

# ***EL TRASTORNO AUTISTA: UN ANÁLISIS DE LOS ASPECTOS ASOCIADOS (I)***

***García-Fuentes de la Fuente, C.D.***

***Iglesias Cortizas, M.J.***

***Jiménez Pariente, L***

***Mendiri Ruíz de Alda, P.***

*Universidad de La Coruña.*

## **ABSTRACT:**

A través de esta comunicación pretendemos resumir de la manera más clara posible nuestro propio estudio del trastorno autista enmarcado dentro de los trastornos generalizados del desarrollo. Esto, a su vez, nos servirá de introducción para una investigación que sobre diferentes patologías y trastornos del lenguaje estamos llevando a cabo. Además, queremos transmitir una serie de aspectos asociados al autismo reflejados en 37 sujetos que asisten a centros específicos de ASPA-NAES (Asociación de Pais de Persoas Autistas e Psicóticas da Provincia da Coruña) de Castelo-Culleredo, Ferrol, Santiago, y As Pontes. Describimos aspectos tales como, prevalencia, sexo, patrón familiar, clase social, funcionamiento intelectual, epilepsia y sistema sensorio-perceptivo.

## **1. INTRODUCCIÓN.**

En 1911, E. Beuler introdujo por primera vez el término “autismo” en psiquiatría con el fin de designar, en los enfermos esquizofrénicos adultos, la pérdida de contacto con la realidad que tiene como consecuencia una gran dificultad para comunicarse con el otro y el hecho de que la vida interior adquiere una predominancia mórbida en detrimento de la relación con la realidad. Más tarde otros autores consideraron el autismo como un síntoma importante, aunque no específico, de la esquizofrenia infantil.

Fue en 1943 cuando el psiquiatra L. Kanner describió bajo el término de autismo infantil precoz, un cuadro diferente de la esquizofrenia infantil, que se caracterizaba por la incapacidad del niño, desde su nacimiento, de establecer contactos afectivos con su entorno.

Más tarde se agruparon bajo el término genérico de psicosis infantiles precoces otras afecciones cercanas al autismo descrito por Kanner, las cuales también comienzan durante los dos primeros años de vida y se caracterizan por un trastorno profundo del contacto con el mundo exterior.

Así, M. Mahler describió la psicosis simbiótica que se diferencia clínicamente por conllevar una angustia masiva de aniquilación como respuesta a las experiencias de separación habituales como el comienzo de la escolaridad o una hospitalización. Comienza por la aparición de una brusca desorganización de la personalidad, que conlleva la pérdida de ciertas funciones, el deterioro del lenguaje y la aparición de síntomas psicóticos. Más tarde, Mahler reconoció la existencia de combinaciones y de formas posibles de paso entre las organizaciones autista y simbiótica.

El psicoanalista inglés Tustin, en 1977, propuso clasificar el autismo en tres grupos : A) el autismo primario anormal caracterizado por la no existencia en el bebé de una verdadera diferenciación entre su cuerpo y el de su madre, ni una verdadera delimitación de la superficie corporal ; B) autismo secundario “con caparazón”, en el que se crea una verdadera barrera autística que forma un caparazón permaneciendo el cuerpo del niño rígido, insensible y huidizo del contacto físico correspondiendo al autismo de Kanner ; C) autismo secundario regresivo, que abarca la esquizofrenia infantil y que se caracteriza por, después de un desarrollo aparentemente normal, manifestaciones regresivas, acompañadas de un retiro a la vida fantásmica, bastante rica, centrada en las sensaciones corporales.

Mauk (1993) resume la historia del autismo a partir de la introducción del término por Kanner estableciendo tres períodos :

- Entre 1950-1960 se consideró que las anormalidades en la interacción social eran consecuencia de tener padres “fríos y distantes”, es decir, se les atribuía un potencial normal pero se suponía una supresión emocional, lo que condujo a tratamientos como psicoterapia individual e intensiva y separación de los padres. Con este tratamiento inadecuado no se abordaban de manera directa los graves déficit de comunicación y cognoscitivos frecuentes en ellos.
- Durante los decenios 1970-1980, se comunicó como el dato más característico del autismo la comunicación trastornada.
- Actualmente, existen pruebas crecientes de que las anormalidades del lenguaje, conductuales y del desarrollo que constituyen el autismo y el trastorno penetrante del desarrollo no especificado de otra manera, son las expresiones observables de un trastorno cerebral de múltiples causas. Los datos diagnósticos individuales pueden ser más o menos notorios en cada niño afectado.

