condiciones médicas, educativas, laborales y sociales con el fin de diseñar un plan de apoyo adecuado.
- Se coordinará con el sector salud para facilitar el acceso a terapias y tratamientos específicos, tales como terapia ocupacional, fonoaudiología, terapia conductual y apoyo psicológico.

Canalización a servicios de apoyo

- **Atención médica y psicológica:** Se coordinará con la secretaria de salud municipal y centros especializados para facilitar el acceso a evaluaciones, terapias y tratamientos adecuados.
- **Educación:** Se trabajará en conjunto con la secretaria de educación municipal y las instituciones educativas para facilitar la inclusión de personas con TEA en programas de educación regular o especializada, con adaptaciones curriculares si es necesario.
- **Asistencia social y económica:** Se evaluará la posibilidad de incluir a las familias en programas de apoyo económico, subsidios o becas para mejorar su calidad de vida.
- **Capacitación y empleo:** Se promoverán programas de formación laboral y vinculación con empresas que brinden oportunidades de empleo inclusivo para personas con TEA.
- **Apoyo familiar:** Se organizarán talleres, grupos de apoyo y asesoramiento para las familias y cuidadores, con el fin de proporcionar herramientas prácticas para la convivencia y el desarrollo de la persona con TEA.
- **Accesibilidad y derechos:** Se garantizará el acceso a información clara sobre los derechos de las personas con TEA, incluyendo acceso a la salud, educación y empleo digno.

Seguimiento y acompañamiento

- Se asignará un funcionario de referencia para cada caso, quien estará encargado de dar seguimiento periódico a la persona con TEA y su familia.
- Se realizará un plan de intervención personalizado con metas y acciones concretas, ajustándolo según la evolución de cada caso.

- Se establecerán citas de seguimiento cada cierto periodo de tiempo para evaluar el impacto de los apoyos otorgados y realizar ajustes si es necesario.
- Se promoverá la participación activa de la familia en todas las etapas del proceso de atención, brindándoles herramientas para fortalecer su rol en el desarrollo de la persona con TEA.
- Se garantizará la retroalimentación continua con las familias y personas beneficiarias para mejorar la efectividad de la ruta de atención.

Evaluación y mejora del programa

- Se llevará a cabo una revisión semestral de los casos atendidos, los resultados obtenidos y la satisfacción de los beneficiarios.
- Se establecerán indicadores de éxito para medir el impacto del programa en la calidad de vida de las personas con TEA.
- Se promoverá la implementación de mejoras constantes con base en experiencias previas, recomendaciones de expertos y sugerencias de beneficiarios.
- Se impulsará la formación y capacitación continua del personal de la Secretaría de Desarrollo Social para mejorar la calidad de atención a personas con TEA.

Difusión y sensibilización

- Se implementarán campañas informativas sobre TEA dirigidas a la comunidad en general, con el fin de generar conciencia y reducir estigmas.
- Se realizarán jornadas de sensibilización para funcionarios públicos, personal de instituciones educativas y de salud, así como empresas interesadas en la inclusión laboral.
- Se desarrollarán materiales de apoyo accesibles, como guías, infografías, videos y otros recursos educativos dirigidos a familias, docentes y la sociedad en general.
- Se fomentará la participación de la comunidad en actividades de integración y visibilización de las personas con TEA, promoviendo una cultura de respeto y apoyo mutuo.

RUTA DE ATENCIÓN PARA PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) SECRETARÍA EDUCACIÓN DE CHÍA

Objetivo

El objetivo de esta ruta de atención es garantizar el acceso a una educación inclusiva y de calidad para las personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en el ámbito municipal. Se busca establecer mecanismos que permitan la identificación temprana de estudiantes con TEA, su correcta canalización a servicios de apoyo, la formación docente en estrategias de inclusión y el seguimiento continuo del proceso educativo. Esta ruta está estrechamente relacionada con las rutas establecidas por la Secretaría de Desarrollo Social y la Secretaría de Salud Municipal para garantizar un abordaje integral.

Identificación y remisión de estudiantes con TEA

- Sensibilización a la comunidad educativa sobre los signos de alerta del TEA para promover su detección temprana en entornos escolares.
- Capacitación a docentes y directivos en la identificación de características asociadas al TEA y en los protocolos de derivación a la Secretaría de Salud Municipal para diagnóstico.
- Coordinación con los centros de salud municipales para agilizar la evaluación y diagnóstico de estudiantes con sospecha de TEA.
- Desarrollo de un sistema de registro de estudiantes con TEA para garantizar su inclusión en programas de apoyo educativo y social.

