

# La conducta socio-afectiva en el trastorno autista: descripción e intervención psicoeducativa

Santiago López Gómez<sup>1</sup>  
Universidad de Santiago de Compostela (España)

Consuelo García Álvarez<sup>2</sup>  
Xunta de Galicia (España)

Recibido: 25/03/08      Aceptado: 11/04/08

## Resumen

El trastorno autista hace referencia a un trastorno neuropsicológico con graves y heterogéneas manifestaciones que abarcan tres principales áreas del desarrollo, a saber: alteraciones sociales y afectivas, alteraciones en la conducta lingüística y comunicativa y la presencia de patrones comportamentales, intereses o actividades restringidas y estereotipadas. En la dimensión social y afectiva, destaca el fracaso por el mantenimiento y el desarrollo de vínculos sociales y afectivos, que se caracteriza por el aislamiento social y la presencia de conductas de interacción socio-afectivas inapropiadas. En la actualidad, la manera más efectiva de tratar el autismo es mediante programas psicoeducativos. Se presentan las principales características del trastorno, haciendo énfasis en el área socio-afectiva, y se plantean unas líneas genéricas de intervención desde la perspectiva psicoeducativa.

Palabras clave: trastorno autista, conducta social, conducta afectiva, intervención psicoeducativa.

## Abstract

Autistic disorder refers to a neuropsychological disorder with serious and heterogeneous manifestations that include three main areas of development,

---

<sup>1</sup> Dirección de correspondencia:  
E-mail: slg@ugr.es

<sup>2</sup> E-mail: consuelogarcia@edu.xunta.es

namely: social and affective alterations, alterations in the linguistic and communicative behaviour and the presence of behavioural patterns, interests or restricted and stereotyped activities. The failure that affects the maintenance and development of social and affective bonds, characterized by social isolation and the presence of inadequate behaviours of social-affective interactions, is highlighted in the social and affective dimension. At the present time, the most effective way to treat autism is by means of psycho-educative programs. The main characteristics of the disorder, emphasizing the social-affective area, are presented, together with generic lines of intervention consider from the psycho-educative perspective.

Key words: autistic disorder. social behaviour. affective behaviour. psycho-educative intervention.

### Resumo

O transtorno autista há referência a um transtorno neuropsicológico com graves e heterogêneas manifestações que abrangem três principais áreas do desenvolvimento, a saber: alterações sociais e afetivas, alterações na conduta lingüística e comunicativa e a presença de padrões comportamentais, interesse ou atividades restringidas e estereotipadas. Na dimensão social e afetiva destaca o fracasso pela manutenção e o desenvolvimento de vínculos sociais e afetivos que se caracteriza pelo isolamento social e a presença de condutas de interação sócio-afetivas inadequadas. Na atualidade, a maneira mais efetiva de tratar o autismo é mediante programas psicoeducativos. Se apresentam as principais características do transtorno, fazendo ênfase na área sócio-afetiva, e se colocam umas linhas genéricas de intervenção desde a perspectiva psicoeducativa.

Palavras chave: transtorno autista. conduta social. conduta afetiva. intervenção psicoeducativa.

### Introducción

El trastorno autista se agrupa en torno a los denominados trastornos generalizados del desarrollo, incluidos en los de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (APA, 2002). Las características graves y generalizadas que lo describen, afectan a varias áreas del desarrollo, y son: habilidades para la interacción social, para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses o actividades. Las alteraciones cualitativas que lo define

son claramente inapropiadas para el nivel de desarrollo o la edad mental del sujeto. Suele manifestarse durante los primeros años y, en muchas ocasiones, se asocia a algún grado de retraso mental, observándose, a veces, formando parte de otras enfermedades médicas.

En la actualidad, el autismo se describe como un síndrome complejo (Tsai, 1992; Volkmar, 1992; Volkmar, Klin, Marans y Cohen, 1997, Wing, 1988). Se le presuponen múltiples causas o factores

etiológicos (Ferrando et al., 2002; Rodríguez y Rodríguez, 2002), y tiene un variado espectro de manifestaciones que agrupa una amplia colección de síntomas que son raros de observar de forma idéntica en distintos individuos con el mismo diagnóstico (Etchepareborda, 2001; Tuchman, 1991).

