

INSTRUMENTO DE PSICOMOTRICIDAD VIVENCIADA PARA NIÑOS Y NIÑAS AUTISTAS

INSTRUMENT OF VIVENCED PSYCHOMOTRICITY FOR AUTISTIC CHILDREN

Lina Johanna Álvarez Toro¹

¹ Fisioterapeuta. Magister en Desarrollo Infantil. Profesora Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad del Atlántico, Barranquilla, Colombia, linoka_123@hotmail.com

Rev. U.D.C.A Act. & Div. Cient. 16(2): 343-350, Julio-Diciembre, 2013

RESUMEN

Los instrumentos para la evaluación psicomotriz en población con trastornos del espectro autista (TEA) suelen ser muy limitados, debido a las dificultades en la comunicación y en la interacción social, que son características específicas de este tipo de patologías, generándose así grandes inconvenientes a la hora de realizar procesos de evaluación, debido a la falta de reciprocidad de esta población con el terapeuta. Esta investigación tuvo como objetivo brindar una propuesta de evaluación psicomotriz desde la perspectiva vivenciada y para ello fue necesaria la creación de un instrumento, el cual, fue sometido a juicio de expertos, para dar validez de contenido. En este primer momento, los resultados arrojaron que el instrumento brinda un acercamiento al componente psicomotor desde otra perspectiva, facilitado por la observación en los diferentes contextos y presenta acople entre las cuatro dimensiones: a su propio cuerpo, al espacio, a los objetos y a las otras personas. En un segundo momento, las conclusiones de los terapeutas quienes emplearon el instrumento, determinaron que era coherente, práctico, sencillo y permitía un buen análisis del niño o la niña, porque se centra en el sujeto de análisis.

Palabras clave: Trastorno generalizado del desarrollo, psicomotricidad, Instrumento de Evaluación.

SUMMARY

The psychomotor assessment tools in population with autism spectrum disorders (ASD) tend to be very limited, due to difficulties in communication and social interaction, which are characteristics of this type of disease, thus generating great disadvantages when performing assessment processes, due to the lack of reciprocity of this group with the therapist. This research aimed to provide an evaluation proposal from the lived psychomotor perspective, for this it was

necessary to create an instrument, which was submitted to an expert judgment. In this first moment, the results showed that the instrument provides an approach to psychomotor component from another perspective, facilitated by the observation within different contexts and presents coupling between the four dimensions: the own body, space, objects and other individuals. In a second moment, the conclusions of the therapists who used the instrument, determined that it was consistent, practical, simple and allowed a good analysis of the male or female child because it focuses on the subject of analysis.

Key words: Pervasive developmental disorder, psychomotor, Assessment Instrument.

INTRODUCCIÓN

El autismo, según la American Psychiatric Association (2000), es un trastorno biológico del desarrollo que causa severas dificultades en la interacción social y en la comunicación; se asocia a una conducta estereotipada, intereses restringidos, dificultad en la comunicación y limitación de intereses y actividades con patrón estereotipado y repetitivo, tal como lo describe Betoglio & Hendren (2009). Y mirando su etimología, el término autismo proviene del griego *autos* que significa por sí mismo. Por su parte, Kanner (1943) fue el primero en describir una condición específica, conocida como autismo.

Cuando se mencionan las características de los niños con trastornos del desarrollo, específicamente con autismo, podemos encontrar que sus características específicas, según O'Neili & Joner (1997) y Curcio (1978), son repertorios restringidos de intereses y de comportamientos, alteraciones como híper o hiposensibilidad frente a estímulos auditivos, visuales y táctiles, más las dificultades de la comunicación verbal y no verbal, planteadas por Kielinen *et al.* (2009).