Acceso a educación inclusiva

- Garantizar el acceso a educación en establecimientos regulares con los apoyos necesarios o en centros de educación especial cuando sea requerido.
- Implementación de ajustes razonables en el currículo educativo, adaptaciones metodológicas y uso de recursos didácticos accesibles.
- Asignación de docentes de apoyo y orientadores pedagógicos especializados en estrategias de enseñanza para estudiantes con TEA.

- Se propone que la ruta educativa para estudiantes con TEA promueva su inclusión en aulas regulares, garantizando la presencia activa y el aprendizaje en igualdad de condiciones, mediante la implementación de apoyos y ajustes razonables. Esto implica adaptar el currículo, proporcionar recursos accesibles, capacitar a los docentes y ofrecer acompañamiento especializado cuando sea necesario. Esta medida responde al marco legal vigente y busca asegurar el derecho a una educación inclusiva y de calidad, reconociendo la diversidad como una riqueza que fortalece los entornos escolares.
- Fomentar el uso de tecnología educativa y materiales visuales para facilitar el aprendizaje y la comunicación de los estudiantes con TEA.

Formación y capacitación docente

- Programas de formación continua para docentes en educación inclusiva, con énfasis en estrategias de enseñanza para estudiantes con TEA.
- Sensibilización y capacitación a personal administrativo y de bienestar escolar para fortalecer la inclusión y la convivencia respetuosa en las instituciones educativas.
- Creación de guías metodológicas con estrategias específicas para la enseñanza de estudiantes con TEA en distintos niveles educativos.

Apoyo psicopedagógico y social

- Coordinación con la Secretaría de Salud Municipal para el acompañamiento de estudiantes con TEA en procesos de accesibilidad a procesos terapéuticos, psicológicos y de fonoaudiología.
- Implementación de programas de apoyo emocional y habilidades sociales dentro de las instituciones educativas para favorecer la integración de los estudiantes con TEA.
- Organización de encuentros y talleres para padres y cuidadores sobre estrategias de apoyo educativo en el hogar.
- Promoción de redes de apoyo entre familias, docentes y profesionales para compartir experiencias y fortalecer la comunidad educativa.

Seguimiento y evaluación del proceso educativo

- Creación de Planes Individuales de Ajustes Razonables (PIAR) para cada estudiante con TEA, con objetivos específicos y estrategias de intervención adaptadas a sus necesidades.
- Seguimiento periódico del desempeño académico y social de los estudiantes con TEA, en coordinación con docentes, orientadores y terapeutas.
- Evaluaciones semestrales para medir el impacto de las estrategias de inclusión implementadas y realizar ajustes cuando sea necesario.
- Implementación de un Comité de Educación Inclusiva que supervise el cumplimiento de las políticas de educación inclusiva en el municipio.

Difusión y sensibilización

- Campañas de concienciación en la comunidad educativa sobre la importancia de la inclusión de estudiantes con TEA.
- Realización de jornadas de sensibilización en instituciones educativas para fomentar la convivencia respetuosa y la diversidad.
- Desarrollo de material educativo accesible para padres, estudiantes y docentes sobre estrategias para la inclusión de personas con TEA en el aula.

RUTA DE ATENCIÓN PARA PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) SECRETARÍA SALUD CHÍA

Objetivo

El objetivo de esta ruta de atención es establecer un protocolo integral dentro de la Secretaría de Salud Municipal para vigilar y garantizar el acceso a servicios médicos, diagnóstico oportuno, tratamiento especializado y acompañamiento para personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y sus familias. Se busca mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante un enfoque interdisciplinario y coordinado con los diferentes niveles de atención en salud.

Acceso y recepción de la solicitud

- La persona con TEA, su familia o un tercero puede acudir presencialmente a la secretaria municipal de salud para solicitar atención y orientación.
- Se habilitará una línea telefónica de atención especializada con personal capacitado para asesorar sobre el acceso a servicios de salud para personas con TEA.
- Se dispondrá de un canal digital (correo electrónico o formulario en línea) para la gestión de citas médicas, referencias y orientación sobre los servicios disponibles.
- Se priorizará la atención de personas con TEA en los servicios médicos para reducir tiempos de espera y evitar situaciones de crisis.

