



**FEDERAÇÃO PORTUGUESA DE AUTISMO**

---

## Folha Informativa Periódica

Novembro de 2004- Folha B

---

### **APPDA- Norte**

#### **Comunicações da I Bienal Autismo- Norte**

##### **AUTISMO E ENVELHECIMENTO – PARA UMA MELHOR QUALIDADE DE VIDA**

**Isabel Cottinelli Telmo**

**APPDA-Norte, Bienal, 21 Outubro 2004**

Na última década, várias conferências e seminários abordaram os problemas das pessoas de idade mas poucos abordaram o problema das pessoas idosas deficientes que têm problemas relacionados com a sua idade e problemas relacionados com a deficiência.

Actualmente a esperança de vida é muito maior e melhores as condições de vida não só nos países desenvolvidos mas também nos países em desenvolvimento.

Não há estatísticas da longevidade das pessoas idosas com autismo, no entanto podemos acreditar que as pessoas com autismo vivem também mais tempo. Nos últimos 30 anos, de acordo com relatos ocasionais, morreram menos pessoas com autismo de idade inferior a 50 anos, o que acontecia anteriormente.

Os problemas específicos das pessoas idosas com autismo são, além dos da outra população envelhecida, económicos, sociais, residenciais e afectivos, agravados com os problemas relacionados com o autismo: neurológicos, psicológicos e fisiológicos. Além desses há ainda problemas de comportamento, de interacção social e de comunicação bem característicos da sua condição e que podem agravar-se com a idade.

Pode haver problemas adicionais de saúde provocados pelos efeitos secundários de alguns medicamentos.

Para que as pessoas com autismo vejam respeitados os seus direitos há que estabelecer um plano individual de intervenção onde estejam consignados os direitos a:

Uma vida independente e a autodeterminação; manter e melhorar a qualidade de saúde; manter e melhorar a comunicação e a interacção social; serviços que proporcionem boa qualidade de vida; emprego protegido quando necessário; emprego dos familiares que tenham as pessoas com autismo a seu cargo; residência adequada e diversificada; apoio financeiro

realista e adequado e pessoal formado segundo um plano sistemático e uma abordagem holística.

## **Saúde e Qualidade de Vida**

Prof. Doutora Pilar de Quinhones – Levy

Laboratório de Genética da Faculdade de Medicina de Lisboa

APPDA-Lisboa

A constatação da existência de uma alteração do comportamento numa criança, seguida do diagnóstico de perturbação autística é difícil para uma família. No entanto este diagnóstico leva a que a criança deva iniciar desde cedo um protocolo de intervenção comportamental e clínico, de modo a identificar “problemas” associados e minimizar os efeitos da perturbação.

Esta intervenção deverá preferencialmente ser efectuada por uma equipa multidisciplinar, ou na sua ausência por técnicos de saúde que privilegiem o diálogo e o trabalho de colaboração entre todos de modo a planificar todos os exames clínico – laboratoriais, apoios comportamentais, e psicopedagógicos do doente.

Como já referi a coordenação entre os vários técnicos é essencial devendo ser aplicados:

- Protocolos de estudo adequados
- Cuidados de saúde globais
- Intervenção comportamental individualizada

## **Etiologia**

O síndrome autístico é uma situação de base genética comprovada com uma hereditabilidade superior a 90%.

Actualmente é aceite o modelo de hereditariedade complexa, ou seja interacção de vários genes de susceptibilidade (3 a 6 genes) com o ambiente.

Entre os factores ambientais desfavoráveis contam-se alguns factores pré e peri- natais como por exemplo:

- doença genética associada - Síndrome do X frágil; algumas doenças metabólicas, cromossomopatia (cr.15).
- embriopatia infecciosa - rubéola; varicela; toxoplasmose
- infecções precoces - encefalite

## **Avaliação Clínica**

A avaliação clínica deve incluir para além das avaliações associadas à perturbação comportamental, uma avaliação global de saúde cuidadosa que inclua:

- Identificação de doenças associadas ao autismo
  - Doenças genéticas
  - Patologias frequentes no autismo como a epilepsia
  
- Avaliação da presença de risco médico
  - Magreza ou obesidade extrema
  - Alterações dentárias
  - Risco de acidentes
  - etc.
  
