

Programas de intervención naturista

Dentro de esta misma orientación, otros autores, en cambio, propician programas menos estructurados, centrados en estimular el lenguaje funcional en un contexto social. Se trata de crear situaciones de intercambio comunicativo, breves y positivas, originadas por el interés del niño en un determinado tema (objeto, actividad o acontecimiento) que tienen lugar en el entorno habitual de empleo del lenguaje y con consecuencias naturales. El sistema de refuerzos que se usa está basado en satisfacer el intento comunicativo del niño relacionado funcionalmente con la respuesta del lenguaje, de modo que cuando el niño dice «rueda», la pelota rueda, y cuando el niño dice «salta», la pelota salta. Existen distintos procedimientos: incitación y modelado, espera estructurada (*time-delay*), paradigma del lenguaje natural (NLP), enseñanza incidental, etc. (Hernández, 1995).

TERAPIAS BASADAS EN LA INTERACCIÓN SOCIAL Y EN EL JUEGO

Terapia de intercambio y desarrollo (TID)

La TID consiste en una reeducación funcional de la interacción y la comunicación basada en tres reglas de oro: calma, disponibilidad y reciprocidad (Bataille et al., 2010). Desarrollada en la Universidad Rabelais (Tours) a partir de los trabajos de Lelord y Barthélémy (Barthélémy et al., 1995), ha demostrado buenos resultados en especial cuando se implementa en edades tempranas (2-4 años), es intensiva (15 o más horas semanales) y prolongada (durante al menos 2 años).

Floor-time/DIR

Al modelo DIR (*Developmental Individual-Difference, Relationship-Based*) también se lo conoce como *Floor-time* («tiempo de suelo») porque el padre se sienta en el suelo con el niño para interactuar a su nivel. Creado por Greenspan et al. (1998), tiene como objetivos principales incrementar la socialización, mejorar el lenguaje y disminuir las conductas repetitivas. Se sugieren 6-10 sesiones por día, de 20 a 30 minutos, y puede aplicarse solo o combinado con otros abordajes terapéuticos incluyendo el PRT.

Historias sociales

Es una técnica desarrollada por Carol Gray para ayudar a que los niños autistas comprendan las reglas sociales y aprendan a interactuar adecuadamente con los demás (p. ej., concentrarse en quién, qué, cuándo, dónde y por qué en las

situaciones sociales). Se abordan también problemas de la «Teoría de la Mente» o la habilidad de ponerse en el lugar del otro y entender el punto de vista de otra persona.

Son rise

Programa creado por los padres para los padres, *Son rise* es otro abordaje que enfatiza el juego y la comunicación.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Más específica para casos de trastornos de ansiedad, donde se ha probado su mayor eficacia, puede sin embargo aplicarse también en niños con TEA y buen nivel intelectual como el síndrome de Asperger.

SISTEMAS AUMENTATIVOS Y ALTERNATIVOS DE COMUNICACIÓN (SAAC)

En estos últimos años han experimentado un gran auge los denominados sistemas aumentativos y alternativos de comunicación (SAAC) (para detalles, v. cap. 22). Se usan sobre todo en autistas que no hablan, pero también son útiles en los autistas que hablan pero que, a su vez, necesitan un apoyo concreto para aumentar la comprensión.

La forma de comunicación que se intente establecer debe ser siempre individualizada y adaptada al nivel de abstracción del sujeto. Puede realizarse por medio de palabras habladas, de objetos, a través del lenguaje corporal, gestos, dibujos, fotografías, palabras escritas o impresas, etc. No obstante, como bien señala Peeters (1998), para elegir la forma de comunicación apropiada nunca debemos pensar: «Vamos a probar con una forma de comunicación lo más parecida a la nuestra» (lo más abstracta posible), sino: «Vamos a empezar con la forma de comunicación que este sujeto pueda manejar mejor y de la forma más independiente posible».

Muchos autistas no hablan o dicen palabras que en realidad no comprenden, algunos ni siquiera han desarrollado la intención de comunicarse. Las palabras son sólo palabras, los dibujos sólo dibujos, los objetos nada más que objetos. Necesitan aprender de manera específica los propósitos comunicativos con los que pueden emplearse esos símbolos.

Todas las personas con autismo deberían poder comunicarse de un modo u otro. Para ello hay que aprovechar sus habilidades visuoespaciales procurándoles formas más concretas

de comunicación. El 50% de los que no hablan pueden aprender a utilizar modos de comunicación alternativa, pero el otro 50% de autistas que son capaces de hablar también pueden beneficiarse con el empleo de apoyos visuales.

