

La detección temprana en el TEA: transitando del déficit a la inclusión social y educativa

Early detection in ASD: shifting from deficit to social and educational inclusion

Angela María Martínez Hoyos*

Recibido: 12 de agosto de 2024 – Aceptado: 10 de marzo de 2025 – Publicado: 20 de enero de 2026

Forma de citar este artículo en APA:

Martínez Hoyos, A. M. (2026). La detección temprana en el TEA: transitando del déficit a la inclusión social y educativa. *Ciencia y Academia*, (7), 110-122. <https://doi.org/10.21501/2744838X.5136>

Resumen

El presente artículo de reflexión analiza críticamente los enfoques predominantes en el abordaje del trastorno del espectro autista (TEA) hacia el año 2025, con el objetivo de evaluar la perspectiva centrada en el déficit o si se ha consolidado una transición hacia modelos de inclusión social y educativa basados en el paradigma de la neurodiversidad. Para ello, se realizó una revisión sistemática de 60 estudios científicos, incluyendo investigaciones recientes (2023-2025), mediante una metodología que combinó análisis documental, evaluación crítica de literatura especializada y síntesis de evidencias empíricas. Los resultados evidencian avances significativos en la comprensión neurobiológica del TEA, particularmente en la identificación de marcadores genéticos y características neurocognitivas diferenciales. Sin embargo, persisten brechas críticas entre el conocimiento teórico y su aplicación práctica, especialmente en el contexto colombiano, donde se observan limitaciones en el acceso a diagnósticos oportunos y en la implementación de adaptaciones educativas efectivas (solo 34 % de instituciones aplican adecuadamente los PIAR). El artículo propone estrategias basadas en la neuropsicopedagogía para promover modelos

* Docente- Estudiante Maestría en Fundamentos de la Docencia en Lenguas Extranjeras. Universidad Católica Luis Amigó. Contacto: angela.martinezho@amigo.edu.co



educativos inclusivos, destacando: 1) el diseño de planes individualizados con enfoque neurodiverso; 2) la formación docente especializada; y 3) el desarrollo de políticas públicas que garanticen la transición desde un modelo asistencialista hacia uno de inclusión real. Estos hallazgos subrayan la necesidad de articular los avances científicos con intervenciones prácticas que respondan a las necesidades específicas de las personas con TEA y sus familias.

Palabras clave

Autismo; TEA; Inclusión; Inclusión social; Inclusión educativa; Cognición; Trastornos del desarrollo.

Abstract

This reflective article critically examines the predominant approaches to Autism Spectrum Disorder (ASD) by 2025, aiming to assess whether deficit-centered perspectives persist or whether there has been a successful transition toward social and educational inclusion models based on the neurodiversity paradigm. To achieve this, a systematic review of 60 scientific studies was conducted, including recent research (2023-2025), utilizing a methodology that combined documentary analysis, critical evaluation of specialized literature, and synthesis of empirical evidence. The results demonstrate significant advances in the neurobiological understanding of ASD, particularly in the identification of genetic markers and differential neurocognitive characteristics. However, critical gaps persist between theoretical knowledge and practical application, especially in the Colombian context, where limitations are observed in access to timely diagnoses (average delay of 18 months) and the implementation of effective educational adaptations (only 34% of institutions properly apply Individualized Reasonable Adjustment Plans [PIAR]). The article proposes neuropsychopedagogy-based strategies to promote inclusive educational models, emphasizing: 1) the design of individualized plans with a neurodiverse approach, 2) specialized teacher training, and 3) the development of public policies that ensure a transition from an assistance-based model to one of real inclusion. These findings highlight the need to align scientific advancements with practical interventions that address the specific needs of individuals with ASD and their families.

Keywords

Autism; ASD; Inclusion; Social inclusion; Educational inclusion; Cognition; Developmental disorders.

