

Síndrome de Asperger. Características y tratamiento: claves para la integración escolar.

Sonia Arias Castro (1), Matías Arias Redondo (2)

(1) *Hospital Materno Infantil del Complejo Hospitalario "Infanta Cristina". Badajoz.*

(2) *Departamento de Ciencias de la Educación. Facultad de Formación del Profesorado. Universidad de Extremadura. Cáceres.*

(Fecha de recepción 24-02-2004)

(Fecha de aceptación 29-29-2004)

Resumen

Este artículo pretende analizar la situación actual del Síndrome de Asperger, como una patología más de las que se incluyen en el Trastorno del Espectro Autista o Trastornos generalizados del Desarrollo, con la intención de aportar, sobre todo, luz al profesorado que trabaja con este tipo de niños. Al mismo tiempo, profundizar en el conocimiento del perfil del SA y aportar claves para favorecer el tratamiento educativo y la integración escolar; tanto, desde el punto de vista didáctico como actitudinal por parte del profesorado.

Palabras clave: *Síndrome de Asperger, Trastorno del Espectro Autista, Trastorno generalizado del Desarrollo: Hiperlexia. Problemas conductuales.*

Summary

The article pretends to analyze the actual situation of Asperger's Syndrome, like a pathology more of the ones that are included in the spectrum's Autist disfunction or development's dysfunction, with the intention of contributing, mainly, light to the faculty that work with this type of children. At the same time, to deepen in the knowledge of the profile of the INC and to give keys to favour the educational treatment and the school integration from de the didactic point of view as the teaching stuff's attitude.

Key words: *Asperger's syndrome, Disorder of the autist spectrum. Generalized disorder of development. Hyperlexia. Behaviours problems.*

1. Introducción

En 1997, con motivo de la evaluación de la ESO, que llevó a cabo el Instituto Nacional de Calidad y Evaluación, se realizaron una serie de reuniones con profesores a los que se les pedía su opinión sobre la situación de la Educación Secundaria. En las manifestaciones de los profesores el tema de la integración de alumnos con necesidades educativas especiales aparece con bastante frecuencia. El tratamiento de la diversidad y las adaptaciones curriculares constituyen más del 15% de las aportaciones y comentarios (INCE, 1998). La aceptación de la integración como necesidad social, como problema a resolver, aparece de modo casi constante al aludir a estos problemas:

“Creo que es muy satisfactorio el tema de la integración: Las familias lo reciben de forma aceptable, los propios alumnos se encuentran muy a gusto en los Institutos, yo creo que incluso, más a gusto que los alumnos que asisten al Centro”.

“Muchos de nuestros alumnos de integración están en realidad perdiendo el tiempo en muchas asignaturas. Solamente cuando salen del contacto con sus compañeros de aula y se encuentran con los profesores de Pedagogía Terapéutica, y sólo entonces pueden trabajar, trabajar”.

No aparecen rechazos implícitos, sí, reticencias. Sin embargo en el análisis cuantitativo de los resultados recogidos en los indicadores del diagnóstico del sistema educativo se observa discrepancia entre los profesores que están de acuerdo con la integración y los que

están en desacuerdo y así el 70% manifiesta la necesidad de cambio didáctico para atender al alumno integrado en grupos heterogéneos (INCE, 1998). Rodríguez Diéguez (2001) explica este hecho como que el rechazo a la integración podría entenderse como una actitud “políticamente incorrecta”. Como consecuencia, las manifestaciones abiertamente críticas no aparecen en los diálogos de los profesores.

Otro dato a tener en cuenta, son las alusiones que los profesores hacen a las dificultades de tipo práctico que se derivan de la integración de niños con necesidades educativas especiales en la escuela ordinaria.

“Yo en teoría sobre el papel lo veo maravilloso, en la práctica creo que se debe pensar si este es el sistema adecuado para la integración de alumnos con algún tipo de déficit. Pienso que hay muchos alumnos de integración que están perdiendo el tiempo en los centros ordinarios, porque no se les puede dedicar el tiempo necesario porque los profesores no saben como tratarlos...”

Ello nos lleva a reflexionar y resaltar sobre algunos de los problemas que condicionan la atención de niños con deficiencias, entre los cuales se halla el niño con Síndrome de Asperger, en la escuela normal.