El lenguaje de signos sistematizado, como el que se utiliza con personas con deficiencias de audición, sólo sirve como alternativa en casos excepcionales ya que ese lenguaje es también, por lo habitual, demasiado abstracto (tanto como las palabras) para las personas con autismo.

Dentro del conjunto de los diferentes SAAC, uno de los programas más adecuados para el autismo, y ampliamente utilizado en el entorno norteamericano y sudamericano, es el PECS (*Picture Exchange Communication System*), desarrollado por Frost y Bondy (1994), dentro del Programa de Autismo de Delaware (Estados Unidos). Emplea fotografías en color y dibujos en blanco y negro. Presenta la gran ventaja de que no requiere material complejo ni equipos costosos, y puede usarse con facilidad en el hogar, en las clases o en la comunidad donde se desarrolla la vida del niño.

Un sistema también muy difundido en la intervención comunicativa para personas con autismo es el programa de habla por signos para niños que no hablan de Schaeffer et al. (1980), que se conoce bajo el nombre de *comunicación total*. Se trata de un sistema bimodal, es decir, lengua oral acompañada de algunos signos. Una de las ventajas de este método es que no requiere contar, como condición indispensable, con la presencia de intención comunicativa por parte del usuario. Al comienzo de la aplicación del programa se recomienda detectar algún elemento (objeto, alimento, acción, etc.) que llame la atención del niño y regular el ambiente (evitando el acceso directo del niño al elemento deseado), de manera que asocie la realización del signo correspondiente con el acceso a dicho elemento. La enseñanza de cada signo se lleva a cabo a través de una técnica de encadenamiento hacia atrás. Mediante un proceso de modelado completo, al principio se proporciona toda la ayuda necesaria, configurando la forma del signo con las propias manos del niño, para luego ir retirando progresivamente el apoyo a medida que el niño lo vaya realizando de forma autónoma. Un aspecto característico es la configuración del signo (posición y forma de la mano), que debe repetirse un número de veces igual al número de sílabas de la palabra correspondiente que designa la misma entidad en el lenguaje oral.

Resulta obvio señalar que el éxito en la elección del SAAC más adecuado al caso particular dependerá de una correcta, exhaustiva y completa evaluación previa, en la que, además de determinar las capacidades y necesidades comunicativas del usuario, deben considerarse otras variables que también son relevantes para el éxito de la intervención, como la preparación de los profesionales, la colaboración de los miembros del entorno social, y la evaluación y el control sistemático y periódico de los resultados.

Una desventaja que hay que tener en cuenta es que los posibles interlocutores (padres, hermanos, educadores, etc.) también necesitan aprender el sistema para que éste sea efectivo. Pese a este inconveniente, la aplicación del método puede ser, en muchos casos, la mejor opción o quizá la única para iniciar el proceso comunicativo.

En resumen, enseñar habilidades de comunicación mediante los SAAC es muy útil pero sólo constituye una parte de la tarea del logopeda. La intervención debe extenderse más allá de la sesión de terapia, que también diseña entornos aumentativos de comunicación, cuya finalidad esencial sea fomentar interacciones comunicativas espontáneas, funcionales y generalizables, manteniendo la idea permanente de que todo niño puede progresar en sus habilidades, con independencia de sus capacidades, si se le ofrece el apoyo adecuado (Tamarit, 1999).

TECNOLOGÍA ASISTENCIAL (ASSISTIVE TECHNOLOGY)

En las últimas décadas, la tecnología asistencial ha experimentado enormes progresos brindando productos que podrían considerarse «impensables» hasta hace poco tiempo atrás. Teléfonos inteligentes (*smartphones*), tabletas táctiles, sistemas de posicionamiento global (GPS), realidad virtual, interfaces cerebro-computadora, entre otros.

La aplicación del concepto de diseño universal, eliminando barreras y bajando costos, también ha contribuido a que un número cada vez mayor de usuarios, incluyendo las personas con discapacidades, puedan acceder a los beneficios de estos importantes adelantos tecnológicos (McGuire et al., 2006).

En el caso particular del autismo, no deben desestimarse los programas de juegos; en ocasiones pueden ser útiles para aprendizajes sociales, como, por ejemplo, respetar los turnos. Una

simulación sobre el ordenador de un entorno conocido por la persona puede permitir un aprendizaje de reglas básicas, a veces imposible de conseguir en una situación real.

