

ENVELLECIMENTO, AUTISMO E CALIDADE DE VIDA

**AUTISMO GALIZA**

ANO EUROPEO DAS PERSOAS CON DISCAPACIDADE

MAREMAGNUM

 AUTISMO GALIZA

Nº 7. Ano 2003

Número Ordinario

*Director*

Cipriano Luis Jiménez Casas  
ciprianoluis@retemail.es

*Consello de Redacción*

Ana Martínez Díez  
Enma Cuesta Fernández  
Susana Rodríguez Blanco  
Estrela Vázquez Allegue  
María Alonso González  
Cipriano Luis Jiménez Casas

*Corrección Lingüística*

Azucena Vázquez

*Gravado portada*

Perfecto Estévez

*Edita*

AUTISMO GALIZA

Rúa Home Santo de Bonaval, 74 baixo  
15703 Santiago de Compostela

Tfno. 34 981 589365

Fax 34 981 589344

Móvil: 670 797656

E-mail: autismogalicia@telefonica.net

Dep. Legal: 378-1997

*Impresión*

Comercial Gráfica Nós. Príncipe, 22 baixo - Vigo

## Sumario

7

Editorial

ENVELLECIMENTO, AUTISMO E CALIDADE DE VIDA

11

OS DEREITOS DAS PERSOAS MAIORES AFECTADAS DE AUTISMO.  
CARA UNHA MELLOR CALIDADE DE VIDA

Autismo Europa

21

DISCAPACIDADE INTELECTUAL E AVELLENTAMENTO

J. C. Millán Calenti, M<sup>a</sup>. J. López Rey, J. Quintana Mirón, Luis Meleiro Rodríguez

29

EVOLUCIÓN DO TRASTORNO AUTISTA NA IDADE ADULTA E  
PROBLEMAS DE SAÚDE ASOCIADOS

Francisco Rodríguez-Santos

*Profesor asociado da Universidade Autónoma de Madrid*

39

PROXECTO PARA O RECOÑECIMENTO E VALIDACIÓN DOS SERVIZOS  
DE DIAGNÓSTICO E ORIENTACIÓN DAS ASOCIACIÓNS MEMBROS DE  
AUTISMO GALICIA

C. L. Jiménez Casas, P. Martínez Iglesias, A. Lago Cabaleiro, M. A. Paz Jiménez,  
F. García Rey, C. Márquez López, A. Martínez Díez, A. Otero Carreiras,  
A. López Méndez, P. Rodríguez Garrido

51

ACERCA DAS DIFICULTADES DE DETECCIÓN E DIAGNÓSTICO  
DO TRASTORNO DE ASPERGER

Juana M<sup>a</sup>. Hernández Rodríguez

*Profesora asociada do Departamento de Psicoloxía Evolutiva e da Educación da  
Universidade Autónoma de Madrid*

59

SITUACIÓN E NECESIDADES EDUCATIVAS DOS ALUMNOS CON  
TRASTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NA COMUNIDADE AUTÓNOMA  
DE GALICIA

C. Márquez López, E. Blanco García, X. C. González Campo, A. Rodríguez Díaz,  
P. Martínez Iglesias, A. Otero Carreiras, A. Martínez Díez, P. Rodríguez Garrido,  
A. López Méndez

75

ESPECTRO AUTISTA E ODONTOLOXÍA

Pedro Diz Dios

*Profesor de Odontoloxía. Universidade de Santiago de Compostela*

81

ESTUDIO LONXITUDINAL DE ADULTOS AUTISTAS NA COMUNIDADE  
FORAL DE NAVARRA

Ana Díaz de Rada Igúzquiza

*Licenciada en Pedagogía e Doutora en Psicoloxía. Universidade Pública de Navarra*

89

MANUAL PARA A UTILIZACIÓN DO CUESTIONARIO SOBRE  
A CALIDADE DE VIDA

Kenneth D. Keith, Robert L. Schalock

## DISCAPACIDADE INTELECTUAL E AVELLENTAMENTO\*

J. C. Millán Calenti<sup>1</sup>, M<sup>a</sup>. J. López-Rey<sup>2</sup>, J. Quintana-Mirón<sup>3</sup> e  
L. Meleiro-Rodríguez<sup>4</sup>