## **2. ETIOLOGÍA DEL TRASTORNO AUTISTA : DE UNA PERSPECTIVA PSICOGÉNICA A UNA PERSPECTIVA ORGÁNICA.**

Ya en los años 20 se desarrollaron teorías sobre las causas paternas y maternas de la enfermedad mental, como por ejemplo la teoría de Fromm-Reichmann sobre madres esquizofrenógenas y la teoría de Dewy sobre madres sobreprotectoras (Coleman y Gillberg, 1989). Kanner, al igual que muchos otros profesionales de la salud, se interesó en el conflicto. Describió a los padres de los niños autistas como perfeccionistas, obsesivos, faltos de humor, que utilizaban normas establecidas como sustituto del placer de vivir. Incluso manifestó <<que los niños con autismo infantil temprano eran descendientes de padres organizados y profesionales, fríos y racionales que, por casualidad, llegaron a descongelarse el tiempo suficiente como para producir un hijo>>. Ésta era su versión sobre los padres de tipo “frigorífico”.

Kanner criticó la ceguera de sus colegas que buscaban causas fisiológicas para el autismo en lugar de observar la conducta de los padres considerando que la única esperanza para los niños autista era separarlos del hogar y confiarlos a madres adoptivas. Como señala Marchena González (1992) Kanner suscitó la controversia <<naturaleza o crianza> pero posteriores investigaciones comprobaron que esto no era cierto y se llegó a la conclusión de que sus resultados fueron debidos a que la muestra estaba sesgada por la procedencia social de sus pacientes.

Por otra parte, existían teorías que no consideraban como único factor etiológico una educación deficiente sino que se pensaba que los niños autistas eran biológicamente deficientes y se creía que los padres no proporcionaban un apoyo emocional suficiente al niño vulnerable.

Actualmente, se asume la explicación orgánica como la más razonable, es decir, se defiende su origen biogénico, por las siguientes razones (Marchena González, 1992) :

- El hecho de que el Autismo tenga una aparición temprana apunta a un problema orgánico.
- Existen evidencias de disfunción neurológica tales como : C.I. inferior al promedio normal en la mayoría de los casos ; irregularidades en estudios electroencefálicos ; mayor incidencia de la epilepsia en niños autistas que en niños normales, sobre todo en los adolescentes o adultos jóvenes ; complicaciones perinatales, por ejemplo con la rubeola que origina anomalías congénitas por afectación del Sistema Nervioso Central ;

### **3. DESCRIPCIÓN DEL AUTISMO : L. KANNER Y DSM-IV.**

Desde que Kanner, en 1943, sintetizara una serie de rasgos de los niños autistas, muchos son los que los han utilizado para diagnosticar niños con serios problemas de comunicación. A partir de 1995, los pediatras se sirven del DSM-IV para su diagnóstico, más preciso y detallado.

Como hemos señalado Kanner, en su artículo *Autistic Disturbance of Affective Contact*, describió el autismo infantil precoz con los siguientes signos característicos :

- comienzo precoz de los trastornos, generalmente en los dos primeros años de vida.
- aislamiento extremo : la actitud del niño llama la atención por su indiferencia y su desinterés total en relación tanto con las personas como con los objetos que lo rodean. Incluye : fallo para desarrollar relaciones normales con los padres, durante la infancia, ausencia de respuesta general a la gente, fallos en la interacción con los iguales, fallo en el conocimiento de la presencia o ausencia de los padres o de otros (García Sánchez, 1992).
- necesidad de inmutabilidad : necesita mantener estable su ambiente natural. Responden con gran alteración cuando se modifica : las rutinas cotidianas, ordenación de muebles u objetos, respuestas verbales exactas, objetos rotos o incompletos.
- estereotipos gestuales : son gestos repetidos incansablemente, entre los cuales algunos llaman la atención por su extrañeza (mover los dedos frente al rostro, caminar sobre las puntas de los pies de forma mecánica, dar vueltas sobre sí mismos, balancearse hacia delante y hacia atrás).
- los trastornos del lenguaje son constantes : el niño no posee lenguaje o emite una jerga que tiene la melodía del lenguaje sin tener la significación o, por último, el niño posee lenguaje pero con poco valor comunicativo, marcado por la ecolalia (repetición en eco de palabras o frases pronunciadas por el otro), la incapacidad de utilizar los pronombres personales (utilización del “tú” en lugar del “yo”) y la deformación de las palabras inventando neologismos.
- Desarrollo físico normal : apariencia normal y buenas habilidades motoras finas.