Existen algunos instrumentos tradicionales de evaluación, cuyo objetivo es la obtención de una medida global del desarrollo y otros se distinguen por evaluar áreas específicas de desarrollo. Las técnicas más utilizadas en los años 50 a los 70 fueron instrumentos estandarizados, precisando que cuando se habla de realizar una evaluación psicomotriz en niños y en niñas hallaríamos instrumentos creados, a partir de unos criterios normativo-evolutivos, los cuales, permiten establecer un cociente de desarrollo global, según Ozeretzki (1936). La escala McCarthy, que en los casos de niños autistas con competencias en la gama de 3 a 7 años podría resultar útil, en muchos casos y en especial cuando son pequeños o el cuadro se acompaña de retraso mental, esta prueba psicométrica no podría ser suministrada. Otro instrumento es el Perfil Psicoeducativo (PEP), establecido en Schopler & Reichler (1979); en consecuencia, en la actualidad realizar una evaluación psicomotriz a niños con autismo puede resultar compleja.

La actividad corporal evidencia la identidad psicomotriz de la persona, su nivel de desarrollo y el grado de integridad de la imagen corporal de sí mismo. Conociendo algunas de las manifestaciones clínicas del autismo, se puede decir que la psicomotricidad en el autismo es un campo poco explorado. Las investigaciones realizadas en los últimos años con relación al autismo y su psicomotricidad, se enmarcan a partir de los procesos de intervención basados en las terapias alternativas, como los de Pan (2010), Rosenblatt *et al.* (2011), Bass *et al.* (2009) y los efectos de la terapia en integración sensorial, estudiados por Pfeiffer *et al.* (2011).

La psicomotricidad vivenciada o relacional es una forma de psicomotricidad que se puede entender como una organización de todas las sensaciones relativas al propio cuerpo, relación con el mundo exterior, representación del propio cuerpo, de sus límites y posibilidades de acción, el empleo del movimiento como medio de aprendizaje, esto según Aucouturier (2005). Por ende, una evaluación psicomotriz en un espacio transicional entre el examinador y el paciente, en el cual, los dos son sujetos y objeto de observación, debe generar una evaluación dinámica, mediante un diálogo tónico, descrito por Ajuriaguerra (1983), potencializando la capacidad del ser humano, aunque esté callado, pueda “hablar”.

En la Psicomotricidad vivenciada, el cuerpo es visto como instrumento que permite vivenciar las diversas cualidades perceptivo-motrices, tal como lo plantean Lapierre & Aucouturier (1974), estrechamente vinculado a la motricidad voluntaria, a la acción y a las experiencias sensoriomotoras, es decir, a lo perceptivo motriz.

Las prácticas psicomotrices deben permitir a niños y niñas con dificultades en la comunicación verbal, la socialización

y las relaciones interpersonales, tener la posibilidad de expresarse y explorar esas habilidades.

La psicomotricidad vivenciada tiene como fundamento práctico y punto de partida el juego, que es más que una simple diversión; es la forma propia de actuar del niño, la manera con que descubre el mundo, a través de la acción sobre su cuerpo, sobre los objetos y sobre los otros, según Valdés (1997); cualquier tipo de conocimiento construido tiene una estrecha relación con la inteligencia y la afectividad, estas últimas dependen íntimamente de la vivencia corporal y motriz, de acuerdo a lo planteado por Ruffman *et al.* (2001).

El compromiso psicomotriz, desde la perspectiva vivencial, evalúa la relación con su propio cuerpo y con el espacio, estableciendo las relaciones entre él y las personas, por medio del reconocimiento de su cuerpo, donde construye su propio espacio y sus límites. Estas habilidades son las que permiten la interacción con el mundo que nos rodea; sin embargo, esta población ha mostrado una deficiencia en esta área, según Curcio (1978), siendo una de sus dificultades para el reconocimiento del yo y la inversión prenominal, según Kanner (1943). Por otro lado, las conductas no son adquiridas de manera paulatina y en forma conciente, como un acto madurativo y los conceptos no suelen ser construidos por su capacidad propia, teniendo en cuenta que el pensamiento no es regulado por una representación mental.