### RESUMO

*Destacan os autores en termos xerais a pouca atención que os investigadores prestaron ó colectivo de poboación maior con deficiencia mental. Os esforzos na actualidade dos traballos de investigación sobre o envellecemento van encamiñados a “engadir vida ós anos, máis que engadir anos a vida”. O proceso de avellentamento dase nun seno familiar raras veces axeitado a esta circunstancia, e con carencias importantes nos sistemas de apoio. Pretendese que no futuro as persoas con discapacidade intelectual vivan máis anos e poidan gozar da súa ancianidade con maior dignidade e con maiores cotas de saúde e benestar.*

*Na actualidade non existen en Galicia centros especializados para atender a estas persoas con discapacidade intelectual engadida o proceso de avellentamento. Por outra banda, os centros xeriatricos non poden acollelos ata que teñan os 60 anos, cando este colectivo xa presenta problemas de ancianidade arredor dos 45 anos. Asimesmo os centros xeriatricos non están deseñados para persoas con discapacidade. Polo tanto compre dar resposta a esta nova demanda de persoas que teñen unha esperanza de vida cada vez maior.*

### Introducción

Ao tempo que se produciu o incremento da esperanza de vida ó nacer nos países desenvolvidos, os avances no eido da saúde e sociais facilitaron que cada vez máis

\* Traballo realizado polo grupo de Investigación en Xerontoloxía da Facultade de Ciencias da Saúde da Universidade de A Coruña, dirixido polo profesor Millán Calenti.

1 Catedrático de Xerontoloxía Clínica e Social. Director do Grupo de Investigación en Xerontoloxía. Facultade de Ciencias da Saúde. Universidade de A Coruña.

2 Socióloga. Traballa no grupo de investigación en Xerontoloxía da UDA

3 e 4 Médicos especialistas en Xerontoloxía. Traballan no grupo de Investigación en Xerontoloxía da UDA.

persoas con discapacidade intelectual (DI), cunha esperanza de vida que ata hai pouco se situaba entre os trinta e os corenta anos, acaden idades moi por riba destas; calculándose que no mundo, máis de 60 millóns de persoas poden ter algún nivel de discapacidade e que nas próximas décadas se producirá aínda un maior aumento deste grupo poboacional que na maior parte dos casos sobrevivirán ós seus proxenitores.

Coa publicación en 1992 por parte da Asociación Americana para o Atraso Mental (AAMR), da definición, clasificación e sistemas de apoio á persoa con esta discapacidade, pódese dicir que comeza o interese e a profundización no coñecemento da conducta adaptativa, da filosofía dos servizos de apoio e da boa práctica no atraso mental (RM), concepto que se emprega para caracterizar o baixo nivel de funcionamento intelectual e adaptativo dun individuo.

No ano 2002 a AAMR propuxo unha nova definición que considera o atraso mental como *a discapacidade, manifestada antes dos 18 anos, caracterizada por limitacións significativas no funcionamento intelectual e na conducta adaptativa referida ás habilidades prácticas, sociais e conceptuais*. As habilidades prácticas fan referencia aquí ás actividades da vida diaria, básicas e instrumentais; as sociais á autoestima, a responsabilidade, a obediencia ou a capacidade para relacionarse; e as conceptuais, á linguaxe ou ao cálculo, entre outras.

A 54 Asemblea Mundial da Saúde, celebrada en maio do 2001, aprobou unha nova clasificación que substitúe á ata entón vixente Clasificación Internacional da Deficiencia, Discapacidade e Minusvalía (CIDDM), agora denominada Clasificación Internacional do Funcionamento, da Discapacidade e da Saúde (CIF), onde o termo “funcionamento” fai referencia ás funcións corporais, actividades e participación, e o termo “discapacidade” engloba as deficiencias e limitacións para realizar as actividades ou as dificultades de participación.

A adaptación e consenso da terminoloxía pretende universalizar un termo que defina axeitadamente a este colectivo, ademais de permitir clasificar as diferentes discapacidades sen caer na estigmatización ou o uso de conceptos cargados de connotacións negativas, establecendo unha linguaxe común para describir a saúde e os aspectos relacionados con esta, que mellore o fluxo comunicativo entre os distintos profesionais e as persoas afectadas.

Na actualidade téndese a substituír os termos como “atraso mental” por outras expresións que impliquen menor carga pexorativa, e non se fala de discapacitados senón de “persoas con discapacidade”, e de “discapacidade intelectual”, sempre tendo en conta que todas as persoas con atraso mental presentan discapacidade intelectual, pero non todas as persoas con este tipo de discapacidade están afectadas de atraso mental; así dependerá o uso dun termo ou outro do establecemento dun diagnóstico previo de atraso mental, ou dunha desvantaxe no desempeño dos roles sociais habituais (minusvalía).

