

**Fin de Grado Curso  
2016/17**



**Universidad de Valladolid  
Facultad de Enfermería  
GRADO EN ENFERMERÍA**

**TRASTORNO DE ESPECTRO  
AUTISTA:  
SÍNDROME DE ASPERGER.  
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN  
COMUNITARIA.**

**Alumna: Sonia Rivera Mayoral**

**Tutora: Miriam de la Parte Nanclares**

**Fecha: Junio 2017**

“Una persona con autismo vive en su propio mundo, mientras que una persona con Asperger vive en nuestro mundo, de una manera singular que él elige”

Nicholas Sparks, novelista.

# **RESUMEN**

---

El Síndrome de Asperger es un trastorno neurobiológico, caracterizado por falta de sociabilización, intereses restringidos, y déficit lingüístico, así como dificultades para expresar y comprender emociones. Este Trabajo de Fin de Grado, describe en su primera parte, los Trastornos del Espectro Autista y sus rasgos clínicos, y en la segunda parte, el diseño y desarrollo de un Programa de intervención comunitaria en escuelas e institutos. El objetivo es sensibilizar y formar al entorno inmediato de estos pacientes, además de fomentar la función docente de la enfermera.

## **PALABRAS CLAVE**

Síndrome de Asperger, autismo, trastornos del espectro autista, programa de intervención comunitaria.

# **ABSTRACT**

---

Asperger's syndrome is a neurobiological disorder that is characterized by difficulties in social interaction, restricted interests, and linguistic deficits well as difficulty expressing and understanding emotions. This end-of-degree work, describes in the first part, the autism spectrum disorders and their clinical traits and in the second part, the design and development of a Community intervention program in schools and institutes is proposed. The objective is to sensitize and train the immediate environment of these patients, as well as to encourage the teaching role of the nurse.

## **KEYWORDS**

Asperger's syndrome, autism, autism spectrum disorder, community intervention program.

# ÍNDICE

---

INTRODUCCIÓN.....	2
OBJETIVOS.....	6
JUSTIFICACIÓN.....	7
METODOLOGÍA.....	8
DESARROLLO DEL TEMA	
A) RASGOS CLÍNICOS.....	9
B) HERRAMIENTAS PARA UNA DETECCIÓN PRECOZ.....	14
C) PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA.....	18
CONCLUSIONES.....	24
BIBLIOGRAFÍA.....	25
ANEXOS.....	28

# INTRODUCCIÓN

---

Hola, me llamo Pablo tengo 11 años y soy *Aspie*. En un entorno no sanitario, en la calle, muchos le preguntarían, *Aspie*, ¿qué es eso? de hecho, no sería de extrañar que lo puedan asociar a un personaje de película o de un videojuego. Pablo es mi sobrino y tiene el Síndrome de Asperger, entre ellos se llaman *Aspies* y a nosotros nos llaman neurotípicos, curioso... Aun así, si mi sobrino respondiera diciendo que *Aspie* viene de Asperger, la gran mayoría tampoco sabría de qué se está hablando, solo explicando que es un síndrome que pertenece a los TEA, trastornos de espectro autista, se daría un poco de luz.

Los trastornos de la conducta y del comportamiento se han convertido en uno de los problemas más preocupantes para padres que ven como sus hijos necesitan ayuda médica y psicopedagógica. Es muy complejo delimitar cuáles son los criterios de normalidad o anormalidad en determinados patrones del comportamiento; no todo niño/a con una actitud inapropiada tiene un trastorno de la conducta : el incumplimiento de las normas, la agresividad o la rebeldía son aspectos sin una connotación patológica en sí mismos. La diferencia que nos marca lo patológico o no, es la intensidad, la frecuencia y el deterioro de las relaciones interpersonales.

El Síndrome de Asperger (SA) *se caracteriza por la alteración cualitativa de la interacción social, un patrón de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas, con capacidad intelectual normal o superior y unas habilidades lingüísticas normales en las áreas de gramática y vocabulario* (1,23, 31).

Este síndrome supone una discapacidad social de aparición temprana. Su cronicidad y permanencia exigen una comprensión y aceptación por los afectados, sus familias y el entorno más próximo. La alteración en el procesamiento de la información y de la comunicación social afecta seriamente a la capacidad de integración del individuo (7).

Desde una **perspectiva histórica**, el uso médico moderno del termino autismo no ocurrió hasta 1943, cuando Leo Kanner, estudió a un grupo de once niños que tenían

“una inhabilidad innata para lograr el usual y biológicamente natural contacto afectivo con la gente”.

El autismo se veía como un trastorno emocional cuya causa principal eran los padres. Términos como “madre nevera”, se usaba normalmente para describir a este tipo de padres y expresaba que la frialdad, la actitud distante y, a veces, la conducta de rechazo, causaban autismo en sus hijos.

Destacan dos nombres, Hans Asperger y Lorna Wing. El primero de ellos, fue un psiquiatra austriaco, que en 1944 describió lo que él llamó como *psicopatía autista*, describió a niños que no comprendían los términos “cortesía” o “respeto” y presentaban hábitos y movimientos estereotipados. Durante mucho tiempo las características definidas por Asperger se utilizaban para referirse a personas autistas con un buen nivel cognitivo y lingüístico.

Aunque el trabajo de Asperger, no fue reconocido hasta 1981 gracias a Lorna Wing quien formuló el término “síndrome de Asperger”. En realidad ella, que murió hace 3 años y tenía una hija autista, tradujo al inglés el trabajo de Hans Asperger y en un posterior trabajo junto con J.Gould en 1979, realizan la primera definición moderna de autismo y la triada de síntomas: trastorno de la reciprocidad social, trastorno de la comunicación verbal y no verbal y ausencia de capacidad simbólica y conducta imaginativa. Posteriormente añadió los patrones repetitivos y luego colaboró con el DSM para redefinirlo como TEA.<sup>(23)</sup>

La etiología de dicho síndrome es aún desconocida, existen distintas teorías explicativas aunque ninguna totalmente aceptada. Actualmente, ha desaparecido el Síndrome de Asperger como categoría diagnóstica independiente, pues en el reciente DSM-V se incluye dentro de la subcategoría *Trastornos del Espectro Autista*, la cual pertenece a la categoría *Trastornos de Desarrollo Neurológico* <sup>(22)</sup>.

Se cree que actualmente unos 50.000 menores en España tienen algún TEA, a los que habría que añadir los adultos, que supondría un número bastante mayor <sup>(23)</sup>.

La diversidad de manifestaciones clínicas que pueden presentarse en los TEA, dificulta su detección precoz, lo que puede provocar un retraso en su diagnóstico que, en bastantes ocasiones, se confirma después de los 3 años, coincidiendo con el comienzo a la educación preescolar. Esta demora diagnóstica es aún mayor en el síndrome de Asperger (SA).