En relación con otras personas, las áreas afectadas en los niños con autismo están relacionadas con déficits de tipo social. Estas áreas forman parte de un “racimo funcional”, que contendría pautas sociales, según Ruffman *et al.* (2001), habilidades simbólicas y el sistema de las emociones, de acuerdo a lo planteado por Rivière (2001), de manera que si uno de estos ámbitos se afecta, los demás se resienten, por eso, ellos presentan dificultades para la comprensión de uno mismo y los demás como personas, no pueden comprender ni predecir el comportamiento de la gente, sus compañeros los consideran fríos e insensibles, entre otros comportamientos y juzgamientos.

En relación con los objetos, los niños con autismo se relacionan mejor con los objetos que con las personas. Hacen de los objetos algo interno, propios de su mismo cuerpo. No diferencian los objetos inanimados de los animados. No tiene noción de meterse adentro de algo, porque para ellos todo pertenece a su organismo. Estos están generados por el sentido del tacto, no son “objetos” en un sentido objetivo, sino que son sentidos como siendo partes del propio cuerpo, objetos paradójales, según Tustin (1981), desde el punto de vista del psicoanálisis, que se podrían determinar como “objetos subjetivos”.

Esta investigación tuvo como objetivo diseñar un instrumento

de evaluación psicomotriz a niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista, planteándose como objetivos específicos determinar los criterios para la operacionalización de variables con las que se va a construir el instrumento, identificar la validez de contenido y de la apariencia del instrumento, a partir de un juicio de expertos y aplicar una prueba piloto al instrumento para conocer sus fortalezas y debilidades.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación, se hizo en cinco fases. Fase descriptiva: Se recopiló una literatura relacionada con la creación del instrumento, que permitió definir los dominios de evaluación psicomotriz desde la perspectiva vivenciada. Fase formulativa: Se realizó la propuesta del instrumento. Fase de comprobación: El instrumento, se llevó a un juicio de expertos, conformado por fisioterapeuta y psicólogos, en un rango de experiencia profesional en el tema de 10 a 30 años y con grado de escolaridad en maestrías y doctorados; de allí se determinó la validez de contenido. Fase de aplicación de prueba piloto: Seguido a las recomendaciones de los expertos y ajustando el instrumento a las observaciones realizadas, se hizo entrega del instrumento a once terapeutas de diferentes áreas de la salud, que representaron el 90% de los profesionales en la ciudad de Cali y que brindan apoyo terapéutico a niños y niñas con diagnóstico establecido de Trastorno del Espectro Autista (TEA), en edades comprendidas entre los 3 y los 12 años, para la aplicación y la valoración del instrumento. La selección de la muestra, se basa en los fundamentos metodológicos de Dieterich (2001). Para ello, se realizó un muestreo intencional, no probabilístico, a conveniencia. Criterio de inclusión:

Terapeutas Ocupacionales, Fisioterapeutas, Psicólogos, Educadores Especiales. Estos profesionales estaban en un rango de experiencia, entre los 2 a 18 años, en campos de la educación especial y trastornos generalizados del desarrollo. Fase de recolección de Información, descrita por Deslauriers (2005): Se analizaron los datos obtenidos tras la aplicación de la prueba piloto y se recogió la información acerca de las debilidades y las fortalezas del instrumento al momento de aplicarlo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La evaluación realizada por los expertos al instrumento con respecto a los 14 ítems, arrojó que el instrumento propuesto es coherente, claro y sencillo y las dimensiones a evaluar responden a los intereses de valoración, desde la perspectiva vivencial en niños (as) con TEA.

A continuación, se presenta la síntesis gráfica de la evaluación del Juicio de Expertos, en cada una de las dimensiones a considerar en el instrumento. Estas síntesis son representadas por las Figuras 1, 2, 3 y 4.

