

SÍNDROME DE RETT: IDENTIFICACIÓN DE UNA PATOLOGÍA EN NUESTRAS AULAS

*Iglesias Cortizas, M.J.; Abalde Paz, E.;
Arias Rodríguez, M.A.; García Fuentes, C.D.;
Mendiri Ruíz de Alda, P.M.; Muñoz Cantero, J.M.
Facultad de Ciencias da Educación. Universidade de A Coruña*

RESUMEN

Todavía no se ha establecido una adecuada orientación en el potencial de aprendizaje de los niños con Síndrome de Rett. (A.V.S.R.,1995). Por ello, pretendemos exponer en este trabajo un enfoque dedicado a las estrategias de intervención u orientación, que ya han sido utilizadas con algunas niñas de forma experimental en otros países con relativo éxito. Sabemos que este síndrome afecta a las niñas, esta ligado al cromosoma X, que su reconocimiento y tratamiento como patología data de la década de los 60 cuando el profesor neuropsiquiatra Rett descubrió que en la sala de su consulta había dos niñas, que estaban haciendo el mismo movimiento estereotipado y decidió prestar atención a lo que les sucedía, dándole posteriormente, su nombre al síndrome que estudió tan detenidamente.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de Rett, Trastornos Generalizados del Desarrollo.

* El Grupo Académico Hércules está formado por: Eduardo Abalde Paz, Alicia Arias Rodríguez, Carmen Delia García-Fuentes de la Fuente, M^a José Iglesias Cortizas, Paula Mendiri Ruíz de Alde, J. M. Muñoz Cantero. Departamento de Filosofía y Métodos de Investigación en Educación de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidade de A Coruña.

1. INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Rett fue descubierto y analizado en Viena (Austria) en 1965, cuando el profesor Andreas Rett, neuropediatra, advirtió que dos niñas sentadas juntas en la antesala de su consulta clínica, ambas hacían movimientos similares de lavado de mano. Al sujetar las manos, los movimientos estereotipados cesaban o se aminoraban, pero al soltarlas, éstos empezaban de nuevo inmediatamente (Hunder, K. 1995).

Presenta este trastorno, una prevalencia de 1 niña por cada 12.000 nacimientos. Se cree que cada caso es debido a una nueva mutación en un gen del cromosoma X, por lo tanto afecta a una niña de la familia, exceptuando a las gemelas idénticas (una de cada 300 casos), según Kerr (1995). Las anomalías bioquímicas o estructurales por estos cambios genéticos no son todavía conocidos exhaustivamente, pero se sabe que implican o afectan al autocontrol respiratorio, al movimiento y al pensamiento. Puede encuadrarse dentro de Los Trastornos Generalizados del Desarrollo, lo mismo que el autismo (4 niños por cada 10.000); autismo atípico- síndrome de Asperger (o islotes de inteligencia) y, finalmente, los trastornos degenerativos infantiles conocidos como psicóticos antiguamente (denominación eliminada en el DSM-111-R), su prevalencia es de 2 niños por cada 10. 000 nacidos vivos, según Lebovici (1992:8).

Por ser este Síndrome de reciente descripción, lo cual implica que la investigación todavía no es exhaustiva, justifica que no existan muchos programas adaptados para estas niñas. Cada fémmina es única, por lo tanto la estrategia de aprendizaje que se utilizará para optimizarla será siempre individual, adaptada a sus capacidades y sus necesidades especiales.

2. DEFINICIÓN DEL SÍNDROME DE RETT

Es un trastorno del desarrollo en niñas con historial clínico de evolución normal en el momento del nacimiento, posteriormente presentan pérdida de la utilidad voluntaria de las manos y la aparición de estereotipias, tales como lavado de manos, retorcerse, palmotear y llevárselas a la boca.

En la mayoría de las niñas el movimiento de las manos está en la línea media de su cuerpo, que resulta ser más rápidos e intensos cuanto menor es la edad, lo que implica que en edad adulta o se estabilizan o disminuyen.