Pese a los avances en la investigación del trastorno, sobre todo los realizados en los últimos años, todavía no existe una definición técnicamente aceptable y universalmente compartida del autismo. Este hecho se debe, en parte, a la dificultad de describir y comprender las profundas y diversas alteraciones que presentan las personas que lo sufren (Artigas, 2000, 2001, Rivière, 1982).

A las dificultades conceptuales, debe añadirse otro aspecto que, todavía hoy, resulta bastante opaco, y es el referido a su etiología. Se han propuesto, al respecto, diversas alternativas que señalan a una multiplicidad de factores causales (MacLean et al., 1999; Szatmari, 2003). Entre las teorías que se manejan en la actualidad, las de corte genético cobran cada día más fuerza y se sostienen desde un amplio soporte empírico (Andres, 2002; Cook, 2001; Konstantareas y Homotidis, 1999). Otras teorías señalan las alteraciones neuroquímicas y metabólicas como origen del trastorno (Cazzullo et al., 1999; McDougle, Kresch y Posey, 2000), o bien se argumenta sobre ciertas infecciones tempranas (Chen, Landau, Shan y Fombonne, 2004). Otras hipótesis relacionan, a diferentes niveles, los déficits cognitivos como causa fundamental del autismo (Baron-Cohen, 1998; Fisher y Happé, 2005; Rieffe, Terwogt y Stockmann, 2000). Al mismo tiempo, se indica que ciertas complicaciones perigestacionales pueden tener un papel muy notable en su etiología (Glasson et al., 2004; Matsuishi et al., 1999; López- Gómez, Rivas y Taboada,

en prensa; Stein, Weizman, Ring y Barak, 2006; Jull-Dam, Townsend y Courchesne, 2001; Wilkerson, Volpe, Dean y Titus, 2002; Zwaigenbaum et al., 2002).

Asimismo, la heterogeneidad que describe la sintomatología del trastorno ha dificultado las intervenciones propuestas para lograr un mejor desarrollo armónico de estos niños. Al mismo tiempo, desde la descripción realizada por Leo Kanner, en 1943, se han abordado múltiples planteamientos educativos y terapéuticos que, hasta el momento, no hacen más que dar cuenta de su complejidad y de la necesidad de una intervención psicoeducativa personalizada y ajustada a las necesidades y habilidades del niño.

En el presente artículo teórico (Montero y León, 2005) se describen las principales características que manifiestan los niños autistas en una de las áreas más afectadas, concretamente en la que se corresponde con las interacciones sociales y afectivas. Finalmente, se exponen una serie de líneas de trabajo que, desde la perspectiva psicopedagógica, se pueden utilizar para realizar las intervenciones que derivan del plan de trabajo frente a estas alteraciones.

### *1. Conducta social y afectiva*

Una de las características del autismo, y tal vez la más reseñada en la literatura especializada, es el fracaso en el desarrollo y el mantenimiento de vínculos sociales. Este fracaso se manifiesta, de manera genérica, a modo de aislamiento social o como conductas sociales inapropiadas (Tuchman, 2000). Este déficit es uno de los más profundos y generalizados del síndrome y se observa en un alto porcentaje de los sujetos autistas. Su importancia hace que algunos autores (Asociation International Autisme Europe [AIAE], 2000; Tanguay, Robertson y Derrick, 1998; Wing, 1988) apunten a

la conducta social y a la comunicación social como marcadores de la severidad de los síntomas del espectro autista. Por otro lado, los niños autistas no suelen establecer relaciones afectivas con sus padres ni cuidadores, no lo buscan tampoco. No llegan así a desarrollar mecanismos de interacción social análogos a los que se encuentran en el niño normal, pero, por norma general, prefieren estar solos, sea en casa o en el colegio e incluso separados del grupo en el patio de recreo. Manifiestan, en esencia, un comportamiento retraído frente a las personas, el entorno y hacia las actividades que se les propone (López-Gómez y García-Álvarez, 2007).

Los padres de estos niños suelen indicar, al respecto de su conducta social, que no están con los otros niños, sino que prefieren jugar solos. Son muy independientes y no se interesan por los juegos y juguetes como los demás, sino que se obsesionan por un juguete u objeto, con el que mantienen una relación de tipo simbiótica, repitiendo con él las mismas acciones, e irritándose cuando alguien cambia el ritual fijado (Caviness, 1994; Williams, Costal y Reddy, 1999). También, reparan sus padres, en que no muestran emociones como los demás niños, no sonríen, no miran al hablarle, no se interesan por los demás, no abrazan ni parecen necesitar ni esperar nada de los adultos y de los otros niños, sean o no familiares para ellos.