Seguida a la evaluación del Juicio de Expertos, previos ajustes, se entrega una nueva versión a los once profesionales, cuya síntesis de evaluación se presenta a continuación. Entre las fortalezas, se resalta: 1) Que el instrumento puede detectar el compromiso del niño o niña desde la vivencia corporal relacionada con cada una de las dimensiones, lo que facilita el planteamiento de objetivos más claros, desde lo psicomotor; 2) Que tiene en cuenta otros aspectos como vivencias motrices; 3) Brinda un acercamiento del

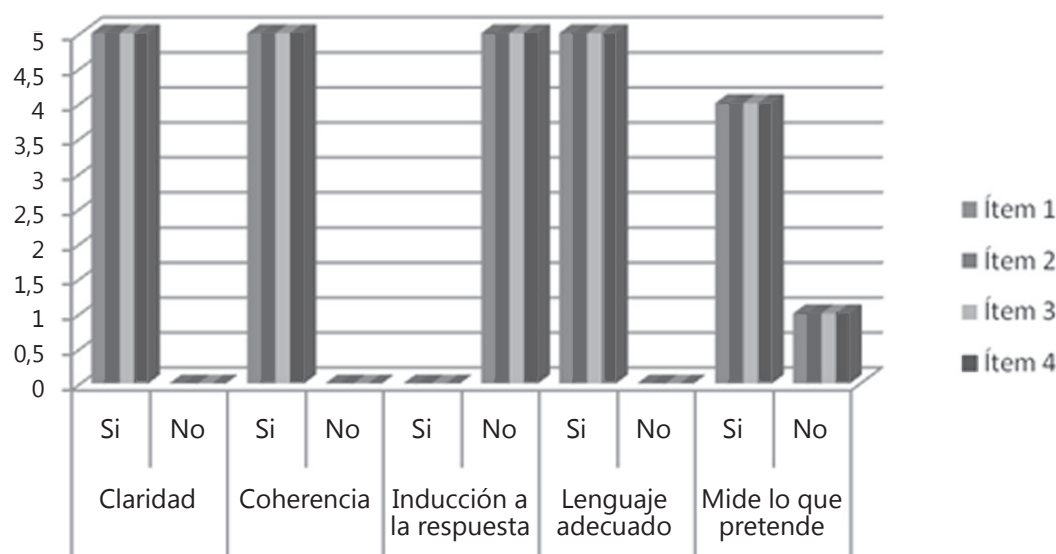


Figura 1. Dimensión 1, con relación a su propio cuerpo.

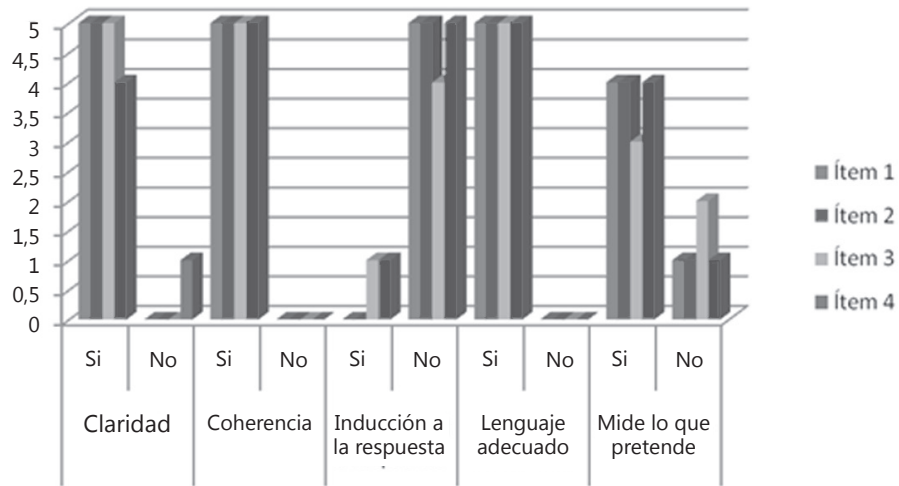


Figura 2. Dimensión 2, con relación a otras personas.