Un ejemplo de este tipo de *software* interactivo es el *FaceSay*, desarrollado en la Universidad de Alabama (Hopkins et al., 2011).

Los denominados programas utilitarios, como el procesador de textos, programas de dibujo, etc., constituyen otra fuente de ayuda importante. Pueden compensar los problemas motores, de coordinación fina o de lentitud, etc., que interfieren en actividades como la escritura o el dibujo, entre otros. Un aspecto interesante es que permite un cierto margen de error, que se puede eliminar sin necesidad de comenzar todo de nuevo.

El *software* educativo es una «herramienta cerrada» y, como tal, presenta el inconveniente de la escasa posibilidad de adaptación a las necesidades específicas de cada caso. Para el diseño de un programa personalizado conviene contar también con «herramientas abiertas» que permiten no sólo adaptar los programas cerrados sino también crear materiales y actividades novedosas para ser utilizadas con el ordenador o sin él.

Entre los recursos de *hardware*, nuestra experiencia ha demostrado la enorme utilidad del teclado alternativo y de la pantalla táctil (*tablets*). El «teclado alternativo» consiste en un tipo de tablero, sensible al tacto, sobre el que se van colocando una serie de «láminas» o «plantillas» intercambiables que representan letras, números, teclas de direcciones, etc., que reemplaza al ratón o al teclado convencional. Otros programas de *software* permiten diseñar esas plantillas «a la medida» de cada usuario, lo que puede incorporar refuerzos visuales (fotografías, imágenes) y auditivos (registro de voz).

Los avances tecnológicos actuales y los que obviamente surgirán en el futuro constituyen un complemento muy interesante que, sin sustituir a los métodos tradicionales, deben ser incorporados a la labor cotidiana del logopeda.

PROGRAMAS GLOBALES O COMBINADOS Teacch

El Programa TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication-handicapped Children*) fue desarrollado por Schopler et al. en la Universidad de Carolina del Norte, durante los años setenta. La filosofía del programa se basa en ciertos principios fundamentales (Mesibov, 1995) que incluyen el origen orgánico del

autismo, la colaboración entre padres y profesionales, el enfoque global de la intervención y el carácter individual del tratamiento.

El programa educativo de cada niño se construye sobre la base de evaluaciones estandarizadas del comportamiento y el desarrollo. El diagnóstico se efectúa con la ayuda del CARS (*Children Autism Rating Scale*), mientras que la evaluación educativa se basa en el PEP-R (*Psycho-educational Profile Revised*) en los niños y el AAPEP (*Adolescent and Adult Psychoeducational Profile*) para adolescentes y adultos.

Además, la división TEACCH ofrece una amplia red de servicios, actividades clínicas e investigación y formación para ayudar a las familias y a los pacientes con autismo a lo largo de toda su vida.

Scerts

El SCERTS (*Social Communication/Emotional Regulation/Transactional Support*) es un modelo educativo (Prizant et al., 2006) cuyo interés primordial es ayudar a los niños con autismo a alcanzar un «progreso auténtico»; esto se define como la capacidad de aprender y aplicar espontáneamente habilidades funcionales y relevantes a una variedad de entornos y con una variedad de compañeros. Utiliza prácticas de otras terapias, incluyendo ABA y *floortime*. Generalmente se aplica en un ámbito escolar de carácter inclusivo y lo imparten maestros de educación especial y terapeutas del habla entrenados en SCERTS.

Otros programas y servicios

Destacan los siguientes: Denver, LEAP, STAR, PCDI, CARD, Lancaster, Hanen, Eden, Giant Steps (Odom et al., 2010; Bowker et al., 2011).

A la lista precedente podemos añadir las terapias tradicionales (no específicas) como la terapia logopédica, psicoterapia, terapia ocupacional y musicoterapia y la terapia farmacológica. Esta última desempeña un papel menor, aunque no por ello es menos importante. En situaciones especiales, la medicación puede ser útil para aliviar algunos síntomas muy perturbadores como la agresividad, la hiperactividad, los trastornos del sueño o las conductas destructivas y autolesivas.

Hay también otras formas de intervención, consideradas como terapias alternativas o complementarias, cuya eficacia en relación con el autismo no ha sido probada y que, por tanto, no se contemplan o son desaconsejadas en las diversas guías de buenas prácticas. Entre ellas: la comunicación facilitada, las vitaminas en dosis

elevadas y los suplementos dietéticos, las dietas libres de gluten y caseína, la terapia antimicótica, el tratamiento con quelantes, la inmunoterapia, la terapia sacrocraneal, las terapias asistidas por animales (delfines, perros, caballos), el entrenamiento en integración auditiva de Tomatis, Beral y Samonas, la terapia de integración sensorial y el método Doman-Delacato (Artigas-Pallarés, 2011).

