



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Educación

Metodología para niños con Síndrome de Asperger en Educación Infantil

Trabajo fin de grado presentado por: Inmaculada Díaz Jiménez

Titulación: Grado de Educación Infantil

Línea de investigación: Propuesta de Intervención

Director/a: Miguella Domingo Centeno

Ciudad: Manzanares (Ciudad Real)

[Julio 2014]

Firmado por: Inmaculada Díaz Jiménez

CATEGORÍA TESAURO: 1.1.8 Métodos pedagógicos

AGRADECIMIENTOS

El desarrollo de este trabajo ha sido posible gracias a la colaboración de todas aquellas personas que me han apoyado y han estado cerca de mí guiándome en esta tarea tan gratificante de mi aprendizaje como maestra.

Gracias a mi directora del Trabajo Fin de Grado, Miguela Domingo Centeno, por escuchar mis propuestas a asesorarme en el transcurso de su elaboración.

Gracias a la UNIR (Universidad Internacional de la Rioja) por brindarme la oportunidad y la infraestructura suficiente para desarrollar este trabajo e indagar en temas de suma importancia para la Educación.

Gracias, a ti, David, que has sido la persona que más me ha animado, apoyado y acompañado en este largo año lleno de dificultades y complicaciones. Porque siempre has estado a mi lado, me has sabido comprender y has sabido que todo este esfuerzo llevará consigo una gran recompensa.

Y por último, gracias de todo corazón a mi familia, amigos y compañeras de trabajo, porque con su comprensión y apoyo la consecución de este trabajo ha sido más fácil.

Toda ayuda ha sido poca y con estas líneas os quiero demostrar lo importante que sois y seguiréis siendo para mí.

Un beso a todos.

RESUMEN

Este trabajo fin de grado se presenta como una guía para dar a conocer las características de aquellos alumnos que presentan Trastorno de Espectro Autista, y más concretamente de aquellos que tienen el Síndrome de Ásperger y cómo poder trabajar con ellos en el aula de educación infantil.

En una primera parte, se revisa los aspectos más teóricos entorno a este tipo de trastorno: definiciones, conceptos, epidemiología, aspectos legales... que nos van a servir de base para perfilar nuestra propuesta de intervención.

A través de ella, se pretende ofrecer una gran herramienta de trabajo que permitirá ofrecer en nuestras aulas una educación que respete las diferencias individuales así como los principios de inclusión y normalización dentro de las aulas de educación infantil.

PALABRAS CLAVE

Trastorno de Espectro Autista, Síndrome de Ásperger, inclusión, normalización e intervención.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	6
1.1	Justificación	6
1.2	Objetivos.....	7
1.2.1	Objetivos generales	7
1.2.2	Objetivos específico	7
2.	MARCO TEÓRICO SOBRE EL TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA (TEA)	8
2.1	Definición de Alumnos con Espectro Autista	8
2.2	Síndrome de Ásperger	10
2.2.1	Definición.....	10
2.2.2	Criterios de diagnóstico	11
2.2.3	Rasgos clínicos.....	13
2.3	Requisitos para la buena intervención en alumnos con Espectro Autista.....	14
2.4	Importancia de la etapa de Educación Infantil y Primaria en estos alumnos.....	15
2.5	Importancia del papel de la familia en alumnos diagnosticados con este síndrome.....	16
2.6	Conclusiones del capítulo.....	18
3.	PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA ALUMNADO DE INFANTIL CON NECESIDADES ESPECÍFICAS DE APOYO EDUCATIVO ASOCIADAS A SÍNDROME DE ÁSPERGER	20
3.1	Introducción.....	20
3.2	Objetivos de la intervención.....	20
3.3	Desarrollo de la propuesta de intervención	21
3.3.1	¿Qué hacemos cuando sospechamos que tenemos un alumno con síndrome de Ásperger en el aula?	21
3.3.2	Signos de alerta para identificar el síndrome de Á. en niños de 3 a 9 años.	22
3.3.3	Principios genéricos de la intervención.	23
3.3.4	Estrategias generales para la intervención de un alumno con Síndrome A.....	24
3.3.5	Áreas de intervención:	25
3.3.5.1	Trabajo autónomo.....	25
3.3.5.2	Trabajo en grupo	26
3.3.5.3	Adquisición de conocimientos.....	27
3.3.5.4	Atención	27
3.3.5.5	Lenguaje.....	28
3.3.5.6	Coordinación motora	29
3.3.5.7	Recreos.....	29

3.3.5.8	Relación con los compañeros	30
3.3.5.9	Ajuste emocional	31
3.3.5.10	Rigidez mental	33
3.3.5.11	Días especiales en el colegio	33
3.3.5.12	Estereotipias	35
3.3.5.13	Hipersensibilidad sensorial	35
3.4	Metodología a utilizar	35
3.4.1	Criterios a tener en cuenta	35
3.4.2	Métodos específicos de tratamiento.....	36
3.4.2.1	Método TEACCH.....	36
3.4.2.2	Método LOAVAAS.....	36
3.4.2.3	PECS.....	37
3.4.2.4	Proyecto PEANA.....	38
3.5	Coordinación.....	39
3.6	Evaluación	40
4.	CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y PROSPECTIVA.....	41
4.1	Conclusiones generales	41
4.2	Limitaciones observadas	42
4.3	Prospectiva	42
5.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
5.1	Bibliografía empleada.....	43
5.2	Bibliografía consultada.....	45
6.	ANEXOS.....	46

1. INTRODUCCIÓN

1.1 JUSTIFICACIÓN

El análisis de la evolución y desarrollo de la Educación Especial es un recurso metodológico que favorece un acercamiento a las fuentes teóricas y prácticas de nuestro ámbito de conocimiento. Las reformas educativas que se han ido desarrollando, dirigidas a las personas con discapacitadas, así como otras muchas reformas sociales, forman parte de un complejo interactivo entre varias dimensiones de la sociedad.

Hoy en día, la educación para las personas con discapacidades se reconoce como un derecho en muchos países y está pasando de ser una noción a ser una práctica. (Hegarty, 1994; OCDE, 1994). En nuestro país por ejemplo, la Reforma Educativa, implantada a partir de 1970, con la Ley General de Educación, fue la que introdujo por primera vez el principio de igualdad de oportunidades.

A partir de esta ley y la evolución de la sociedad, la atención a la diversidad ha sido y sigue siendo uno de los pilares fundamentales de nuestro sistema educativo para ofrecer una educación de calidad a los alumnos que por algún motivo presentan necesidades específicas de apoyo educativo siendo su educación un reto y un indicador de la capacidad del sistema educativo para ofertar una enseñanza de calidad.

La LOE, Ley Orgánica 2/2006 del 3 de mayo de Educación, en su apartado II dedicado a la Equidad en la Educación establece una serie de principios para dar respuesta a este tipo de alumnos, de entre los que destaco los principios de INCLUSIÓN y NORMALIZACIÓN que serán los ejes vertebradores que responderán a las necesidades que presenta un alumno con relación a los aprendizajes escolares.

Como futuros maestros, debemos de darnos cuenta que en nuestras aulas nos encontramos con una gran diversidad de alumnos que son únicos e irrepetibles, que tienen distintas capacidades, intereses, circunstancias familiares, motivaciones..., diferencias que aún son más notables en los alumnos que presentan Trastorno de Espectro Autista. Por este motivo, es obligación de la escuela ofrecer las estrategias oportunas para que estas diferencias no se conviertan en motivo de desigualdad entre los alumnos.

El estudio de las necesidades educativas de las personas con graves trastornos del desarrollo (autistas y psicóticos) y con problemas de comunicación, sigue generando, permanentemente, una gran cantidad de interrogantes, trabajos, reflexiones e investigaciones. Además, las teorías sobre su intervención psicoeducativa han ido evolucionando paulatinamente, acorde con las corrientes psicológicas y pedagógicas, centrándose bien en el sujeto específicamente bien en el entorno como contexto de aprendizaje, o en ambos. Estas ganas de investigar y saber más sobre el tema, unido al aumento de niños/as con Espectro Autista en las aulas y la consiguiente necesidad, por parte de las administraciones, de la creación de aulas específicas para estos alumnos en determinados centros escolares junto con la creación de distintas órdenes que las regulan para poner en común una

misma metodología, es lo que ha provocado en mí el deseo de reflexionar más sobre este tema y sobre todo centrarme en conocer más de cerca las características de estos alumnos y más concretamente de aquellos que tienen el Síndrome de Asperger. Me gustaría que este trabajo, fuera más allá de una simple aportación de información sobre el tema sino que sirviera para hacer cambiar la mentalidad de algunos profesionales de la educación en la forma de enseñar en el aula partiendo de una propuesta de intervención psicopedagógica en el aula y que pudiera generalizarse a todos los demás para favorecer en gran medida los aprendizajes de todos nuestros alumnos.

Hablar de metodología, supone poner en práctica todo aquello que nosotros hemos adquirido a través de nuestra propia experiencia y el poder conocer más acerca de un tema u otro nos permite investigar sobre cómo podemos mejorar nuestra práctica docente. Este es el comienzo sobre el que tenemos que empezar a forzar nuestros propios pilares dentro de este gran campo de conocimiento como es la educación.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivos generales

Diseñar una propuesta de intervención educativa para los alumnos con Síndrome Ásperger en el aula de Educación infantil

1.2.2 Objetivos específicos

Describir las características definitorias de los alumnos con Trastorno de Espectro Autista centrándome más concretamente en el Síndrome de Ásperger.

Definir los criterios de diagnóstico y los rasgos clínicos del Síndrome de Ásperger.

Describir los requisitos para una buena intervención en alumnos con Espectro Autista.

Resaltar la importancia de la etapa de educación infantil y primaria en estos alumnos.

Resaltar la importancia del papel de la familia en alumnos diagnosticados con este síndrome.

Elaborar pautas de intervención para poner en práctica en el aula de educación infantil

2. MARCO TEÓRICO

2.1 DEFINICIÓN DE ALUMNOS CON ESPECTRO AUTISTA.

“A medida que transcurría su segundo año de vida, comencé a sentir que alguien me había cortado el ‘hilo telefónico’ que antes me había comunicado con mi hijo. Llamaba una y otra vez, pero era como si no tuviera línea. Cada vez me era más difícil lograr la relación de persona a persona que antes había tenido cuando el niño era más pequeño.”

Estas son las reflexiones que he encontrado en el libro titulado “El niño pequeño con autismo” de Angel Riviére y Juan Martos y que he creído interesante introducir ya que nos llevan un poco a comprender los sentimientos de una madre cuando en sus vidas se presenta el autismo en su hijo.

A diferencia de lo que sucede con los familiares de niños con otras dificultades del desarrollo como el Síndrome de Down, los padres de autistas sienten con frecuencia que han perdido algo, que hay algo que se les ha ido o que les ha sido robado por la naturaleza, en el desarrollo de sus hijos.

Cuando hablamos de autismo, supone enfrentarse a un problema serio de definición, ya que toda la investigación sobre autismo se basa en una definición adecuada de los cuadros, en la posibilidad de que la definición que dan distintos grupos de investigación sea la misma, ya que, cuando se comparan las definiciones que han dado algunos de estos grupos de investigación, puede ocurrir que sean definiciones distintas. Así, E. Bleuler, en 1906, utilizó por primera vez el término “autismo” con pacientes adultos esquizofrénicos, para definir un síntoma que representaba un fracaso de dichas personas en las relaciones interpersonales, así como un aislamiento de su entorno. Más tarde, Kanner (1943) utilizó el término “autismo infantil precoz” para definir a una población de niños/as en quienes se detectaba una marcada tendencia al retraimiento, antes de cumplir el año de edad así como la imposibilidad de interaccionar con las personas que les rodeaban. A partir de entonces se han produciendo cambios en el concepto del mismo y en su tratamiento.

En concreto, según Kanner, los rasgos más característicos del cuadro autista que presentaba la población de niños que él estudió eran los siguientes:

- Incapacidad para establecer contacto con personas.
- Retraso importante en la adquisición del habla.
- Utilización no comunicativa del habla en caso de que esta fuera adquirida.
- Ecolalia retardada.
- Inversión pronominal.
- Actividades de juego repetitivas y estereotipadas.
- Insistencia obsesiva en la perseverancia de identidad
- Carencia de imaginación
- Buena memoria y aspecto físico normal.
- Anormalidades evidentes de la primera infancia.

Después de las aportaciones de Kanner, se fue redefiniendo el término. La proliferación de conceptos y planteamientos siguió en las décadas posteriores con terminaciones como Trastornos Generalizados del Desarrollo (término que aún se mantiene en los manuales de diagnóstico actualmente vigentes) hasta llegar a la década de los 90 con la terminación de Trastornos de Espectro Autista (en adelante TEA), a partir de la aportación de Lorna Wing y Judith Gould.

Se entiende por TEA, un trastorno del desarrollo que se caracteriza por una triada de alteraciones cualitativas de la interacción social, comunicación y flexibilidad.

Para comprender este concepto de “espectro autista”, hay que tener en cuenta dos ideas importantes:

1. El autismo es un conjunto de síntomas que se defina por la conducta. No es una “enfermedad”.
2. Considerar el autismo como un continuo más que como una categoría que se presenta en diversos grados de diferentes cuadros del desarrollo. Esto de acuerdo a lo descrito por el psicólogo Ángel Riviere en el año 2001.

Para ayudar a la comprensión del autismo, es conveniente ofrecer, de manera abreviada, una serie de síntomas de especial significado en las diferentes áreas comportamentales que como profesionales tenemos que tener en cuenta a la hora de evaluar:

1. En el ámbito intelectual: C.I bajo, alto, retraso mental, déficit de pensamiento de secuencias temporales.
2. En la esfera social: falta de interés por contactos sociales, falta de conducta anticipatoria, escaso interés por explorar el entorno, no imitación social, no uso significativo de objetos, entorno estimular permanente, resistencia al cambio, soledad, auto y heteroagresiones, ausencia de juego.
3. En el desarrollo: edad y curso de deterioro, alteraciones frente a estímulos sensoriales, indiferencia, fascinación, angustia ante sonidos, estímulos visuales, dolor, frío, contexto físico, autocastigo.
4. En cuanto al lenguaje: alteraciones del lenguaje, habla y comunicación, no intencionalidad comunicativa, no funcionalidad, alteraciones en la simbolización, alteraciones en los signos, incompetencia lingüística, mutismo selectivo, balbuceo, ecolalia, ecos exactos, expandidos y reducidos, eco inmediato, eco moderado, dificultades de articulación, escasez de vocabulario, neologismos, jerga lingüística, imperativos, alteraciones en el gesto, tono y ritmo, no correspondencia entre entonación y contenido.

Dentro de este amplio abanico de síntomas que tenemos que tener en cuenta, debemos saber que dentro del TEA podemos hablar de distintos cuadros asociados a esta discapacidad como son:

- 1- Trastorno Autista: Trastorno del desarrollo caracterizado por retraso en la aparición del lenguaje, movimientos estereotipados, conductas autoestimulatorias, alteraciones en la relación, comunicación y flexibilidad. Su prevalencia es entre los 18 meses hasta 3 años, en hombres y mujeres

- 2- Trastorno de Rett: Trastorno neurológico complejo, descrito por Dr. Rett en 1966. Se da en niñas e implica una rápida y devastadora regresión de la motricidad y la conducta (con estereotipias características como la de “lavado de manos”). Se asocia a discapacidad intelectual severa, microcefalia y numerosos trastornos orgánicos. Su mayor incidencia es entre los 6 y los 18 meses, en mujeres.
- 3- Trastorno Desintegrativo Infantil: Fue descrito inicialmente por Theodor Heller en 1908. Trastorno profundo del desarrollo que implica pérdida completa del lenguaje, acompañada de un deterioro de la comunicación e interacción social con presencia de gran ansiedad e inquietud y pérdida del control de esfínteres. Las personas presentan un desarrollo inicial normal o casi normal hasta los tres o cuatro años, momento en el que aparece una pérdida importante de funciones previamente adquiridas, presentándose progresivamente las características ya descritas.
- 4- Trastorno Generalizado del Desarrollo No especificado: Esta categoría aparece por primera vez en el DSM III- R (1988). Presenta un retraso profundo del desarrollo con características del trastorno autista, como manifestaciones en el comportamiento atípico después de los tres años.
- 5- Trastorno de Asperger: Trastorno del desarrollo caracterizado por un buen nivel de funcionamiento cognitivo, desarrollo normal del lenguaje pero con problemas pragmáticos, con importantes dificultades en las relaciones y habilidades sociales y que a continuación desarrollaré de manera más extensa.

2.2 SÍNDROME DE ÁSPERGER

2.2.1 DEFICICIÓN

Según Stephen Mauer, director de la Unidad de Desarrollo del Hospital Genesee (Nueva York), el Síndrome de Asperger (también llamado Trastorno de Ásperger) es un tipo relativamente nuevo de trastorno del desarrollo. Aunque un pediatra vienés, Hans Asperger, fue el primero en los años 40 en describir con gran exactitud a un grupo de niños con estos rasgos clínicos, el Síndrome de Ásperger (AS) fue “oficialmente” reconocido por primera vez en el Manual Estadístico de Diagnóstico de Trastornos Mentales en su cuarta edición en 1994 (DSM-IV).

Debido al hecho de que, hasta la fecha, existen pocos artículos exhaustivos sobre este síndrome, es relativamente común observar la existencia de estudiantes con AS, a menudo diagnosticados erróneos, con entornos educativos normales, por lo que este tema es de cierta importancia tanto para el personal educativo como para los padres.

El síndrome de Ásperger es el término utilizado para describir la parte más moderada y con mayor grado de funcionamiento de lo que se conoce normalmente como el espectro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo o Espectro Autista.

Al igual que las demás condiciones registradas en dicho espectro, se cree que el AS representa un trastorno del desarrollo con base neurológica, de causa desconocida en la mayoría de los casos, en el cual existen anormalidades en tres amplios aspectos del desarrollo: conexiones y

habilidades sociales, uso del lenguaje con fines comunicativos y ciertas características de comportamiento y de estilo relacionadas con rasgos repetitivos, así como una limitada pero intensa gama de intereses. Éste representa la parte de espectro continuo de los Trastornos Generalizados del Desarrollo que se caracteriza por mayores habilidades cognitivas (C.I por lo menos normales, e incluso en los niveles más altos) y por un nivel de lenguaje más cercano a la normalidad, en comparación con otros trastornos del espectro. De hecho, la **presencia de habilidades del lenguaje básicas normales** se considera hoy en día uno de los criterios para el diagnóstico del AS, aunque existan casi siempre algunas **dificultades** más sutiles en lo que se refiere al **lenguaje pragmático-social**.