- Consulta de Aconselhamento Genético

Apesar de a maioria das doenças genéticas não terem tratamento, por vezes já existe terapêutica que melhora o quadro clínico. Também o conhecimento da história natural da doença pode ajudar o clínico a melhor tratar o doente, e a prevenir doenças secundárias como por exemplo tumores associados.

As doenças genéticas repetem-se! Assim o risco de repetição do síndrome deve ser cuidadosamente avaliado, sendo em média após estudo genético exaustivo negativo de cerca de 5% em relação às perturbações globais do desenvolvimento, mas se se identificar uma doença genética associada o risco de repetição poderá chegar aos 25%.

## **Cuidados Globais de saúde:**

Sendo tão importantes os cuidados globais de qualquer indivíduo seja ele criança, jovem ou adulto, então porque falham na maioria das pessoas com autismo?

A preocupação dos pais e técnicos acerca do comportamento do indivíduo por vezes faz esquecer os cuidados globais de saúde. Também outras dificuldades se apresentam:

### 1. Dificuldade em transportar o doente

A agitação e a recusa em não cumprir rotinas leva a que por vezes os doentes sejam difíceis de transportar.

### 2. Dificuldade do médico em:

- Observar
- Manipular
- Compreender
- TRATAR

Quando o médico não consegue observar convenientemente o doente ou não tem conhecimento do tipo de patologia comportamental que enfrenta, pode ser levado a não tratar ou pelo contrário a hipermedicar o doente. Qualquer clínico que lide com estes doentes sabe que por vezes quase que temos que “adivinhar” o que se passa, mas não se deve perder nunca o senso clínico.

Infelizmente temos que reconhecer o “esquecimento” por parte de alguns clínicos e de algumas famílias dos cuidados globais de saúde, que devem ser IGUAIS aos de qualquer pessoa, independentemente do seu problema específico. As alterações do comportamento NÃO podem servir de desculpa.

A OMISSÃO é uma forma de NEGLIGENCIA.

Em seguida mencionaremos alguns dos cuidados de saúde a não esquecer.

## CUIDADOS GLOBAIS DE SAÚDE

### CRIANÇA

#### 1. Consulta de pediatria de rotina

- Vigilância do crescimento
  - Altura, peso e perímetro cefálico

#### 2. Alimentação

- Qualidade (cuidado com alergias)
- Quantidade

É importante a identificação de problemas alimentares como a recusa alimentar, vómitos, fixação ou recusa da ingestão de determinados alimentos e a compulsão na ingestão de alguns alimentos ou bebidas.

#### 3. Prevenção de doenças infecto-contagiosas

- Vacinação

É essencial o cumprimento do programa nacional de vacinação.

O alarme lançado em relação ao aparecimento ou agravamento do comportamento autista associado à administração de algumas vacinas, não só pela resposta imunitária às mesmas, mas também pelo seu conteúdo em timerosal (mercúrio), foi já exaustivamente estudado por alguns autores que comprovaram a não existência de qualquer ligação. O risco de patologia grave e morte associada a doenças infecto-contagiosas como o sarampo ou o tétano (entre outras) é muitíssimo superior ao eventual e hipotético risco do aparecimento ou agravamento de autismo.

- Controlo dos riscos epidémicos, nos lares de acolhimento ou escola
  - Aconselhada a administração da vacina da gripe e hepatite B aos doentes e pessoal das escolas e lares. A vacina da hepatite B consta desde o ano 2000 do calendário de Vacinação Nacional.
  - Cumprimento dos períodos de evicção escolar dos indivíduos com doenças infecto-contagiosas
- Cuidado com a contaminação de feridas.
- Cuidado da exposição a produtos orgânicos infectados (sangue, esperma)

#### 4. Consulta em Higienista oral / dentista / estomatologista

A consulta periódica é de toda a importância, durante toda a vida.

A “dor de dentes” é uma das principais causas de crise comportamental.

Só após muitas consultas de rotina, em que o doente se habitua gradualmente a estar imóvel, boca aberta e a deixar ser tratado, poderão evitar (eventualmente) a necessidade de anestesia geral para tratamentos dentários .

## **ADOLESCENTE**

A adolescência é em qualquer jovem uma fase de mudança por vezes com grandes dificuldades de adaptação. Existe o risco do aparecimento , agravamento, ou melhoria de uma epilepsia.