Se mencionan cuatro etapas clínicas (Kerr,1995), cada una de ellas con aspectos muy relevantes que a continuación exponemos:

- La etapa que va desde los 6 a los 12 meses, manifiesta aleteo inespecífico plácido o ligeramente intenso, menor interés por su entorno, antelación inespecífico psicofísica y motora. No suelen gatear con regularidad, a veces, no se sostienen al andar, y algunas no llegan a andar. Es de mencionar que entre los 6 meses a los 4 años el perímetro encefálico se lentifica en su desarrollo en relación al momento de nacimiento.
- La 2ª etapa, alrededor del año (6/30 meses), supone una regresión rápida e inespecífico de las capacidades adquiridas. Pierden interés por el entorno social, la comunicación, pudiendo desaparecer las destrezas que afectan al habla, junto con otras habilidades adquiridas y movimientos voluntarias de las manos. Todo esto hace que se vuelvan bastante irritadas.

Aparecen conductas como: gritar, gemir y llorar con frecuencia. Pero a veces, se muestran plácidas y calladas. En esta fase, el diagnóstico puede equivocarse.

Los rasgos del autismo provocan movimientos del tronco, de las extremidades, generalmente son toscos con sacudidas, si caminan dan pasitos cortos de base amplia, piernas rígidas y con balanceo de hombros.

- En la 3ª etapa, se estabilizan o recuperan las capacidades básicas, pueden avanzar en el aspecto motor, en el contacto social e interés por otras personas. Pero decaen las funciones neuromotoras, algunas pueden optimizarse hasta su madurez y otras se quedan toda su vida en esta etapa.
- La 4ª etapa, se reconoce por la debilidad muscular y deterioro neurológico, anormal deambulación; aunque el contacto social, e incluso ocular y su sociabilidad se mantienen relativamente estables. Parece que no hay evidencia de un inevitable deterioro mental, pero las deformaciones físicas tienden a empeorar. Las niñas con trastorno precoz muy severo se quedan en las etapas anteriores. Es frecuente que sobrevivan hasta los 40 años; sin embargo, se dan muertes repentinas e inexplicables en muchas jóvenes.

3. CARACTERÍSTICAS

Las niñas con Síndrome de Rett, tomadas desde la generalidad, tienen algunos rasgos comunes que las distinguen de otros tipos de Trastornos del Desarrollo, que a continuación mencionamos: rechinar de dientes o bruxismo; episodios de hiperventilación y jadeo; pitido de sonido de fondo; lentificación de la reacción a los estímulos del dolor- sueño agitado con risas, con gritos o con episodios de insomnio. Crecimiento del cuerpo retardado; epilepsia e hinchazón abdominal.

3.1. *Manifestación de los problemas motóricos*

Dentro de este apartado se consideran el tono abnormal, ataxia, escoliosis, cifosis, trastornos de la motoneurona inferior con deterioro distal, perturbación del conocimiento cinestésico y de la orientación en el espacio (Hanks, 1995). Evidentemente, la severidad del síndrome determina su terapia. Puede tener una forma atípica o síndrome de Rett leve. Si el comienzo es tardío, aumenta el beneficio para la niña en cuanto al movimiento de las manos se refiere, pudiendo tener el lenguaje conservado.

La valoración cognitiva motórica y el lenguaje es la única forma de diagnóstico que es incompleto (Van Acker, R. 1995). Las niñas son muy reactivas y les gusta el contacto, frecuentemente demuestran una inteligencia desarrollada que los expertos que están a su lado van detectando poco a poco. Comprenden más de lo que parece o demuestran; los tests, desgraciadamente, no pueden recoger otras manifestaciones de inteligencia que lo estrictamente baremado (Uzgiris y Hunter, 1975).

Su nivel global de movimientos o actividad parece tener problemas a la hora de poner la atención en algo, puesto que existe una lentificación de los estímulos que llegan hasta su consciente, resultando confusos y, a veces, producen frustración. Generalmente no tienen término medio o están riendo o están llorando.

