



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

“EL AUTISMO Y SUS CARÁCTERÍSTICAS”

| |
|--|
| AUTORIA INMACULADA REDONDO RANCHAL |
| TEMÁTICA EL AUTISMO |
| ETAPA EI, EP, ESO. |

Resumen

La actual presencia de niños con N.E.E en nuestros centros (ordinarios), nos lleva a tener en cuenta inevitablemente ciertos aspectos, que condicionan la vida en nuestras escuelas, pero que son necesarios para la “buena integración” de dicho alumnado. A cambio recibimos, la riqueza que ellos mismos nos aportan, y con la que contribuyen a desarrollar un mejor proceso de socialización para ambas partes (autistas y resto de alumnado).

Palabras clave

- Trastornos graves del desarrollo.
- Autismo.
- Síndrome de Asperger.
- Síndrome de Rett.

1. INTRODUCCIÓN.

El término “*autismo*” de origen griego fue utilizado por primera vez en 1911 por Bleuler, refiriéndose a un trastorno del pensamiento de algunos pacientes esquizofrénicos.

1.1 El autismo como síntoma.

Para Bleuler, el “*síntoma autista*” consiste en una separación de la realidad externa, relacionada con una exacerbación patológica de la vida interior. Además de la definición del “*síntoma autista*” desarrolla el concepto de “*pensamiento autista*” que, según él, tiene su origen en la fragmentación esquizofrénica de la mente. Según Bleuler este tipo de pensamiento se caracteriza por estar dirigido por las necesidades afectivas del sujeto y por su contenido fundamentalmente simbólico, analógico, fragmentado y de asociaciones accidentales. La realidad objetiva es substituida normalmente por alucinaciones y el paciente percibe su mundo “fantasioso” como real y la realidad como una ilusión.

1.2 El autismo como síndrome.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

Hace más de 50 años el doctor Leo Kanner escribió la primera ponencia aplicando el término autismo a un grupo de niños ensimismados y con severos problemas de relación social, de comunicación y de comportamiento.

Los rasgos definitorios de dichos niños, aunque cada uno tiene una personalidad única, y la expresión de la enfermedad es diferente en cada caso, afirma que se caracterizan por la falta de relaciones sociales, parecen aislados e indiferentes al entorno que les rodea, se caracterizan por la falta de relaciones sociales, expresan pocas emociones y no suelen establecer lazos afectivos con los demás.

“Desde 1938, ha llamado nuestra atención un número de niños cuyas características difieren, de forma tan marcada y única, de todo lo descrito hasta ahora que cada caso merece –y espero que alguna vez lo reciban- una consideración detallada de sus peculiaridades fascinantes”. Así empezaba el primer artículo del psiquiatra estadounidense Leo Kanner (1943) en el que se exponía la descripción inicial del síndrome autista.

En este escrito se describían once casos (ocho niños y tres niñas) los cuales presentaban la *“incapacidad para relacionarse normalmente, desde un principio, con personas y situaciones”*. También mostraban alteraciones en la comunicación y el lenguaje, algunos desarrollaron lenguaje hablado, pero sin carácter comunicativo en ningún caso y caracterizado por su carácter memorístico y repetitivo (la ecolalia). Otro de los síntomas era *“un deseo ansioso y obsesivo de mantener la invariabilidad”*. La desesperación que puede provocar en el niño cualquier cambio de rutina, secuencia de acciones, situación del mobiliario u objeto roto o incompleto. Kanner comentaba hasta qué punto se reduce drásticamente la gama de actividades espontáneas en el autismo y cómo la conducta del niño está gobernada por un deseo ansiosamente obsesivo por mantener la igualdad, que nadie excepto el propio niño, puede romper en raras ocasiones.

2. DEFINICIONES.

Etimológicamente, el término autismo proviene de la palabra griega eafismos, cuyo significado es “encerrado en uno mismo”. Actualmente podemos encontrar una amplia gama de definiciones para explicar el significado de dicho término. Algunas de las cuales pasamos a mencionar a continuación.

La Sociedad de Autismo de América propone la siguiente definición: *“El autismo es una discapacidad severa y crónica del desarrollo, que aparece normalmente durante los tres primeros años de vida. Ocurre aproximadamente en 15 de cada 10.000 nacimientos y es cuatro veces más común en niños que en niñas. Se encuentra en todo tipo de razas, etnias y clases sociales en todo el mundo. No se conoce ningún factor en el entorno psicológico del niño como causa directa de Autismo”*.

Otra de las definiciones que hemos encontrado lo describe como *“Un desorden del desarrollo del cerebro que comienza en los niños antes de los tres años de edad y que deteriora su comunicación e interacción social causando un comportamiento restringido y repetitivo. Puede clasificarse de diversas formas, como un desorden en el desarrollo neurológico o un desorden en el aparato psíquico”*. (es.wikipedia.org).



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

Y por último mostraremos la siguiente definición: *“El autismo no es una enfermedad. El autismo es un trastorno penetrante del desarrollo que afecta cómo un niño se desenvuelve en varias áreas, incluyendo el habla, las destrezas sociales y el comportamiento. Dado que la severidad de los síntomas varía ampliamente, los niños que tienen problemas en estas áreas se dice que tienen un trastorno de espectro autista...”* (www.manitasporautismo.com).

Así pues, podemos aunar criterios, formando de esta manera nuestra propia definición según las características comunes encontradas en las anteriores. Afirmando, de este modo que *“El autismo consiste en un desarreglo que se produce en el desarrollo. El cual aparece durante los tres primeros años de vida, afectando varias áreas (comunicación, relaciones sociales y comportamientos). Se trata de una enfermedad pan-étnica, por lo que puede darse en todo tipo de individuos, independientemente de la raza o etnia a la que pertenezcan”*.

3. CARACTERÍSTICAS DEL AUTISMO.

Se considera que las características fundamentales del autismo son: un desarrollo de la interacción social y de la comunicación claramente anormales o deficitarios, y un repertorio muy restringido de actividades e intereses.

Pasamos a continuación a hacer alusión a las características primarias, o que imperan en dicho trastorno.

Existe una alteración importante relacionada con las conductas no verbales, como pueden ser el contacto ocular, la expresión facial, las posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social. Todo ello viene acompañado de la inhabilidad para establecer relaciones con sus propios compañeros, siendo incapaz de compartir con sus iguales actividades o juegos. No siendo consciente de las emociones de las personas que le rodean.