A adaptação a um “corpo novo” é complicada, e por vezes a existe um agravamento da descoordenação motora.

Algumas crises de alterações de comportamento são apenas uma incapacidade em lidar com a sua sexualidade. As dores menstruais, a descoberta da masturbação podem e devem ser controladas. Os jovens têm direito a sua sexualidade mas devemos ensina-los a lidar com ela.

O tratamento das dores menstruais com um anti-inflamatório é muitas vezes suficiente para evitar crises comportamentais neste período.

## **ADULTO**

Na idade adulta habitualmente existe uma melhoria da sociabilização, no entanto também existe o risco de aparecimento de outras doenças psiquiátricas, e infelizmente a morte de um ou ambos os progenitores leva à necessidade de uma reestruturação familiar por vezes com necessidade de uma mudança de ambiente.

### Consultas de rotina

Prevenção de tumores, e de doenças cardiovasculares. Vigilância do peso, a obesidade é frequente no autista adulto.

Deve ser aplicado um protocolo de rotina em todos os adultos, devendo ser ajustado individualmente a cada caso.

Principalmente não nos devemos esquecer que as pessoas com autismo também envelhecem!

#### CONSULTA MÉDICA - Tipos de abordagem

Existem alguns tipos de abordagem que devem ser utilizadas pelo médico aquando da consulta médica, que diminuem o stress ao doente e facilitam a consulta.

É sempre conveniente o doente:

- Conhecer o médico – consultas periódicas, mesmo sem estar doente
- Ser habituado a ser tocado, a ser observado

O médico deve tentar sempre a colaboração do doente e fasear a observação

- Os doentes devem ser observados se possível no seu ambiente.  
O espaço da consulta deve permitir que o doente se mexa à vontade. O ambiente deve ser espaçoso e adaptado  
O médico deve conhecer as preferências do doente.  
Deve estar presente uma pessoa em que o doente tenha total confiança e respeito, que poderá ser os pais, uma educadora, um terapeuta, etc.

Um dos “truques” para diminuir o stress da consulta é fasear se possível a observação. É importante o doente consultar o médico mesmo em estado de saúde, se existir uma consulta de rotina em que o doente é habituado a ser tocado, a ser auscultado e observado, quando tiver doente a observação será muito mais fácil.

Também se existirem várias consultas médicas o clínico pode ir observando o doente em várias fases, passando a conhece-lo bem .

Deve sempre tentar-se a colaboração do doente, MAS se não for possível e o doente tiver que ser tratado ou tenha impreterivelmente que fazer algum exame auxiliar de diagnóstico, então deve ser utilizada uma contenção física, ou mesmo um sedativo ou uma anestesia geral.

**NÃO PODEMOS DEIXAR DE TRATAR UMA PESSOA COM AUTISMO COM A DESCULPA DE NÃO O CONSEGUIR MANTER QUIETO**

Para terminar quero aqui deixar bem frisado que o doente autista tem DIREITO a cuidados médicos de saúde como qualquer indivíduo.

Os problemas comportamentais são graves e fazem com o doente muitas vezes seja difícil de observar e de tratar.

Não se deve cair nem na omissão nem no exagero – consultas e exames auxiliares a mais!

O lema deverá ser Nem a mais Nem a menos – apenas o NECESSÁRIO

A definição de saúde (OMS) diz-nos que saúde também é o bem-estar social. E aqui temos que pensar no

- Ambiente adequado às necessidades - casa, escola, lar
- Ambiente estruturado
- Actividade laboral
- Integração na sociedade

Por ultimo mas não menos importante será o acompanhamento psicológico das famílias, incluindo ajuda financeira e logística.

Qual o prognóstico da doença, quais as perspectivas de futuro para o indivíduo autista?.

O prognóstico está relacionado com a gravidade da sintomatologia durante a infância, sendo crucial o grau de suporte que o indivíduo recebe ao fazer a transição de criança para adulto.

Assim pretende-se que ao

**Melhorar os cuidados gerais de saúde**

**Melhorar a qualidade de vida**

Porto, Outubro 2004

**PROF. DOUTOR EDGAR DE GONÇALVES PEREIRA**

**Auto e Hetero Agressividade: Uma abordagem psicológica**

**Resumo:**

“Para abordagem dos problemas graves de auto-hetero agressividade, são delineadas as razões fundamentais da utilidade do uso de estratégias psicológicas. Além de se evidenciarem que tipo de variáveis estão implicadas nesta questão, o autor faz referência à tecnologias mais usadas, metodologia de controlo, características deste tipo de actuação e os cuidados tomados na sua aplicação, em beneficio das pessoas com autismo.”