La Asociación Asperger Andalucía en su artículo “*Propuesta de protocolo de actuación para casos de síndrome de Asperger*” refiere que la dificultad que entraña el diagnóstico se debe a varias causas:

1. Falta de información que poseen los profesionales.
2. Las características comportamentales del SA en edades tempranas, suelen solaparse con los criterios de diagnóstico de otros trastornos conductuales.
3. Por otro lado, el alto nivel de desarrollo verbal, junto con su extraña prosodia, su conocimiento exhaustivo de determinadas materias, puede confundir a un profesional no experimentado y hacerles pasar por niños superdotados, y su déficit de relación con otros niños de su edad, se explica como aburrimiento o desinterés por el bajo nivel de los otros.
4. Sus rabietas, oposición y su comportamiento inadecuado suelen acabar muchas veces con el juicio clínico de mala educación o sobreprotección.
5. Falta de marcadores biológico o neurológicos para su diagnóstico.

Sus síntomas son meramente conductuales, por lo que, junto al enmascaramiento de los mismos, lo hacen pasar desapercibido y/o confundirlo con otros trastornos.

Actualmente en Valladolid, según los datos aportados por la Gerencia de Servicios Sociales, el número total de personas con TEA es de 399<sup>(30)</sup>.

**Tabla 1. Rango de edades pacientes con TEA.**

<b>Rango de edad</b>	<b>TEA</b>
0-5	36
6-20	233
21-55	129
56-64	1
65 y más	
<b>Total</b>	<b>399</b>

**Fuente: Sacyl.**

Los trastornos mentales constituyen una importante carga social y económica, tanto por su frecuencia, coexistencia y comorbilidad, como por la discapacidad que producen. En el caso de los trastornos del espectro autista (TEA), se produce un impacto considerable, no sólo en el desarrollo y bienestar de los afectados, sino también en el de sus familiares y personas que los rodean. El carácter crónico y la gravedad de estos trastornos, hacen que se precise de un plan de detección precoz y tratamiento multidisciplinar personalizado.

# OBJETIVOS

---

## *Objetivo General:*

- Diseñar un Programa de Intervención comunitaria.

## *Objetivos Específicos:*

- Completar mi formación en el ámbito de los trastornos del espectro autista (TEA).
- Conocer la realidad social de las personas que padecen TEA con la finalidad de apoyar la concienciación social.
- Acercar el concepto de autismo a la sociedad.
- Identificar los signos de alarma en Trastornos del Espectro Autista para conseguir una detección precoz.
- Potenciar la función docente de enfermería mediante el diseño y desarrollo de Programas de Intervención comunitaria en Atención Primaria.

# JUSTIFICACIÓN

---

He querido hacer mi Trabajo Fin de Grado sobre TEA por mi sobrino, diagnosticado de Asperger en el 2016. Mi familia no sabía a lo que se enfrentaban, y esta situación creó en mí un interés especial por conocer el síndrome de Asperger.

La sociedad debe conocer que supone ser autista para las personas que lo padecen, tiene que de haber una conciencia social sobre los diferentes tipos de autismo que existen y que entre todos hagamos que la convivencia sea más fácil.

Las personas con síndrome de Asperger no entienden los códigos sociales, no saben interpretar pautas de comportamiento, que en personas normales son innatas. Cuando se oye “tengo síndrome de Asperger”, la sociedad atribuye este síndrome al autismo, generalizando los rasgos de este campo a todos los tipos de autismo, sin saber las características propias del síndrome.

Es un trastorno muy frecuente, la prevalencia es de 3 a 7 niños por cada 1.000 nacidos vivos, y varía según el género, ya que es más común en niños que en niñas, dándose 2-3 casos de niños por cada niña, (datos obtenidos de la Federación española de Asperger).

Las asociaciones ayudan a personas con síndrome de Asperger desde un enfoque multidisciplinar. Todas ellas tienen un objetivo común: mejorar en el diagnóstico y el tratamiento, a través de la formación de profesionales, el apoyo psicosocial a familiares y la intervención directa, con el objetivo de fomentar su calidad de vida e integración social.

Los sanitarios sabemos que la principal fuente de información sobre el niño son sus padres, pero también sus docentes, ellos nos pueden dar una valiosa orientación sobre sus características personales y su comportamiento. La implicación de la familia es un componente esencial que constituye un factor importante para el éxito de un tratamiento eficaz. Esta colaboración, refuerza a los padres a mejorar la atención a sus hijos y a incorporar las estrategias en las rutinas diarias.

# METODOLOGÍA

## **Metodología de búsqueda**

Se ha realizado una revisión bibliográfica, seleccionando un determinado número de artículos para obtener información sobre los Trastornos de espectro autista y programas de intervención comunitaria. Para ello se han utilizado fuentes nacionales e internacionales. La búsqueda se realizó en PubMed, ScienceDirect y Google Académico.

La búsqueda se ha realizado atendiendo a las palabras clave en español:

*Síndrome de Asperger, autismo, trastornos del espectro autista, trastorno déficit de atención hiperactividad, trastornos generalizados del desarrollo.*

Palabras claves en inglés: Asperger's syndrome, autism, autism spectrum disorder, hypertention deficit disorder, pervasive developmental disorders. Estas palabras clave, se combinaron a través de los operadores booleanos *AND* y *OR*.

Además, para complementar la información, se han consultado páginas web de asociaciones, federaciones y de Sacyl.

## **Descripción de la búsqueda**

En total se seleccionaron 41 resultados. En la búsqueda en PubMed, se obtuvieron 27 resultados relacionados con enfermería, y se eligieron 15. En ScienceDirect, de los 110 resultados, sólo 15 fueron elegidos. En Google Académico, de los 1510 resultados obtenidos, sólo se eligieron 11. Se desestimó artículos, donde se trataba el tema con una base de intervención médica y no enfermera.

Se limitó la bibliografía a aquellas publicaciones que hacían referencia sobre el tema en los últimos 5 años (2013 – 2017). También se fijaron límites de idioma, seleccionándose sólo artículos en castellano e inglés y por último que la visualización de los artículos fuera completa.

# DESARROLLO DEL TEMA

## **A) RASGOS CLÍNICOS**

La idea de trastorno define una condición, *en la que se ven alteradas cualitativamente un conjunto de capacidades del desarrollo comunicativo, social y cognitivo. El término espectro explica la dispersión de síntomas.*

El concepto de TEA abarca diferentes subtipos (Trastorno autista, Trastorno desintegrativo infantil, Trastorno de Asperger y Trastorno generalizado del desarrollo no especificado), el TEA es una discapacidad del desarrollo que, al igual que otras, se presentará de forma permanente a lo largo de la vida, no existen tratamientos en la actualidad, que eliminen esta condición. Por lo tanto, la detección precoz y su tratamiento temprano, es fundamental para mejorar su potencial de adaptación social.