Otro de los problemas que les afecta especialmente es la pérdida de la intención voluntaria del uso de la mano: proceden a modo de rastrillo, si falla golpetea perdiendo el objeto, es tan difícil coger como sujetar. En el caso de la acción de alimentación, generalmente sincronizan los movimientos de la mano con los de la boca, por tanto pierden la cuchara.

3.2. *Percepción e integración sensorial:*

Presentan estas féminas dificultades de percepción de la profundidad, confunden la dirección de un escalón hacia arriba o abajo. Es más fácil subir que bajar. Dan pasos mucho más grandes de lo necesario. Los que tienen capacidades deambulatorias, vaciaron al caminar sobre una línea pintada en el suelo o para saltarla. Pueden ser tanto hiper como hiposensoriales, pero solamente atienden a un estímulo cada vez. (Lindberg, 1987, Hanks, 1995).

3.3. *Procesamiento de la información:*

Gran dificultad para dar una respuesta. Captan más de lo que dicen, aunque no puedan contestar o manifestar lo que sienten. (Van Acker, 1995).

3.4. *Apraxia:*

Es la deficiencia mayor que presentan estas alumnas, no pueden realizar movimientos voluntarios, afectando a la motricidad fina y gruesa, necesitan refuerzo con generalización de los beneficios conseguidos. (Kerr, 1995).

3.5. *Latencia:*

Sólo pueden atender a una cosa a la vez, el tiempo de reacción es lento, la concentración poco convencional unido a la falta de interés.

3.6. *Coordinación:*

Cuando quiere coger un objeto primero lo mira; luego, apartará la vista; posteriormente, intentará llegar a él casi de golpe. Le cuesta decidirse a actuar, observará repetidamente el juguete. Por fin, utilizará su cuerpo elevando su motilidad, vacilando, balanceándose, hiperventilándose, con muecas faciales y quizá mire a otra dirección. A veces, cierra los ojos a modo de concentración.

3.7. *Comunicación:*

La apraxia afecta su capacidad verbal. Un sistema alternativo es el lenguaje corporal, gestos o parpadeo, que suelen utilizar cuando les interesa una persona u objeto. Algunas niñas usan palabras, pero la mayoría las dicen al azar. Es necesario intentar adivinar sus deseos y confirmar la selección. Nunca subestimar sus capacidades. Si se usan tableros de comunicación u otros instrumentos, pueden precisar que se les sujete el codo. Comprenden la secuencia causa-efecto para los juegos. (Kerr, 1995).

El lenguaje receptivo está mejor conservado que el expresivo. Los Sistemas Alternativos del Lenguaje, pueden ayudarles; el método Benson Schaeffer es el más utilizado, para potenciar el lenguaje básico cotidiano (ir al baño, comer, etc.).

3.8. Fluctuaciones:

Pueden tener sueño en cualquier momento porque el ritmo del mismo suele estar alterado, otra de las razones puede ser el tomar medicamentos; esta situación provoca que el grado de atención sea bajo, su incoherencia se manifiesta en los altibajos de la percepción, concentración, inatención e incluso llanto.

3.9. Reacciones emocionales:

Presentan amplia gama de emociones: miedo, curiosidad, placer..., es el reflejo cognitivo no previsto anteriormente. En el periodo de regresión es muy crítica la reacción emocional provocando lloros, autolesiones, autocerrazón. En la 20 etapa puede ser caótica, en la que pueden perder su seguridad con irritabilidad generalizada.

3.10. Tono anormal:

Como ya hemos mencionado puede ser hipo o hipertánico, presentar escoliosis. La deambulación puede ser vacilante, con apoyo de pies y pasos de base amplia.

3.11. Ataxia:

Problemas de equilibrio, las piernas siempre están en posición de abducción. Necesita hidroterapia y sesiones de estiramientos con el profesional de fisioterapia.