**GUIOMAR GONÇALVES DE OLIVEIRA**

## **Autism Diagnostic Interview revised**

Guiomar Oliveira

Consulta de autismo

Centro de desenvolvimento da criança

Hospital Pediátrico de Coimbra

### **RESUMO**

Faz-se a descrição da **entrevista Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)** e chama-se a atenção para a necessidade de a complementar com outros instrumentos para o diagnóstico de autismo.

Apresentam-se os resultados da aplicação da ADI-R e da escala childhood autism rating scale (CARS) num grupo de 383 crianças com o diagnóstico de perturbação do espectro do autismo (PEA) com idade média actual de 10.4 anos. Neste grupo de crianças de idade escolar verificou-se que é mais vezes obtida a cotação para autismo com a entrevista ADI-R e com a DSM-IV, do que com a escala CARS.

### **EQUIPA DA UADIP**

Alexandra Fernandes: Terapeuta Ocupacional da UADIP

Maria de Fátima Bessa: Pediatra e Directora da UADIP

Mestre em Intervenção Precoce

Maria Rosa Afonso: Psicóloga da UADIP

Mestre em Intervenção Precoce

Maria Isabel Osório: Educadora Especializada da UADIP

Mestre em Intervenção Precoce

Vânia Daniela Peixoto: Terapeuta da Fala da UADIP - PALESTRANTE

## **O Impacto da Comunicação Aumentativa e Alternativa na Intervenção Precoce com Crianças com PEA**

**Sumário:** O desenvolvimento da Comunicação/Linguagem da Criança com PEA parece não seguir os parâmetros normais do desenvolvimento da Comunicação e Linguagem. Assim, o programa de intervenção nesta área deve ser específico e adequado à problemática em questão e as características individuais de cada um. Vários estudos provam que o recurso à Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) é uma forma de intervenção adequada. São revistos alguns dos pressupostos que apoiam este tipo de intervenção, bem como as linhas de orientação nesta problemática. Palavras-chave: **Autismo; Comunicação Funcional; CAA; Intervenção Ecológica.**

As competências a nível da Comunicação e Linguagem têm um papel crítico e fundamental na capacidade do indivíduo funcionar em sociedade. Através dela podemos transmitir aquilo que desejamos, manter o contacto social com os outros e adquirir conhecimento acerca do mundo que nos rodeia.

O desenvolvimento da Comunicação e Linguagem nas crianças com PEA é singular, não comparável com o desenvolvimento normal, nem mesmo com o desenvolvimento de outro tipo de perturbações, pelo que a intervenção ao nível da comunicação nestes casos não deve ser baseado no desenvolvimento normal da comunicação e linguagem. As dificuldades não se centram ao nível da fala, mas da comunicação. Deve, pois, ser a este nível que a intervenção deve incidir, com particular relevância na funcionalidade da sua vida quotidiana e participação social. A intervenção tem que visar à funcionalidade comunicativa.

As diferenças no desenvolvimento comunicativo começam a ocorrer muito cedo, ainda na fase pré-linguística. Antes dos dezoito meses de idade, ao contrário de outras crianças, as crianças com PEA usam um repertório de comportamentos não verbais escasso, muitas vezes circunscrito ao pegar na mão do outro para pedir ajuda e aos gritos, para revelar desconforto e desagrado. Estes comportamentos comunicativos revelam uma intencionalidade comunicativa muito básica e instrumental, não tendo em conta o outro como um interlocutor, mas como alguém competente para resolver as suas dificuldades. É muito raro encontrarmos crianças pequenas com PEA capazes de apontar para o que querem ou para partilhar o interesse por determinado acontecimento, virem ter com os pais mostrar uma novidade.

A compreensão da Linguagem oral é também, na maioria das vezes, muito reduzida, assim como a compreensão dos comportamentos comunicativos do outro, verbais ou não verbais. A criança funciona essencialmente pela informação que retira do contexto.