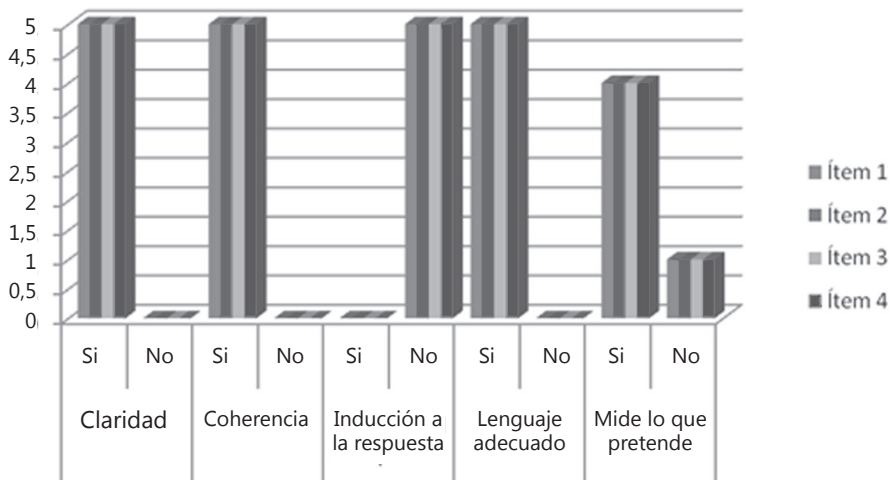


Figura 3. Dimensión 3, con relación a los objetos.

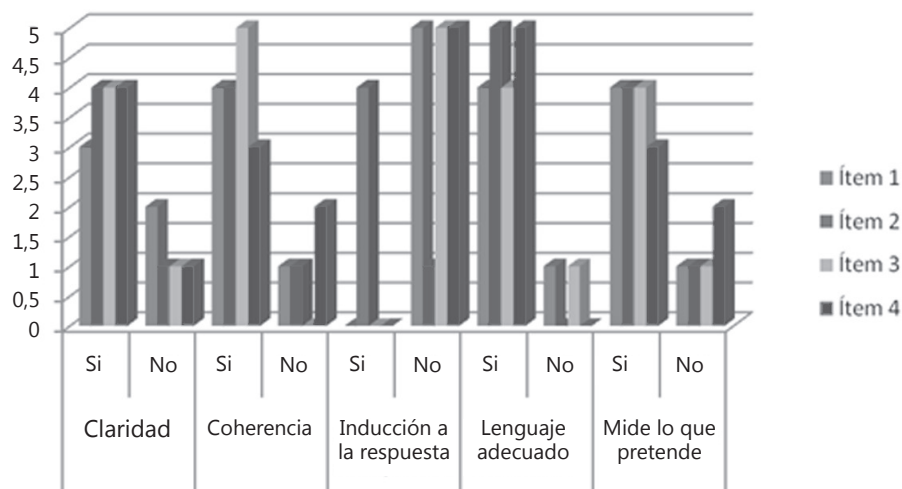


Figura 4. Dimensión 4, con relación al espacio.

Cuadro 1. Instrumento de evaluación psicomotriz a niños y niñas con TEA.