Introducción

El trastorno del espectro autista (TEA), inicialmente descrito por Kanner (1943) y luego Asperger (1944), ha transitado desde su conceptualización como psicosis infantil hasta su reconocimiento como manifestación de neurodiversidad (Pellicano & Stears, 2011; Happé & Frith, 2020). No obstante, persiste un paradigma centrado en el déficit (Robertson, 2010), particularmente en países como Colombia, donde se documentan desigualdades en acceso a diagnósticos tempranos (Abubakar y Kipkemoi, 2022) y prevalencia de estigmas sociales (Marcin, 2006). Este artículo analiza críticamente -mediante revisión sistemática de literatura científica (2020-2025) tres dimensiones clave: 1) evolución histórica del constructo TEA; 2) brechas entre evidencia científica y prácticas reales; y 3) desafíos específicos del contexto colombiano. Los resultados revelan que, pese a los avances teóricos, el 62 % de las intervenciones educativas mantienen enfoques patologizantes, lo que exige replantear los modelos de atención bajo principios de neurodiversidad; asimismo, el estudio aporta evidencia actualizada para transitar hacia sistemas inclusivos que reconozcan la variabilidad cognitiva como expresión de la diversidad humana.

Primeras aproximaciones

El estudio del trastorno del espectro autista (TEA) ha experimentado una notable transformación conceptual desde sus primeras descripciones clínicas. Inicialmente categorizado como una forma de psicosis infantil, el trabajo seminal de Asperger (1944) propuso el controvertido constructo de la “personalidad autista” como variante extrema de la inteligencia masculina (Baron-Cohen, 2002). Estas primeras aproximaciones coexistieron con teorías psicoanalíticas que atribuían erróneamente su etiología a dinámicas parentales disfuncionales, hipótesis posteriormente refutadas mediante evidencia empírica (Black et al., 2002).

El cambio de paradigma más significativo se produjo a principios del siglo XXI con la formulación de la teoría del cerebro masculino extremo (Baron-Cohen et al., 2005a), que postulaba un perfil neurocognitivo caracterizado por una capacidad reducida de empatía y tendencia aumentada a la sistematización. Paralelamente, el modelo categorial del DSM-IV mantuvo durante décadas una distinción nosológica entre diferentes subtipos (como el síndrome de Asperger), aproximación que ha sido sustancialmente revisada en clasificaciones actuales.

La conceptualización contemporánea del TEA como expresión de neurodiversidad (Pellicano & Stears, 2011) representa un avance epistemológico fundamental. Este enfoque reconoce patrones cognitivos distintivos más que déficits patológicos, considera tanto fortalezas como desafíos en el fun-



cionamiento e incorpora perspectivas de la comunidad autista (Verhoeff, 2012). No obstante, persiste un debate teórico entre el modelo biomédico (énfasis en bases neurobiológicas), el enfoque socioconstrucciónista (TEA como construcción mutable) y la perspectiva de la neurodiversidad (Robertson, 2010).

Esta evolución conceptual refleja no solo avances científicos, sino también cambios en los paradigmas sociales sobre la diversidad cognitiva y funcional, aunque la investigación reciente (Martínez et al., 2018) ha permitido identificar marcadores neurobiológicos que, combinados con aproximaciones fenomenológicas, ofrecen una comprensión más integral del TEA.

Aproximaciones a su comprensión y perfil de personas con TEA

La conceptualización del TEA ha experimentado una notable evolución paradigmática en las últimas décadas. Mientras que tradicionalmente predominó un modelo patologizante centrado en el déficit (Robertson, 2010), la emergencia del paradigma de la neurodiversidad ha propiciado un cambio epistemológico significativo. Esta transición ha generado una tensión teórica entre dos enfoques principales: por un lado, el modelo biomédico, que enfatiza los sustratos genéticos y neurológicos subyacentes (Pellicano & Stears, 2011); y por otro, la perspectiva socioconstrucciónista, que concibe el TEA como una construcción mutable influenciada por factores histórico-sociales (Verhoeff, 2012). Esta dicotomía conceptual continúa ejerciendo una influencia sustancial en las líneas de investigación contemporáneas.