Kanner insistía sobre la llamativa memoria de algunos de estos niños y su aspecto inteligente, lo cual permite diferenciarlos de los estados de retraso mental descritos por los psiquiatras clásicos como por ejemplo Esquirol.

El DSM-IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, incluye el trastorno autista dentro de los trastornos generalizados del desarrollo que se caracterizan por una perturbación

grave y generalizada de varias áreas del desarrollo tales como : habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Dentro de estos trastornos se incluyen además, el trastorno de Rett, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Éstos se suelen poner de manifiesto durante los primeros años de vida y generalmente se asocian a algún grado de retraso mental y a veces se observan en otras enfermedades médicas como por ejemplo, infecciones congénitas, anomalías cromosómicas, anomalías del sistema nervioso central, etc.

El DSM-IV establece una serie de criterios para el diagnóstico del autismo que vamos a numerar a continuación :

- Un total de 6 (o más) ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y de (3) :

Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características :

- importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son el contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social
- incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo
- ausencia de la tendencia espontánea para combatir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p.e., no mostrar, traer o señalar objetos de interés)
- falta de reciprocidad social o emocional
- alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características :
- retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica)
- en sujetos con habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros
- utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico
- ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo
- patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características :

(a) preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo

- adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
- manierismos motores estereotipados y repetitivos (p.e., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
- preocupación persistente por partes de objetos.
- Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los tres años de edad : (1) interacción social, (2) lenguaje utilizado en la comunicación social o (3) juego simbólico o imaginativo.
- El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o por un trastorno desintegrativo infantil.

#### 4. OTROS TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO (T.G.D.).

Nos parece interesante reflejar el resto de los llamados trastornos generalizados del desarrollo puesto que en nuestro estudio podemos encontrar sujetos que los padezcan, aunque sean menos frecuentes que el trastorno autista.

El *trastorno de Rett* se caracteriza principalmente por el desarrollo de múltiples déficit específicos tras un período de funcionamiento normal después del nacimiento. Existe un período prenatal y perinatal aparentemente normal con un desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los cinco primeros meses de vida. Entre los 5 y 30 meses de edad se produce una pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas, con el subsiguiente desarrollo de unos movimientos manuales estereotipados característicos, que semejan escribir o lavarse las manos. En los primeros años posteriores al inicio del trastorno se disminuye el interés por el ambiente social, aunque la interacción social se desarrolla a menudo posteriormente. Se establecen alteraciones de la coordinación de la marcha y de los movimientos del tronco. También existe una alteración grave del desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo, con retraso psicomotor grave.

Este trastorno está asociado a retraso mental grave o profundo, es mucho menos frecuente que el trastorno autista y sólo ha sido diagnosticado en mujeres.

El *trastorno de Asperger* parece tener un inicio algo posterior al del trastorno autista. Durante el período preescolar aparece un retraso motor o torpeza motora y es en el contexto de la vida escolar cuando pueden ponerse de manifiesto las deficiencias en la interacción social. Ésta se ve acompañada de patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas y repetitivas, que puede dar lugar a un significativo deterioro social o laboral. A diferencia del trastorno autista, no existen retrasos del lenguaje (p.e., se utilizan palabras simples a los dos años de edad y frases comunicativas a los tres años de edad). Tampoco existen retrasos significativos del desarrollo cognoscitivo, ni en el desarrollo de habilidades de autoayuda, comportamiento adaptativo y curiosidad acerca del ambiente.

