

Esta comunicación fue presentada dentro de las **II Jornadas de Atención a la Discapacidad. Un espacio para las personas con autismo**, que tuvieron lugar en la Universidad Central de Venezuela del 18 al 22 de Febrero de 2002.

“Atención Temprana e Intervención en niños con Trastornos Generalizados del Desarrollo”

Dolz, I.; Alcantud, F.

**U.I.ACCESO <http://acceso.uv.es>
Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación
Universitat de València Estudi General,
Avda .Blasco Ibáñez, 21, 46010 Valencia,
Tlf: 963.864.135 Fax: 963. 963.864.758
e-mail:
isabel.dolz@uv.es
francisco.alcantud@uv.es**

El objetivo prioritario de esta comunicación es plantear una reflexión sobre la conveniencia de realizar una Atención Temprana generalizada al conjunto de la población infantil entre 0 y 3 años, detectando, atendiendo e interviniendo en aquellas alteraciones del desarrollo evolutivo del niño cuyo pronóstico así lo requiera.

Si tenemos en cuenta la evidencia reunida durante los últimos diez años, la importancia de la detección y atención temprana de niños en situación de riesgo aumenta, dada la mejoría en el pronóstico de la mayoría de los niños con autismo obtenida como resultado de una intervención temprana intensiva en el marco educativo adecuado.

La importancia de un equipo multidisciplinar que actúe de forma coordinada es crucial. Es necesario que en su actuación, se siga una planificación sistemática dirigida tanto al niño con alteraciones del desarrollo o riesgo de padecerlas, como a su familia y a su entorno.

INTRODUCCIÓN

Elegimos Atención Temprana por entender que es un término más genérico, integrador y global que *Estimulación Precoz, Atención Precoz, o Estimulación Temprana*. *Este termino*, presenta una visión global de la intervención, enmarcada en una etapa inicial de la niñez que puede extenderse adecuándose a las necesidades individuales, pero que también abarca las relaciones familiares, necesidades técnicas, comunitarias, etc.

En Atención Temprana pretendemos englobar la atención sistemática a la población infantil, en especial en aquellos niños afectados por distintos cuadros de retraso o alteración del desarrollo. Entendemos esta atención como un programa individual y personalizado, que debe ser desarrollado de forma global y coordinada desde distintos ámbitos (salud, educación, servicios sociales), y que debe trabajar al máximo los conceptos de globalidad, sistematización y planificación de la intervención, integrando en todo el proceso de atención a la familia, potenciando su participación activa en el mismo.

Preferimos utilizar el término Trastornos Generalizados del Desarrollo (en adelante TGD), por ser esta una categoría diagnóstica que a pesar de su falta de concreción, nos permite aproximarnos más a la idea de “espectro autista” desarrollada por Lorna Wing (1995). El concepto de TGD tiene una utilidad concreta al considerar el autismo como un continuo que se presenta en diversos grados en diferentes cuadros de desarrollo, con alteraciones frecuentes en la socialización, la comunicación verbal/no verbal y patrones restrictivos/repetitivos de conducta (tríada de Wing), que se encuentran en dos a tres de cada mil personas, de los cuales sólo una pequeña minoría (no mayor al 10 %) reúne estrictamente las condiciones típicas que definen al autismo de Kanner (1943).

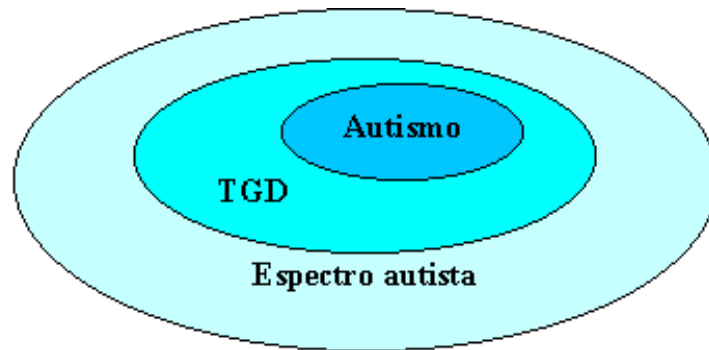


Figura 1. Relación entre Autismo, Trastornos Generalizados del Desarrollo y Espectro autista. (tomado de Martos, 2001)

Los nuevos avances científicos están posibilitando que en algunos casos, estas alteraciones puedan ser subsanadas o compensadas con una intervención puntual específica evitando la aparición de otras deficiencias asociadas con la alteración inicial. En aquellos casos en los cuales no es posible subsanar el déficit, esta intervención podría facilitar un mejor pronóstico evolutivo de la alteración y en definitiva una mejor calidad de vida para el individuo en proceso de desarrollo, su entorno familiar y para el conjunto de la sociedad.

PATRÓN DE APARICIÓN EN TGD

Tomaremos en nuestro análisis como punto de partida, el estudio de Rivière (2000). En este estudio, se reunía información retrospectiva sobre el desarrollo inicial de los hijos de 100 familias de niños diagnosticados como autistas con diagnóstico de autismo confirmado por dos profesionales independientes.

La población de referencia estaba compuesta por un total de 79 niños y 21 niñas, con una ratio de 3,76/1 respondiendo a la distribución en múltiples estudios realizados con población con autismo. En este estudio un 82% de las familias observaban a lo largo de los dos primeros años de vida, una serie de conductas comunes en sus hijos. (ver tabla 1)

Edad del niño	% de familias	Conductas observadas
Primer año (0 a 12 meses)	3 % (0-6 m.)	Pasividad Ausencia de comunicación
	22 % (6-12m.)	Falta de respuestas expresivas a la interacción Estereotipias
Segundo año	57 %	Falta de respuestas a llamadas (sordera paradójica)

(12 a 24 meses)		Falta en el desarrollo del lenguaje Desconexión
-----------------	--	--

Tabla 1. Descripción de conductas comunes manifestadas por los padres de niños diagnosticados posteriormente como 'autistas' durante los dos primeros años de vida.

Otras pautas relacionadas con la **comunicación intencionada** de estos niños fueron observadas por los padres, entre los 9 y 18 meses de vida y que se alejaban del desarrollo normal:

- ⇒ 95% **ausencia de protoimperativos** (no se comunicaban para pedir)
- ⇒ 97% **ausencia de protodeclarativos** (no comunicación para compartir experiencias)

El 67% de las familias coincidió en caracterizar a los niños como muy tranquilos durante el primer año de vida.

De este estudio, se desprende que existen ciertas características comunes que podrían permitirnos un diagnóstico precoz, si no certero, si determinante para el inicio de una Atención Temprana. Las características del **Patrón típico en el desarrollo de los TGD** serían:

1. Tranquilidad Expresiva dentro de una cierta normalidad aparente a los 8-9 meses atribuible en muchos casos al carácter propio del bebé.
2. Ausencia de conductas de comunicación intencionada para pedir o declarar entre 9-10 meses.
3. Alteración cualitativa del desarrollo coincidiendo con el inicio de la fase locutiva.

DIFERENCIAS Y SEMEJANZAS EN EL DESARROLLO INFANTIL(0 a 3 años)

La importancia del desarrollo infantil en la etapa 0-3 años se encuentra claramente marcada por la relación del niño con su entorno familiar, que mediará en la aparición paulatina de las conductas y facultades propias del comportamiento humano (Vigostky (zona de desarrollo próximo)).

