



**Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel**

Universidad Zaragoza

**TRABAJO DE FIN DE GRADO
EN MAGISTERIO DE EDUCACIÓN PRIMARIA**

**“Aproximación teórica al Síndrome de Asperger.
Pequeños genios con dificultades sociales “**

Alumno/a: Aida Vicent Ferrando

NIA: 637248

Director/a: Prof^a. Coord^a. Charo Ramo Garzarán

AÑO ACADÉMICO 2013-2014

ÍNDICE

RESUMEN.....	Pág.1-2.
1. JUSTIFICACIÓN	Pág.3-4.
2. INTRODUCCIÓN	Pág.4-5.
3. OBJETIVO	Pág.5.
4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	Pág.5-12.
4.1 Antecedentes.....	Pág.5-9.
4.2 Funcionamiento neuropsicológico.....	Pág.9-12.
5. DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE ASPERGER	Pág.12-26.
5.1 Diagnóstico.....	Pág.12-14.
5.2 Instrumentos de detección y etapas de la evaluación.....	Pág.14-18.
5.3 Comorbilidad y diagnóstico diferencial.....	Pág.19-23.
5.4 Importancia de la atención temprana.....	Pág.23-26.
6. INTERVENCIÓN EDUCATIVA	Pág.26-42.
6.1 Familia- Escuela.....	Pág.26-35.
6.2 Educación Inclusiva.....	Pág.35-42.
7. CONCLUSIÓN	Pág.42-45.
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Pág.46-47.
9. GLOSARIO	Pág.48-49.
10. ANEXOS	Pág.50-57.

RESUMEN

En el siguiente estudio se ofrece una selección de algunos de los aspectos más importantes a tener en cuenta para entender el Síndrome de Asperger y a la hora de trabajar con un niño que presente este síndrome. Para llevar a cabo esta selección, se han utilizado las aportaciones de los autores más reconocidos y representativos en el campo del Asperger.

El Síndrome de Asperger afecta principalmente al área comunicativa, a los intereses restringidos y a la interacción social. Siguiendo unas sencillas pautas de intervención educativa se puede lograr que el niño afectado desarrolle habilidades en las áreas que se han visto mermadas por la presencia del síndrome. También es importante tener en cuenta que aunque muestren algunas dificultades, también poseen habilidades en algunas áreas desarrolladas de manera significativa.

La rápida y temprana detección del Síndrome de Asperger favorecerá al niño, ya que permitirá que la intervención atenúe los efectos del síndrome y se le podrá ofrecer una atención especializada desde el enfoque de una educación inclusiva.

PALABRAS CLAVE

Síndrome de Asperger; Atención temprana; Comorbilidad; Intervención educativa; Inclusión

ABSTRACT

The following study offers a selection of some of the most important aspects to keep in mind to understand the syndrome of Asperger's and when working with a child who presents this syndrome. In order to perform this selection, have been the contributions of the authors most recognized and representative in the field of Asperger.

Asperger syndrome mainly affects the communicative area, restricted interests and social interaction. Following simple guidelines of educational intervention can be the affected child to develop skills in the areas that have been diminished by the presence of the syndrome. It is also important to note that although they show some difficulties, they also possess skills in some areas developed significantly.

Early and rapid detection of Asperger syndrome will benefit the child, since it will allow the intervention to mitigate the effects of the syndrome and can offer specialized care from the perspective of inclusive education.

KEY WORDS

Asperger Syndrome; Early care; Comorbidity; Educational Intervention; Inclusion

1. JUSTIFICACIÓN.

Este Trabajo de Final de Grado surge por la necesidad de conocer aquellos aspectos relevantes a la hora de afrontar un caso de Asperger en el aula.

Hoy en día se habla mucho de inclusión, pero para que esta inclusión se convierta en una realidad, es necesario que se produzca un cambio en la sociedad. Un cambio que tenga como consecuencia la desaparición de las diferencias entre las personas y se sustituya por el concepto de igualdad. Es necesario que la sociedad sea más flexible y que se vean las diferencias como una oportunidad de enriquecimiento para que desaparezca así la exclusión y la marginación.

En el aula, también surge la necesidad de que el maestro¹ posea una formación integral sobre el tema para poder abordar con naturalidad los acontecimientos que surjan. Por lo tanto, si un maestro conoce las técnicas y estrategias más eficaces a la hora de trabajar con estos niños, se podrán poner en práctica y conseguir una educación inclusiva que permita que cada alumno alcance el éxito en la etapa escolar, independientemente de las características que presente.

Si a esta actuación por parte de la escuela se le añade la colaboración de las familias en el hogar, se obtendrá como resultado un ambiente en el que el niño con Síndrome de Asperger (en adelante, SA) vaya alcanzando, de manera progresiva, el éxito tanto en el ámbito académico como en el personal.

La UNESCO, en varios documentos de referencia, (UNESCO, 2002, 2003, 2005) amplía el concepto de inclusión y lo define como: “Un proceso cuyo fin último es lograr la inclusión social y la participación de todos, mediante estrategias educativas que respondan a la diversidad de demandas del alumnado, que trabajen particularmente con aquellos en riesgo de ser excluidos del sistema educativo (por discapacidad, pobreza, trastornos de aprendizaje y de conducta, etc.) y consecuentemente de la sociedad”.

¹ En relación al valor aceptado de la igualdad de género, todas las menciones que se realizan en género masculino a lo largo de este trabajo, se entenderán indistintamente en género femenino dependiendo de la persona a la que se refiera.

Otra razón, es por la expectativa creada durante la realización de la asignatura de atención temprana en el cuarto curso de la carrera. En esta asignatura se trabajaron, con más profundidad de lo habitual, discapacidades que podemos encontrar en las aulas de hoy en día. Tras varios días estudiando el SA, surgió la necesidad de indagar más sobre las características, tanto a nivel cognitivo como emocional, de esos pequeños genios con dificultades sociales que eran los niños con SA.

Este Trabajo de Final de Grado presenta una estructura de acuerdo a la línea de trabajo 1, es decir; es una revisión bibliográfica de las aportaciones más relevantes sobre el SA y que vienen de la mano de los autores que más han estudiado sobre el tema.

2. INTRODUCCIÓN.

Hoy en día son muchas las personas diagnosticadas con SA y cada vez se encuentran más niños en las aulas que presentan este síndrome. En las carreras universitarias se prepara al alumnado para afrontar diferentes situaciones dentro del aula, pero no se trabaja con profundidad cómo y cuándo actuar.

Se pretende recopilar la bibliografía más significativa y que ha servido como marco de referencia a los autores que han trabajado sobre el tema, convirtiéndose así en una guía para docentes y familiares a la hora de entender comportamientos y actitudes de las personas que padecen el SA.

El SA es un trastorno del espectro autista que implica la alteración cualitativa del desarrollo social y comunicativo, e intereses y conductas restringidos y estereotipados, en personas con relativas buenas capacidades (Belinchón, Hernández y Sotillo, 2009).

Como dijo Hans Asperger: “La naturaleza de estos niños se pone de manifiesto con más claridad en su conducta hacia los demás. De hecho, su conducta en el grupo social es el signo más claro de su trastorno” (Hans Asperger [1944] 1991 pg. 91).

La clave para entender a los niños que presentan este síndrome es simplemente ponerse en su lugar y, si se cumplen ciertas pautas, seguro que se conseguirá que

estos niños den lo mejor de sí mismos y es que, como afirmó Hans Asperger (1938): “No todo lo que se sale de lo normal y, en consecuencia, es anormal, es necesariamente inferior”.

A lo largo del trabajo se muestran diferentes aspectos a tener en cuenta a la hora de trabajar o convivir con una persona que presente SA. Estos aspectos van desde los antecedentes y las primeras informaciones que se aportaron al campo de investigación sobre el SA, pasando por los instrumentos de detección y las áreas afectadas, hasta llegar a las orientaciones para familiares y maestros.

3. OBJETIVO.

El objetivo principal de este Trabajo de Final de Grado es revisar diferentes fuentes bibliográficas y profundizar en el conocimiento del espectro autista: SA, ofreciendo posibles intervenciones familia-escuela. Por ello, a lo largo del trabajo se tratarán tanto aspectos teóricos como orientaciones prácticas.

4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

4.1. ANTECEDENTES.

Cuando se habla del SA, aparecen una serie de dificultades para delimitar la etiología, características o criterios diagnósticos que solo se pueden resolver si se echa la vista atrás para hacer un estudio exhaustivo de la literatura que se ha publicado sobre el tema.

El pediatra y psiquiatra austríaco Hans Asperger (1906-1980) trabajaba en su clínica evaluando a niños que presentaban trastornos de diversa naturaleza; valoraba las dificultades que presentaban y, posteriormente, buscaba estrategias educativas que aminoraran esas dificultades, pues el autor pensaba que la educación y la psiquiatría estaban estrechamente relacionadas y desde la educación debían de ofrecerse respuestas individualizadas a las necesidades que estos niños presentaban. Como él solía decir: “Los seres humanos excepcionales deben de recibir

tratamientos excepcionales, tratamientos que tengan en cuenta sus dificultades especiales”.

En el año 1944, el pediatra y psiquiatra elaboró un artículo llamado “Autistic Psychopathy in Childhood”, que empezaba con las siguientes palabras: “Describiré un tipo de niños particularmente interesante y altamente reconocible”. De esta manera empezaba la base de un estudio que a lo largo de los años ha servido de impulso a muchos trabajos bibliográficos. En su clínica, encontró en más de doscientos chicos, rasgos de personalidad y comportamientos muy similares y se centró en cuatro de estos chicos para elaborar el artículo antes nombrado, convirtiéndose este en uno de sus artículos más trascendentales.

Estos cuatro candidatos representaban las características de un trastorno muy peculiar ya que, de manera contradictoria, mostraban buenas competencias cognitivas y de lenguaje, pero a la vez, poseían una acentuada incapacidad social. Para determinar ese trastorno, desconocido hasta el momento, el médico austríaco escogió el término “autismo” que, hasta ese instante, se utilizaba para hacer referencia a los síntomas de aquellas patologías que llevaban afiliadas dificultades para relacionarse con el mundo que les rodeaba.

Para el autor, la etiqueta de “autismo” abarcaba la esencia de los problemas que constituían el origen del diagnóstico de estos chicos aunque, las dificultades en la interacción social, iban de la mano de otros síntomas conductuales.

Sugirió el término *Autistische Psychopathen im Kindesalter* (trastorno autista de la personalidad). En la terminología inglesa actual, una traducción moderna del término psicológico alemán original *psicopatía* sería *trastorno de la personalidad*, es decir, la descripción de la personalidad de un individuo más que de una enfermedad mental como la esquizofrenia. (Attwood, T. 2009 p.22)

Hans Asperger observó que existía prevalencia superior en hombres que en mujeres. También contempló que algunos padres de estos niños presentaban una personalidad parecida a la de sus hijos, por lo que dedujo que el trastorno podría heredarse genéticamente a través de la línea paterna. Los niños también mostraban intereses variados y originales, poco comunes en niños de la misma edad. Percibió en estos niños poco contacto ocular y movimientos corporales insólitos.

Presentaban un lenguaje pedante y poco natural y una prosodia poco común que afectaba al timbre, al tono y al ritmo pero, sin embargo, poseían un vocabulario relativamente avanzado para su edad. Algunos de estos niños, aprendían a leer muy pronto y sin la ayuda de ningún adulto. Mostraban un grado de inmadurez en cuanto a la empatía y preocupaciones egocéntricas por los temas de su interés.

Como se puede apreciar, Hans Asperger se detuvo a observar tanto los aspectos positivos como los negativos. Cuando estudió a los cuatro chicos, antes mencionados, prestó especial atención a las magníficas habilidades que algunos mostraban en aspectos como: la manera de expresarse, la prematuridad a la hora de empezar a hablar o la maravillosa comprensión lectora... entre otras.

El hecho de que Hans Asperger le diera tanta importancia a estos aspectos positivos, tuvo una notable trascendencia, ya que fue lo que provocó que la etiqueta de “autista” quedara equiparada a los jóvenes con mayores capacidades intelectuales.

En la misma década Leo Kanner, un médico austríaco, también realizó estudios sobre el autismo y lo relacionó con un deterioro grave del lenguaje y pocas habilidades para hacer uso de este lenguaje en las relaciones sociales. De hecho, Leo Kanner definía a estos niños como “niños silenciosos y distantes con discapacidad intelectual” (Kanner, 1943).

En 1991, Lorna Wing realizó un trabajo y aportó una nueva muestra de treinta y cuatro casos en los que ella había observado las mismas características mencionadas por Hans Asperger. A los rasgos clínicos descritos por Hans Asperger, Lorna Wing añadió nuevas observaciones. (Belinchón, Hernández y Sotillo, 2008.pg. 23):

- En el primer año de vida comienzan a manifestarse algunas anomalías conductuales.
- Aunque el juego del niño puede alcanzar el estadio simbólico, este será repetitivo y poco social.
- Estos niños no muestran signos de creatividad pero sí un razonamiento muy literal.