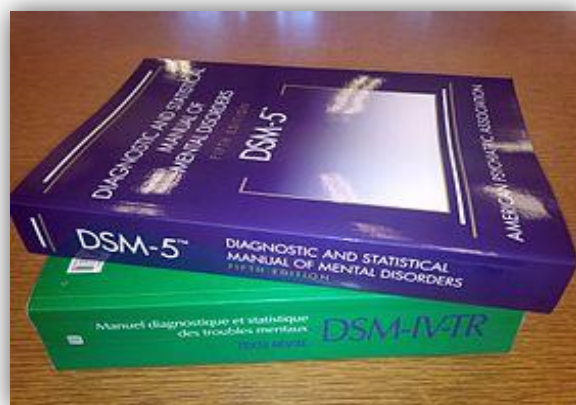
Algunos investigadores consideran que la relativa fortaleza en estas dos áreas es lo que distingue el AS de otras formas de autismo y permiten establecer un mejor pronóstico en el caso de AS.

2.2.2 CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Disponemos hoy en día de dos sistemas de clasificación diagnóstica: uno el establecido por la Asociación Psiquiátrica Norteamericana, el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM), que se encuentra en su quinta edición actualmente publicada, donde todo los tipos de de autismo se encuadran dentro de los Trastornos de Espectro Autista, y que constituye el sistema más utilizado para la investigación internacional de calidad; y otro, el desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), en su décima versión, que se utiliza de manera oficial para codificar las enfermedades en muchos países. En ambos manuales, se buscó la convergencia de criterios a fin de permitir la comparación de los futuros estudios de investigación y minimizar el riesgo de que las personas recibieran diagnósticos diferentes.

A continuación voy a describir los criterios en los que se basa el **DSM-4 TR**, ya que el DSM-5 es de muy reciente publicación y hasta octubre del 2014 en España no tendremos disponible su traducción.

MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM-IV TR Y DSM-V VERSIÓN INGLESA)



Según este manual, para el diagnóstico del AS incluye la presencia de:

- A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:
 - 1. Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
 - 2. Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas a nivel de desarrollo del sujeto
 - 3. Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses a y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés).
 - 4. Ausencia de reciprocidad social o emocional.
- B. Patrones de comportamientos, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:
 - 1. Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo.
 - 2. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
 - 3. Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
 - 4. Preocupación persistente por partes de objetos
- C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo) p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).
- E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.
- F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo y esquizofrenia.

Christopher Gillerberg, un médico sueco que ha estudiado el AS de modo extensivo, ha propuesto seis criterios de diagnóstico, elaborados a partir de los criterios establecidos en el DSM-IV y éstos captan el estilo especial de estos niños e incluyen:

- 1. Deficiencias sociales con un egocentrismo extremado, que pueden incluir:
 - Incapacidad para interactuar con sus iguales
 - Falta de deseo de interacción con sus iguales
 - Pobre apreciación de claves sociales
 - Respuestas sociales y emocionales poco apropiadas
- 2. Intereses y preocupaciones limitadas, que incluyen:
 - Con más “mecánica” que significado

- Relativa exclusión de otros intereses
- Adherencia repetitiva
- 3. Rutinas o rituales repetitivos, que pueden ser:
 - Impuestos a sí mismos o
 - Impuestos a los demás
- 4. Peculiaridades del habla y del lenguaje, tales como:
 - Posible retraso en el desarrollo temprano, pero no observado de forma regular
 - Lenguaje expresivo superficialmente perfecto
 - Prosodia extraña, características peculiares de voz
 - Comprensión deficiente, incluyendo mala interpretación de significados literales e implícitos.
- 5. Problemas de comunicación no verbal, tales como:
 - Uso limitado de los gestos
 - Lenguaje corporal torpe
 - Expresión facial limitada o inapropiada
 - Mirada “rígida” peculiar
 - Dificultad en adaptarse a la proximidad física
- 6. Torpeza motora
 - Puede no formar necesariamente parte del cuadro en todos los casos

2.2.3 RASGOS CLÍNICOS

La marca distintiva más obvia del Síndrome de Ásperger y la característica que hace a estos niños tan únicos y fascinantes, son sus áreas de “especial interés”, tan peculiares e idiosincráticas. En contraste con el autismo, en el AS los intereses se centran más a menudo en áreas intelectuales específicas. Con frecuencia, estos niños muestran un interés obsesivo en áreas tales como las matemáticas, los aspectos científicos, la lectura (algunos tienen una historia de hiperlexia- lectura mecánica a una edad precoz), o algunos aspectos de historia o geografía, queriendo aprender todo lo posible sobre el tema en cuestión y sacarlo a colación en conversaciones o actividades de juego libre. Algunos niños, de edad tan temprana como 3 años, parecen darse cuenta de cosas tan poco usuales como el camino que se toma en un viaje en coche. Algunas veces, las áreas fascinantes representan exageraciones de intereses comunes en los niños de nuestra cultura, tales como Mickey Mouse, dinosaurios...En muchos niños, sus áreas de interés preferente cambian con el tiempo, reemplazándose una preocupación por otra. Sin embargo, en algunos niños sus intereses pueden permanecer hasta la edad adulta.

Otra de las características del AS es la falta de socialización y este aspecto también tiende a diferir de lo que ocurre en el autismo típico. Aunque los profesores y los padres sienten que los niños con AS están frecuentemente “en su propio mundo” y preocupados por su propia agenda, no están prácticamente nunca tan aislados como los niños con autismo. De hecho, la mayoría de los niños con AS expresan un deseo de adaptarse socialmente y tener amigos, por lo menos a partir del

momento en que van a la escuela. A menudo se sienten profundamente frustrados y desilusionados por sus dificultades sociales. Su problema no es tanto una falta de interacción como una falta de efectividad para establecer interacciones. Gillberg, ha descrito esto como un “trastorno de empatía”, es decir, la falta de habilidad para “leer” de modo efectivo las necesidades y perspectivas de los demás y responder a éstas de un modo apropiado.

Aunque las habilidades del lenguaje “normales” son un rasgo que diferencia a AS de otras formas de autismo, existen diferencias observables en la manera que tienen los niños con AS de usar el lenguaje. Su prosodia (aspectos del lenguaje hablado tales como el volumen del habla, la entonación, la inflexión, el ritmo...) es con frecuencia bastante extraña. Algunas veces, su lenguaje suena demasiado formal y pedante, no suelen usar los modismos y el argot e interpretan las cosas con demasiada literalidad. La comprensión del lenguaje tiende hacia lo concreto, apareciendo problemas crecientes a medida que el lenguaje adquiere mayores niveles de abstracción. Sus habilidades pragmáticas del lenguaje están mermadas. Muchos de ellos presentan dificultades con el sentido del humor, no suelen entender los chistes o ser ríen a destiempo; no obstante, unos pocos muestran interés en el humor y los chistes, especialmente cuando se trata de juegos de palabras.

Cuando se examina el desarrollo temprano del lenguaje en niños con AS, no se observa un patrón único: algunos presentan pautas de desarrollo normales o incluso precoces, mientras otros muestran retrasos evidentes en su desarrollo temprano del lenguaje, retraso que se recupera rápidamente hacia un lenguaje normal cuando empiezan a ir a la escuela. En un niño menor de tres años que no ha adquirido todavía un nivel de lenguaje normal, el diagnóstico diferencial entre el AS y el autismo leve puede llegar a ser difícil, y solamente el paso del tiempo permitirá clarificar el diagnóstico.

2.3 REQUISITOS PARA LA BUENA INTERVENCIÓN EN ALUMNOS CON ESPECTRO AUTISTA.

Según Olga Marco Gómez, psicóloga de la asociación de niños con Espectro Autista (AUTRADE) de Ciudad Real los requisitos que hay que tener en cuenta para la buena intervención en alumnos con Espectro Autista son los siguientes:

- 1- Conocer las características psicológicas del autismo.
- 2- Que la intervención sea lo más temprana posible.
- 3- Que se emplee una metodología y técnicas específicas de enseñanza basándonos en el desarrollo evolutivo.
- 4- Que haya una programación basada en una evaluación inicial.
- 5- Que favorezca la integración en la sociedad.
- 6- Que el centro esté sensibilizado y sea favorecedor a la integración
- 7- Que el alumnado no autista esté concienciado y conozca el trastorno.
- 8- Que implique a la familia.

2.4 IMPORTANCIA DE LA ETAPA DE EDUCACIÓN INFANTIL Y PRIMARIA EN ESTOS ALUMNOS.

La infancia suele ser una etapa relativamente dorada para las personas con SA. A diferencia de lo que sucederá unos pocos años más tarde- en la preadolescencia y la adolescencia-, en estos primeros años de vida los niños con SA suelen disfrutar de un relativo bienestar. Sus intereses, su peculiar modo de comportarse y su deseo de preservar su soledad todavía no han colisionado con los intereses de sus compañeros y de la vida en sociedad. Así, los primeros años de la niñez permiten que pasen desapercibidas, determinadas actuaciones que con el transcurso del tiempo pasarán a ser extrañas e incomprendidas, en el mejor de los casos, y de blanco de burlas en el peor. El exceso de sinceridad, la incompetencia para desentrañar las reglas implícitas en las interacciones sociales, los intereses restringidos, la inflexibilidad mental y comportamental, o la ausencia de recursos para socializar, todavía no se han manifestado con toda su dureza y quedan camuflados entre las características y el desarrollo evolutivo de cada niño. Estas son algunas razones por las cuales muchos niños con SA todavía no han recibido un diagnóstico en la etapa de Educación Infantil y Primaria. Aunque para entonces los padres y profesores ya han comenzado a percibir que determinadas habilidades y dificultades parecen anómalas, todavía no han llegado a considerar la necesidad de recurrir a un profesional que ayude al niño a solventarlas.

Hasta hace muy poco tiempo, esta situación de desconcierto, asociada a la falta de diagnóstico, podía prolongarse hasta la edad adulta. Afortunadamente, y gracias a la labor divulgativa y formativa de algunos padres y profesionales, esto ha comenzado a cambiar, y el síndrome se detecta a edades cada vez más tempranas, lo que sin duda mejorará la comprensión del individuo acerca de sí mismo y la del entorno.

Por otra parte, los niños con SA suelen disfrutar en estos primeros años de vida de una pequeña tregua que sólo volverán a recuperar, en algunos casos, en la edad adulta. Las características que tienen los primeros años de la infancia constituyen, en un primer momento, un entorno en el que las personas con SA pueden desenvolverse en condiciones bastante semejantes a las que poseen sus iguales. Los juegos, casi siempre en paralelo o cooperativos, permiten que la persona con SA pueda elegir entre participar, sin mostrar excesiva torpeza, o mantenerse al margen sin llamar demasiado la atención, disfrutando de su soledad. Del mismo modo, las interacciones sociales todavía no han alcanzado la complejidad que poco a poco irán adquiriendo, por lo que el niño con SA todavía puede ser un compañero relativamente eficaz.

En la Educación Primaria, no obstante, toda la tranquilidad previa irá dando paso a una nueva situación en la que las dificultades y las limitaciones serán cada año más evidentes y por estos motivos es de suma importancia que durante este tiempo se realice una intervención flexible del personal especializado que asesora al propio profesorado, personal de apoyo tanto en el aula como fuera de ella, de colaboración del resto de profesorado de centro y de continuas reuniones para trabajar en quipo existiendo una estrecha colaboración y comunicación entre las distintas personas implicadas en la educación del niño con Síndrome de Asperger.

2.5 IMPORTANCIA DEL PAPEL DE LA FAMILIA EN ALUMNOS DIAGNOSTICADOS CON ESTE SÍNDROME

Es de suma importancia destacar el papel esencial que ejerce la familia sobre la educación de cualquier alumno y en especial, en alumnos que presentan algún tipo de dificultad ya que su papel va a ser crucial para su futura evolución y desarrollo.

A continuación, y sin obviar las dificultades a las que se enfrentan las familias de personas con SA, desarrollaré algunas claves que pueden ayudar a entender la problemática específica a las que se enfrentan las familias a lo largo del ciclo vital de sus hijos como desarrollan el Equipo Deletrea (Equipo Asesor Técnico de Ásperger en España), en su guía teórica y práctica haciendo referencia sobre todo a tres momentos críticos:

1- LA DETECCIÓN

Aunque algunas familias son conscientes de que a sus hijos les ocurre “algo”, en la mayoría de los casos es la escuela la que da la voz de alarma, generando una situación de *incertidumbre*. El desarrollo aparentemente normal durante los primeros años de vida y el desconocimiento de muchos profesionales, puede llevar a una interpretación errónea de esas conductas entendiéndolas como un problema coyuntural que tiene que ver con causas emocionales (mala adaptación a la escuela o trauma por una hospitalización) y con “modos de educar” más que con una alteración del desarrollo. El Síndrome de Ásperger es una alteración que se hace más evidente sobre los 4-5 años de edad, existiendo un desarrollo aparentemente normal durante los primeros años de vida, por lo que para las familias resulta difícil asumir que su hijo pueda presentar una alteración del desarrollo que le acompañará toda su vida.

En la mayoría de los casos de Síndrome Ásperger los síntomas suelen acompañarse de un buen potencial cognitivo y con capacidades excepcionales en algunas áreas, factores que dificultan la interpretación de los síntomas de forma global: “es un niño muy independiente, al que no le gusta jugar con otros niños, algo maniático pero es que es muy listo, ha aprendido a leer solo”. Las familias en esta etapa suelen experimentar un *sentimiento de culpa*, que en algunos casos persiste hasta que encuentran profesionales que les ayuden a interpretar las conductas de sus hijos.

2- EL DIAGNÓSTICO

Muchas de las familias de personas con AS describen su experiencia para recibir un diagnóstico como una auténtica “peregrinación” por centros de salud (psiquiatría, neurología, pediatría), distintos profesionales de la educación y la psicología. Cuando reciben un diagnóstico, éste refleja, en la mayoría de los casos, una parcialidad del cuadro. Los más comunes suelen ser Déficit de Atención/Hiperactividad o Trastorno de Conducta; en ocasiones se recomienda medicación produciéndose mejoras poco significativas si estos tratamientos no se complementan con terapias cognitivo-conductuales. Aunque este síndrome es cada vez más conocido en nuestro país, todavía existe “un vacío informativo” entre muchos profesionales de la educación y de la salud.

3- DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO

Una vez que la familia tiene un diagnóstico, que generalmente no suele acompañarse de orientaciones y asesoramiento, comienza “la batalla de la información”. Recopilan información de diferentes medios y se ven en la necesidad de convertirse en autodidactas, ya que en la mayor parte de los casos existe poco apoyo profesional especializado. Esto provoca que los padres deban enfrentarse durante la infancia y la adolescencia a sistemas educativos poco flexibles y menos sensibles a las características de sus hijos, psicólogos que abordan la problemática desde un enfoque inadecuado, escasa comprensión por parte de algunos familiares y pocos recursos de ocio adaptados. Por otra parte, a medida que los chicos van creciendo sus desafíos se relacionan con la escasa supervisión individualizada para aquellos que acceden a la universidad y las pocas ofertas de empleo con apoyos.

Además a esto se une, que en nuestro país es ahora cuando están surgiendo las llamadas aulas TEA, aulas adaptadas a las peculiaridades de estas personas para poder adquirir sus propios aprendizajes, que hasta el momento eran inexistentes.

4- LA CONVIVENCIA FAMILIAR

Bajo el punto de vista de los padres la convivencia en general es difícil e influyen varios factores. El conjunto de dificultades que va encontrando la persona con AS a lo largo de su vida va dejando un camino de frustraciones, confusión, baja autoestima y alteraciones a todos los miembros de la familia. Pueden llegar a ser muy absorbentes con respecto a los padres, quitando tiempo para la atención a los hermanos, la vida de pareja, el ocio familiar o la proyección profesional de los padres. Las dificultades en teoría de la mente hacen que a veces puedan parecer egoístas, con tendencia a imponer sus deseos sobre los del resto de la familia.

He aquí una visión desde dentro de la familia, en el testimonio aportado por un padre:

Sus dificultades de aprendizaje hacen a menudo que los padres se conviertan en sus segundos maestros y que vuelvan a estudiar la educación obligatoria por segunda vez en su vida. Y tras un duro día en el colegio, tenemos a nuestro hijo carado de estrés y con una enorme cantidad de tareas pendientes.

Los fines de semana y las vacaciones son tiempos en los que los padres tenemos que ingeniárnoslas para programar actividades de manera que la persona con AS no se aburra, ni se dedique exclusivamente a sus intereses restringidos. En ocasiones esto se convierte en una lucha contra la resistencia a cambiar de rutinas.

Es indudable que un hijo Asperger requiere una cantidad enorme de energía e imaginación por parte de la familia, también podemos decir que nos plantea retos constantes en la convivencia. Pero no es menos cierto que nos proporciona también momentos de felicidad que compensan con crecer los esfuerzos que tenemos que hacer. Nuestro hijos son especiales, tienen una dificultad innata e invisible pero son maravillosos, buenos (no tienen malicia), sincero, fieles, justos, generosos, nobles, originales, cualidades que debemos saber apreciar. Cada día al despertar, me miro al espejo y me repito: “quiero a mi hijo y estoy orgulloso de ser su padre”.

Las familias necesitamos ayuda por parte de la sociedad de los profesionales, de las administraciones, de las asociaciones y del voluntariado. Nuestros hijos pueden evolucionar muy bien o muy mal, todo depende de las oportunidades que les demos. Los padres queremos lo mejor para nuestros hijos, pero no podemos luchar solos: necesitamos de la solidaridad y el compromiso de toda la sociedad.

2.6 CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO

Tras este recorrido teórico sobre los Trastornos de Espectro Autista y más concretamente del Síndrome de Ásperger, queda constancia de la complejidad que entrañan estos trastornos. Se trata de un panorama muy heterogéneo en el que muchas son las variables que intervienen pero todas tienen una sintomatología en común. Son trastornos neurológicos que se desarrollan durante los primeros años de vida y en los que se van observando graves deficiencias en las áreas del desarrollo como son: la comunicación, interacción social, las emociones...