DATOS DEL EVALUADOR				
Nombre:				
Profesión:				
Sexo:				
Fecha de evaluación:				
DATOS DEL EVALUADO				
Nombre:				
Edad:				
Sexo:				
Diagnóstico:				
<p>Criterios para aplicar el instrumento La psicomotricidad vivenciada es aquella disciplina que estudia al ser humano desde su particular manera de ser y estar en el mundo, que se fundamenta en conceptos claves, como el desarrollo formativo global y la expresividad psicomotriz del niño. El niño descubre el mundo, a través de la acción sobre su cuerpo, sobre los objetos y sobre los otros, relacionándose en una forma particular con éstos, por lo que su expresividad psicomotriz se ve cargada de ellos. El presente instrumento tiene como objetivo evaluar características del desempeño psicomotor del niño respecto a la relación con su cuerpo, con las personas, con los objetos y con el espacio desde la perspectiva de la psicomotricidad vivenciada. Para ello, usted como evaluador, debe responder calificando de cero a tres, de acuerdo a la frecuencia con que observa la conducta en el niño o en la niña. Este instrumento es aplicable en el rango de edad entre los tres a los doce años. Para la aplicación de este instrumento es necesario conocer con anticipación al niño o a la niña. Para obtener datos confiables, el evaluador podrá tener en cuenta a los cuidadores y demás profesionales que brinden apoyo terapéutico, para ampliar o corroborar la información obtenida.</p>				
ÍTEMS	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Expresa con sus gestos corporales lo que le gusta o le disgusta.				
2. Cuando se enfrenta a situaciones nuevas lo expresa con sus actitudes corporales.				
3. Manifiesta sus necesidades y demandas en su vida diaria, por ejemplo: para la alimentación, para el aseo, el abrigo con sus gestos corporales.				
4. organiza sus segmentos corporales y dispone su cuerpo para la ejecución de actividades.				
ÍTEMS	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Acepta el contacto físico con otras personas.				
2. Es selectivo (a) al relacionarse con los demás.				
3. Manifiesta sentimientos de afecto y/o disgusto hacia otras personas, como sus pares, familiares, profesionales de apoyo terapéutico.				
4. Se relaciona "intencionalmente" con otras personas con las que comparte espacios. Por ejemplo: los busca para jugar o para comunicarse de alguna manera.				
ÍTEMS	Nunca	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
1. Muestra interés por los objetos que se le muestran alrededor.				
2 Utiliza intencionalmente los objetos teniendo en cuenta su uso.				
3 Realiza algún tipo de juego utilizando los objetos proporcionados durante las actividades.				
4 Usa los objetos para relacionarse con sus compañeros.				
ÍTEMS	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Se integra de manera intencional y organizada al espacio durante sus actividades para cumplir con el objetivo propuesto.				
2. Explora con curiosidad los espacios por los que se mueve.				
3. Asume y se adapta a diferentes posiciones y vivencias corporales en el espacio Por ejemplo agacharse, empinarse.				
4. Manifiesta seguridad y dominio en los espacios frecuentados.				

Observaciones generales: _____

componente psicomotor desde otra perspectiva, facilitado por la observación en los diferentes contextos; 4) Presenta acople entre las cuatro dimensiones a la falta de flexibilidad mental, en medio de las vivencias cotidianas y 5) Que es coherente, práctico y sencillo y permite un buen análisis del niño (a), porque se centra en el sujeto de análisis. Con respeto, a debilidades pocas fueron las encontradas, con excepción de que los aspectos considerados son muy generales y limitados a una coordinación motora gruesa; teniendo en cuenta esta apreciación, el instrumento de evaluación no pretende determinar aspectos psicomotores precisos.

Después de cumplir, entonces, con las diversas fases metodológicas, se produjo el instrumento de evaluación final, que a continuación se presenta y representado por el cuadro 1.

Los instrumentos de evaluación psicomotriz requieren de reciprocidad, de cooperación y de comunicación entre el terapeuta y el paciente, acción entendida como el "diálogo tónico- emocional", descrito por Ajuriaguerra (1983), convirtiéndose, de alguna manera estas herramientas, en limitantes frente a dichos procesos de evaluación. En este sentido, se justifica la creación de nuevos instrumentos que posibiliten el acercamiento a las habilidades psicomotoras que podrían tener estos niños; lo anterior, se apoya en las conclusiones de los trabajos de investigación realizados por Llinares & Rodríguez (2003) y Ruiz (1999), a las habilidades psicomotoras que podrían tener estos niños.

La Psicomotricidad, se plantea, según Lapierre & Aucouturier (1974), a partir de diversos aspectos, tales como lo perceptivo, motor, intelectual y afectivo y, a su vez, cada uno de estos ha de permitir que la vivencia se desarrolle a distintos niveles: el del propio cuerpo, el del esquema corporal con relación al objeto, la relación de los objetos entre sí y las relaciones entre los miembros del grupo. De ahí surgen las dimensiones a evaluar y cada una de estas dimensiones se fundamenta en aspectos vivenciales, que pueden ser evaluados en los distintos contextos en los que niños (as) estén inmersos.