Podemos assim identificar dois défices principais no desenvolvimento comunicativo da criança com PEA: a) dificuldade em estabelecer momentos de atenção conjunta; b) dificuldade no uso de símbolos, pelo que se observa uma dificuldade em aprender o significado partilhado e convencional dos mesmos, traduzindo-se num défice do desenvolvimento da linguagem e jogo simbólico.

Não quer dizer que a criança com PEA não comunique, mas não comunica espontaneamente com objectivos sociais, isto é, comunicam essencialmente ou mesmo





É fundamental escolher as actividades em que a criança se envolva com maior prazer e que sejam as mais relevantes para si, em que seja mais fácil atingir o objectivo, aplicáveis ao maior número de contextos possível e, que impliquem, preferencialmente, a interacção com pares.

Depois de escolhido o vocabulário, de acordo com os gostos e hábitos da criança, há que seleccionar o modo de comunicação a usar para cada um. Por exemplo, para se referir a um objecto específico, será preferível em princípio o recurso a um signo gráfico, enquanto que para a realização de comandos mais imediatos, como por exemplo informar que acabou, pedir para fazer chichi, ou pedir ajuda, um signo gestual será mais eficaz. Mas cada caso é um caso, e a selecção do modo de comunicação é determinado de acordo com a avaliação realizada (tipo de estímulo a que presta maior atenção, capacidade motora para executar gestos, facilidade de utilização por parte dos interlocutores...). Para isso, novamente, há que haver um grande trabalho de equipa, e cada decisão tomada relativamente ao vocabulário e modo de comunicação deve circular inter-equipa para haver coerência e para que as iniciativas comunicativas da criança tenham sucesso. Isto implica ensinar a todos os parceiros de comunicação, inclusivamente os seus pares, o modo de comunicação usado pela criança.

Para que surjam mais oportunidades de tomada de iniciativa por parte da criança deve haver uma estruturação do ambiente e planificação das estratégias a usar. Uma das estratégias mais importantes é ensinar competências comunicativas à criança é através do ensino incidental. É absolutamente crucial nestas crianças criar situações de aprendizagem em que a necessidade comunicativa de partilhar informação seja real, de modo a possibilitar o desenvolvimento da capacidade de tomar em conta as necessidades do seu interlocutor. É necessário então “treinar” todos os interlocutores para dar oportunidade de a criança ter iniciativa a nível da comunicação. Estratégias simples de implementar no dia-a-dia são por exemplo:

- Não dar ajuda antes de a criança mostrar que necessita;
- Bolacha preferida em casa estar fora do seu alcance, e o seu signo gráfico estar acessível;
- Depois da criança ser informada, na escolinha, que vai desenvolver uma actividade de colagem, estar no seu lugar o papel e não a cola;
- Dar um marcador que não pinte para ter de pedir outro;
- o seu brinquedo preferido está guardado dentro de uma caixa, difícil de abrir, e para isso vai ter de pedir ajuda (...)

Isto é, criar obstáculos que impliquem a necessidade de comunicar com o outro, obstáculos esses que vão aumentando de complexidade à medida que a criança é mais competente.

Na mesma actividade, por exemplo a hora da refeição, podem ser demonstradas/ensinadas diferentes funções comunicativas (ex: pedir, rejeitar, comentar).

Um conjunto significativo de estudos científicos demonstra que melhores competências comunicativas diminuem comportamentos desafiantes, logo que uma intervenção com vista a uma comunicação funcional apresenta resultados no que diz respeito à redução deste tipo de comportamentos.

Importa ainda salientar que, mais do que o uso de SAAC, a intervenção com recurso à CAA caracteriza-se essencialmente por:

1. O objectivo primordial é desenvolver uma comunicação social espontânea, com uma estrutura o mais flexível possível;
2. Desenvolver um repertório comunicativo multimodal, de modo a dar à criança um leque de estratégias vasto para conseguir expressar as suas intenções;
3. Tentar, na medida do possível caracterizar as interacções desenvolvidas pela partilha do controlo das mesmas, turn-taking e reciprocidade. Não é o uso de SAAC que determinam o perfil comunicativo do parceiro da criança. Independentemente da forma de comunicação que o outro usa com a criança, deve ter sempre em atenção se lhe está a dar oportunidade de tomar iniciativa, ao invés de estar constantemente a dar comandos;
4. Os contextos de aprendizagem devem envolver actividades significativas;
5. Independentemente da forma usada, os comportamentos comunicativos da criança devem ser valorizados e respondidos, mesmo quando é usada uma forma de comunicação não convencional;
6. Independentemente da forma usada, a criança deve ser capaz de ter algum controlo social (protestar, fazer opções...). Seja qual for o modo de comunicação usado, deve servir para cumprir uma grande variedade de funções comunicativas;
7. O suporte contextual (visual/gestual) é essencial para ajudar a criança a fazer sentido do mundo que a rodeia e interacções em que está envolvida