Basándonos en nuestra experiencia y en la literatura consultada, dos son los problemas, que a nuestro juicio, están presentes en un porcentaje alto de centros educativos:

- Las actitudes del profesorado hacia la integración de Alumnos con Necesidades Educativas Especiales.

- Los modos de actuar, las estrategias, los modos de realizar las intervenciones didácticas...

Vamos a detenernos en cada uno de ellos. Con respecto a las actitudes del profesorado, compartimos con Fortes (1994) la idea de que Wolfensberger (1972) cometió un error básico. Creyó que el concepto de normalización era tan obvio que la gente lo llevaría a la práctica sin ningún tipo de problema. Y esto no ha sido así, en cuanto a la escuela se refiere.

En las investigaciones consultadas Abós y Polaino (1986), García y Alonso (1985), Verdugo y Arias (1991), León (1995), Fortes (1994) sobre actitudes integradoras del profesorado cabe destacar una serie de variables que las mediatizan sobremanera: edad, contexto, especialidad, nivel educativo, organización del centro, características de los alumnos, formación recibida, etc.

Nosotros nos referiremos sólo a alguna de ellas: **Especialidad y formación recibida y las características del alumno**, que los profesores sintetizan en la expresión “*yo no soy especialista, no sé como tratar a este niño*”. Por lo que en este artículo, pretendemos aportar información sobre uno de los Síndromes que está presente en los centros educativos, entendiendo que no hay mejor práctica que una buena teoría.

2. El síndrome de Asperger

Fue descrito por el pediatra vienés Hans Asperger en Austria en el año

1944, casi coincidiendo cronológicamente con la descripción del autismo llevada a cabo por Leo Kanner un año antes, y se mantuvo en el olvido hasta 1981 cuando la Dra. Lorna Wing, Psiquiatra del Reino Unido, comienza a investigar sobre lo que hasta entonces se llamó “**Psicopatía Autística**”. Es la Dra. Wing (1981) quien en desacuerdo con Asperger lo considera un trastorno del espectro autista.

Tanto Asperger como Kanner destacan las alteraciones de la conducta infantil en tres aspectos fundamentales: alteraciones del comportamiento, alteraciones en el lenguaje y alteraciones en las habilidades cognitivas. La diferencia más notable entre los niños Asperger y los niños de Kanner se daba en el lenguaje, más conservado en los primeros.

Lorna Wing resumió las características de los niños descritos por Asperger de la siguiente manera:

Características del Síndrome de Asperger
<ul style="list-style-type: none">• Falta de empatía• Ingenuidad• Poca habilidad para hacer amigos.• Lenguaje pedante o repetitivo.• Poca comunicación no verbal.• Interés desmesurado por ciertos tópicos.• Torpeza motora y mala coordinación.

Asperger no sólo estudió los aspectos diagnósticos de los niños con este síndrome, sino que en colaboración con la

hermana Viktorine¹, desarrollaron un programa de rehabilitación, basado en el tratamiento del lenguaje, la representación teatral y la educación física (Artigas, 2000).

El Síndrome de Asperger fue oficialmente reconocido por primera vez en el Manual Estadístico de Diagnóstico de Trastornos Mentales, en su cuarta edición en el año 1994 (D.S.M. IV).

Lilia T. (2001) describe el SA como 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 varios aspectos del desarrollo.

- Conexiones y habilidades sociales.
- Uso del lenguaje con fines comunicativos.
- Características de comportamiento relacionados con rasgos repetitivos o perseverantes.
- Una limitada gama de intereses.

El D.S.M.-IV, muestra como características del Síndrome:

A. Dificultades cualitativas de interacción social que se manifiestan como al menos dos de las siguientes:

1. Dificultades acusadas en el uso de múltiples comportamientos no verbales, tales como contacto visual, expresión facial, posturas de cuerpo y gestos para regular la acción social.
2. Incapacidad para establecer relaciones con iguales, adecuadas a su nivel de desarrollo.
3. Ausencia de la búsqueda espontánea para compartir placer, intereses o logros, con otras personas.

4. Ausencia de reciprocidad social o emocional.

B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitiva y estereotipados, que se manifiestan de al menos una de las siguientes maneras:

1. Preocupación absorbente, repetitiva y estereotipada, restringida a uno o más temas de interés, que es anormal en su intensidad o en su enfoque.
2. Adherencia aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos y no funcionales.
3. Manerismos motores estereotipados y repetitivos (aleteo de manos, retorcimiento de dedos, movimientos complejos del cuerpo).
4. Preocupación persistente con partes de objetos.