El *trastorno desintegrativo infantil* se caracteriza por un desarrollo aparentemente normal durante un período de por lo menos dos años después del nacimiento, seguido de una pérdida significativa de habilidades adquiridas anteriormente por lo menos en dos de las siguientes áreas: lenguaje expresivo o receptivo, habilidades sociales o comportamiento adaptativo, control vesical o intestinal, juego y habilidades motoras. Existen alteraciones de al menos dos de las siguientes áreas: interacción social (p.e., incapacidad para desarrollar relaciones con los compañeros); comunicación (p.e., retraso o ausencia del lenguaje hablado), y patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados. Se suele asociar a retraso mental grave.

Se distingue del autismo en que debe haber un período de por lo menos dos años de desarrollo normal (generalmente, en los niños autistas se observan las alteraciones del desarrollo durante el primer año de vida). A diferencia del Trastorno de Asperger, se caracteriza por una pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas y una mayor probabilidad de Retraso mental (en el Trastorno de Asperger no hay retraso del desarrollo del lenguaje ni una pérdida significativa de habilidades evolutivas).

El *trastorno generalizado del desarrollo no especificado*, trata de una alteración grave y generalizada del desarrollo de la interacción social recíproca o de las habilidades de comunicación no verbal, pero no se cumplen los criterios de los trastornos anteriores. Esta categoría incluye, por ejemplo, el "autismo atípico" referido a los casos que no cumplen los criterios de trastorno autista por una edad de inicio posterior, una sintomatología atípica o una sintomatología subliminal.

## **5. ASPECTOS ASOCIADOS AL TRASTORNO AUTISTA : SU ESTUDIO EN UNA MUESTRA DE SUJETOS ESCOLARIZADOS EN CENTROS ESPECÍFICOS DE ASPANAES DE CASTELO-CULLEREDO, FERROL, SANTIAGO Y AS PONTES.**

A continuación vamos a exponer una serie de aspectos relacionados con el autismo, la mayoría de los cuales han sido estudiados en el grupo de 70 sujetos (52 varones y 18 mujeres) de edades comprendidas entre 2 y 20 años (edad media= 15 años) de los centros arriba mencionados. Esta información nos fue facilitada por los especialistas encargados de estos niños en cada centro.

### Prevalencia :

Los estudios epidemiológicos sugieren unas tasas de trastorno autista de 2-5 casos por cada 10.000 individuos. En este apartado podríamos señalar, dentro de los trastornos generalizados del desarrollo que el 51.4 % (28 varones y 9 mujeres) de los sujetos estudiados es diagnosticado como autista; el 6.9 % (4 varones y 1 mujer) presenta el trast. de Asperger; 3 niñas tienen el trast. de Rett; y un 12.5 % (6 varones y 3 mujeres) presenta un t.g.d. no especificado. Por otra parte, un 12.5 % (8 varones y una mujer) tiene rasgos psicóticos y un 5.6 % (4 varones), trastorno grave de la personalidad. Los datos que señalaremos a continuación corresponderán a los de los niños autistas, objeto de este estudio.

### Sexo :

El trastorno se presenta en los varones con una frecuencia de 4-5 veces mayor que en las mujeres. Como hemos señalado anteriormente, de los sujetos que presentan autismo, 28 son varones y 9 son mujeres.

### Patrón familiar :

Antes se pensaba que la mayoría de los hijos autistas eran primogénitos aunque existen varios estudios que no lo han apoyado. Además, se piensa que si esto resultara cierto en algún estudio, se podría dar la explicación de que los handicaps de los niños podrían hacer que los padres se abstuviesen de intentar tener más hijos, tal como han afirmado muchos padres (Coleman y Gillberg, 1989).

Se ha comprobado que existe un riesgo significativo de trastorno autista en los hermanos de sujetos afectados de dicho trastorno. Aproximadamente el 2% de los hermanos de niños autistas están afectados de autismo infantil, una tasa 50 veces mayor que en la población general. Sobre este aspecto concreto no nos han facilitado datos.

### Clase social :

Uno de los mitos que apoya el autismo como causado por factores ambientales es que los niños autistas provengan de clases sociales altas aunque posteriores investigaciones han demostrado que el autismo está distribuido prácticamente por igual en todos los estratos sociales, es decir, el autismo no está asociado a la clase social. En este grupo, existe un 47.2 % que pertenece a un nivel socioeconómico medio, siendo el más numeroso.

