

El lenguaje como alteración cognitiva en niños autistas de la escuela especial “Dora Alonso”.

Mabel Whilby Santiesteban ,2.- Vivian Ravelo Pérez , 3.- Leyani Ramos Hernández y 4.- Guillermo Barreto Ramirez

RESUMEN

El autismo constituye una problemática compleja, enigmática y continúa siendo un reto, con el objetivo de precisar algunas alteraciones cognitivas en relación al lenguaje presentes en un grupo de niños autistas se realizó este trabajo de tipo descriptivo y de corte transversal. La investigación fue realizada en la Escuela Especial para niños con Autismo “Dora Alonso” en Ciudad de la Habana, Cuba, en el período comprendido de Septiembre 2008 a Julio 2009. La muestra quedo representada por 29 niños diagnosticados como autistas primarios con edades cronológicas de ≥ 5 años $\leq$ a los 9 años de edad. Predominó el sexo masculino en una proporción 2,6:1. A los mismos se les aplicó, el inventario de dimensiones del espectro autista de Ángel Reviere (I.D.E.A) .El 86,2 % de los niños matricularon en la escuela antes de los 5 años. La totalidad de los niños estudiados tuvieron algún trastorno de las funciones comunicativas, del lenguaje expresivo y receptivo las formas más graves se presentaron en el sexo femenino. **Palabras clave:** niños autistas, IDEA (inventario de dimensiones del espectro autista), lenguaje expresivo, lenguaje receptivo.

INTRODUCCIÓN

En el año1943 Leo Kanner describeal autismo como un trastorno de origen biológico, cuya alteración esencial consistía enuna perturbación innatadel contactoafectivo. La palabra “autismo” proviene de la palabra griega “autos”, que significa “propio”; Kanner uso este término porque los niños pasaban por una etapa en que estaban muy concentrados en sí mismos y no mostraban interés hacia otras personas.¹ El concepto de autismo ha ido evolucionando a lo largo de las últimas décadas, pero quizás el hito más relevante haya sido su inclusión entre los trastornos del desarrollo. En 1980, el DSM III introdujo la categoría de ‘trastorno profundo del desarrollo’ y más tarde como ‘trastorno generalizado del desarrollo’ (TGD). Cabe decir que dichos términos pueden resultar algo confusos; si bien en los trastornos autistas se afectan diversas áreas, no existe un retraso generalizado en todos los aspectos del desarrollo. Tampoco el trastorno ha

de ser necesariamente profundo, en el sentido de gravedad. Bajo el concepto de TGD se pretendía crear una categoría que se distanciase tanto de la “esquizofrenia infantil” o “psicosis infantil” como de los trastornos específicos del desarrollo (TED).²

Falta mucho por conocerse en cuanto a la epidemiología del autismo, pero se sabe que se presenta en cualquier parte del mundo sin preferencias geográficas, afecta a todos los grupos étnico-raciales y a todos los niveles socio-económicos. Se encuentra cuatro veces más en el sexo masculino que en el femenino y el tiempo de duración de la vida es normal por lo general

Hasta el presente se acepta que en la población general, el autismo se diagnostica en 0,2 a 0,4% de los niños con tasas estimadas de 2 a 10 por 10 000.³

El motivo más frecuente de consulta de un niño autista es el retraso en la adquisición del lenguaje, se debe por tanto tener un alto grado de sospecha y profundizar en la valoración de la conducta social cuando un niño de 2 años no ha iniciado el lenguaje. Angel Riviere plantea en su libro “El niño pequeño con autismo” que según los informes retrospectivos de padres de autistas indicaron que el 97 % no tenían a la edad adecuada conductas de comunicación intencionada para compartir experiencias(protodeclarativos) y el 95 % tampoco tenía conductas comunicativas para pedir(protoimperativos) estas pautas de comunicación intencionada definen el desarrollo de la llamada fase elocutiva en el desarrollo normal del niño que se extiende entre los 9 y 18 meses de edad. En los autistas hay ausencia de pautas de comunicación intencional en la fase elocutiva del desarrollo.⁴