C. El trastorno causa una discapacidad clínicamente significativa en el área social, ocupacional y en otras áreas importantes del desarrollo.

D. No existe un retraso clínicamente significativo en el lenguaje.

E. No existe un retraso clínicamente para su edad cronológica, en el desarrollo cognitivo, de habilidades de autoayuda.

F. No se cumplen los criterios de otros Trastorno Generalizado del desarrollo, o de esquizofrenia.

Según Cristofher Gillberg (1989) existen seis criterios diagnósticos:

1. Deficiencias sociales con un egocentrismo extremado, que pueden incluir:

- Incapacidad para interactuar con sus iguales.
- Falta de deseo de interacción con sus iguales.
- Pobre apreciación de claves sociales.
- Respuestas sociales y emocionales poco apropiadas.

1. Citada por Artigas, J (2000): Aspectos Neurocognitivos del Síndrome de Asperger. Revista de Neurología Clínica, 1 : 34.

2. Intereses y preocupaciones limitadas, que incluyen:

- Con más mecánica que significado.
- Relativa exclusión de otros intereses.
- Adherencia repetitiva.

3. Rutinas o rituales repetitivos, que pueden ser:

- Impuestos a sí mismo o impuestos a los demás.

4. Peculiaridades de habla y de lenguaje, tales como:

- Posible retraso en el desarrollo temprano, pero no observado de forma regular.
- Lenguaje expresivo superficialmente perfecto.
- Prosodia extraña.
- Características peculiares de la voz.
- Comprensión deficiente, incluyendo mala interpretación de significados literales o implícitos.

5. Problemas de comunicación no verbal, tales como:

- Uso limitado de gestos.
- Lenguaje corporal torpe.
- Expresión facial limitada o inapropiada.
- Mirada rígida peculiar.
- Dificultad en adaptarse a la proximidad física.

6. Torpeza motora.

Puede no formar necesariamente parte del cuadro en todos los casos.

Como podemos observar, Guilberg añade en concordancia con Wing a las características del DSM. IV-R, la torpeza motora y problemas de comunicación no verbal. Bonde, (2000) compara la comorbilidad del autismo con déficit de atención, problemas de control mayor y dificultades en las funciones visomotoras y visoespaciales, afirmando que estas características condicionan el diagnóstico diferencial entre el TDAH y el SA lo que presenta serias dificultades a la hora de orientar sobre la intervención educativa y familiar.

Aunque la sintomatología parece coincidente para la mayoría de los autores, el enigma sigue vigente, por lo que compartimos con Artigas (2000) *“la conducta del niño con SA es coherente con la percepción que tiene de la realidad. Si se llega a comprender cómo detecta y procesa la información, se entenderá la lógica de sus actos, vistos como inusuales o extravagantes por los demás. El enigma del SA reside, por lo tanto, en la estructura cognitiva que subyace”*. (Artigas, 2000, pág. 35). Y hablando de cognición, tenemos que hacer referencia a la inteligencia de los niños con SA recordando como decíamos al comienzo, que su nivel de funcionamiento es normal, siendo uno de los criterios necesarios para el diagnóstico según el DSM-IV, normal y en ocasiones con *habilidades cognitivas excepcionales*.

Un dato típico a considerar es la superioridad del CI verbal con respecto al CI manipulativo, explorados con la Escala de Inteligencia Wechsler, lo que se explica, en parte, por no tener trastorno del lenguaje. Sin embargo, su trastorno de aprendizaje no verbal, también conocido como trastornos de aprendizaje del “hemisferio derecho”, les implica una disminución en las habilidades de organización del espacio visual -espacial, en la adaptación a situaciones nuevas o novedosas, y en la lectura correcta de los signos o señales no verbales. Se sabe que las discapacidades del aprendizaje no verbal involucran procesos de funcionamiento que tienen su origen neurológico en el hemisferio derecho, el cuál está especializado en el procesamiento no verbal y al estar, digamos, dañado, dificulta la integración intermo-

dal, lo que exige que el hemisferio izquierdo trabaje de manera aislada (SUE Thompson, 1996).