Las primeras experiencias de la vida del niño y una gran parte de las experiencias posteriores, pertenecen al mundo emocional y afectivo, que terminará dando origen a comportamientos complejos y conductas altamente elaboradas. Las interacciones padres-hijos en los primeros años de vida son fundamentales en el desarrollo de la estabilidad emocional y en la consecución de hábitos y actitudes adecuadas.

Tanto en el autismo clásico como en los retrasos del desarrollo que se acompañan de rasgos autistas, parece existir un patrón que permite diferenciar tres **fases o estadios de desarrollo**, que también es posible diferenciar en el desarrollo normal. Este patrón responde a los estudios realizados sobre el desarrollo de la **inteligencia** del niño (Piaget, 1969), de su **comunicación** (Bates, 1976), de su **atención** (Ruff y Rothbart, 1996) y de **otras funciones** diferenciando estas tres etapas en el desarrollo inicial del niño.

Primera etapa, los primeros 9 meses de vida, recordemos que es en esta etapa cuando los padres de niños autistas informan de su *normalidad aparente* en el desarrollo,

destacando la característica de **tranquilidad expresiva**; en estudios evolutivos de desarrollo normal esta primera etapa se corresponde con:

- Primer Subperíodo Sensoriomotor de Piaget (1969),
- Fase Prelocutiva de Bates (1976), y
- Primer sistema de atención de Ruff y Rothbart (1996).

En esta fase en que aún no se puede reconocer **comunicación intencionada** en el niño, si es posible observar patrones de **relación intersubjetiva primaria** y **vinculación** muy complejos, aunque los **rasgos de desconexión** suelen ser menos visibles o evidentes. La génesis de la comunicación y el lenguaje es la "**intersubjetividad primaria**" (Torres Monreal, 1995: 98) o capacidad de contagiarse de los estados emocionales del otro mediante conductas complejas de contacto visual, fijación visual mutua, vocalización, arrullos, movimientos de manos, brazos, cabeza...

En torno a los 6 meses el niño y su madre ya han dado el primer paso en el camino hacia el espacio común que toma la forma de **interacciones diádicas** (Hayes, 1984). Los mecanismos característicos de esta fase son:

- **Interacción cara a cara:** La madre dirige su atención y mirada hacia el rostro del niño, gesticula y emite sonidos frente a él, reclamando al mismo tiempo su atención, y sus respuestas. El niño responde inicialmente de forma indiscriminada, y gradualmente va dirigiendo hacia puntos luminosos, movimientos y sonidos producidos por su madre.
- **Conductas de Apego:** El niño manifiesta mayor tranquilidad cuando siente el contacto materno, al oír su voz, etc. La preferencia por proximidad de la madre frente a otros, se inicia muy temprano y se hace evidente hacia los ocho meses en la "crisis ante extraños".
- **La Imitación:** Contribuye al desarrollo de la comprensión de uno mismo y de los otros. La madre intenta comunicarse con el hijo mediante la imitación de los sonidos y gestos espontáneos de bebé, la madre atiende más a la conducta que encaja con la suya y el hijo sonrío en respuesta a las imitaciones de la madre. La imitación del niño se considera como intercambio social cuando el bebé responde con atención, imitación y sonrisas a la conducta previa del adulto.

Todos estos son **recursos comunicativos** que pueden funcionar perfectamente en ausencia de lenguaje, de base socioafectiva y origen innato. En los niños en los que estos recursos comunicativos no son regulados en contactos con los adultos, pueden desarrollarse posteriormente cuadros clínicos irreversibles.

Primera etapa (0 a 9meses)	Recursos comunicativos	Patrón típico TGD
Interacción diádica Intersubjetividad 1 ^{aria}	Interacción cara a cara Conductas de apego Imitación	Normalidad aparente Tranquilidad expresiva

Cuadro nº 1 Descripción de recursos comunicativos en la etapa de 0 a 9 meses

Las anomalías en esta fase son muy sutiles y no suelen ser reconocidas por los padres e incluso son difícilmente detectables por los profesionales o expertos.

El estudio de laboratorio realizado por Kubicek (1980) en el cual se grabó a la edad de cuatro meses la interacción cara a cara entre una madre y sus dos hijos gemelos,

respaldaría la hipótesis de diferencias en la interacción temprana de los niños autistas dado que uno de ellos fue diagnosticado posteriormente como autista. Otros estudios, como el realizado por Eriksson y Chateau (1992) describen un patrón de desarrollo típico en algunos niños autistas, en el cual tras un desarrollo normal hasta los 12 meses se inicia una pérdida de interés por lo que ocurre a su alrededor, aportando datos contrarios a la existencia de alteraciones en edades más tempranas.

En cuanto a las conductas de apego, otros estudios (Dissanayake y Crossley, 1996; Rogers, Ozonoff y Maslin-Cole, 1991; Sigman y Mundy, 1989; Sigman y Ungerer, 1984), analizan la *interacción diádica* de niños autistas preverbales con sus madres o con un experimentador (reacciones de separación y reencuentro con sus padres), obteniendo resultados contrarios a la idea de que existen alteraciones en las conductas de apego en niños autistas preverbales.

Los datos indican que los niños autistas tienen un claro retraso en habilidades de imitación (Curcio, 1978; Dawson y Adams, 1984) y que existe una relación entre la competencia social y lingüística de los niños y sus habilidades de imitación (Dawson y Adams, 1984).

Los estudios centrados en este periodo de edad aportan datos contradictorios respecto a la existencia de *alteraciones antes de los 12 meses*, lo cual podría ser indicador de que los síntomas de autismo no siguen una pauta fija de aparición, si bien cabría preguntarse, y valga la reflexión a modo de hipótesis, si *disponemos de instrumentos, protocolos de evaluación y diagnóstico suficientemente sensibles para la detección temprana de estos primeros síntomas*. Ahora bien, en la situación actual, el hecho de que un niño presente estas dificultades en su primer año de vida, debería ser un indicador de alerta que determinase su dirección hacia un centro de Atención Temprana para su seguimiento, diagnóstico y tratamiento como bebé en situación de riesgo.

Segunda etapa, entre los 9 y los 18 meses: En relación con los informes de los padres, es en esta etapa (entre los 9-10 meses) cuando se reconoce una ausencia de comunicación intencionada en sus hijos para pedir (protoimperativos) o para compartir experiencias (protodeclarativos). Esta etapa del desarrollo se corresponde con:

- Segundo Subperíodo Sensoriomotor de Piaget (1969),
- Fase Ilocutiva de Bates (1976), y
- Segundo sistema de atención de Ruff y Rothbart (1996).

Hacia finales del primer año de vida, el niño amplía su ámbito de interacción, pasando del simple intercambio madre-hijo a interesarse por los objetos o sucesos de su entorno; integrando objetos y fenómenos en esta interacción ya consolidada, iniciándose un tipo de interacción más compleja, que le lleva a una fase de *interacción triádica*, también denominada como “*intersubjetividad secundaria*”, dentro de la cual empieza a reconocer a los otros como agentes intencionales diferenciándolos de los objetos.

En el niño *aparece la comunicación intencionada* y su *conducta se hace más estratégica y propositiva* dando origen a *inicios rudimentarios de la función ejecutiva* (Diamond y Gilbert, 1989), que posibilitan la emergencia de pautas de *atención sostenida conjunta*. Los estudios de PET con bebés (Chungani, 1994) sugieren que hay zonas de los lóbulos frontales que se van haciendo funcionales entre los 9 y los 18

meses. Las pautas de **comunicación intencionada**, destinadas a cambiar el mundo físico (**protoimperativos**) o a cambiar el mental (**protodeclarativos**) se establecen a lo largo de este periodo y deben ser muy evidentes **entre los 12 y los 18 meses**.