Cuando se intenta categorizar los trastornos del lenguaje del niño autista, puede hacerse desde dos planteamientos conceptuales distintos, aunque no necesariamente contradictorios. Por un lado, desde el punto de vista de Bishop, todos los trastornos del lenguaje encajan en el concepto unificador de trastornos específicos de lenguaje, independientemente de que esté afectada la capacidad receptiva, la expresiva o ambas. En realidad, el déficit expresivo siempre va asociado a un déficit de comprensión, si bien con técnicas convencionales puede ser difícil de poner en evidencia. Rapin prefiere mantener distintas categorías, puesto que de esta forma queda mejor definido el tipo de problema lingüístico, define en el autista síndromes de déficit lingüístico, que no difieren esencialmente de los descritos en el niño no autista.⁵

Existen evidencias experimentales que todas las personas autistas sufren un déficit cognitivo que afecta su percepción del mundo, el patrón más frecuente del funcionamiento cognitivo en el autismo muestra capacidades verbales disminuidas con mejores habilidades no verbales. Con este patrón cognitivo cuando las capacidades verbales son superiores a las capacidades visuoespaciales, se empobrece el pronóstico para habilidades escolares, competencia conductual y funcionamiento independiente como adulto.⁶ El

lenguaje es una función cognitiva de extrema importancia, ya que permite la transmisión de conceptos entre un individuo y otro. Así pues, en una evaluación neuropsicológica del lenguaje se deben utilizar instrumentos que evalúen los aspectos expresivos y receptivos.⁷

Por variadas razones, el autismo aparece cada vez más con mayor frecuencia y va en camino de superar procesos crónicos serios como el Síndrome de Down o incluso la Diabetes Mellitus infanto-juvenil ocupando el tercer lugar en frecuencia de las discapacidades de la infancia. Por su alta prevalencia, por constituir una importante problemática de salud, seguir siendo un enigma sus alteraciones cognitivas; y la importancia del conocimiento de los mismos como valor predictivo nos decidimos a realizar este trabajo en un grupo de niños autistas de la Escuela de Enseñanza Especial “Dora Alonso”, trazándonos el objetivo de identificar los trastornos cognitivos en relación al lenguaje.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal donde fueron estudiados un grupo de niños portadores de Autismo Infantil.

La investigación fue realizada en la Escuela Especial de Autismo Infantil “Dora Alonso” del Municipio Marianao en Ciudad de la Habana en el periodo comprendido de Septiembre del 2008 a Julio del 2009.

Nuestro universo estuvo constituido por 32 casos, la totalidad de los niños matriculados en la Escuela Especial “Dora Alonso” con edades cronológicas de ≥ 5 años $\leq$ a los 9 años de edad. La muestra quedó representada por 29 niños diagnosticados como autistas primarios.

Se utilizó para evaluar los trastornos del lenguaje, la Escala de Trastorno de la Comunicación y Lenguaje del Inventario del Espectro Autista (IDEA) que es un instrumento de evaluación, que nos brinda una valoración cuidadosa de las dimensiones que se alteran en el autismo; se utiliza de forma habitual en dicha escuela y tiene como objetivos: valorar severidad y profundidad de los rasgos autistas, orientar en la formulación de estrategias de tratamiento y evolución. Consta de un conjunto de 12 dimensiones, estas a su vez se ordenan en cuatro grandes escalas.

1. Escala de trastorno del desarrollo social(dimensiones 1,2,3)
2. Escala de trastorno de la comunicación y lenguaje(dimensiones 4,5,6)
3. Escala de trastorno de anticipación y flexibilidad(dimensiones 7,8,9)
4. Escala de trastorno de la simbolización(10,11,12)

Cada una de las 3 dimensiones que evalúa posee cuatro niveles característicos en cada uno de estos niveles tiene asignada una puntuación de (0, 2, 4, 6,8), Las puntuaciones más altas se corresponden con una mayor severidad del trastorno,

reservándose las puntuaciones impares para aquellos casos que se sitúan en situaciones intermedias.