Ya desde la primera infancia, los pequeños autistas pueden evitar a las personas e incluso a sus padres, al intento de cogerlos o acariciarles, mostrando evitación en las conductas de acercamiento corporal, con ausencia de respuestas anticipatorias, y permaneciendo, contrariamente a lo esperado, rígidos y tensos, o volviéndose, por el contrario, flácidos cuando se les coge en brazos o se les acaricia. Esta ausencia

de respuestas al contacto con los demás suele mantenerse a medida que se hacen mayores, y en muy contadas situaciones buscan el consuelo, el amparo o la atención en otras personas. Aunque, en determinadas ocasiones, pueden interaccionar con los demás, sobre todo cuando necesitan algo, aunque esta interacción no es real, pues sólo utilizan a la persona para conseguir un determinado fin (Bauminger, Shulman y Agan, 2003). Otro aspecto característico de los autistas es la evitación de la mirada a la otra persona, y si lo hacen es a partir de breves miradas periféricas. Rasgo que también cristaliza en su incapacidad para establecer lazos de amistad y en una indiferencia con respecto a los sentimientos, las emociones y a las respuestas que ofrecen los demás (Downs y Smith, 2004).

En cuanto a las relaciones sociales que pueden llegar a establecer, suelen, la mayoría de las veces, ser escasas e inconstantes ya desde muy temprana edad. Manifiestan, como se ha indicado, muy contados intentos por hacer amigos o jugar con sus compañeros, además de evitar y limitar sus contactos con el grupo de pares, hecho que trasladan al plano familiar, en el que no generan vínculos de complicidad ni afecto con sus hermanos o vecinos. De tal manera, resulta evidente que sus relaciones están marcadas por las limitaciones y por respuestas escasas de contacto afectivo (Wimpory, Hobson, Williams y Nash, 2000), dato que ya apuntó Kanner (1943) en las primeras descripciones del trastorno. Las mínimas iniciativas o interacciones que establecen tienen un fin manipulativo y raramente afectivo, y carecen de naturalidad y reciprocidad (Williams, Costal y Reddy, 1999). Así pues, sólo usan sus relaciones con fines egocéntricos, para que les acerquen algo, esperando un refuerzo o recompensa, o bien utilizan al otro como un objeto, sin pretensiones de acercarse a

los demás, entender o compartir sus afectos o desarrollar una mínima relación. De modo que las claves básicas de la empatía están ausentes, junto con la incapacidad de reciprocidad para las relaciones sociales.

Con respecto a la conducta afectiva y emocional, de modo genérico, hace referencia a la manifestación de emociones de manera inapropiada según el contexto. Dentro de las expresiones emocionales o afectivas más frecuentes de los niños autistas se encuentran el descontrol y el cambio rápido en las emociones -labilidad emocional-, pasando de una intensa alegría a un estado de rabia y alteración sin razón aparente. La expresión de las emociones convencionales puede verse a su vez alterada, observándose autistas que lloran cuando se les elogia o ríen al ser castigados o cuando se les hace daño. Sucede lo mismo en cuanto a la emisión de respuestas de miedo. Puesto que pueden expresar un intenso pánico ante objetos o situaciones que se podrían considerar como carentes de esta emoción, como por ejemplo, una planta, un dibujo, un sonido, una comida determinada, un grifo abierto, etc., y, por el contrario, no mostrar miedo alguno ante una situación real de peligro, como subirse a un lugar alto, cruzar una carretera muy transitada de coches, y otros muchos ejemplos que se dan en su vida diaria.

Esta afectividad inadecuada se observa también en la falta de interés e iniciativa afectiva hacia los demás, traducándose en un estado de persistente aislamiento (AIAE, 2000). Lo mismo ocurre con la capacidad empática, que se encuentra muy poco desarrollada, por lo que no reconocen los afectos y las emociones de los que lo rodean, resultando indiferentes frente a lo que puedan sentir o mostrar otras personas (Hobson, 1995). Dicha dificultad está íntimamente relacionada con las alteraciones en el plano

simbólico, donde se observa un lenguaje superficial, que no atiende a los signos metalingüísticos implícitos en la prosodia (López Gómez y García-Álvarez, 2006; Sheinkopf, Mundy, Oller y Steffens, 2000). No comprenden así el plano figurativo, lo mismo que las abstracciones, las metáforas y las asociaciones propias del desarrollo funcional del lenguaje y de su capacidad pragmática e interactiva. Esto es, se observa una falta de reciprocidad social y emocional propia del desarrollo normal de la interacción social, con importantes déficits en el uso de la capacidad empática y de los múltiples comportamientos no verbales que regulan la interacción, como son el contacto ocular, la expresión facial, las posturas corporales y los gestos (Williams, Whiten, Sudenforf y Perret, 2001).