En cuanto a la comunicación existe un retraso o ausencia del lenguaje oral, no estando capacitado para suplir dicho déficit a través del lenguaje gestual. Aunque algunos poseen un habla adecuada, tienen graves problemas a la hora de mantener una conversación. Hacen uso de un lenguaje repetitivo.

En lo referente a sus comportamientos, presentan preocupación por patrones estereotipados y que resultan anormales. Junto con la deferencia por mantenerse inflexible ante cambios que perturben sus rutinas. No llevan a cabo una actividad lúdica espontánea o en la que imiten los roles sociales propios del nivel de su desarrollo. Y normalmente, efectúan movimientos repetitivos como el aleteo de los brazos o manos. Y muestran una especial preocupación por partes de los objetos.

También manifiestan cierto retraso antes de los 3 años de vida, en cuanto a la interacción social, al lenguaje o en el juego simbólico. La deficiencia mental afecta a un 75% aproximadamente de todas las personas que sufren dicho trastorno. Normalmente, su C.I medio se encuentra alrededor de 50 puntos.

Además de la deficiencia mental, existen otros síntomas secundarios del autismo como pueden ser: la hiperactividad durante la infancia, frente a la hipoactividad a partir de la adolescencia, humor lábil, baja



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

tolerancia a la frustración, crisis epilépticas, trastornos del sueño y de la alimentación, crisis de agitación, etc.

Los síntomas, causados por trastornos cerebrales, pueden dar lugar: a la aparición de perturbaciones en la presencia de las habilidades físicas, sociales y de lenguaje; a una respuesta anormal a sensaciones y a que el habla no aparezca o se retrase aunque existan capacidades intelectuales evidentes; y también a una relación anormal con personas, objetos o acontecimientos.

El Autismo aparece aislado o en conjunción con otros trastornos que afectan a la función cerebral, tales como infecciones virales, perturbaciones metabólicas y epilepsia. La forma severa del síndrome de Autismo puede incluir comportamientos extremadamente autoagresivos, repetitivos y anormalmente agresivos. Se ha comprobado que el tratamiento más eficaz consiste en aplicar programas educativos especiales con métodos de modificación de conducta.

4. CLASIFICACIÓN DEL AUTISMO.

El autismo está incluido dentro de la categoría de Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) y se le denomina Trastorno Autista.

Según el DSM-IV (APA, 1994) los TGD se caracterizan por *“una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Las alteraciones cualitativas que definen estos trastornos son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto”*..

Aparte del autismo o Trastorno Autista, los TGD incluyen los siguientes trastornos:

- Síndrome de Rett.
- Trastorno Desintegrativo de la Infancia.
- Síndrome de Asperger.
- Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado.

A continuación nos centraremos en la descripción del “síndrome de Rett” y el “síndrome de Asperger”.

4.1 Síndrome de Rett.

Según el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano:

“El Síndrome de Rett es una de las muchas condiciones clasificadas como un trastorno del espectro autista, lo que significa que no es autismo pero que tiene características parecidas al autismo. Este trastorno provoca en las niñas síntomas similares al autismo, como habilidades reducidas del lenguaje, mociones repetitivas de las manos, y disminución en el contacto social. Los síntomas suelen comenzar entre las edades de seis meses y 18 meses, después de un desarrollo aparentemente normal”.

Ante las preguntas sobre la causa del Síndrome de Rett, puede decirse que se debe al cambio en la secuencia de un sólo gen. El Síndrome de Rett es un trastorno neurológico, y afecta por tanto al



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

cerebro y en consecuencia tiene que ver con aspectos relacionados con la neurobiología y el estudio genético humano.

Fue descubierto en 1966 por el doctor Andreas Rett de Viena, Austria, en una publicación médica alemana. A causa de la relativamente pequeña circulación de este artículo, la mayoría de los médicos no tuvieron conocimiento de la enfermedad. A finales de 1983 el Dr. Bengt Hagberg de Suecia junto con otros colegas de Francia y Portugal publicaron en inglés, en una revista de gran difusión, una revisión del síndrome de Rett que comprendía 35 casos.

Después de todo lo citado anteriormente, podemos decir que el síndrome de Rett consiste en: *“un trastorno, descrito hasta ahora mayoritariamente en niñas, cuya causa es desconocida pero que se ha diferenciado por sus características de comienzo, curso y sintomatología. El desarrollo temprano es aparentemente normal o casi normal pero se sigue de una pérdida parcial o completa de capacidades manuales adquiridas y del habla, junto con retraso en el crecimiento de la cabeza y que aparece generalmente entre los 7 meses y los dos años de edad. Las características principales son: pérdida de los movimientos intencionales de las manos, estereotipias consistentes en retorcerse las manos e hiperventilación. El desarrollo social y lúdico se detiene en el segundo o tercer año, pero el interés social suele mantenerse. Durante la infancia suele desarrollarse ataxia y apraxia de tronco, que se acompañan de escoliosis o cifoescoliosis y algunas veces de movimiento coreoatetósicos. La consecuencia invariable es la de una grave invalidez mental. Es frecuente que durante la infancia aparezcan crisis epilépticas”.* (Asociación “El Camino” de Bolivia).

Según esta definición, el síndrome de Rett es un trastorno del desarrollo que empieza en la primera infancia, afecta principalmente a niñas, aunque también existen varones afectados. Las niñas con Síndrome de Rett nacen aparentemente sanas y se desarrollan con normalidad (o casi con normalidad) hasta los 6-18 meses de vida. Después siguen varios estadios:

-Estadio I (6-18 meses): Comienza un desinterés por las actividades de juego. Aparece la hipotonía y un enlentecimiento del desarrollo psicomotor y del crecimiento cefálico.

-Estadio II (1-3 años): Se trata de una etapa de regresión rápida, que conlleva el deterioro del comportamiento, con pérdida de la utilización voluntaria de las manos, y la aparición de estereotipias. Suelen tener crisis convulsivas, manifestaciones autistas y pérdida del lenguaje. Su comportamiento es autoestimulante. Padecen insomnio e inhabilidad motriz.

-Estadio III (2-10 años): Las disfunciones respiratorias (hiperventilación) suelen estar presentes. Así como también el bruxismo (rechinar de dientes) y la aerofagia. Nos encontramos ante una etapa de estabilización aparente, pero con un retraso mental severo y regresión de los rasgos autistas; junto con una mejoría del contacto. Siguen latentes las crisis convulsivas. Surgen estereotipias manuales características, como el lavado de manos, también la espasticidad, la ataxia y apraxia.