La escala del lenguaje evalúa tres dimensiones:

1. Trastorno de las funciones comunicativas.
2. Trastornos cualitativos del lenguaje receptivo.
3. Trastornos cualitativos del lenguaje expresivo.

La suma de las 3 dimensiones de esta escala proporciona una valoración del severidad del trastorno, clasificándose las puntuaciones alta, medio y bajo de de igual manera la suma de las 12 dimensiones agrupadas en cuatro escalas.

Se procesaron los datos de forma manual utilizando calculadora de mesa y el empleo de una PC Pentium D con ambiente de Windows XP. Los textos se procesaron en Word XP y las tablas y gráficos se hicieron en Excel XP.

Tomando en cuenta los principios de la ética médica, se solicitó a las autoridades de la institución y a todos los padres o tutores, el consentimiento previo para su participación de los niños en la investigación.

RESULTADOS

Como se puede observar en la tabla 1 se muestra la distribución de los niños por sexo, 21 de los cuales pertenecían al sexo masculino (72,4 %) y 8 (27,6 %) al femenino, existiendo un predominio del sexo masculino en una proporción de 2,6:1.

Tabla 1. Distribución por sexo.

Sexo	Nº	%
Femenino	8	27.6
Masculino	21	72.4
Total	29	100

En relación a la edad de ingreso a la escuela (Tabla 2) se comportó de la siguiente forma: 26 niños ingresaron antes de los 5 años para un 89,7 % y solo un 10,3 % después de esta edad.

Tabla 2. Distribución según edad de ingreso a la escuela.

Edad de ingreso a la escuela	No	%
Menor de 5 años	26	89,7
Mayor de 5 años	3	10,3
Total	29	100

En la Tabla 3 correspondiente a la dimensión 4 de la escala de comunicación y lenguaje del I.D.E.A , podemos observar que en la totalidad de los niños estudiados se presentaron trastorno de las funciones comunicativas, 11 niños (37,9 %) poseían conductas instrumentales con las personas para lograr cambios en el mundo físico, perteneciendo 5 al sexo femenino (62,5 %) y solo 1 al masculino (4,8 %); seguido por 8 niños (27,6 %) que tenían conductas comunicativas para pedir pero no para compartir experiencia o cambiar el mundo mental, 9 niños (42,8 %) pertenecían al sexo masculino y 2 al femenino (25 %); 6 de ellos mostraron ausencia de comunicación y conductas instrumentales con otras personas y 5 (62,5 %) son niñas. El 87,5 % de las niñas del estudio obtuvieron puntuaciones entre 6 y 8 correspondiendo con los niveles 1 y 2. Como se puede apreciar las niñas del estudio obtuvieron las puntuaciones más altas en esta dimensión, correspondiendo con mayor gravedad del trastorno.

Tabla 3. Distribución de los alumnos según Funciones Comunicativas.

Funciones comunicativas	Distribución por sexo		
	Femenino	Masculino	Total

	No.	%	No.	%	No.	%
Ausencia de comunicación y conductas instrumentales con otras personas	5	62,5	1	4,8	6	20,7
Conductas instrumentales con personas para lograr cambios en el mundo físico.	2	25	9	42,8	11	37,9
Conductas comunicativas para pedir pero no para compartir experiencia o cambiar el mundo mental	1	12,5	7	33,3	8	27,6
Conductas comunicativas de declarar comentar, con escasas cualidades subjetivas de la experiencia y declaraciones del mundo interno.	-	-	4	19	4	13,8
No hay trastorno de las funciones comunicativas	-	-	-	-	-	-
Total	8	100	29	100	29	100

En la Tabla 4 se evalúa la dimensión 5 de la escala de comunicación y lenguaje, se aprecia que la totalidad de los niños tuvieron algún trastorno cualitativo del lenguaje expresivo, encontrando un predominio en más de la mitad de los casos (55,2 %) de un lenguaje compuesto de palabras sueltas o ecolalias sin creación formal de sintagma u oraciones, representado por 14 niños (66,6 %) y 2 niñas (25 %). El mutismo total o funcional, se presentó en 6 niños para un 20,7 %, de ellos 2 correspondían al sexo masculino para un 9,5 % y 4 al femenino para un 50 %. El 50 % de las niñas obtuvo puntuación de 8, correspondiendo con el primer nivel y solo el 9,5 % de los niños se ubicó en el nivel 1; con puntuaciones de 2(nivel 4) no encontramos ninguna niña. Como se puede apreciar los trastornos más graves se encontraron en las niñas, se plantea que los síntomas en el sexo femenino son siguiendo los criterios de M Blue y L.Wing, más severos.