Las discapacidades en el lenguaje no verbal, dificultan enormemente la integración social y académica de estos niños. Pues se sabe que el 65% de toda la comunicación se realiza por medios no verbales, es decir, apoyados en gestos faciales, contacto ocular, sonrisa, lenguaje oculto, doble intencionalidades, etc. Por otra parte, sus defectos de organización visual-espacial hacen que sean ineficaces para reconocer caras, interpretar gestos, entender significados de la postura y de leer expresiones faciales. No distinguen ni perciben los cambios en la voz, y/o en la entonación, y/o en el énfasis de una emisión. Del mismo modo, los SA no alteran de manera adecuada su expresión y elocución cuando hablan (Artigas, 2003).

3. Características de los niños con síndrome de Asperger.

Tony Attwood, Ph. D. (1997) confeccionó la Escala Australiana para Síndrome de Asperger. Mediante ella se pretende tener una aproximación al diagnóstico por medio de la identificación de comportamientos y habilidades que pudieran ser indicativos del Síndrome de Asperger en las áreas Social y Emocional, Comunicación, Cognitivas, Intereses específicos y Habilidades en movimiento.

Vamos a comentar de manera breve algunas características en las áreas señaladas:

1. Habilidades sociales y Emocionales.

Asperger, Wing, Guilberg, resaltan

las dificultades de interacción social que presentan estos niños. Su falta de afectividad les origina un "trastorno de empatía" (Guilberg, Wing), lo que les impide comprender de modo efectivo las necesidades y perspectivas del otro. Artigas (2000) manifiesta que el niño con SA, en general, suele desear mantener una relación con los demás, pero tiene que luchar contra su carencia de habilidades sociales. Puede conocer, incluso, lo que piensa el otro, pero tiene gran dificultad en la práctica estos conocimientos y aplicarlos adecuadamente, es decir, tiene una profunda alteración sobre el conocimiento del mundo mental de los demás, quizás del suyo también, por lo que no muestra intenciones de comunicación social.

El déficit en habilidades sociales puede explicar la falta de atención, ya que el niño con SA puede abandonar el interés en mantener la atención, mientras que en otras situaciones relacionadas con temas que le interesan, se puede mantener concentrado.

II. Habilidades Comunicativas.

Según Artigas (1999), el lenguaje está conservado en sus aspectos formales, pero alterado en su vertiente pragmática, es decir, en la utilización contextual, siendo los aspectos del lenguaje que están afectados:

- *Turno de palabra.* No respetan la reciprocidad en el diálogo, puesto que tienen dificultades en identificar los marcadores conversacionales que acompañan al acto de hablar (mirada, pausas, gestos, etc.), por lo que tienden al monólogo.

- *Inicios de conversación.* Tienen dificultades para leer los signos implícitos

que marcan el final de un diálogo y por lo tanto, cambian de tema de forma anárquica.

• *Lenguaje figurado.* Tiende a la interpretación literal, lo que le hace mal interpretar fragmentos importantes de la conversación.

III. Habilidades cognitivas.

La inteligencia del niño con SA es normal, pues es un criterio necesario para el diagnóstico según el DSM-IV, y en ocasiones pueden tener determinadas habilidades cognitivas excepcionalmente desarrolladas. Muestran superioridad del CI verbal con respecto al manipulativo, lo que parece lógico dado su mejor rendimiento en lenguaje y su interés por él. Del mismo modo, es exigible para el diagnóstico, que no exista un retraso significativo en la adquisición del lenguaje.

Otro aspecto favorecido de las pruebas son aquellos que tienen que ver con la información. El niño con SA puede ser un experto en determinados tópicos que le motiven y ser capaz de almacenar gran cantidad de información.

IV. Intereses específicos.

Muestran áreas de especial interés peculiares e idiomáticas, como las matemáticas, lectura (hiperléxicos), temas científicos o de moda (Pokemon, Tortugas Ninja, juegos informáticos, etc.).

Refirámonos a la hiperlexia, como forma en que algunos niños autistas aprenden a leer. No es hasta 1967 cuando Silberberg y Silberberg emplean el término "hiperlexia" para referirse a las habilidades excepcionales de decodificación lectora observadas en niños con déficit cognitivos y alteraciones conductua-

les. Otros autores añaden a estas dos condiciones, dificultad de interacción. Matemos que las habilidades lectoras son de decodificación, pero que no se acompañan de comprensión de significado. Resulta bastante frecuente que algunos niños con Trastornos de Espectro Autista accedan a la lectura, siendo por tanto, la palabra escrita, frente a otros códigos, la vía más accesible de comunicación.