## 2. *La intervención a nivel social y afectivo*

El niño con trastorno autista tiene unas pautas de aprendizaje distintas a los demás niños, no obstante, responden bien a programas educativos que estén adaptados, estructurados y diseñados desde la evaluación de las propias capacidades y necesidades del niño (Harrower y Dunlap, 2001, VV.AA. 1989; 2004). Además, se debe considerar que las intervenciones a largo plazo, no aisladas ni limitadas a periodos breves de tiempo muestran resultados positivos muy superiores (Strain y Hoyson, 2000). De ello, se deduce que el proceso de enseñanza debe atender a la expresión y al modo de su aprendizaje. El proceso de intervención, por ello, no puede plantearse como algo aislado, deben así considerarse todas las manifestaciones que, a nivel social, comportamental y comunicativo, muestran (Reese, Richman, Belmont y Morse, 2005). Por este motivo, el programa de intervención diseñado no deberá sólo centrarse en las

necesidades psicoeducativas del alumno, mas deberá tener en cuenta el contexto educativo y social del que forma parte y en el que se desenvuelve. En este sentido, se entiende que la intervención debe ser, más que nunca, debido a la heterogénea sintomatología autística, individualizada y, por lo tanto, sin la transferencia de las formas, los procedimientos ni los contenidos de la intervención de un alumno a otro. Asimismo, el diagnóstico precoz permite la apertura hacia los programas de atención temprana, por ello, la primera infancia va a ser el momento adecuado para comenzar a trabajar con los distintos aprendizajes y poder, de una forma más eficaz, minimizar el impacto potencial de los síntomas en el desarrollo posterior del niño (Baranek, 1999; Cabanyes y García, 2004; López-Gómez y Cajal Cernuda, 2007). Al efecto, la aceptación por parte de la familia, tanto del diagnóstico como de la necesidad de la precocidad de la intervención, es uno de los problemas contra los que, de manera habitual, se debe luchar. Suelen encontrarse, a este respecto, reacciones de negación y de ocultamiento frente a la problemática del niño que, una vez superados, suponen el inicio de una relación de confianza y de colaboración entre la familia y el equipo de intervención. Este aspecto es crucial a la hora de poder generalizar los aprendizajes y los progresos del alumno a otros ámbitos ajenos al centro. También es decisivo para poder establecer las líneas de trabajo con la familia, así como para concretar, en función de la casuística propia del niño, el nivel de integración más adecuado para poder llevar a cabo la intervención. Desde la práctica diaria existen múltiples experiencias de diversas modalidades de escolarización combinada, esto es, la intervención en un centro específico paralelamente a la asistencia a un centro ordinario, que ofrece

mejores resultados que la integración total en un centro ordinario o la no integración. Esto se debe a que el aprendizaje entre iguales, véase modelado, ayuda a alcanzar objetivos más satisfactorios, a medio y largo plazo, en el desarrollo social del niño (Volkmar, Cook, Pomeroy, Realmuto y Tanguay 1999).

En concreto, la intervención en el área social debe ajustarse a un ambiente con claves que ayuden al niño a regular el tiempo y el espacio, con tres características esenciales (Rivière, 1998): estructuración, previsibilidad y coherencia, cuyo objeto será mostrar orden en su vida, además de forzar y favorecer las interacciones y las competencias sociales.

En cuanto a la *estructuración*, debe basarse en el ajuste riguroso de los materiales, los espacios y los tiempos a las intenciones educativas y sobre todo a las interacciones sociales resultantes de las mismas. En este sentido, la estructuración se describe por la disposición y ordenación de espacios y tiempos poco cambiantes, altamente estructurados, con los mínimos estímulos distractores, tanto personales como situacionales. Debe hacerse también extensivo al hogar y a los entornos cotidianos en los que se desenvuelve el niño.