-Estadio IV (+ 10 años): Sufren atrofia muscular y escoliosis (curvatura de la columna), junto con la pérdida de capacidad motora que eso conlleva. El síndrome piramidal y extrapiramidal se encuentran



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

muy marcados. Se produce un retardo en el crecimiento con ausencia de lenguaje. En esta etapa mejora el contacto visual y las crisis convulsivas son menos severas.

El Síndrome de Rett es una enfermedad pan-étnica, es decir, afecta a gente de todo el mundo, y de todas las razas. La enfermedad afecta a 1 de cada 22.800 niñas de edad comprendida entre los 2 y los 18 años como determinó el registro del Síndrome de Rett de Texas.

4.1.1 Criterios de Diagnóstico.

Los médicos utilizan las siguientes “Directrices sobre Criterios de Diagnóstico” como un instrumento útil para establecer su dictamen. Todos los criterios siguientes son necesarios para diagnosticar el SR:

-Un periodo de desarrollo aparentemente normal hasta los 6-18 meses.

-Un perímetro cefálico normal al nacer seguido de una disminución del ritmo de crecimiento de la cabeza con la edad (de 3 meses a 4 años).

-Un lenguaje expresivo seriamente deteriorado y una pérdida de las habilidades manuales propositivas que se suman para dificultar la valoración de la inteligencia y del lenguaje receptivo.

-Movimientos repetitivos de las manos, incluyendo uno o más de los siguientes: lavado, retorcimiento, golpeteo, palmadas, movimientos mano-boca y de manipulación de los dedos. Movimientos que pueden llegar a ser casi constantes mientras están despiertas.

-Oscilaciones del torso, que pueden afectar también a los miembros, particularmente, cuando está alterada.

-Si es capaz de andar, será de forma inestable, con los pies separados, y con las piernas rígidas y de puntillas.

4.1.2. Características de la enfermedad:

1. Retraso en el desarrollo y conductas estereotipadas: A partir de los 18 meses es cuando la regresión comienza a ser evidente. Aparece la hipotonía y el gateado anormal (en salto de conejo, o gateado de combate).

2. Retardo en el crecimiento. La desaceleración del crecimiento de la cabeza es un criterio principal de Síndrome de Rett. Ésta suele comenzar entre los 4 y 6 meses y llega al segundo percentil para los 2-5 años.

3. Retraso en la marcha y Anormalidades Ortopédicas. El retardo en la aparición de la marcha es muy común. La mayoría de las niñas caminan con piernas espásticas y amplia base para la marcha. Los niños más jóvenes podrían tener dificultades en sentarse sin apoyo.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

4. Convulsiones. Las convulsiones son un problema en este tipo de pacientes, con una aparición media a los 4 años de edad. Pueden ocurrir varios tipos de convulsiones: gran mal, focal o generalizadas, mioclónicas o atónicas.

5. Hiperventilación. Una característica frecuente, pero no constante del Síndrome de Rett, es la anomalía respiratoria descrita como la alternancia de hiperventilaciones con períodos de apnea que sólo ocurren en el período de vigilia. Dichas anomalías se desarrollan después de los 2 años y se hacen menos prominentes en los años posteriores.

6. Escoliosis. La escoliosis neuromuscular es una deformidad progresiva de la columna asociada a trastornos neuromusculares, la progresión suele ser continua una vez que comienza la escoliosis.

7. Estreñimiento. La aparición temprana de estreñimiento es muy común entre los pacientes con Síndrome de Rett, incluyendo las pacientes que caminan.

8. Osteopenia y Osteoporosis. Las niñas con Síndrome de Rett se encuentran en riesgo para osteoporosis y fracturas. La osteopenia parece estar determinada por otros factores diferentes a la dieta.

4.1.3. Métodos para mejorar su calidad de vida.

Los métodos existentes a los que se pueden recurrir para un mejor tratamiento de estos niños son:

-Tratamiento Farmacológico. El uso de medicamentos está indicado para tratar a dichos sujetos.

-Tratamiento Fisioterapéutico. Éste constituye uno de los tratamientos primordiales para el Síndrome de Rett. Los objetivos consisten en: mantener y maximizar la función motora, prevenir deformidades, disminuir el malestar y la irratibilidad, mejorar el curso de la enfermedad.

-Tratamiento Alimenticio. Para evitar la desnutrición, el aumento de peso y los disturbios del crecimiento.

- Tratamiento de Terapia Ocupacional. Con la finalidad de promover y mejorar el uso de las manos.

- Tratamiento Ortopédico. El objetivo principal es frenar o reducir la escoliosis.

-Tratamiento Psicopedagógico. Persigue el mejoramiento de las capacidades cognitivas.

-Tratamiento con Musicoterapia. Se trata de un modo alternativo de contacto.

-Tratamiento con Hidroterapia y Caballos. Pretende mejorar el balance, la relajación y se convierte en una actividad en la que disfrutan.

4.1.4 Diferencias entre “ Autismo” y “Síndrome de Rett”.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

El autismo afecta con mucha más frecuencia a los niños, mientras que el síndrome de Rett se manifiesta principalmente en las niñas. Hay síntomas que se observan en el síndrome de Rett pero no en el autismo, como una deceleración en la tasa de crecimiento de la cabeza, y una pérdida de las habilidades propositivas y de la movilidad de las manos, si bien “el aleteo de las manos” se considera a menudo en el autismo como una estimulación visual, la gama más amplia de estereotipias compulsivas sin sentido de las manos, comunes en el síndrome de Rett, no se dan en el autismo. La niña con SR casi siempre prefiere a las personas, frente a los objetos, al contrario que en el autismo. A diferencia del autismo la niña con SR disfruta con el afecto. Aunque las pacientes del SR tienen frecuentemente tendencias autísticas a edades tempranas, estos rasgos disminuyen o desaparecen con el tiempo.

4.2. Síndrome de Asperger.

Tras la descripción inicial del “*síndrome autista*”, nos encontramos con el trabajo de Hans Asperger que, sólo un año después del artículo de Kanner, publicó su famoso trabajo (1944) en el que se mostraban una serie de casos que compartían los rasgos patognomónicos del síndrome de Kanner, aunque los niveles cognitivos globales eran significativamente superiores. Posteriormente, la alteración que Asperger denominó Psicopatía Autística pasó a conocerse con el nombre de “*Síndrome de Asperger*” y sirve para denominar a los autismos de “nivel alto”. Con lo que aún no hay acuerdo, es con el hecho de si el síndrome de Asperger es un síndrome independiente o simplemente un subgrupo del autismo.