- Muestran una comprensión pobre.
- Suelen mostrar intereses especiales como en las áreas de matemáticas y ciencias.
- La sintomatología puede venir acompañada de ansiedad, depresión e intentos de suicidio.
- Se puede dar también en niñas.
- Se puede dar en personas con retraso en el desarrollo del lenguaje.

Lorna Wing fue la primera que utilizó el término de “Síndrome de Asperger” para referirse a una nueva dimensión diagnóstica dentro del espectro del autismo (Wing, 1981).

Como se puede apreciar, ni Hans Asperger ni Lorna Wing aportaron unos criterios definitivos para el diagnóstico del SA. Por todo esto y desde entonces, muchos autores crearon listas en las que intentaron catalogar los rasgos que se consideraban básicos. Algunas de las listas que más se han divulgado han sido las Peter Szatmari de 1989 (Ver Anexo I), la de Guillberg y Guillberg de 1989; por añadir el criterio de la torpeza motora (Ver Anexo II) y la de Rivière de 1996; el cual consideraba que las listas anteriores eran insuficientes en referencia a la no aparición de retraso general del lenguaje (Ver Anexo III).

Tal y como se puede observar, a lo largo de la historia ha existido una gran dificultad para definir los criterios diagnósticos del SA debido a que este síndrome no tiene unos criterios exclusivos. Esto provoca una gran ambigüedad dado que se produce un solapamiento entre la sintomatología de este diagnóstico y la sintomatología de otros trastornos clínicos en los que también se dan dificultades sociales y comunicativas. (Wing, 1981. Pg. 25).

En 1992 se incorporó el SA en el Manual de Clasificación Internacional de los Trastornos de la Organización Mundial de la Salud, décima edición (CIE-10) y, aunque no se logró solucionar el acuerdo en cuanto a los criterios diagnósticos, quedó catalogado como un subgrupo dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), con los siguientes criterios diagnósticos (Ver Anexo IV).

Posteriormente, ya denominado “Síndrome de Asperger” debido a las características propias del síndrome y como diferencial del TEA, se incorporó en el DSM-IV (Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales, cuarta edición, 1994) y continuó situado dentro de los trastornos generalizados del desarrollo (TGD). De manera que, el SA y el autismo fueron contemplados como dos trastornos cualitativamente diferentes entre sí. En la definición que aparece en el DSM-IV se puede apreciar de qué manera contribuyeron las aportaciones que Hans Asperger hizo del SA en su artículo original y se recogieron los criterios diagnósticos de la siguiente manera (Ver Anexo V).

Como se puede apreciar tras esta pequeña investigación, los criterios para establecer el diagnóstico del SA se han ido modificando a lo largo del tiempo y dependiendo de los autores que se tomen como referencia. A pesar de esto, todos coinciden en que las personas con SA presentan una perturbación en tres áreas fundamentales: el área comunicativa, el área social y los intereses restringidos.

4.2 FUNCIONAMIENTO NEUROPSICOLÓGICO.

A lo largo de los años se han realizado numerosos estudios para conocer la forma de pensar y de comprender el mundo de las personas con SA. Diferentes modelos teóricos explican las maneras de pensar y comprender el mundo y cada uno de estos modelos se basa en las características observadas en personas con SA. A pesar de esto, ninguna de las teorías que se explican a continuación, ha sido capaz de dar una explicación totalmente efectiva del funcionamiento psicológico y que explique los rasgos particulares del SA.

a) Teoría sobre el déficit en “Teoría de la Mente”.

La Teoría de la Mente se refiere a la habilidad innata que poseen las personas para construir una idea interior sobre los pensamientos de los demás y para entender el estado mental de otra persona. Para llegar a entender este estado es necesario un proceso en el que uno se ponga en el lugar del otro para llegar a entender por qué se actúa de esa manera.

Las personas con SA carecen de la competencia que permite a las personas ponerse en el lugar de otras e incluso imaginar qué piensan o qué sienten. También muestran dificultades para entender el doble sentido de las conversaciones, las ironías y las bromas.

Desde esta teoría se explica que los niños con SA es como si tuvieran una “ceguera mental” (Baron-Cohen, 1995.pg 183) que explicaría las perturbaciones en el área de la comunicación y aunque, normalmente, muestran una evidente motivación para establecer relaciones sociales, como señala Rivière, “fracasan frecuentemente en el intento de lograr una relación fluida”.

El primer estudio que se llevó a cabo para plantear esta conjetura (Baron- Cohen et al., 1985) empleó la clásica tarea de falsa creencia de las dos muñecas: Sally y Ann. (Ver anexo VI).

Cuando se procede a realizar la evaluación diagnóstica del niño que supuestamente presenta SA, se debe de incluir una prueba para valorar el grado de madurez en relación con las habilidades de la teoría de la mente.

Existen recursos muy interesantes para trabajar en el aula o en el hogar la comprensión y la capacidad para determinar lo que piensa o siente un personaje. Algunos ejemplos de estos recursos son: *las historias extrañas* para niños de 4 a 12 años (Happé, 1994), *stories from everybody life* (Kaland y otros, 2002) o *lectura de la mente en la mirada* (Baron- Cohen et al., 1991).

b) Teoría de la empatía-sistematización.

Baron- Cohen y sus colaboradores (Wheelwright, 2005) plantean la teoría de la empatía-sistematización ante la necesidad de crear una teoría que hable de los aspectos no sociales y tenga en cuenta el factor de reactividad emocional.

Esta teoría sitúa a las personas que presentan SA con unos niveles de empatía por debajo de la media, motivo por el cual, según Baron- Cohen (2010), se explicarían las dificultades en el área social y de comunicación pero con unos niveles de sistematización iguales o superiores a la media, motivo por el cual se explicarían las conductas repetitivas, la focalización en los temas de su interés y la oposición al cambio. Algunos procesos de sistematización más comunes entre las personas con

SA son: la sistematización espacial (muestran cierta obsesión con los mapas), sistematización motora (suelen repetir un movimiento de giro sobre ellos mismos) o la sistematización numérica (pueden hacer cálculos a una velocidad poco habitual).

c) Teoría del déficit de la “Función Ejecutiva”.

Según Martos y Paula (2011. Pg. 75) el concepto de “función ejecutiva” hace referencia a funciones como las habilidades de planificación, la memoria de trabajo, el control de impulsos, el cambio de foco atencional, la iniciación y monitorización de la acción y la inhibición de respuestas prepotentes; todas estas funciones dependen de sistemas que implican a la actividad del córtex prefrontal de cerebro.

En las personas con SA se aprecia una baja ejecución en la mayoría de habilidades de función ejecutiva (Russel, 2000), por ejemplo en la habilidad de planificación. Poniendo en práctica tareas como la torre de Hanoi o la torre de Londres en niños con SA, se han hallado deficiencias en habilidades de planificación.

d) Teoría de la “Disfunción del Hemisferio Derecho”

El hemisferio derecho es fundamental en la función del procesamiento de la información visoespacial y guarda estrecha relación con la manera de interpretar y expresar la información emocional y con la capacidad de regulación de la prosodia y la entonación. Por lo tanto, cualquier deterioro en el hemisferio derecho provocaría una deficiencia en cualquiera de estas áreas.

El hemisferio derecho es el encargado de enviar y recibir las señales que permiten la comunicación, las expresiones faciales, el contacto visual, el tono de voz, las posturas y los gestos. Se encarga de la expresión e interpretación emocional, por el contrario el hemisferio izquierdo es más lógico, lingüístico y literal (Siegel y Payne, 2012.).

En las personas que presentan SA, según Klin et al. (1995.pg.23) algunos rasgos centrales están asociados a una disfunción del hemisferio derecho. Por lo tanto, una disfunción del hemisferio derecho provoca problemas para interpretar gestos, torpeza en el control postural y para adaptar el tono de voz al mensaje que se quiere transmitir. (Martos et al., 2004)

Según Cobo y Morán (2004, p.20) las consecuencias de esta disfunción en el hemisferio derecho son:

1. Cierta dificultad para entender los significados de la información emocional expresada a través de canales no verbales.
2. Emisión de respuestas poco coherentes con el contexto e incluso exageradas.
3. Dificultad para adaptarse a situaciones nuevas.
4. Limitadas habilidades de organización viso-espacial.
5. Rendimiento bajo en aquellas actividades que requieren integración de la información viso-motora.
6. Limitantes habilidades de relación social.

5. DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE ASPERGER.

5.1 DIAGNÓSTICO.

“Cuando lo descubrí –el Síndrome de Asperger-, tuve una visión nueva del mundo, pero sobre todo una nueva visión de mí mismo. Por fin todo tiene un sentido, una razón. Mi pasado adquiere un significado diferente y me permite vivir el presente con paz interior y afrontar el futuro con una estrenada serenidad” (Cererols, 2010.pg.93).

Tal y como explica Cererols en la anterior cita, conocer el diagnóstico permite a las personas con SA comprenderse a sí mismo y entender su propio pasado desde una perspectiva distinta.

Durante el proceso de evaluación y diagnóstico el profesional debe guiarse por los criterios establecidos para ello. El diagnóstico no tiene sentido si no va seguido de una intervención educativa y terapéutica adecuada y precisamente, esa es una de las premisas de todo proceso diagnóstico: se evalúa y se diagnostica para garantizar un

tratamiento eficaz y una comprensión adecuada de la persona por parte de la sociedad (Martos et al., 2012. Pg. 93).

Los criterios de diagnóstico más actuales se pueden encontrar en el DSM-V (Ver Anexo VII).

Además de utilizar los criterios de diagnóstico más actuales, el profesional utiliza instrumentos como escalas y cuestionarios para realizar mejor este proceso de diagnóstico. Estos cuestionarios están elaborados para apreciar la existencia de la sintomatología propia del SA aunque solo se deben de utilizar como un complemento en el proceso de diagnóstico, ya que en este punto cobran una gran importancia los conocimientos que el profesional posee en lo referente al SA y al desarrollo típico de los niños.

Es más que evidente que la detección temprana incide significativamente en la evolución de un niño con SA, ya que esto permite empezar a trabajar antes y será más probable alcanzar el éxito con el transcurso de los años.

A pesar de que todos los profesionales inciden en la importancia de la detección temprana, en la mayoría de los niños con SA esta rápida identificación del síndrome aún está lejos de la realidad. Muchos de estos niños, durante su primera infancia pasan desapercibidos y es en los primeros cursos de la educación primaria cuando empiezan a surgir sospechas sobre la presencia de algún trastorno en el desarrollo.

Este retraso en el diagnóstico se plasmó en un estudio que elaboró el Grupo Getea (2003) junto con el Instituto de Salud Carlos III y en el que quedó reflejado que ese primer diagnóstico del SA se recibía en torno a los diez años mientras que otros trastornos del espectro autista eran diagnosticados a los cuatro años de edad aproximadamente.

Evidentemente este retraso en el diagnóstico, trae como consecuencia que se aplaza la aplicación de programas de intervención provocando así, que no se atiende a las necesidades que estos niños presentan en los primeros años de escolaridad.

Para conseguir una detección del SA que sea temprana y eficaz, muchos autores proponen la puesta en práctica de una técnica de reconocimiento y diagnóstico compuesta por tres pasos: el primero está dirigido a la observación del desarrollo, lo

cual implica evaluar posibles signos de alerta, prestar especial atención a las intranquilidades de los familiares y, especialmente, a los niños que presenten antecedentes vinculados con TEA o antecedentes biológicos de riesgo; el segundo paso está dirigido a la detección determinada de los niños de los que se sospeche la presencia de un TEA. En estos casos los profesionales llevarán a cabo unos test o cuestionarios para corroborar o denegar la intuición inicial. Por último, el tercer paso; supone la derivación a los servicios especializados para proceder a la realización del diagnóstico definitivo.

Evidentemente para que todo este proceso tenga lógica, se deberá finalizar con el diseño y la realización de una programación de intervención desde el ámbito psicoeducativo que esté ajustado a las necesidades del niño con SA.

5.2 INSTRUMENTOS DE DETECCIÓN Y ETAPAS DE LA EVALUACIÓN.

“Se puede identificar a estos niños de modo casi instantáneo. Se les reconoce por pequeños detalles, por ejemplo, su forma de entrar en el consultorio en su primera visita, su comportamiento en los momentos iniciales de ésta y las primeras palabras que pronuncian” (Hans Asperger ([1944] 1991.pg. 59).

A continuación se ofrece una lista de las escalas y los cuestionarios de detección más empleados en la práctica clínica:

-Escala Australiana para el Síndrome de Asperger (Australian Scale for Asperger's Syndrome) (ASAS; Garnett y Attwood, 1998).