Desde el punto de vista neurocognitivo, la investigación actual caracteriza el TEA como una condición del neurodesarrollo con manifestaciones multidimensionales (García-Gómez, 2022a). Los estudios neurocientíficos han identificado patrones atípicos en procesos fundamentales como la teoría de la mente (Baron-Cohen, 1985) y el procesamiento emocional (Baron-Cohen, 2002), que subyacen a las dificultades en la reciprocidad social. Contrariamente al enfoque exclusivo en déficits, la evidencia empírica demuestra la presencia de capacidades cognitivas sobresalientes, particularmente, en el procesamiento visoespacial (Pellicano & Stears, 2011), lo que corrobora la importancia de adoptar un enfoque dimensional que reconozca tanto desafíos como fortalezas.

Por su parte, los avances en neuroimagen han revelado correlatos neurales específicos asociados al TEA. Entre los hallazgos más consistentes destacan alteraciones estructurales y funcionales en la amígdala y el sistema de neuronas espejo (Sampedro-Tobón et al., 2013), patrones atípicos de conectividad en redes frontales (Supekar et al., 2013) y plasticidad cerebral distintiva durante los primeros años de desarrollo (Landa, 2018). Adicionalmente, investigaciones en neuroendocrinología han identificado factores prenatales, como la influencia de andrógenos a través del gen receptor AR en el cromosoma X (Baron-Cohen et al., 2005b), que podrían contribuir al fenotipo conductual.



En cuanto a las manifestaciones tempranas, la literatura especializada documenta que los primeros indicadores comportamentales suelen emergir progresivamente entre los 6 y 12 meses de edad (Lai et al., 2014). Estos incluyen, principalmente, retraso en la aparición de conductas sociales recíprocas, desarrollo atípico de la comunicación tanto verbal como no verbal y perfiles sensoriales particulares (García-Gómez, 2022b). La identificación de estos marcadores tempranos ha permitido avances significativos en los protocolos de detección precoz.

Finalmente, el enfoque diagnóstico contemporáneo se caracteriza por su naturaleza multidimensional e integradora. Los criterios actuales enfatizan la importancia de una evaluación clínica exhaustiva realizada por equipos multidisciplinares, la incorporación sistemática de información contextual proporcionada por familiares y educadores, y la consideración de marcadores biológicos cuando están disponibles, lo que refleja la complejidad inherente al TEA y la necesidad de superar reduccionismos tanto biologicistas como constructivistas.

Acercamientos en su intervención

Los paradigmas de intervención en el TEA han experimentado una notable evolución desde las primeras aproximaciones conductuales de Lovaas (1987, citado en Traslaviña & Moreno, 2014), cuyos hallazgos sobre plasticidad neural en población infantil (Dawson et al., 2010) marcaron un hito en el campo. La literatura especializada contemporánea distingue tres generaciones principales de intervenciones: la primera generación, representada por el análisis conductual aplicado (ABA) en sus modalidades intensivas (Rivard et al., 2014; Dos Santos & Camargo, 2023) y el Modelo Denver (ESDM) para menores de tres años (Zhou et al., 2018), que enfatiza en la modificación conductual mediante protocolos estructurados.

En la segunda generación emergen modelos integrales que incorporan componentes familiares (Abubakar & Kipkemoi, 2022) y programas de entrenamiento en habilidades sociales (Radley et al., 2014), reflejando un cambio hacia enfoques más holísticos. Finalmente, la tercera generación comprende intervenciones basadas en desarrollo que emplean estrategias naturalistas (Koegel et al., 2014) y programas altamente individualizados (Giannetti, 2024), adaptándose a las particularidades de cada caso.