En su artículo, Asperger afirma que el trastorno fundamental del síndrome lo constituyen las limitaciones de sus relaciones sociales, debido a la dificultad de estos sujetos para expresar y comprender sentimientos. Afirma que para entender su personalidad es necesario tener en cuenta la profunda oposición existente entre sus niveles de inteligencia y afectividad. En el aspecto etiológico, Asperger se inclina por factores genéticos y, a diferencia de Kanner, no menciona ninguna variable psicógena.

“Se trata de un trastorno de validez nosológica dudosa, caracterizado por el mismo tipo de déficit cualitativo de la interacción social propio del autismo, además de por la presencia de un repertorio restringido, estereotipado y repetitivo de actividades e intereses. Difiere sin embargo del autismo en que no hay déficits o retrasos del lenguaje o del desarrollo cognoscitivo. La mayoría de los afectados son de inteligencia normal, pero suelen ser marcadamente torpes desde el punto de vista motor. El trastorno se presenta con preferencia en varones (en proporción aproximada de 8 a 1). Parece muy probable que al menos algunos casos sean formas leves de autismo, pero no hay certeza de que esto sea así en todos los casos. La tendencia es a que las anomalías persistan en la adolescencia y en la vida adulta, de tal manera que parecen rasgos individuales que no son modificados por influencias ambientales. Ocasionalmente aparecen episodios psicóticos en el inicio de la vida adulta”. (Asociación “El Camino” de Bolivia).

Así pues, la distinción entre el síndrome de Asperger y el autismo radica en la gran habilidad con el lenguaje. Acompañan los mismos problemas que las personas autistas y sobre todo, en los



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

relacionados con la dificultad de relacionarse con los demás, pero normalmente, no se presentan en la misma gravedad, siendo menos severos y por tanto, en muchas ocasiones, difíciles de detectar. Todo ello da lugar a que se descubra dicho síndrome, generalmente en los niños que lo padecen, muy tarde. Por lo que ello, puede provocar la aparición de nuevos problemas en el lenguaje o la conducta.

Después de todo lo expuesto anteriormente, parece claro que el síndrome de Asperger se vincula estrechamente al concepto de Autismo, con similitudes en su sintomatología, pero también con algunas diferencias.

El Síndrome de Asperger fue descrito por el Pediatra Hans Asperger en Austria en el año 1944 y se mantuvo en el olvido hasta el año 1982 cuando la Dra. Lorna Wing, Psiquiatra del Reino Unido comienza a investigar sobre el mismo que, hasta entonces era denominado “Psicopatía Autística” por el propio Dr. Asperger. Es la Dra. Lorna Wing quien lo considera un trastorno del espectro autista, mientras que el Dr. Asperger se muestra en desacuerdo y mantiene que es una entidad diferente.

Se considera que el Síndrome de Asperger afecta de 3 a 7 por cada 1000 niños, entre 7 y 16 años de edad. Las cifras no son exactas, pero se reconoce que es un trastorno que afecta más frecuentemente a los niños que a las niñas.

4.2.1 Criterios de Diagnóstico.

Pasamos a mostrar los Criterios establecidos por Christopher Gillberg, según el cual existen 6 Criterios de Diagnósticos de dicha enfermedad:

Deficiencias sociales con un egocentrismo extremado: éstas se manifiestan a través de la inhabilidad que poseen para relacionarse con personas de su edad, junto con la ausencia de interés por interaccionar con sus iguales. Sus respuestas sociales y emocionales suelen ser poco apropiadas.

Intereses y preocupaciones limitadas: prevalece todo lo “mecánico” sobre lo que posee significado. Existe una adherencia repetitiva.

Rutinas o rituales repetitivos: se alteran e inquietan rápidamente ante cualquier cambio experimentado a su alrededor. Por lo que las rutinas necesariamente son impuestas a sí mismos, y por lo tanto también son impuestas a las personas que le rodean, para no causar ninguna alteración en ellos.

Características del habla y del lenguaje: existe un posible retraso en el desarrollo temprano, pero no observado de forma regular. Su lenguaje expresivo superficialmente es perfecto, aparece una prosodia extraña junto con propiedades peculiares de la voz. Muestran una comprensión deficiente.

Problemas de comunicación no verbal: Poseen un uso limitado de los gestos, por lo que es visible las limitaciones en su lenguaje corporal. Su expresión facial es limitada o inapropiada y tienen dificultad en adaptarse a la proximidad física de las personas.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

El “Síndrome de Asperger” es más frecuente que el autismo clásico; se considera que la incidencia es 1 x 250 nacidos vivos; también se acepta que el trastorno es mucho más frecuente en el sexo masculino que en el femenino.

4.2.2 Características de la enfermedad.

El síndrome de Asperger, es el término utilizado para describir la parte más moderada y con mejor nivel de funcionamiento de los trastornos del espectro autista. Es considerado, un trastorno neuro-biológico en el cual existen desviaciones o anormalidades en el desarrollo. Las principales características del trastorno se resumen en las siguientes:

1- Habilidades sociales y control emocional.

- No disfruta normalmente del contacto social. Se relaciona mejor con adultos que con los niños.
- Tiene problemas al jugar con otros niños. No entiende las reglas implícitas del juego.
- Le cuesta salir de casa, no le gusta ir al colegio, y presenta conflictos con sus compañeros.
- Le cuesta identificar sus sentimientos y los de los demás. Presenta más rabietas de lo normal.
- Tiene dificultades para entender las intenciones de los demás. Es ingenuo y no tiene malicia.

2- Habilidades de comunicación.

- No suele mirar a los ojos cuando habla. Se cree todo aquello que se le dice.
- Se interesa poco por lo que dicen los demás. Le cuesta entender una conversación larga.
- Habla mucho, en un tono alto y peculiar, y usa un lenguaje pedante.
- Inventa palabras o expresiones idiosincrásicas.
- En ocasiones parece estar ausente, absorto en sus pensamientos.

3- Habilidades de comprensión.