Tabla 4. Distribución de los alumnos según lenguaje expresivo.

Lenguaje expresivo	Distribucion por sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%

Mutismo total o funcional. Puede haber verbalizaciones que no son propiamente lingüísticas.	4	50	2	9,5	20,6	
Lenguaje compuesto de palabras sueltas o ecolalias. No hay creación formal de sintagma u oraciones.	2	25	14	66,6	16	55,2
Lenguaje oracional. Hay oraciones que no son ecolalias pero que no configuran discurso o comunicación.	2	25	2	9,5	4	13,8
Discurso y conversación, con limitaciones de adaptación flexibles en las conversaciones y de selección de temas relevantes. Frecuentemente hay anomalías prosódicas.	-	-	3	14,2	3	10,3
No hay trastorno cualitativo de lenguaje expresivo	-	-	-	-	-	-
Total	8	100	21	100	29	100

La Tabla 5, refleja la evaluación de la dimensión 6 de la escala de comunicación y lenguaje, la misma tiene un comportamiento semejante a las anteriores donde todos los niños estudiados presentaron uno u otro trastorno cualitativo del lenguaje receptivo, el 41,4 % de los niños presentaron asociación de enunciados verbales con conductas propias, sin indicios de que los enunciados se asimilaran a un código, distribuidos en 11 niños (52,4 %) y 1 niña (12,5 %). El 27,6 % presentó “Sordera central”, representado por 3 niños (14,2 %) y 5 niñas (62,5 %). Las niñas fueron las más afectadas en esta dimensión obteniendo puntuaciones de 8 y 6 (nivel 1 y 2) el 75 % y ninguna se ubicó en el nivel 4 de menor severidad del trastorno.

Tabla 5: Distribución de los alumnos según lenguaje receptivo.

Lenguaje receptivo	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
“Sordera central”. Tendencia a ignorar el lenguaje. No hay respuestas a órdenes, llamadas o indicaciones.	5	62,5	3	14,2	8	27,6
Asociación de enunciados verbales con conductas						

propias, sin indicios de que los enunciados se asimilen a un código.	1	12,5	11	52,4	12	41,4
Comprensión (literal y poco flexible) de enunciados con alguna clase de análisis estructurales. No se comprende discurso	2	25	4	19	6	20,7
Se comprende discurso y conversación, pero se diferencia con gran dificultad el significado literal del intencional	-	-	3	14,2	3	10,3
No hay trastorno cualitativo de las capacidades de comprensión	-	-	-	-	-	-
Total	8	100	21	100	29	100

DISCUSIÓN

Víctor Lotter en el primer estudio epidemiológico sobre Autismo en una región del Reino Unido llamada Middlesex en 1966 encontró una mayor proporción de niños que de niñas.⁸

En Estados Unidos (Wisconsin), Inglaterra y Dinamarca se llevaron a cabo tres estudios a gran escala en los que se tomó al azar a cientos de niños para evaluar cuántos de ellos daban muestras de autismo, el estudio de Wisconsin arrojó la mayor proporción de varones (3,4 por 1), cifras semejantes fueron encontradas en un trabajo realizado por Olivera y cols en la consulta de autismo del Centro de Desarrollo de la Infancia del Hospital Pediátrico de Coimbra en Portugal en el 2001 reportando un predominio del sexo masculino en 240 casos estudiados en una proporción de 2,9 por 1.

Otros autores coinciden en que es tres veces más probable que el autismo afecte el sexo masculino que al femenino, esta diferencia de sexo no es única para el autismo, ya que muchas incapacidades del desarrollo, son más frecuentes en hombres que en mujeres.⁹⁻¹²

En el estudio la proporción encontrada entre sexos fue menor que lo reportado en la literatura pudiendo estar en relación con el tamaño de la muestra, aunque hubo predominio evidente del sexo masculino.