En esta segunda fase el niño muestra conductas que evidencian su apertura hacia la mente de los otros, con las cuales intenta aprender el modo de ver el mundo y uso de los objetos por los demás, así como su reacción a los sucesos que tienen lugar en su entorno. Estas conductas son de tres tipos:

- **Conductas de atención conjunta:** La atención conjunta se define como " aquellos actos encaminados a dirigir la atención del otro con intención de compartirla con respecto a personas o hechos" (Wetherby y Prizant, 1993). Tomasello (1995) define la atención conjunta como un hecho social: "dos personas que están haciendo caso a algo o alguien al mismo tiempo". El niño con desarrollo normal atiende a las expresiones y acciones, como señalar, dirigir la mirada hacia objetos o situaciones de interés, que los otros realizan para llamar su atención sobre ellos, de su propia experiencia aprende a solicitar y reclamar la atención de otros con sus propias expresiones y acciones.
- **Conductas de referencia social** El niño solicita la atención del adulto con el objeto de compartir su experiencia, imita sus expresiones y acciones sobre situaciones y objetos, buscando la referencia del adulto ante situaciones nuevas, con objeto de recibir información sobre las mismas, reconociendo con estas actuaciones al otro, como alguien ajeno que puede ver, interesarse y compartir su punto de vista, asumiendo la perspectiva de otra persona. A diferencia de la atención conjunta en los actos de referencia social el niño trata de saber qué sentir, cómo actuar ante situaciones, basando su interpretación personal de un suceso en la conducta de otro. Por tanto es una estrategia poderosa para los niños que han de aprender cómo comportarse y cómo regular sus emociones, aunque requiere de receptividad y entendimiento de los mensajes emocionales de los otros para llegar a formar su propio entendimiento de la situación.
- **Conductas de acción conjunta** De la imitación inicial aprende a realizar gestos y actuaciones que consiguen dirigir la atención de los demás, con objeto de lograr un objetivo o actividad. Observando las reacciones del adulto a su propia demanda de atención o actuación, solicitando y consiguiendo además de su atención, su respuesta, ayuda o aprobación ante nuevas situaciones.

Segunda etapa (9 a 18meses)	Comunicación intencionada	Patrón típico TGD
Interacción triádica Intersubjetividad 2 ^{aria}	Atención conjunta Referencia social Acción conjunta	Ausencia de comunicación intencionada para pedir o declarar

Cuadro n° 2 Descripción de la comunicación triádica etapa de 9 a 18 meses

En esta fase aparecen las primeras preocupaciones en los padres al observar en sus hijos una falta de respuesta social, la aparición de conductas inflexibles o ritualizadas; en cuanto a los profesionales pueden reconocer que algo falla en esta etapa.

Los niños con autismo no suelen realizar acciones que faciliten o respondan a acciones de **atención conjunta** como:

- Señalar para dirigir la atención del adulto o el otro;

- Seguir los gestos de señalar de otros;
- Alternar la mirada entre un objeto y la persona con la cual se encuentran.

Aunque son capaces de iniciar y responder a peticiones, comprenden también que los otros les pueden ayudar a alcanzar objetivos, pero no disponen de habilidad para comunicar o compartir su experiencia. En diferentes estudios sobre expresión de emociones (Snow, Hertzog y Shapiro 1987; Yirmiya, Kasari, Sigman y Mundy 1989), se llega a poner de manifiesto que a pesar de mostrar expresiones faciales de afecto positivo o negativo, las mismas son difíciles de reconocer por los demás.

La dificultad en la interacción social, en expresión y comprensión de emociones, con muestras de conductas visuales y auditivas atípicas, han sido observadas antes de los dos años de edad en estudios sobre videos domésticos, realizados por Adrien y sus colaboradores (Adrien, Lenoir, Martineau, Perrot, Hameury, Garreau, Barthèlèmy y Sauvage, 1991; Adrien, Lenoir, Martineau, Perrot, Hameury Larmande y Sauvage, 1993).

Tercera etapa, se inicia hacia los 18 meses, este momento está marcado por las fases previas, es en el que la mayoría de los padres detectan una alteración en el desarrollo de sus hijos relacionada directamente con los inicios del lenguaje, esta fase se corresponde con:

- Periodo preoperatorio de Piaget (1969),
- Fase Locutiva de Bates (1976), y

En esta fase se producen cambios psicológicos y neurológicos que van posibilitando el paso a una inteligencia representacional; por parte del niño se elaboran estructuras lingüísticas, que implican una creatividad formal.

- ***El niño*** se ve, a sí mismo, ***como agente*** que actúa sobre el medio (Jennings, 1991);
- ***Empieza a tener emociones*** como el orgullo o la vergüenza (Stipek, Recchia y McClintic, 1992).
- Se producen cambios en sus ***capacidades dependientes de su “control ejecutivo”***.

A partir de los últimos meses del segundo año es cuando se evidencia, ante los padres, que algo está sucediendo en el desarrollo de sus hijos que parece que los aleja de la relación, manifestando ***dificultad en el desarrollo del lenguaje***, lo cual en algunos casos se asocia a una posible ***sordera acompañada de silencio expresivo***, no habiendo muestras de falta de respuesta al contacto ocular y de iniciativa de contacto. En el segundo semestre del segundo año se hacen más claras y evidentes las ***anomalías en sus pautas sociales***.

PRECURSORES DE LA INTERACCIÓN SOCIAL Y LA COMUNICACIÓN

Una de las características más destacada en niños con autismo es la ausencia de habilidades y competencias para la interacción social y la comunicación, la cual los mantiene en la soledad, aislamiento, incomunicación y la incomprensión de su entorno social. El desarrollo de estas habilidades es gradual, interviniendo procesos de aprendizaje y mecanismos diferentes que el niño va utilizando para construir a partir de

su experiencia una progresiva comprensión y adaptación al mundo que le rodea, teniendo gran importancia en su futura socialización.

En palabras de Rivière (1997), el *dominio de las competencias sociales* permite al bebé humano la adquisición de “funciones críticas de humanización”, como el lenguaje, las competencias de ficción, o el manejo de pautas de interacción cooperativas y competitivas como la negociación o el engaño respectivamente.

El estudio de los sucesivos estadios que recorre el niño a lo largo de su desarrollo para lograr la *integración y comprensión social*, ofrece una visión de los *procesos de aprendizaje que implican*, inicialmente el *dominio de mecanismos básicos de interacción* eficaz con el entorno social primario (padres, hermanos, etc.), y que en principio se establecen a través de *formas diádicas de interacción* que van progresando gradualmente hacia formas mucho más complejas ya en edades tempranas.