Martos, J. y Ayuda R. (2003), estudian el autismo e hiperlexia, llegando a afirmar que el diagnóstico de hiperlexia es más frecuente en niños con Trastorno Generalizado del Desarrollo o Trastorno del Espectro Autista. En su artículo citan un estudio sobre hiperlexia en los niños que acudían a la Universidad Johns Hopkins y al Instituto de Diagnóstico y Centro de Evaluación John F. Kennedy. En la revisión de 155 niños diagnosticados de autismo infantil se identificaron 52 casos con hiperlexia. También recogen los estudios de Whitehouse y Harris (1984), sobre la información proporcionada por los padres, sobre el desarrollo del lenguaje en los 20 casos de su estudio. La mayor parte de los padres informaron de la aparición de las primeras palabras a una edad normal, preocupación e interés por el material escrito a edades tempranas, este interés era espontáneo y ocurría sin ayuda. Con el paso del tiempo su interés se extendía a signos o señales y al material escrito impropio de su edad, tal como catálogos, guía telefónica, anuncios de televisión, etc.

V. Habilidades motrices.

Presentan torpeza motora generalizada acusando dificultades de coordina-

ción motriz fin y gruesa que se manifiestan en actividades como cortar con tijeras, picar siguiendo una línea, montar en bicicleta o jugar al fútbol. A menudo desarrollan andares extraños, pobres habilidades manipulativas y déficit en coordinación viso-motora (Rally Bloch-R, Ph D., 1999).

Wing considera una característica central del Síndrome de Asperger la torpeza motora y problemas de coordinación. Guilberg (1989), encontró problemas motores hasta en un 83% de los sujetos y Frith (1991), los déficit motores están más pronunciados aunque pueden ser tardíos.

4. Tratamiento e intervención

La intervención con niños con Síndrome de Asperger ha evolucionado de acuerdo con las corrientes psicológicas y pedagógicas, pero los avances han sido discretos y el trastorno sigue sin poder curarse (Riviére, 1998).

En los últimos años, el avance de las teorías cognitivas provocó cambios en el tratamiento e intervención con niños que presentan Trastorno del Espectro Autista dirigidas fundamentalmente a trabajar el desarrollo social y cognitivo de los autistas. La "teoría de la mente y el déficit metarrepresentacional" que explica el fracaso social y cognitivo de los autistas en su incapacidad en la atribución de los estados mentales a otras personas, es decir, no pueden leer la mente de la misma manera en que lo hacemos la mayoría de nosotros, centran sus programas, por tanto, en trabajar el reconocimiento y valoración de los sentimientos del otro, valoración del contexto, valora-

ción de los pensamientos que los otros tienen sobre ellos mismos, reconocer y comprender los motivos e intenciones subyacentes en las conductas y comprender los estados de humor y frustración. Attwood (1998), propone la terapia cognitivo-conductual adaptada al perfil del sujeto con síndrome de Asperger, contemplando un programa educacional focalizado en las emociones o en los estados de ánimo que más afecten su vida diaria, tales como la sensación de tristeza, ansiedad o enfado, lo que Goleman llamó la inteligencia emocional. Por otra parte, (Martos, 2001, pág. 204) plantea que "*de la misma manera que se realizan las adaptaciones pertinentes para las personas ciegas, un enfoque educativo mucho más constructivo para el autismo es adaptar el mundo a las necesidades de los sujetos que lo padecen mientras se enseñan habilidades compensatorias*".

Riviére (1998), manifiesta que para llegar a un tratamiento acertado del autismo tenemos que interesarnos por la etiología para después sugerir la intervención desde un punto de vista biológico y desde el punto de vista educativo.