Los resultados de la tabla 2 se explican por la prioridad que brinda nuestro Sistema Nacional de Salud y el Ministerio de Educación a la detección y tratamiento de este trastorno, cuyo enfoque está centrado en el niño, la familia

y el entorno. Desde el año 2001 en La Habana y Santiago de Cuba se crearon escuelas para niños autistas.

Existe un consenso internacional de que la atención temprana puede modificar, al menos en ciertos casos, el mal pronóstico tradicionalmente asociado a los Trastornos del Espectro Autista (TEA).

Autores como Martos plantean que cualquier programa temprano de intervención que, proporcione de forma suficiente y regular un andamio organizativo externo que estimule la aplicación de las capacidades cognitivas y autorregulatorias del niño, en una amplia variedad de tareas de interacción social puede ser de gran beneficio a los niños en la etapa preescolar. En la literatura revisada no encontramos trabajos en relación a la edad de ingreso en la escuela que nos pudieran servir de comparación a nuestro estudio.¹³

En relación a los resultados de la tabla 3, en la bibliografía revisada se señala que no existe ningún síntoma lingüístico específico que sea patognomónico y exclusivo del autismo. En general, los niños con autismo que no desarrollan lenguaje muestran dificultades graves en la producción de gestos protodeclarativos y dificultades importantes en la comprensión del lenguaje, principalmente de aquellas emisiones que requieren un análisis preciso de las intenciones comunicativas del interlocutor, se situarán en las funciones comunicativas más elementales, esencialmente de tipo imperativo.¹⁴

Mac Monfort y A. Juárez, 2004 plantean que el gesto protoimperativo, es decir, el gesto de señalar algo para pedir algo, a veces presente en niños autistas, siempre aparece en niños con disfasia; en cambio, el gesto protodeclarativo tendiente a compartir con otro algo de interés o emociones (por ej. “mirá”) está ausente en niños autistas.¹⁵

Artigas (2001) en un estudio comparativo sobre el lenguaje señala que en los niños autistas con agnosia auditiva verbal (incapacidad para descodificar el lenguaje recibido por vía auditiva) no se observan, a diferencia del niño puramente disfásico, esfuerzos para comunicarse mediante medios no verbales (dibujos y gestos), por el contrario, el niño utiliza al adulto como un objeto sin establecer ninguna intención comunicativa. Los autistas con esta disfunción lingüística suelen ser los más gravemente afectados. Se añade habitualmente un retraso mental, que acentúa el trastorno. Este estudio se comporta de forma semejante a lo encontrado en nuestro trabajo donde el mayor número de niños posee conductas instrumentales sin intención comunicativa y retraso mental.¹⁶

Martos y Ayuda en un informe preliminar sobre una investigación en Madrid en el 2002 refieren que al parecer es prototípico de los autistas la alteración en el uso social y mental de los códigos de comunicación, no sólo verbales sino, también, en los códigos no verbales. De forma semejante encontramos que en la mayoría de los niños objeto de estudio existe una marcada incapacidad para la utilización del uso social del lenguaje.¹⁷

Bartak y cols en un estudio comparativo de dos grupos de niños, uno de ellos con diagnóstico de autismo y el otro con trastorno mixto del lenguaje expresivo y receptivo encontraron que las dificultades lingüísticas en el grupo de autistas eran más profundas que en el grupo con trastornos del lenguaje; en los autistas la comprensión del lenguaje estaba más deteriorada y la ecolalia y la inversión pronominal eran más frecuentes.¹⁸ En el estudio, la mayoría de los niños (55,5 %) presentaron un lenguaje compuesto por palabras sueltas o ecolalias, coincidiendo con lo reportado por estos autores.