Aunque todavía no está demasiado divulgado, en los últimos años hemos visto cómo ha aumentado de manera significativa el número de publicaciones, estudios y monográficos centrados en el Síndrome de Ásperger. El gran vacío teórico con el que se enfrentaron tanto profesionales como las propias familias hace menos de una década, está dando paso a un mayor conocimiento del síndrome y a un mejor diseño de estrategias educativas y terapéuticas para estas personas. En la actualidad y principalmente en nuestro país el gran reto se encuentra en la formación de profesionales encargados de la educación y el tratamiento de las personas con SA. El creciente interés que este síndrome ha despertado en la comunidad científica internacional está permitiendo que se avance y profundice en el conocimiento de las características definitorias, el perfil neuropsicológico específico y las estrategias educativas más adecuadas para potenciar al máximo el desarrollo y la calidad de vida de estas personas.

Como profesores tenemos la difícil tarea de ocuparnos de estos niños a la par de otros veintiocho o treinta alumnos, cada uno de ellos con sus peculiaridades y sus propias características, y nuestro trabajo será el de procurar atender a todos ellos favoreciendo su propio aprendizaje llevando a cabo los contenidos propuestos en nuestras programaciones. Si cada uno de nosotros reflexionáramos sobre esto, antes de emitir juicios insustanciales como los que hoy en día oímos acerca de los profesores, nos haría pensar que nuestro trabajo no es nada sencillo sino que va más allá de enseñar una serie de contenidos a nuestro alumnos, ya que nuestra tarea requiere no solo de recursos ordinarios que pueden estar a nuestro alcance sino de aquellos extraordinarios y específicos que estos alumnos por sus características y peculiaridades requieren y que por tanto hacen de nuestro trabajo una eterna búsqueda de información y estudio de nuevas formas de enseñar y aprender para poder aplicarlas en el aula.

En definitiva, la intervención con este tipo de alumnos, requiere que como profesionales de la educación estemos totalmente informados y preparados para saber intervenir cuando en el aula tengamos un alumno con estas características y por tanto elaboremos un programa de intervención atendiendo a los requisitos mencionados en este capítulo que serán la base para ofrecer una buena

educación de calidad. En dicha intervención, destacaremos principalmente la coordinación del trabajo en equipo de los distintos profesionales que intervengan con el alumno, la colaboración con la familia desde el primer momento y el asesoramiento por parte de las asociaciones, terapeutas u otros profesionales implicados en la materia.

No debemos olvidar que “para una persona con autismo es tan difícil entender la realidad *normal* como para alguien perteneciente a ese mundo exterior poder entrever la realidad de una persona con autismo” (Van Dalen, un holandés con autismo)

3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA ALUMNADO DE INFANTIL CON NECESIDADES ESPECÍFICAS DE APOYO EDUCATIVO ASOCIADAS A SÍNDROME DE ÁSPERGER

3.1 INTRODUCCIÓN

En este apartado se realiza una presentación de una intervención educativa dirigida al alumnado de educación infantil con necesidades específicas de apoyo educativo asociadas a síndrome de Ásperger aportando orientaciones organizativas independientemente del centro en el que esté escolarizado.

Todas estas aportaciones han sido elaboradas gracias a la recopilación de trabajos, artículos, ponencias... que pretenden servir de guía a los docentes y han llegado a mis manos gracias a una gran labor de investigación y a la ayuda de grandes profesionales que trabajan con este tipo de alumnos. De ahí, han surgido nuevas ideas y pensamientos que podrán servir de guía para nuevos trabajos o proyectos.

Cuando hablamos de intervención, hablamos de individualidad que ha de ser tenida en cuenta en la adaptación y fundamentación de metodología, creación de materiales y nuevas formas de organización para conseguir una buena intervención educativa. El principio de individualidad será el pilar sobre el que se sustente nuestro trabajo, unido a la comprensión, empatía y respeto hacia estas personas que han nacido así e intentan hacerse un hueco en la sociedad.

Con este trabajo pretendo ofrecer una guía que pueda ser de utilidad en la labor docente diaria y ayude a reflexionar sobre nuevas formas de enseñar en el aula.

3.2 OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

Los objetivos generales de la intervención con un alumno síndrome Asperger son:

- 1- Potenciar los máximos niveles de autonomía e independencia personal, logrando un desarrollo ajustado al entorno.
- 2- Desarrollar las competencias básicas de autocontrol de la propia conducta.
- 3- Desarrollar habilidades de interacción social, potenciar la atención conjunta y la comprensión de claves socio- emocionales.
- 4- Fomentar la capacidad de desenvolverse en el medio social. Desarrollar estrategias de comunicación funcional, espontánea y generalizada, a través de signos, pictogramas, acciones básicas y otros sistemas de comunicación
- 5- Fomentar la intención comunicativa, y la reciprocidad de comunicación.
- 6- Desarrollar del área académico- funcional, conceptos básicos y procesos cognitivos como atención, abstracción, memoria, razonamiento y comprensión.
- 7- Fomentar una mayor gama de intereses y actividades que favorezcan el desarrollo cognitivo, afectivo, emocional y social.
- 8- Potenciar las habilidades motoras finas para la mejora de la escritura y prevención de posibles problemas relacionado con la grafomotricidad.

3.3 DESARROLLO DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Como ya he señalado anteriormente, existe una gran variación en la gravedad de las dificultades que pueden experimentar las personas a quienes se ha diagnosticado el síndrome de Asperger. La forma en que se manifiestan las llamadas discapacidades básicas también puede variar enormemente. Debido a que existe un amplio espectro en las necesidades, también deben existir en las correspondientes respuestas educativas. A la hora de satisfacer las necesidades de estos niños hay que tener en cuenta los siguientes principios:

- Una acomodación adecuada del entorno junto con la promoción de sus habilidades (particularmente en las áreas básicas de discapacidad) suele conducir al éxito en el trabajo con estos niños.
- El apoyo debe basarse en las necesidades específicas de cada niño, en vez de en un diagnóstico genérico.
- Las escuelas deben dar respuesta dentro del marco establecido por la normativa para la atención de las necesidades educativas especiales.

En la práctica, casi todos los niños con síndrome de Asperger asisten a la escuela ordinaria. Algunos son atendidos sin necesidad de recursos extraordinarios. Otros pueden requerir la certificación como alumno con necesidades específicas de apoyo educativo y en consecuencia, distintos tipos de recursos y de apoyo. Muy pocos necesitan educación en centros específicos.

3.3.1 ¿QUÉ HACEMOS CUANDO SOSPECHAMOS QUE TENEMOS UN ALUMNO CON SÍNDROME DE ÁSPERGER EN EL AULA?

Es seguro que ante una clase de 28 o 30 alumnos por año, antes o después, nos encontremos a algún alumno al que no sepamos muy bien que le pasa, pero que tengamos la certeza de que algo ocurre porque es algo “raro”. Si creemos que se parece en algo al perfil descrito anteriormente, ¿qué tenemos que hacer?

Podemos comenzar pasándole alguna prueba de screening. Estas pruebas son pequeños tests que puede completar cualquier persona del entorno del chico o chica. No dan un diagnóstico ni sus resultados son concluyentes. Son solo un instrumento, con el que ir viendo si nuestras sospechas van bien encaminadas o por el contrario debemos pensar en otras hipótesis.

Las pruebas de screening habituales son las siguientes:

Para niveles de INFANTIL: Aunque algunos manuales recomiendan el M-CHAT, éste no es un buen instrumento para SA pues pueden pasarlo fácilmente. También está el Test Infantil de Síndrome de Asperger (CAST) presentado en la siguiente publicación: Scott, F. J.; Baron-Cohen, S.; Bolton, P.; Brayne, C.: [The CAST \(Childhood Asperger Syndrome Test\): Preliminary Development of a UK Screen for Mainstream Primary-School-Age Children](#). *Autism* 2002; 6(1):9–31

Para PRIMARIA: Escala Australiana de Gilberg

Para SECUNDARIA: ASSQ (Cribaje para espectro autista)

Si estas pruebas nos indican que nuestras sospechas están fundamentadas, tendremos una referencia para poder dar el siguiente paso: hablar con la familia. *Es el más importante y a la vez delicado*. Nunca es fácil decirles a unos padres que pensamos que su hijo tiene algún problema importante. Sin embargo, es absolutamente necesario que lo hagamos para poder iniciar el camino que llevará a atender al chico/a de la mejor manera posible. Nuestro papel, en estos casos es acompañar a la familia en este largo proceso, aconsejarles y orientarles, respetando siempre sus necesidades.

A partir de ahí, el siguiente paso es obtener un diagnóstico clínico profesional. Este será el diagnóstico que determine si existe una patología y de cuál se trata. Este diagnóstico se puede obtener a través del sistema sanitario público, acudiendo al pediatra que derivará el caso a la Unidad de Salud Mental Infanto- Juvenil (USMI-J) correspondiente. Otra posibilidad es acudir a profesionales con experiencia y formación en el manejo de las herramientas diagnósticas estandarizadas con el ADI-R o el ADOS-G. Pocos gabinetes privados suelen tenerlos, pero sí los hay en las asociaciones de Ásperger y de TEA.

Educativamente también será necesario iniciar el proceso de valoración psicopedagógica correspondiente, por el que se determinen cuáles son las necesidades concretas del alumno/a y sobre todo, cuáles son las actuaciones más adecuadas.

3.3.2 SIGNOS DE ALERTA PARA IDENTIFICAR EL SÍNDROME DE ÁSPERGER EN NIÑOS DE 3 A 9 AÑOS.

A continuación, se ofrece un cuadro de los signos de alerta que pueden llevar a pensar que un alumno puede tener dicho síndrome.

SIGNOS DE ALERTA
1. DIFICULTADES PARA FORJAR AMISTADES: pareciera que no quieren hablarte. Simplemente no entienden cómo y de qué hablarte.
2. AUSENCIA DE EMPATÍA “CEGUERA EMOCIONAL”: Son directos, sencillos y sinceros aunque incomoden a otros.
3. APATÍA TOTAL: Pueden estar eufóricos por dentro de alegría sin demostrarlo por fuera.
4. MALA INTERACCIÓN SOCIAL: Tienen dificultades para leer el lenguaje corporal de los demás. Falta de conocimiento de los límites y de las normas.
5. REACIOS A MIRADAS Y CONTACTO FÍSICO: Evita la mirada y contacto físico tanto de sus padres, sus pares, y también de otros adultos.
6. MUTISMO SELECTIVO: Prefieren callar o guardar silencio en lugar de explicar lo que quieren decir. Y cuando hablan usan una voz extraña, monótona o de volumen no usual.
7. PARECEN SORDOS O NO RESPONDEN A SU NOMBRE: Dando entender que no quieren obedecer a órdenes.
8. LE GUSTA DAR DISCURSOS UNIDIRECCIONALES SOBRE SU TEMA

FAVORITO: No se dan cuenta de las reacciones o sentimientos de sus oyentes, ejemplo si están cansados, apurados o el tema no es de su interés.

9. SE OBSESIONAN CON UNA TEMÁTICA, JUEGO O TEXTURA DE ROPA: Su mundo se podría reducir, por ejemplo, a los horarios de la tele para ver sus dibujos, a usar sólo ropa de algodón a coleccionar juegos o a contar.

10. EXHIBEN UN MANEJO VERBAL ATÍPICO O EXCEPCIONAL: A veces repiten varias veces una palabra o movimiento. Tienden a utilizar lenguaje formal, pomposo o pedante.

11. PUEDEN DESARROLLAR RUTINAS OBSESIVAS: No soportan el menor cambio pues esto genera inmediatamente una ansiedad insoportable.

12. NO LEEN ENTRE LÍNEAS: No entienden chistes, sarcasmos y dobles sentidos.

13. POCA TOLERANCIA A LAS CONGLOMERACIONES DE LAS PERSONAS: Que puede generar berrinches por su poca tolerancia a la frustración.

14. MUESTRAN UNA SENSIBILIDAD INUSUAL A LOS ESTÍMULOS SENSORIALES: Por ejemplo, pueden ser molestados por un destello de luz que no molesta a nadie más.

15. SENSIBILIDAD ALTA A LOS RUIDOS: Suelen taparse los oídos para evitar el ruido ambiental.

FUENTE: <http://www.claudiabenavides.com>

3.3.3 PRINCIPIOS GENÉRICOS DE LA INTERVENCIÓN

La primera consigna de la que se debe partir en la intervención con las personas con el AS es que el establecimiento de objetivos y orientaciones educativas y terapéuticas se hace siempre en base a la valoración de las características y peculiaridades del niño.

Hay tres cosas que tanto profesionales como familiares necesitarán a la hora de la intervención y educación de estas personas: paciencia (constancia), comprensión y sentido del humor. Y tres cosas que en absoluto serán necesarias: permisividad, sobreprotección y sobreexigencia. El AS no tiene cura, es una condición de la persona que padece el Síndrome. Pero sí que su calidad de vida puede ser satisfactoria y se les puede ayudar a tener una vida digna y lo más integrada posible a la sociedad y el entorno en el que viva.

Aunque se tiende a diferenciar entre intervención educativa e intervención psicoterapéutica, lo cierto es que es difícil en muchos casos separar ambas intervenciones, pudiéndose afirmar que educar en una forma de terapia y, viceversa, la intervención terapéutica implica una actitud educativa.

Es necesario a la hora de elaborar una intervención considerar la diversidad, no únicamente de las personas con AS, sino también de sus familiares, de su entorno, de su comunidad...

Es importante que los objetivos que se propongan sean consensuados tanto con la familia como con (en el caso de ser posible) la propia persona con AS. Los objetivos no han de convertirse

en batallas que únicamente servirían para empeorar la situación; ha de plantearse su consecución paso a paso, adaptándose al ritmo del niño.

El problema de estas personas no es falta de inteligencia, sino de un peculiar estilo cognitivo que bloquea o desvía de lo aceptado convencionalmente como “inteligente” o “socialmente aceptado”.

3.3.4 ESTRATEGIAS GENERALES PARA LA INTERVENCIÓN DE UN ALUMNO CON SÍNDROME DE ÁSPERGER

El conocimiento de las características que definen el AS, de su forma peculiar de entender su entorno y, en definitiva, de su peculiar funcionamiento neuropsicológico, ayuda, en última instancia, a elaborar estrategias educativas ajustadas a sus necesidades (con el objetivo principal de mejorar la calidad de vida de estas personas). Los enfoques actuales en el tratamiento de las personas con AS se definen por las siguientes características:

1. Empleo de apoyos visuales en cualquier proceso de enseñanza.

Las personas con AS destacan por ser buenos “pensadores visuales”. Procesan, comprenden y asimilan mucho mejor la información que se les presenta de manera visual. Por ello, en cualquier proceso de enseñanza (tanto académico como de habilidades de la vida diaria) es importante emplear apoyos visuales (listas, pictogramas, horarios...) que les faciliten la comprensión de aquello que se les está intentando enseñar.

2. Asegurar un ambiente estable y predecible, evitando cambios inesperados.

Las dificultades para enfrentarse a situaciones nuevas y la falta de estrategias para adaptarse a cambios ambientales que presentan muchas personas con AS exige asegurar ciertos niveles de estructura y predictibilidad ambiental (anticipando cambios en las rutinas diarias, respetando algunas de las rutinas propias de la persona con AS...)

3. Favorecer la generalización de los aprendizajes

Las dificultades de generalización que presentan estas personas plantea la necesidad de establecer programas explícitos que permitan transferir los aprendizajes realizados en contextos educativos concretos, a situaciones naturales y asegurar, en la medida que se pueda, que los programas educativos se lleven a cabo en los contextos más naturales posibles.

4. Asegurar pautas de aprendizaje sin errores.

Las personas con AS, sobre todo en la etapa escolar, suelen mostrar bajos niveles de tolerancia a la frustración y esto, unido a las actitudes perfeccionistas, puede llevar a enfados y conductas disruptivas cuando no consiguen el resultado adecuado en una tarea. Para evitar este tipo de situaciones y favorecer la motivación hacia el aprendizaje es fundamental ofrecer todas las ayudas necesarias para garantizar el éxito en la tarea presentada, desvaneciendo poco a poco las ayudas ofrecidas.

5. Descomponer las tareas en pasos más pequeños.

Las limitaciones en las funciones ejecutivas, comentadas en un apartado anterior, obstaculizan el rendimiento de las personas con AS durante la ejecución de tareas largas y complicadas. Para compensar estas limitaciones y facilitarles la tarea, es importante descomponerla en pasos pequeños y secuenciados.

6. Ofrecer oportunidades de hacer elecciones

Como se ha comentado, estas personas suelen mostrar serias dificultades para tomar decisiones. Por eso, desde que son pequeños se deben ofrecer oportunidades para relajaar elecciones (inicialmente presentando sólo dos posibles alternativas a elegir) para que puedan adquirir capacidades de autodeterminación y autodirección.

7. Ayudar a organizar su tiempo libre, evitando la inactividad o la dedicación excesiva a sus intereses especiales.

8. Enseñar de manera explícita habilidades y competencias que por lo general no suelen requerir una enseñanza formal y estructurada.

Con las personas con AS no podemos dar nada por supuesto. Habilidades como saber interpretar una mirada, ajustar el tono de voz para enfatizar el mensaje que queremos transmitir, repetir turnos conversacionales durante los intercambios lingüísticos, etc., van a requerir una enseñanza explícita y la elaboración de programas educativos específicos.

9. Priorizar objetivos relacionados con los rasgos nucleares del AS

Dificultades de relación social, limitación en las competencias de comunicación y marcada inflexibilidad mental y comportamental.

10. Prestar atención a los indicadores emocionales para prever y prevenir posibles alteraciones en el estado de ánimo.

11. Evitar en lo posible la crítica y el castigo, sustituirlo por el refuerzo positivo, el halago y el premio.

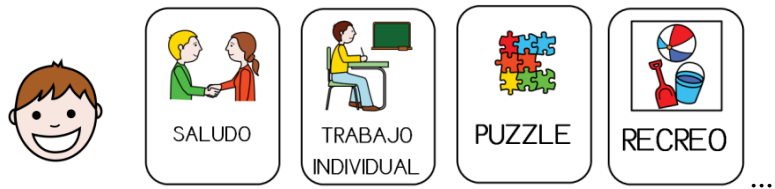
3.3.5 ÁREAS DE INTERVENCIÓN

3.3.5.1 Trabajo autónomo

¿Qué podemos hacer?