La *previsibilidad*, se expresa por definir espacios, tiempos e interacciones personales predecibles para el alumno. La capacidad de reajuste y de cambio va a incidir negativamente en los aprendizajes de estos niños y, por lo tanto, el alumno debe ser capaz, a través de diversas claves procedentes del entorno y de las rutinas de trabajo, de predecir y de saber dónde debe estar, qué debe hacer, qué se espera de él, cómo actuar y qué actividad va a realizar después de terminar, en cada momento a lo largo de la jornada escolar. Pero, sobre todo, incide en el hecho de conocer, de manera



precisa, a las personas con las que va a interactuar.

Por último, la *coherencia*, hace referencia a la valoración de las necesidades y habilidades del alumno, integradas en de un plan curricular adaptado y ajustado de trabajo y por una actuación vertebrada en las actividades del centro y generalizables a otros contextos y situaciones de aprendizaje, sobre todo a las familiares, a las rutinas diarias y a los contactos con los demás. Esto es, las intervenciones serán siempre funcionales y pragmáticas para las distintas tareas y habilidades. La coherencia implica, a su vez, el ajuste de los aprendizajes fuera del centro educativo, o sea, la posibilidad de adaptar y transferir a otros entornos, sobre todo al familiar, los contenidos del proceso de enseñanza-aprendizaje, con el fin de producir una generalización de los mismos. Para ello, debe existir una exhaustiva coordinación con la familia del niño.

Las competencias sociales deben vincular las intenciones sociales a las acciones, en un nivel funcional, cuyo diseño busque la motivación hacia el aprendizaje por medio de reacciones optimizadoras. Se trata, pues, de asignar sentido a las propias acciones, sobre todo en el contacto social, tal y como señala Rivière (1998). Para adaptarse a este objetivo, y siguiendo a Martos (2001), será necesario adaptarse a la heterogeneidad de niños ubicados a lo largo del espectro autista, utilizando un planteamiento pragmático y funcional. De tal manera que para los niños con un funcionamiento más bajo se utilizará una metodología más individualizada y directiva. Frente a ellos, para los niños con un funcionamiento más alto y, por lo tanto, con una sintomatología menos acentuada, se recurrirá a programas de acción autónoma y con una menor direccionalidad, pero un mayor nivel de exigencia. Una premisa básica, en este apartado, hace referencia

a la necesidad de comenzar el proceso de enseñanza-aprendizaje con actividades y tareas altamente motivantes para el niño, incluso, cercanas a sus rituales y estereotipias, que se utilizarán para mantener y dirigir su motivación y capacidad atencional. De manera paulatina, estas actividades deben dejar paso, una vez el niño se sienta cómodo y atraído hacia las propuestas de trabajo, a otras actividades y contenidos más estructurados y en la línea de los objetivos planteados.

Los objetivos específicos de la intervención social estarán planteados desde el nivel de desarrollo del niño, considerando la funcionalidad y la significatividad de las tareas, dentro del plan global de intervención psicoeducativa. Entre ellos, destacan:

- Enseñar las reglas básicas de conducta en la interacción social.
- Utilizar rutinas en sus contactos e interacciones sociales.
- Comprender las claves socio-emocionales que muestran las personas.
- Entrenar las respuestas ante el cambio y frente a la presencia de extraños.
- Potenciar las estrategias de cooperación social espontánea y la interacción con los compañeros.
- Entrenar los juegos de interacción y de roles y sus reglas.
- Comprender y usar, de manera funcional, las reglas sociales.
- Fomentar el acto de solicitar y de ofrecer ayuda a sus compañeros, padres y educadores.
- Diseñar tareas de distinción entre representación simbólica y realidad, elaboradas específicamente para el desarrollo del contacto social.
- Enseñar las vías de acceso al conocimiento

- con información visual y oral.
- Adoptar el punto de vista de otra persona.
  - Usar estrategias instrumentales de valor social.
  - Conocer el valor social y personal de las expresiones emocionales y afectivas.