Nuciart, (1996) en su tesis presentada en la Facultad de Ciencias Médica de Rosario en Argentina realizó un estudio de 14 niños autistas con el objetivo de determinar la presencia de manifestaciones de lenguaje y características del juego en niños autistas. Del total de los niños estudiados en un 72 % se observaron manifestaciones de lenguaje, siendo más frecuente la frase simple, en un 36 %, las palabras sueltas 22 % y monosílabo 14 %, un 14 % presentaron ecolalia inmediata y diferida. Todas ellas sin función comunicativa, excepto en uno de los niños. En un 28 % de los niños hubo ausencia de manifestaciones de lenguaje.¹⁹ Este autor estudia una muestra pequeña de niños autistas y encuentra un porcentaje similar al de este de niños con un lenguaje compuesto de palabras sueltas o ecolalias sin función comunicativa; en nuestro estudio con mutismo total se encontró el 20,6 % de los pacientes y Nuciart un 28 %, por lo que se puede concluir que los resultados encontrados en ambos estudios fueron similares.

Filippetti, Romina (2001).en un estudio descriptivo de la comunicación y el lenguaje en 16 niños diagnosticados como autistas, cuyas edades oscilaban entre los 2 y 15 años, encontró que en un 81 % se observaron funciones comunicativas como señalamiento, uso instrumental de personas y empleo de signos para pedir, empleo de gestos para negar y empleo de gestos para afirmar. Un 68,7 % presentaron lenguaje expresivo constatado a través de la producción de palabras sueltas y oraciones. En un 87,5 % se observaron ecolalia inmediata y demorada, neologismos y mutismo funcional.²⁰

También en este estudio encontramos que la ecolalia y el mutismo funcional es el trastorno con mayor frecuencia encontrado, concordando este resultado con este trabajo.

Calderón González y colaboradores estudiaron en 27 niños autistas las características del lenguaje receptivo y expresivo. El lenguaje expresivo no verbal mostró déficit en el 100 % de los niños. Se observó ecolalia en el 59% este autor como los anteriormente citados coincide con lo encontrado en este estudio.²¹

Rapin en su obra Consideraciones nosológicas del desarrollo de los desordenes del Lenguaje señala que la comprensión y la pragmática son siempre deficientes, la agnosia auditiva y verbal o “sordera de palabra” es el más raro y grave

trastorno del lenguaje en los niños autistas, estos niños no pueden descodificar el código fonológico, por lo tanto no pueden entender lo que se les dice y desarrollar el lenguaje oral.²²

En otra investigación Tager-Flusberg (2004) plantean que los trastornos mixtos expresivo-receptivos son más prevalentes en niños con autismo que en niños con trastornos específicos del lenguaje (TEL).²³

Concluimos entonces que predominó el sexo masculino y que el mayor porcentaje matriculó en la escuela antes de los 5 años, la totalidad de los niños estudiados presentaron trastornos de las funciones comunicativas, trastornos cualitativos del lenguaje expresivo y trastornos cualitativos del lenguaje receptivo.

Language as cognitive disorders in autistic children of “Dora Alonso” Special School.

SUMMARY

Autism is being a complex, enigmatic problem and a challenge. This descriptive and transversal work was developed with the aim of determining some cognitive disorders that a group of Autistic children present. The research was done at “Dora Alonso” Special School for Autism located in Ciudad de la Habana, Cuba, from September 2008 to July 2009. The studied group has 29 children, between 5 and 9 years of age. Predominate male sex in a 2,6:1 proportion. The students were applied the dimension inventory of Angel Reviere (I.D.E.A) Autistic spectrum. The majority (86,2%) were enrolled at the school before the age of 5. The totality of studied children had some disorders of communicative functions, receptive and expressive language. Girls presented the worst results.

Keys words: autistic children, (I.D.E.A) dimension inventory of Angel Reviere Autistic Spectrum, expressive language, comprehensive language.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. New Child 1943; 2: 217-50.
2. J. Artigas. El lenguaje en los trastornos autistas. Rev Neurol. 1999; 28 (Supl S 118-S 123)
3. Robert, G., Palfrey, J.S., Bridgemohan, C. The medical evaluation of child with developmental delay. Contemporary Pediatrics, March 1, 2004. Disponible en: <http://www.contemporarypediatric.com/contped/content>
4. Rivière A, Martos J, eds. El niño pequeño con autismo. Madrid: APNA; 2000. p.13-32.