La mejor estrategia que podemos utilizar es proporcionarles herramientas que funcionen como guía que puedan consultar en cada paso del proceso.

- 1. Estructuración de la tarea:** secuenciar la tarea en pasos lo más pequeños posibles.
- 2. Listas de pasos:** como si de una receta de cocina se tratara, consiste en detallar uno a uno los pasos de manera resumida. El objetivo, es que , progresivamente, el alumno interiorice la lista y termine por no necesitarla. Así le estaremos ayudando a ser más autónomo.
- 3. Organización visual del tiempo de trabajo:** Utilizar cuadrantes o listas de las tareas que tiene que realizar, horarios, agendas visuales... Por ejemplo:



- 4. Marcadores visuales para la gestión del tiempo:** pocas cosas hay tan importantes y simbólicas como el tiempo. Es intangible y lo único que manejamos es una representación mental del mismo. Podemos ayudar mucho al alumno con AS en el manejo del tiempo si vamos secuenciando la duración de cada tarea y colocamos marcadores en un reloj cercano para indicar el final de una actividad. Así puede ir comprobando cuánto tiempo le queda y regularse solo.



Con esta estrategia le proporcionamos también una idea de la medida de tiempo para que vaya manejando conceptos temporales como “mucho tiempo”, “poco tiempo”, “5 minutos”...

- 5. Uso de la agenda:** es muy importante que aprendan a utilizar una agenda en la que apunten todo lo que tienen que hacer y lo que necesitan. Es la base sobre la que podrán organizarse. Además es la única manera que los padres tienen de conocer qué tiene que hacer su hijo. Para que esta esté completa, podemos asignar a un compañero que le sirva de ayuda y al final del día y lo compruebe.

3.3.5.2 Trabajo en grupo

¿Qué podemos hacer?

- 1. Formar nosotros los grupos:** para evitar la experiencia inicial de sentirse rechazados, una buena medida es que el profesor sea quien forme todos los grupos. De esta manera también podemos estructurar y cuidar la elección de los compañeros con los que va a trabajar. Nos da la posibilidad de elegir a aquellos que tengan mejores habilidades sociales y de empatía, que puedan ser un poco más afines al chico o a la chica con AS y tener más paciencia con él. Estaremos minimizando el riesgo de conflicto y malentendidos. Seguro que así la experiencia es más satisfactoria para todos.
- 2. Trabajar individualmente las normas no explícitas y funcionamiento de un trabajo en grupo:** por ejemplo hay que escuchar a los compañeros, respetar las ideas, prestar atención a lo que estamos haciendo, levantar la mano para hablar...



3. **Estar atentos a la evolución del grupo con un sentimiento cercano para detectar si se produce algún malentendido.** En ese caso, analizar la situación de manera explícita para que el chico o chica con AS entienda todos los puntos de vista. Es importante terminar el análisis dando alternativas adecuadas para la próxima vez que ocurra algo similar.

3.3.5.3 Adquisición de conocimientos

¿Qué podemos hacer?

1. **Utilizar mapas conceptuales como organizadores previos de la información.** Un mapa no deja de ser un apoyo visual y para los chicos y chicas con AS es imprescindible. Les va a permitir relacionar unos conceptos con otros, organizarlos adecuadamente y por lo tanto aprenderlos de una manera más significativa.
2. **Hacer explícita la relación entre los contenidos.** Es conveniente que las semejanzas, diferencias, paralelismos, o relaciones entre diferentes informaciones sean nombradas de manera explícita. Por muy claro que nos parezca a nosotros que está y aunque el resto de compañeros no tenga problemas en verlas, es un error dar por hecho que la persona con AS será capaz de realizarla. También podemos hacerles alguna pregunta para que se den cuenta por sí mismo la relación como por ejemplo: ¿Qué otro animal tiene cuatro patas?
3. **Utilizar su tema de interés en la medida de lo posible.** La idea es convertir su tema en nuestro aliado. Por ejemplo si estamos haciendo pequeños problemas matemáticos, podemos cambiar los elementos por animales, dinosaurios... relacionados con su tema de interés. Lo mismo lo podemos hacer para trabajar el lenguaje.

3.3.5.3 Atención

¿Qué podemos hacer?

1. **Sentarlos lo más cerca posible de la pizarra y el profesor:** así eliminamos todo un mundo de compañeros hablando y moviéndose entre ellos y la pizarra. Además nos va a resultar más fácil comprobar que sigue atento y si no es así hacerle alguna pequeña llamada de atención.
2. **Secuenciar el trabajo en tareas cortas:** Así aprovechamos su tiempo de atención mantenida. Cuando su atención comience a decaer ya habrá terminado la tarea. El cambio al siguiente paso le sirve como pequeño descanso para poder volver a activar su atención.
3. **Realizarle llamadas de atención** cuando veamos que se ha perdido en el desarrollo de la clase. Puede ser llamarle por su nombre o con pequeños gestos más personales acordados previamente con él (un toque en la mesa, una palabra...) Así evitamos también que los compañeros nos oigan llamarle la atención continuamente.
4. **Esperar que cumpla una orden o una tarea para darle la siguiente:** Evitar darle una orden mientras todavía está ejecutando otra.

5. **Alternar el tiempo de trabajo con actividades motivadoras que sirvan de refuerzo.** Si pueden estar relacionadas con su tema de interés mejor. Por ejemplo, leer durante 5 minutos su libro preferido.

3.3.5.4 Lenguaje

En la etapa de educación Infantil los problemas de comprensión y expresión sobre todo se manifiestan como problemas de conducta. Los niños y las niñas con AS, no terminan de comprender el funcionamiento del mundo en el que se encuentran. Al mismo tiempo, carecen de herramientas eficaces para solucionar este problema, como podría ser el lenguaje.

¿Qué podemos hacer?

1. **Utilizar frases cortas y sencillas para dirigirnos a la persona con SA.** Muchas veces tendemos a repetir varias veces lo mismo dándole vueltas a una idea. Eso se vuelve discurso vacío y terminamos agotando mentalmente a la persona.
2. **Darle órdenes breves y claras.** Lo mismo con las explicaciones. Por ejemplo: pedirle que saque la agenda y apunte los deberes no sería adecuado algo del tipo..." ¿Dónde está tu agenda? ¿no ves que todos tus compañeros la han sacado? Como no apuntes se te olvidarán los deberes y después te ponen un negativo..." El mensaje no queda claro. En todas las frases anteriores no hay ninguna que indique claramente lo que queremos que el chico o chica haga. Sería más adecuado algo como..." Pepito, saca tu agenda y apunta los deberes para que no se te olviden".
3. **Cuando utilicemos ironías, dobles sentidos,...asegurarse que nos ha entendido correctamente.** Debemos tener en cuenta que le va a costar trabajo entenderlos adecuadamente, pero no por ello tenemos que dejar de utilizarlos.
4. **Utilizar apoyos visuales.** Esta es una estrategia muy importante y de la que debemos hacer uso continuamente. La información auditiva la procesan con dificultad, sin embargo la visual les da seguridad y la retienen muy fácilmente. Va ser muy útil acompañar toda la información que queremos que entienda con apoyos visuales. Por ejemplo, las explicaciones orales de los contenidos es muy importantes apoyarlas en un mapa conceptual o esquema que le vaya organizando la información auditiva. Será útil hacer uso de los apoyos visuales tanto para ayudarle en la comprensión como para facilitarle la expresión. Podemos proporcionarle un guión o esquema que sirva como estructura para ir completando con las ideas o hechos que quiera transmitir. Ellos no son capaces de generar esta estructura espontáneamente, pero si se la facilitamos visualmente no tardarán en automatizarla.
5. **Trabajo logopédico.** Es necesario trabajar explícitamente la elaboración de los mensajes, la expresión espontánea, comprensión de los dobles sentido e ironías, así como un entrenamiento en la entonación tanto la propia como detectar la del interlocutor.

3.3.5.5 Coordinación motora

¿Qué podemos hacer?

1. **La principal estrategia y con la que más le ayudaremos, es entender y aceptar sus limitaciones psicomotoras.** Su torpeza no se debe a que sean vagos, a que rechacen cualquier esfuerzo o a que su entorno les esté sobreprotegiendo. Es una discapacidad similar por ejemplo, a un brazo o pierna escayolada. Con la diferencia que no es temporal y que en este caso no se aprecia a simple vista. Seguro que nunca insistiríamos en que un alumno con una pierna escayolada corriera, ni le suspenderíamos por ello. Es igual de descabellado y frustrante insistir en que el alumno con AS haga bien la letra, trabajos manuales o pueda coger una pelota al vuelo (tarea casi imposible porque no anticipan su recorrido). Obviamente no se trata de tirar la toalla y permitirles cualquier presentación. Tan solo ser conscientes de que los márgenes de mejora son muy pequeños.
2. **Reducir la carga de tareas de motricidad fina** como coloreado, repaso de grafías y sobre todo copia de enunciados. Son tareas necesarias y deben hacerlas, pero dado que para ellos es especialmente costoso es mejor reducirlo o relacionarlo con su tema de interés.
3. **Permitir el uso de ordenadores y nuevas tecnologías para la escritura.**
4. **En el resto de tareas, en general adaptarlas a sus posibilidades reales.** Debemos tener en cuenta que nos movemos en un punto de equilibrio muy pequeño entre exigencia y motivación. En cuanto a las habilidades motrices hay tan poco margen de mejora que si subimos la exigencia más allá de lo que su frustración nos permite, perderemos totalmente su motivación.
5. **En psicomotricidad,** debemos tener presente todas las recomendaciones anteriores anticipándole y estructurándole la clase, explicarle previamente las normas del juego o deporte que vayamos a realizar, estar atentos a posibles conflictos o malentendidos ante su capacidad de comprensión de las relaciones sociales, intentar que disfruten y si se niegan a hacer alguna actividad, siempre le podremos dar alguna tarea o responsabilidad dentro de la misma, de manera que siga formando parte del grupo y del momento.

3.3.5.6 Recreos

En el patio del recreo, desde infantil hasta secundaria, los iguales se relacionan libremente en función de sus propias leyes no escritas y guiados por sus gustos, aficiones, afinidades... Es un mundo por excelencia, donde además, los adultos solo intervienen en caso de conflicto.

Si nos asomamos a un patio de recreo, especialmente de infantil y primaria, lo que vemos es un cúmulo de niños que andan, corren o gritan. Hay niños que se cruzan unos con otros, se esquivan, mucho ruido, jaleo, otros comen y otros juegan al fútbol. Sin embargo, aunque todo esto lo hagan sin una lógica ni orden aparente, todos ellos sí que saben exactamente lo que tienen que hacer en cada momento. Este momento, es de para los alumnos con AS, un tiempo donde se sienten perdidos y los demás los perciben como alguien raro y conflictivo, por lo que no se acercan a él o a ella. ¿Qué podemos hacer ante esta situación?

1. **Dar contenido a los recreos.** Podemos trabajar previamente con el alumno o alumna haciéndole explícitas las alternativas que tiene el recreo. Es bueno limitarlas a dos o tres, para que la elección sea asequible. A veces simplemente no se les ha ocurrido que pueden hacer algo diferente a lo que hacen.
2. **Organizar actividades alternativas en los recreos.** Aprovechando alguna habilidad o tema de interés del chico o chica con AS se pueden organizar actividades para todos los compañeros. Por ejemplo, juegos de Mickey Mouse...
3. **Compañeros ayudantes.** Podemos proponer a algún grupo de la clase que estén atentos a nuestro chico para que lo incluyan en su grupo y lo busquen cuando lo vean solo. Para estos fines es bueno fijarnos si hay algún grupo con el que nuestro chico o chica se muestre más afín o algún compañero que muestre facilidades en las habilidades sociales y de empatía.
4. **Es necesario enseñarle de manera explícita las normas de los juegos.** Solo con mirar a los niños jugar no son capaces de deducirlas y si lo hacen, lo más posible es que cualquier parecido con la realidad sea pura coincidencia. Es importante acompañar con apoyo visual.
5. **Tener un adulto de referencia al que acudir en caso de que le haya ocurrido algo en el patio.** Obviamente siempre hay un profesor de guardia, pero va cambiando. El alumno/a con AS necesita una persona con la que ya tenga una relación de confianza (profesor de pedagogía terapéutica...) y que también lo conozca a él. Se sentirá más seguro con él y en caso de conflicto ayudará mucho una persona que ya conozca sus reacciones y la forma adecuada de enseñarle a resolverlas.
6. **Estar atentos a posibles burlas y situaciones de abuso en el tiempo de recreo.** Podemos preguntarle al alumno/a con quien suele estar en el recreo, qué cosas ha hecho...
7. **Monitor o persona de apoyo en el patio.** En aquellos centros donde haya un aula para personas con Espectro Autista existe la figura del auxiliar técnico educativo que será el profesional encargado de apoyarle en el momento del patio y en aquellos centros donde no exista esta figura, se pondrá poner a una persona encargada del tiempo de recreo para este tipo de alumnos
8. **Permitir también su propio espacio y tiempo.** A pesar de todo lo dicho anteriormente, en ocasiones sí que necesitan un descanso de tanta exigencia social. En estos momentos deambular, hablar solo, cantar sus canciones, ver su libro sobre su tema de interés o buscar insectos por el patio puede ser lo más relajante que le podemos ofrecer y lo que más necesiten.

3.3.5.7 Relación con los compañeros

Es complicada la intervención. Cualquier medida que emprendamos será una carrera de fondo y a largo plazo. No existen las actuaciones mágicas que cambien las relaciones entre los chavales en un corto periodo de tiempo y de manera permanente.

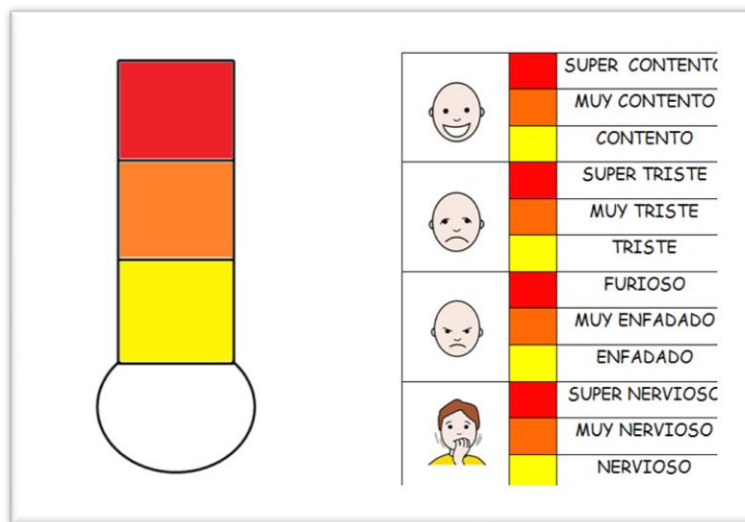
¿Qué podemos hacer?

- 1. Cuidar el modelo que damos a los compañeros cuando nos dirigimos a los chicos y chicas con AS.** El resto de alumnos lo copiarán. De manera que si solemos llamarle la atención, corregirle o enfadarnos, esa será la forma habitual en la que también sus compañeros se dirigirán a ellos. A veces es difícil, el día a día puede ser frustrante. Pero no olvidemos que el adulto de la situación somos nosotros, y quien tiene sus capacidades y herramientas socioemocionales a punto, somos nosotros, no ellos. Así nos corresponde a nosotros facilitarles su vida diaria todo lo que podamos.
- 2. Trabajar en tutoría valores de convivencia.** Habitualmente solemos orientar este trabajo hacia las diferencias que tenemos, tolerarlas y aceptar las de todos. Es mucho más útil y acogedor poner el foco de atención en las cosas que tenemos en común.
- 3. Fomentar un clima de cooperación y trabajo en equipo, donde lo importante es el proceso conjunto y no los resultados.**
- 4. En infantil y primeros niveles de primaria es bueno empezar por organizar actividades y juegos en parejas.** En infantil juegos de mesas sencillos, actividades cooperativas en las que el niño/a con AS tenga que tener en cuenta a un solo compañero. Poco a poco y en niveles superiores podemos ir ampliando el grupo a tres o cuatro compañeros, si pueden ser afines al chico o chica, mejor.
- 5. En el tiempo de tutoría propiciar que cualquier malestar o conflicto que haya entre los alumnos lo hablen entre ellos.** Aprender a hablar en primera persona de lo que les ha molestado y hacerlo dirigiéndose directamente a la persona implicada, es una experiencia muy valiosa para todos.
- 6. Darle protagonismo en aquello que se le da bien al alumno/a con AS.** Reconocerlo y reforzarlo delante de los compañeros mejorará su autoestima y la imagen que los demás tienen de él.
- 7. Podemos plantearnos también hablar claramente con los alumnos sobre el chico o chica con AS para explicarles el por qué de algunos comportamientos de su compañero.**

3.3.5.8 Ajuste emocional

¿Qué podemos hacer?

- 1. Trabajar con el termómetro de las emociones para ayudarle a determinar el grado adecuado de la emoción que experimentan.**



<http://hormigasinformaticas.blogspot.com.es/2014/02/termometro-de-las-emociones.html>

2. Utilizar historias sociales o guiones que les digan cómo gestionar y comportarse ante determinadas emociones y las situaciones que se las provocan



<http://ponunaspergerentuvida.blogspot.com.es/>

3. Cuando tiene una explosión (ansiedad, enfado...)

- ✓ Sacarle de la situación que se lo ha producido.
- ✓ Dejar que se tranquilice en un lugar tranquilo y lejos de las miradas y comentarios de otras personas. Es importante no hablarle ni intentar razonar nada en este momento. Solo es ruido que estaremos introduciendo en su cabeza y haciendo más difícil que se tranquilice.
- ✓ Cuando esté tranquilo hablar de lo ocurrido, es importante conocer su punto de vista. Aunque para nosotros sea desproporcionado y su actuación injustificada, sí que hay un motivo, siempre lo hay. Es necesario conocerlo para entender a la persona con AS.