-Entrevista Diagnóstica para el Síndrome de Asperger y el Autismo de Alto Funcionamiento (Asperger Syndrome Diagnostic Interview) (ASDI; Guillberg, Guillberg, Rastam y Wentz, 2001).

-Escala de Diagnóstico del Síndrome de Asperger (Asperger Syndrome Diagnostic Scale) (ASDS; Myles, Bock y Simpson, 2001).

-Cuestionario de Detección para el Síndrome de Asperger y otros Trastornos del Espectro Autista de Alto Funcionamiento (Autism Spectrum Screening Questionnaire) (ASSQ; Ehlers, Guillberg y Wing, 1999).

-Test Infantil del Síndrome de Asperger (Childhood Asperger Syndrome Test) (CAST; Scott, Baron-Cohen, Bolton y Brayne, 2005).

-Escala Gilliam para el Trastorno de Asperger (Gilliam Asperger Disorder Scale) (GADS; Gilliam, 2002).

-Índice de Krug para el Trastorno de Asperger (Krug Asperger's Disorders Index) (KADI; Krug y Arick, 2003).

-Escala Autónoma para la Detección del Síndrome de Asperger y el Autismo de Alto Funcionamiento (Belinchón, Hernández, Martos, Sotillo, Márquez y Olea, 2005).

De manera general, el desarrollo de la evaluación se puede dividir en dos fases diferenciadas por los instrumentos de detección utilizados en cada una de ellas.

En primer lugar, se puede llevar a cabo la entrevista clínica con la familia y la recogida de datos de otros profesionales. En esta parte el profesional reunirá la máxima cantidad de información referida al paciente así como aquellos aspectos destacables desde la etapa neonatal hasta la actualidad. El profesional indagará para recabar información sobre incidentes ocurridos a lo largo del embarazo o en el momento del parto, antecedentes familiares, posibles problemas en la adquisición de los aspectos más relevantes relacionados con el desarrollo motor, el lenguaje, las capacidades sociales, la autonomía o las competencias de juego. También deberá prestar especial atención a su expediente escolar atendiendo a posibles problemáticas referidas a la conducta o dificultades de interacción entre iguales o con los profesores.

Tras estas primeras pautas, el profesional deberá de informarse sobre cuándo y por qué motivo la familia empezó a sospechar la posible presencia de algún trastorno del desarrollo en su hijo. En este apartado puede ser muy útil que la familia informe al profesional sobre aspectos relevantes como pueden ser “manías” o rituales que el niño tenga, el nivel de independencia en cuestiones relacionadas con su aseo personal o las relaciones que el niño tiene con sus amigos fuera del entorno escolar, entre otras.

Además de todo esto, el clínico debe crear un clima de total confianza en el que paciente y familia se sientan tranquilos y respetados y sean capaces de proporcionar toda la información necesaria.

Actualmente se utilizan mucho dos entrevistas; una primera semiestructurada en la que un familiar del niño facilita información y es la Autism Diagnostic Interview (ADI) (Lord, Rutter y Le Couteur, 1994) pero, a pesar de la gran utilidad de esta entrevista, cabe mencionar que no hace una diferenciación entre autismo de alto funcionamiento y SA. La segunda es la Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) (Lord y otros, 2000) que es un reglamento a seguir para la observación y valoración de la calidad de las habilidades sociales y comunicativas que están vinculadas al autismo. Cabe decir que aunque son escalas muy utilizadas actualmente, en un primer momento se diseñaron para evaluar el autismo y no el SA.

En segundo lugar, y después de la entrevista, resulta interesante valorar las competencias actuales del niño que supuestamente presenta SA. En esta valoración de las capacidades el profesional tendrá en cuenta, tanto las dificultades como las destrezas, ya que son aspectos clave en el diagnóstico del SA.

Se centrará en aquellas áreas en las que las personas con SA presentan una mayor alteración, estas áreas son:

1. Patrones e intereses y actividades repetitivas:

Los aspectos relacionados con la inflexibilidad cognitiva y comportamental se deben de obtener de la entrevista familiar y a través de la observación, debido a que no existen pruebas específicas para valorarlos.

El profesional debe incluir en este apartado la valoración de las funciones ejecutivas y para ello puede valerse de las siguientes pruebas: torre de Hanoi, tarea de Stroop y tarjetas de Wisconsin.

2. Funcionamiento cognitivo:

Es esencial que el profesional aplique un test de inteligencia, ya que este le permitirá; conocer el CI (aunque nunca se debe usar como criterio para el diagnóstico) y conocer las aptitudes cognitivas del paciente.

El clínico observará cómo aparecen diferencias significativas entre el CI verbal y el CI manipulativo, además las aptitudes cognitivas le permitirán conocer las habilidades y déficits de cada niño así como su estilo de aprendizaje.

Para valorar el área cognitiva, las escalas más utilizadas son: la escala de Wechsler y el Test de Matrices progresivas de Raven.

3. Competencias sociales:

En la evaluación de las capacidades sociales del niño, cobra una gran importancia la observación del profesional y las aportaciones de los familiares del niño. Existen algunas pruebas para valorar la comprensión emocional, pero es la observación directa de las pautas de comportamiento social lo que permitirá valorar esta área con mayor eficacia. El profesional debe de aprovechar las sesiones con el niño para fijarse en cómo éste utiliza los elementos no verbales de la comunicación como por ejemplo la mirada o los gestos de expresión, la iniciativa a la hora de establecer conversaciones y, cuando las establece, la motivación para mantenerlas, el uso de normas de cortesía, empatía o sentido del humor.

En este punto, el profesional también debe de hacer una evaluación en cuanto a las habilidades de comprensión emocional que posee el niño utilizando fotografías que guarden un estrecho vínculo con él. También puede utilizar a su grupo de amigos para saber qué entiende por el concepto de amistad.

Para valorar otras cuestiones relacionadas con el razonamiento social y la cognición, el profesional puede utilizar tareas específicas como “*las historias extrañas de Happé*” y “*las tareas de falsa creencia de primer y segundo orden*”, ya referenciadas en la página 10.

4. Comunicación y lingüística:

Para valorar la destreza comunicativa del niño se pueden utilizar pruebas como las Escalas de Reynell, el Test Peabody que permite conocer el grado de comprensión léxica del niño y el Test CEG, para valorar los conocimientos de estructuras gramaticales pero, una vez más, la observación del clínico será crucial en la evaluación de esta área. Para ello, deberá fijarse en las habilidades pragmáticas, en las anomalías en aspectos prosódicos, el dominio de elementos formales del lenguaje y la capacidad para razonar y debatir.

5. Conducta emocional:

Actualmente se cuenta con la prueba BASC (Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes) que permite valorar aspectos, tanto positivos como negativos, de la conducta.

Otra prueba muy empleada es la Escala Vineland que permite la valoración de la conducta y, a través de la cual se puede obtener información sobre la conducta social y la autonomía personal que posee el niño.

Desde hace unos años, para guiar esa observación estructurada en las evaluaciones de los trastornos del espectro autista en general y del SA en particular, se emplea La Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (ADOS, Lord et al., 2000), un instrumento estandarizado de observación que plantea distintas situaciones de juego, interacción social y conversación. Está organizado en cuatro módulos, en función de la edad y el nivel de competencias verbales del sujeto, siendo los módulos 3 y 4 los que normalmente se utilizan con niños, adolescentes y adultos con sospechas del SA (Martos et al., 2012 p.106)

5.3 COMORBILIDAD Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Comorbilidad es un término médico acuñado por A.R Feinstein en 1970 y que hace referencia a la presencia de uno o más trastornos además del trastorno primario.

Para hablar de comorbilidad es de gran importancia tener en cuenta los aspectos que diferencian unos trastornos de otros, ya que muchos trastornos del desarrollo y

algunos trastornos psiquiátricos comparten sintomatología y por eso es trascendental conocer los mecanismos neuropatológicos.

Es evidente la complejidad de realizar el diagnóstico del SA y más aún cuando se presenta asociado a otros trastornos. En el momento de la evaluación y diagnóstico pueden ocurrir dos cosas; que el diagnóstico del SA dé lugar al conocimiento de la presencia de otros trastornos o que la presencia de otros trastornos como por ejemplo el trastorno de déficit de atención, de las capacidades de aprendizaje, del lenguaje, del movimiento o de las emociones, se convierta en el desarrollo de una evaluación que dé lugar al SA.

Cada vez son más las personas que acuden a una clínica y que acarrean una lista de diagnósticos dispares proporcionados por diferentes profesionales y es que, cuando el SA aparece asociado a otros síntomas aumenta la probabilidad de que se emita un diagnóstico erróneo. Después de muchas investigaciones llevadas a cabo por diferentes profesionales en el ámbito de la psicología y la psiquiatría centradas en la coexistencia de más de un trastorno asociado al SA, ya se habla de que los trastornos comórbidos más comunes asociados al SA son:

-Trastornos del estado de ánimo y de la ansiedad.

Según varias investigaciones, parece ser que son bastante frecuentes los desajustes afectivos y emocionales como la ansiedad o la depresión en las personas que presentan SA, ya que muchos de ellos presentan episodios en su infancia, de mayor o menor intensidad, y depresiones en la adolescencia y la edad adulta. Las experiencias sociales de carácter negativo mayoritariamente, las carencias en cuanto a capacidades adaptativas al entorno y la facilidad para aislarse, entre otros, son los causantes que llevan a esta inestabilidad emocional.

Meyer (2006) descubrió que los indicios de depresión estaban unidos a la percepción, comprensión y experiencia social. Además, se sabe que a pesar de las deficiencias que presentan a la hora de resolver tareas de teoría de la mente, esta carencia no les convierte en inmunes a la hora de sufrir perturbaciones en el estado de ánimo y muchos autores afirman que algunas peculiaridades de las personas con SA pueden dificultar la detección de la depresión. Por ejemplo, la forma monótona de hablar, la restricción en el uso del lenguaje no verbal o los intereses peculiares,

pueden inferir en la detección de síntomas depresivos. A pesar de esto, otros autores han encontrado que las personas con SA, cuando padecen un episodio de depresión pueden perder el interés por aquellas cosas que asiduamente les interesaban, por el contrario, Stewart (2006) afirma que durante el tiempo en el que padecen un estado de ánimo inferior al habitual, es frecuente que aumenten las obsesiones y conductas autoestimuladoras. Las formas más habituales de manifestar este estado de ánimo son la ansiedad por separación, la ansiedad generalizada y la fobia específica.

-Trastornos de inicio de la infancia.

- **Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH):** En diversos estudios de casos se ha demostrado que muchos niños que presentan SA suelen presentar signos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

En un estudio desarrollado por Gillberg y Ehlers en 1998, hallaron que este trastorno tiene una alta comorbilidad con otros trastornos del desarrollo. Tanto es así que el 87% de los niños que cumplían los criterios para TDAH tenían por lo menos un diagnóstico comórbido y el 67% cumplían los criterios para, al menos, otros dos trastornos comórbidos. (Martos et al., 2012 p.132)

También puede ocurrir que algunos niños con SA muestren un poco de hiperactividad, pero sin sufrir un trastorno por déficit de atención con Hiperactividad. En estos casos, es probable que esta hiperactividad sea una muestra del grado de estrés que el niño siente ante situaciones nuevas para él o ante situaciones que se salen de su rutina habitual. Por este motivo es importante que familiares y maestros informen de antemano al niño si a lo largo de un día va a acontecer una situación que se sale de su rutina habitual, ya que este estrés en el niño conlleva un riesgo de agotamiento mental y físico.

Es muy probable encontrar personas con SA que además presenten dificultades de atención; en estos casos, posiblemente, se esté ante un trastorno comórbido. Los problemas de lenguaje, las estereotipias motoras o la obsesión por ciertos temas, entre otros, conforman una sintomatología común entre ambos trastornos, lo cual puede llevar a la confusión.

A pesar de estos ítems compartidos por ambos trastornos, existen algunas diferencias significativas que pueden ser clave en el proceso de diagnóstico. Por ejemplo, en el TDAH los síntomas aparecen normalmente en los últimos cursos de Educación Infantil o primeros de Educación Primaria, etapas correspondientes a la enseñanza de la lectoescritura que es cuando se exige al alumnado un nivel de atención más elevado. Se caracteriza por un comportamiento impulsivo que afecta al resto de compañeros y ese mismo impulso afecta también al área social debido a la falta de control y a los problemas para interiorizar las normas sociales o de conducta.

Frente a esto, el SA se caracteriza por la dificultad del uso social del lenguaje. Como se ha mencionado anteriormente, el TDAH se puede detectar al final de la etapa de educación infantil, mientras que los niños con SA suelen pasar desapercibidos hasta la etapa de educación primaria por no presentar problemas de aprendizaje en la etapa de infantil.