5. Mendoza E, Muñoz J. Del trastorno específico del lenguaje al autismo. 2003; 290(332):344-394.
6. Kjelgaard MM, Tager-Flusberg H. An investigation of language impairment in autism: implications for genetic subgroups. *Lang Cogn Processes* 2001; 16: 287-308.
7. Mawhood L, Howlin P, Rutter M. Autism and developmental receptive language disorder –a comparative follow-up in early adult life. I: Cognitive and language outcomes. *J Child Psychol Psychiatry* 2000; 41: 547-59.
8. Riviere A. Autismo. Orientaciones para la intervención educativa. Madrid: Trotta; 2001.p.43-45;41-42.
9. Edelson SM. Visión global del autismo. Salem, Oregon: Center for the study of Autism; 2003.Disponible en: <http://www.Tupediatra.com>
10. Fombone E. The Prevalence of Autism. *Jama* 2003 Jan 1; 289 (1):87-88.
11. Maciques Rodríguez E. Reflexiones sobre un complejo problema. El autismo. *Rev. Cub Educación*. 2004 Mayo-Agosto; 12: 38.
12. Frith U. Autismo. Hacia una explicación del enigma. Madrid: Alianza Editorial; 1999.p.32-39.
13. Pérez Martos J. Intervención educativa en el autismo desde una perspectiva psicológica. *Rev. Neurol* 2005; 40 (Supl 1): S177-S18.
14. Belinchón M, Rivière A, Igoa JM. Psicología del lenguaje. Investigación y teoría. Madrid: Trotta; 1992.
15. Monfort M, Juárez A. Niños con trastornos pragmáticos del lenguaje y de la comunicación. 2004 .
16. Artiga J. El trastorno autístico. Unitat de Neuropediatria. Hospital de Sabaden. *Rev Neurol* 1999; 28 (Supl 2): S 118-S 123.
17. Martos J, Ayuda R. Comunicación y lenguaje en el espectro autista: el autismo y la disfasia. *Rev Neurol* 2002; 34 (Supl 1): S58-63.
18. Bartak K, Rutter M. Use of personal pronouns by autistic children. *Autism Child Schiz* 1974; 4: 21722.
19. Nuciart M. A. Reconocimiento de manifestaciones de lenguaje y características del juego en niños autistas. Rosario; 128 p. ,1996.
20. Filippetti R. Estudio descriptivo de la comunicación y el lenguaje en niños autistas de la ciudad de Rosario durante el 2001. ; Rosario; 117 p. 2001.
21. Calderón G y col. Autismo infantil: II. Estudio del lenguaje en 27 niños. [Bol. méd. Hosp. Infant. Méx](#); 45(2):79-83, feb. 1988. Tab.1988.
22. Allen DA, Rapin I. Autistic children are also dysphasic. En: Naruse H, Ornitz E, editores. *Neurobiology of infantile autism*. Amsterdam: Excerpta Medica; 1992. pp. 73-80.
23. Tager-Flusberg H. Do autism and specific language impairment represent overlapping language disorders? En: Rice M, Warren SF, editores.

Developmental language disorders: from phenotypes to etiologies.
Mahwah, NJ: Erlbaum; 2004.

Máster en atención integral al niño. Especialista de Primer Grado de Medicina General Integral Especialista de Primer Grado de Psiquiatría Infanto- Juvenil. Hospital Docente Pediátrico del Cerro.

2.- Master en Hipnosis Ericksoniana. Especialista de Segundo Grado de Psiquiatría Infanto- Juvenil. Hospital Docente Pediátrico del Cerro.

3.- Especialista de Primer Grado de Medicina General Integral Especialista de Primer Grado de Psiquiatría Infanto- Juvenil. Hospital Docente Pediátrico del Cerro.

4.- Máster en atención integral al niño. Especialista de Primer Grado de Psiquiatría Infanto- Juvenil. Hospital Docente Pediátrico del Cerro.