Fases	Mecanismos básicos	Precusores en respuestas observables
1ª etapa (0 a 9 meses) Interacción diádica Intersubjetividad 1 ^{aria}	Interacción cara a cara	Primeras respuestas sociales
	Apego	Preferencias manifiestas por la voz y el rostro materno.
	Imitación	Primeras imitaciones de expresión
2ª etapa (9 a 18 meses) Interacción triádica Intersubjetividad 2 ^{aria}	Atención conjunta	Busca y comparte la atención con otro
	Referencia social	Buscar y reclamar la opinión del otro
	Acción conjunta	Rutinas: Reconoce y actúa junto al otro

Cuadro nº 3 Descripción de la interacción diádica y triádica

El bebé humano llega al mundo preparado para aprender a establecer relaciones sociales y responder a estímulos sociales que logren su vinculación afectiva a sus progenitores. Es posible observar como en el primer mes el bebé prefiere la voz de la madre a la de extraños; cómo atiende a áreas concretas del rostro de su madre y como establece contactos oculares con otros, sonriendo y vocalizando en respuesta a estímulos sociales y como realiza imitaciones de expresiones faciales y gestuales.

Alrededor de los 12 meses ha conseguido el dominio de la interacción con los otros o interacción diádica. Es por ello que amplía su ámbito de interacción, integrando objetos y fenómenos a la misma, logrando un nivel de interacción triádica que al reconocimiento de los otros como agentes intencionales nos lleva a estimar que todos los anteriores son comportamientos *precusores de la comunicación* verbal del niño.

Los episodios de atención conjunta que se repiten por parte del cuidador y el niño (a menudo en forma de juego) se conocen como **rutinas**. Estas rutinas son importantes en el desarrollo tanto de las **interacciones sociales** como de la **comunicación temprana**. Además, *el discurso que el adulto utiliza en las rutinas sociales proporciona al niño un soporte, andamiaje* si se quiere, para aprender el lenguaje.

Las primeras conductas comunicativas del niño, a nivel de interacción social tiene dos objetivos primordiales: establecer la atención conjunta con las personas de su entorno y participar en interacciones sociales con sentido o intencionalidad.

El cuadro de autismo puede ser muy evidente *hacia los 18 meses* en una serie de *indicadores*. Barón-Cohen et al. (1997) en su estudio sobre los marcadores psicológicos

que permiten detectar el autismo en niños de 18 meses señalaron tres indicadores clave, que aparecen en el CHAT (CHecklist for Autism in Toddlers, instrumento de detección precoz o de “screening”). Los indicadores son:

- **Ausencia de gestos comunicativos de carácter protodeclarativo**
- **Falta de miradas de atención conjunta**
- **Carencia de juego de ficción.**

Si establecemos una comparación entre el patrón típico de desarrollo, los indicadores señalados por Barón Cohen y los precusores en la interacción social y la comunicación, podemos observar que hay una elevada coincidencia entre ellos. Este hecho debe reclamar nuestra atención a la hora de diseñar los programas de Atención Temprana en la segunda etapa evolutiva (9 a los 18 meses), con la finalidad de ofrecer una intervención sistemática y adecuada a las primeras necesidades de apoyo psicoeducativo.

Precusores	Indicadores Barón-Cohen	Patrón
Atención conjunta Busca y comparte la atención con otro	Ausencia de gestos comunicativos de carácter protodeclarativo	Ausencia de comunicación intencionada para pedir: protoimperativos o declarar: protodeclarativos Alteración cualitativa del desarrollo
Referencia social Buscar y reclamar la opinión del otro	Falta de miradas de atención conjunta	
Acción conjunta 1 ^{as} Rutinas: Reconoce y actúa junto al otro	Carencia de juego de ficción.	

típico

Cuadro nº 4 Precusores de interacción social y comunicación.

INDICADORES DE AUTISMO TÍPICOS DE LA ETAPA 18 – 36 MESES

Rivière (2000) plantea una serie de **indicadores de autismo** típicos de la etapa 18-36 meses, que presentamos a continuación, como aportación al conocimiento de aquellas pautas de comportamiento que pueden ser utilizadas y valoradas en la detección durante esta etapa del trastorno, relacionando los indicadores con las alteraciones patognómicas y universales en los niños pequeños con autismo:

Alteraciones patognómicas y universales en niños con autismo	Indicadores de autismo típicos de la etapa 18-36 meses
1. Elevación clara de los umbrales de atención y respuesta a estímulos sociales y lingüísticos	1.- Sordera aparente paradójica. Falta de respuesta a llamadas e indicaciones. 2.- No comparte focos de atención con la mirada.
2. Limitación importante de las pautas de acción, atención y referencia conjunta	3.- Tiende a no mirar a los ojos.
3. Falta de empleo comunicativo de la mirada para regular situaciones de interacción	4.- No mira a los adultos vinculares para comprender situaciones que le interesan o extrañan. 5.- No mira lo que hacen las personas 6.- No suele mirar a las personas.
4. Ausencia de pautas de comunicación con función ostensiva o de compartir experiencia	21.- Para comunicarse con él hay que saltar un muro; es necesario ponerse frente a frente , y producir gestos claros y directivos.
5. Ausencia de mecanismos de suspensión semiótica	25.- No da la impresión de complicidad interna con las personas que le rodean aunque tenga afecto por ellas.

6. Ausencia de pautas de ficción y metarrepresentación	24.- <i>No</i> realiza juego de ficción : no representa con objetos o sin ellos situaciones, acciones o episodios, etc.
7. Núcleo disfásico receptivo , que puede ser selectivo en la comprensión del lenguaje	18.- Parece que no comprende o que comprende selectivamente sólo lo que le interesa.

Alteraciones patognómicas y universales en niños con autismo	Indicadores de autismo típicos de la etapa 18-36 meses
8. Presencia de <i>pautas repetitivas</i>	7.- Presenta <i>juego repetitivo o rituales</i> de ordenar. 8.- <i>Se resiste a cambios</i> de ropa, alimentación, itinerarios o situaciones. 9.- Se altera mucho en situaciones inesperadas o que <i>no anticipa</i> .
9. <i>Oposición a cambios ambientales</i>	10.- Las <i>novedades le disgustan</i> 11.- Atiende <i>obsesivamente</i> , una y otra vez, a las mismas <i>películas de vídeo</i> . 12.- Coge <i>rabietas en situaciones de cambio</i> .
10. Propensión a <i>ignorar a los iguales</i>	22.- Tiende a ignorar completamente a los niños de su edad. 23.- No juega con otros niños.
11. <i>Limitación</i> o carencia de <i>iniciativas de relación</i>	14.- Resulta <i>difícil compartir acciones</i> con él o ella. 15.- <i>No señala con el dedo para compartir experiencias</i> . 16.- No señala con el dedo <i>para pedir</i> . 17.- Frecuentemente <i>pasa por las personas</i> , como si no estuvieran. 20.- <i>No</i> suele ser él quien <i>inicia las interacciones con adultos</i> .
12. <i>Lenguaje expresivo ausente o funcionalmente limitado</i>	13.- <i>Carece de lenguaje</i> o, si lo tiene, lo emplea de forma ecológica o poco funcional. 19.- <i>Pide</i> cosas, situaciones o acciones, <i>llevando de la mano</i> .

Cuadro nº 5 Comparación establecida entre las alteraciones patognómicas y los indicadores de autismo a partir de la relación de ambos en Rivière (2000).

IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN PRECOZ EN TGD

Los términos *Trastornos del Espectro Autista (TEA)* y *Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD)* se refieren a un amplio continuo de trastornos cognitivos y neuroconductuales asociados, incluyendo, pero no limitándose a, tres rasgos nucleares:

- Deterioros en la socialización
- Deterioros en la comunicación verbal y no verbal
- Patrones restrictivos y repetitivos de conducta (American Psychiatric Association [APA], 1994)

El autismo a menudo no se diagnostica hasta 2 ó 3 años después de que los síntomas aparezcan, aunque los síntomas del espectro autista pueden estar presentes en el primer año de vida, y están virtualmente siempre presentes antes de los tres años de edad.