- ✓ Analizar la situación. No tiene que ser ese mismo día, puede ser al día siguiente con más tranquilidad. Explicitar con apoyos visuales qué ha pasado realmente, aclarando malentendidos si los hubiera.
 - ✓ Muy importante: dar la alternativa adecuada de cómo debe actuar la próxima vez que le ocurra algo parecido.
- 4. Ayudarle a regular su autoestima.** Reforzarle las cosas que haga bien aunque nos parezcan muy pequeñas y obvias. Es importante que también apuntemos en su agenda los logros y aspectos positivos. Como nos pasaría a cualquiera se cansan de llevar notas negativas del centro a casa. La familia también se agota de recibir solo información negativa.
- 5. Reducir la exigencia** hasta límites asequibles para el alumno. Solo con comprender sus dificultades y aceptarlas ya estamos contribuyendo a aliviar tensión en su situación. Debemos intentar en todo momento **ser un aliado y un apoyo** en su camino (aunque a veces no sepamos muy bien cómo hacerlo) y no convertirnos en otro obstáculo más que salvar.

3.3.5.9 Rigidez mental

¿Qué podemos hacer?

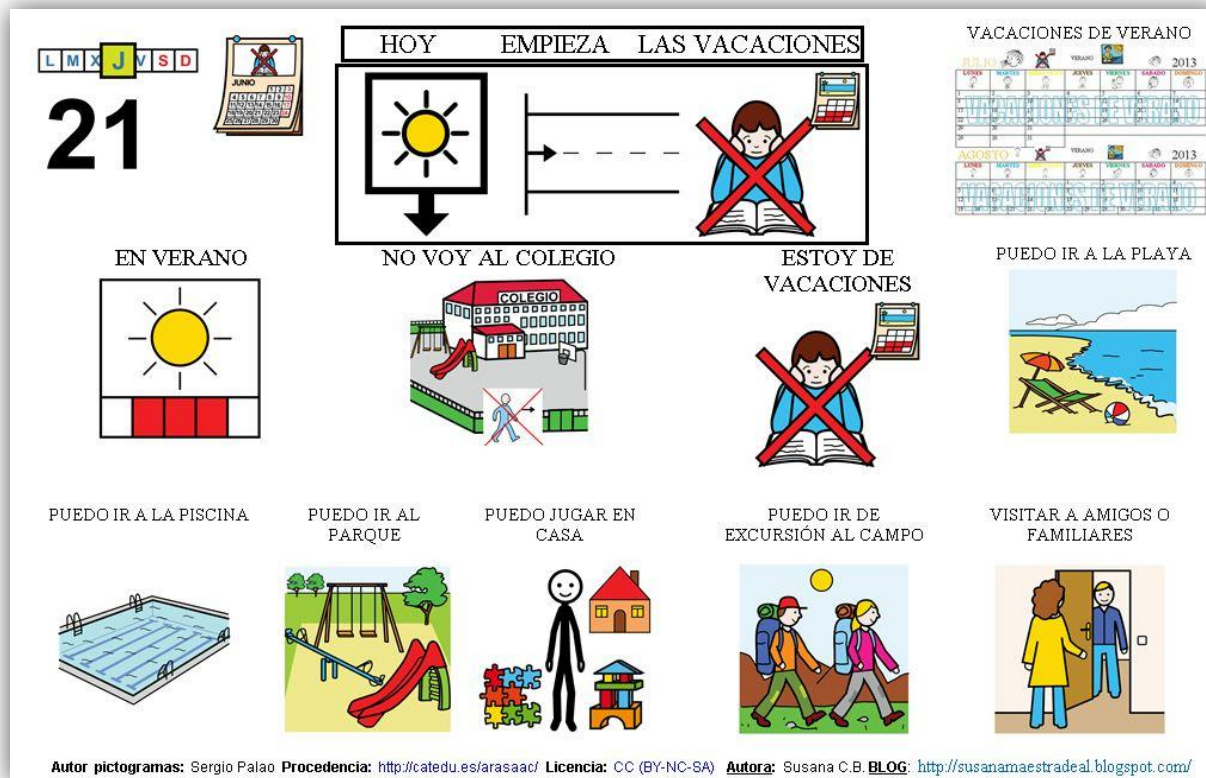
- 1- La primera estrategia es entender adecuadamente los motivos por los que el alumno/a con AS se comporta de manera tan rígida ante las normas.** Debemos hacer el esfuerzo de tener siempre presente que no hay desafío ni ningún intento de manipulación tras sus actos. Ser conscientes de esto, nos ayudará a simplificar la situación y poder darle la ayuda necesaria a la persona con AS para desenvolverse de manera más adecuada.
- 2- Cuando hemos detectado que la persona con AS está siguiendo una norma de manera demasiado rígida, debemos trabajar con ella para ayudarle a flexibilizarla.** Necesita que hagamos explícitas las excepciones. Por ejemplo, que cuando alguien nos hace algo malo a nosotros, comunicárselo a un adulto no es chivarse, es pedir ayuda y defendernos. Como siempre, sí podemos acompañarlo de apoyo visual mejor.

3.3.5.10 Días especiales en el colegio

¿Qué podemos hacer?

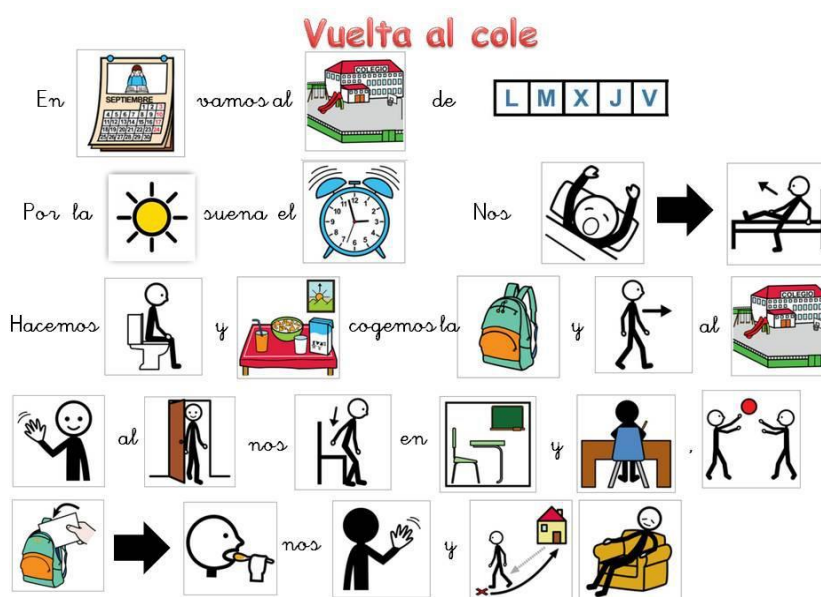
Hay dos estrategias básicas que en estas situaciones reducen muy eficazmente su ansiedad:

- 1- Anticipar la actividad que se vaya a realizar y cuándo va a tener lugar.** Es importante avisar al alumno/a con el tiempo suficiente como para permitirle que se haga una idea aproximada de lo que va a suceder. Lo necesita para sentirse seguro y poder disfrutar de la actividad como los demás. La anticipación debe ir acompañada de apoyo visual.



- 2. Estructurar la actividad.** Debemos presentarle de manera visual anticipadamente lo que va a pasar y qué tendrá que hacer. A modo de agenda, ir enumerando todos los pasos de ese día. Eso les dará tranquilidad y seguridad. Lo podemos repasar los días previos. Será muy útil permitir que lleve esta guía visual encima toda la jornada ya que esto le dará seguridad cuando se sienta perdido.

Ejemplo agenda visual para anticipar la vuelta al colegio.



3.3.5.11 Estereotipias

¿Qué podemos hacer?

Es posible ayudar al alumno/a a encontrar maneras menos evidentes de dar salida a su excitación.

Podemos sustituir un aleteo a la altura de los hombros por uno más discreto a la altura de las caderas por ejemplo. Otra opción es negociar los momentos y los espacios en los que pueda dar rienda suelta a sus movimientos con total libertad limitando así la estereotipia. Será útil utilizar una técnica de moldeado por aproximaciones sucesivas para ir consiguiéndolo poco a poco.

3.3.5.12 Hipersensibilidad sensorial

¿Qué podemos hacer?

- 1- En cuanto a la sensibilidad auditiva evitar sonidos fuertes y estridentes. En actividades especiales es importante que se le anticipe y le facilitemos una manera para aliviar esta situación.
- 2- En cuanto a la sensibilidad visual, intentar evitar reflejos y luces fuertes
- 3- En lo que respecta a la sensibilidad táctil, simplemente tener en cuenta y respetar sus preferencias en cuanto al contacto físico. Es importante que no se sienta obligado a ser tocado o abrazado. Aunque para nosotros sean muestras de cariño y cercanía, para ellos puede ser muy invasivo y angustiante.

3.4 METODOLOGÍA A UTILIZAR

3.4.1. CRITERIOS A TENER EN CUENTA

Teniendo en cuenta las necesidades específicas de estos alumnos se diseñará una metodología teniendo en cuenta los siguientes criterios:

1. El aprendizaje en **contextos naturales** que permite que la intervención sea más comprensible y facilite la generalización de la vida real, llevando a cabo un **aprendizaje funcional**.
2. Partir de los **intereses** del alumno.
3. Aprovechamiento de las **rutinas cotidianas** y de las **situaciones incidentales**.
4. **Prediseño de situaciones** que desencadenen actos comunicativos:
 - Interrupción de la realización de la rutina (el alumno se ve obligado a comunicar para que la actividad continúe).
 - Empleo de la pausa larga (en la que sea necesario la comunicación para pedirle al maestro que prosiga).
 - Generar situaciones en las que el niño necesita ayuda para obtener un objeto deseado.
5. Empleo de **ayudas** para provocar actos comunicativos: moldeado, imitación, ayudas verbales y refuerzo.
6. Ofrecer al niño **oportunidades para poder elegir** y fomentar la toma de decisiones.

7. Uso de **diferentes modalidades** que favorezcan la atención conjunta a través de sistemas de ayudas o apoyos:
 - claves visuales (paneles con pictogramas, fotos y palabras escritas)
 - colores (cada niño se puede identificar con un color que tendrá en su mesa, en las bandejas del almuerzo, en el panel del almuerzo y en las agendas personales)
 - sistemas alternativos de comunicación (PECS y método de comunicación total de Shaeffer).
8. El **lenguaje debe ser sencillo**, mediante el uso de una sola palabra o de frases muy cortas, y si es necesario apoyándose en imágenes u objetos de referencia.
9. Es importante **emparejar con énfasis palabras simples con aspectos significativos de la realidad** . Por ej: cuando un niño comunica que quiere una manzana intentando alcanzarla, el adulto debe decir de forma clara y enfáticamente “manzana”, cuando se le da al niño. Así la palabra queda ubicada sobre el objeto relevante.
10. Se llevará a cabo un **aprendizaje sin error**, dándole los apoyos necesarios para que realice la tarea de forma satisfactoria, e ir retirándolos gradual y progresivamente.
11. Prestar atención a la **expresión y comprensión de los estados emocionales** propios y ajenos, enfatizando cuando estamos tristes, contentos o enfadados.
12. Establecer **rutinas** y situaciones de aprendizaje muy estructuradas.
13. **Evitar elementos de distracción.**

3.4.2 MÉTODOS ESPECÍFICOS DE TRATAMIENTO

Además de tener en cuenta estos criterios anteriores, es importante seguir para la organización del espacio-temporal, métodos específicos de tratamiento con este tipo de alumnado:

3.4.2.1 Método TEACCH

El método TEACCH (abreviación en inglés de Tratamiento y Educación de niños con Autismo y Problemas de Comunicación relacionados), es una División del Departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina de la Universidad de Carolina Del Norte en Chapel Hill.

La característica esencial de este método es una educación estructurada, que aprovecha las capacidades visoespaciales de los alumnos, permitiéndoles procesar toda la información que les llega, por medio de claves visuales y estructuración ambiental, ofreciendo la ventaja de permitirles ser más autónomos en sus actividades y vida cotidiana, y favoreciendo una reducción de ansiedad (ya que favorece la capacidad de poder percibir y anticipar), un aumento en la comunicación, y una mayor comprensión del mundo que les rodea. Por lo tanto es necesario e imprescindible una estructuración y organización ambiental, del aula y del centro, así como de su entorno inmediato, y una elaboración especial de materiales.

3.4.2.2 Método LOVAAS

El método Lovaas se basa en una metodología conductual de intervención temprana, con carácter intensivo. Es un programa de tratamiento conductual que incluye los siguientes

componentes: intervención temprana, participación parental; alta intensidad y enfoque comunitario. Los principales componentes de este tipo de terapia, globalmente considerados, son:

1. **Intervención conductual:** implica utilizar técnicas y procedimientos como el reforzamiento, aprendizaje en discriminación, estimulación de apoyo a la respuesta instrumental, desvanecimiento/ retirada gradual de los estímulos de apoyo, moldeamiento, análisis de tareas, etc....
2. **Intervención temprana:** la intervención conductual se dirige principalmente a niños menores de 4 años, ya que se comprobó que la eficacia se acentúa cuando la intervención se realiza en edades tempranas. Esto no descarta que niños de más edad, tengan capacidad de aprendizaje (siempre aplicando las estrategias adecuadas)
3. **Intervención uno-a-uno:** durante el primer tiempo de intervención (6- 12 meses) la instrucción debe ser de uno a uno, ya que esta situación acelera considerablemente el aprendizaje. El primer entorno que instruye al niño es el familiar, para prepararlo luego a entornos más complejos, como el escolar por ejemplo.
4. **Intervención Global:** los niños con autismo necesitan que les enseñen todo. Los comportamientos nuevos, que se les va enseñando, deben irse incorporando de a uno y de forma gradual. El enfoque global implica incluir todos los aspectos del desarrollo como objetivos terapéuticos desglosados en unidades del comportamiento que proporcionan una instrucción menos compleja.
5. **Intervención intensiva:** una intervención que requiere un gran número de horas, alrededor de 40 a la semana. La mayor parte de esas horas, en un principio, deben situar el énfasis en remediar los déficits de habla y lenguaje. Luego este tiempo se divide en remediar estos déficits y también en proporcionar la integración con los compañeros.

3.4.2.3 PECS

El Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes (PECS en inglés) fue creado para niños o adultos de espectro autista que no tienen un lenguaje funcional para comunicarse. Numerosos estudios avalan su eficacia como medio de comunicación aumentativo que ayuda al surgimiento del lenguaje oral si el niño se inicia en el método a una edad temprana. Si no se puede dar la transición al lenguaje oral, el niño o persona de espectro autista de todos modos tendrá un sistema de comunicación con el que siempre podrá expresarse y desarrollar sus habilidades de pensamiento.

El sistema se enseña en el momento que se usa, aprovechando las situaciones reales y diarias del niño o adulto al que se está enseñando, aprovechando las situaciones de comunicación que son realmente funcionales.

Entre sus beneficios inmediatos esta la reducción de comportamientos problemáticos (gritos, agresiones, berrinches...) a los que los niños o personas autistas suelen recurrir por frustración al no poder comunicarse adecuadamente. Otro beneficio es que es universalmente entendible (a diferencia de la lengua de señas).

PECS no solo se ha utilizado con personas de espectro autista sino que ha sido implementado con éxito con personas con diversa problemática: Síndrome de Down, parálisis cerebral, daño neurológico por accidente o congénito, discapacidad intelectual, etc.

3.4.2.4 Proyecto PEANA

Proyecto de Estructuración Ambiental en el aula de Niños /as con Autismo (*Tamarit, De Dios, Domínguez y Escribano, 1990*). Las dificultades para comprender el entorno (aula, escuela, casa) en las personas con autismo, aconsejan su organización de forma estructurada, organización del espacio y el tiempo que favorezca y fomente la *comunicación, la anticipación y la predicción* de la actividad futura, así como el recuerdo de la actividad pasada y tomar conciencia de la actividad presente. La representación de la realidad mediante fotografías o pictogramas, resulta una metodología muy efectiva para trabajar con niños autistas. Este es el objetivo fundamental del Proyecto PEANA basado en la utilización de claves preferentemente visuales, dirigidas a dos dimensiones fundamentales: ordenación del espacio y ordenación del tiempo.

Para la ordenación del espacio; haciendo una distribución en el aula en zonas o espacios dedicados al trabajo de determinadas actividades, por ejemplo; rincón de juegos, rincón de los cuentos, rincón de relajación etc.; disposición de los materiales de forma clara y ordenada en todo el centro; utilizando claves visuales (pictogramas, símbolos o carteles, líneas de colores) que ayuda a los niños con autismo a mejorar la comprensión social, para que puedan desenvolverse de forma autónoma y favorezcan la anticipación. Para ordenar el tiempo, usaremos las agendas, individuales y de grupo.

Además, se utilizará la estructuración de las actividades del aula, rutinas o actividades habituales en el aula, analizar y descomponer o secuenciar las tareas o actividades del aula, e introducir adaptaciones y ayudas en cada momento de la actividad.

PEANA persigue los siguientes objetivos:

- ✓ Adquirir un grado de autonomía, autorregulación y autodirección personal lo más elevado posible, disminuyendo así la dependencia de la persona con autismo e incrementando sus posibilidades de que se sienta y sea eficaz.
- ✓ Aumentar la libertad, espontaneidad y flexibilidad de la acción, así como su funcionalidad y eficacia.
- ✓ Desarrollar y reforzar las competencias comunicativas: Expresivas (denominación, petición, señalar) y Comprensivas (seguimiento de órdenes e instrucciones sencillas).
- ✓ Comprender nociones temporales y espaciales básicas.
- ✓ Disminución de los niveles de ansiedad.
- ✓ Mayor participación en la vida del grupo.