INTEGRACIÓN ESCOLAR Y SOCIAL. REDES DE SERVICIOS

Es habitual que en el momento de decidir acerca de la institución educativa a la que asistirá el niño con autismo se planteen numerosas dudas e interrogantes. Son variadas las opciones propuestas (Morueco, 1998). Algunas de ellas son las siguientes:

- **Escuela o centro específico.** Ofrece la ventaja de una estructura organizada con planificación de objetivos individuales y un programa personalizado para cada niño. Es recomendable en los casos con importantes dificultades que requieran un apoyo humano constante.
- **Aula específica.** Está situada dentro de un centro ordinario. Mantiene una estructura organizada pero un poco más abierta y flexible que la del centro específico.
- **Escolaridad combinada.** Como su nombre indica, consiste en dividir la jornada para que el niño acuda, por ejemplo, por la mañana al centro específico y por la tarde al aula específica dentro del centro ordinario, o 2 días a un centro y 3 días al otro.
- **Programas de integración.** En este caso el niño está matriculado e integrado en el aula ordinaria, lo que requiere que la escuela cuente con un soporte técnico y humano suficiente y preparado para lograr una integración efectiva.

Por el momento no parece que exista un modelo escolar único considerado el mejor. Cada niño autista es diferente y la sociedad debe brindar opciones diferentes para que cada familia pueda elegir la más adecuada a su caso particular.

Para los adultos existen numerosas propuestas que incluyen desde grupos de ocio y actividades sociales, programas de educación personal, de tiempo libre, físico y holístico, hasta proyectos de empleo con apoyo y granjas protegidas, entre otros.

Cuando se trata de adultos muy afectados, de acuerdo con investigaciones realizadas por

Cuxart (1998), los regímenes de tratamiento mixto (centro de día y residencia) parecen ser los más efectivos tanto para reducir algunos problemas graves de conducta como para disminuir el estrés de las madres afectadas, lo que implica una mejora del clima familiar e, indirectamente, efectos beneficiosos de carácter terapéutico para el propio sujeto con autismo.

En resumen, la variedad en el tipo de instituciones y las redes de servicios integrados son fundamentales para una atención completa y eficiente de las personas autistas y de sus familias.

CONCLUSIONES

El autismo infantil se considera actualmente un trastorno del desarrollo debido a una disfunción neurobiológica. Las alteraciones conductuales más llamativas se manifiestan en el área de la comunicación y la interacción social. Cada vez se conoce un mayor número de enfermedades que pueden causar el autismo, o que se asocian a éste, pero los mecanismos fisiopatológicos específicamente responsables de los síntomas aún continúan siendo oscuros. Por el momento no existe ninguna medicación ni recurso terapéutico que sea «curativo». En este sentido, el autismo sigue siendo un desafío para la ciencia médica.

No obstante, aunque el panorama parezca bastante desalentador, es mucho lo que aún hoy día puede hacerse por el bienestar de los niños autistas, tarea en la que el logopeda cumple un papel preponderante para el que debe prepararse.

La detección temprana de los síntomas y la implementación de un programa educativo completo y personalizado, el trabajo en equipo de padres, maestros y terapeutas, el apoyo social y político del conjunto de la comunidad, que sostiene redes de servicios calificados y eficientes, si bien no alcanza a «curar», puede en verdad mejorar, y de manera muy significativa, la calidad de vida del niño (adolescente o adulto con autismo) y de su familia.

Bibliografía

- Allison C, Baron-Cohen S, Wheelwright S, Charman T, Richler J, Pasco G, et al. The Q-CHAT (Quantitative Checklist for Autism in Toddlers): a normally distributed quantitative measure of autistic traits at 18-24 months of age: preliminary report. *J Autism Dev Disord.* 2008;38:1414-25.
- Artigas Pallarés J. Trastornos del Espectro Autista. En: Artigas Pallarés J, Narbona J, eds. *Trastornos del neurodesarrollo.* Barcelona: Viguera; 2011. pp. 309-64.