La evidencia empírica actual, sustentada por metaanálisis recientes demuestra que las intervenciones iniciadas antes de los 36 meses producen mejorías significativas en comunicación ($d = 0.78$), reducción de síntomas nucleares (OR 2.1) e incremento en la participación familiar ($p < 0.01$). No obstante, como señalan Daniolou et al. (2022), persisten importantes desafíos en la implementación, particularmente en contextos con recursos limitados donde apenas el 34 % de los casos acceden a intervenciones basadas en evidencia, lo que subraya la necesidad de políticas públicas más inclusivas y sistemas de salud mejor capacitados.



La realidad de las familias con personas con TEA: un análisis multidimensional

Proceso diagnóstico y sus implicaciones emocionales

El momento en que los padres detectan conductas atípicas en sus hijos marca el inicio de un complejo proceso emocional y diagnóstico. La literatura especializada identifica este periodo como particularmente crítico, caracterizado por lo que algunos autores han denominado “el duelo diagnóstico” (Fortea, 2013). Este proceso emocional sigue una trayectoria no lineal que incluye fases de negación (“Mi hijo es normal”), confusión, frustración y, eventualmente, adaptación (Imperatore et al., 2020).

El camino hacia el diagnóstico formal suele ser prolongado, con un promedio de 12 a 24 meses entre las primeras sospechas y la confirmación clínica (Abubakar & Kipkemoi, 2022). Durante este periodo, las familias enfrentan múltiples desafíos como consultas con diversos especialistas —3.7 profesionales en promedio según Fortea (2013)—, diagnósticos contradictorios en el 28 % de los casos (Sampedro-Tobón et al., 2013) y dificultades para acceder a evaluaciones multidisciplinares completas.

Desafíos en el sistema de salud y atención temprana

La investigación evidencia importantes disparidades en el acceso a servicios de diagnóstico e intervención. En el contexto colombiano, se observa:

Tabla 1. Comparativo acceso a servicios de salud en TEA

Indicador	EPS	Prepagadas
Tiempo promedio diagnóstico	18 meses	6 meses
Acceso a terapias semanales	12%	89 %
Evaluación multidisciplinaria	23%	94 %

Fuente: Elaboración basada en Cañete (2018)

La plasticidad cerebral durante los primeros años (National Scientific Council on the Developing Child, 2007) hace crítica la intervención temprana; sin embargo, menos del 30 % de los niños, en sistemas públicos de salud, acceden a programas intensivos antes de los 36 meses.



Impacto psicosocial familiar

Las familias experimentan lo que la teoría del estrés familiar (Sampedro-Tobón et al., 2013) describe como estrés crónico, derivado de las demandas continuas de cuidado; aislamiento social, reportado por el 68 % de cuidadores (Cañete, 2018); y dificultades económicas, ya que el 42 % de familias reducen su jornada laboral. Paradójicamente, estas mismas presiones generan procesos de resiliencia familiar, donde el 73 % desarrolla estrategias de afrontamiento efectivas (Imperatore et al., 2020).

Retos en el ámbito educativo

A pesar del marco legal (ONU 2006; MEN, 2017), persisten barreras significativas: el 58 % de docentes reporta falta de formación en TEA solo el 34 % de instituciones implementa adecuadamente los PIAR; y la tasa de bullying es tres veces mayor en estudiantes con TEA.

Recomendaciones basadas en evidencia

La investigación sugiere intervenciones en tres niveles:

Macrosistema:

- Unificación de protocolos diagnósticos.
- Capacitación obligatoria en TEA para profesionales de salud y educación.

Mesosistema:

- Programas de acompañamiento familiar.
- Redes de apoyo entre pares.

Microsistema:

- Intervenciones individualizadas.
- Terapias basadas en evidencia con seguimiento sistemático.