Concluimos assim que o uso de competências comunicativas é imprescindível para que a criança tenha um maior envolvimento na sociedade e experimente um melhor desenvolvimento intelectual e progresso educacional. Vários autores consideram o nível de competência comunicativa da criança com PEA ser um bom predictor do seu desenvolvimento futuro (Garfin & Lord, 1986; McEachin, Smith, & Lovaas, 1993). Para além disso, sabemos que com o recurso à CAA a probabilidade de a fala ocorrer é maior (Maurice, Green e Luce, 1996, Martinsen, 1997). Mais do que nos focarmos na reprodução de uma forma linguística, a intervenção deve enfatizar a função comunicativa, a relevância contextual, a participação social e pertença cultural. Este tipo de intervenção nas crianças com PEA é, normalmente, facilitada quando recorremos à CAA. Adquirir competências comunicativas nestas crianças é muito mais do que melhorar o repertório verbal oral, é fundamentalmente melhorar aspectos da

comunicação social, de modo a que a criança saiba como iniciar interações, seja através de palavras, ou de outras formas de comunicação!

Referências:

- ✓ CREGAN, A.; JONES, P; (1986). **Sign & symbol communication for mentally handicapped people**. British Library
- ✓ CUNNINGHAM, C.; DAVIS, H.; (1998). **Working With parents:Framework for Collaboration**. Open University Press.
- ✓ GREENSPAN, S.; WIEDER, S; (1998). **The Child With Special needs**. Perseus Books.
- ✓ MARQUES, C. (1998). **Perturbações do espectro do autismo: Ensaio de uma intervenção construtivista e desenvolvimentalista com mães**. Ed. Quarteto: Coimbra.
- ✓ MARTINSEN, H. (1997). Interaccion, **Language y Comunicacion en niños autistas**. In RIO, M. (1997). **Lenguaje y comunicación en personas con necesidades especiales**. Ediciones Martinez Roca: Barcelona
- ✓ PRIZANT, B.; WETHERBY,A. (2000). **Autism spectrum Disorders. A Transactional Developmental Perspective**. Paul H. Brookes Co.: Nova Iorque
- ✓ SARRIÁ, E.; GOMÉZ, J. e TAMATIT, J. (1996) **Joint attention and alternative language intervention in autism: implications of theory for practice**. In VON TETZCHENER, S. e JENSEN, M. (1996) **Augmentative and alternative communication, European perspectives**. Whurr: Londres.
- ✓ TAMARIT, J. (1990) **Comunicación y autismo: claves para un logopeda aventurero**. Jornadas de Renovación Logopédica "Ciudad de Plasencia", Noviembre 1990
- ✓ TAMARIT, J. (1999) **Challenging Behaviors in person with Autism**.
- ✓ TREVARTHEN, C; AITKEN, K., PAPOUDI, D., ROBERTS, J. (1999) **Children With Autism**. Jessica Kingsley: London.
- ✓ VON TETZCHENER, S.; MARTINSEN, H. (2000) **Introduction to Augmentative and Alternative Communication**. 2ª ed. Whurr: Londres

**ALDA MIRA COELHO**

Pedopsiquiatra no Hospital São João (serviço de Psiquiatria/ Pediatria)  
Mestrado em intervenção precoce na área do autismo e processos de vinculação

## **Resumo Comunicación**

O aumento crescente de diagnósticos na área do autismo criou a necesidade de desenvolver recursos que permitan a identificación precoce dos casos-alvo e a programación de intervención especializada a nivel pedagógico e terapêutico, com base numa articulación entre os servizos de saúde e educación. Neste sentido, tem vindo a desenvolver-se un proxecto de intervención integrada na área do autismo ,com articulación entre os servizos de pediatría /pedopsiquiatría do Hospital S. João (diagnóstico e orientación ), AICI e institucións ligadas ao ministerio de educación (DREN) . Este proxecto visa a creación, nas escolas públicas, de unidades de recursos específicos, metodoloxías adaptadas e formación dos técnicos, tendo em vista un apoio especializado ao longo do percurso de vida da crianzá e a súa integración gradual no contexto escolar e sócio profesional.