En cuanto al tratamiento farmacológico, uno de los más eficaces a la hora de tratar el TDAH es el metilfenidato que puede mejorar las competencias atencionales del niño con SA pero no mejora de manera indirecta la problemática social de estos niños.

- **Trastorno del Desarrollo de la Coordinación (TDC):** Los niños que presentan este trastorno manifiestan problemas motores de distinta naturaleza y que afectan a su desarrollo.

El TDC se acompaña, en la mayoría de los casos con TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) y con TEL (Trastorno Específico del Lenguaje) y se caracteriza principalmente por presentar dificultades en la psicomotricidad fina y gruesa así como torpeza general y limitadas capacidades para realizar deporte, que pueden acarrear problemas de salud y problemas en las relaciones sociales.

En cuanto a las teorías explicativas de los causantes de este trastorno, quizás la más significativa es la que entiende que el origen de este trastorno está en la alteración cognitiva y perceptiva y el déficit sensorial. Esta teoría fue defendida por Ayres quien explica que, a través de los canales sensoriales las personas reciben la información, la integran y, posteriormente, la procesan con la finalidad de emitir

una respuesta motora. Por lo tanto, si se produce una modificación en cualquiera de estos canales, la ejecución motora que emitan estas personas se verá dañada.

Como se puede apreciar este trastorno comparte sintomatología con el SA, aunque difiere con él en lo que se refiere a problemas relacionados con el lenguaje y con el área social.

Familiares y maestros pueden calificar al niño como torpe al apreciar problemas en tareas sencillas como atarse los zapatos, correr o jugar a la pelota. En ese momento puede ocurrir que los padres o maestros deriven al niño a una clínica de fisioterapia y, en este caso, sería el fisioterapeuta el primero en sospechar la presencia del SA en el niño.

- **Trastorno del Aprendizaje No Verbal (TANV):** Este trastorno está asociado a una disfunción del hemisferio derecho y una lesión de la sustancia blanca del cerebro (Rourke y Tsatsanis, 2000), con lo cual es otro trastorno que comparte mucha sintomatología con el SA. Aparecen déficits en las habilidades psicomotoras complejas, en la adaptación a situaciones que son nuevas o en las habilidades de percepción social, entre otros.

En cuanto a las diferencias con el SA, los niños con TANV no manifiestan una afectación tan elevada en cuanto a la inflexibilidad mental y comportamental, tampoco presentan tanta problemática en la reciprocidad social ni perturbaciones tan intensas en el uso social del lenguaje.

- **Síndrome de Gilles de la Tourette (SGT):** Este síndrome se caracteriza por la realización involuntaria e incontrolable de movimientos en forma de tics corporales o fonéticos. Es un trastorno neurológico que aparece en la infancia y comparte sintomatología con el SA como la presencia de ecolalias y palilalias. En cuanto a la presencia de tics, las personas con SGT suelen presentarlos en la cara, cuello y hombros, mientras que las personas con SA si presentan movimientos repetitivos, que no es muy común, son en las manos y dedos. Cuando las personas con SA presentan tics complejos como los comunes en el SGT, es necesario valorar la presencia de un trastorno comórbido.

-Otros trastornos comórbidos.

En un estudio llevado a cabo por Polemi y sus colaboradores (2005) detectaron que muchas familias de niños que presentaban un diagnóstico de SA, mencionaban mucho la presencia de problemas relacionados con el sueño como: despertares continuos durante las noches, tendencia a despertarse muy temprano, alteraciones a la hora de conciliar el sueño y serias dificultades para volver a conciliar el sueño después de despertarse durante la noche. También se pueden dar trastornos de la conducta alimentaria debido a la hipersensibilidad, que se verá más adelante, de algunos niños con SA que se traduce en el rechazo a una serie de aromas, sabores o texturas de algunos alimentos.

5.4 IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN TEMPRANA.

Según el Real Patronato sobre Discapacidad la atención temprana hace referencia al “conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tiene por objeto dar repuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen un riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar (Grupo de Atención Temprana, 2000, p.10).

Hoy en día, la atención temprana se basa en dos aspectos fundamentales. En primer lugar se hace referencia a la actividad interdisciplinar; es decir, los problemas a los que se confrontan aquellos niños que presentan deficiencias o vulnerabilidad a padecerlas y en segundo lugar; la necesidad de desarrollar programas de intervención temprana en el contexto de la familia.

Esta definición aparece de la evidencia de que por medio de un entorno rico en estímulos de diverso tipo, se puede influir de manera positiva en el momento de adquirir funciones o capacidades que han sido afectadas por problemas producidos a lo largo del desarrollo o en la maduración de las mismas.

Según Mulas y Millá (2002. Pg.45) el fundamento teórico de la atención temprana se encuentra en numerosas disciplinas como la neurología, la psicología del desarrollo y del aprendizaje, la pediatría, la pedagogía, la lingüística y la psiquiatría. Desde la neurología el doctor Katona del Instituto Pediátrico de Budapest fundamenta lo que denomina rehabilitación temprana, en la plasticidad del cerebro en los primeros meses de vida, sobre la base de la activación y aprovechamiento funcional de todas las estructuras del Sistema Nervioso Central (SNC) que conserven su funcionalidad neuronal, e incluso aquellas que presentan funciones incompletas en relación con el daño cerebral.

En los últimos años, las familias de los niños que presentan algún déficit o problema en su desarrollo, han sido objeto de estudio y es que, cada vez queda más claro que la familia es un pilar fundamental en el desarrollo integral de estos niños. Sin lugar a duda, una eficaz intervención familiar en el campo de actuación de la atención temprana es un reto que necesita de un soporte científico, ya que es un elemento imprescindible en el proceso de intervención.

Por lo tanto, las familias han pasado de tener un papel totalmente pasivo, a convertirse en mediadores y, actualmente se consideran un agente clave en el progreso de estos los niños con SA o con algún tipo de trastorno del desarrollo.

Los seres humanos, debido a la inmadurez que presentan a la hora de nacer, se convierten en seres totalmente dependientes de los demás, sobretodo, en los primeros años de vida. Esto provoca que necesiten la presencia de adultos para conseguir una integridad personal y una madurez social. Para ello no basta con la simple presencia de los adultos; sino que esta presencia ha de ser de calidad.

Según M.J, Buceta (2001. Pg.22) el principal objetivo de la atención temprana es favorecer el desarrollo y el bienestar del niño y su familia, posibilitando su integración en el medio familiar, escolar y social así como su autonomía personal. En su vertiente preventiva, va dirigida a toda la población infantil, en el sentido de poder detectar, lo antes posible, los factores que pueden influir de manera negativa en el desarrollo del niño y así poder intervenir rápidamente para cancelar o minimizar sus efectos.

La atención temprana tiene sus cimientos en los primeros años de edad, ya que es en ese punto donde se adquieren, de manera progresiva, la mayor parte de las funciones como por ejemplo el lenguaje, la autonomía de desplazamiento o la interacción social.

Se debe de tener en cuenta que durante la primera infancia el sistema nervioso central se encuentra en una etapa de maduración y de importante plasticidad, cosa que provoca que los niños, durante esta etapa, posean una gran vulnerabilidad respecto a las condiciones del medio y a la vez, una mayor capacidad de recuperación y reorganización orgánica y funcional. Por lo tanto, la evolución de aquellos niños que presenten alguna alteración en su desarrollo, se verá condicionada tanto por el momento de su detección y el comienzo de la atención temprana, como por el nivel de implicación familiar, ya que es imprescindible para beneficiar la interacción afectiva y emocional.

La atención temprana se guía por un modelo biopsicosocial del que se derivan tres niveles de actuación. El primer nivel, correspondiente a la atención primaria, tiene por objetivo evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil. En este primer nivel, el objetivo de la escuela es el de generar buenas situaciones de aprendizaje para que el desarrollo del niño sea el más adecuado.

El segundo nivel es la prevención secundaria y tiene como objetivo la detección y el diagnóstico precoz de los trastornos del desarrollo y las situaciones de riesgo. La detección y el diagnóstico de trastornos en el desarrollo es fundamental en la evolución positiva de cualquier niño con un trastorno de desarrollo, por lo tanto, cuanto más tempranamente se realice, mayores serán los logros funcionales que se consigan y mayor la probabilidad de que el niño se adapte a su entorno. Los agentes encargados de la detección son:

- En la etapa prenatal, los servicios de obstetricia que se encargarán de detectar situaciones de riesgo e informar a las familias y brindar apoyo y orientación a las futuras madres.

- En la etapa perinatal, los servicios de neonatología, donde son atendidos aquellos niños con riesgo de presentar deficiencias, trastornos o alteraciones en su desarrollo.
- En la etapa postnatal existen varias instituciones encargadas de la detección. Estas instituciones pueden ser: los servicios de pediatría, los servicios educativos, el entorno familiar o los servicios sociales.

Actualmente en la escuela se desarrollan intervenciones psicopedagógicas como herramienta de resolución de las dificultades encontradas en el aprendizaje de los niños. El análisis psicopedagógico facilitará una detección, un diagnóstico y una actuación temprana.

Por último se encuentra la atención terciaria que se encarga de mejorar las condiciones de desarrollo del niño para atenuar o superar los trastornos o disfunciones en su desarrollo, prevenir problemas secundarios y modificar los factores de riesgo en el entorno del niño. En la escuela se llevará a cabo la adaptación y acomodación del proceso educativo y la coordinación con todos los agentes implicados en el desarrollo del niño.

6. INTERVENCIÓN EDUCATIVA.

6.1 FAMILIA/ ESCUELA.

La escuela es para la mayoría de los niños un entorno corriente, ya que allí pasan gran parte del día. Además, algunos niños que presentan SA, también acuden a centros específicos en los que reciben ayuda para mejorar algunas competencias concretas. Esto se traduce en que alrededor del niño con SA están trabajando paralelamente diversos agentes y por lo tanto, es necesario que se mantenga una buena comunicación para conseguir resultados positivos en el niño.

A lo largo de la historia se ha ido evolucionando de intervenciones que se realizaban solamente en la clínica y sin tener en cuenta a la familia, a intervenciones que se desarrollan en todos los contextos en los que se desenvuelve

el niño y haciendo partícipes a los familiares, consiguiendo así un mayor progreso en las diferentes dimensiones de su desarrollo.

También es de suma importancia que todas las personas implicadas en el programa de intervención, sean conocedoras de las particularidades del sujeto, ya que la heterogeneidad que muestra la sintomatología de las personas afectadas por el SA es un aspecto clave y que hace que cada persona con SA necesite una atención centralizada y específicamente elaborada para ella. Es por ello que, aunque existen aspectos generales para llevar a cabo los programas de intervención educativa, como se verá a continuación, es interesante que cada programa se ajuste al niño con el que se va a trabajar.

Hoy en día son muchas las innovaciones que surgen relacionadas con el SA y es por ello que los familiares y profesionales deben de estar en continua actualización para ofrecer a estos niños una educación integral y de calidad tanto en el aula como en sus casas.

Las necesidades de los niños con SA van variando conforme éstos van madurando y es por ello que los profesionales deben de adaptar el diseño de los proyectos de intervención al desarrollo del niño. A su vez, los familiares deben de ser conscientes de que el niño va evolucionando y con él, su manera de pensar y de ser. Estos dos agentes, familia y escuela serán los principales responsables de que la estimulación del niño sea lo más natural posible y siempre pensando en su adaptación autónoma al contexto. Esto lleva a la mencionada anteriormente, coordinación y comunicación entre familia y escuela.

Tal y como se ha visto en apartados anteriores, son varias las áreas afectadas en un niño con SA y será tarea de la escuela y de la familia trabajar estas áreas que se han visto dañadas. Algunas estrategias de intervención educativa actuales son una prolongación de las orientaciones iniciales de las que Hans Asperger utilizaba con los chicos de su clínica.

Se ha mencionado ya que es muy aconsejable que a la hora de crear un programa de intervención se tengan en cuenta las características del niño y que se cree un plan personalizado y centrado en él, pero aún así, hay una serie de principios generales que tienen como objetivo ayudar tanto a los profesionales como a las familias a la

hora de poner en práctica cualquier programa de intervención con un niño que presente SA. Los profesionales y familiares deben trabajar con el niño las siguientes dimensiones de desarrollo:

1. Desarrollo de la comprensión y expresión emocional.

En el área socioemocional el niño con SA suele mostrarse confuso a la hora de entender sus propias emociones y las de los demás, para establecer relaciones de amistad y por supuesto para integrar las normas sociales.

Si se tienen en cuenta los criterios diagnósticos del SA, Szatmari y sus colaboradores incorporan en su lista de criterios la dificultad que muestran estos niños para percibir y comprender los sentimientos expresados por otros (Szatmari y otros, 1989) así como Gillberg y Gillberg que hace referencia, en la lista de criterios diagnósticos que propone, a la presencia de un comportamiento social y emocionalmente inapropiado a la situación (Gillberg y Gillberg, 1991).