### **Peculiaridades de los niños con TEA <sup>(12)</sup>**

- Pensamiento literal sin interpretaciones.
- Vocabulario sobresaliente en sus áreas de interés, (no debe confundirnos al valorar su competencia comunicativa).
- Prestan más atención a los elementos concretos que a las estructuras globales.
- Buenas capacidades en las áreas viso-espaciales, memoria mecánica y motricidad.
- Dificultades en el uso e interpretación de gestos que acompañan a la comunicación.
- Habla peculiar, tono alto y forma monótona.
- En las relaciones sociales, existe una falta de comprensión recíproca, no tienen en cuenta la perspectiva de otros, dificultades para comprender las causas de las emociones, también para relacionar emociones con diferentes situaciones sociales, por lo que hay un aislamiento social.

La integración es el pilar en el que hay que trabajar, para ello existen diferentes programas, uno de ellos ampliamente utilizado en educación, es el TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communications Handicapped Children) <sup>(16)</sup>.

El fin principal de este método es la atención integral de la persona con TEA y su familia, buscando mejorar la calidad de vida.

Hans Asperger definió los **principales rasgos clínicos del SA** <sup>(7)</sup>:

- Son niños que tienen áreas de especial interés centradas en aspectos intelectuales específicos: matemáticas, ciencias, literatura, historia, geografía, etc. Estas áreas de interés pueden cambiar con el tiempo o permanecer hasta la edad adulta, pudiendo constituir la base para estudios superiores.
- Falta de socialización, pueden expresar el deseo de adaptarse socialmente y tener amigos, y se frustran ante sus dificultades sociales. Les falta efectividad para establecer interacciones; una incapacidad para «leer» de modo efectivo las necesidades y perspectivas de los demás y responder a éstas de un modo apropiado. Estos niños tienden a malinterpretar las situaciones sociales, y los demás consideran frecuentemente sus interacciones y respuestas como «extrañas».
- Su lenguaje también es diferente, aspectos como el volumen del habla, la entonación, la inflexión, el ritmo, etc. Su lenguaje puede sonar demasiado formal y pedante, no suelen usar (o usan mal) los modismos, e interpretan las cosas con demasiada literalidad, no comprenden los dobles sentidos. La comprensión del lenguaje tiende hacia lo concreto. Las habilidades de lenguaje pragmáticas o conversacionales son a menudo pobres, debido a problemas con el turno de palabra y a la tendencia a referirse a sus áreas de interés.

Algunos adolescentes con SA presentan dificultades con el sentido del humor: no suelen entender los chistes o se ríen a destiempo.

Las tres áreas principales a estudio en dicho síndrome, son: las *emociones*, *deficiencias*

*sociales y problemas sensoriales y motores.*

## **Emociones**

Procesar y analizar las reacciones emocionales puede resultar complicado para las personas con SA. Se incluye la expresión de las emociones, la comprensión de las emociones de los demás y la regulación emocional <sup>(34)</sup>.

Las personas con SA normalmente reconocen bien las emociones básicas. El déficit está en el reconocimiento de emociones complejas, por ejemplo, estados como confundido o resignado <sup>(23)</sup>.

Diferentes estudios muestran, que los individuos con SA tienen dificultades para reconocer distintas expresiones faciales. Por otro lado, se constata que los niños y adolescentes con SA tienen más dificultades que los niños con un desarrollo normal para el reconocimiento de las emociones de la parte superior de la cara, es decir, los ojos, siendo ésta la región facial la que proporciona más información acerca de la expresión de diferentes emociones <sup>(8)</sup>.

Cada vez cobra más fuerza la hipótesis de que la alexitimia forma parte del SA. La **alexitimia** tiene como características la dificultad para identificar y describir emociones y sentimientos, la dificultad para diferenciar los sentimientos de las sensaciones que acompañan a la activación emocional, la reducida capacidad de fantasía y de pensamiento simbólico y la utilización de la acción como estrategia de afrontamiento en situaciones de conflicto emocional. Es muy notable la aproximación existente entre los síntomas prototípicos de la alexitimia y los del SA en cuanto a <sup>(25)</sup>:

- **Alteraciones cognitivas:** problemas de introspección, pensamiento concreto y operatorio, y sensación de afecto plano.
- **Alteraciones de las relaciones interpersonales:** pobre comunicación verbal de su estrés emocional a otras personas, dificultades para identificar de manera correcta sus propios sentimientos, reducción importante de intereses compartidos, dificultades para ver a los demás como fuente de ayuda,

preferencia por estar solos y evitar a la gente.

- **Alteraciones del discurso y del lenguaje:** lenguaje plano, el tono monótono, dificultades en el uso de metáforas, relato detallado y a menudo aburrido, suele existir un uso reducido de pronombre “yo”, el contenido de la comunicación y la prosodia, es pobre.
- **Alteraciones del comportamiento no verbal:** dificultades para identificar las emociones a través de los gestos faciales y de la comunicación no verbal.

La inteligencia emocional se define como *“una forma de interactuar con el mundo que tiene muy en cuenta los sentimientos, y engloba habilidades tales como el control de los impulsos, la autoconciencia, la motivación, el entusiasmo, la perseverancia, la empatía, la agilidad mental. Ellas configuran rasgos de carácter como la autodisciplina, la compasión, o el altruismo, que resultan indispensables para una buena y creativa adaptación social.”* (16, 17).

La inteligencia emocional considera que no es el cociente intelectual en solitario lo que influye en el futuro de las personas, las habilidades adquiridas en la infancia, las relaciones sociales y la educación son herramientas necesarias y decisivas en nuestro destino personal (16, 17).

### **Deficiencias sociales**

Los adultos con SA tienen alterada su capacidad para usar el razonamiento social de forma espontánea, en cambio, cuando se proporciona información explícita o través de un aprendizaje compensatorio, mejoran el rendimiento (34).

Por otro lado, en cuanto al juicio moral, las personas con SA tienen deficiencias específicas. Muestran dificultad en encontrar la diferencia moral entre los daños accidentales e intencionales (27).

Las personas con SA muestran una disminución de la capacidad de modificar la

“autopresentación” en situaciones sociales, lo que sugiere que tienen dificultades con el ajuste de sus comportamientos y para guiar situaciones sociales nuevas o desafiantes (3).

### **Problemas sensoriales y motores**

En general, en el SA existe una propensión a la irritación ante algunas situaciones, y puede ocurrir que muestren conductas poco habituales como forma de autorregularse o desenvolverse en situaciones que consideran abrumadoras desde el punto de vista sensorial. Además, suelen tener un cierto grado de torpeza motora y alteraciones en el procesamiento de la información del propio cuerpo.

El síndrome de Asperger y el autismo clásico tienen dos rasgos en común:

- Dificultades en la comunicación social
- Intereses obsesivos y acciones repetitivas

Pero existen dos diferencias básicas entre ambos trastornos:

- En el SA el coeficiente intelectual está, cuando menos, en la media, y no hay retraso en la adquisición de habilidades lingüísticas.
- En el autismo clásico el coeficiente intelectual puede adoptar cualquier valor de la escala y se aprecia retraso en la adquisición de las habilidades lingüísticas (2).