### Funcionamiento intelectual :

Los niños autistas pueden tener un funcionamiento intelectual profundamente retrasado o bien por encima de lo normal : aproximadamente el 50% son retrasados moderados, graves o profundos (con un C.I. inferior a 50) ; el 25% son retrasados leves y otro 25% suelen tener un C.I. de 70 ó superior.

Suelen mostrar un rendimiento intelectual muy desigual. Las puntuaciones inferiores las obtienen en el desarrollo del lenguaje y tareas verbales. Los niños retrasados más graves pueden llegar a ser incapaces de realizar un test, sobre todo en los apartados que requieren capacidad verbal. Los más dotados verbalmente son más capaces en las tareas concretas y menos en las que requieren generalizaciones, pensamiento abstracto, sucesos secuenciales o simbolización.

Según Rapin (1994), un déficit prominente en niños autistas inteligentes es la incapacidad de imaginar lo que una persona está pensando y experimentando, y cómo su propio comportamiento podría ser percibido por otras personas. A este déficit se le llama frecuentemente “teoría de la mente” (Ozonoff y otros, 1991) que aún no se sabe si proporciona una explicación satisfactoria de las deficientes capacidades sociales de los niños autistas. Sí que son significativos los déficits de la flexibilidad cognitiva, las funciones ejecutivas, el juicio y sentido común.

Algunos niños autistas presentan capacidades motoras o cognitivas raras o precoces. Éstas pueden producirse a pesar de un funcionamiento intelectual retrasado y se conocen como funciones discrepantes o *islotos de precocidad*. Los ejemplos más notables son los idiotas-sabios con capacidades de memoria o cálculo asombrosas. En estos casos, las capacidades específicas suelen estar por encima de las de los compañeros normales. Otras capacidades precoces de los niños autistas pequeños son la temprana capacidad para leer con notable fluidez (aunque sin comprender lo que leen), para memorizar y recitar, o las capacidades musicales, cantando melodías o reconociendo diferentes piezas de música, lo que produce según Rapin (1994) genios de la música y artistas, calculadores de calendarios, memoristas y adivinadores de acertijos que pueden llegar a coexistir con una incompetencia mental total.

A veces se atribuye un diagnóstico de trastorno autista a sujetos con retraso mental grave o profundo. Se diagnosticará autismo a aquellos casos en que existan déficit cualitativos de las habilidades sociales y comunicativas, así como las características comportamentales específicas del trastorno autista.

Otro de los aspectos considerados ha sido la existencia en estos sujetos de deficiencia mental (DM), y comprobamos que el 13.51 % son deficientes mentales moderados, el 62.16 % tienen una D.M. severa, y, por último, el 24.32 % presenta una deficiencia mental profunda. Como se puede observar, la mayoría tiene una deficiencia mental de moderada a profunda. La media del C.I. estaría en 30.03.

En cuanto a los islotos de capacidad, un 79.2 % no presenta ninguno, aunque existe un 9.7 % de sujetos que tiene una capacidad visoespacial más elevada en comparación con su nivel de inteligencia.

### Epilepsia :

Alrededor del 25% de los niños con autismo presenta crisis convulsivas que tienen más probabilidades de aparecer durante la adolescencia, aunque por lo general se controlan bien con anti-epilépticos. Este fue uno de los argumentos que iban en contra de la hipótesis psicogenética del autismo (Rutter, 1970 ; DeMyer y otros, 1973). Las personas autistas con deficiencia mental y déficit motor corren un riesgo particularmente alto de epilepsia.

En los sujetos autistas, el 81.08 % (30) no presenta crisis epilépticas, mientras que un 18.91 % sí. Esto puede ser debido a que la epilepsia se presenta sobre todo en la adolescencia y aproximadamente la mitad de estos niños (la media de edad es de 14. 51 años) se encuentra en un período anterior y aún puede existir la posibilidad de que la padezcan más adelante.

#### Sistema sensorio-perceptual :

Con frecuencia, los niños autistas presentan anomalías significativas en respuesta a una variedad de estímulos sensoriales, que reflejan déficits perceptuales más que sensoriales primarios. Aunque, por supuesto, existen niños autistas sordos y autistas ciegos. Las anomalías pueden ser secundarias a los defectos de atención, cognitivos o de motivación.