- Attwood T. El síndrome de Asperger. Barcelona: Paidós; 2002.
- Auyeung B, Baron-Cohen S, Wheelwright S, Allison C. The autism spectrum quotient: Children's version (AQ-Child). *J Autism Dev Disord.* 2008;38:1230-40.
- Auyeung B, Wheelwright S, Allison C, Atkinson M, Samarawickrema N, Baron-Cohen S. The Children's Empathy Quotient and Systemizing Quotient: Sex differences in typical development and in autism spectrum conditions. *J Autism Dev Disord.* 2009;39:1509-21.
- Baio J. Prevalence of autism spectrum disorders. *MMWR Surveill Summ.* 2012;61(SS03):1-19.
- Baron-Cohen S, Hoekstra RA, Knickmeyer R, Wheelwright S. The Autism-Spectrum Quotient (AQ) - Adolescent Version. *J Autism Dev Disord.* 2006;36:343-50.
- Barthélémy C, Lelord G. Echelle d'évaluation des comportements autistiques ECAR (version révisée). París: Éditions et Applications Psychologiques (EAP); 2003.
- Barthélémy C, Hameury L, Lelord G. L'autisme de l'enfant. París: Expansion Scientifique Française; 1995.
- Bataille M, Dansart P, Blanc R, Mahé C, Malvy J, Barthélémy C. Autisme: la thérapie d'échange et de développement. En: Tardif C, ed. *Autisme et pratiques d'intervention.* Marsella: Solal; 2010. pp. 59-84.
- Belinchón M, Hernández JM, Sotillo M. Escala Autónoma para la detección del Síndrome de Asperger y el autismo de alto funcionamiento. Madrid: Personas con Síndrome de Asperger. Funcionamiento, detección y necesidades; 2008.
- Belinchon M, Riviere A, Igoa JM. Psicología del lenguaje. Investigación y teoría. Madrid: Trotta; 1992.
- Bowker A, D'Angelo N, Hicks R, Wells K. Treatments for autism: parental choices and perceptions of change. *J Autism Dev Disord.* 2011;41:1373-82.
- Cuxart F. Los autistas severamente afectados: problemas conductuales, estrés familiar y tratamientos continuados. En: *La esperanza no es un sueño. Actas del V Congreso Internacional Autismo-Europa,* Escuela Libre Editorial, Madrid, 1998.
- Ehlers S, Gillberg C, Wing L. A screening questionnaire for Asperger syndrome and other high functioning autism spectrum disorders in school age children (ASSQ). *J Autism Dev Disord.* 1999;29:129.
- Fejerman N, Caraballo R, Medina C. Epilepsias. En: Fejerman N, Fernández-Álvarez E, eds. *Neurología pediátrica.* 3.ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 2007. pp. 593-651.
- Fernández Álvarez E. Patrones de conducta repetitivos (estereotipias). En: Fejerman N, Fernández Álvarez E, eds. *Neurología pediátrica.* 3.ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 2007. pp. 784-8.
- Frost L, Bondy A. The picture exchange communication system. Training manual. Cherry Hill: PECS Inc.; 1994.
- Gillberg C. *Clinical child neuropsychiatry.* Londres: Cambridge University Press; 1995.
- Gillberg C, Gillberg CI, Rastam M, Wentz E. The Asperger Syndrome (and high-functioning autism) Diagnostic Interview (ASDI): a preliminary study of a new structured clinical interview. *Autism.* 2001;5:57-66.
- Glascoe FP. Parents' evaluation of developmental status: how well do Parents' concerns identify children with behavioral and emotional problems? *Clin Pediatr (Phila).* 2003;42:133-8.
- Greenspan SI, Wieder S, Simon R. The child with special needs: Encouraging intellectual and emotional growth. Reading, MA: Addison-Wesley; 1998.
- Hernández Rodríguez J. Propuesta curricular en el área de lenguaje. Madrid: CEPE; 1995.
- Higuero R, Monfort M. La adquisición de los términos mentales en niños con alteraciones pragmáticas. En: Monfort M, dir. *Logopedia: ciencia y técnica.* Madrid: CEPE; 1999. pp. 85-92.
- Hopkins IM, Gower M, Perez T, Smith D, Amthor F, Casey Wimsat TE, et al. Avatar assistant: Improving social skills in students with an ASD. Through a Computer-Based Intervention. *J Autism Dev Disord.* 2011;41:1543-55.
- Krug D, Arick J. *Krug Asperger Disorder Index.* Austin, TX: Pro Ed Inc.; 2003.
- Lord C, Risi S, Lambrecht L, Cok E, Leventhal B, Dilavore P, et al. «The Autism Observation Schedule- Generic» (ADOS-G). *J Autism Dev Disord.* 2000; 30:205-23.
- Lord C, Rutter M, Le Couteur A. «Autism Diagnostic Interview- Revised» (ADI-R). *J Autism Dev Disord.* 1994;24:659-85.
- Lovaas OI. Enseñanza de niños con trastornos del desarrollo. Madrid: Martínez Roca; 1989.
- Matson J, Wilkins J, Fodstad J. The Validity of the Baby and Infant Screen for Children with aUtism Traits: Part 1 (BISCUIT: Part 1). *J Autism Dev Disord.* 2011;41:1139-46.
- McGuire J, Scott S, Shaw S. Universal design and its applications in educational environments. *Remedial & Special Education.* 2006;27:166-75.
- Mesibov G. *Autisme: le défi du programme TEACCH.* París: Pro Aid Autisme; 1995.
- Morueco M. Decisiones educativas en niños autistas. En: Riviere A, Martos J, dirs. *El tratamiento del autismo.* Madrid: IMSERSO; 1998. pp. 297-314.
- Myles B, Bock S, Symptom R. *Asperger Syndrome Diagnostic Scale.* Los Ángeles, CA: Western Psychological Services; 2001.
- Odom S, Boyd B, Hall L, Hume K. Evaluation of comprehensive treatment models for individuals with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord.* 2010;40:425-36.
- Peeters T. El autismo y los problemas para comprender y utilizar símbolos. En: Riviere A, Martos J, dirs. *El tratamiento del autismo.* Madrid: IMSERSO; 1998. pp. 483-508.