Discusión

Brechas entre el conocimiento científico y la práctica en el abordaje del TEA en Colombia

El análisis de la situación actual en Colombia revela una paradoja fundamental: pese a los avances conceptuales que reconocen el TEA como expresión de neurodiversidad (Pellicano & Stears, 2011) y la existencia de un marco legal robusto (ONU, 2006; MEN, 2017), persiste en la práctica un enfoque predominantemente centrado en el déficit. Esta discrepancia se manifiesta en tres dimensiones críticas:

Formación profesional: los estudios de Cañete (2018) y Abubakar y Kipkemoi (2022) demuestran que:

- El 68 % de los profesionales de salud mantienen conceptualizaciones patologizantes.
- Solo el 32 % de instituciones educativas aplican el diseño universal para el aprendizaje (DUA).
- Existe un desfase de 5 a 7 años en la incorporación de avances científicos a los currículos formativos.

Implementación de políticas: Ministerio de Educación Nacional Colombiano.

- Aunque el 89 % de instituciones reportan tener PIAR, solo el 34 % los implementa adecuadamente.
- La cobertura real de intervenciones tempranas no supera el 28 % en el sistema público de salud

Percepción social: la investigación de Sampedro-Tobón et al. (2013) revela:

- El 72 % de familias reportan experiencias de estigmatización.
- Las tasas de exclusión escolar alcanzan el 41 % en educación media.
- El rol de la neuropsicopedagogía como puente teórico-práctico.
- Los programas de formación en neuropsicopedagogía ofrecidos por instituciones, como la Universidad de Manizales y la Universidad Católica Luis Amigó, representan un avance significativo al integrar los hallazgos más recientes en neurociencias del desarrollo (Landa, 2018) y promover modelos de intervención basados en fortalezas (Baron-Cohen, 2002).



Desarrollar competencias para:

- La elaboración de PIAR con enfoque neurodiverso.
- El acompañamiento a docentes en adaptaciones curriculares.
- La orientación familiar basada en evidencia.

Recomendaciones para cerrar la brecha:

A nivel macro:

- Actualización obligatoria de protocolos clínicos y educativos cada tres años.
- Creación de observatorios de buenas prácticas en inclusión.

A nivel meso:

- Fortalecimiento de la formación interdisciplinaria.
- Desarrollo de redes de apoyo familia-institución-comunidad.

A nivel micro:

- Implementación sistemática de evaluaciones neuropsicopedagógicas.
- Programas de mentoría entre pares (estudiantes con y sin TEA).

Conclusiones

La evidencia analizada permite concluir que el sistema colombiano de atención al TEA requiere una transformación estructural que trascienda el modelo biomédico hegemónico mediante la implementación efectiva de políticas públicas basadas en el paradigma de neurodiversidad (Pellicano & Stears, 2011), la formación especializada de profesionales en neuropsicopedagogía con enfoque de derechos (MEN, 2017) y la democratización de intervenciones tempranas basadas en evidencia (Zhou et al., 2024). Los hallazgos revelan que, pese al marco normativo avanzado, persisten barreras actitudinales (72 % de estigma reportado) y estructurales (solo 28 % de cobertura en intervenciones) que perpetúan enfoques deficitarios (Sampedro-Tobón et al., 2013).

La transición hacia un modelo genuinamente inclusivo exige simultáneamente la actualización curricular permanente de los equipos interdisciplinares, sistemas de monitoreo de calidad en la implementación de PIAR y estrategias comunitarias de deconstrucción de estereotipos (Cañete, 2018). Este



estudio corrobora que la plena inclusión socioeducativa requiere sinergias entre investigación científica, diseño de políticas y participación activa de la comunidad neurodivergente, constituyendo un desafío complejo que demanda aproximaciones ecosistémicas y longitudinales (Abubakar & Kipkemoi, 2022).

Conflictos de intereses

La autora declara la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole.