- Siente dificultad de entender el contexto amplio de un problema.
- A menudo no comprende una crítica o un castigo.
- No entiende el por qué debe portarse de una forma distinta, según una situación social.
- Tiene una memoria excepcional para recordar datos y fechas.
- Tiene especial interés por las matemáticas y las ciencias en general.
- Aprende a leer solo a una edad temprana.
- Demuestra escasa imaginación y creatividad, por ejemplo, para jugar con muñecos
- Tiene un sentido de humor peculiar.

4- Intereses específicos.

- Cuando un tema le fascina, ocupa la mayor parte de su tiempo libre en hablar sobre él.
- Repite compulsivamente ciertas acciones o pensamientos para sentirse seguro.
- Le gusta la rutina. No tolera los cambios imprevistos.

5- Habilidades de movimiento.

- Posee una pobre coordinación motriz. Corre a un ritmo extraño.
- Le cuesta vestirse, abrocharse los botones o hacer un lazo con los cordones.

6- Otras características.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

- Miedo, angustia debido a sonidos como los de un aparato eléctrico.
- Tendencia a agitarse o mecerse cuando está excitado o angustiado.
- Falta de sensibilidad a niveles bajos de dolor.
- Muecas, espasmos o tics faciales inusuales.

4.2.3 Métodos para mejorar su calidad de vida adulta.

Un plan de tratamiento sólo se puede establecer cuando existe un trabajo conjunto entre padres, educadores y médicos. Sin embargo, hay que considerar algunas reglas de protección para un niño con síndrome de Asperger, y que necesitan que sean cumplidas:

- No les gusta que se rompa su rutina. Deben ser previamente preparados por si hay algún cambio en su vida.
- Se debe aplicar las reglas con mucho cuidado y con cierta flexibilidad.
- Los profesores deben aprovechar a tope las áreas que despierten el interés del niño.
- Se le puede recompensar con actividades que le interesen.
- Utilizaremos herramientas visuales en su educación por responden muy bien a ellas.
- Se deben evitar las confrontaciones. Ellos no entienden muestras rígidas de autoridad.
- Es necesario mejorar la comunicación social.
- Hay que estimular la autonomía.
- Es imprescindible la prestación de servicios de apoyo para la familia.
- Es primordial la creación de un ambiente educativo y laboral seguro que promueva un clima de aceptación.

Normalmente, la medicación está contraindicada en el proceso de tratamiento. Sin embargo, en situaciones concretas, como los estados de ansiedad, depresión o de falta de atención, sí la pueden utilizar, desde cuando sea con la orientación restricta del médico.

4.2.4 Diferencias entre “Autismo” y “Síndrome de Asperger”.

Las diferencias entre el “autismo” y el “síndrome de Asperger” radican principalmente en el C.I de estos niños y niñas. El C.I de los autistas generalmente se encuentra por debajo de lo “normal”. Mientras que el C.I de las personas que padecen el “síndrome de Asperger” suele estar por encima de lo “normal”.

El diagnóstico general de los autistas suele hacerse antes de los 3 años, aunque por el contrario, el de los “aspergianos” normalmente no puede llevarse a cabo hasta después de dicha edad.

Los autistas presentan cierto retraso en la aparición de su propio lenguaje, mientras que en el “síndrome de Asperger” se da dentro de un tiempo normal. Alrededor del 25% de los autistas carecen del lenguaje oral, mientras que los “aspergianos”, todos son verbales. Por todo ello, los niños y niñas que padecen el síndrome autista muestran un vocabulario muy limitado, frente a los del “síndrome de Asperger” que se expresan a través de un léxico bastante enriquecido.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

Aparece un desinterés general en las relaciones sociales en las personas autistas, pero por el contrario los “aspergiado” presentan un gran interés ante las relaciones sociales.

Otro de los datos relevantes, es que un tercio de los autistas convulsionan, mientras que los “aspergianos” presenta el mismo tanto por cierto de posibilidades para convulsionar que el resto de la población general.

El desarrollo físico en los niños y niñas autistas suele ser normal, aunque en los “aspergianos” no suele ser así, presentan dificultades.

Los propios padres suelen detectar problemas en su hijo alrededor de los dieciocho meses (autistas), pero en el caso de los niños y niñas con “síndrome de Asperger” se retrasa hasta los dos años y medio o tres.

En lo que más hacen hincapié las familias de los autistas es en el retraso de la aparición del lenguaje. Sin embargo, las de los “aspergianos”, no sólo se centran en la reivindicación de éstos, sino también en los problemas de socialización o conducta.

5. LA EDUCACIÓN DEL NIÑO AUTISTA.

Independientemente del nivel de discapacidad, el programa educativo para un individuo con autismo debería basarse en las necesidades únicas de la persona y debería ser cuidadosamente documentado a través de una ACI (Adaptación Curricular Individualiza). Un buen comienzo consiste realizar una evaluación comprensiva de las necesidades.

Es imprescindible la conexión familia-escuela. Ya que el entorno más cercano de estos niños, puede poseer información valiosa para compartir con los profesores. Además, sería interesante que los padres transmitiesen a los docentes en qué habilidades funcionales les gustaría que pusiesen más empeño para desarrollarlas, qué cosas motivan fundamentalmente a su hijo, etc. La información en lo que respecta a las rutinas observadas en casa, los gustos y antipatías de su hijo es información importante para los docentes.

5.1 Las aulas estables en centros ordinarios: una respuesta educativa al alumnado con autismo.

La integración de alumnos y alumnas con Necesidades Educativas Especiales (N.E.E) en la escuela ordinaria recibió un gran impulso a partir de la década de los 80 con la promulgación de un nuevo marco legal que regulaba la Educación Especial. Desde entonces, se ha ido desarrollando una infraestructura de recursos, así como numerosas experiencias de innovación educativa que han supuesto una mayor sensibilización social hacia las posibilidades de integración y una serie de avances en la atención educativa a las personas con necesidades especiales.

Los Departamentos de Educación, haciendo suyos los principios del Plan para la Integración Social de las personas con discapacidades, ha ido desarrollando recursos y actividades de formación para procurar que la atención desde el ámbito educativo esté garantizada para todos los alumnos y alumnas



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

con necesidades educativas; se han aumentado progresivamente equipo multiprofesionales y servicios de apoyo externos a los centros educativos, se han desarrollado planes de formación para el profesorado y se ha dotado de recursos humanos a los centros escolares (educadores, monitores, profesores de apoyo, logopedas...) con el fin de asegurar una atención individualizada en un medio normalizado.