**Tabla 2. Diferencias entre el SA y autismo clásico. Fuente: Guía infantil (18)**

## **Distinción entre síndrome de Asperger y autismo**

<b>Asperger</b>	<b>Autismo</b>
1. Coeficiente intelectual generalmente por encima de lo normal	1. Coeficiente intelectual generalmente por debajo de lo normal
2. El diagnóstico se realiza normalmente después de los 3 años	2. El diagnóstico se realiza normalmente antes de los 3 años
3. Aparición del lenguaje en tiempo normal	3. Retraso en la aparición del lenguaje
4. Todos son verbales	4. Alrededor del 25 por ciento son no verbales
5. Gramática y vocabulario por encima del promedio	5. Gramática y vocabulario limitados
6. Interés general en las relaciones sociales. Desean tener amigos y se sienten frustrados por sus dificultades sociales.	6. Desinterés general en las relaciones sociales. No desean tener amigos
7. Incidencia de convulsiones igual que el resto de la población	7. Un tercio presenta convulsiones
8. Torpeza general	8. Desarrollo físico normal
9. Intereses obsesivos de 'alto nivel'	9. Ningún interés obsesivo de 'alto nivel'
10. Los padres detectan problemas alrededor de los dos años y medio	10. Los padres detectan problemas alrededor de los 18 meses de edad
11. Las quejas de los padres son los problemas de lenguaje, o en la socialización y la conducta	11. Las quejas de los padres son los retrasos en el lenguaje

### **B) HERRAMIENTAS PARA UNA DETECCIÓN PRECOZ**

Acerca de las dificultades de detención y diagnóstico del SA, se deben distinguir dos niveles de evaluación: el primero en las visitas del niño sano realizadas en el Centro de Salud y el segundo el diagnóstico definitivo.

La valoración del niño sano consistiría en, además de valorar y observar al niño tanto física como conductualmente, recoger información de la familia y del propio paciente (antecedentes personales y/o médicos), dando importancia a los relacionados con trastornos mentales o hermanos con TEA, información de la escuela y su entorno (conexión multidisciplinar), y anotar detalladamente cualquier preocupación de los

padres en cuanto al comportamiento del niño. La entrevista irá enfocada a profundizar aspectos en habilidades sociales y emocionales, comportamientos y relaciones rituales, intereses especiales, desarrollo motor y dificultades motrices, funcionamiento sensorial, discapacidad, etc.

Las señales de alarma, clasificadas por edades para la detección precoz, además de un algoritmo en el que se explique cómo, tras la apreciación de esas señales de alarma en la consulta del niño sano, dependiendo de su edad, podremos valorar mediante escalas (M-CHAT, Test infantil del Síndrome de Asperger, Cuestionario de Screening para Espectro Autista de Alto Funcionamiento o Escala Autónoma para la detección del síndrome de Asperger y el autismo de alto nivel de funcionamiento) su estado, y derivarlo al pediatra o especialista para su valoración posterior.

La detección precoz de estos trastornos comienza, aproximadamente, en el comienzo de la edad escolar, donde sus signos de alarma se hacen más visibles (lo que no quiere decir que los padres puedan observar comportamientos característicos de TEA en edades más tempranas) sobre todo por las relaciones con los niños de su edad y su actitud en clase. Estos signos de alarma pueden ser evidenciados por los centros educativos, los cuales deberán también estar informados sobre estos trastornos para su identificación y derivación a atención primaria o centro de salud mental para valoración. En el caso de que se identifique en el centro escolar, este aconsejarán a los padres que acudan a su centro de salud para una valoración más minuciosa en la cual se realizará lo mencionado anteriormente; se analizará con los padres sus preocupaciones, valoraremos actitudes y signos de alarma del niño y lo corroboraremos con las escalas de valoración.

Una vez que se ha detectado cualquier TEA (apreciación de signos de alarma y test de valoración positivo), consultaremos con el pediatra de Atención Primaria para valorar la derivación al especialista (centro de salud mental infanto-juvenil y/o neuropediatría), el cual valorará y formalizará un diagnóstico definitivo si fuera preciso.

Tras tener ese diagnóstico confirmado, el siguiente paso es la asignación de un tratamiento por el especialista, que deberá ser individual y multimodal, y en el que hay

que tener en cuenta, que no se cura porque no es una enfermedad como tal, pero si se mejoran los síntomas.

**Tabla 3: Compendio de señales de alerta de TEA según periodos de edad.**

Nota: En cualquier edad se pueden presentar los signos establecidos en las etapas previas. Estos factores de forma aislada no indican TEA. Tampoco pueden interpretarse desde el punto de vista evolutivo del TEA, sino como posibles signos que podemos encontrarnos en niños evaluados en las edades referenciadas.

**Antes de los 12 meses**

- poca frecuencia del uso de la mirada dirigida a personas
- no muestra anticipación cuando va a ser cogido
- falta de interés en juegos interactivos simples como el “cucu-tras” o el “toma y daca”
- falta de sonrisa social
- falta de ansiedad ante los extraños sobre los 9 meses

**Después de los 12 meses**

- menor contacto ocular
- no responde a su nombre
- no señala para “pedir algo”
- no muestra objetos
- respuesta inusual ante estímulos auditivos
- falta de interés en juegos interactivos simples como el “cucu-tras” o el “toma y daca”
- no mira hacia donde otros señalan
- ausencia de imitación espontánea
- ausencia de balbuceo social/comunicativo como si conversara con el adulto

**Entre los 18-24 meses**

- no señala con el dedo para “compartir un interés”
- dificultades para seguir la mirada del adulto - no mirar hacia donde otros señalan
- retraso en el desarrollo del lenguaje comprensivo y/o expresivo
- falta de juego funcional con juguetes o presencia de formas repetitivas de juego con objetos
- ausencia de juego simbólico
- falta de interés en otros niños o hermanos
- no suele mostrar objetos
- no responde cuando se le llama
- no imita ni repite gestos o acciones que otros hacen (ej. muecas, aplaudir)
- pocas expresiones para compartir afecto positivo
- antes usaba palabras, pero ahora no (regresión en el lenguaje)

## **A partir de los 36 meses**

### **Comunicación**

- ausencia o retraso en el lenguaje
- uso estereotipado o repetitivo del lenguaje como ecolalia o referirse a sí mismo en 2ª o 3ª persona
- entonación anormal
- pobre respuesta a su nombre
- déficit en la comunicación no verbal (ej. no señalar y dificultad para compartir un “foco de atención” con la mirada)
- fracaso en la sonrisa social para compartir placer y responder a la sonrisa de los otros
- consigue cosas por sí mismo, sin pedir las
- antes usaba palabras, pero ahora no
- ausencia de juegos de representación o imitación social variados y apropiados al nivel de desarrollo