3.12. Escoliosis:

Rotación en la columna vertebral, se considera, a veces, la posibilidad de usar un corsé o aplicar la cirugía; también hay que procurar que en las posiciones de sentadas, su espalda se ajuste al respaldo de asiento y que los pies toquen el suelo. Se puede plantear la necesidad de plantillas o tobilleros. La hidroterapia ayuda a reducir la espasticidad y aumentar la gama de movimientos. Se generarán estímulos propioceptivos para sentir cada una de sus partes de su cuerpo.

4. DIAGNÓSTICO PRECOZ

El conjunto de criterios diagnósticos descritos en el DSM-III-R define razonablemente el trastorno. Suscribimos la definición de Gillberg (1992), consideramos que el síndrome comportamental de Rett es un trastorno biológico multideterminado, que sobreviene en individuos muy diferentes y cuyo tratamiento necesita, en consecuencia, una aproximación individual.

Actualmente, el Síndrome de Rett puede ser diagnosticado de manera satisfactoria en los primeros años de vida. El impacto de un diagnóstico precoz es considerado de forma diferente según los clínicos. Por un lado, están los que sostienen que un diagnóstico precoz es esencial para cualquier programa terapéutico y que, en general, tiene una importancia decisiva para su rehabilitación. Por otra parte, la evaluación diagnóstica, así como la información, deberían prolongarse durante un largo período de tiempo con el fin de que las temibles connotaciones inherentes a la etiqueta del mismo no tengan un efecto devastador sobre la familia.

Nosotros propugnamos la primera de las posturas que refrenda Giliberg (1992, pág. 168), puesto que consideramos que ofrece muchas ventajas:

- Permite a los padres abordar un momento crítico, a partir del cual pueden comenzar un trabajo sobre la experiencia de la pérdida de una niña con buena salud.
- Ofrece la ventaja a todos los implicados de una actitud pronostica realista.
- Permite al médico de cabecera practicar una exploración médica razonable, en consecuencia, dar consejos sobre las causas, los riesgos genéticos y, a veces, sobre los tratamientos específicos.
- Impulsa para elaborar la mejor adaptación curricular de los programas educativos para la niña con este tipo de síndrome y bosquejar un diseño general de intervención terapéutico a largo plazo en el que incluya ayuda real auténtica de la familia. (LOGSE, 1990, 3 de octubre; DOG, Decreto 32011996 de 26 de xullo; DOG, Orde 6 de outubro; DOG, Orde 19 de maio de 1997).

Una vez que se ha establecido formalmente el diagnóstico del Síndrome de Rett, es esencial dirigirla a alguien que conozca bien este campo. Esto puede implicar una retirada o ausencia de la niña del seno familiar y confiarlo a un equipo especializado distante a cientos de kilómetros. Ello supone una colaboración incondicional de los padres o tutores legales del sujeto, además del problema económico.

Para llevar a cabo el diagnóstico inicial del síndrome que nos afecta, Wing (1992), propone partir de la observación directa y de la entrevista con los padres, o con todas las personas que la han cuidado en su primera infancia, obteniendo la historia detallada del desarrollo, la descripción de las capacidades, de los déficits y del comportamiento actual.

Es interesante la utilización de unas pautas sistemáticas para obtener y recoger las informaciones, como el Handicaps Behaviour and Skilis Schedule (HBS). La exploración psicológica permite estudiar las capacidades viso-espaciales, el lenguaje, el comportamiento social, las capacidades de autonomía práctica, la coordinación motriz y el desarrollo de las actividades imaginativas y creativas.

Existen otros instrumentos de diagnóstico, muy usados en el autismo, como: el CARS (Schopier y cols., 1980), el cuestionario E 2 (Rimiand) y el ABC (Krug y cols., 1980), que pueden resultar útiles en el seguimiento longitudinal del sujeto como reconocimiento en las evaluaciones terapéuticas y en la investigación clínica.

Quizá el instrumento más útil, simple y rápido de los mencionados sea el ABC. El test de Leiter, la escala de Madurez Social de Vineland, los tests de lenguaje (como el de Reynell), y, para las alumnas en edad escolar con posibilidades intelectuales, y un CI relativamente elevado, la escala Weschier.