Así ha sido también en el caso de los alumnos y alumnas con necesidades educativas especiales ligadas a autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo; ellos también han sido partícipes del principio de integración en el que el ámbito educativo viene siendo tradicionalmente, el primer eslabón de la integración social.

Se ha de decir que la implicación del profesorado, de los servicios de apoyo y de la propia Administración en la atención educativa al alumnado con necesidades especiales, ha propiciado un abanico amplio y diversificado de respuestas educativas que han girado siempre alrededor de un objetivo: posibilitar al máximo la integración social. Y por ello, se llegó a la integración de dicho alumnado en Centros Ordinarios.

Así, la orientación escolar del alumnado con autismo y otros T.G.D. está determinada por varios criterios, entre ellos: reconocer que este alumnado tiene derecho a una educación; ofrecer un entorno escolar lo más normalizado y lo menos restrictivo posible; asegurar recursos educativos para que puedan atenderse sus necesidades específica en ambientes escolares que les procuren el máximo de socialización.

La puesta en práctica de estos criterios aboca la respuesta educativa a entornos escolares preferentemente ordinarios con adaptaciones del currículo, bien en aulas ordinarias con recursos específicos para su atención (profesores de apoyo, etc), o bien en aulas estables en centros ordinarios, existiendo asimismo, para los casos de mayor gravedad, la opción de ser atendidos en centros específicos en los que también se desarrollan proyectos que potencian la integración social.

Con el fin de hacer realidad la integración social de estas personas, se plantea la creación de un modelo de atención educativa que, respondiendo con recursos especializados a las necesidades peculiares de este colectivo, pueda también impulsar su desarrollo social en un medio que resulte lo menos restrictivo posible. Con esta doble finalidad surgen las aulas estables para alumnado con autismo y retraso mental en centros escolares ordinarios. Las características generales son: aulas creadas en centros ordinarios para responder a aquel alumnado gravemente discapacitado que no puede compartir el currículo ordinario aún con adaptaciones significativas, o sólo puede compartirlo en parte; son aulas que en su creación oficial fueron designadas como aulas de educación especial específicas para la atención de alumnos con psicosis y otros trastornos generalizados del desarrollo; tienen asignados recursos estables en razón de las N.E.E. permanentes y graves que se atienden en ellas: un tutor o tutora especializada en pedagogía terapéutica, monitores y educadores; el número de alumnos por aula es de 4 ó 5 en razón a su problemática, necesitando una dotación de material y equipamiento para desarrollar el currículo específico del grupo; el aula tiene un espacio físico propio integrado en el centro ordinario en el que se planifica y realiza la tarea educativa; se comparten



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

espacios comunes, horarios y calendario escolar, así como muchas de actividades grupales más significativas en la vida del centro (comedor, recreo, aseos...).

Las ventajas que proporciona este modelo de integración son múltiples ya que, por un lado permite una intervención individualizada adaptada a las necesidades, facilitar la adaptación del currículo y la utilización de metodologías y didácticas para tratar problemas específicos, a la vez que se pueden aplicar ayudas y mediaciones por parte del adulto necesarias para desarrollar el aprendizaje. Además, el hecho de que haya un espacio físico estable permite estructurar espacios de aprendizaje, organizarlos y diseñarlos convenientemente.

No obstante consideramos que la mayor ventaja que proporciona este modelo proviene del hecho de que estos recursos específicos están integrados en un espacio social normalizado en el que se dan abundantes oportunidades de interacción social. El centro ordinario ofrece una gran variedad de intercambios sociales, oportunidades de compartir espacios y actividades comunes con el resto del alumnado, proporcionando así mismo modelos normalizados y la convivencia con alumnado de edad similar. No podemos dejar de mencionar igualmente la oportunidad que supone este modelo de integración para el reto del alumnado, familias y profesorado, de potenciar valores de tolerancia, actitudes de cooperación y conocimiento de las diferencias de las personas.

Sin embargo, si bien los centros ordinarios ofrecen múltiples oportunidades de interacción, no es menos cierto que debe producirse en ellos una adaptación importante en la organización de los diferentes ambientes y espacios y en la intervención de los adultos y el resto del alumnado en distintas situaciones de interacción social con el fin de facilitar la comprensión de normas sociales, su funcionamiento y las actuaciones de los demás, para anticipar situaciones y hechos que ocurren en el medio y, facilitar el desenvolvimiento en el mismo.

Tenemos que establecer medidas pedagógicas globales que deben incluirse en el mismo Proyecto Curricular de Centro. Con este objetivo, las medidas que en la actualidad se están tomando van encaminadas a adaptar el contexto escolar en sus dimensiones físicas y sociales a través de los siguientes recursos:

- eliminar barreras que impidan comprender y controlar el entorno;
- organizar espacios comunes debidamente estructurados;
- proporcionar por parte del profesorado y otros alumnos estímulos sociales coherentes y constantes;
- utilizar el aprendizaje "entornos naturales" de uso común: biblioteca, comedor, etc.
- analizar las actividades y rutinas del entorno educativo;
- planificar actividades dirigidas a la comprensión y conocimiento de las necesidades de estas personas;
- desarrollar actitudes positivas hacia su integración;
- información sobre diferentes formas de comunicación;
- conocimiento del uso de pictogramas y claves comunicativas.

Evidentemente este proceso de adaptación no puede realizarse si no se prevén planes de formación y actualización dirigidos al profesorado de los centros ordinarios. Es ésta una tarea en la que se están



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

empleando numerosos recursos y esfuerzos por parte de los servicios de apoyo y de los equipos multiprofesionales, que se ocupan del asesoramiento en estos casos.

5.2 Aspectos a tener en cuenta en los centros escolares.

-Las rutinas de las clases deben mantenerse en todo momento, deben ser constantes y estructuradas. A los alumnos con dicha enfermedad hay que prepararlos ante cualquier cambio que vayan a sufrir en sus hábitos diarios. De lo contrario, se muestran inquietos e irritables.

-En cuanto a las normas, estos niños pueden ser bastante rígidos a la hora de seguirlas. Por lo que éstas deben ser perfectamente expresadas, y preferentemente por escrito, a la vez que deben aplicarse con cierta flexibilidad.