### **Alteraciones sociales**

- imitación limitada (ej. aplaudir) o ausencia de acciones con juguetes o con otros objetos
- no “muestra” objetos a los demás
- falta de interés o acercamientos extraños a los niños de su edad
- escaso reconocimiento o respuesta a la felicidad o tristeza de otras personas
- no se une a otros en juegos de imaginación compartidos
- fracaso a la hora de iniciar juegos simples con otros o participar en juegos sociales sencillos
- preferencia por actividades solitarias
- relaciones extrañas con adultos, desde una excesiva intensidad a una llamativa indiferencia
- escasa utilización social de la mirada

### **Alteraciones de los intereses, actividades y conductas**

- insistencia en rutinas y/o resistencia a los cambios en situaciones poco estructurada
- juegos repetitivos con juguetes (ej. alinear objetos, encender y apagar luces, etc)
- apego inusual a algún juguete u objeto que siempre lleva consigo que interfiere en su vida cotidiana
- hipersensibilidad a los sonidos, al tacto y ciertas texturas
- respuesta inusual al dolor
- respuesta inusual ante estímulos sensoriales (auditivos, olfativos, visuales, táctiles y del gusto)
- patrones posturales extraños como andar de puntillas
- estereotipias o manierismos motores

## **Detección a partir de los 5 años\***

### **Alteraciones de la comunicación**

- desarrollo deficiente del lenguaje, que incluye mutismo, entonación rara o inapropiada, ecolalia, vocabulario inusual para su edad o grupo social

- en los casos en que no hay deficiencias en el desarrollo del lenguaje, existe uso limitado del lenguaje para comunicarse, y tendencia a hablar espontáneamente sólo sobre temas específicos de su interés (lenguaje fluido pero poco adecuado al contexto)

#### **Alteraciones sociales**

- dificultad para unirse al juego de los otros niños o intentos inapropiados de jugar conjuntamente
- limitada habilidad para apreciar las normas culturales (en el vestir, estilo del habla, intereses, etc)
- los estímulos sociales le producen confusión o desagrado
- relación con adultos inapropiada (demasiado intensa o inexistente)
- muestra reacciones extremas ante la invasión de su espacio personal o mental

#### **Limitación de intereses, actividades y conductas**

- ausencia de flexibilidad y juego imaginativo cooperativo, aunque suele crear solo/a ciertos escenarios imaginarios (copiados de los vídeos o dibujos animados)
- dificultad de organización en espacios poco estructurados
- falta de habilidad para desenvolverse en los cambios o situaciones poco estructuradas
- acumula datos sobre ciertos temas de su interés de forma restrictiva y estereotipada

#### **Otros rasgos**

- perfil inusual de habilidades y puntos débiles
- el conocimiento general, la lectura o el vocabulario pueden estar por encima de la edad cronológica
- cualquier historia significativa de pérdida de habilidades
- ciertas áreas de conocimientos pueden estar especialmente desarrolladas, mostrando habilidades sorprendentes en áreas como matemáticas, mecánica, música, pintura, escultura

\* Las señales de alarma a partir de los 5 años de edad están más orientadas a aquellos casos que han podido pasar desapercibidos en evaluaciones anteriores por ser cuadros de TEA con menos afectación como el caso del Asperger.

**Fuente:** <http://guiasalud.es/egpc/autismo.pdf>

## **C) PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA**

La intervención comunitaria puede entenderse como una *serie* de acciones o influencias, planificadas o no planificadas, dirigidas a problemas que se manifiestan dentro de los sistemas y procesos sociales, que inciden en el bienestar psicológico y social de los

individuos y grupos sociales, cuyos objetivos incluyen la resolución de problemas y/o el desarrollo psicosocial, mediante la utilización de estrategias situadas en diferentes niveles <sup>(33)</sup>.

### **CARACTERÍSTICAS BÁSICAS PARA UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL COMUNITARIO** <sup>(33)</sup>

1. Centrarse en colectivos o grupos de personas, no en individuos (Sin excluirse).
2. Perseguir objetivos de potenciación y desarrollo humano (o prevención de la problemática) y no meramente terapéuticos o asistenciales. "No darles pescado, darles la caña".
3. Realizarse en la comunidad o contexto en que se genera la problemática a resolver, no en un entorno institucional separado.
4. Trabajar desde la base (partir de necesidades y recursos del grupo afectado) o a través de mediadores comunitarios: asociaciones de vecinos, AMPAS, parroquias, voluntarios, centros educativos...
5. Usar un modelo conceptual y explicativo supra-individual: ecológico, adaptativo, sistémico, interactivo o transaccional, de acción y cambio social, etc.
6. Maximizar la iniciativa y participación del propio colectivo.
7. Ser integral e integradamente multidisciplinar, no unidimensional y unidisciplinar (especializado).
8. Promover la comunidad e integración social, frente al aislamiento y la disgregación.
9. Usar un estilo interventivo pro-activo y activo (actuar antes y desde las causas), de búsqueda de la demanda, de recursos personales y sociales y basado en relaciones más igualitarias.
10. Planificar y organizar global (y territorialmente) la evaluación y la intervención.

Las **etapas generales** en un programa de intervención comunitaria son:

- Evaluación inicial: recursos y necesidades.
- Diseño /Planificación/ Organización programa interventivo:
  - Objetivos

- Estrategias, componentes, acciones, población
- Obtención de recursos
- Implantación:
  - Entrada
  - Implementación
  - Mantenimiento
- Evaluación de la intervención

## **PREGUNTAS A LAS QUE DEBE RESPONDER UN PROYECTO DE INTERVENCIÓN SOCIAL:**

### **¿Quién desarrolla el programa?**

El programa lo desarrolla profesionales de Atención Primaria pertenecientes al Sacyl, se comenzará como programa piloto en la Zona Básica de Arturo Eyries y los centros educativos asociados a este.

### **¿Qué queremos hacer?**

Se quiere realizar un programa de intervención en la comunidad, mediante sesiones educativas dirigidas a familiares y docentes que sientan interés, de manera voluntaria y a alumnos de los centros docentes pertenecientes a la Zona Básica elegida como piloto.

### **¿Por qué queremos hacerlo?**

Porque una de las competencias de los enfermeros en Atención primaria es la educación de la salud y la intervención sanitaria en la comunidad perteneciente al área donde se ubica el centro de salud.

Por la necesidad de detección precoz de los casos dado el aumento de casos diagnosticados en los últimos años.

Debemos destacar el papel que la enfermera de Atención Primaria puede desempeñar en el diagnóstico precoz de los TEA y Síndrome de Asperger (SA). Para ello, debe conocer cuáles son sus signos de alarma y realizar una valoración minuciosa del niño, haciendo

especial hincapié en la valoración de los patrones funcionales de salud cognitivo perceptivo y el de rol-relaciones.

Para facilitar así el diagnóstico precoz, la integración social y su tratamiento, detección de síntomas inusuales y conseguir el máximo potencial de los niños.