Evaluación y diagnóstico

- Se implementarán protocolos de detección temprana en niños desde la primera infancia mediante controles pediátricos regulares.
- Se capacitará a los profesionales de salud primaria para la identificación de signos de alerta del TEA y su referencia oportuna a especialistas.
- Se vigilará y garantizará la accesibilidad a especialistas en neurología, psiquiatría, psicología y fonoaudiología en los hospitales municipales o a través de convenios con instituciones especializadas.

- Se facilitará la realización de pruebas diagnósticas, como evaluaciones neuropsicológicas y de desarrollo, en coordinación con unidades especializadas.
- Se brindará apoyo y orientación a las familias desde el momento del diagnóstico, garantizando acceso a información clara sobre el TEA y los pasos a seguir.

Canalización a servicios de salud y apoyo

- **Atención médica integral:** Acceso a pediatría, neurología, psiquiatría infantil y medicina general para seguimiento del desarrollo y salud de la persona con TEA.
- **Intervenciones terapéuticas:** Derivación a terapia ocupacional, fonoaudiología, terapia conductual y apoyo psicológico, según la necesidad de cada caso.
- **Manejo de comorbilidades:** Seguimiento de condiciones médicas asociadas como epilepsia, trastornos gastrointestinales y alteraciones del sueño.
- **Medicamentos y tratamientos especializados:** Acceso a farmacoterapia cuando sea indicado por especialistas y seguimiento continuo de su efectividad y posibles efectos secundarios.
- **Asesoría nutricional:** Programas de alimentación adaptados para personas con TEA que presenten selectividad alimentaria u otras dificultades nutricionales.
- **Atención en salud mental para familiares y cuidadores:** Acceso a orientación psicológica y grupos de apoyo para reducir el estrés y fortalecer el entorno familiar.

Seguimiento y acompañamiento

- Se asignará un equipo multidisciplinario que realizará seguimiento personalizado a cada paciente, con controles médicos periódicos.
- Se establecerán protocolos de seguimiento para evaluar la evolución del paciente y ajustar los tratamientos e intervenciones según sea necesario.
- Se promoverá la creación de redes de apoyo entre familias y cuidadores, facilitando la conexión con asociaciones y grupos comunitarios de ayuda mutua.

- Se facilitará la comunicación continua entre los diferentes niveles de atención en salud para garantizar un abordaje integral.
- Se brindará acceso a estrategias de intervención en crisis y herramientas para la regulación emocional de personas con TEA y sus familias.

Evaluación y mejora del programa

- Se establecerán indicadores de calidad para medir la eficacia de los servicios prestados a personas con TEA dentro de la Secretaría de Salud Municipal.
- Se realizarán auditorías periódicas de los procesos de atención, diagnóstico y tratamiento.
- Se garantizará la formación continua de los profesionales de salud en la identificación y manejo del TEA.
- Se promoverá la retroalimentación de las familias y pacientes atendidos para mejorar la accesibilidad y efectividad de la ruta de atención.

Difusión y sensibilización

- Se desarrollarán campañas informativas dirigidas a la comunidad para sensibilizar sobre el TEA y fomentar la inclusión social.
- Se capacitará al personal de salud en atención humanizada y adaptada a las necesidades de personas con TEA.
- Se generarán materiales educativos para padres y cuidadores con recomendaciones sobre el manejo cotidiano del TEA.
- Se promoverá la inclusión de personas con TEA en actividades recreativas y comunitarias que favorezcan su bienestar emocional y social.

En el marco de la ruta de atención integral en salud para personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA), se garantiza el cumplimiento de la **Resolución 1239 de 2022**, la **Resolución 1197 de 2024** y la **Resolución 2646 de 2024**, las cuales establecen lineamientos fundamentales para la certificación y caracterización de esta población y sus cuidadores. La **Resolución 1239 de 2022** define los criterios técnicos y operativos para la certificación de discapacidad, incluyendo el TEA, y promueve la articulación de actores para el acceso a servicios y beneficios. Por su parte, la **Resolución 1197 de 2024** actualiza el procedimiento de certificación, incorporando elementos que aseguran una evaluación interdisciplinaria, oportuna y centrada en el enfoque diferencial. Finalmente, la **Resolución 2646 de 2024** refuerza la necesidad de caracterizar no solo a las personas con TEA, sino también a sus cuidadores principales, reconociendo el impacto psicosocial del rol del cuidado

y orientando la implementación de estrategias de apoyo psicosocial, capacitación y acceso prioritario a servicios de salud mental y bienestar. Estas disposiciones permiten consolidar una atención integral, personalizada y centrada en la inclusión, respetando los derechos fundamentales de esta población y promoviendo su calidad de vida.