Es habitual que los niños con SA no muestren interés en establecer lazos de amistad e incluso lleguen a rechazar las aproximaciones de sus propios compañeros. Esto se agrava si los contextos en los que se desenvuelve son desconocidos para él pero si, por el contrario, el niño se encuentra en un contexto habitual como su aula o su hogar y además, los adultos cercanos le sirven como guía mediando las interacciones y beneficiando su integración, el niño tendrá una mayor facilidad para incorporarse. También, se debe tener en cuenta en el aula que el niño se desenvuelve mejor en pequeños grupos, por lo tanto se puede empezar a trabajar la competencia social en grupos reducidos e ir incrementando el número de niños de manera paulatina.

Para llevar a cabo un trabajo que permita la mejora de las interacciones sociales del alumno, es interesante utilizar el juego simbólico como estrategia para que el alumno desarrolle competencias sociales.

Un ejemplo de juego dirigido hacia sus intereses podría ser el relacionado con los transportes. Se facilitaría con los adultos el desarrollo del juego funcional (por ejemplo, montar las vías del tren, dirigir el tren por las vías) y el desarrollo del juego simbólico, proponiendo al niño con SA de forma explícita incorporar

elementos de ficción (por ejemplo diciéndole: “Vamos a imaginar que al tren no le llega electricidad... ¡oh, hay que parar!”). (Martos et al., 2012 p. 165).

En el momento en el que el maestro observa que el niño va desarrollando competencias sociales se pueden introducir variables como el juego en paralelo e ir disminuyendo la presencia del maestro y aumentando el número de compañeros que participan en el juego. Otra estrategia que se puede utilizar en el aula es convertir a los compañeros en ayudantes, buscar alumnos que compartan intereses con el niño con SA y proponer actividades extraescolares. De esta manera el alumno sentirá que los compañeros de clase se convierten en sus amigos y comparten con él su tiempo libre y esto va a ayudar a prevenir la aparición de sentimientos de soledad y exclusión y aumentará su autoestima.

En cuanto a los recursos para trabajar las habilidades sociales en niños con SA cabe mencionar el programa PEHIS, de M^a Inés Monjas (2006) que permite trabajar aspectos como el inicio, mantenimiento y finalización de las interacciones con iguales.

Por lo que respecta al desarrollo de la comprensión y expresión emocional son evidentes las limitaciones para expresar sus sentimientos y las dificultades para entender las de los demás. En este aspecto es interesante que las familias y los maestros sean muy expresivos a la hora de mostrar sus sentimientos. Por ejemplo, si el maestro está contento puede manifestarlo diciendo: “Que contento estoy!” y acompañarlo con una gran sonrisa, para que el niño, a través de la asociación, reconozca las emociones de las personas más cercanas a él. De manera progresiva se pueden incorporar actividades que le permitan ir reconociendo sus propias emociones. Por ejemplo, cuando el maestro ve que el niño está ante una situación que le gusta mucho y realmente sabe con toda seguridad que el niño está contento le puede preguntar: “¿Estás contento?”, de manera que el niño asocie el sentimiento de alegría al estado anímico y a las sensaciones que siente en ese momento. Cuando el niño ya sea capaz de reconocer emociones, se puede profundizar en la causalidad emocional. En esta parte ya no se trabaja el reconocimiento de emociones sino en la causa que las provoca (estoy contento porque...). Un recurso muy interesante para trabajar esta habilidad se encuentra en www.catedu/arasaac. También es importante

trabajar los grados de emoción, ya que si no se trabajan el niño puede pensar que si no está enfadado, necesariamente tiene que estar contento sin entender que existe un término medio. Para trabajar este contenido T. Attwood (2002) propone el “termómetro” como apoyo visual y que permite que el niño pueda descomponer cada emoción en diferentes grados.

2. Desarrollo de la comunicación y del lenguaje.

El lenguaje en los niños con SA siempre llama la atención y muchas veces es esta la causa que hace que los padres acudan a un profesional con la idea de que el niño posee un desarrollo cognitivo superior al que corresponde con su edad.

Desde el ámbito académico y familiar se deben de trabajar las habilidades conversacionales ya que muchos problemas sociales que presentan los niños con SA tienen su origen en la limitación que tienen en aspectos de la comunicación.

Un recurso para trabajar esta área viene de la mano de C. Gray (1998) con el nombre de “*conversaciones en forma de historieta*”. Este recurso permite presentar al niño una serie de dibujos acompañados de bocadillos en los que el niño pueda escribir qué dice cada personaje en diferentes situaciones. También se puede diferenciar entre los bocadillos que indican que un personaje dice algo y los que indican que un personaje piensa algo, para que de esta manera el niño aprenda a distinguir entre aquello que se dice y aquello que se piensa. Otra variante que permite introducir este recurso es que el niño puede colorear los bocadillos en función de la emoción que muestran (por ejemplo: el rojo para los mensajes de enfado, el verde para los alegres...) y, además, el niño puede colorear en función del grado de la emoción (por ejemplo: un bocadillo pintado de color rojo oscuro indica un grado de enfado muy elevado pero un bocadillo de color rojo más claro indica un enfado menor).

La misma autora propone utilizar el mismo apoyo visual de las viñetas con personajes para enseñarle al niño el control del turno de palabra. Para ello se puede dibujar a dos personas hablando de un tema y una tercera que aparece cortando la conversación hablando de otro tema distinto. También a través de las historias sociales se puede explicar al niño con SA los efectos que produce su interrupción,

qué sentimientos o pensamientos tiene la otra persona cuando él interrumpe su conversación.

En este apartado cabe mencionar la dificultad de los niños con SA en la comprensión del doble sentido y su tendencia a interpretar todo literalmente. Un buen método para ayudar a los niños a entender el doble sentido de las frases es, simplemente, explicarlas. Tanto los padres como los maestros pueden utilizar frases hechas y después explicar qué han querido decir, de manera que el niño incorpore el significado a sus aprendizajes y vaya integrando estas expresiones dentro de su vocabulario.

Otro rasgo a destacar en la conversación de los niños con SA es que no saben diferenciar entre los temas que son relevantes o no dependiendo de las personas con las que esté. Attwood (2002) describió la estrategia de “los círculos de privacidad” en los que se muestran un conjunto de círculos concéntricos que representan las diferentes relaciones personales que tiene el niño. De esta manera, el niño puede asociar un tipo de relación y un tema de conversación a cada uno de los círculos (por ejemplo: se le puede atribuir el saludo y la despedida al círculo de los maestros o, por el contrario, no atribuirse el saludo y la despedida al círculo que representa a la gente desconocida por el niño).

A medida que se van trabajando los aspectos relacionados con la comunicación, vistos anteriormente, se pueden ir proporcionando pautas e indicaciones relacionadas con el volumen, la entonación y la fluidez del habla, ya que estos aspectos resultan ser de gran dificultad para los niños con SA.

Para finalizar, es importante que se informe a los compañeros y familiares sobre las nuevas competencias conversacionales que el niño ha adquirido. En este punto se pondrán en práctica a través de conversaciones reales y es importante que el niño reciba comentarios positivos para que así aumente su autoestima y las ganas de seguir practicando las habilidades conversacionales.

3. Problemas sensoriales.

“En el sentido del gusto, casi invariablemente encontramos preferencias y aversiones o manías muy acusadas. Lo mismo ocurre con el sentido del tacto.

Muchos niños tienen una aversión anormalmente intensa hacia sensaciones táctiles concretas. No pueden tolerar la aspereza de una camisa nueva o de unos calcetines zurcidos. Al lavarse, el agua suele ser el origen de sensaciones desagradables y, en consecuencia, de escenas violentas. También son hipersensibles al ruido. No obstante, el mismo niño que en, en general, es claramente hipersensible al ruido en situaciones concretas, en otras parece ser hiposensible” (Hans Asperger ([1994] 1991.pg. 439).

Una de las características más relevantes que los padres de niños con SA destacan es la hipersensibilidad y la hiposensibilidad que presentan a determinadas experiencias sensitivas.

Sensibilidad auditiva:

Según Bromley y otros, 2004 y Smith Myles y otros, 2000 entre el 70% y el 85% de los niños con SA presentan sensibilidad extrema a algunos sonidos concretos.

Hipersensibilidad: Pueden ocurrir dos situaciones diferentes; la primera que la persona con SA no tolere un sonido determinado. Para mejorar este aspecto se puede exponer al niño de forma progresiva al sonido para que poco a poco lo vaya soportando. La segunda situación que se puede dar es que el niño presente malestar asociado a sonidos inesperados como puede ser cualquier ruido que oiga por la calle. Para disminuir este malestar se pueden indicar al niño patrones de conducta a través de historias sociales para que él aprenda qué puede hacer ante un sonido que considere molesto.

Hiposensibilidad: También se puede dar la situación en la que el niño con SA sienta una gran atracción a determinados sonidos. Esto se puede trabajar gravando los sonidos que le resultan atractivos y permitiéndole escucharlos en algún momento del día. Muchas veces, los sonidos hacia los que tienen preferencia pueden resultar molestos para los demás y con esta estrategia se conseguirá que el niño esté contento por escuchar un sonido que le gusta pero será el maestro o el padre el que decidirá en qué momento del día lo puede escuchar.

Sensibilidad táctil:

La sensibilidad a algunas texturas o a las experiencias táctiles afecta a más del 50% de los niños con SA (Bromley y cols, 2004; Smith Myles y otros, 2000).

Hipersensibilidad: Se manifiesta en actuaciones como dificultades para dormir, rascarse mucho la piel, quitarse continuamente los zapatos...esto es porque muchos niños con hipersensibilidad no toleran algunas texturas. Para abordar este aspecto, por un lado se pueden eliminar las texturas que le resulten desagradables y, por otro lado, se deben de respetar las respuestas sensoriales que estos niños emitan ante el contacto físico con otras personas. En este punto es importante la intervención de los padres, ya que a través de los masajes pueden acostumbrar y normalizar el contacto físico con los compañeros. Esta hipersensibilidad también puede afectar a determinadas actividades en el aula, por ejemplo, puede ocurrir que el niño manifieste intolerancia a los restos de pegamento en las manos o a trabajar con plastilina, entre otras.

Hiposensibilidad: Muchas veces los niños con SA necesitan el contacto físico con otras personas y lo manifiestan dando fuertes abrazos o apretando la cara de sus compañeros. Para mejorarlo se pueden reorientar las formas de contacto físico y buscar otras maneras de descargar la tensión por ejemplo dándole una pelota anti-estrés, de manera que utilice el contacto físico solo como una manera de dar y recibir cariño.

Sensibilidad olfativa y gustativa:

En general los padres refieren que su hijo tiene una aptitud notable para detectar los olores que los demás no perciben y pueden ser sumamente caprichosos en la elección de lo que desean comer. Más del 50% de los niños con SA tiene una sensibilidad olfativa y gustativa especial (Bromley y otros, 2004; Smith Myles y otros, 2000,pg. 458).

Hipersensibilidad: Los niños con SA muchas veces presentan una gran sensibilidad tanto en el sabor como en la textura y el olor de algunos alimentos. Cuando el niño come algún alimento que no tolera debido a su sabor, olor o textura, puede ocurrir que le entren náuseas y esto se convierta en una resistencia a comer en momentos

posteriores. Tanto padres como maestros deben de mostrar siempre una actitud positiva y que el niño vea que puede probar alimentos nuevos y que si no les gusta no pasa nada.

En cuanto a los olores, se puede aconsejar que el niño lleve siempre encima un pañuelo con un olor agradable para colocarlo en la nariz cuando un olor le moleste, de esta manera se evitará que el niño verbalice muchas veces seguidas su mal estar.

Hiposensibilidad: También puede ocurrir que el niño sienta la necesidad de oler constantemente a las personas, objetos o alimentos porque le resulte agradable sentir olores diferentes en un mismo momento, por ello es aconsejable que se le proporcionen estrategias de autocontrol y saturación (por ejemplo, oler perfumes muy diferentes en un mismo momento para atenuar la necesidad de sentir aromas diferentes en momentos posteriores).

Sensibilidad visual:

Hipersensibilidad: algunos niños con SA sienten molestias ante los brillos o contrastes de luz incluso ante las luces intermitentes. Por ello, es recomendable el uso de gafas de sol en la calle y, en el aula, se debe de tener en cuenta este aspecto y si el niño presenta una hipersensibilidad a la luz natural, se procurará colocar su mesa lo más lejos posible de la ventana para que esto afecte lo menos posible a su concentración.

Hiposensibilidad: En otros casos estos niños pueden tener una gran atracción a las luces. En este caso se puede llegar a un acuerdo con el niño sobre el tiempo que dedicará a observarlas. También puede ocurrir que el niño tenga especial atención en detalles visuales que para el resto pasan desapercibidos. Estos niños, a edades muy precoces, son capaces de dibujar escenas con un gran realismo y convertirse en auténticos artistas.