Por otra parte, las dimensiones y los aspectos a evaluar, por medio del instrumento, buscan poner al servicio la expresividad motriz del niño o niña en la cotidianidad. En muchas ocasiones, según Ruiz (1999), la intrusión del terapeuta es negativa para cualquier paciente, pero en el caso de niños y de niñas con TEA es más intolerable y, a veces, es la causa para que el niño o niña quiera retirarse del sitio donde es evaluado, según Frith (1989), pues se pone en consideración que una de las características del TEA es el pensamiento poco flexible, según Albores *et al.* (2008), entendiéndose como un fracaso a la hora de comprender cómo otros piensan y sienten y, por ende, una dificultad a la hora de prevenir el comportamiento.

Hoy en día, la escuela tiene un valor determinante en los procesos terapéuticos, sociales y de inclusión escolar en la población con algún tipo de discapacidad, ya sea sensorial, física, motora o cognitiva. Los niños integrados escolarmente, según Koegel & Koegel (1995), establecen relaciones que les brindan oportunidades de adquirir habilidades sociales y comunicativas, están constantemente expuestos a modelos de iguales, que les proporcionan vías para aprender otros aspectos positivos para su desarrollo.

Este estudio da respuesta a las perspectivas de otras investigaciones, como Albores *et al.* (2008) y Llinares & Rodríguez (2003), donde se identifica la necesidad que los niños autistas deban ser evaluados con pruebas modificadas, adaptadas o diseñadas, para que dicha población pueda mostrar, al máximo, sus capacidades y sus destrezas motrices que poseen y que no pueden ser demostradas por lo severas que suelen ser las características de su condición, ya que varios de los instrumentos de evaluación requieren de entrenamiento exhaustivo, para el uso clínico de los instrumentos, la investigación y su capacitación, de acuerdo a lo planteado por Garigardobil (1999). En la actualidad, hay un menor progreso de instrumentos de evaluación del desarrollo psicomotor infantil y algunos de ellos son muy limitados, en el número de funciones que miden, según Cruz & Mazaira (1990).

Por último, el promedio de tiempo en el empleo del instrumento estuvo en un rango de 10 a 15 minutos, a diferencias de otras escalas McCarthy (2004) y Cruz & Mazaira (1990), que oscilan en un rango de tiempo entre los 20 a 45 minutos. Pero lo más esencial de esta alternativa de evaluación es que, por medio de su divulgación internacional, se pueda recibir sugerencias para fortalecer su contenido y coherencia, lo cual, repercute en una mejor evaluación de los niños y de las niñas con Trastorno del Espectro Autista y sus familias.

Conflicto de intereses: El manuscrito fue preparado y revisado por el autor, quien declara ser el único autor y que no existe ningún conflicto de intereses, que ponga en riesgo la validez de los resultados presentados.

BIBLIOGRAFÍA

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2000. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Arlington, U.S.A.: American Psychiatric Association; 84p.
2. AJURIAGUERRA, J. 1983. De los movimientos espontáneos al dialogo tónico postural y las actividades expresivas. Anu. Psicol. 28:7-18.