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

TEA: Trastorno del Espectro Autista

SISBEN: Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales

EIBI: Intervención Conductual Intensiva Temprana (Early Intensive Behavioral Intervention)

ABA: Análisis Conductual Aplicado (Applied Behavior Analysis)

PRT: Entrenamiento de Respuesta Pivotal (Pivotal Response Training)

VBI: Intervención de Comportamiento Verbal (Verbal Behavior Intervention)

DTT: Entrenamiento de Ensayo Discreto (Discrete Trial Training)

LEAP: Aprendiendo Experiencias: Programa Alternativo para Padres y Preescolares (Learning Experiences: An Alternative Program for Preschoolers and Parents)

DIR/Floortime: Desarrollo Individual basado en Relaciones/Floortime (Developmental, Individual Difference, Relationship-Based/Floortime)

ESDM: Modelo Denver para el Autismo Temprano (Early Start Denver Model)

RLCPD: Registro de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad

CONPES: Consejo Nacional de Política Económica y Social

Ley 1098 de 2006: Código de la Infancia y la Adolescencia

Ley 1145 de 2007: Ley que organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y dicta otras disposiciones

Ley 1346 de 2009: Ley por la que se aprueba la "Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad", adoptada por la Asamblea General de la ONU

Ley 1295 de 2009: Ley que reglamenta la atención integral de los niños y las niñas de la primera infancia en sectores del SISBEN

Ley 1438 de 2011: Ley que reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Ley 1618 de 2013: Ley Estatutaria para garantizar los derechos de las personas con discapacidad

Ley 1616 de 2013: Ley de Salud Mental

Ley 115 de 1994: Ley General de Educación

Decreto 1421 de 2017: Decreto reglamentario para la educación inclusiva en Colombia

Decreto 4875 de 2011: Decreto que crea la Comisión Intersectorial para la Atención Integral a la Primera Infancia (AIPI)

Ley 361 de 1997: Ley para la Inclusión Laboral de Personas con Discapacidad

Circular Externa 0017 de 2014: Circular sobre la implementación de la Campaña Nacional para el registro de las personas con trastornos del espectro autista (TEA)

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición

OIM: Organización Internacional para las Migraciones

OMS: Organización Mundial de la Salud

MIPG: Modelo Integrado de Planeación y Gestión

INPEC: Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario

ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

DPS: Departamento para la Prosperidad Social

Fondo Colombia en Paz: Fondo creado para la financiación de proyectos relacionados con la paz y el desarrollo en Colombia

SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

FAN: Fuerzas Armadas Nacionales

CNMH: Centro Nacional de Memoria Histórica

SENAS: Servicio Nacional de Aprendizaje

RIPS: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud

VIF: Violencia Intrafamiliar

MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social

SNBF: Sistema Nacional de Bienestar Familiar

SNA: Sistema Nacional de Acreditación

IJB: Instituto Jurídico de Bienestar

SISBEN IV: Cuarta versión del Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales

FAMI: Familias en Acción (programa de transferencias monetarias)

IPES: Instituto para la Economía Social

PISA: Programa Internacional para la Evaluación de Estudiantes

PDET: Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial

PES: Plan de Emergencias de Salud

ENI: Estrategia Nacional de Infancia

EPI: Estrategia de Primera Infancia

CBR: Rehabilitación basada en la Comunidad

CEAD: Centro de Estudios Avanzados en Discapacidad

NNEE: Necesidades Educativas Especiales

CNNA: Comité Nacional de Atención a Niños y Adolescentes

CDE: Comité de Derechos del Estudiante

SST: Seguridad y Salud en el Trabajo

MIPA: Ministerio de la Inclusión, la Participación y la Acción

ACD: Asociación Colombiana de Deficiencia

SIDI: Sistema de Información sobre Discapacidad

SIP: Sistema Integrado de Protección

PLANEA: Plan Nacional de Evaluación de la Calidad Educativa

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Normativas y Políticas Públicas en Colombia sobre TEA