Como instrumentos y procedimientos básicos de enseñanza de las habilidades socio-afectivas se pueden utilizar, de entre los muchos existentes, los siguientes:

a) *Agendas personales*. En ellas se registra, mediante pictogramas, claves, viñetas, gráficos, escritos, etc., secuencias diarias de actividades y el resumen de los sucesos relevantes de cada día. Con ello, se facilita la comprensión, la anticipación y el orden de las situaciones, favoreciendo su motivación y prevención para el aprendizaje, con el objetivo de llegar a planificar sus actividades en función de sus gustos y necesidades, dando así sentido a las interacciones, las experiencias y las acciones. Su revisión, al final del día o en su conjunto dentro del plan semanal, también tiene efectos positivos, ya que favorecen el orden, tranquilizan y consolidan, con respuestas motivadoras, las nuevas adquisiciones. El éxito del uso de estas agendas es que facilitan la anticipación y la comprensión de las situaciones, incluso a niños con autismo de un nivel cognitivo relativamente bajo, y con los que se deben usar viñetas visuales, como claves principales para la organización del tiempo. Por lo tanto, las agendas tienen efectos positivos en la tranquilidad y el bienestar de los niños con autismo, además de favorecer su motivación para el aprendizaje y contribuir a dar orden a su mundo.

b) *Pictogramas para la realización y seguimiento de tareas y acontecimientos sociales*. Se trata de representar los pasos o secuencias que conforman una determinada acción, señalando su meta y las actuaciones necesarias para lograrla. La representación será mediante fotografías, dibujos, esquemas o guiones que expresan la secuencia, y acercan vínculos entre los significados, las acciones o las situaciones que representan, dando orden y sentido a sus actos. La introducción en el entorno, no sólo escolar, sino también en el familiar, de algunos elementos visuales (miniaturas, fotografías, dibujos, símbolos, y demás.) va a permitir a la persona con autismo una mejor comprensión del mismo, así como facilitar sus aprendizajes, sobre todo, al conocer previamente las acciones y las personas con las que va a interactuar. Por lo tanto, el uso de pictogramas sencillos, en la presentación de actividades de su vida diaria o en los pasos que componen dichas actividades, va a facilitar enormemente la comprensión y la colaboración de la persona con autismo ante dichas actividades.

En el caso de que el niño realice correctamente esa asociación gráfico-referente, se podrán utilizar además los horarios gráficos y las agendas gráficas. Estos dos instrumentos tienen como principal objetivo facilitar la anticipación de lo que va a ocurrir. Permiten, al mismo tiempo, introducir en las actividades diarias pequeños cambios, sin que ello produzca desorientación en el chico con autismo. Asimismo, darán la posibilidad de ofrecerle diversas alternativas para que elija la que más le apetezca, favoreciendo así la toma de



sus propias decisiones.

- c) *El juego*. El aprendizaje del juego cooperativo, lúdico o de roles, basado en el uso de modelos y de pares a través del contacto social, ayuda a expresar secuencias mecánicas y reglas. Su principal finalidad es la paulatina interacción social espontánea, por lo que debe realizarse en un ambiente estructurado, natural y con un alto grado de funcionalidad y pragmatismo y siempre bajo la supervisión del tutor del niño. Pueden a su vez, servir de modelo para la adquisición y la puesta en marcha de distintas habilidades funcionales, tanto a nivel social como afectivo e, incluso, comunicativo.