3.5 COORDINACIÓN

La coordinación es un punto esencial dentro de la intervención con este tipo de alumnos. Una buena implicación de los profesionales que atienden a estos alumnos va a permitir estructurar bien el trabajo con ellos e informar de las líneas de actuación que se tienen que seguir para favorecer su proceso de enseñanza/aprendizaje. Así, de este modo se podrán tener reuniones periódicas con:

- 1- **Con los profesionales que atienden a los alumnos (tutores, profesionales especialistas...)** en las que se les podrá informar sobre las programaciones que se llevan a cabo y otros temas referidos a los alumnos. Se podrán recoger sugerencias de trabajo y ofrecer orientaciones para casa: estructuración de rutinas, hábitos a trabajar...
Es muy importante que el tutor funcione como nexo de unión entre todos los profesores que intervienen con el alumno/a. La comunicación debe ser igualmente fluida. Es importante que la presencia de un alumno con AS en el centro, sea vivida como un reto y responsabilidad de todo el claustro y no solo de su tutor/a o profesor de apoyo.
- 2- **Con profesionales expertos y asociaciones especializadas** en el trabajo con estos alumnos para aconsejar, formar a los profesores y sensibilizar a aquellos profesionales de la educación que por primera vez se encuentra a un alumno con estas características en su aula. Además, estos chicos necesitan muchas veces una intervención que va más allá del centro escolar. Por la naturaleza de sus dificultades, el centro educativo es el contexto natural donde van a surgir las mayores necesidades y déficits a trabajar. Sin embargo, en el contexto escolar, a menudo el currículum ocupa mucho tiempo y recursos, de manera que no queda tiempo para trabajar otros aspectos como las habilidades socioemocionales y es necesario la intervención fuera del colegio. La coordinación con estos profesionales va a permitir un trabajo estructurado con ellos y por tanto una avance tanto dentro como fuera del aula.
- 3- **Con la familia**, para conocer todos los datos relevantes sobre las características del alumno y que ellos conozcan el centro, sus espacios y su organización. No hace falta decir que los padres son un pilar básico en el desarrollo de cualquier chico y en el caso de aquellos que tienen AS son mucho más importantes. Sus padres son las personas que mejor les conocen en todos los contextos, funcionan como terapeutas y hacen de conexión entre los distintos ambientes y personas que tratan con el alumno. Su implicación en la educación de sus hijos va a ser fundamental para la mejora de sus competencias aportando información relevante y va a permitir tomar decisiones ajustadas a la realidad y a los cambios que vayan experimentando el alumno/a. ¿Cómo podremos mantener una comunicación diaria? A través del uso de la agenda o cuaderno de comunicación fundamentalmente, por teléfono, e-mails, asistiendo a tutorías...

3.6 EVALUACIÓN

La evaluación con estos alumnos será personalizada y no estandarizada, por lo que el grado de aprendizaje conseguido por cada alumno no debe compararse en ningún caso con una supuesta norma de rendimiento general del grupo.

Tendremos en mente, una evaluación continua y formativa, manteniendo reuniones con los distintos profesionales al inicio de la intervención, durante el proceso y al final mediante la observación directa y sistemática del nivel donde partíamos hasta los progresos logrados por el alumno/a a lo largo de todo el progreso.

Se prestará especial atención a las habilidades comunicativas, a los acercamientos sociales y expresión de deseos y sentimientos en los diferentes contextos de comunicación habitual y cotidiana.

Se podrán realizar **registros de comunicación** donde queden marcados los siguientes aspectos:

- ✓ Modalidad que el alumno emplea (lenguaje, S.S.A.A.C, gestos, signos, fotografías y pictogramas...)
- ✓ Vocabulario del que dispone.
- ✓ Frecuencia de uso de estas habilidades lingüísticas y comunicativas
- ✓ Nivel de espontaneidad.
- ✓ Funciones pragmáticas que emplea.

Y también **registros de conducta** para aquellos alumnos con problemas conductuales, estableciendo una correlación entre los resultados de los registros comunicativos y su incidencia en la conducta.

En esta evaluación se tendrá en cuenta las aportaciones de todos los profesionales que intervienen con el alumno así como la información proporcionada con los padres a través de las distintas reuniones que se establecerán para la correcta intervención con el alumno.

La atención a la diversidad es una realidad en nuestras aulas, pero se generan muchas dudas ante la llegada de nuevos casos a los centros. Dado el incremento de alumnos con este tipo de trastornos en las aulas resulta interesante poseer un programa de intervención que oriente la labor y organización educativa en cada caso.

Los programas necesitan fundamentarse en las realidades en las que se van a aplicar y sobre las capacidades previamente evaluadas de los alumnos, además, deben de estar apoyados por el conjunto que forma el centro escolar. En este trabajo, se han presentado una serie de estrategias que pretenden servir de apoyo y orientación para los docentes, sin olvidar que la responsabilidad no solo recae en ellos, sino en los distintos profesionales que deben colaborar manteniendo una cooperación interdisciplinar.

4. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y PROSPECTIVA

4.1 CONCLUSIONES GENERALES

El objetivo principal de este trabajo fin de grado, ha sido diseñar una propuesta de intervención educativa para los alumnos con Síndrome Ásperger que sirva a los docentes de guía para la integración en el aula de estos niños y niñas. Para poder conseguirlo, es necesario saber qué significa la palabra AUTISMO, qué características lo definen y en concreto qué es ser una alumno/a con SÍNDROME DE ÁSPERGER. Este aspecto es sobre el que se incide en los dos primeros objetivos específicos planteados. Describir las características definitorias de los alumnos con Trastorno Espectro Autista, y en concreto con Síndrome de Ásperger y definir sus criterios de diagnóstico y sus rasgos clínicos para comenzar una buena intervención con este tipo de alumnos.

Con respecto a los tres objetivos específicos siguientes, podemos comprobar cómo dentro del marco teórico, se va concretando los aspectos a tener en cuenta para futura intervención. Por un lado se habla de los requisitos que marcan una buena actuación, la importancia de la etapa de Educación Infantil y Primaria para estos alumnos y por último, y no por ello lo menos importante, la importancia de la colaboración de la familia, que para mí, resulta uno de los principales aspectos a destacar, ya que sin su ayuda, los progresos de estos alumnos se verían muy diezmados y poco productivos.

Para poder desarrollar esta primera parte del trabajo, he tenido que leer, indagar e investigar en distintas publicaciones, multitud de materiales bibliográficos, contenido referenciado en la red...que me han permitido hacer acopio de toda la información necesaria para poder completar este apartado y de esta manera, hacer del trabajo una investigación personal sobre este trastorno.

Por último, el quinto de los objetivos, se plantea como el gran reto final que un profesional de la educación ha de tener en cuenta en su aula, para atender con exactitud y profesionalidad las características y diferencias del alumno/a con Síndrome de Ásperger, ya que, en el apartado número 3 se exponen todos los aspectos que inciden en una correcta y eficiente intervención como son: qué hacemos ante la sospecha de un alumno con tales características, cómo identificamos sus principales rasgos característicos, qué principios debemos tener presentes para una buena intervención, cómo tenemos que intervenir en las distintas áreas del desarrollo, cuál es la metodología más adecuada para este tipo de alumnos y por último, y no menos importante qué coordinación se ha de tener con los distintos profesionales implicados en su educación y con la familia.

La elaboración de este trabajo me ha dado la posibilidad de indagar sobre un tema que hoy en día, es cada vez más frecuente en las aulas, y sobre el que deseaba conocer más y completar con ello la formación recibida a lo largo de este grado de Educación Infantil. Este trabajo me ha ayudado a comprender más el problema y a saber actuar ante ciertas situaciones que se nos pueden presentar en el aula. Además pienso que tenemos que estar abiertos a nuevas metodologías, nuevas

formas de entender la educación para poder adaptarnos a las diferencias individuales que se nos presentan en el aula porque algunas veces esas diferencias se pueden minimizar integrando nuevas fórmulas y métodos de trabajo que pueden ser también muy efectivos para el resto de la clase.

La integración, y con ella la inclusión se basan en la premisa del respeto a los principios de individualización y normalización, en el sentido que el objetivo último es conseguir que las condiciones que rodean al alumno sean lo más normales posibles para desarrollar al máximo sus potencialidades, pero sin pretender que él o ella sea normal o que llegue a desaparecer su hándicap. Hablar de normalización en el ámbito educativo, no debe suponer que el niño va a tener las mismas condiciones educativas que el resto de sus compañeros, sino que, partiendo de un mismo currículo, deberá adaptarse la respuesta educativa en función de las necesidades del alumno/a con el fin de lograr su máximo desarrollo.

Por ello, es importante dedicar parte de nuestro tiempo en formarnos, comprender los distintos problemas y estar al día de todas las tendencias que surgen a nuestro alrededor a cerca de la educación, ya que es evidente que a veces, la educación comprensiva e integradora puede interpretarse como algo imposible, como algo que no deja de ser un sueño con características progresistas e innovadoras, que a la vez encuentra grandes dificultades de progresar y desarrollarse en la sociedad que prima y valora, fundamentalmente la competitividad y la insolidaridad y la no comunicación. Ante esta situación, un principio de posible solución podría ser el reconocer el estado de ignorancia frente al tema y reconsiderar si la formación que recibimos los profesionales es precisamente la más idónea o deberían hacerse los esfuerzos necesarios para modificar los currículo de formación, en consonancia con la realidad.

En el futuro debe tenderse a una educación de la diversidad que no perpetúe la cultura de nuestro país marcada por la uniformidad y el poco cuidado de la “diferencia”. Deberíamos tender a eliminar las tendencias homogéneas y tender hacia posturas más heterogéneas.

Nosotros los profesores, debemos tener muy presentes esta premisa: “Con la educación no se juega” y sin formación es imposible atender correctamente a estos alumnos. Luchemos por ser buenos profesionales, con experiencia y formación suficiente para poder realizar nuestro trabajo lo mejor posible.

4.2 LIMITACIONES OBSERVADAS

La principal limitación observada es la falta de tiempo y dedicación que me hubiera gustado poner en este tipo de trabajo y poder investigar en colegios donde traten con este tipo de alumnado: qué medidas se llevan a cabo, cómo trabajan con estos alumnos, qué formación reciben los profesionales que los atienden...

4.3 PROSPECTIVA

Un tema de esta envergadura nos permite abrir múltiples vías de investigación en el terreno de la educación, por ejemplo, la funcionalidad de las nuevas aulas creadas para este tipo de alumnos llamada TEA, los convenientes o inconvenientes de usar este tipo de metodología dentro

de las aulas de Infantil, cómo se enfrentan las familias ante la presencia de un hijo o hija con estas características, qué importancia tiene la buena coordinación entre los distintos profesionales que atienden al niño/a, cómo se mueven las asociaciones de autismo para ayudar y asesorar tanto a las familias como a los distintos profesionales, qué formación se imparte a los docentes para estar al día de las nuevas tendencias en educación y cómo lo hacen...

En definitiva, un sinfín de trabajos que podría proponer para futuros profesionales de la educación que quieran y deseen saber más acerca de este tema y de esta manera prepararse para posibles situaciones que se puedan dar en el aula.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

5.1 BIBLIOGRAFÍA EMPLEADA

AUTISMOANDALUCÍA. (2001). *Guía para la atención educativa a los alumnos y alumnas con Espectro Autista*. Andalucía: Consejería de Educación y Ciencia, Dirección General de Orientación Educativa y Solidaridad.

Autista, G. d. (Noviembre de 2004). Trastorno de Espectro Autista. *Publicación* . Instituto de Salud Carlos III.

Barragan, J. (27 de Octubre de 2012).” *Síndrome de Ásperger. Nuevos criterios de diagnóstico en el DSM-V*”. Ponencia . Alicante.

Bauer, S. (s.f.). Artículo. *El Síndrome de Ásperger* . Rochester, Nueva York: Unidad de Desarrollo. Hospital de Genesee.

Caballero, R., Lopez, M., Fernández, A., Martínez, C., & Vázquez, C. *Los trastorno generales del desarrollo. Una aproximación hacia la práctica. El Síndrome de Ásperger. Una respuesta educativa* (Vol. 2). Consejería de Educación. Dirección General de Participación y Solidaridad en la Educación.

Cererols, R. (2011). *Descubrir el Ásperger*. Psylicom Distribuciones Editoriales.

Coto, M. (2013). *SÍNDROME DE ÁSPERGER. Guía práctica para la intervención en le ámbito escolar*. San Juan de Aznalfarache: Asociación sevillana de Síndrome de Ásperger.

DELETREA, E., & ARTIGAS, J. (2004). *Un acercamiento al Síndrome de Ásperger: una guía teórica y práctica* (1º ed.). España: Asociación Asperger de España.

Díez, J., & Balmanya, N. (s.f.). Ponencia. *Intervención psicopedagógica en el Trastorno Espectro Autista.TEA* . Instituto de diagnóstico y atención psiquiátrica y psicológica.

Espectro Autista. info. (2008). Obtenido de Espectro Autista. info: <http://espectroautista.info/>

Federación de Ásperger de España. (s.f.). Recuperado el 16 de junio 2014. Obtenido de Federación de Ásperger de España: <http://www.asperger.es/index.php>

Gallego, M. (2012). *Guía para la buena integración del alumnado con TEA en Educación Primaria*. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la comunidad.

Georgio, T. (2002). *El síndrome de Ásperger. Estrategias prácticas para el aula. Guía del profesorado*. País Vasco: Servicio Central de Publicaciones.

Godoy, P., & Aguilera, C. (2010). *Manual de apoyo a los docentes: Educación de estudiantes que presentan Espectro Autista*. Santiago de Chile: Ministerio de Educación de Chile.

Hernandez, J., Artigas, J., Martos, J., Palacios, S., & al, e. (2005). Artículo. *Guía de buena práctica para la detección temprana de los Trastornos de Espectro Autista* . Grupo de estudio de los Trastornos Espectro Autista del Insituto de Salud de Carlos III.

Jarque, J. (s.f.). *familia y cole*. Recuperado el 11 de junio 2014. Obtenido de familia y cole: <http://familiaycole.com/>

Kalbach, Y. (Dirección). (2012). *El cerebro de Hugo* [Película].

L.O. (2006). *Ley Orgánica 2/2003, de 3 de mayo, de Educación*. Boletín oficial del estado, 106 del 4 de mayo de 2006 .

Marco, O. (s.f.). Ponencia. *Intervención en TEA* . Asociacion Autrade.

Rivière, A., & Martos, J. (2000). *El niño pequeño con autismo*. Madrid: Asociación de Padres de Niños Autistas.

Rodgla, E., & M, M. (2013). *Guía para la práctica educativa con niños con Autismo y Trastornos Generalizados del Desarrollo: curriculum y materiales didácticos*. Galicia.

Salamanca, E. (2012). *I Congreso Internacional sobre los Trastornos del Espectro Autista. Marco jurídico, sanitario, educativo y de servicios sociales*. Granada: Asociación Conecta.

Salvador, F. (2001). *Enciclopedia psicopedagógica de necesidades educativas especiales* (Vol. VOL I Y II). Málaga: Aljibe, S.L.

Thomas, G., Barratt, P., & Clewley, H. (2007). Guía. *Síndrome Asperger. Estrategias prácticas para la clase. Una guía para profesores*, 96. Asociación Ásperger Andalucía.

Tortosa, F. (s.f.). Artículo. *Intervención educativa en el alumnado con Trastornos de Espectro Autista*. Murcia: Servicio de Atención a la Diversidad. Dirección general de Promoción Educativa e Innovación. Consejería de Educación, Ciencia e Innovación.

5.2 BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Angulo, M., Fernandez, C., García, F., Giménez, A., Ongallo, C., Prieto, I., y otros. (2008). *Manual para la atención de necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de trastornos graves de conducta*. Junta de Andalucía, Consejería de Educación, Dirección General de Participación e Innovación Educativa.

Hilde De, C. (2012). *El autismo desde dentro*. Valencia: EITA (Equipo de Investigación y tratamiento en Ásperger y Autismo).

Notbohm, E. (2012). Artículo: *Diez cosas que todo niño con autismo quisiera que supieras*.

Martínez-Losa, M, P. M., & Sanchez, F. (2013). *Experiencia con autismo*.

Segar, M. (2005). *Haciendo frente: una guía para la supervivencia con el Síndrome de Ásperger*.

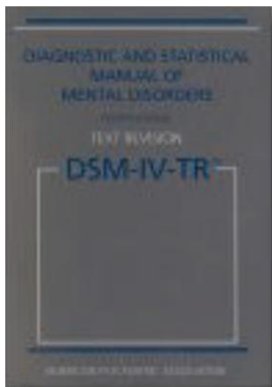
Sanchez, F., & Gomez, L. (s.f.). Preparados listos ya. *Guías dirigidas a padres para el desarrollo de la comunicación*. Murcia: FEAPS.

ANEXOS

ANEXO 1

CLASIFICACIONES INTERNACIONALES DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM- IV-TR)



F84 TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

F84.0 Trastorno Autista

Criterios para el diagnóstico del Trastorno autista

A. Existe un total de 6 (o más) ítems de 1, 2 y 3, con por lo menos dos de 1, y uno de 2 y de 3:

1. alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:
 - (a) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
 - (b) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuados al nivel de desarrollo.
 - (c) ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés).
 - (d) falta de reciprocidad social o emocional.
2. alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:
 - (a) retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).
 - (b) en sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
 - (c) utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
 - (d) ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.
3. patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:
 - (a) preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo
 - (b) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
 - (c) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
 - (d) preocupación persistente por partes de objetos

B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: 1 interacción social, 2 lenguaje utilizado en la comunicación social o 3 juego simbólico o imaginativo.

C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil

F84.2 Trastorno de Rett

Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Rett

A. Todas las características siguientes:

1. desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal.
2. desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros 5 meses después del nacimiento.
3. circunferencia craneal normal en el nacimiento.

B. Aparición de todas las características siguientes después del período de desarrollo normal:

1. desaceleración del crecimiento craneal entre los 5 y 48 meses de edad.
2. pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas entre los 5 y 30 meses de edad, con el subsiguiente desarrollo de movimientos manuales estereotipados (p. ej., escribir o lavárselas manos).
3. pérdida de implicación social en el inicio del trastorno (aunque con frecuencia la interacción social se desarrolla posteriormente).
4. mala coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco.
5. desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo gravemente afectado, con retraso psicomotor grave.

F84.3 Trastorno desintegrativo infantil

A. Desarrollo aparentemente normal durante por lo menos los primeros 2 años posteriores al nacimiento, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto.

B. Pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas (antes de los 10 años de edad) en por lo menos dos de las siguientes áreas:

1. lenguaje expresivo o receptivo
2. habilidades sociales o comportamiento adaptativo
3. control intestinal o vesical
4. juego
5. habilidades motoras

C. Anormalidades en por lo menos dos de las siguientes áreas:

1. alteración cualitativa de la interacción social (p. ej., alteración de comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, ausencia de reciprocidad social o emocional)
2. alteraciones cualitativas de la comunicación (p. ej., retraso o ausencia de lenguaje hablado, incapacidad para iniciar o sostener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, ausencia de juego)
3. patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, en los que se incluyen estereotipias motoras y manierismos

D. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia.

F84.5 Trastorno de Asperger

Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Asperger

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

1. importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social
2. incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiados al nivel de desarrollo del sujeto
3. ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés)
4. ausencia de reciprocidad social o emocional

B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:

1. preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo
2. adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
3. manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
4. preocupación persistente por partes de objetos

- C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).
- E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.
- F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado

La clasificación no aporta instrucciones sobre la utilización de esta categoría.