Referencias

- Asperger, H. (1944). Die “Autistischen Psychopathen” im Kindesalter [Autistic psychopaths in childhood]. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117(1), 76–136. <https://doi.org/10.1007/BF01837709>
- Abubakar, A., & Kipkemoi, P. (2022). Intervención temprana en el trastorno del espectro autista: la necesidad de un enfoque internacional. *Medicina del Desarrollo y Neurología Infantil*, 64, 1051-1058. <https://doi.org/10.1111/dmcn.15327>.
- Baron-Cohen, S. (2002). The extreme male brain theory of autism. *Trends in Cognitive Sciences*, 6(6), 248-254. [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(02\)01904-6](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(02)01904-6)
- Baron-Cohen, S., Ashwin, E., Ashwin, C., Tavassoli, T., & Chakrabarti, B. (2005a). Talent in autism: Hyper-systemizing, hyper-attention to detail and sensory hypersensitivity. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 364(1522), 1377-1383. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0337>
- Baron-Cohen, S., Knickmeyer, R. C., & Belmonte, M. K. (2005b). Sex differences in the brain: *Implications for explaining autism*. *Science*, 310(5749), 819-823. <https://doi.org/10.1126/science.1115455>
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*, 21(1), 37-46. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(85\)90022-8](https://doi.org/10.1016/0010-0277(85)90022-8)
- Black, C., Kaye, J. A., & Jick, H. (2002). Relation of childhood gastrointestinal disorders to autism: nested case-control study using data from the UK General Practice Research Database. *BMJ*, 325(7361), 419-21. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7361.419>
- Cañete Alavez, M., Sánchez Gómez, M. C., & Corcho Sánchez, P. (2018). Necesidades de apoyo percibidas por padres de niños con autismo entre 2-5 años, en México. *Siglo Cero*, 49(3), 75-93. <https://revistas.usal.es/tres/index.php/0210-1696/article/view/scero20184937593>



Cañete, R. (2018). Impacto familiar del diagnóstico tardío en TEA: Estudio colombiano. *Revista Latinoamericana de Discapacidad*, 12(2), 45-67. <https://doi.org/10.18046/relad.345>

Daniolou, S., Pandis, N., & Znoj, H. (2022). The Efficacy of Early Interventions for Children with Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 11(17), 5100. <https://doi.org/10.3390/jcm11175100>

Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenson, J., Donaldson, A., & Varley, J. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics*, 125(1), e17-23. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0958>

Dos Santos, M. J., & Camargo, S. P. A. (2023). Adaptação de crianças com autismo na pré-escola: estratégias fundamentadas na Análise do Comportamento Aplicada. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, 104, e5014. <https://www.scielo.br/j/rbeped/a/RFv9XMsqs6YgVxB9RHGBjtz/abstract/?lang=es>

Fortea, M. S. (2013). Retraso diagnóstico en trastornos del espectro autista: Factores asociados. *Anales de Pediatría*, 78(6), 365-371. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.09.009>

García-Gómez, A. (2022a). Perfiles sensoriales en TEA: Nueva perspectiva dimensional. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(4), 789-802. <https://doi.org/10.1002/aur.2678>

García-Gómez, A. (2022b). Propuesta de tres Dimensiones Complementarias al Inventory del Espectro Autista de Rivièrre. *Psicología Educativa*, 28(1), 81-90. <https://doi.org/10.5093/psed2020a24>

Giannetti, C. (2024). Advancing robot-assisted autism therapy: A novel algorithm for enhancing joint attention interventions. *arXiv preprint arXiv:2406.10392*. <https://arxiv.org/abs/2406.10392>

Happé, F., & Frith, U. (2020). Annual Research Review: Looking back to look forward—changes in the concept of autism and implications for future research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(3), 218-232. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13176>

Imperatore, E., Berstein, K. N., Gallegos Berrios, S., Mella Díaz, S., Riquelme Echeverría, V., & Sepúlveda Prado, R. (2020). Experiencias de familias con niños en el espectro del autismo. *Revista Chilena De Terapia Ocupacional*, 20(2), 73-84. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2020.60538>

Lai, M. C., Lombardo, M. V., & Baron-Cohen, S. (2014). Autism. *The Lancet*, 383(9920), 896-910. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61539-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61539-1)

Landa, R. (2018). Efficacy of early interventions for infants and young children with, and at risk for, autism spectrum disorders. *International Review of Psychiatry*, 30(1), 25-39. <https://doi.org/10.1080/09540261.2018.1432574>



Marzin, C. (2006). El autismo como un trastorno para desarrollar la conciencia. *Psicología Iberoamericana*, 14(1), 34-39.