### **¿Para qué queremos hacerlo?**

Las enfermeras que trabajan con niños, en coordinación con otros profesionales (pediatra, educadores, asistentes sociales, psicólogos), son agentes fundamentales en la detección precoz y posterior instauración de la mejor atención integral a los niños/as y a sus familias, proporcionando asesoramiento, orientación y apoyo.

Los TEA son trastornos del desarrollo que afectan cada vez a un mayor porcentaje de la población, el síndrome Asperger es, en muchos casos, difícil de diagnosticar, y cuando se hace y se llega a una comprensión de lo que ocurre, los niños ya han sufrido el rechazo de sus compañeros.

El *objetivo general*, será siempre aumentar los conocimientos sobre el TEA y conseguir una mayor concienciación y aceptación por parte de su entorno.

#### *Objetivos específicos:*

- Los participantes podrán expresar sus dudas e inquietudes en relación con el TEA.
- Tendrán información sobre dónde acudir en caso de sospecha.
- Identificar los signos de alarma en Trastornos del Espectro Autista.

### **¿Hasta dónde queremos llegar?**

Queremos llegar a que la población tenga un conocimiento y sensibilización con los niños que sufren de algún trastorno del espectro autista.

El conocimiento de los signos de alarma por parte del personal educativo, del centro de salud de atención primaria y de sus familiares, hará que la detección sea precoz y eficaz.

### **¿Dónde se va a impartir?**

Las sesiones se realizarían en los propios centros docentes, pertenecientes a la red de influencia del centro de salud.

### **¿Cómo se va a hacer?**

Las sesiones se realizarían a lo largo del año, se impartirían una o dos sesiones para familiares y docentes, dependiendo de la afluencia, se harían conjuntas porque se puede dar una retroalimentación positiva de experiencias, y cuatro para alumnos, repartiendo las sesiones de la siguiente manera:

- Alumnos de 5º y 6º de primaria.
- Alumnos de 1º, 2º de la ESO.
- Alumnos de 3º y 4º de la ESO.
- Alumnos de Bachillerato.

El límite está en niños de 5º de primaria, porque es cuando se hace más evidente la necesidad de una integración social y de pertenencia a un grupo.

Antes de iniciar las sesiones se puede entregar un tríptico, a modo informativo, de los puntos a tratar en las sesiones, ejemplo de tríptico (ANEXO 5).

Las sesiones educativas estarán adaptadas y estarán estructuradas así:

- El enfermero se presentará, realizará un resumen de los contenidos que se van a trabajar en la sesión y los objetivos esperados. Se aclararán dudas, inquietudes, miedos, y qué se espera de la sesión educativa.
- Se desarrollará el tema del Trastorno del Espectro Autista de manera teórica, mediante una presentación de power point, videos...para que resulte más visual (ANEXOS 1-4). Se abordará el autismo con un lenguaje claro y comprensible por todos los asistentes, incidiendo en aspectos como la definición teórica, síntomas principales, posibles tratamientos, falsos mitos, etc.

Los asistentes tendrán la posibilidad durante toda la explicación de expresar sus dudas.

Después se dejará un tiempo para preguntas y reflexiones sobre el tema.

- Se facilitarán herramientas (videos, fichas, cuentos...) para trabajar las emociones con niños con SA.
- Se proporcionarán los enlaces y teléfonos de interés.
- Se entregará al finalizar una encuesta de satisfacción (ANEXO 6), que servirá para analizar resultados y mejorar.

Las sesiones para los familiares y docentes, tendrán una duración de dos horas, mientras que la de los alumnos no superará los 45 minutos, puesto que es más difícil mantener su atención durante más tiempo.

La evaluación se realizará, tras la finalización de las sesiones, mediante una encuesta individualizada (ANEXO 6), donde los participantes podrán escribir sus observaciones. Las encuestas serán anónimas.

### **¿Cuándo se va a desarrollar?**

A lo largo del curso escolar, coordinando con el centro docente fechas y horarios.

### **¿Quiénes lo van a hacer?**

Enfermeros de Atención Primaria, con el apoyo del Psicólogo y el Pediatra.

Las funciones serían:

- Organizar y llevar a cabo las sesiones educativas.
- Realizar la documentación a exponer en las sesiones educativas.
- Recogida y valoración de las encuestas de satisfacción.
- Valorar los recursos disponibles en relación con las necesidades.
- Comprobar si se han alcanzado los objetivos marcados.
- Coordinación con el equipo.

# CONCLUSIONES

---

Todos los niños necesitan orientación y apoyo por parte de su contexto familiar, escolar, sanitario... para desarrollarse adecuadamente en el entorno en el que tendrán que manejarse a lo largo de sus vidas. Las singularidades de cada niño, determinadas por sus características personales y ambientales, señalarán la medida y el grado de ayuda.

Los niños con TEA requieren que los adultos que regulan su ambiente conozcan y lleven a cabo las respuestas adecuadas para optimizar su evolución.

En nuestra sociedad hay muchos tipos de personas que van acompañadas de múltiples personalidades que les caracterizan. Las personas que tienen síndrome de Asperger no son raras, ni obsesivas, ni tienen una enfermedad que las hace intratables socialmente.

Es importante el diagnóstico precoz de estos trastornos. La detección temprana, supondría un comienzo del tratamiento, tanto de una atención psicológica al niño, como al entorno, y farmacológica, si fuese necesario, favoreciendo, además, la adecuación del entorno que le rodea. Si el entorno familiar, social y escolar comprende las dificultades del niño, le podrán ayudar de un modo más efectivo, utilizando frases más simples, explicándoles el significado de los chistes que no llegan a entender, ayudándolos a organizarse y a crear un hábito de estudio, apoyando los mensajes verbales con elementos visuales, protegiéndoles de las burlas y agresiones de los compañeros, entrenándoles en habilidades sociales.

De esta forma se consigue que estos niños se sientan menos aislados, más comprendidos e integrados y disminuyen gran parte de los síntomas de ansiedad.