### Referencias

- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision), DSM-IV-TR. Washington: Author (Trad. Cast. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta Edición-Texto Revisado. Barcelona: Massón.
- Andres, C. (2002). Molecular genetics and animal models in autistic disorders. *Brain Research Bulletin*, 57, 109-119.
- Artigas, J. (2000). Aspectos neurocognitivos del síndrome de Asperger. *Revista de Neurología Clínica*, 1, 34-44.
- Artigas, J. (2001). Las fronteras del autismo. *Revista de Neurología Clínica*, 2, 211-224.
- Asociation International Autisme Europe (AIAE) (2000). Description de l'Autisme, document prepare sous les auspices do Conseil d'Administration d'Autisme Europe. Bruselas: AIAE.
- Baranek, G. T. (1999). Autism during infancy: A retrospective video análisis of sensory-motor and social behaviors at 9-12 months of age. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 213-224.
- Baron-Cohen, S. (1998). Does the study justify minimalist innate modularity? *Learnig and Individual Differences*, 10, 179-191.
- Bauminger, N., Shulman, C. y Agam, G. (2003). Peer interaction and loneliness in high-functioning children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 489-507.
- Cabanyes, J. y García, D. (2004). Identificación y diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista. *Neurología*, 39, 81-90.
- Caviness, V.S. (1994). Síndromes neurocutáneos y otros trastornos del desarrollo embrionario del sistema nervioso central. En AA.VV, *Principios de Medicina Interna de Harrison*, Vol. II (13ª Ed.), (pp. 2695-2701). Madrid: Interamericana-McGraw-Hill.
- Cazzullo, A.G., Musetti, M.C., Musetti, L., Bajo, S., Sacerdote, P. y Perenai, A. (1999). Beta-Endorphin levels in peripheral blood mononuclear cells and long-term naltrexone treatment in autistic children. *European Neuropsychopharmacology*, 9, 361-366.
- Chen, W., Landau, S., Sham, P. y Fombonne, E. (2004). No evidence for links between autism, MMR and measles virus. *Psychological Medicine*, 24, 543-553
- Cook, E.H. (2001). Genetics of autism. *Child and Adolescents Psychiatric Clinics of North America*, 10, 333-350.
- Dowms, A. y Smith, T. (2004). Emotional understanding, cooperation, and social behaviour in high-functioning children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 625-635.
- Etchepareborda, M.C. (2001). Perfiles neurocognitivos del espectro autista. *Revista de Neurología Clínica*, 2, 175-192.
- Ferrando, M.T., Martos, J., Llorente, M., Freire, S., Ayuda, R., Martínez, C. y González, A. (2002). Espectro autista. Estudio epidemiológico y análisis de posibles subgrupos. *Revista de Neurología*, 34, 49-53.
- Fisher, N. y Happé, F. (2005). A training study of theory of mind and executive function in children with autistics spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 757-771.

- Glasson, E.J., Bower, C., Petterson, B., Klerk, N., Chaney, G. y Hallmayer, J.F. (2004). Perinatal factors and the development of autism: a population study. *Archives of General Psychiatry*, 61, 618-627.
- Harrower, J.K. y Dunlap, G. (2001). Including children with autism in general education classroom: A review of effective strategies. *Behavior Modification*, 25, 762-784.
- Hobson, R.F. (1995). *El autismo y el desarrollo de la mente*. Madrid: Alianza.
- Jull-Dam, N. Townsend, J. y Courchesne, E. (2001). Prenatal, perinatal, and neonatal factors in autism, pervasive developmental disorder-not otherwise specified, and the general population. *Pediatrics*, 107, 63-68.
- Kanner, L. (1943). *Autistic disturbances of affective contact*. *Nervous Child*, 2, 217-250 (Reeditado por L. Kanner. (1983). *Childhood psychosis: Initial Studies and New Insights*. New York: Wiley.
- Konstantareas, M.M. y Homatidis, S. (1999). Chromosomal abnormalities in a series of children with autistic disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 275-285.
- López Gómez, S. y Cajal Cernuda, C.J. (2007). Curso y pronóstico del trastorno autista. *Pensamiento Psicológico*, 8, 19-29.
- López Gómez, S. y García Álvarez, C. (2006). A liguaxe no trastorno autista: Descripción e Intervención. *Revista Galega do Ensino*, 48, 196-208.
- López Gómez, S. y García Álvarez, C. (2007). Patrones comportamentales en el trastorno autista: descripción e intervención psicoeducativa. *Psicología Educativa*, 2, 117-131.
- López Gómez, S., Rivas Torres, R.M., y Taboada Ares, E.M. (en prensa). Detección de los riesgos maternos perinatales en los trastornos generalizados del desarrollo. *Salud Mental*.
- MacLean, J. E., Szatmari, P., Jones, M. B., Bryson, S. E., Mahoney, W. J., Bartolucci, G. y Tuff, L. (1999). Familial factors influence level of functioning in pervasive developmental disorders. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 746-753.
- Martos, J. (2001). La intervención educativa desde las posiciones explicativas neuropsicológicas en el autismo. *Revista de Neurología Clínica*, 2, 203-210.
- Matsuishi, T., Yamashita, Y., Ohtani, Y., Ornitz, E., Kuriya, N., Murakami, Y., Fukuda, S. Hashimoto, T. y Yamashita, F. (1999). Brief report: Incidence of and the risk factors for autistic disorders in neonatal intensive care unit survivors. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 161-166.
- McDougle, C.J., Kresch, L.E. y Posey, D.J. (2000). Repetitive thoughts and behavior in pervasive developmental disorders: Treatment with serotonin reuptake inhibitors. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 427-435.
- Montero, I. y León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 477-487.
- Reese, R. M., Richman, D. M., Belmont, J. M. y Morse, P. (2005). Functional characteristics of disruptive behaviour in developmentally with and without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 419-428.
- Rieffe, C., Terwogt, M.M. y Stockmann, L. (2000). Understanding atypical emotions among children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 195-203.
- Rivière A. (1998). Tratamiento y definición del espectro autista, I: Relaciones sociales y comunicación. En A. Rivière y J. Martos (Eds.), *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas* (pp. 61-106). Madrid: Imsero-APNA.
- Rivière, A. (1982). Principios de definición y tratamiento del autismo infantil. *Boletín del Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías*, 5, 7-18.
- Rivière, A. (1998b). Tratamiento y definición del espectro autista II. Anticipación, flexibilidad y capacidades simbólicas. En