Como exploraciones complementarias podrían mencionarse el electroencefalograma, que nos permitiría confirmar las dificultades elementales; como una estimulación débil puede provocar variaciones del potencial eléctrico cerebral de una forma tan amplia como si se tratase de estimu-

laciones fuertes, y el acoplamiento de las estimulaciones pone de manifiesto la irregularidad de las asociaciones.

Aplicación estimuladora en forma de secuencia (el sonido y la luz) para potenciar la asociación de las respuestas al estímulo. Pero si además, la secuencia comporta un sonido seguido por un movimiento reflejo (flexión ventral de(pie por percusión de(tendón de Aquiles), el sonido produce una onda cerebral lenta de anticipación motriz. Esta onda provocada por el sonido, seguido de un movimiento reflejo, se parece a la que precede al movimiento voluntario. (Ragozzoni y cols., 1982).

Otra forma podría ser la actividad eléctrica cerebral de imitación, suscitada en un espectador por la visión de secuencias de películas mostrando un actor ejecutando gestos, están emparentadas con las modificaciones observadas en el curso del movimiento voluntario. (Lelord, 1966).

Finalmente, un gesto, sea éste voluntario o adquirido, puede disminuir o suprimir las variaciones de potenciales corticales provocadas por una estimulación sensorial y también somestésica (Trouche y cols., 1963).

Lo esencial es que el nivel y las modalidades cognitivas del sujeto sean evaluadas con detalle. El CI es el único factor de pronóstico eficaz en este trastorno. El programa educativo debe ajustarse a un nivel apropiado a la edad de la alumna. No existe “caso de Trastorno Generalizado del Desarrollo imposible de tratar”(Gillberg,1992). Siempre es posible llegar a una cierta estimación de las capacidades cognitivas del sujeto.

5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

La terapia debe ser multidisciplinar, cada experto aporta el conocimiento de su área en beneficio de la niña, trabajando siempre en los límites de tolerancia individual. Optimizar hasta donde se pueda llegar sin forzar. No existe un retraso profundo, sólo una incapacidad para comunicarse. Feigin y Brady (1995) reclaman el PEI, o lo que es lo mismo: nuestro PDI, lo que en literatura actual se traduce como adaptación curricular. (LOGSE, 1990, 3 de octubre; DOG, Decreto 3201/1996 de 26 de xullo- DOG, Orde 6 de outubro; DOG, Orde 19 de maio de 1997). A continuación damos algunos objetivos generales de la terapia educacional:

- Crear un programa educativo significativo para vivir en sociedad.
- Educación global y de calidad: desde las edades más precoces hasta, al menos, 21 años. Proporcionar un transporte cómodo, con supervisión y ayuda de axiliares. La ratio de profesionales especialistas/alumno debe ser 1/1, si bien, de vez en cuando tener la posibilidad de hacer grupos muy pequeños de 3 personas, lo máximo. Disponer de servicios afines como son la terapia ocupacional, la fisioterapia, el apoyo familiar e instrucción, etc
- Ubicación próxima al hogar: con relativa cercanía al vecindario familiar. Lo que implica un tiempo mínimo de transporte. Considerar la Integración física en un campus o colegio ordinario con niños normales. (Posibilidad).

- El objetivo de la educación para estos sujetos es resolver situaciones esenciales, vitales, que facilite la posibilidad de participar en algún tipo de actividad en la sociedad en que están inmersos.

Con respecto a los objetivos específicos a lo lograr en el Síndrome de Rett, se proponen los siguientes (Kjoerholt y Salthammer, 1995)-.

- Intentar reducir la apraxia.
- Estimular el uso de las manos con minivibradores, etc.
- Mejorar la coordinación y estabilidad (reacciones de equilibrio).
- Reducir la ataxia y actividad espástica.
- Mejorar la sensibilidad y propiocepción.
- Reducir la escoliosis.
- Ampliar el recorrido articular.
- Reducir la mialgia y la hiperactividad de la mandíbula.
- Mantener la habilidad para caminar y reducir la progresión del Síndrome.
- Desarrollar la comunicación lo máximo posible.