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Baron- Cohen, S (2010). Autismo y Síndrome de Asperger. Madrid. Alianza
2. Baez, S., Rattazzi, A., Gonzalez-Gadea, M., Torralva, T., Silvana, N., Decety, J., Manes, F. e Ibañez, A. (2012). Integrating intención and context: assseing social cognition in adults with Asperger syndrome. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6,doi: 10.3389/fnhum.2012.00302
3. Cabarcos Podico, J.L (2004). Trastornos Generalizados del Desarrollo. <http://www.hggm.es/ua/archivos/pdf/TGD.HGM.pdf>
4. Cererols, R (2010). Descubrir el Asperger. [http:// www.pairal.net/](http://www.pairal.net/) . Psylicam Ediciones.
5. Charman, T., & Stone, W. (2006). Social and Communication Development in Autism Spectrum Disorders Early Identification, Diagnosis, and Intervetion.
6. CIE-10, 1992, (clasificación internacional de enfermedades, decima versión, publicado por la organización mundial de la salud, OMS).
7. Corden, B., Chilvers, R. y Skuse, D. (2008). Avoidance of emotionally arousing stimuli predicts social-perceptual impairment in Asperger´s syndrome. *Neuropsychologia*, 46, 137147.
8. Cornella i Canals. (2011). Síndrome de Asperger. *Anales de Pediatría Continuada* ,9(5), 296303.
9. DSM-IV, 2000, (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, American Psychiatric Association, o APA).
10. El asperger (2013) “Prevalencia del SA”  
[www.elasperger.org/prevalencia-del-sindrome-de-asperger/](http://www.elasperger.org/prevalencia-del-sindrome-de-asperger/)
11. Ekman, P y Oster, H (1979). Emociones faciales de la emoción. *Annual Review of Psychology*, 30, 527-554, 1979.
12. Filipek, P. A. y otros. 1999. El Diagnóstico y la Detección Precoz de los Trastornos del Espectro Autista. [www.autismo.com](http://www.autismo.com)
13. Gallego Matellán, Mª (2012). Guía para la integración del alumnado con TEA en Educación Primaria. Salamanca. Instituto universitario de integración en la comunidad, INICO.  
[http://www.fenacerci.pt/web/publicacoes/outras/Guia\\_integracion\\_alumnadoTEA\\_GALLEGO2012-1.pdf](http://www.fenacerci.pt/web/publicacoes/outras/Guia_integracion_alumnadoTEA_GALLEGO2012-1.pdf)
14. García Vargas, E y Jarreto Lloves, R (2005). Síndrome de Asperger: Un enfoque multidisciplinar. Actas 1ª jornada científico-sanitaria sobre el Síndrome de Asperger. Edita Asociación Asperger Andalucía, Junta de Andalucía, Consejería de Educación. Enrique García Vargas.
15. Gillberg, C. I.; Gillberg, C.: ehlers1999sqa Syndrome-Some Epidemiological Considerations: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1989; 30(4):631–638 “Criterios de Gillberg para el diagnóstico del Síndrome de Asperger”.

- <http://espectroautista.info/criteriosdiagn%C3%B3sticos/gillberg>
16. Goleman, D (1997). Inteligencia Emocional.
  17. Guía para la Atención de niños con trastornos del espectro Autista en Atención Primaria. Gerencia de Salud. Junta de Castilla y León. 2006
  18. Guía infantil. Diferencias entre autismo y Asperger.  
<http://www.guiainfantil.com/salud/Asperger/diferencias.html>
  19. Iglesia Dávalos, M. Á. (2013). “Diferencia entre Autismo y Asperger”  
[http://www.youtube.com/watch?v=v7g\\_x54QWcQ](http://www.youtube.com/watch?v=v7g_x54QWcQ)
  20. Infotea (mayo 2011). “Dimensiones del Espectro, según Lorna Wing y Ángel Riviére”.  
<http://infotea.blogspot.com.es/2010/10/dimensiones-alteradas-segun-lorna-wing.html>
  21. Instituto nacional de Salud Mental. Guía para padres sobre el Trastorno del espectro Autista  
<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol>
  22. Instituto de Salud Carlos III (Internet). <http://ier.isciii.es/autismo/>
  23. Marta Lozano sabroso. Coordinadora General del Plan Comunitario de Carabanchel Alto (Madrid). Cómo elaborar un programa de intervención comunitaria.  
[http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/5/noticias\\_recursos\\_como\\_elaborar.pdf](http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/5/noticias_recursos_como_elaborar.pdf)
  24. Martín Borreguero, P (2013). Nuevo concepto de Autismo, DSMV. Implicaciones para la práctica clínica y la investigación. Madrid.
  25. Martos, J. Ayuda, R y otros. (2012). El Síndrome de Asperger. Evaluación y tratamiento. Síntesis. Madrid
  26. Metodo TEACCH  
<http://www.adaptacionescurriculares.com/Autismo%2012%20metodoTEACCH.pdf>
  27. Moran, J., Young, L., Saxe, R., Lee, S., O’Young, D., Mavros, P. y Gabrieli. J. (2011). Impaired theory of mind for moral judgment in high-functioning autism. Proceedings of the National Academy of Sciences, 108(7), 1-5. doi/10.1073/pnas.1011734108
  28. News Medical. Historia del Autismo. 2013. [http://www.newsmedical.net/health/Autism-History-\(Spanish\).aspx](http://www.newsmedical.net/health/Autism-History-(Spanish).aspx)
  29. Pinchel Andrés J. dicyt. 2010.  
<http://www.dicyt.com/noticias/salamanca-y-zamora-participan-en-un-estudio-sobre-deteccionprecoz-del-autismo>.
  30. PsicoActiva (s.f). “Síndrome de Asperger”. <http://www.psicoactiva.com/infantil/asperger.htm>
  31. Trastornos del espectro autista, guía para su detección precoz. Junta de Andalucía.
  32. Torrens, E.R. (2002). La escuela de padres como respuesta a las necesidades de las familias con hijos con autismo. XI CONGRESO NACIONAL DE AUTISMO, Santander.
  33. Sánchez Vidal, A. (1993): Programas de prevención e intervención comunitaria. Barcelona,

PPU.

34. Sacyl <http://intranet.hurh.sacyl.es/web/plantillas/proyecto-mejorando-juntos>
35. Sacyl <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones/cartera-servicios-atencion-primaria>
36. Senju, A., Southgate, V., White, S. y Frith, U. (2009). Mindblind eyes: an absence of spontaneous Theory of Mind in Asperger Syndrome. *Science*, 325, 883-885. doi: 10.1126/science.1176170
37. Sintés, A., Arranz, B., Ramírez, N., Rueda, I. y San, L. (2011). Síndrome de Asperger ¿Un trastorno del desarrollo diagnosticable en la edad adulta?. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(3), 196-200.
38. Soler, J. Conangla, M (2004). *La ecología Emocional. El arte de Transformar positivamente las emociones.*
39. Woods, A.G., Mahdavi, E. & Ryan, J. (2013). Treating clients with Asperger's syndrome and autism. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(32). doi:10.1186/1753-20007-32
40. Zardian, P y Trelles, G (2009). *El Síndrome de Asperger.*

#### ASOCIACIONES CONSULTADAS

- Asociación Asperger Andalucía: <http://aaa.portalsolidario.net/>
- Asociación Asperger Cádiz: <http://aspergercadiz.blogspot.com.es/>
- Asociación Asperger Madrid: <http://www.aspergermadrid.org>
- Asociación de padres con autismo: <http://www.apna.es>
- Autismo Valladolid: [www.autismovalladolid.com](http://www.autismovalladolid.com)
- Confederación Autismo España (Internet): <http://www.autismo.org.es/>
- Federación Asperger España: [www.asperger.es](http://www.asperger.es)
- Federación Autismo Castilla y León (Internet): <http://www.autismocastillayleon.com>

# ANEXO 1:

Video para la comprensión de las emociones mediante los dibujos animados.