Los TGD y los TEA no son trastornos extraños en la población infantil, los primeros estudios epidemiológicos hablan de una prevalencia del Autismo Infantil de 4-5/10.000, lo que equivale aproximadamente a 1 de cada 2.000 personas (Lotter, 1966).

En el conocido estudio de Camberwell, realizado por Lorna Wing y Judith Gould (1979), en el cual se evidenció que la incidencia de cuadros con las características del “espectro autista”, las anomalías y retrasos del lenguaje, las deficiencias de la capacidad de simbolizar y la tendencia a repetir, una y otra vez, conductas rituales y estereotipadas, era de 22,1 /10.000, casi cinco veces mayor que la de "autismo" propiamente dicho.

Prevalencia		
	Autismo Infantil	Espectro autista
Lotter, 1966	4-5/10.000	
Wing y Gould, 1979		22,1 /10.000

Cuadro nº 6 Prevalencia del autismo según diferentes fuentes

Los estudios epidemiológicos más recientes, están ofreciendo datos de incidencia más elevados. Ohtaki y cols. (1992) encuentran una ratio de 13,9 por cada 10.000 habitantes en Chikugo (Japón). Nordin y Gillberg (1996) obtienen una incidencia de 9 en Suecia. Un estudio recientes en Francia de Fombonne y cols. (1997) informa de una incidencia de 16,3 por cada 10.000 casos. En España los trabajos en esta área son pocos y muy recientes, todos ellos realizados en la década de los noventa. El primero se realizó en Navarra Alberdi (1990), obteniendo una prevalencia de 4,8; Garanto (1994) en Cataluña encuentra una incidencia de 2,49; en Murcia Orte y cols. (1995) sitúan la ratio en 2,93; Folch y Sánchez (1998), citado por Belinchón (2001), en Cataluña indican un 3,6 de incidencia. Todos estos datos señalan la prevalencia sobre 10.000 casos. El último estudio realizado en la Comunidad Autónoma de Madrid (Belinchón y otros, 2001), apunta una prevalencia media estimada de 8,34 casos con autismo por cada 10.000 nacidos. Este último índice es significativamente más alto que los que se comunicaron en informes previos y requieren reconfirmación en futuros estudios

Sin embargo, la existencia de estas ratios de prevalencia marcadamente creciente, reafirman la necesidad de incrementar la **detección precoz y el diagnóstico**, con el fin de que todos ellos puedan beneficiarse de las posibilidades que les brinda una adecuada intervención temprana.

Directamente relacionado con la detección en los primeros meses de vida es necesario llamar la atención sobre aquellos casos en los que el desarrollo motor durante este primer año de vida “puede parecer” evolutivamente correcto. Este es el caso del 67% de los padres de niños autistas (Rivière, 2000) que informaban de la *normalidad aparente* en el desarrollo de sus hijos, destacando en ellos la característica de *tranquilidad expresiva*, puesto que fueron cubriendo las diferentes etapas evolutivas de sedestación, gateo, bipedestación, etc. La Atención Temprana pierde, en estos casos, un tiempo precioso en el cual la intervención sobre pequeñas alteraciones obtendría su potencial máximo. Nos preguntamos si el desarrollo sensoriomotriz de estos niños durante los primeros meses de vida ha sido en realidad un desarrollo normativo o próximo a él, si se dejaron de detectar las posibles señales de alerta durante este periodo, quién podía o debía haberlas detectado y, sobre todo, en cuanto podríamos haber modificado su desarrollo futuro si la intervención hubiera sido realmente temprana. Es, en estos casos en los que la detección temprana se diluye, en los que de una manera urgente debemos crear y difundir entre todos los profesionales con competencia directa (médicos, psicólogos, pediatras, etc..) una conciencia de la importancia de esta detección temprana y una implicación profesional coordinada y sistematizada a través de pautas de detección e intervención correctamente protocolizadas.

En la actualidad, las ventajas de un diagnóstico precoz del autismo son muchas, e incluyen tratamiento y planificación educativa tempranas, proporcionando el asesoramiento y los apoyos necesarios tanto al niño como a su familia, desde edades muy tempranas, reduciendo considerablemente el estrés y la angustia familiar.

El propósito de la detección es identificar niños con riesgo de autismo, tan pronto como sea posible, para que puedan ser remitidos con rapidez para una evaluación diagnóstica completa y que les sean aplicados los tratamientos necesarios. La presión a favor de la identificación temprana proviene de la evidencia reunida durante los últimos diez años

de que una intervención temprana intensiva en un marco educativo óptimo conduce a una mejoría en el pronóstico de la mayoría de los niños con autismo, incluyendo el lenguaje en un 75% o más, y significativos incrementos en las ratios de progreso evolutivo y rendimiento intelectual (Dawson & Osterling, 1998; Rogers, 1996, 1998; en Filipek P.A. & col, 1999).

ÁMBITOS DE ACCIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA

La atención a la primera infancia es un servicio social, que ha sido realizado de forma diferente, siguiendo costumbres propias de la cultura en la cual se desarrolla. A lo largo de la historia, encontramos diferentes formas de atención surgidas mayoritariamente de la necesidad de responder a la demanda social, planteada desde las asociaciones de familias y profesionales, que reclaman el derecho a una Atención Temprana de calidad tanto en los servicios que presta, como en la búsqueda de la calidad de vida del individuo.

Ámbitos	Actuación	Objetivos	Atención
Salud	Atención a síntomas patológicos	Rehabilitación y Curación	Ambulatoria
Asistencial	Atención al niño y a su familia.	Facilitar el desarrollo psicomotor, comunicación y relación interpersonal.	Ambulatoria
Educación	Educación infantil	Individualización de la acción educativa y apoyo a la integración en el contexto escolar.	Ambulatorio Individualizado: Apoyo en aula

Cuadro nº 7 Ámbitos de trabajo de la Atención temprana

Tradicionalmente la atención infantil especializada ha sido realizada desde ámbitos profesionales, que desarrollaban un servicio a la sociedad desde ámbitos de salud, educación y asistencial, dándose una actuación independiente entre los profesionales que en ella participaban.

Se hace necesaria la regulación de esta intervención debido a que la actuación de diferentes profesionales atomiza su intervención desglosando áreas de competencia diferenciada. En el momento que encontramos servicios de atención temprana coordinados donde impera la acción global frente a la intervención en el área de competencia particular, el beneficio y éxito para el niño y su familia es evidente. La familia no necesita recurrir a nuevos profesionales, tiene su demanda cubierta; la angustia y el stress de adaptación por el shock del diagnóstico es menor si se cuenta con un equipo que planifica la actuación en todos los ámbitos que tiene respuestas a sus preguntas que en aquellos otros casos que se deja a la familia sin rumbo.