### **AMPARO MAQUIEIRA PRIETO**

Licenciada en Psicoloxía. Mestra en educación especial.  
Directora Pedagóxica do CEE Menela.

### **XOÁN CARLOS GONZÁLEZ CAMPO**

Mestre en educación Especial. Titular de aula do grupo de maior idade do CEE Menela cos que se planifica o Programa de Transición á Vida Adulta.

## **MODELO DE ARTICULACIÓN FUNDACIÓN MENELA / EDUCACIÓN NO APOIO A CRIANÇAS COM PEA NA GALIZA**

O centro de Educación Especial Menela é un dos servizos que ofrece en Vigo a Fundación Menela para aqueles alumnos/as que, en idade escolar, se lles diagnostique un Trastorno Xeneralizado do Desenvolvemento; é pois, un centro específico para persoas con Espectro Autista.

O centro inicia a súa andadura en 1977 pero é no ano 1985 cando establece un concerto coa Consellería de Educación e Ordenación Universitaria, o cal fai que a nosa actuación e liña de traballo se base nas directrices que marcan as leis de educación (LOGSE, LOCE), e nacen termos novos como necesidades educativas especiais, adaptacións curriculares, proxecto educativo do centro, proxecto curricular, estilo de aprendizaxe de cada alumno/a, adaptacións metodolóxicas, regulamento de réxime interno, etc.

Na nosa comunidade educativa, ademais do equipo directivo, dáse unha participación de distintos profesionais: mestres especialistas, psicólogos, coidadores, traballadora social, logopeda, tamén os pais interveñen moi directamente a través do Consello Escolar e a través das asociacións de pais. Outros órganos externos ó propio Centro que inciden e o apoian directamente son: a administración educativa (inspección educativa) á cal hai que facerlle

entrega da programación xeral de cada curso e de unha memoria final e asociacións que realizan algún tipo de seguimento a alumnos/as do centro de maneira ocasional (ONCE, Centro público ordinario); do mesmo modo, o Centro de Educación Especial Menela é un lugar de referencia para moitos profesionais de outros centros ordinarios que buscan modos de actuación, metodoloxía e materiais para traballar cos alumnos/as integrados nas súas aulas.

¿Que é o Centro de Educación Especial Menela?

\* É un lugar onde hai aulas estables con estruturas temporais e espaciais claras e contornos onde se anticipan tarefas para facilitar a aprendizaxe.

\* É un centro dende onde se parten as aulas fora do recinto escolar: entorno piscina, entorno barrio, entorno pavillón municipal, entorno “Castro Navás” que é onde se realizan parte das actividades do proxecto de Transición á Vida Adulta.

\* Tamén se ofrecen actividades extraescolares e de ocio.

\* É tamén un lugar de atención ás familias

\* E para finalizar é un lugar onde se realiza un servizo de diagnóstico e orientación non solo das persoas que poidan ser escolarizadas senón tamén doutra poboación que o demande.

**Asdo.: Amparo Maquieira Prieto  
Xoán Carlos González Campo**

### **CIPRIANO LUIS JIMÉNEZ CASAS**

Médico-Psiquiatra. Psicanalista didacta da Asociación Española de Psicoterapia Psicoanalítica (AEPP).

Director Xeral Fundación MENELA (titular dos Centros Menela e Castro Navás, para persoas con Autismo en idades escolares e adultas).

Vicepresidente de AUTISMO GALICIA. Director da revista MAREMAGNUM, publicación galega sobre o transtorno do Espectro Autista. Autor e co-autor de libros sobre autismo, sexualidade, discapacidade, accesibilidade, psicanálises...Conferenciante e ponente en congresos, Seminarios e Simposiums nacionais e internacionais.

Director do Proxecto CAMI, Interreg III A, com APPDA-Norte e APPACDM.

### **FRUSTAÇÃO ( BURNOUT ) NO TRABALLO COM PESSOAS COM PEA**

O Síndrome de Burnout o tamen denominado Síndrome do Queimado, consiste nunha resposta o “estrés laboral crónico” ou “estrés ocupacional”.