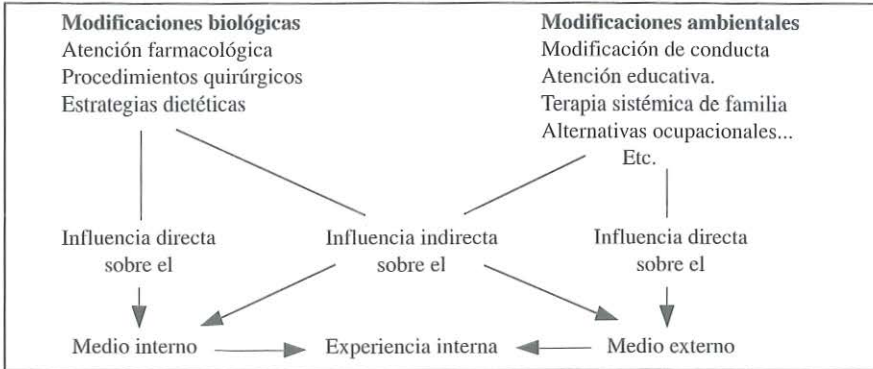
"Hoy aceptamos que el origen del autismo no reside en el ambiente externo inadecuado para el desarrollo del niño, sino en sucesos internos que perturban ese desarrollo. Las madres inadecuadas han sido sustituidas por estructuras límbicas o cerebelares inadecuadas (Barman y Kemper, 1994), la contribución dañina de los padres supuestamente fríos, indiferentes o sobreprotectores por la contribución perjudicial de las estructuras del lóbulo temporal medial (Backevzlier y Merjanian, 1994). Las investigaciones rigurosas no han permitido aún realizar una reconstrucción precisa, detallada, del curso etiopatogénico que produce el autismo en la mayor parte de los casos, pero son

concluyentes: ese curso tiene su origen esencial en sucesos biológicos, que tiene lugar en el interior del niño". (Riviére, 1998, pág. 29).

Por lo que el modelo de intervenciones terapéuticas que propone diferencia entre las intervenciones internas, propias

del mundo médico-sanitario, y las externas propias de los otros sistemas influyentes: escolar, familiar y terapias de corte psicológico.

Para finalizar, quisiéramos concretar más desde un punto de vista educativo la



Adaptado de Riviére (1998); pp. 31.

intervención con niños con SA. Klin y Volkmar (1996) y Attwood, (2000), afirman que las técnicas de manejo de conducta, las estrategias de apoyo emocional y las actividades dirigidas a fortalecer la capacidad social y comunicativa deberían ser implementadas de manera cuidadosa, individualizada y a aplicar por todo el personal educativo. Clarificando más su propuesta dan una serie de sugerencias que podríamos sintetizar en:

- Las habilidades, conceptos y procedimientos han de ser enseñados de modo explícito y repetitivo, utilizando la enseñanza verbal y descomponiendo la tarea en pasos. Las instrucciones verbales, la planificación repetitiva, la práctica y la consistencia son esenciales.
- Debe cultivarse la conciencia social centrándose en los aspectos relevantes y

haciendo explícitas las discrepancias de la persona con SA y las percepciones de los demás. Esto implica, la enseñanza del código de conducta social, la resolución de conflictos y habilidades para hacer amigos. Atwood (2000), cita las historias sociales de Carol Gray (1998), desarrolladas específicamente para esta población y dirigidas a la enseñanza de la racionalización de la situaciones sociales y el aprendizaje por medio de un guión de lo que hay que hacer.

- Trabajar la generalización de las estrategias y conceptos sociales aprendidos (por ejemplo, características físicas de una persona, retener los nombres completos, facilitar la interacción). Esto aumentará su autosuficiencia si lo hacemos conscientes de que las explicaciones verbales no serán suficientes, y será

necesario enseñar la secuencia exacta de acciones adecuadas para lograr el comportamiento deseado.

- La secuencia de conductas, tales como ir al colegio, ir a la compra, deben ser enseñadas verbalmente y ensayadas de manera práctica con el profesor, cuidadores y padres. Del mismo modo, no se debe olvidar que la *repetición* se convierte en principio pedagógico necesario para el tratamiento, lo que exige al profesor una serie de características personales, tales como: entusiasmo, cierto grado de identificación con el mundo del niño, el convencimiento de hacer bien las cosas, sentido del humor, paciencia, trato afable y una tremenda madurez emocional (Feito, 2004). *El mismo Asperger se dio cuenta de la importancia tan trascendental que tenía la actitud de los profesores, puesto que en 1944 ya escribía que estos niños presentan a menudo una sorprendente sensibilidad hacia la personalidad de sus profesores. Pueden ser enseñados, pero solamente por aquéllos que les ofrece una comprensión y un afecto verdaderos, gente que les trata con cariño y también con humor.. La actitud emocional subyacente del comportamiento del niño* (Bauer, 2003. pág. 8). Aciego de Mendoza (1996), plantea la actuación directa del profesor desde la **dimensión cognitiva**, transmitiendo la información por medio de exposiciones verbales, valoraciones, atribuciones, etc. Desde la **dimensión afectiva**, creando un clima empático en la participación y revelación de las suyas. Desde la **dimensión conativa**, el profesor recurre al análisis de las condiciones de clase manejando el ambiente y usando refuerzos y recompensas. En las investigaciones