DÉCIMA REVISIÓN DE LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE INVESTIGACIÓN (CIE 10)



F84 TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

F84.0 Autismo infantil

A. Presencia de un desarrollo anormal o alterado desde antes de los tres años de edad. Deben estar presentes en al menos una de las siguientes áreas:

- 1) Lenguaje receptivo o expresivo utilizado para la comunicación social.
- 2) Desarrollo de lazos sociales selectivos o interacción social recíproca.
- 3) Juego y manejo de símbolos en el mismo.

B. Deben estar presentes al menos seis síntomas de (1), (2) y (3), incluyendo al menos dos de (1) y al menos uno de (2) y otro de (3):

1) Alteración cualitativa de la interacción social recíproca. El diagnóstico requiere la presencia de anomalías demostrables en por lo menos tres de las siguientes áreas:

- a) Fracaso en la utilización adecuada del contacto visual, de la expresión facial, de la postura corporal y de los gestos para la interacción social.
- b) Fracaso del desarrollo (adecuado a la edad mental y a pesar de las ocasiones para ello) de relaciones con otros niños que impliquen compartir intereses, actividades y emociones.
- c) Ausencia de reciprocidad socio-emocional, puesta de manifiesto por una respuesta alterada o anormal hacia las emociones de las otras personas, o falta de modulación del comportamiento en respuesta al contexto social o débil integración de los comportamientos social, emocional y comunicativo.

d) Ausencia de interés en compartir las alegrías, los intereses o los logros con otros individuos (por ejemplo, la falta de interés en señalar, mostrar u ofrecer a otras personas objetos que despierten el interés del niño).

2) Alteración cualitativa en la comunicación. El diagnóstico requiere la presencia de anomalías demostrables en, por lo menos, una de las siguientes cinco áreas:

- a) Retraso o ausencia total de desarrollo del lenguaje hablado que no se acompaña de intentos de compensación mediante el recurso a gestos alternativos para comunicarse (a menudo precedido por la falta de balbuceo comunicativo).
- b) Fracaso relativo para iniciar o mantener la conversación, proceso que implica el intercambio recíproco de respuestas con el interlocutor (cualquiera que sea el nivel de competencia en la utilización del lenguaje alcanzado),
- c) Uso estereotipado y repetitivo del lenguaje o uso idiosincrásico de palabras o frases.

d) Ausencia de juegos de simulación espontáneos o ausencia de juego social imitativo en edades más tempranas.

3) Presencia de formas restrictivas, repetitivas y estereotipadas del comportamiento, los intereses y la actividad en general. Para el diagnóstico se requiere la presencia de anomalías demostrables en, al menos, una de las siguientes seis áreas:

a) Dedicación apasionada a uno o más comportamientos estereotipados que son anormales en su contenido. En ocasiones, el comportamiento no es anormal en sí, pero sí lo es la intensidad y el carácter restrictivo con que se produce.

b) Adherencia de apariencia compulsiva a rutinas o rituales específicos carentes de propósito aparente.

c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos con palmadas o retorcimientos de las manos o dedos, o movimientos completos de todo el cuerpo.

d) Preocupación por partes aisladas de los objetos o por los elementos ajenos a las funciones propias de los objetos (tales como su olor, el tacto de su superficie o el ruido o la vibración que producen).

C. El cuadro clínico no puede atribuirse a las otras variedades de trastorno generalizado del desarrollo, a trastorno específico del desarrollo de la comprensión del lenguaje (F80.2) con problemas socioemocionales, a trastorno reactivo de la vinculación en la infancia (F94.1) tipo desinhibido (F94.2), a retraso mental (F70-72) acompañados de trastornos de las emociones y del comportamiento, a esquizofrenia (F20) de comienzo excepcionalmente precoz ni a síndrome de Rett (F84.2).

F84.1 Autismo atípico

A. Presencia de un desarrollo anormal o alterado aparecido a los tres o después de los tres años de edad (el criterio es como el del autismo a excepción de la edad de comienzo).

B. Alteraciones cualitativas en la interacción social recíproca o alteraciones cualitativas en la comunicación o formas de comportamiento, intereses o actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas (el criterio es como para el autismo a excepción de que no es necesario satisfacer los criterios en términos del número de áreas de anomalía).

C. No se llega a satisfacer los criterios diagnósticos de autismo (F84.0).

El autismo puede ser atípico tanto en la edad de comienzo (F84.11) como por sus manifestaciones clínicas (F84.12). Un quinto dígito permite diferenciarlos con fines de investigación. Los síndromes que no puedan incluirse en uno de ellos se codificarán como F84.12.

F84.10 Atipicidad en la edad de comienzo

A. No se satisface el criterio A del autismo (F84.0). Esto es, la anomalía del desarrollo se manifiesta sólo a los tres años de edad o con posterioridad.

B. Se satisfacen los criterios B y C del autismo (F84.0).

F84.11 Atipicidad sintomática

A. Satisface el criterio A del autismo (es decir, anomalía del desarrollo de comienzo antes de los tres años de edad).

B. Alteraciones cualitativas en las interacciones sociales que implican reciprocidad, o en la comunicación, o bien formas de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas.

Los criterios son similares a los del autismo excepto en que no hacen referencia a número determinado de áreas afectadas por la anomalía.

C. Se satisface el criterio C del autismo.

D. No se satisface el criterio B del autismo (F84.0).

F84.12 Atipicidad tanto en edad de comienzo como sintomática

A. No se satisface el criterio A del autismo. La anomalía del desarrollo se manifiesta sólo a los tres años de edad o con posterioridad.

B. Alteraciones cualitativas de las interacciones que implican reciprocidad o de la comunicación, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas. Los criterios son similares a los del autismo excepto en que no hacen referencia a un número determinado de áreas afectadas por la anomalía.

C. Se satisface el criterio C del autismo.

D. No se satisface el criterio B del autismo (F84.0).

F84.2 Síndrome de Rett

A. Normalidad aparente durante los períodos prenatal y perinatal, desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros cinco meses de edad y perímetro cefálico normal en el momento del parto.

B. Desaceleración del crecimiento cefálico entre los cinco meses y los cuatro años de edad junto a una pérdida de las capacidades motrices manuales previamente adquiridas entre los seis y los treinta meses de edad. Esto se acompaña de una alteración de la comunicación y de las relaciones sociales y de la aparición de marcha inestable y pobremente coordinada o movimientos del tronco.

C. Grave alteración del lenguaje expresivo y receptivo, junto a retraso psicomotor grave.

D. Movimientos estereotipados de las manos (como de retorcérselas o lavárselas) que aparecen al tiempo o son posteriores a la pérdida de los movimientos intencionales.

F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia

A. Desarrollo aparentemente normal hasta al menos los dos años de edad. Se requiere para el diagnóstico la presencia de una capacidad normal para la comunicación, para las relaciones sociales y el juego, y para los comportamientos adaptativos hasta al menos los dos años de edad.

B. Al comenzar el trastorno se produce una clara pérdida de capacidades previamente adquiridas. Se requiere para el diagnóstico una pérdida clínicamente significativa de capacidades (y no sólo un fracaso puntual en ciertas situaciones) en al menos dos de las siguientes áreas:

- 1) Lenguaje expresivo o receptivo.
- 2) Juego.
- 3) Rendimientos sociales o comportamientos adaptativos.
- 4) Control de esfínteres.
- 5) Rendimientos motores.

C. Comportamiento social cualitativamente anormal. El diagnóstico requiere la presencia demostrable de alteraciones en dos de los siguientes grupos:

- 1) Alteraciones cualitativas en las relaciones sociales recíprocas (del estilo de las del autismo).
- 2) Alteración cualitativa de la comunicación (del estilo del autismo).
- 3) Patrones restringidos de comportamiento, intereses y actividades repetitivas y estereotipadas, entre ellas, estereotipias motrices y manierismos.
- 4) Pérdida global de interés por los objetos y por el entorno en general.

D. El trastorno no se puede atribuir a otros tipos de trastornos generalizados del desarrollo, a epilepsia adquirida con afasia (F80.6), a mutismo selectivo (F94.0), a esquizofrenia (F20.F29), ni a síndrome de Rett (F84.2).

F84.4 Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados

A. Hiperactividad motora grave manifiesta por al menos dos de los siguientes problemas en la actividad y la atención:

- 1) Inquietud motora continua, manifiesta por carreras, saltos y otros movimientos que implican todo el cuerpo.
- 2) Dificultad importante para permanecer sentado: tan solo estará sentado unos segundos por lo general, a no ser que esté realizando una actividad estereotipada (ver criterio B).
- 3) Actividad claramente excesiva en situaciones en las que se espera una cierta quietud.
- 4) Cambios de actividad muy rápidos, de tal forma que las actividades generales duran menos de un minuto (ocasionalmente duran más si la actividad se ve muy favorecida o reforzada, y esto no excluye el diagnóstico; las actividades estereotipadas pueden durar mucho tiempo y son compatibles con este criterio).

B. Patrones de conducta repetitivos y estereotipados manifiestos por al menos uno de los siguientes:

- 1) Manierismos fijos y frecuentemente repetidos: pueden comprender movimientos complejos de todo el cuerpo o movimientos parciales tales como aleteo de manos.
- 2) Repetición excesiva de actividades no encaminadas hacia ningún fin. Puede incluir juegos con objetos (por ejemplo, con el agua corriente) o actividades ritualísticas (bien solo o junto a otra gente).
- 3) Autoagresiones repetidas.

C. CI menos de 50.

D. Ausencia de alteración social de tipo autístico. El niño debe mostrar al menos tres de las siguientes:

- 1) Adecuado desarrollo del uso de la mirada, expresión y postura en la interacción social.
- 2) Adecuado desarrollo de las relaciones con compañeros, incluyendo el compartir intereses, actividades,...
- 3) Al menos ocasionalmente se aproxima a otras personas en busca de consuelo y afecto.
- 4) A veces puede participar de la alegría de otras personas. Existen otras formas de alteración social, como la tendencia al acercamiento desinhibido a personas extrañas, que son compatibles con el diagnóstico.

E. No cumple criterios diagnósticos para autismo (F84.0 y F84.1), trastorno desintegrativo de la infancia (F84.3) o trastornos hiperquinéticos (F90.-).

F84.5 Síndrome de Asperger

A. Ausencia de retrasos clínicamente significativos del lenguaje o del desarrollo cognitivo. Para el diagnóstico se requiere que a los dos años haya sido posible la pronunciación de palabras sueltas y que al menos a los tres años el niño use frases aptas para la comunicación. Las capacidades que permiten una autonomía, un comportamiento adaptativo y la curiosidad por el entorno deben estar al nivel adecuado para un desarrollo intelectual normal. Sin embargo, los aspectos motores pueden estar de alguna forma retrasados y es frecuente una torpeza de movimientos (aunque no necesaria para el diagnóstico). Es frecuente la presencia de características especiales aisladas, a menudo en relación con preocupaciones anormales, aunque no se requieren para el diagnóstico.

B. Alteraciones cualitativas en las relaciones sociales recíprocas (del estilo de las del autismo).

C. Un interés inusualmente intenso y circunscrito o patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas, con criterios parecidos al autismo aunque en este cuadro son menos frecuentes los manierismos y las preocupaciones inadecuadas con aspectos parciales de los objetos o con partes no funcionales de los objetos de juego.

D. No puede atribuirse el trastorno a otros tipos de trastornos generalizados del desarrollo, a trastorno esquizotípico (F21), a esquizofrenia simple (F20.6), a trastorno reactivo de la vinculación en la infancia de tipo desinhibido (F94.1 y .2), a trastorno anancástico de personalidad (F60.5), ni a trastorno obsesivo-compulsivo (F42).

F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo

La clasificación no aporta instrucciones sobre la utilización de esta categoría.

F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación

Se trata de una categoría residual que se usará para aquellos trastornos que se ajustan a la descripción general de trastornos generalizados del desarrollo pero que no cumplen los criterios de ninguno de los apartados F84 a causa de información insuficiente o datos contradictorios

F88 Otros trastornos del desarrollo psicológico

La clasificación no aporta instrucciones sobre la utilización de esta categoría.

F89 Trastorno del desarrollo psicológico, no especificado

La clasificación no aporta instrucciones sobre la utilización de esta categoría.

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (CIF)



b122 Funciones psicosociales globales

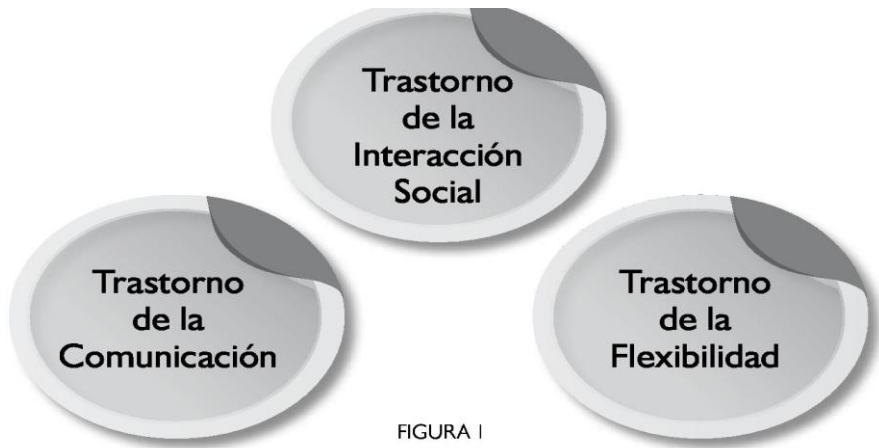
Funciones mentales generales, y su desarrollo a lo largo del ciclo vital, requeridas para entender e integrar de forma constructiva varias funciones mentales que conducen a la obtención de habilidades interpersonales necesarias para establecer interacciones sociales recíprocas tanto a lo referente al significado y a la finalidad.

Incluye: autismo

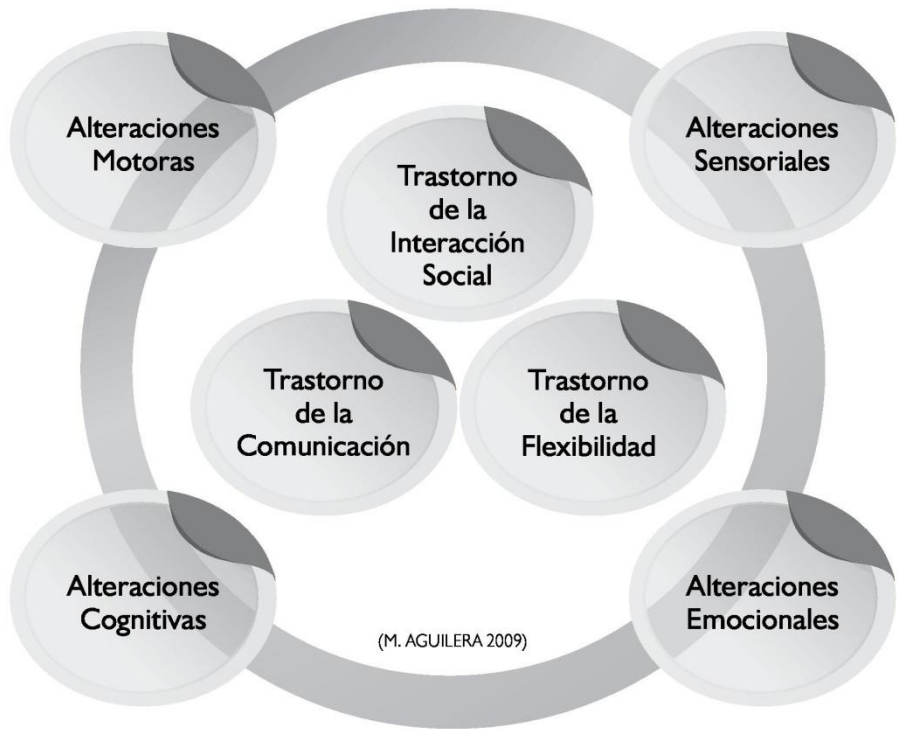
ANEXO 2

CARACTERÍSTICAS CUALITATIVAS DEL TRASTORNO ESPECTRO AUTISTA
VARIOS AUTORES

Tres Núcleos del trastorno (Triada de Wing)



M. AGUILERA (2009)



ANEXO 3

**INDICADORES DE AUTISMO TÍPICOS DE LA ETAPA QUE COMPRENDE
DESDE LOS 18 HASTA LOS 36 MESES. (RIVIÉRE, 2000)**

Los más importantes son:

1. Sordera aparente paradójica. Falta de respuesta a llamadas e indicaciones.
2. No comparte focos de interés con la mirada.
3. Tiende a no mirar a los ojos.
4. No mira a las personas ni lo que hacen.
5. Presenta juego repetitivo o rituales de ordenar.
6. Se resiste a cambios de ropa, alimentación, actividades.
7. Presenta rabietas en situaciones de cambio y no le gustan las sorpresas.
8. Carece de lenguaje, si lo tiene lo emplea de forma ecológica o poco funcional.
9. No señala con el dedo para compartir experiencias ni para pedir.
10. Tiende a ignorar a los niños de su edad y no juega con ellos.

En la actualidad se visualizan avances en la detección precoz, se han elaborado instrumentos específicos de detección que pueden ser usados por pediatras, padres, educadores, y otros profesionales. Estos instrumentos facilitan el primer paso a la derivación de un diagnóstico temprano de los trastornos del espectro autista.

Logrando la claridad en el diagnóstico, las acciones podrán estar dirigidas al niño con TEA, a su familia y al entorno, reduciendo de esa manera el estrés familiar con el fin de facilitar que los apoyos otorgados permitan la disminución de los problemas de conducta en los niños, el desarrollo de la comunicación y su integración escolar.

ANEXO 4

INSTRUMENTOS DE DETECCIÓN TEMPRANA DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

M-CHAT

Modified checklist for autism in toddlers.

Lista de chequeo Modificada para Autismo en niños pequeños. Para niños de 24 meses de edad.

Nombre apellidos del niño/a:

Fecha de nacimiento del niño/a: Edad en meses del niño/a

Fecha en que se realiza el cuestionario:

Persona que completa el cuestionario:

Doctor/a profesional de referencia del caso:

Por favor conteste SI cuando habitualmente el niño/a la conducta o comportamiento que se señala. Si no lo hace habitualmente o lo ha hecho en escasas y contadas ocasiones la contestación debe ser NO (Señale la contestación correcta).