MODELOS DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA

Podemos encontrar varios modelos de intervención que en general se han dado como respuestas a las características propias de cada uno de los ámbitos profesionales, siguiendo el modelo específico de atención que en cada uno de ellos se encontraba tradicionalmente implantado, realizando una extensión de su campo de actuación a la intervención en etapa inicial del desarrollo infantil. Así podemos describir:

- **Modelo Rehabilitador:** Atención mediatizada por el modelo médico-clínico, de intervenciones dirigidas generalmente a la atención de los síntomas patológicos, sin perspectiva de globalidad y con objetivos solamente curativos. Gradualmente en atención pediátrica se atiende con mayor interés a factores evolutivos del niño y se alientan las acciones preventivas. Mayoritariamente estos servicios de rehabilitación que actúan en régimen ambulatorio.
- **Modelo de Centro Base:** Atención temprana mayoritariamente desarrollada en régimen ambulatorio, desarrollan programas de facilitación del desarrollo psicomotor, de la comunicación y de la relación interpersonal, hacen partícipes de la actividad a los miembros del grupo familiar y se plantean, no sólo la atención individualizada sino que prestan especial atención al grado en que los padres y otros miembros de la familia conocen, interpretan, integran y aplican las pautas y orientaciones que se derivan del programa de atención al niño.
- **Modelo de atención temprana en el ámbito educativo:** Tras promulgarse la LOGSE y a partir del Decreto de Ordenación de la Educación Especial, se inicia el desarrollo de este modelo que se caracteriza por la individualización de la acción educativa y por el apoyo a la integración en el contexto ordinario de educación, dependiendo de la problemática de los niños escolarizados, se actúa en régimen ambulatorio o individualizado, pero sobre todo se desarrolla la acción de apoyo en el entorno del aula.
- **Modelo de atención domiciliaria:** Muy poco generalizado debido al elevado coste económico que se genera. Trabaja el desarrollo de programas de atención temprana en el entorno natural del niño puede aportar una sustancial mejora cualitativa a todo el proceso de intervención.
- **El modelo de intervención terapéutica en horario amplio:** Poco frecuente, ofrece una opción necesaria para niños con problemáticas severas, en su mayor parte derivadas de alteraciones del sistema nervioso central. En este modelo, la aplicación de criterios de globalidad en la intervención y la consideración de los niños y de sus familias desde una perspectiva integral, permite desarrollar con un alto grado de eficiencia.

PROPUESTA DE MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN TEMPRANA

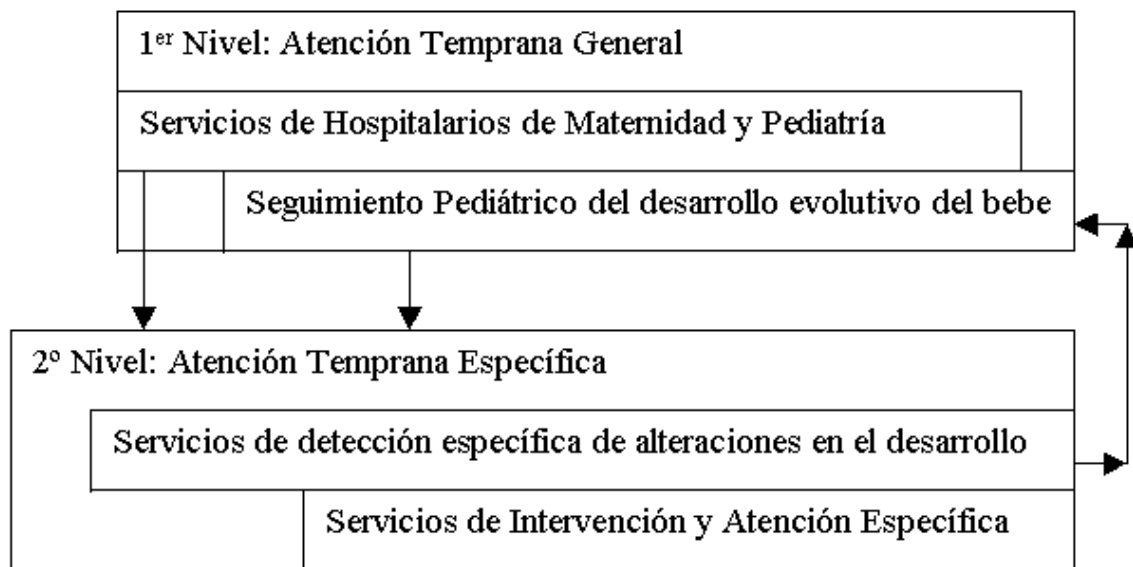
El conjunto de modelos presentados, al igual que los ámbitos de acción en el servicio de atención al niño, nos dan una amplia visión con la que trabajar para dar respuesta a las necesidades del niño, siendo atendidas estas necesidades desde distintas especialidades o disciplinas trabajando todas ellas por un objetivo común, que sería favorecer y potenciar el desarrollo global e integral del niño. En este tipo de atención se daría un servicio que respondería a la demanda según las necesidades presentadas o detectadas en el desarrollo infantil.

Entendemos que la *Atención Temprana* debe ser un *servicio* de carácter amplio que extienda su *acción preventiva y de detección* al conjunto de la población infantil en los primeros años de vida, siendo un servicio *atendido y coordinado* por profesionales pertenecientes a diferentes especialidades, que colaboren dentro de un *equipo*

multiprofesional que diseña e implementa programas de atención generalizados y personalizados, dirigidos a niños de 0 a 6 años.

El *equipo multidisciplinar* se integrará en una estructura organizativa que posibilite la participación interprofesional coordinada y activa de todos los profesionales que conforman el equipo de Atención Temprana en la planificación, implementación y evaluación de los Programas de Atención Temprana.

La *estructura* del equipo de Atención Temprana responderá a las diferentes acciones a realizar por el mismo y será suficiente para desarrollar los diferentes programas de intervención atendidos por el equipo; en la figura siguiente se recoge a modo de ejemplo un servicio de Atención temprana estructurado en *dos niveles de acción o intervención*:



1er Nivel Atención Temprana General: detección sobre toda la población de niños identificando aquellos en situación de riesgo de cualquier tipo de trastorno evolutivo.

Será atendido inicialmente por los profesionales de los *servicios de maternidad y pediatría* que prestan su servicio en centros hospitalarios; ellos serán los encargados de derivar al niño hacia el 2º Nivel cuando *detectan una alteración o una situación de riesgo en el recién nacido*. También en este mismo nivel se encuentran los servicios de atención pediátrica que realizan un seguimiento del desarrollo del bebé, siguiendo un patrón de visitas rutinarias, en las cuales si es observada una alteración en el desarrollo normal se derivará hacia una atención específica de 2º Nivel.

2º Nivel: Atención Temprana Específica: Implica una investigación más en profundidad de los niños anteriormente identificados con riesgo de padecer un trastorno del desarrollo.

Dentro de este nivel se realizará un estudio en mayor profundidad de la alteración en el desarrollo, realizando el diagnóstico y la intervención necesaria dentro de los programas de atención temprana específicos diseñados e implementados por los especialistas del equipo de Atención Temprana, siendo derivado a los servicios de atención pediátrica en el momento en que la

alteración es subsanada, o bien, continua dentro del programa de intervención específica y atención temprana.

PROGRAMAS DE ATENCIÓN TEMPRANA

Los programas de Atención Temprana deberán desarrollar una serie de acciones de atención específica y terapéutica dirigidas al niño, al mismo tiempo que informarán, apoyarán y orientarán a su familia con el objeto de lograr su participación activa en el proceso de desarrollo del niño.