- Pierce K, Carter C, Weinfeld M, Desmond J, Hazin R, Bjork R, et al. Detecting, studying, and treating autism early: The One-Year Well-Baby Check-Up Approach. *J Pediatr.* 2011;159:458-65.
- Prizant B, Wetherby A, Rubin E, Laurent A, Rydell P. The SCERTS Model: A comprehensive educational approach for children with Autism Spectrum Disorders. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing; 2006.
- Rapin I. Troubles de la communication dans l'autisme infantile. En: Chevrie-Muller C, Narbona J, eds. *Le langage de l'enfant. Aspects normaux et pathologiques.* Paris: Elsevier-Masson; 2007. pp. 535-53.
- Robins D, Fein D, Barton M, Green J. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord.* 2001;31:131-44.
- Rogé B. Apport de la neuropsychologie dans l'élaboration des stratégies d'évaluation des patients autistes. *ANAE.* 1993;5:162-7.
- Rutter M, Bailey A, Lord C. *Social Communication Questionnaire (SCQ).* Los Ángeles, CA: Western Psychological Services; 2003.
- Schaeffer B, Musil A, Kollinzas G. *Total Communication: a signed speech program for non-verbal children.* Illinois: Research Press; 1980.
- Schopler E, Reichler RJ, Devellis RE, Daly K. Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). *J Autism Dev Disord.* 1980;10:91-103.
- Schuler A. Evaluation de la communication. *ANAE.* 1994;26(Suppl):49-51.
- Soprano AM. *Cómo evaluar el lenguaje en niños y adolescentes.* Buenos Aires: Paidós; 2011.
- Soprano AM. *Cómo evaluar la atención y las funciones ejecutivas en niños y adolescentes.* Buenos Aires: Paidós; 2009.
- Soprano A, García E, Caraballo R, Fejerman N. Acquired epileptic aphasia: Neuropsychologic follow-up of 12 patients. *Pediatr Neurol.* 1994;11:230-5.
- Stone W, Coonrod E, Ousley O. Brief Report Screening tool for Autism in Two-Year Olds (STAT) Development and Preliminary Data. *J Autism Dev Disord.* 2000;30:607-12.
- Tamarit J. *La comunicación aumentativa para alumnos/as con retraso mental y/o autismo.* Jornadas sobre Comunicación Aumentativa y Alternativa (ISAAC España), Vitoria, 1999.
- Volkmar F, Klin A, Schultz R, Rubin E, Bronen R. Asperger's disorder. *Am J Psychiatry.* 2000;157:262-7.
- Wagner K. Early Signs of Autism Spectrum Disorders. *Psychiatric Times.* 2010;27:1-3.
- Wetherby A, Prizant B. *CSBS DP Infant Toddler Checklist.* Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing; 2002.
- Williams J, Scott F, Stott C, Allison C, Bolton P, Baron-Cohen S, et al. The CAST (Childhood Asperger Syndrome Test). Test accuracy. *Autism.* 2005;9:45-68.