Por lo general, los niños autistas emplean mejor la modalidad visual que la auditiva, lo que les permite aprender el lenguaje a través de la vista cuando no pueden hacerlo por medio del oído. Algunas personas autistas tienen déficit específicos de percepción visual, por ejemplo agnosia para caras o para gestos y expresiones faciales de la comunicación no verbal (Rapin, 1994).

Muchos niños autistas responden tan pobremente al sonido que pueden sugerir la existencia de un deterioro auditivo. Sin embargo, como muchos otros niños pueden ser intolerantes a los sonidos fuertes y taparse los oídos para apaciguarlos. También pueden hacer lo mismo cuando se les habla : no está claro si a causa del sonido en sí o por la incapacidad de manejar los estímulos breves en secuencia rápida que codifica la fonología (Bernstein y Stark, 1985). Los déficits auditivos no son universales, como lo testimonian tanto los sabios musicales que tienen un tono perfecto y una excelente memoria auditiva (Treffert, 1989) como la predilección que muchos niños autistas tienen por la música.

El hecho de que los niños autistas permanezcan a menudo mudos o muestren un desinterés selectivo por el lenguaje hablado en la lactancia, muchas veces hace que se les considere sordos. Vamos a señalar algunos rasgos diferenciadores : los niños autistas pueden balbucear sólo rara vez, mientras que los sordos balbucean normalmente hasta la segunda mitad del primer año de vida. Los niños sordos responden sólo a los sonidos fuertes, mientras que los autistas pueden ignorarlos y responder incluso a sonidos ligeros si les interesan. El audiograma o los potenciales evocados auditivos indican una significativa pérdida de audición en el niño sordo. Los niños sordos suelen relacionarse con sus padres, buscando su afecto y, en la lactancia, disfrutan cuando son cogidos en los brazos.

En cuanto a la sordera, podemos decir que el 83.3 % de estos sujetos no la presenta pero sin embargo un 37.5 % demora la respuesta por lo que a veces hace pensar que puede ser sordo o que por lo menos, actúa como tal. Otro dato a mencionar es que un 16.7 % tiene hipersensibilidad auditiva.



## 6. BIBLIOGRAFÍA.

- Berstein, L. E. y Stark, R. E. (1985): Speech perception development in language-impaired children: A 4-year follow-up study". **J. Speech Hear Res.**, 50: 21-30.
- Coleman, M. y Gillberg, C. (1989): **El autismo: bases biológicas**. Barcelona. Martínez Roca, S.A.
- DeMyer, M.K. y otros (1973): Prognosis in autism: A follow-up study. **J. Aut. Child. Schizophr.**, 3: 199-246.
- DSM-IV (1995): **Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales**. Barcelona. Masson.
- García Sánchez, J.N. (1992): **Autismo**. Valencia. Promolibro.
- Kanner, L. (1943): Autistic disturbances of affective contact. **Nervous child** 2: 217- 250.
- Mahler, M. (1977): **Psychose infantile**. París. Payot.
- Marchena González, C. (1992): **El trastorno autista: contextualización e intervención logopédica**. Sevilla. Alfar.
- Mauk, J.E. (1993): **Autismo y trastornos penetrantes del desarrollo**, en Clínicas Pediátricas de Norteamérica, vol. 3. Interamericana.
- Ozonoff, S.; Pennington, B.F. y Rogers, S.J. (1991): Executive functions deficits in high-functioning autistic individuals: relationship to theory of mind. **J. Child Psychol. Psychiat.**, 9: 29-37.
- Rapin, I. (1994): Autismo: un síndrome de disfunción neurológica en Fejerman, N.; en Arroyo, H.A.; Massaro, M.E. y Ruggieri, V.L. (Eds.) **Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo**. Buenos Aires. Paidós.
- Rutter, M. (1970): Autistic children: Infancy to adulthood. **Semin. Psychiatry**, 2: 435-450.
- Treffert, D.A. (1989): **Extraordinary People: Understanding "Idiots savants"**. Nueva York. Harper and Row.
- Tustin, F. (1977): **Autisme et psychose de l'enfant**. París. Seuil.