En cuanto a la reeducación o intervención psicopedagógica sugerimos algunas pautas orientativas:

- Restringir los aleteos de la mano no dominante.
- Activar y desarrollar el uso funcional de la mano dominante en acciones como encender o apagar juguetes.
- Utilizar cédulas o manoplas protectoras y reductoras de las estereotipias.
- Evaluar o determinar aquellas situaciones en que los tics repetitivos se incrementan, como es en el caso de ansiedad, aburrimiento, fatiga, etc., para evitarlas.
- Distracciones incompatibles con los rituales conductuales, como son chupar un caramelo sujetando con la mano, tocar una pandereta, etc. Valorar la extensión de brazos en aquellas cosas que solicita; examinar otras funciones de la mano, tales como beber, comer, limpiarse la baba, etc. Aprender fuertemente dentro de su palma de la mano antes de comenzar un ejercicio. Evitar que las lleve a la boca, dándole otras alternativas sensoriales para sensibilizar las zonas próximas bucales (minivibraciones, morder juguetes, etc), a veces, esta estrategia ayuda a eliminar la conducta de sialorrea.

- Antes de que una actividad requiera el uso de las manos o brazos, es necesario que el sujeto tome más conciencia de sus actividades propioceptivas como: cepillar sus brazos, hacer la carretilla, usar los reflejos dentro de un tonel que se mueva para que se sujete, coger un aro, subir la niña en un patin y arrestarla para exigir que adopte posturas de equilibrio, etc.
- Analizar y estructurar cuidadosamente ejercicios cotidianos que potencien el uso funcional de la mano, alternando ambas. Si es necesario poner una cédula en los dedos para bloquear ciertas pautas patológicas, evitando así, el que se haga daño o lesione su piel. Esto hace que aumente la conciencia de los estímulos sensoriales. Un equipo multidisciplinar decidirá cuál y qué tipo de cédula le conviene.
- Micromasajear los tendones para evitar la espasticidad y sensibilidad motriz. Colocar nuestra mano sobre la suya para colorear o presionar, puede ser una estrategia interesante. Según el sujeto vaya dominando las estereotipias de su mano se va retirando la ayuda técnica.
- Desarrollar experiencias concretas, positivas, especialmente de estructura rutinaria. Usar palabras, signos y dibujos en actividades que expliquen la situación. La musicoterapia, es una actividad muy beneficiosa y atractiva para las niñas, es muy importante darle tiempo para ajustarse a la situación y adaptación tanto del ritmo como el movimiento. Ofrecer experiencias más complejas y estructuradas cuando tenga confianza y seguridad. Procurar no cansarlas en los ejercicios. Que el nivel de participación sea lo más adaptado posible, evitando la frustración o el aburrimiento.
- Adaptar el currículo escolar a las características físicas que presentan las alumnas afectadas con el Síndrome de Rett.

La decisión sobre el lugar adecuado de intervención o matriculación sería cualquier centro especializado, clases de apoyo o integración en un colegio ordinario según la filosofía individual y la elección de la familia, siempre con la ratificación del equipo técnico o EOE, aspecto que actualmente se regula en nuestra comunidad por el Decreto 320/1996, 26 de julio DOG,n1 153,6/8/96 y el Decreto 120/98, de 23 abril que regula la Orientación en nuestra Comunidad Autónoma de Galicia.

BIBLIOGRAFÍA

DOG, (1 996). Decreto, 320/1996 de 26 de xullo: regulamento da E. E.

DOG, (1 996). Orde 6 de outubro: adaptacións curriculares.

DOG, (1997). Orde 19 de maio de 1997: programas de adaptación curricular na ESO.

DOG, (1998). Decreto 120/ 1998, do 23 de abril, que regula os Departamentos de Orientación.