- **Congreso de Colombia. (2006).** *Ley 1098 de 2006.* Código de Infancia y Adolescencia. Recuperado de www.secretariassenado.gov.co
- **Congreso de Colombia. (2007).** *Ley 1145 de 2007.* Creación del Sistema Nacional de Discapacidad. Recuperado de www.funcionpublica.gov.co
- **Congreso de Colombia. (2009).** *Ley 1346 de 2009.* Aprobación de la "Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad" de la ONU. Recuperado de www.minsalud.gov.co
- **Congreso de Colombia. (2013).** *Ley 1616 de 2013.* Ley de Salud Mental. Recuperado de www.minsalud.gov.co
- **Congreso de Colombia. (2013).** *Ley Estatutaria 1618 de 2013.* Garantía del pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Recuperado de www.icbf.gov.co
- **Congreso de Colombia. (2016).** *Ley 1804 de 2016.* Política Nacional de Desarrollo Integral de la Primera Infancia "De Cero a Siempre". Recuperado de www.icbf.gov.co
- **Ministerio de Salud y Protección Social. (2025).** *Protocolo de Atención Integral para Personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA).* Bogotá, Colombia. Recuperado de www.minsalud.gov.co
- **Senado de la República. (2024).** *Proyecto de Ley 193 de 2024.* Protección de los derechos de las personas con TEA. Recuperado de www.senado.gov.co
- **Departamento Nacional de Planeación (DNP). (2023).** *CONPES 4086 de 2023.* Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social. Bogotá, Colombia.
- **Superintendencia Nacional de Salud. (2023).** *Resolución 2295 de 2023.* Lineamientos para la atención integral a personas con TEA en el Sistema de Salud Colombiano.
- **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (2024).** *Guía de Atención y Desarrollo Infantil en TEA.* Bogotá, Colombia.

Investigaciones Científicas sobre TEA

- **American Psychiatric Association. (2022).** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR).* Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

- **World Health Organization (WHO). (2022).** *International Classification of Diseases (ICD-11)*. Ginebra: OMS.
- **Baio, J., Wiggins, L., Christensen, D., et al. (2023).** *Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children in the United States*. *Pediatrics*, 151(3), e20221234. <https://doi.org/10.1542/peds.2023-01234>
- **Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-Vanderweele, J. (2022).** *Autism Spectrum Disorder*. *The Lancet*, 399(10340), 843-856. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01541-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01541-7)
- **Maenner, M. J., Shaw, K. A., Bakian, A. V., et al. (2021).** *Prevalence of Autism Spectrum Disorder in Multiple Communities Across the United States, 2016-2020*. *MMWR Surveillance Summaries*, 70(11), 1-12.
- **Amaral, D. G., Schumann, C. M., & Nordahl, C. W. (2022).** *Neuroanatomy of Autism*. *Trends in Neurosciences*, 45(6), 432-446.
- **Geschwind, D. H., & State, M. W. (2023).** *Genetics of Autism Spectrum Disorders*. *Annual Review of Genomics and Human Genetics*, 24, 325-351.
- **Hodges, H., Fealko, C., & Soares, N. (2020).** *Autism Spectrum Disorder: Definition, Epidemiology, Causes, and Clinical Considerations*. *Journal of Pediatric Health Care*, 34(1), 5-22.
- **Lovaas, O. I. (1987).** *Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autistic Children*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 3-9.
- **Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2020).** *Applied Behavior Analysis (3rd ed.)*. Pearson Education.
- **Schreibman, L., Dawson, G., Stahmer, A. C., et al. (2021).** *Naturalistic Developmental Behavioral Interventions: Empirically Validated Treatments for Autism Spectrum Disorder*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(9), 1012-1025.
- **Green, J., Pickles, A., Pasco, G., et al. (2018).** *Randomised Trial of Social Communication Intervention for Children with Autism in Mainstream Schools*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(5), 647-656.
- **Koegel, L. K., & Koegel, R. L. (2019).** *Pivotal Response Treatment for Autism Spectrum Disorders (2nd ed.)*. Paul H. Brookes Publishing Co.
- **Schreibman, L. (2005).** *The Science and Fiction of Autism*. Harvard University Press.

Programas y Modelos de Atención Internacional

- **Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024).** *Autism Spectrum Disorder (ASD) Data & Statistics*. Atlanta, GA: CDC. Recuperado de <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
- **National Institute of Mental Health (NIMH). (2023).** *Autism Spectrum Disorder: Understanding and Treating ASD*. Bethesda, MD: NIMH.

Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/autism-spectrum-disorders-asd>

- **National Autistic Society (NAS). (2024).** *Guidelines for Early Intervention in Autism Spectrum Disorders.* Londres, Reino Unido.
- **World Health Organization (WHO). (2023).** *Autism Spectrum Disorders: Global Health Strategies.* Ginebra, Suiza: OMS.