As características fundamentais da síndrome consisten nunha despersonalización do traballador na súa ocupación a que se suma unha insatisfacción persoal.

O persoal que poderíamos considerar como de alto risco son 1) Os profesionais sanitarios e especialmente o de enfermería, 2) os educadores ( profesores...) e 3) as persoas que traballan en servizos sociais, especialmente os educadores, monitores, cuidadores, etc. que atenden as persoas con Discapacidade e dentro de este colectivo, especialmente os traballadores no eido da atención as persoas con Autismo ou con Trastorno do Espectro Autista.

Os síntomas da Síndrome de Burnout, poderíamos agrupalos como a) esgotamento emocional, físico e psíquico, b) despersonalización con comportamentos neurotizantes, c) problemas conductuais, d) problemas laborais, e) problemas de relación e f) depresión.

A Síndrome de Burnout, ata que aparece segue un proceso que vai desde unha distorsión entre as demandas laborais e os recursos humanos e materiais, ata a despersonalización acompañados de problemas conductuais, actitude neurótica, etc. pasando necesariamente por exceso ou sobreesforzo emocional como resposta a distorsión.

Os factores determinantes, teñen que ver con a propia estrutura e personalidade do traballador, ca súa formación, conflictividade familiar, sistemas de relación, situación económica, etc.

En relación a “prevención” da Síndrome, son moitos os elementos que hai que ter en conta; formación, obxectivos, salario, dirección, contornos, etc.

E por último o tratamento ou intervención pasa por un apoio persoal unha vez diagnosticado a síndrome e aceptalo, para posteriormente valorar o sistema organizativo, as relacións interpersonales, os límites no traballo, as melloras no entorno ( medio ), axuste do traballo as condicións de cada traballador, etc.

Actualmente, a Síndrome de Burnout, supón un dos problemas máis importantes que teñen planteados as institucións que forman parte do ámbito dos denominados Serviciops Sociais ou de Saúde incluídos tamen o Ensino Especial. Neste ámbito móvense os traballadores dos Centros que dan atención as persoas con Autismo, onde os conflitos e baixas médicas por depresión ( que formarían parte da Síndrome de Burnout ), son cada día un dos maiores problemas a considerar.

**Cipriano Luis Jiménez Casas**

**Director xeral Fundación MENELA**

### **RICARDO CANAL BEDIA**

Profesor Titular de Trastornos del Comportamiento la Universidad de Salamanca, Dtpo. de Personalidad Evaluación y Tratamiento Psicológicos e doctor en Psicología en 1991 en la Universidad Autónoma de Madrid con la tesis titulada “El problema de la comunicación prelingüística en los niños autistas”.

### **LA INTERVENCIÓN EN HABILIDADES COMUNICATIVAS Y SOCIALES EN NIÑOS PEQUEÑOS CON AUTISMO**

El propósito de la ponencia es presentar una revisión sobre la investigación existente en relación a las características tempranas del autismo, prestando una atención especial a las estrategias eficaces en la intervención para promocionar la competencia comunicativa y social en edades tempranas. En la literatura científica se pueden encontrar multitud de trabajos sobre modelos y técnicas de intervención en niños pequeños con autismo. Pero es difícil evaluar

cuales son los métodos más eficaces ya que el desarrollo de habilidades para la comunicación y el lenguaje de los niños pequeños con autismo requiere intervenciones muy complejas, a largo plazo, que combinan diversos componentes y que, por su complejidad, son difíciles de evaluar. En la ponencia se presentará una perspectiva general de cuales pueden ser los procedimientos eficaces en el tratamiento de los problemas comunicativos y sociales de los niños pequeños con autismo y se expondrán las bases de la perspectiva social-pragmática, abordando aspectos como a) la identificación de precursores comunicativos y sociales; b) el incremento de la espontaneidad, los inicios conversacionales y la variedad de funciones comunicativas; c) la implicación de la familia y el grupo de iguales en los programas de intervención; d) las relaciones entre la intervención en la comunicación y la interacción social y otras dificultades comportamentales; y d) una síntesis de buenas prácticas en la implementación y evaluación de los programas de intervención.

Ricardo Canal Bedia  
**Universidad de Salamanca**