Feigin, J.Z. y Brady, M.P. (1995). "Qué pedir de un Marco Escolar: Conseguir Servicios Escolares Locales para Niñas con Síndrome de Rett. En *Educational an Therapeutic intervention in Rett Syndrome*. Valencia: A. V. S. R.

- Garanto Alós, J. (1990). *Autismo*. Barcelona: Herder.
- García Fuentes, C.D.; Iglesias Cortizas, M.J. y Mendiri, M.P.(1996). “El trastorno autista: Un análisis de aspectos asociados”. *Revista Galego-Portugués de Psicopedagogía*. Nº 1. 397:405. A Coruña: Universidade da Coruña.
- García Sánchez, J.U. (1992). *Autismo*. Valencia: Prornolibro.
- Gérard, C and Dugas, M. (1992). “Neuropsicología y autismo. En *Autismo: Cuidados, educación y tratamiento*, bajo la dirección de PARQUET, BURSZTEJN AND GOLSE. Barcelona: Masson. Pág. 129-142.
- Gilberg C. (1992). “El tratamiento del autismo infantil”. En *Autismo: Cuidados, educación y tratamiento, bajo la dirección de PARQUET, BURSZTEJN AND GOLSE*. Barcelona: Masson. Pág. 165-180.
- Hobson R. P. (1 995). *El autismo y el desarrollo de la mente*. Madrid: D. L.
- Iglesias Cortizas, M.J.; García Fuentes, C.D. y Mendiri, M.J. (1996). “El trastorno autista: Patología del lenguaje”. *Revista Galego-Portugués de Psicopedagogía*. Nº 1. 407:417. A Coruña: Universidade da Coruña.
- Iglesias Cortizas, M.J.; Abalde Paz, E.; García Fuentes, C.D. y Mendiri, M.J. y Muñoz Cantero, J.M.(1996). “Identificación de los trastornos del lenguaje de una población autista de la Comunidad Autónoma de Galicia”. Granada: Universidad de Granada. Libro de Actas, 533:344.
- Hanks, S.B. (1995). “Función motora: estrategias de fisioterapia y terapia ocupacional”. En *Educational an Therapeutic intervention in Rett Syndrome*. Valencia: A.V.S.R.
- Hunter, K. (1995). “Introducción”. En *Educational an Therapeutic intervention in Rett Syndrome*. Valencia: A.V. S. R.
- Lindberg, B. (1987). “Understanding Rett Syndrome”. *A Practical Guide for Parents, Teachers and Therapists*. New York: Hogrefe y Huber.
- Lelord, G. (1966). “Inérêt des méthodes électrophysiologiques dans l'étude de l'action du film cinématographique chez l'enfant”. *Pedopsychiatrie*, P.U.F. 156-166.
- Lebovici, S. (1992). “Autismo y psicosis del niño: a propósito de su tratamiento”. En *Autismo: Cuidados, educación y tratamiento*, bajo la dirección de PARQUET, BURSZTEJN AND GOLSE. Barcelona: Masson. Pág. 5:16.
- LEY 1311982, de 7 de abril, integración social de los minusválidos.
- Locker, L. and Rutter, M. (1969). “A five to fifteen year follow-up study of infantile psychosis: III Psychological aspect”. *British Journal of Psychiatry*, 115,865-882.
- LOGSE. (1 990). Ley Orgánica del Sistema Educativo. 1/1990, 3 de octubre.
- Kjoernolt, K. Y Salthammer, E. (1995). “Función Motor: Estrategias fisioterapia y función ocupacional.”. En *Educational and Therapeutic intervention in Rett Syndrome*. Valencia: A.V.S.R.

- Kerr, A.M. (1995). "Síndrome de Rett: Orientaciones para los Terapeutas". En *Educacional and Therapeutic intervention in Rett Syndrome*. Valencia:A.V. S. R.
- Psychological Corporation. (1969). *Bayley Scales of Infant Development*. New York: Hanecourt, Brace. Janovich.