	SI	NO
1- ¿Disfruta su niño/a cuando lo balancean o le hace saltar sobre sus rodillas?	☐	☐
2- ¿Se interesa su niño/a por otros niños?	☐	☐
3- ¿Le gusta a su niño/a subirse a las cosas, por ejemplo subir las escaleras?	☐	☐
4- ¿Disfruta su niño/a jugando al cu-cu, al escondite?	☐	☐
5- ¿Le gusta a su niño/a jugar a como si..., ej: hacer que habla por teléfono, jugar a las muñecas, jugar a las comiditas?	☐	☐
6- ¿Utiliza su niño/a el dedo índice para señalar algo o para preguntar por algo?	☐	☐
7- ¿Usa su niño/a el dedo índice para señalar algo o mostrar interés en algo?	☐	☐
8- ¿Puede su niño/a jugar con juguetes pequeños (como coches o cubos) sin llevárselos a la boca, manipularlos o dejarlos caer?	☐	☐
9- ¿Le trae su niño/a a usted objetos o cosas con el propósito de mostrarle algo alguna vez?	☐	☐
10- ¿Su niño/a le mira directamente a los ojos por más de uno o más segundos?	☐	☐
11- ¿Parece su niño/a demasiado sensible al ruido? (por ejemplo se tapa los oídos)	☐	☐
12- ¿Sonríe su niño/a en respuesta en su cara o a su sonrisa?	☐	☐
13- ¿Lo imita su niño/a? Por ejemplo, si usted le hace una mueca a su niño ¿trata de imitarlo?	☐	☐
14- ¿Responde su niño/a a su nombre cuando lo llaman?	☐	☐
15- ¿Si usted señala un juguete que está al otro lado de la habitación, su niño/a mira al juguete?	☐	☐
16- ¿Su niño/a camina?	☐	☐
17- ¿Presta su niño/a atención a las cosas que usted está mirando?	☐	☐
18- ¿Hace su niño/a movimientos raros con los dedos cerca de su cara?	☐	☐
19- ¿Trata su niño/a de llamar su atención sobre las actividades que está realizando?	☐	☐
20- ¿Ha sospechado alguna vez que su niño/a pudiera ser sordo/a?	☐	☐
21- ¿Comprende a su niño/a lo que otros dicen?	☐	☐
22- ¿Fija su niño/a la mirada en nada o camina sin sentido algunas veces?	☐	☐
23- ¿Su niño/a le mira a su cara para comprobar su reacción cuando está en una situación diferente?	☐	☐

Autistic Spectrum Disorders: Best Practice Guideline for Screening Diagnosis and Assessment. California Department of Developmental Service (2002).

ANEXO 4

CUESTIONARIO SINDROME ÁSPERGER

Cuestionario de exploración del aspecto del autismo de alto funcionamiento (ASSQ)
S. Eilers, C. Gillbert y L. Wing, 1999
Síndrome de Asperger

Nombre apellidos del niño/a:

Fecha de nacimiento del niño/a: Edad en meses del niño/a:

Fecha de evaluación:

Nombre del evaluador:

El niño destaca como diferente con relación a otros niños de su misma edad, de la siguiente forma:

	SI	ALGO	NO
1- El niño se comporta de forma anticuada o parece un niño precoz	☐	☐	☐
2- Es percibido como un <i>profesor excéntrico</i> por los otros niños	☐	☐	☐
3- Vive en cierto sentido en su propio mundo con sus intereses intelectuales restringidos e idiosincrásicos	☐	☐	☐
4- El niño acumula datos sobre ciertos temas, (buena memoria mecánica), pero realmente no entiende el significado de la información	☐	☐	☐
5- El niño muestra una comprensión literal del lenguaje metafórico y ambiguo	☐	☐	☐
6- Tiene un estilo de comunicación que se desvía de los patrones normales, con un lenguaje formal, adornado, pasado de moda o con un estilo mecánico	☐	☐	☐
7- Inventa palabras o situaciones idiosincrásicas	☐	☐	☐
8- Tiene una voz o forma de hablar diferente	☐	☐	☐
9- Emite sonidos de forma involuntaria, se adara la garganta, guñe, llora o grita	☐	☐	☐
10- Su actuación en algunas tareas es sorprendentemente buena, mientras que es sorprendentemente ineficaz en otras	☐	☐	☐
11- Usa el lenguaje con fluidez, pero fracasa en acomodar su lenguaje al contexto social o las necesidades de sus interlocutores	☐	☐	☐
12- Carece de empatía	☐	☐	☐
13- Hace comentarios embarazosos e inocentes	☐	☐	☐
14- Tiende a desviar la mirada	☐	☐	☐
15- Desea ser sociable pero fracasa en el desarrollo de las relaciones de amistad con sus iguales	☐	☐	☐
16- Puede estar con otros chicos pero sólo cuando las cosas se hacen a su manera	☐	☐	☐
17- Le falta un mejor amigo	☐	☐	☐
18- Le falta sentido común	☐	☐	☐
19- Es poco habilidoso para los juegos: no tiene un sentido de la cooperación en equipo, marca sus propios goles	☐	☐	☐
20- Manifiesta movimientos y gestos desgarabados, mal coordinados, torpes y desmañados	☐	☐	☐

[illegible]

ANEXO 5

ESCALA AUSTRALIANA PARA SÍNDROME DE ÁSPERGER

La Escala Australiana para síndrome de Asperger (A.S.A.S.) ha sido extraída del libro de Tony Attwood (1998), *Síndrome de Asperger: Una guía para padres y profesionales*, Paidós, Barcelona, 2002.

El siguiente cuestionario ha sido diseñado para identificar comportamientos y habilidades que pudieran ser indicativos del SA en niños durante sus años en la escuela primaria. Esta es la edad en la cual se hacen más llamativas las habilidades y los modelos inusuales de comportamiento. Cada pregunta o afirmación tienen una escala de clasificación, en el que el 0 representa el nivel ordinario esperado en un niño de su edad.

A. HABILIDADES SOCIALES Y EMOCIONALES

RARAVEZ /A MENUDO

1	¿Carece el niño de entendimiento sobre cómo jugar con otros niños? Por ej., ¿ignora las reglas no escritas sobre juego social?	0	1	2	3	4	5	6
2	Cuando tiene libertad para jugar con otros niños, como en el recreo, ¿evita el contacto social con los demás? Por ej., busca un lugar retirado o se va a la biblioteca.	0	1	2	3	4	5	6
3	¿Parece el niño ignorar las convenciones sociales o los códigos de conducta, y realiza acciones o comentarios inapropiados? Por ej., un comentario personal sin ser consciente de que puede ofender a los demás.	0	1	2	3	4	5	6
4	¿Carece el niño de empatía, del entendimiento intuitivo de los sentimientos de otras personas? Por ej., no darse cuenta de que una disculpa ayudará a la otra persona a sentirse mejor.	0	1	2	3	4	5	6
5	¿Parece que el niño espere que las demás personas conozcan sus pensamientos, experiencias y opiniones? Por ej., no darse cuenta de que Vd. no puede saber acerca de un tema concreto porque no estaba con el niño en ese momento.	0	1	2	3	4	5	6
6	¿Necesita el niño una cantidad excesiva de consuelo, especialmente si se le cambian las cosas o algo le sale mal?	0	1	2	3	4	5	6
7	¿Carece el niño de sutileza en sus expresiones o emociones? Por ej., muestra angustia o cariño de manera desproporcionada a la situación.	0	1	2	3	4	5	6
8	¿Carece el niño de precisión en sus expresiones o emociones? Por ej., no ser capaz de entender los niveles de expresión emocional apropiados para diferentes personas.	0	1	2	3	4	5	6
9	¿Carece el niño de interés en participar en juegos, deportes o actividades competitivas? O significa que el niño disfruta de ellos.	0	1	2	3	4	5	6
10	¿Es el niño indiferente a las presiones de sus compañeros? O significa que sigue las modas en ropa o juguetes, por ejemplo.	0	1	2	3	4	5	6

B. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

RARA VEZ / A MENUDO

11	¿Interpreta el niño de manera literal todos los comentarios? Por ej., se muestra confuso por frases del tipo "estás frito", "las miradas matan" o "muérete".	0	1	2	3	4	5	6
12	¿Tiene el niño un tono de voz poco usual? Por ej., que parezca tener un acento "extranjero", o monótono, y carece de énfasis en las palabras clave.	0	1	2	3	4	5	6
13	Cuando habla con él, ¿muestra el niño desinterés en su parte de la conversación? Por ej., no pregunta ni comenta sus ideas con otros.	0	1	2	3	4	5	6
14	Cuando se conversa con él, ¿mantiene menos contacto ocular del que cabría esperar?	0	1	2	3	4	5	6
15	¿Tiene el niño un lenguaje excesivamente preciso o pedante? Por ejemplo: habla de manera formal o como un diccionario andante	0	1	2	3	4	5	6
16	¿Tiene el niño problemas para reparar una conversación? Por ej., cuando está confuso no pide aclaraciones, sino que cambia a un tema que le resulte familiar, o tarde un tiempo muy largo en pensar una respuesta.	0	1	2	3	4	5	6

C. HABILIDADES COGNITIVAS

RARA VEZ / A MENUDO

17	¿Lee el niño libros en busca de información, sin parecer interesarle los temas de ficción? Por ej., es un ávido lector de enciclopedias y de libros de ciencias, pero no le interesan las aventuras.	0	1	2	3	4	5	6
18	¿Posee el niño una extraordinaria memoria a largo plazo para eventos y hechos? Por ej., recordar años después la matrícula del coche de un vecino, o recordar con detalle escenas que ocurrieron mucho tiempo atrás.	0	1	2	3	4	5	6
19	¿Carece el niño de juego imaginativo social? Por ej., no incluye a otros niños en sus juegos imaginarios, o se muestra confuso por los juegos de imaginación de otros niños.	0	1	2	3	4	5	6

D. INTERESES ESPECÍFICOS

RARA VEZ / A MENUDO

20	¿Está el niño fascinado por un tema en particular y colecciona ávidamente información o estadísticas sobre ese tema? Por ej., el niño se convierte en una enciclopedia andante sobre vehículos, mapas, clasificaciones de ligas deportivas u otro tema?	0	1	2	3	4	5	6
21	¿Se muestra el niño exageradamente molesto por cambios en su rutina o expectativas? Por ej., se angustia si va a la escuela por una ruta diferente.	0	1	2	3	4	5	6
22	¿Ha desarrollado el niño complejas rutinas o rituales que deben ser completados necesariamente? Por ej., alienar todos sus juguetes antes de irse a dormir.	0	1	2	3	4	5	6

E. HABILIDADES EN MOVIMIENTOS

RARA VEZ / A MENUDO

23	Tiene el niño una pobre coordinación motriz? Por ej., no puede atrapar un balón.	0	1	2	3	4	5	6
24	¿Tiene el niño un modo extraño de correr?	0	1	2	3	4	5	6

F. OTRAS CARACTERÍSTICAS

En esta sección, indique si el niño ha presentado alguna de las siguientes características:

- a. Miedo o angustia inusual debidos a:
 - ✓ Sonidos ordinarios, por ejemplo, aparatos electrónicos domésticos
 - ✓ Caricias suaves en la piel o en el cabello
 - ✓ Llevar puestos algunas prendas de ropa
 - ✓ En particular ruidos no esperados
 - ✓ Ver ciertos objetos
 - ✓ Lugares atestados o ruidosos, como supermercados
- b. Tendencia a balancearse o aletear cuando está excitado o angustiado
- c. Falta de sensibilidad a niveles bajos de dolor
- d. Adquisición tardía del lenguaje
- e. Tics o muecas faciales no inusuales

Si la respuesta a la mayoría de estas preguntas es SÍ y la puntuación está entre 2 y 6 (es decir, visiblemente por encima del nivel normal) no se puede indicar, de manera automática que el niño tiene Síndrome de Ásperger. Sin embargo existe dicha posibilidad, y se justifica que se realice una evaluación diagnóstica.

ANEXO 6

**CUESTIONARIO DE SCREENING PARA ESPECTRO AUTISTA DE ALTO
FUNCIONAMIENTO, ASSQ (EHLERS, GILLBERG Y WING, 1999)**

Cuestionario de screening para espectro autista de alto funcionamiento, ASSQ (Ehlers, Gillberg y Wing, 1999)	
Nombre del niño:	
Nombre del evaluador:	
Fecha de nacimiento:	
Fecha de evaluación:	

Este niño se muestra diferente a otros chicos de su edad, de la siguiente forma:			
	No (0)	En cierta medida (1)	Sí (2)
1) Parece anticuado y precoz			
2) Es considerado por otros chicos como un “profesor excéntrico”.			
3) Vive en cierta forma en su propio mundo, con intereses intelectuales, idiosincrásicos y restrictivos.			
4) Acumula hechos o datos relativos a ciertos temas (buena memoria mecánica) pero sin comprender realmente su significado.			
5) Posee una comprensión literal del lenguaje metafórico o ambiguo.			
6) Posee un estilo de comunicación desviado, con un lenguaje formal, detallado, anticuado o con la entonación similar a la de “un robot”.			
7) Inventa palabras o expresiones idiosincrásicas.			
8) Posee una voz o un habla diferente.			
9) Expresa sonidos involuntariamente; carraspeos, especies de “ronquidos”, ruidos con la boca, gritos o risas nerviosas.			

10) Es sorprendentemente capaz para algunas cosas y sorprendentemente torpe para otras.			
11) Usa el lenguaje libremente pero falla al realizar ajustes para adaptarse a contextos sociales o las necesidades de los diferentes interlocutores.			
12) Le falta empatía.			
13) Realiza comentarios ingenuos o embarazosos.			
14) Tiende a desviar la mirada.			
15) Desea ser sociable pero falla al establecer relaciones con pares.			
16) Puede estar con otros chicos pero sólo estableciendo sus propios términos.			
17) Le falta un mejor amigo.			
18) Le falta sentido común.			
19) Es pobre en los juegos: no tiene idea de cooperación en un equipo, marca sus “propios goles” (en contra).			
20) Posee torpeza motora, gestos o movimientos mal coordinados, desmañados.			
21) Realiza movimientos involuntarios de la cara o del cuerpo.			
22) Tiene dificultades para completar simples actividades diarias a causa de la repetición compulsiva de ciertas acciones o pensamientos.			
23) Tiene rutinas especiales: insiste en no cambiar.			
24) Muestra apego idiosincrásico a objetos.			
25) Otros chicos se burlan de él o lo ridiculizan.			
26) Tiene una expresión facial inusual notable.			
27) Tiene una postura inusual notable.			

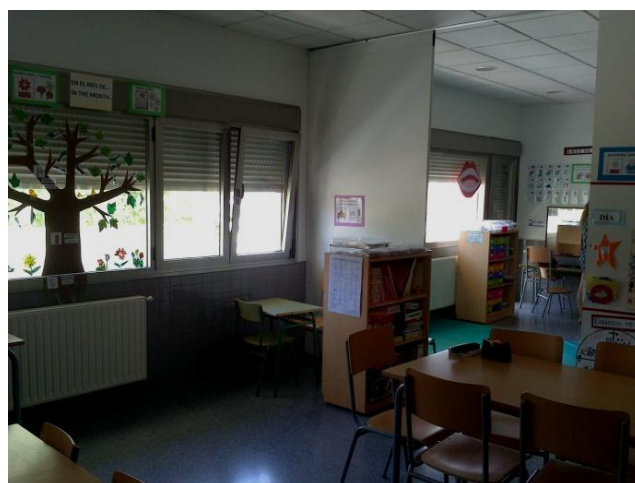
Especifique otras razones que las que figuran arriba:

El cuestionario ASSQ se administra a chicos de 7 a 16 años de edad. El ASSQ presenta 27 ítems que se puntúan de 0 a 2 (0: normalidad, 1: indica algún nivel de alteración, 2: define una alteración). La puntuación total va de 0 a 54. Los ítems se refieren a la interacción social, problemas de comunicación, conductas restrictivas y repetitivas, torpeza motora y diferentes tipos de tics posibles. Los autores investigan acerca de los alcances del instrumento para su uso en contextos clínicos. Se entrevista a padres y maestros y se pide que completen los ítems. Los datos obtenidos sugieren que el ASSQ es un instrumento de screening para trastornos del espectro autista de alto funcionamiento, para administrar a padres y maestros, válido y confiable para su uso en contextos clínicos. En una primera aproximación puede afirmarse que la puntuación de 19 dada por maestros o la puntuación de 22 dada por los padres indicaría la necesidad de realizar al niño evaluaciones más específicas.

ANEXO 7

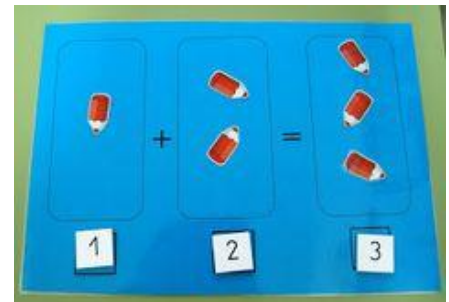
MÉTODOS ESPECÍFICOS DE TRATAMIENTO

1- MÉTODO TEACH





MATERIALES TEACH



2- MÉTODO LOAVAAS



3- PECS

PECS Phases

Phase I

How to Communicate

- Spontaneous Requesting
- 2-Person Prompt Procedure
- Pick up, reach, release



Phase II

Distance and Persistence

- Travel to Communicative Partner
- Carry PECS Book
- Persistence across obstacles



Phase IIIA

Simple Discrimination

- Highly-preferred vs. non-preferred
- 1/2 second rule
- 4-Step Error Correction Procedure



Phase IIIB

Conditional Discrimination

- Correspondence Checks
- 4-Step Error Correction Procedure
- Find pictures in book



Phase IV

Sentence Structure

- Construct and exchange Sentence Strip
- Backstep Error Correction Procedure
- Constant Time Delay to encourage speech



Attributes

Descriptive Vocabulary

- Request specific items
- Size, Color, Shape, etc.
- Action words



Phase V

Answering, "What do you want?"

- Maintain spontaneous requesting
- Progressive Time Delay



Phase VI

Commenting

- Responsive Commenting
- Commenting versus requesting
- Spontaneous Commenting





www.pecs.com

©2012, Pyramid Educational Consultants

"FLEX your PECS!"

4- PROYECTO PEANA