-Los docentes deben utilizar como recurso de aprendizaje, las áreas que produzcan mayor interés en este alumnado. De este modo, aprenderá mejor cuando se trate de una de las áreas que despierten en él una gran estimulación. También se puede recompensar al niño con actividades que sean de un gran agrado para él cuando haya realizado de forma satisfactoria otras tareas, haya cumplido correctamente las normas establecidas o se haya comportado correctamente. Ésta podría ser una forma de premiar su buena conducta o su buen hacer en el aula (refuerzo positivo).

-Responden muy bien al uso de elementos visuales: horarios, esquemas, listas, dibujos, etc.

-Sería necesario utilizar un tipo de lenguaje que pueda ser interpretado por estos alumnos. Hay que simplificar conceptos y utilizar contenidos muy concretos.

-Todo el personal del colegio (bibliotecarios, conserjes, etc.) debería estar al tanto de la necesidad de mantener una rutina constante con estos niños. Ya que los entornos menos estructurados, donde las rutinas y las normas son menos claras, tienden a ser difíciles para ellos.

-A veces, estos niños no comprenden la autoridad que les mostramos o el enfado, volviéndose ellos mismos más rígidos y testarudos, si se les obliga a algo por la fuerza. Su comportamiento puede descontrolarse rápidamente, y llegados a este punto, es mejor que el profesional de marcha atrás y deje que las cosas se enfríen.

5. 3. Intervenciones educativas

Aunque como todos sabemos, se trata de una ardua tarea, las intervenciones educativas de nuestro sistema deberían ir encaminadas a enseñar habilidades y conceptos a este tipo de alumnado, para situaciones que ocurren naturalmente y para otras diferentes, con el fin de maximizar la generalización. Otra de nuestras obligaciones, relacionada con la anterior, radica en proporcionar un medio ambiente predecible con rutinas diarias consistentes donde se produzcan el menor número de cambios posibles.

Por otro lado, deberían representarse situaciones sociales en las cuales se le enseñe a la persona a reaccionar ante ciertas señales sociales. Ya que carecen de los “mecanismos” necesarios para hacerlo.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

Otro de los aspectos a tener en cuenta, sería el de enseñarles a ser conscientes de los sentimientos de los demás, es decir, sobretodo de las personas que forman su entorno más cercano. Con la finalidad de ser capaces de tener una visión de las cosas desde la perspectiva de los demás. Junto con la necesidad de aprender a interpretar el lenguaje no literal, y buscarle su propio significado.

Enseñar el comportamiento no verbal apropiado que les lleve a estar capacitados para mantener el contacto visual, es uno de los objetivos fundamentales que deben perseguirse en el proceso de enseñanza de estos niños. También se les debe iniciar en el aprendizaje de los gestos, y a poder mantener cierta proximidad con respecto a las otras personas que le rodean. Además de enseñarles a mantener una postura correcta.

Otra difícil tarea se halla en instruir sobre la comunicación no verbal de los otros, como por ejemplo, aprender a darles un significado a las expresiones faciales de los demás, o a los gestos corporales.

Además, se les debería educar en cuanto a que fuesen capaces de limitar su tema preferido a momentos y/o lugares específicos, en los que fueran adecuados.

Crear un sistema de “amigo-tutor” mediante el cual un compañero ayude con las explicaciones dadas por el maestro. Este alumno tendría la responsabilidad de ayudar a recordarle a la persona que padece dicho síndrome las tareas que tiene que realizar. Estos compañeros también pueden ayudar en el proceso activo de socialización con terceros.

6. LEGISLACIÓN VIGENTE.

En la sociedad actual existe una concienciación sobre todo lo referente a los niños, especialmente, con aquellos que presentan una discapacidad ya sea física, psíquica o sensorial, lo que ha llevado a todos los organismos internacionales a legislar en este sentido, con el único objetivo de proteger y ayudar a estos niños. En cuanto a la normativa que regula todo lo referente a las necesidades educativas especiales, en el territorio español, es abundante tanto a nivel del MEC como de las diferentes Comunidades Autónomas.

A continuación mostraremos gran parte de la legislación que ha ido surgiendo a los largo de los últimos años, a raíz de lo establecido en la Constitución Española de 1978, donde aparecen las primeras normas relativas a esta cuestión, según se establece en el Capítulo III, Artículo 49:

“Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a lo que prestarán la atención especializada que requieran...”.

LEGISLAMIENTO MEC

-Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos. Título VI, Sección III, artículos del 23 al 31.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

-Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, de Ordenación de la Educación Especial.

-Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, (L.O.D.E.), que regula el derecho a la educación de todos los españoles.

-Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo.

-Ley 20/1991, de 25 de noviembre, de promoción de la accesibilidad y se supresión de barreras arquitectónicas. Completada y mejorada con la Ley 5/1995, de 30 de mayo, sobre límite del dominio sobre inmuebles para eliminar barreras arquitectónicas a las personas con discapacidad.

-Real Decreto 696/1995, de 28 de abril, sobre ordenación de la Educación de los alumnos con necesidades educativas especiales.

-LEY ORGÁNICA 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación (BOE 24-12-02).

• Alumnado con necesidades educativas especiales: Título I, capítulo VII, sección 4ª.

- RESOLUCIÓN de 8 de mayo de 2003, de la Secretaría de Estado de Educación y Universidades, por la que se convocan ayudas para alumnos con necesidades educativas especiales para el curso 2003-2004.

-LEY 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (BOE, nº 289 de 03.12.03) (Web de CERMI).

LEGISLACIÓN EN ANDALUCÍA

-En B.O.J.A (Boletín de la Junta de Andalucía) se encuentra una amplia secuenciación de leyes sobre los alumnos con necesidades educativas especiales. Asimismo, se recoge la normativa referida a los acnee. Aquí nos hacemos eco de algunas de ellas, además de añadir aquellas otras que hemos estimado conveniente; como los Decretos 105/92, 106/92 y 107/92, de 9 de junio, por el que se establece las enseñanzas correspondientes a la educación Secundaria, Primaria e Infantil en Andalucía. Se tiene en cuenta la orientación y la acción tutorial como función docente, entre cuyas funciones destacan: el conocimiento de las necesidades educativas del alumnado y la adopción de medidas de atención.

-Orden de 16 de marzo de 1993, por la que se establecen criterios y orientaciones para la elaboración de Proyectos Curriculares de Centro y secuenciación de contenidos en la Educación Infantil. Orienta la elaboración de los proyectos curriculares considerando las características del alumnado con discapacidad.