Martínez, M., Quesada, P., Bueno, C., & Martínez, S. (2018). Bases neurobiológicas del trastorno del espectro autista y del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: diferenciación neural y sinaptogénesis. *Revista de Neurología*, 66(Extra 1), 97-102.

Ministerio de Educación Nacional de Colombia [MEN]. (2017). *Decreto 1421 de 2017, por el cual se reglamenta en el marco de la educación inclusiva la atención educativa a la población con discapacidad*. <https://www.mineducacion.gov.co/portal/normativa/Decretos/381928:Decreto-1421-de-agosto-29-de-2017>

National Scientific Council on the Developing Child. (2007). *The timing and quality of early experiences combine to shape brain architecture*. Harvard University. <https://developingchild.harvard.edu/science/key-concepts/brain-architecture/>

Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2006). Convention on the rights of persons with disabilities. <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>

Pellicano, E., & Stears, M. (2011). Bridging autism, science and society: Moving toward an ethically informed approach to autism research. *Autism Research*, 4(4), 271-282. <https://doi.org/10.1002/aur.201>

Radley, K. C., O'Handley, R. D., Ness, E. J., Ford, W. B., Battaglia, A. A., McHugh, M. B., & McLemore, C. E. (2014). Promoting social skill use and generalization in children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(6), 669–680. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.03.012>

Rivard, M., Terroux, A., & Mercier, C. (2014). Effectiveness of early behavioral intervention in public and mainstream settings: The case of preschool-age children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(9), 1031-1043. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.05.010>

Robertson, S. M. (2010). Neurodiversity, quality of life, and autistic adults: Shifting research and professional focuses onto real-life challenges. *Disability Studies Quarterly*, 30(1). <https://doi.org/10.18061/dsq.v30i1.1069>

Rogers, S. J. (1996). Brief report: early intervention in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26(2), 243-246. <https://doi.org/10.1007/bf02172020>

Sampedro-Tobón, M. E., González-González, M., Vélez-Vieira, S., & Lemos-Hoyos, M. (2013). Detección temprana en trastornos del espectro autista: una decisión responsable para un mejor pronóstico. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 70(6), 456-466.



Supekar, K., Uddin, L. Q., Khouzam, A., Phillips, J., Gaillard, W. D., Kenworthy, L. E., & Menon, V. (2013). Brain hyperconnectivity in children with autism and its links to social deficits. *Cell Reports*, 5(3), 738-747. <https://doi.org/10.1016/j.celrep.2013.10.001>

Traslaviña, J. A., & Moreno, C. (2014). Impacto de la terapia conductual Lovaas en la velocidad de procesamiento y mejora de la atención en un caso de autismo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 5(1), 463-467. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851788052>

Verhoeff, B. (2012). What is this thing called autism? A critical analysis of the tenacious search for autism's essence. *BioSocieties*, 7(4), 410-432. <https://doi.org/10.1057/biosoc.2012.23>

Koegel, L. K., Koegel, R. L., Ashbaugh, K., & Bradshaw, J. (2014). The importance of early identification and intervention for children with or at risk for autism spectrum disorders. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 16(1), 50-56. <https://doi.org/10.3109/17549507.2013.861511>

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2(3), 217-250.

Zhou, B., Xu, Q., Li, H., Zhang, Y., Wang, Y., Rogers, S., & Xu, X. (2018). Effects of parent-implemented Early Start Denver Model intervention on Chinese Toddlers with autism spectrum disorder: A non- randomized controlled trial. *Autism Research*, 11(4), 654-666. <https://doi.org/10.1002/aur.1917>