- A. Rivière y J. Martos (Eds.), *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas* (pp. 107-160). Madrid: Imserso-APNA.
- Rodríguez, A. C. y Rodríguez, M. A. (2002). Diagnóstico clínico del autismo. *Revista de Neurología*, 34, 72-77.
- Sheinkopf, S. J., Mundy, P., Oller, D. K. y Steffens, M. (2000). Vocal atypicalities of preverbal autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 345-354.
- Stein, D., Weixman, A., Ring, A. y Barak, Y. (2006). Obstetric complications in individuals diagnosed with autism and in healthy controls. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 69-75.
- Strain, P.S. y Hoyson, M. (2000). The need for longitudinal, intensive social skill intervention: LEAP follow-up outcomes for children with autism. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20, 116-122.
- Szatmari, P. (2003). The causes of autism spectrum (editorial). *British Medical Journal*, 326, 173-174.
- Tanguay, P.E., Robertson, J. y Derrick, A. (1998). A dimensional classification of autism spectrum disorder by social communication domains. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 271-277.
- Tsai, L. (1992). Is Rett syndrome a subtype of pervasive developmental disorder?. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22, 551-561.
- Tuchman, R. (1991). Autism: delineating the spectrum. *International Pediatrics*, 6, 161-166.
- Tuchman, R. (2000). Cómo construir un cerebro social: lo que nos enseña el autismo. *Revista de Neurología Clínica*, 1, 20-33.
- Volkmar, F. (1992). Childhood Disintegrative Disorder: Issues for DSM-IV. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22, 625-642.
- Volkmar, F., Cook, J. E., Pomeroy, J., Realmuto, G. y Tanguay, P. (1999). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with autism and other pervasive developmental disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 32-54.
- Volkmar, F., Klin, A., Marans, W. y Cohen, D. (1997). Childhood Disintegrative Disorder. En D. Cohen y F. Volkmar (Eds.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders* (pp. 60-93). New York: Wiley.
- VV.AA. (1989). *Intervención educativa en autismo infantil*. Madrid. Centro Nacional de Recursos para la Educación Especial. Madrid, Ministerio de Educación y Ciencia.
- VV.AA. (2004). *Children with autism. Strategies for accessing the curriculum history*. U.K. North West SEN Regional Partnership. Recuperado el 15 de mayo de 2004 de: <http://www.sen-northwest.org.uk>.
- Wilkerson, D.S., Volpe, A.G., Dean, R.S. y Titus, J.B. (2002). Perinatal complications as predictors of infantile autism. *The International Journal of Neuroscience*, 112, 1085-1098.
- Williams, E., Costal, A. y Reddy, V. (1999). Children with autism experience problems with both objects and people. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 367-378.
- Williams, J. H. G., Whiten, A., Sudenforf, T. y Perrett, D. I. (2001). Imitation, mirror neurons and autism. *Neuroscience And Biobehavioral Reviews*, 25 (4), 287-295.
- Wimpoy, D.C., Hobson, R.P., Williams, J.M.G. y Nash, S. (2000). Are infants with autism socially engaged? A study of recent retrospective parental reports. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 525-536.
- Wing, L. (1988). *Autismo infantil: aspectos médicos y educativos*. Madrid: Santillana.
- Zwaigenbaum, L., Szatmari, P., Jones, M.B., Bryson, S.E., Maclean, J.E., Mahoney, W.J., Bartolucci, G. y Tuff, L. (2002). Pregnancy and birth in autism and liability to the broader autism phenotype. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 572-579.