sobre la integración escolar de alumnos con necesidades educativas especiales en la escuela ordinaria, Hegarty, Hodgson y Clunies-Ross (1984), pudieron comprobar, como los alumnos con alguna necesidad especial se relacionaban con sus profesores con fines instructivos, menos que sus compañeros; los que son incapaces de responder a preguntas o de pedir ayuda y permanecen tranquilamente sentados en clase, escapan con frecuencia a la atención de sus profesores; los que presentan trastornos sensoriales ofrecían menos probabilidades de iniciar el contacto con el profesor. Estas consideraciones nos inducen a pensar que el profesor tiene la necesidad de ser sensible a las características personales del alumno y atraerle hacia la conversación y la participación en las tareas escolares.

- Se debe reforzar la habilidad para interpretar a la vez la información visual y la auditiva, ya que es importante comprender el mensaje que aportan las señas no verbales. La identificación de señales en la expresión facial de otra persona, el lenguaje corporal y el tono de voz necesitan un tiempo considerable y mucha práctica para el aprendizaje.

- Hay que enseñar a la persona con SA a identificar situaciones nuevas y a recurrir y usar una lista de pasos bien planificada y bien ensayada.

- Se debe enseñar habilidades sociales dirigidas a resolver situaciones del tipo: ser presentado a alguien desconocido, interpretar el comportamiento social de otras personas, etc. por lo que habrá que ensayar hasta que la persona con SA sea consciente del impacto de su comportamiento sobre las reacciones de otras personas hacia él. Deben incorporarse

técnicas tales como practicar delante del espejo, escuchar una conversación grabada, analizar vídeos sobre comportamientos a estudiar, etc.

• Siendo una de las mayores áreas de preocupación las interacciones sociales, Bauer (2003) propone que el aprendizaje formal y didáctico de habilidades sociales puede llevarse a cabo tanto en clase como en entornos individualizados y propone como estrategias exitosas las que utilizan “modelos directos” así como representación de papeles en situaciones concretas. También plantea como útil el “sistema del amigo”, experiencia a dos para llevar a cabo la enseñanza estructurada de los comportamientos deseados.

• No podemos olvidar el déficit motor o torpeza motora que presentan los SA, ante el cual Maristany (2003) propone un intervención global similar a la que emplearíamos con cualquier niño con este déficit, pero puntualiza que teniendo dificultades en el equilibrio y la propiocepción que unidos a sus dificultades de coordinación y posible rechazo al contacto físico, pueden convertir la gimnasia y el deporte en situaciones estresantes para ellos, por lo que debemos calibrar el nivel de exigencia e intentar que lo realicen en grupos pequeños.

Bibliografía

- Abós, P y Polaino-Llorente, A. (1986): “Integración de deficientes mentales educables: un estudio de actitudes docentes”. *Revista española de Pedagogía*, 172: 193-206.
- Aciego de Mendoza Lugo, R. (1996). “Génesis y mantenimiento del equilibrio personal y social”. En AA.VV. *Educación en Valores*. Plasencia. (Cáceres): AIDEX.
- Ami Klin, PH. D. y Fred R. Volmar, M. D. (1996). “Síndrome de Asperger. Tratamiento y Educación”. Tradición de Enrique Vázquez y Cristina Fanlo. <http://autismo.com>.
- Artigas, J. (1999). “El lenguaje en los trastornos autistas”. *Revista de Neurología Clínica*, 28 (Supl 2), 118-123.
- Artigas, J. (2000). “Aspectos neurocognitivos del Síndrome de Asperger”. *Revista de Neurología Clínica*, 1; 34-44. (<http://www.revneurolog.com/RN/0101/a010034.pdf>).
- Artigas, J. (2003). “Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad”. *Revista de Neurología Clínica*, vol 36 (Supl 1): 68-78.
- Attwood, T. (2000). “Modificaciones en la terapia cognitivo-conductual para adaptarse al inusual perfil cognitivo de las personas con Síndrome de Asperger”. Traducción de Alejandra Esquivias. <http://www.Autismo.com>.
- Attwood, T. (1997): “Escala australiana para síndrome de Asperger”. <http://aut.tsa.es>.
- Bauer, S. (2003). “El Síndrome de Asperger”. <http://www.Autismo.com>.
- Bonde, E. (2000). “Comorbidity and subgroups in childhood autism”. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 9; 7-10.