Estos programas serán de carácter preventivo, de atención y seguimiento en el caso de niños en situaciones de alto riesgo, llevando a cabo actuaciones sistemáticas y planificadas desde las edades más tempranas. Los Programas tendrán una triple orientación: Atención directa, Investigación y Formación:

- ⇒ **Atención directa** tendrán lugar acciones de detección, diagnóstico, seguimiento y evaluación de la situación individual, en las cuales se atiende al niño y a su familia en su entorno.
- ⇒ **Investigación** agrupará todas las acciones dirigidas al estudio, participación y seguimiento de los avances científicos relacionados con las alteraciones en el desarrollo infantil. Así mismo, la acumulación de los resultados de la intervención permitirá la reestructuración de la intervención en un mecanismo de Investigación en la Acción.
- ⇒ **Formación** entendida desde cuatro tipos de acciones las de información, divulgación, formación propiamente dicha y la de asesoramiento. Como se ha descrito con anterioridad, es necesario contar con la colaboración de los Médicos Pediatras que son el primer eslabón de la cadena de detección precoz, para que realicen esta actividad deben contar con la formación adecuada y recibir periódicamente información sobre los cambios teóricos-prácticos acontecidos como consecuencia de la intervención.

Estos programas del servicio de Atención Temprana serán planificados, implementados y evaluados periódicamente por el equipo multiprofesional que participa de forma activa en ellos, con un **objetivo general “Atender a la persona con alteraciones en el desarrollo y a su familia, en función de su problemática y necesidades, de forma personal e individualizada”**.

Este objetivo general se concreta en tres **objetivos específicos** que son:

- **Actuar de manera preventiva**
- **Potenciar el desarrollo personal**
- **Facilitar la adaptación al entorno**

Para ello dentro de los Programas de Atención Temprana se deberán planificar y desarrollar diferentes **acciones** directamente relacionadas con:

En la actuación preventiva: La acción preventiva a nivel individual, familiar y del entorno social consiste en

- Participación de los profesionales de Atención Temprana en programas de prevención y detección.

- Atención de niños de alto riesgo.
- Se elaboran y aplican programas de seguimiento.
- Se proponen los programas de análisis y puesta en común con otros servicios de las actuaciones preventivas.
- Se realizan acciones comunitarias de tipo informativo y/o formativo sobre los contenidos propios de esta atención.

Atención individual:

- El proceso de atención se realiza de manera individualizada.
- Se utilizan programas específicos de atención adecuados a las necesidades y problemática de cada persona.
- Se aplica la acción terapéutica o de apoyo, tanto en el centro específico como en el medio familiar y escolar (método ecológico)

Adaptación al entorno: El principio es muy simple. Si un niño no tiene competencias para entender el entorno, el entorno ha de modificarse hasta el nivel necesario para que ese niño pueda entenderlo lo máximo posible.

- Se ejercen las funciones de información, formación y apoyo familiar, que potencien la plena integración en ese medio.
- Se plantea la adaptabilidad del entorno a las necesidades de los niños.
- Se actúa de manera coordinada con otros servicios para facilitar la integración escolar.
- Se promueven las acciones adecuadas para alcanzar progresivamente el máximo de integración socio-ambiental.

A modo de conclusión:

Planteamos la necesidad de una Atención Temprana generalizada, dirigida al conjunto de la población infantil, aunque orientada de modo específico hacia aquellos niños con Trastornos del Espectro Autista o Trastornos Generalizados del Desarrollo que continuarán siendo diagnosticados de forma tardía, si se desconocen o ignoran los indicadores que alertan sobre las primeras alteraciones manifiestas en el desarrollo, demorando el diagnóstico y la intervención temprana adecuada, en estas etapas evolutivas en las que se sientan las bases del desarrollo posterior.

Se proponen programas de Atención temprana (atención, investigación, formación) diseñados, implementados y coordinados por un equipo multidisciplinar que se construirán a partir de los siguientes puntos clave:

- **Determinación de poblaciones de riesgo** en todos aquellos casos en los que sea posible detectar, en un porcentaje significativo, la relación entre indicadores previos o variables intervinientes favorecedoras de la aparición del trastorno, ya sean estas variables de orden prenatal, perinatal o postnatal.
- **Implementación de las medidas preventivas** derivadas del apartado anterior.
- **Estudio y desarrollo de protocolos de evaluación y detección** de las distintas alteraciones o patologías del desarrollo.

- **Implicación multiprofesional coordinada** en las tareas de prevención, detección y atención temprana.
- **Intervención directa sobre el niño** que presente desviaciones en su desarrollo o se encuentre en situación de riesgo, con acciones basadas en modelos coherentes y de eficacia demostrada a través de la experiencia.
- **Desarrollo e implementación de programas de intervención sobre la familia y entorno** próximo al niño afectado, con la finalidad de implicarlos directamente en el proceso de habilitación del niño, ofreciendo pautas de actuación sinérgicas con el modelo de intervención adoptado.
- **Seguimiento y adecuación constante del modelo de intervención** a las necesidades del niño y su familia.

La necesidad de potenciar la constitución de equipos multidisciplinares, se justifica por su participación en el desarrollo de programas de atención-investigación-formación, a través de los cuales, los profesionales implicados en una Atención Temprana de calidad, trabajarán para hacer realidad una intervención coordinada que mejore la situación actual del niño y su familia, ampliando con su experiencia los conocimientos actuales sobre el origen y evolución de estos trastornos del desarrollo, la exigencia de un trabajo coordinado entre profesionales de distintos ámbitos favorece la divulgación de información sobre la problemática dentro del entorno social haciendo posible la detección precoz y la sensibilización de la sociedad en general, que al tomar conciencia de la trascendencia de estas alteraciones en el desarrollo infantil, demanda una Atención Temprana a cargo de profesionales especializados.

Dentro de los programas de Atención Temprana serán los propios niños con TGD o TEA, los que nos irán enseñando, la forma de conocerlos, atenderlos y hacerlos coparticipes de nuestro mundo, mostrándonos en el seguimiento de los programas de atención el camino para entrar en ese mundo suyo que todavía no terminamos de comprender, deseamos conocer y solamente ellos nos pueden descubrir.

BIBLIOGRAFÍA:

- ADRIEN, LENOIR, MARTINEAU, PERROT, HAMEURY LARMANDE y SAUVAGE (1993). *Blind ratings of early symptoms of autism based on family home videos*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32, 617-626.
- ADRIEN, LENOIR, MARTINEAU, PERROT, HAMEURY, GARREAU, BARTHÈLÈMY y SAUVAGE (1991). *Autism and family home movies: Preliminary findings*. Journal of Autism and Developmental Disorders, 21, 43-51.
- ALBERDI, J.F. (1990). Investigación Epidemiológica de niños autistas en el Territorio Foral de Navarra. Tesis Doctoral. Universidad del País Vasco.
- BARON-COHEN, S.; COX, A.; BAIRD, G.; SWETTENHAM, J.; NIGHTTINGALE, N.; MORGAN, K.; DREW, A. y CHARMAN, T. (1997). Marcadores psicológicos en la detección del autismo infantil en una población amplia. En RIVIÈRE, A. y MARTOS, J. (Eds.). *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas*. Madrid: IMSERSO-APNA (161-172).
- BATES, E. (1990). *Language and Context*. Nueva York: Academic Press.
- BELINCHON, M. (Dir.) (2001). Situación y necesidades de personas con trastornos del espectro autista en la Comunidad de Madrid. Ed. Caja Madrid. Obra Social. Madrid.
- CANAL, R. Habilidades comunicativas y sociales de los niños pequeños preverbales con autismo. Capítulo 3 en RIVIÈRE, Á. y MARTOS, J.(comp.) *El niño pequeño con autismo*. Ed. APNA: Madrid. 2000.
- CHUGANI, H. T. (1994). Development of regional brain glucose metabolism in relation to behaviour and plasticity. En G. DAWSON, G. y FISCHER, K. W. (Eds). *Human Behavior and the Developing Brain*. Nueva York: Guilford (153-175).
- CURCIO, F. (1978). *Sensoriomotor functioning and communication in mute autistic children*. Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 8, 281-292.
- DAWSON G, MELTZOFF AN, OSTERLING J, RINALDI J. Neuropsychological correlates of early symptoms of autism. Child Dev 1998;69:1276–1285. en Filipek P.A.& col,1999.
- DAWSON, G. y ADAMS, A. (1984). Imitation and social responsiveness in autistic children. Journal of Abnormal Child Psychology, 12, 206-226.
- DE DIOS, J.; DOMÍNGUEZ, S.; ESCRIBANO, L y TAMARIT, J. (Coord.) Coordinador de P.E.A.N.A.(Proyecto de Estructuración Ambiental en el aula de Niños/as con Autismo). Memoria del Proyecto de Innovación y Experimentación Educativas (CAM-MEC). Centro Concertado de Educación Especial CEPRI. Madrid (1990).
- DIAMOND, A. y GILBERT, J. (1989). Development as progressive inhibitory control of action: retrieval of a contiguous object. *Cognitive Development*, 4, 223-249.
- DISSANAYAKE, C. y CROSSLEY, S.A. (1996). *Proximity and sociable behaviors in autism: Evidence for attachment*. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 37, 149-156.
- ERIKSSON AS, DE CHATEAU P. (1992). *Brief report: A girl aged two years and seven months with autistic disorder videotaped from birth*. Journal of Autism and Developmental Disorders 22:127-129.
- FILIPEK P.A. .& col.(1999). *Practice parameter: Screening and diagnosis of autism*. AAN Enterprises, Inc. en NEUROLOGY 2000;55:468–479.

- FOMBONNE, E. D.; MAZAUBRUN, CH.; CANS, CH. Y GRANDJEAN, H. (1997). *Autism and associated medical disorders in a French epidemiological survey*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36 (11), 1561-1569.
- GARANTO, J. (1994). Epidemiología de la Psicosis y Autismo. En J. GARANTO (Ed.). *Epidemiología de las psicosis y del Autismo*. Salamanca. Amaru. Ediciones.
- HAYES, A. (1984). Interaction, engagement, and the origins of communication: some constructive concerns. En FEAGANS, L.; GARVEY, C.; GOLINKOFF, R.(Eds.) *The origins and growth of communications*. Nueva Jersey: Ablex.
- JENNINGS, J. R. (1991). Early development of mastery motivation and its relation to self-concept. En BULLOCK, M. (Ed.). *The development of Intentional action: Cognitive, Motivational and Interactive Processes*. Basel: Karger (1-13).
- KANNER, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- KUBICEK, L.F. (1980) *Organisation of two mother-infant interactions involving a normal infant and his fraternal twin brother who was later diagnosed as autistic*. En T.M.Fiuld, S. Godberg, D. Stern y A.M. Sostec (eds.) *High risk infants an children: Adult and peer interactions*. Nueva York:Academic Press (PP99-110).
- Manuales de Buenas Prácticas: Atención Temprana. FEAPS (Confederación Española de organizaciones en favor de las personas con retraso mental) <http://www.feaps.org/manuales/manuales.htm>
- NORDIN, V. Y GILLBERG, C. (1996). *Autism Spectrum disorders in Children with physical or mental disability or both, I: Clinical and Epidemiological Aspects*. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38 (4), 297-313.
- OHTAKI, E., KAWANO, Y., URABE, F., KOMORI, HIRONORI, et al. (1992). *The prevalence of Rett syndrome and infantile autism in Chikugo district, the southwestern area of Fukuoka prefecture, Japan*. *Journal of autism and Developmental Disorders*, 22 (3), 452-454.
- ORTE, L.; MARTÍNEZ, M.J., LÓPEZ, C., SUANCES, M., LONZANO, F., BELMONTE, F., OÑATE, C., CUELLAR, I., et al. (1995). Estudio epidemiológico de trastornos profundos del desarrollo en la Comunidad Autónoma de Murcia. *Actas VIII Congreso Nacional AETAPI*. Autismo: La respuesta educativa, pp 67-85.
- PIAGET, J. (1969). *El nacimiento de la inteligencia en el niño*. Madrid: Aguilar.
- REESE, P.B. and CHALLENGER, N. (1999). *Autism and PDD: Social Skills Lessons*, Vol. 1-5, E. Moline, IL: LinguSystems. <http://trainland.tripod.com/pam.htm>
- RIVIÈRE, Á. (1997). El tratamiento del autismo como trastorno generalizado del desarrollo. Principios generales. En RIVIÈRE, A. y MARTOS, J. (Eds.). *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas*. Madrid: IMSERSO-APNA.
- RIVIÈRE, Á. (2000) ¿Cómo aparece el autismo? Diagnóstico temprano e indicadores precoces del trastorno autista. Capítulo 1 en RIVIÈRE, Á. y MARTOS, J.(comp.) *El niño pequeño con autismo*. Ed. APNA: Madrid. 2000.
- RIVIÈRE, Á. y MARTOS, J.(comp.) *El niño pequeño con autismo*. Ed. APNA: Madrid. 2000.
- ROGERS SJ, BENNETTO L, MCEVOY R, PENNINGTON BF. Imitation and pantomime in high-functioning adolescents with autism spectrum disorders. *Child Dev* 1996;67:2060–2073. en Filipek P.A.& col,1999.
- ROGERS, S. OZONOFF,S. y MASLIN-COLE,D. (1991). A comparative study of attachment behavior in young children with pervasive developmental disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 483-488.

- RUFF, H. y ROTHBART, M.(1996) *Attention in early development*. Nueva York:Oxford University Press.
- SIGMAN, M. y MUNDY, P. (1989). *Social attachment behaviour in autistic children*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28, 74-81.
- SIGMAN, M. y UNGERER, J. A. (1984). Attachment behaviour in autistic children. Journal of Autism and Developmental Disorders, 14, 231-244.
- SNOW, M.E., HERTZOG, M.E. y SHAPIRO, T. (1987). Expressions of emotion in young children with autism. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 26, 836-838.
- STIPEK, D.; RECCHIA, S. y McCLINTIC, S. (1992). Self-evaluation in young children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 57 (1. Serial nº 226).
- TOMASELLO, M. (1995). Joint attention as social cognition, In C. Moore and P.J. Dunham (Eds.), *Joint attention: Its origins and role in development*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- TORRES, S; RODRÍGUEZ, J.M; SANTANA, R; GONZALEZ, A.M. (1995): *Deficiencia auditiva: aspectos psicoevolutivos y educativos*. Málaga: Aljibe.
- WETHERBY A., and PRIZANT, B. (1993). Profiling communication and symbolic abilities in young children. Journal of Childhood Communication Disorders, 15, 23-32.
- WING, L. and GOULD, J. (1979). *Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification*. Journal of Autism and Developmental Disorders, 9, 11-29.
- YIRMIYA, KASARI, SIGMAN y MUNDY (1989). Expression of affect in autistic, mentally retarded and normal children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30, 725-735.