Sentido del equilibrio y del movimiento:

Algunos niños con SA presentan problemas en el vestíbulo del oído interno, que está relacionado con el sentido del equilibrio, la percepción del movimiento y la coordinación (Smith Myles y otros, 2000. pg. 466).

Estos síntomas pueden acarrear diferentes consecuencias; por un lado, el niño con SA puede manifestar ansiedad cuando no toca el suelo con los pies o sensación de torpeza cuando en un juego tiene que cambiar continuamente de posición. Por otra parte puede que el niño sienta un placer extremo al montarse en atracciones como la montaña rusa.

Tolerancia a la temperatura y al dolor:

Hipersensibilidad: Attwood (2008) describió que los niños con SA presentan una alta resistencia ante el dolor. Muchas veces los padres y profesores aprecian moratones e incluso fiebre en los niños sin que ellos expresen ningún síntoma. Para trabajar esto se pueden utilizar pictogramas para indicar cómo se expresa el dolor o guiones para que el niño sepa cómo y cuándo debe de comunicar su malestar.

También puede estar distorsionada la percepción ante el frío y el calor. Por eso, los niños con SA pueden abrigarse mucho a temperaturas altas y llevar poca ropa a temperaturas bajas. Como recurso para trabajar este aspecto se pueden utilizar pictogramas para que el niño relacione la ropa de invierno en la época en la que hace frío y la ropa de verano para cuando hace calor.

6.2 EDUCACIÓN INCLUSIVA.

“La educación inclusiva puede ser concebida como un proceso que permite abordar y responder a la diversidad de las necesidades de todos los educandos a través de una mayor participación en el aprendizaje, las actividades culturales y comunitarias y reducir la exclusión dentro y fuera del sistema educativo. Lo anterior implica cambios y modificaciones de contenidos, enfoques, estructuras y estrategias basados en una visión común que abarca a todos los niños en edad escolar y la convicción de que es responsabilidad del sistema educativo regular educar a todos

los niños y niñas. El objetivo de la inclusión es brindar respuestas apropiadas al amplio espectro de necesidades de aprendizaje tanto en entornos formales como no formales de la educación. La educación inclusiva, más que un tema marginal que trata sobre cómo integrar a ciertos estudiantes a la enseñanza convencional, representa una perspectiva que debe servir para analizar cómo transformar los sistemas educativos y otros entornos de aprendizaje, con el fin de responder a la diversidad de los estudiantes. El propósito de la educación inclusiva es permitir que los maestros y estudiantes se sientan cómodos ante la diversidad y la perciban no como un problema, sino como un desafío y una oportunidad para enriquecer las formas de enseñar y aprender” (UNESCO, 2005, pág. 14).

Para hablar de inclusión en el aula, se debe de tomar como base la legislación educativa vigente en cuanto a inclusión, tanto a nivel estatal como autonómico. Para ello se va a tomar como punto de partida la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE), a continuación se hará referencia a la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (LOMCE), ya que esta modifica la anterior y por lo tanto es la ley que ocupa el presente curso escolar. A continuación, se hará una revisión del Decreto 135/2014 de 29 de julio, por el que se regulan las condiciones para el éxito escolar y la excelencia de todos los alumnos de la Comunidad Autónoma de Aragón desde un enfoque inclusivo y por último se verá la Orden de 9 de octubre de 2013, de la Consejera de Educación, Universidad, Cultura y Deporte, por la que se regulan los centros de atención preferente a alumnos con trastorno del espectro autista.

Se pretende hacer un pequeño recorrido en cuanto a legislación, de lo general a lo particular, es decir; de la Ley Orgánica que rige el sistema educativo a nivel nacional, hasta llegar al Decreto que sirve de base de la educación en la Comunidad Autónoma de Aragón y a la Orden que regula la educación del alumnado con trastorno del espectro autista.

La LOE establece que resulta necesario atender a la diversidad y a las diferentes necesidades de aprendizaje. Se habla de que todos los centros, independientemente de su titularidad, deben de ofrecer una educación inclusiva en la que no se contempla la posibilidad de excluir a ningún alumno. También se hace referencia al

esfuerzo necesario por parte de la comunidad educativa para conseguir una escolarización equitativa del alumnado. Se pone especial énfasis en esta ley en la atención a la diversidad y la prevención de las necesidades educativas y para ello, se propone actuar tan pronto como sea posible. En el título preliminar de esta ley, capítulo I (principios y fines de la educación), artículo I (principios), teniendo en cuenta los valores establecidos en la constitución, el sistema educativo español se basa en unos principios entre los que cabe mencionar los siguientes:

- a) Todo el alumnado recibirá una educación de calidad, independientemente de sus características y condiciones.
- b) La educación se basará en la equidad y esta garantizará la igualdad, la inclusión y la no discriminación, aparte esta equidad compensará las desigualdades personales existentes entre el alumnado, especialmente aquellas que deriven de discapacidad.
- c) Se favorecerá la trasmisión de valores como la libertad personal, la solidaridad, la tolerancia, la igualdad y el respeto para que ayuden a superar cualquier discriminación.
- d) Se adecuará la educación a las diferentes aptitudes así como intereses o necesidades del alumnado.
- e) Se fomentará la investigación y la innovación educativa.

Así también se encuentran los fines a los que se orienta el sistema educativo español en el artículo II de esta ley, entre los que cabe mencionar los siguientes:

- a) El respeto hacia los derechos fundamentales de las personas y la no discriminación de las personas que presenten alguna discapacidad.
- b) El respeto a la pluralidad como un elemento enriquecedor.

En cuanto a la LOMCE, se modifica la finalidad de la educación primaria que aparecía en la LOE y se establece que el principal objetivo es conseguir en el alumnado aprendizajes referentes a la expresión y comunicación oral, la lectura, el cálculo, el hábito de convivencia, la adquisición de cultura, la creatividad, la

afectividad y hábitos de estudio y trabajo con la finalidad de conseguir una formación integral de todos los alumnos y prepararlos para que afronten con responsabilidad y aprovechamiento la Educación Secundaria Obligatoria. En esta ley se añade un principio pedagógico que hace especial hincapié en la atención especial que se prestará a la atención a la diversidad del alumnado, a la atención individualizada y a la prevención de las dificultades de aprendizaje.

Tras la revisión de ambas leyes, se puede apreciar que las diferencias en cuanto a la atención a la diversidad que se prestará al alumnado son mínimas. Es por ello que se han destacado los principales cambios en cuanto a la inclusión y atención a la diversidad.

En lo que respecta al Decreto 135/2014 de 29 de julio, referente al enfoque inclusivo que se llevará a cabo en la Comunidad autónoma de Aragón cabe mencionar el Artículo 3 de este Decreto en el que aparecen los principios generales de actuación en los que se fundamenta el éxito escolar del alumnado desde un enfoque inclusivo. Estos principios son los siguientes:

- a) La enseñanza será personalizada en el sentido de que se atiendan a las características individuales del alumnado con el objetivo de proporcionarle propuestas que le permitan un desarrollo íntegro tanto a nivel personal como académico.
- b) La equidad como base de la calidad educativa haciendo que todo el alumnado alcance el máximo desarrollo de sus capacidades.
- c) Se trabajará desde un enfoque preventivo que permitirá la detección e identificación de dificultades de aprendizaje.
- d) Se promoverá la igualdad de oportunidades entre todo el alumnado para asegurar el acceso, la permanencia y promoción en el sistema educativo con propuestas que aseguren una educación de calidad.
- e) La coordinación con otras entidades, ya sean públicas o privadas, con la finalidad de proporcionar una atención integral al alumnado.

Siguiendo con el mismo Decreto, concretamente en el Capítulo II (Medidas de intervención educativa), sección 1ª (El centro docente como garante del éxito y excelencia de sus alumnos), en el artículo 11 se establece que el proyecto educativo de centro, las unidades didácticas y el plan de acción tutorial definirán las medidas de atención a la diversidad que se llevarán a cabo para alcanzar el éxito de todo el alumnado. En el artículo 12 (Formación, innovación y mejora) se establece que desde los centros se promoverá la formación en educación inclusiva y fomentará la puesta en práctica de experiencias de innovación educativa.

En este punto, también merece una especial atención la Orden de 9 de octubre de 2013, de la Consejera de Educación, Universidad, Cultura y Deporte, por la que se regulan los centros de atención preferente a alumnos con trastorno del espectro autista que se aplicará a todos aquellos centros sostenidos con fondos públicos.

Tras hacer este pequeño estudio de la legislación actual y aquellos aspectos referentes a la inclusión y la atención a la diversidad, cabe mencionar que cada vez son más los padres que apuestan por escolarizar a sus hijos con SA en centros ordinarios.

Un estudio realizado en la Universidad Carlos III de Madrid (2005) se descubrió que muchos padres de niños con SA empezaban a observar un desarrollo anómalo alrededor de los tres años y que, tras acudir a un especialista, no conseguían un diagnóstico definitivo hasta los nueve años. Se debe de ser consciente de que no se dispone de muchas herramientas para detectar el SA en niños muy pequeños y que, por lo tanto, muchos niños de educación infantil no han sido detectados pero, una vez que el alumnado pasa a la etapa de educación primaria, hay una serie de elementos que saltan a la vista y que hacen que se escoja un tipo de escolarización u otro. Estos elementos son: el nivel curricular, la presencia de trastornos comórbidos, el apoyo de los familiares o las habilidades sociales, entre otros.

A pesar de la presencia de estos elementos y partiendo del concepto de educación inclusiva, se apuesta por ofrecer a los niños con SA una escolarización en un centro ordinario en el que compartan tiempo y espacio con sus compañeros.

Según diferentes autores, para llevar a cabo la inclusión del alumnado con SA, se deben de tener en cuenta aspectos como: las dificultades de aprendizaje, los puntos

fuertes en el aprendizaje, las conductas inadecuadas, las habilidades de autonomía y el tratamiento de las situaciones de acoso, entre otros.

Por norma general, los niños con SA muestran dificultades de aprendizaje como por ejemplo problemas de memoria, atención selectiva encaminada a sus intereses, motricidad pobre y problemas de lectoescritura.

Para entender el procesamiento abstracto y la memoria de los niños con SA, se puede tomar de ejemplo la siguiente analogía entre la memoria de un niño con SA y la memoria de un niño con un desarrollo normal realizada por Attwood (2008.pg. 209)

La memoria de trabajo es la capacidad para mantener la información en línea cuando se resuelve un problema. Estos niños tienen una memoria a largo plazo excepcional, y quizás pueden recitar de memoria los créditos o todos los diálogos de su película preferida, pero, en cambio, tienen dificultades de recuerdo mental y de elaboración de la información relacionada con una tarea académica. Su memoria de trabajo es menor que la de sus compañeros. Los otros niños tienen una capacidad para recordar y usar la información relevante equivalente a un cubo, mientras que la del niño con síndrome de Asperger es equivalente a una copa o vaso, lo que afecta a la cantidad de información que puede recuperar del pozo de la memoria.

En cuanto a la selectividad atencional, está dirigida en función de los temas que son de su interés. Es muy probable que estos niños muestren una desatención en el aula, que no miren al maestro y, sin embargo, sean capaces de fijarse en detalles del aula que para otros pasan desapercibidos, que se levanten de la silla y se paseen por la clase, pero esto se puede atenuar si se relacionan los contenidos curriculares con los temas que son de su interés.

Los problemas en la motricidad y la lectoescritura pueden afectar sobretodo en las áreas de educación física y educación artística de manera trascendental. Puede ocurrir que estas dificultades en la lectoescritura afecten mucho a su manera de escribir y se produzca una desmotivación en el alumno que afecte al rendimiento curricular. En cuanto a la lectura suelen presentar problemas para interpretar los

signos de puntuación aunque el punto débil en la lectura es la dificultad para interpretar textos de contenido emocional.

En los niños con SA, no todo son dificultades de aprendizaje, sino que poseen puntos fuertes que resultan admirables. Muchos de estos niños destacan en áreas como las matemáticas, el cálculo, la naturaleza, la historia o los idiomas. Desde la escuela se debe de aprovechar este potencial para mejorar la autoestima del alumno y para potenciar las destrezas en las que el alumno destaque significativamente.

En el contexto escolar es probable que aparezcan conductas desafiantes por parte del niño con SA debido a su dificultad para entender las normas sociales. Desde la escuela se debe de facilitar esa comprensión de estas normas pero sin que este entendimiento produzca estrés en el alumno. Como ya se ha mencionado anteriormente, se pueden utilizar las historias sociales para trabajar la mejora de la conducta.