- Feito, R. (2004). "¿En qué puede consistir ser "buen" profesor?" *Cuadernos de Pedagogía*, n° 322. pp. 85-89.
- Fortes, A. (1994). *Teoría y práctica de la integración escolar: los límites de un éxito*. Archidona (Málaga): Aljibe.
- Frith, U. (1991). *Autismo*. Alianza. Madrid.
- García, J. N. y Alonso, J. C. (1985): "Actitudes de los maestros hacia la integración de niños con necesidades educativas especiales". *Infancia y Aprendizaje*, 30: 51-68.
- Gilberg, C. (1989). "Asperger's syndrome in 23 Swedish children". *Dev Med Neurol* 31; 520-531.
- Hegarthy, Hodgson y Clunies-Ross. (1988). *Aprender juntos. La integración escolar*. Madrid: Morata.
- INCE (1998). "La escuela secundaria obligatoria, 1997". En *Diagnóstico General del Sistema Educativo*, Madrid: MEC.
- Lilia T. Negron. (2001). "El Síndrome de Asperger". *I Simposium Internacional de Atención a personas autistas y personas con Síndrome de Down*. La Habana (Cuba).
- León Guerrero, M. J. (1995): "Las actitudes del profesor-tutor de alumnos con necesidades educativas especiales en su aula, acerca de la integración escolar. Una revisión de las investigaciones de campo". *Revista Educación de la Universidad de Granada*, 8: 141-152.
- Martistany, M. (2003). "El alumno con Síndrome de Asperger en la escuela primaria". <http://fipa.es/articulos/asperger>.
- Martos, J. (2001). "La intervención Educativa desde las posiciones explicativas Neuropsicológicas en el Autismo". *Revista de Neurología Clínica*; 2 (1): 203-210.
- Martos, J. y Ayuda, R. (2003). "Autismo e hiperlexia". *Revista de Neurología*, 36 (Supl 1); 57-60.
- Rally y Bloch-Rosen, PH. D. (1999). "Síndrome de Asperger, Autismo de Alto Funcionamiento y Desórdenes del Espectro Autista". Traducción de Rogelio Martínez Maciá. <http://www.autismo.com>.
- Riviére, A. (1998). "El tratamiento del autismo como trastorno del desarrollo: Principios generales". En Riviére, A. y Martos, J. (comp.). *El tratamiento del autismo: nuevas perspectivas*. (pp. 23-59). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y APNA.
- Rodríguez Diéguez, J. L. (2001): "Prólogo". En Garrido, J., Marchena, R., Fernández, C. y López, N. *Programa para el desarrollo de la competencia integradora del profesorado*. Archidona (Málaga): Aljibe.
- Sanahuja Gravalda, J. M. (2001). "Atención educativa a las necesidades especiales relacionadas con la comunicación". En *Enciclopedia Psicopedagógica de Necesidades Educativas Especiales, vol-II*. Archidona. (Málaga): Aljibe.
- Silberberg, N. y Silberberg, M. (1967). Hyperlexia: Specific word recognition skills in young children. *Exceptional Children*, 34: 41-42.
- Sue Thompson, M. A. (1996). "Trastornos del Aprendizaje No Verbal". <http://aut.tsai.es>. Traducción de Enrique Vázquez.

Tony Attwood, Ph. D. y Garnett, M. S. "Escala Australiana para Síndrome de Asperger". Traducido en la página de Autismo-España, <http://aut.tsai.es>.

Ventoso, M. R. y Osorio, I. (1997). "El empleo de materiales analógicos como organizadores del sentido en personas autistas". En Riviere, A. y Martos, J. (Comp.). *El tratamiento del autismo: nuevas perspectivas*. (pp. 565-588). Madrid: INSERSO-APNA.

Verdugo, M. A. y Arias, B. (1991): "Evaluación y modificación de las actitudes hacia los minusválidos". *Revista de Psicología General y Aplicada*, 44-1: 95-102.

Wing, L. (1981): "Asperger's syndrome. A clinical account". *Psychol Med.*, 2: 115-130.

Whitehouse, D. y Harris, J. (1984): "*Hyperlexia in infantile autism*". *J. Austim Dev Disord*, 14 - 281 -9.

Wolfensberger, W. (1972): *The principle of normalization in Human Services*. Toronto: National Institute on Mental Retardation.