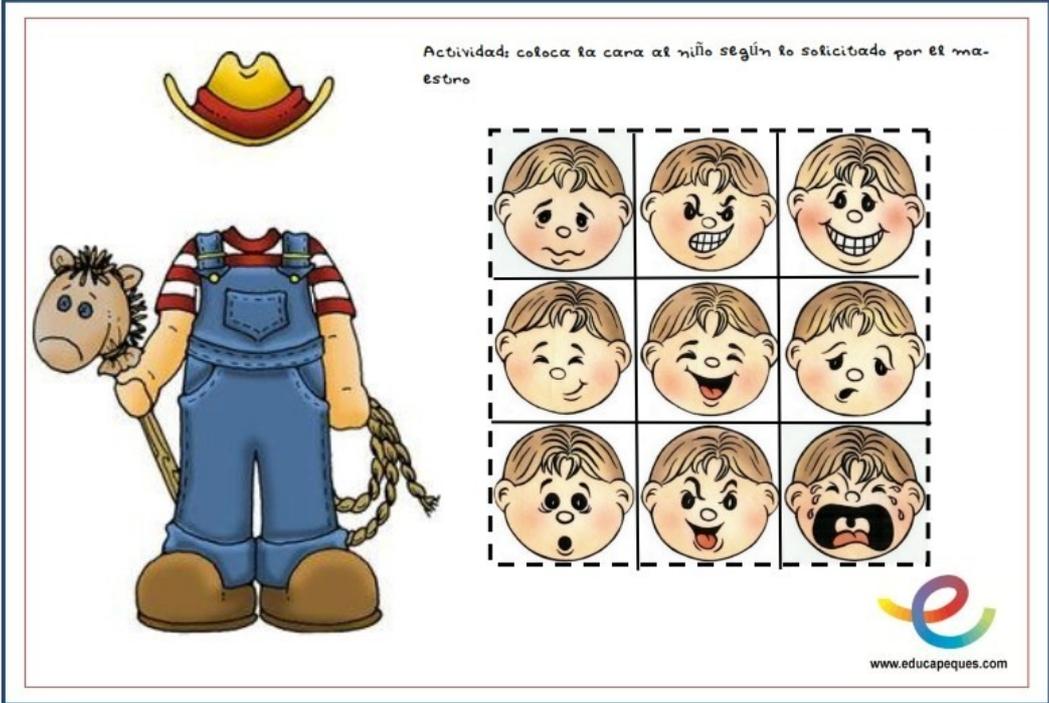
“LAS EMOCIONES EN SITUACIONES”

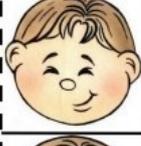
<http://www.youtube.com/watch?v=vsFERoAz448>

## ANEXO 2:

Ficha para el reconocimiento de emociones y sus características faciales.

Actividad: coloca la cara al niño según lo solicitado por el maestro.



  
www.educapeques.com

## ANEXO 3:

Enlace para descargar el libro, “El imaginario de los sentimientos de Félix”

<http://www.autismonavarra.com/wpcontent/uploads/2012/03/El-Imaginario-De-Los-Sentimientos-DeFelix.pdf>

Preguntas que deben contestar los alumnos después de la lectura del cuento:

1. ¿Qué le hace estar alegre/enfadado a Félix?
2. ¿Qué hace Félix cuando está contento/enfadado?
3. ¿Qué te hace a ti estar alegre/enfadado?
4. ¿Qué haces cuando estás alegre/enfadado?
5. ¿Qué haces tú o cómo expresar que estas enfadado/alegre?

Las preguntas se contestan individualmente y después se ponen en común.

# ANEXO 4



## GUÍA PARA DETECTAR EL AUTISMO

  
SE RÍEN SIN MOTIVO APARENTE

  
LES CUESTA MANTENER EL CONTACTO VISUAL

  
PUEDE NO TENER LENGUAJE ORAL, QUE NO INTENTA COMPENSAR CON GESTOS O MÍMICA, O TENER UN LENGUAJE CON ALTERACIONES

  
NO ATIENDEN CUANDO SE LES LLAMA POR SU NOMBRE, POR LO QUE A VECES SE SOSPECHA QUE SEAN SORDOS

  
SE ENTRETienen CON JUEGOS REPETITIVOS, COMO ALINEAR OBJETOS O GIRARLOS

  
PUEDEN PRESENTAR UN APEGO INUSUAL A ALGUNOS OBJETOS

  
ALGUNOS SON HIPERACTIVOS O HIPOACTIVOS

  
SE RESISTEN A LOS CAMBIOS

  
TIENEN RABIETAS DIFÍCILES DE CONTROLAR

  
NO TIENEN MIEDO AL PELIGRO

  
NO MUESTRAN INTERÉS POR RELACIONARSE CON OTROS NIÑOS

Fuente: <https://autismodiario.org/wpcontent/uploads/2013/09/guiadeteccionautismo1.jpg>

# ANEXO 5

Ejemplo de Tríptico de las sesiones

**\*\*\*Intervención:**

- ▼ **METODOLOGÍAS ESPECÍFICAS PARA INTERVENCIÓN DE NIÑOS DEL ESPECTRO AUTISTA:** MÉTODO TEACCH, SISTEMAS DE COMUNICACIÓN.
- ▼ **GRUPOS DE HABILIDADES SOCIALES.**
- ▼ **TALLERES DE JUEGO:** INDIVIDUAL Y GRUPAL, SIMBOLISMO.
- ▼ **COMUNICACIÓN Y LENGUAJE.**

**\*\*\*Valoración de niños**

EDADES: EDUCACIÓN INFANTIL, PRIMARIA Y SECUNDARIA.

LAS INTERVENCIÓNES SE REALIZARÁN DE MODO INDIVIDUALIZADO Y/O EN PEQUEÑOS GRUPOS.

**\*\*\*Familias**

**TALLERES DE FAMILIAS:**  
(REUNIONES INDIVIDUALES Y GRUPALES)  
ASESORAMIENTO Y FORMACIÓN, PRETENDE SER UN ESPACIO DE COMUNICACIÓN ENTRE LAS FAMILIAS Y PROFESIONALES: ESCUELA DE HERMANOS.

**FORMACIÓN SOBRE:**  
CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO, METODOLOGÍAS DE TRABAJO, PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO SOCIAL, JUEGO, ETC.

**\*\*\*Formación**

FORMACIÓN A FAMILIAS.  
FORMACIÓN A PROFESIONALES.  
ASESORAMIENTO EN RECURSOS Y OCIO.

arabatea, garabatea, garabatea, garabatea, garabatea, garabatea, garabatea, garabatea, garabatea, garabatea

Fuente: Centro educativo Garabatea. Madrid.