Las dificultades de función ejecutiva guarda una estrecha relación con las dificultades que muestran estos niños a la hora de adquirir capacidades de trabajo autónomo. Estos niños suelen ser impulsivos y depende de la tarea que estén realizando, pueden parecer exageradamente concentrados. También muestran grandes dificultades tanto para manejar su material como para llevar a cabo tareas específicas de manera autónoma debido a la alteración en el plano ejecutivo en los lóbulos frontales.

Por último y no por ello menos importante, un aspecto que se debe de tener en cuenta en la escuela son las situaciones de acoso. Dan Olweus (1983) define el acoso escolar como una conducta de persecución física y/o psicológica que realiza un alumno contra otro, al que escoge como víctima de repetidos ataques. Esta acción negativa e intencionada, sitúa a la víctima en una posición de la que difícilmente puede escapar por sus propios medios. Añade que la continuidad de estas relaciones provoca en la víctima efectos claramente negativos como un descenso de la autoestima, estados de ansiedad e incluso cuadros depresivos, lo que dificulta su integración en el medio escolar y el desarrollo normal de los aprendizajes.

Es muy frecuente que los niños con SA sufran acoso escolar por diferentes motivos: en primer lugar, su manera de ser causa cierta confusión entre sus iguales, ya que son capaces de resolver actividades de un nivel superior al suyo pero muestran una torpeza social de un nivel inferior. En segundo lugar, sus compañeros no aprecian ningún rasgo físico que indique discapacidad, cosa que les confunde todavía más. Por último, su peculiar forma de expresarse o gesticular hace que se conviertan en un blanco fácil para los compañeros acosadores. Los momentos en los que estos acosadores actúan suelen ser entre clase y clase, a la hora del recreo o incluso cuando la víctima se dirige a su casa después de la jornada escolar. El acosador elige estos tres momentos porque es cuando se siente libre para actuar sin la supervisión de un adulto. La actuación del alumno acosador suele mostrar dos modalidades; una es provocar al alumno con SA para que reaccione de una manera desproporcionada y sea castigado por el maestro, otra manera de acosarlo es insultando, pegando, robando su material o hacerle constantes preguntas o comentarios, todo con la finalidad de provocar irritación en el compañero con SA.

Es esencial que desde la escuela se aborden estas situaciones para acabar con ellas. Muchas veces basta con explicar al resto de alumnos qué le pasa al alumno con SA y porqué se comporta así. De esta manera, posiblemente entiendan su comportamiento y no lo utilicen como punto de burla. Otras veces esta estrategia no funciona y los acosadores utilizan su ingenuidad para hacerle creer que si le pegan es porque son buenos amigos. Así el alumno con SA se hace tolerante ante estos comportamientos debido a la confusión entre lo que es un buen amigo y lo que no lo es.

Una buena estrategia para acabar con estas situaciones es crear un círculo de amigos que, de manera voluntaria, quieran ayudar al niño con SA. El objetivo es que este círculo de amigos acuda en su rescate cuando lo vean ante una situación peligrosa. También es interesante llevar a cabo medidas de prevención para no tener que llegar a estos extremos. Una vez se llega a esta situación es muy importante establecer medidas disciplinarias firmes ante el acosador.

7. CONCLUSION.

El objetivo que me planteé al empezar este proyecto era la recopilación bibliográfica de los aspectos más importantes sobre el SA y de los autores más trascendentales que han escrito sobre este síndrome. Todo este proceso tenía como finalidad última la de crear una guía de consulta para aquellas personas que quieran indagar en el mundo del Asperger y que necesiten una primera toma de contacto con el tema.

Este proyecto está diseñado para que cualquier persona pueda consultarlo, independientemente de su nivel académico, pues he tratado de utilizar solo los tecnicismos necesarios para hacer posible su lectura a todos los públicos.

Considero que es un trabajo muy completo y que puede resolver muchas dudas a familiares y maestros que tengan que trabajar con un niño con SA, ya que se proporcionan pautas generales basadas en autores reconocidos con las que se pueden conseguir beneficios potenciales.

Del mismo modo, y haciendo un íntegro repaso a este proyecto, me gustaría destacar que no aparece a lo largo de éste ninguna referencia a los procesos ontogenéticos que, según algunos autores, podrían estimular la aparición del SA, ya que considero que son aspectos a tratar por los agentes competentes en este ámbito como pueden ser los departamentos de neurobiología.

Por el contrario, sí que se pueden encontrar en este TFG, componentes significativos en el SA como por ejemplo; pautas e instrumentos de diagnóstico, la atención temprana, la comorbilidad y, como ya he mencionado anteriormente, pautas para la intervención en el aula y en el hogar de los niños con SA.

Este TFG, tiene una considerada inclinación hacia el ámbito educativo debido a que considero que hoy en día es muy fácil encontrar niños con SA en las aulas. Pienso que cada aula es un universo de diversidad y es especialmente relevante la actuación de los docentes para que estos niños alcancen el éxito tanto personal como académico.

En mi opinión, los docentes deben de poseer una formación íntegra acerca de posibles dificultades de aprendizaje y trastornos del desarrollo porque, partiendo

del conocimiento se podrá actuar y ofrecer una educación inclusiva y de calidad a todo el alumnado obteniendo en éste el grado de autonomía a todos los niveles, correspondiente a su edad. Pienso que la base de muchas de las dificultades que presentan estos niños está en la interacción social y considero que desde la escuela y el hogar se puede conseguir que estos pequeños genios con dificultades sociales adquieran habilidades para interactuar socialmente.

Creo que en general se tiene el ideal de que los niños con algún tipo de trastorno son, de alguna manera, inferiores al resto, pero en este TFG se demuestra que, aunque en algunas áreas manifiestan dificultades, en otras pueden llegar a ser genios mostrando capacidades excepcionales superiores al resto de alumnado.

Es en este punto donde tiene especial relevancia la figura del docente, ya que debe de trabajar aquellas áreas, como el área social, en las que muestran dificultades y exaltar las capacidades que sobresalen de manera significativa aprovechándolas al máximo.

En definitiva, la misión del docente es aminorar las consecuencias de este síndrome y potenciar las capacidades que el niño tenga más desarrolladas.

Para conseguir esto, es de vital importancia que padres y profesores presten atención al desarrollo de los niños durante la primera infancia, pues es este período el mejor momento para actuar tanto en el aula como en el hogar. Como se ha podido apreciar a lo largo de este TFG, es muy importante realizar un diagnóstico lo más pronto posible, ya que esto permitirá llevar a cabo una atención temprana del alumno y mantener una coordinación entre familia y escuela para que ambos trabajen juntos por el bien del niño.

En resumen, los maestros juegan un papel fundamental en la vida de todos los niños pero todavía más en la de los niños con SA, debido a que está en nuestras manos actuar pronto y conseguir que el niño con SA reduzca los efectos del síndrome.

Considero que convivir con un niño con Síndrome de Asperger puede ser una oportunidad para crecer como personas y como profesionales, pues estos niños necesitan la figura del maestro que actúe como guía en su desarrollo y porque son niños con una personalidad muy característica que hace que la ayuda de maestros y

familiares sea indispensable en sus vidas. Todos debemos de entender que el comportamiento de los niños con SA, que en un principio parece un poco excéntrico, tiene una explicación lógica. Creo que la sociedad debería de adquirir un compromiso desarrollando el sentimiento de compartir juntos un proyecto de vida que es de todos y para todos, eliminando etiquetas que excluyan y sustituyéndolas por la igualdad entre las personas. Por otra parte, considero que se le debería de dar mucha más importancia a este síndrome para que los centros escolares y las personas afectadas por este síndrome pudieran contar con más recursos en las aulas y más facilidades en su día a día. También sería interesante que se continuara investigando más sobre el SA para hacer más fácil la vida de estas personas.

Para terminar este TFG me gustaría hacer referencia a las palabras de Nelson Mandela: “No puede haber una revelación más intensa del alma de una sociedad, que la forma en la que trata a sus niños”.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- American Psychiatric Association. (2013) Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM- V).

- American Psychiatric Association. (1995) Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM- IV). Barcelona: Masson.

- American Psychiatric Association. (1987) Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM- III).

- Attwood, T. (2009). *Guía del Síndrome de Asperger*. Barcelona: Paidós.

- Attwood, T. (2002). *Síndrome de Asperger: Una guía para padres y profesionales*. Barcelona: Paidós.

- Artigas, J. (2000). *Aspectos neurocognitivos del Síndrome de Asperger*. Revista de neurología clínica; 1: 34-44. Unidad de Neuropediatría. Hospital de Sabadell. Sabadell, Barcelona, España.

- Buceta, J.M, (2011). *Manual de Atención Temprana*. Madrid: Síntesis.

- Baron-Cohen, S. (2008). *Autismo y Síndrome de Asperger*. Madrid: Alianza.

- Belinchón, M. Hernández, J. M. Sotillo, M. (2009). *Síndrome de Asperger: Una guía para los profesionales de la educación*. Madrid: Centro de Psicología aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid (CPA-UAM), Confederación Autismo España (CAE), Federación Española de Asociaciones de Padres de Autistas (FESPAU) y Fundación ONCE.

- Cererols, R. (2012). *Descubrir el Asperger. Una amplia visión de este trastorno aún poco conocido*. Promolibro.

- Cornellà, J. (2011). Síndrome de Asperger. *Anales de Pediatría Continuada*; 9 (5): 296-303.

- Decreto 135/2014, de 29 de julio. Dirección General de Aragón (DGA).

- Domenech, A. (2013). *Yo también voy al colegio. Guía práctica para profesores con alumnos con Síndrome de Asperger*. Valencia: Psylicom.
- Gracia Milla, M. Mulas, F. (2005). *Manual de Atención Temprana*. Valencia: Promolibro.
- Hall, K. (2003). *Soy un niño con Síndrome de Asperger*. Madrid: Paidós.
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa.
- Martos, J. Ayuda, R. González, A. Freire, S y Llorente, M. (2012). *El Síndrome de Asperger: evaluación y tratamiento*. Madrid: síntesis.
- Martos, J. Ayuda, R. González, A. Freire, S. Llorente, M. Martínez, C. Artigas, J. (2007). *Un acercamiento al Síndrome de Asperger: una guía teórica y práctica*. Sevilla: Asperger Andalucía.
- Olivar Parra, J.S. De la Iglesia, M. (2013). *Intervención Psicoeducativa en autismo de alto funcionamiento y Síndrome de Asperger. Manual práctico*. CEPE. Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- Orden de 9 de octubre de 2013, de la Consejera de Educación, Universidad, Cultura y Deporte, por la que se regulan los centros de atención preferente a alumnos con trastorno del espectro autista.
- Pérez- López, J. Brito de la Nuez, A. (2004). *Manual de Atención Temprana*. Departamento de Psicología evolutiva y de la educación de la Universidad de Murcia. Ediciones Pirámide.
- Sánchez- Pardiñez, S. (2013). *Síndrome de Asperger. Síndrome invisible*. Valencia: Psylicom.
- Szatmari, P. (2005). *Una mente diferente: comprender a los niños con autismo y Síndrome de Asperger*. Barcelona: Paidós Ibérica.

9. GLOSARIO

AAF: Autismo de Alto Funcionamiento.

ADI: Autism Diagnostic Interview.

ADOS: Autism Diagnostic Observation Schedule.

ASAS: Australian Scale for Asperger's Syndrome.

ASDI: Asperger Syndrome Diagnostic Interview.

ASDS: Asperger Syndrome Diagnostic Scale.

ASSQ: Autism Spectrum Screening Questionnaire.

BASC: Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes.

CAST: Childhood Asperger Syndrome Test.

CI: Coeficiente Intelectual.

CIE-10: Clasificación Internacional de los Trastornos de la Organización Mundial de la Salud, décima edición.

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

GADS: Gilliam Asperger Disorder Scale.

KADI: Krug Asperger's Disorders Index.

LOE: Ley Orgánica de Educación.

LOMCE: Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa.

RD: Real Decreto.

SA: Síndrome de Asperger.

GT: Síndrome de Gilles de la Tourette.

SNC: Sistema Nervioso Central.

TANV: Trastorno del Aprendizaje No Verbal.

TDA-H: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

TDC: Trastorno del Desarrollo de la Coordinación.

TEA: Trastorno del Espectro Autista.

TEL: Trastorno Específico del Lenguaje.

TFG: Trabajo de Final de Grado.

TGD: Trastorno General del Desarrollo.

UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

10. ANEXOS.

Anexo I. Características del síndrome de Asperger (Szatmari, P; Bremner, R; Nagy, J., 1989).

1. Aislamiento social (dos de los siguientes):

- Ausencia de relaciones de amistad.
- Evita activamente el contacto social con otros.
- Ausencia de interés en formar relaciones de amistad.
- Tendencia hacia un estilo de vida solitario.

2. Trastorno de la interacción social (uno de los siguientes):

- Iniciación de la interacción social para satisfacer sus necesidades personales.
- Iniciación torpe y poco efectiva de la interacción social.
- Interacciones sociales unilaterales dentro de su grupo de referencia.
- Dificultad para percibir y comprender los sentimientos expresados por otros.
- Indiferencia hacia los sentimientos de los demás.