-Decreto 72/1996, de 20 de febrero, por el que se regulan los criterios de admisión de alumnos y alumnas en los Centros docentes públicos y concertados de la Comunidad Autónoma de Andalucía, a excepción de los universitarios. Dedicamos el capítulo IV a la escolarización de alumnos y alumnas con



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

necesidades educativas especiales y el capítulo V recoge las funciones de las comisiones de escolarización y su actuación con respecto a la escolarización del alumnado con necesidades educativas especiales.

-Orden de 1 de agosto de 1996, por la que se regulan las condiciones y el procedimiento para flexibilizar, con carácter excepcional, la duración del período de escolarización obligatoria de los alumnos y alumnas con necesidades especiales asociadas a condiciones personales de sobredotación intelectual.

-Orden de 18 de noviembre de 1996, por la que se complementan y modifican las órdenes de la Consejería de Educación y Ciencia sobre Evaluación en las Enseñanzas de Régimen General establecidas por la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

En ella se regula la flexibilización del período de escolarización y la permanencia de un curso más sobre los establecidos con carácter general en las etapas de infantil, primaria y secundaria para los alumnos con necesidades educativas especiales.

-Orden de 9 de septiembre de 1997, por la que se regulan determinados aspectos de la organización y el funcionamiento de las Escuelas Públicas de Educación Infantil y de los Colegios Públicos de Educación Primaria de la Comunidad Autónoma de Andalucía. El capítulo VII trata sobre la integración del alumnado con necesidades educativas especiales y en él desarrolla las funciones del maestro de apoyo a la integración, la organización del apoyo y las intervenciones especializadas.

En el capítulo VIII se establecen normas para la organización de los centros específicos de educación especial.

-Orden de 9 de septiembre de 1997, por la que se regulan determinados aspectos de la organización y el funcionamiento de los Institutos de Educación Secundaria de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Lo mismo que en la ley anterior dedica el capítulo VII a la integración del alumnado con necesidades educativas especiales y en él se dan orientaciones para la organización de la atención a este alumnado.

-Orden de 9 de junio de 1998, por la que se dictan normas para la formalización de convenios con escuelas hogar de titularidad privada y entidades sin ánimo de lucro, para facilitar la escolarización del alumnado con graves discapacidades y para la realización de determinadas actuaciones de compensación educativa durante el curso 1998/99.

-Instrucciones de 20 de septiembre de 1998, de las Direcciones Generales de Planificación y Ordenación Educativa y de Formación Profesional y Solidaridad en la Educación, sobre la organización de la atención educativa del alumnado con necesidades educativas especiales, por razón de discapacidad, en los Institutos de Educación Secundaria autorizados para la integración.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

-Orden de 16 de febrero de 1999, sobre escolarización y matriculación de alumnos y alumnas en los Centros Docentes Públicos y Privados Concertados, a excepción de los universitarios. Entre otras cuestiones relacionadas con estos alumnos, en el artículo 24, se recoge la obligatoriedad de escolarizar al alumnado con necesidades educativas especiales por parte de los centros públicos y privados concertados.

-Ley 9/1999, de Solidaridad en la Educación. (Disposiciones Generales y Capítulo II).

-Instrucciones, de 9 de marzo de 1999 sobre la planificación de la escolarización en los centros docentes públicos y privados concertados, no universitarios, para el curso académico 1999/2000, en el que se establece la ratio profesor/alumno con necesidades educativas especiales.

-Orden 13 de noviembre de 2000, por la que se modifican escuelas de Educación Infantil, Colegios de Educación Primaria y Centros específicos de Educación Especial.

-Decreto 147/2002, de 4 de mayo, por el que se establece la ordenación de la atención educativa a los alumnos y alumnas con necesidades educativas especiales asociadas a sus capacidades personales. (BOJA 58/2002 de 18 de mayo DE 2002).

-Orden de 19 de septiembre de 2002, por la que se regula el período de formación para la transición a la vida adulta y laboral, destinado a los jóvenes con necesidades educativas especiales (BOJA 125, de 26 de octubre) (Web de CEC/JA).

-ORDEN, de 19 de septiembre de 2002, por la que se regula la elaboración del Proyecto Curricular de los Centros Específicos de Educación Especial y de la programación de las aulas específicas de educación especial en los centros ordinarios.

-ORDEN, de 19 de septiembre de 2002, por la que se regula el periodo de formación para la transición a la vida adulta y laboral, destinado a los jóvenes con necesidades educativas especiales.

-ORDEN, de 19 de septiembre de 2002, por la que se regula la realización de la evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización.

7. BIBLIOGRAFÍA.

-MEC (Ministerio de Educación y Ciencia). Legislación. *Personas con discapacidad*. Extraído el 11 de noviembre de 2008 desde <http://www.seg-social.es/imserso/normativas>.

-García Sánchez, J.N (1992). *“Autismo”*. Valencia: Promolibro.

-Wing, L. (1998), *“El autismo en niños y adultos. Una guía para padres”*. Buenos Aires: Paidós.

-PsicoPedagogía (2008). Psicología de la educación para padres y profesionales. *“¿Qué es el autismo?”*. Extraído el 10 de noviembre de 2008 desde <http://www.psicopedagogia.com/autismo>.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 13 – DICIEMBRE 2008

-Autismo (2008). Asociación Americana de Autismo. “*Información General sobre el autismo*”. Extraído el 10 de noviembre de 2008 desde <http://www.autism-society.org>.

-Síndrome de Rett en España (2005). Asociación Valenciana del Síndrome de Rett. “*Manual del síndrome de Rett: ¡Tengo tantas preguntas!*”. Extraído el 11 de noviembre de 2008 desde <http://www.rett.es>.

-Síndrome de Asperger (2008). Guía infantil. *¿Qué es el síndrome de Asperger?*. Extraído el 11 de noviembre de 2008 desde <http://www.guiainfantil.com/salud/Asperger>.

-El Camino (1989). Organización de padres de niños especiales. “*síndrome de Rett y síndrome de Asperger*”. Extraído el 10 de noviembre de 2008 desde <http://members.fortunecity.com/camino> 2001.

Autoría

- Nombre y Apellidos: Inmaculada Redondo Ranchal.
- Centro, localidad, provincia: C.E.I.P “Santiago Ramón y Cajal” Puente Genil (Córdoba).
- E-MAIL: raies@yahoo.es / raies7@hotmail.com