3. ALBORES, L.; HERNÁNDEZ, L.; DÍAZ, J. 2008. Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo: una discusión. *Salud Mental*. 31(001):37-44.
4. AUCOUTURIER, B. 2005. Los Fantasmas de la acción y la práctica psicomotriz. Editorial GRAO de IRIF, S.L. 173p.
5. BASS, M.; DUCHOWNY, C.; LLABRE, M. 2009. The effect of therapeutic horseback riding on social functioning in children with autism. *J. Autism Dev. Disord.* 39 (9):1261-1267.
6. BETOGLIO, K.; HENDREN, R. 2009. New developments in autism. *Psichiatri. Clin. N. Am.* 32:1-14.
7. CRUZ, M.; MAZAIRA, M. 1990. EPP, Escala de Evaluación de Psicomotricidad en Preescolar. TEA Ediciones. (Madrid). 150p.
8. CURCIO, F. 1978. Sensomotor functioning and communication in mute autistic children. *J. Autism Child Schizophr.* 8(3):281-292.
9. DESLAURIERS, J. 2005. Investigación cualitativa. Guía práctica. 2ª, ed. Papiro. (Colombia). 142p.
10. DIETERICH, H. 2001. Nueva guía para la investigación científica. Ariel. (México). 229p.
11. FRITH, U. 1989. Autism: Explaining the enigma. Black Wells. (Oxford). 249p.
12. GARIGARDOBIL, M. 1999. Evaluación del desarrollo psicomotor y sus relaciones con la inteligencia verbal y no verbal. *Ridep.* 8(2):9-36.
13. KANNER, L. 1943. Autistic disturbances of affective contact. *Nerv. Child.* 2:217-250.
14. KOEGEL, R.; KOEGEL, L. 1995. Teaching children with autism: strategies for initiating positive interactions and improving learning opportunities. Paul H. Brookes. (Baltimore). 236p.
15. LAPIERRE, A.; AUCOUTURIER, B. 1974. La simbología del movimiento. Científico médica. (Barcelona). 132p.
16. LLINARES, L.; RODRÍGUEZ, J. 2003. Creciendo juntos: un acercamiento desde la educación psicomotriz a las personas con espectro autista. *Rev. Iberoam. Psicomotr. Técn. Corp* (10):10-23.
17. MCCARTHY, D. 2004. Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para niños. 7ª ed. Madrid: TEA.
18. O'NEILI, M.; JONER, R.S. 1997. Sensory- perceptual abnormalities in autism: a case for more research? *J. Autism Dev. Disord.* 27(3):283-293.
19. OZERETZKI, N. 1936. Echelle Metrique du developpement de la motricité chez lenfant et l'adolescent. *Hygiene Mentale.* 3:53-75.
20. PFEIFFER, B.; KOENIG, K.; KINNEALEY, M.; SHEPPARD, M.; HENDERSON, L. 2011 Effectiveness of sensory integration interventions in children with autism spectrum disorders: a pilot study. *Am. J. Occup. Ther.* 65(1):76-85.
21. KIELINEN, M.; RANTALA, H.; TIMONEN, E.; LIISA, S.; MOILANEN, I. 2009. Associated medical disorders and disabilities in children withautistic disorder. *Autism.* 8(1):49-60.
22. RIVIÈRE, A. 2001. El Autismo y los Trastornos Generalizados del Desarrollo. En: Palacios J, Marchesi A, Coll C. (eds). *Desarrollo Psicológico y Educación.* Alianza Editorial Madrid. (España). p.329-60.
23. PAN, C. 2010. Effects of water exercise swimming program on aquatic skills and social behaviors in children with autism spectrum disorders. *Autism.* 14(1):9-28.
24. ROSENBLATT, L.; GORANTLA, S.; TORRES, J.A.; YARMUSH, R.S.; RAO, S.; PARK, E.R.; FRICCHIONE, G.L.; BERNSTEIN, B.; LEVINE, J.B. 2011. Relaxation response-based yoga improves functioning in young children with autism: a pilot study. *J. Altern. Compl. Med.* 17(11):1029-1035.
25. RUFFMAN, T.; GARNHAM, W.; RIDEOUT, P. 2001. Social understanding in autism: eye gaze as a measure of core Insights. *J. Child Psychol. Psychiatry.* 42(8):1083-1194.
26. RUIZ, R. 1999. Teoría y técnica de la terapia en niños autistas. En: Prego L. ed. *Autismo revisando conceptos.* Ediciones Trilce. (Uruguay). p.142-157.
27. SCHOPLER, E.; REICHLER, R.J. 1979. *The Psychoeducational Profile (PEP).* University Park Press. (Baltimore). 150p.
28. TUSTIN, F. 1981. Estados autísticos de los niños. Amorrortu. Buenos Aires. 304p.