3. Trastornos de la comunicación no-verbal (uno de los siguientes):

- Expresiones faciales de afecto limitadas.
- Los cuidadores o los padres tienen dificultades para inferir los estados emocionales del niño debido al aplanamiento de sus expresiones emocionales.
- Contacto ocular limitado.
- El contacto ocular no se utiliza como regulador de la comunicación.
- No utiliza las manos para expresarse.
- Sus gestos suelen ser torpes y exagerados.
- No mantiene la distancia apropiada con otros.
- Puede acercarse demasiado a la gente.

4. Lenguaje idiosincrático y excéntrico (dos de los siguientes):

- Anomalía en la inflexión de la voz.
- Habla demasiado.
- Habla muy poco.
- Falta de cohesión en la conversación.
- Uso idiosincrático de palabras.
- Patrones repetitivos del habla.

5. Exclusión de los criterios de diagnóstico según el DSM-III para autismo infantil.

Anexo II. Criterios para el diagnóstico del Síndrome de Asperger (Guillberg y Guillberg, 1991).

1. **Déficit en la interacción social**, *al menos dos de los siguientes*:
 - a. Incapacidad para interactuar con iguales.
 - b. Falta de deseo e interés de interactuar con iguales.
 - c. Falta de apreciación de las claves sociales.
 - d. Comportamiento social y emocionalmente inapropiados a la situación.
2. **Intereses restringidos y absorbentes**, *al menos uno de los siguientes*:
 - a. Exclusión de otras actividades.
 - b. Adhesión repetitiva.
 - c. Más mecánicos que significativos.
3. **Imposición de rutinas e intereses**, *al menos uno de los siguientes*:
 - a. Sobre sí mismo en aspectos de la vida.
 - b. Sobre los demás.
4. **Problemas del habla y del lenguaje**, *al menos tres de los siguientes*:
 - a. Retraso inicial en el desarrollo del lenguaje.
 - b. Lenguaje expresivo superficialmente perfecto.
 - c. Características peculiares en el ritmo, entonación y prosodia.
 - d. Dificultades de comprensión que incluyen interpretación literal de expresiones ambiguas o idiomáticas.
5. **Dificultades en la comunicación no verbal**, *al menos uno de los siguientes*:
 - a. Uso limitado de gestos.
 - b. Lenguaje corporal torpe.
 - c. Expresión facial limitada.
 - d. Expresión inapropiada.
 - e. Mirada peculiar, rígida
6. **Torpeza motora**

Retraso temprano en el área motriz o alteraciones en pruebas de neurodesarrollo.

Anexo III. Criterios diagnósticos de las personas con Síndrome de Asperger (A. Rivière, 1996).

- 1. Trastorno cualitativo de la relación:** Incapacidad de relacionarse con iguales. Falta de sensibilidad a las señales sociales. Alteraciones de las pautas de relación expresiva no verbal. Falta de reciprocidad emocional. Limitación importante en la capacidad de adaptar las conductas sociales a los contextos de relación. Dificultades para comprender intenciones ajenas y especialmente dobles intenciones.
- 2. Inflexibilidad mental y comportamental:** Interés absorbente y excesivo por ciertos contenidos. Rituales. Actitudes perfeccionistas extremas que dan lugar a gran lentitud en la ejecución de tareas. Preocupación por partes de objetos, acciones, situaciones o tareas, con dificultad para detectar las totalidades coherentes.
- 3. Problemas de habla y de lenguaje:** Retraso en la adquisición del lenguaje, con anomalías en la forma de adquirirlo. Empleo de lenguaje pedante, excesivamente formal, inexpresivo, con alteraciones prosódicas y características extrañas del tono, ritmo y modulación. Dificultades para producir emisiones relevantes a las situaciones y los estados mentales de los interlocutores.
- 4. Alteración de la expresión emocional y motora:** Limitaciones y anomalías en el uso de gestos. Falta de correspondencia entre gestos expresivos y sus referentes. Expresión corporal desmañada. Torpeza motora en exámenes neuropsicológicos.
- 5. Capacidad normal de “inteligencia impersonal”.** A menudo habilidades especiales en áreas restringidas.

Anexo IV. Síndrome de Asperger, según la CIE-10.

- A. No existe retraso global del lenguaje hablado o receptivo o del desarrollo cognitivo clínicamente significativo. El diagnóstico requiere que a la edad de dos años, o antes, se haya desarrollado la habilidad de decir palabras aisladas y a los tres años o antes la de emplear frases con intención comunicativa. Las habilidades de autocuidado, el comportamiento adaptativo y la curiosidad por el entorno durante los tres primeros años debe situarse a un nivel consistente con un desarrollo intelectual normal. Sin embargo, los logros motores pueden sufrir algún retraso y es frecuente la torpeza motora (aunque no es una característica necesaria para el diagnóstico). Son frecuentes las habilidades especiales aisladas, a menudo en relación a preocupaciones anormales, aunque no se precisan para establecer el diagnóstico.

- B. Existen anomalías cualitativas en la interacción social.

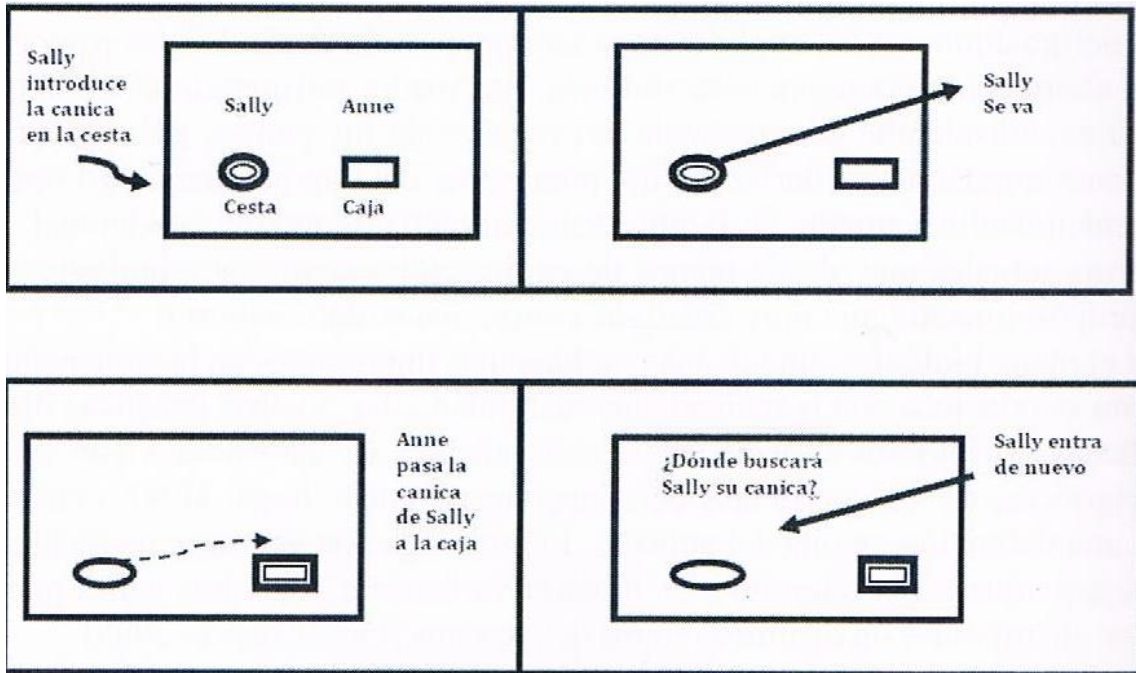
- C. El individuo exhibe interés circunscrito e inusualmente intenso, o muestra patrones restringidos, repetitivos y estereotipados de conductas, intereses y actividades (criterios análogos al autismo; sin embargo, es menos frecuente incluir aquí tanto a los manierismos no funcionales de los materiales de juego).

- D. El trastorno no es atribuible a otras variedades de trastorno generalizado del desarrollo: esquizofrenia simple, trastorno esquizotípico, trastorno obsesivo-compulsivo; trastorno de la personalidad o trastornos reactivos y de apego desinhibido de la infancia.

Anexo V. Criterios diagnósticos del Síndrome de Asperger de acuerdo con el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000).

- A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada por al menos dos de las siguientes características:
1. Alteraciones importantes en múltiples comportamientos no verbales, como contacto visual, la expresión facial, la postura corporal y los gestos que regulan la interacción social.
 2. Incapacidad para desarrollar relaciones con los iguales, apropiadas a su nivel de desarrollo.
 3. Ausencia de la tendencia espontánea para compartir placeres, intereses o logros con otras personas.
 4. Ausencia de reciprocidad social o emocional.
- B. Patrones restringidos, repetitivos y estereotipados de conductas, intereses y actividades, manifestados por al menos una de las siguientes características:
1. Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restringidos de intereses, que resulta anormal, bien por su intensidad o bien por su objetivo.
 2. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos no funcionales.
 3. Estereotipias motoras repetitivas.
 4. Preocupación persistente por parte de objetos.
- C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo en el área social, laboral y de otras importantes áreas de funcionamiento.
- D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (a la edad de dos años ya se emplean palabras y a la edad de tres años ya se emplean frases con intención comunicativa).
- E. No hay retraso clínicamente significativo en el desarrollo cognoscitivo ni en el desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, o de la conducta adaptativa (distinta de la interacción social) o de la curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.
- F. No se cumplen los criterios específicos de otros trastornos generalizados del desarrollo o de la esquizofrenia.

Anexo VI. Falsa creencia de las dos muñecas: Sally y Ann.



El experimento se realizó de la siguiente manera: Sally tiene una cesta y Ann una caja. El experimentador muestra a los niños que Sally pone una canica en la cesta y se marcha. Mientras Sally está fuera, Ann va a la cesta, coge la canica y la coloca en su propia caja. Finalmente vuelve Sally y el experimentador hace la siguiente pregunta: ¿Dónde buscará Sally su canica? Los niños con un desarrollo normal son capaces de razonar que si Sally no ha visto el cambio que ha realizado Ann, buscará su canica de acuerdo con lo que ella cree. Por el contrario, el 80% de los niños que presentan SA y con una edad equivalente o superior, fallan al responder y confirman que Sally buscará la canica donde está, en la cesta.

Anexo VII. Criterios diagnósticos de los trastornos del espectro autista (DSM-5)

Cornellà, J. (2011). Síndrome de Asperger. *Anales de Pediatría Continuada*; 9 (5): 296-303.

Debe cumplir los criterios A, B, C Y D:

- A. Déficits persistentes en la comunicación e interacción social en diversos contextos, no atribuibles a un retraso general del desarrollo, manifestando simultáneamente los 3 siguientes:

Déficits en la reciprocidad social y emocional

Rango de comportamientos que van desde acercamiento social anormal e incapacidad para mantener la alternancia en una conversación, pasando por reducción de intereses, emociones y afectos compartidos hasta ausencia total de iniciativa en la interacción social.

Déficits en las conductas de comunicación no verbal que se usan en la comunicación social.

Rango de comportamientos que van desde comunicación poco integrada, tanto verbal como no verbal, pasando por anomalías en el contacto visual y en el lenguaje corporal, déficits en la comprensión y uso de comunicación no verbal, hasta falta total de expresiones o gestos faciales.

Déficits en el desarrollo y mantenimiento de relaciones adecuadas al nivel de desarrollo

Rango de comportamientos que van desde dificultades para mantener un comportamiento apropiado a los diferentes contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos de ficción y amigos hasta ausencia de interés en las otras personas.

- B. Patrones de comportamiento, Intereses o actividades restringidas y repetitivas que se manifiestan al menos en 2 de los siguientes:

B-1. Habla, movimientos o manipulación de objetos estereotipada o repetitiva (estereotipias motoras simples, ecolalia, manipulación repetitiva de objetos o frases idiosincráticas)

B-2. Excesiva fijación con las rutinas, los patrones ritualizados de conducta verbal y no verbal, o excesiva resistencia al cambio (rituales motores, insistencia en seguir la misma ruta o tomar la misma comida, preguntas repetitivas o extrema incomodidad motivada por pequeños cambios)

B-3. Intereses altamente restrictivos y fijos de intensidad desmesurada (como una fuerte vinculación o preocupación por objetos inusuales y por intereses excesivamente circunscritos y perseverantes)

B-4. Hiper o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o inusual interés en aspectos sensoriales del entorno (aparente indiferencia al dolor/calor/frío, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, sentido del olfato o del tacto exacerbado; fascinación por las luces o los objetos que ruedan)

C. Los síntomas deben estar persistentes en la primera infancia (pero pueden no llegar a manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales exceden las limitadas capacidades).

D. La conjunción de síntomas limita y deteriora el funcionamiento habitual.