A OMS emprega o termo “deficiencia” para referirse a unha anomalía concreta, como é o caso do síndrome de Down, deficiencia do cromosoma 21, que xera unha discapacidade intelectual que se traduce en minusvalía, aplicando ás persoas ás que nos referimos neste traballo o termo de “atraso mental”.

A AAMR e o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Trastornos Mentais (DSM-IV) comparten criterios á hora de definir o atraso mental como “*un funcionamento intelectual xeral significativamente inferior á media, que concorre con déficits na conducta adaptativa, e que se manifesta durante o período de desenvolvemento, antes dos dezoito anos*”, aínda que a AAMR matiza que: “*fai referencia a limitacións importantes no desenvolvemento corrente*”, e que presenta “*limitacións asociadas en dúas ou máis das áreas de habilidades adaptativas como a comunicación, coidado persoal, vida no fogar, habilidades sociais, utilización dos recursos comunitarios, autogoberno, saúde e seguridade, habilidades académicas funcionais, ocio e traballo*”.

O CIE-10, na súa décima clasificación internacional das enfermidades, trastornos mentais e do comportamento, aínda que non menciona o criterio de idade, si establece para o diagnóstico definitivo a presenza dun deterioro do rendemento intelectual, que dea lugar a unha diminución da capacidade de adaptación ás esixencias cotiás do entorno social.

As persoas con discapacidade intelectual presentan características similares ás da poboación maior de 65 anos; así, o avellentamento físico, os axustes ós cambios biolóxicos e as necesidades de servizos son similares nas persoas anciás. As diferenzas nesta cohorte explícanse, máis que pola idade, polo atraso que padeceron durante toda a súa vida, xa que cada persoa vive o seu propio avellentamento, e polo tanto a variabilidade deste é a constante en tódolos individuos, diferindo segundo a orixe e o tipo de atraso mental.

Nas persoas con discapacidade intelectual, prodúcese unha aceleración do proceso fisiolóxico de avellentamento que condicionarán un incremento de persoas avellentadas a idades máis novas. Este avellentamento prematuro xustifica que se establecera o seu inicio nos 45 anos, idade a partir da que, á vez que se produce unha repercusión importante sobre a calidade de vida axustada pola discapacidade, se incrementa a taxa de mortalidade.

Se a ancianidade constitúe en si mesma unha eiva na sociedade actual, este agrávase se a persoa ten discapacidade intelectual, incrementando o risco de ser institucionalizadas, por ser anciás e ademais presentar a discapacidade, feitos que favorecen a dependencia. Con frecuencia ó chegar a senectude xorde a necesidade dunha axuda significativa, en moitos casos, importante para cada un dos aspectos da autonomía, e en particular nas actividades da vida diaria.

### **A investigación sobre o avellentamento das persoas con discapacidade intelectual**

Cando nos ámbitos científicos ou institucionais se fala de “discapacidade” inmediatamente se relaciona o termo con persoas que teñen necesidades especiais durante a infancia, a xuventude ou a vida adulta, e moi poucas veces se relaciona co avellentamento.

En termos xerais os investigadores prestaron pouca atención ó colectivo de poboación maior con deficiencia mental. A principios da pasada década os autores

mais relevantes neste campo dirixían a súa atención á prevalencia das patoloxías ou ás causas da mortalidade.

Diferentes autores coma Moss, coinciden en que as persoas de máis de 50 anos con atraso mental teñen mellor saúde cás que morren novas, debido á mortalidade diferencial, de xeito que morren máis novos se o atraso mental é profundo ou se sofren múltiples incapacidades físicas, hipótese coa que algún outro autor coma Cooper, amosou o seu desacordo, suxerindo que se ben un maior grao de atraso mental aumenta a probabilidade de morrer novo, os efectos da idade avanzada sobre a saúde física exceden os efectos desta mortalidade diferencial.

O estudio lonxitudinal a 10 anos realizado en Holanda por Evenhuis, atopou que a incidencia de cancro nas persoas maiores con DI era similar á poboación xeral para esa mesma idade, tendo unha alta prevalencia os problemas de mobilidade. O hipotiroidismo é máis frecuente entre os anciáns con atraso mental que na poboación xeral, o mesmo que as enfermidades respiratorias e a incontinencia, especialmente naqueles con formas máis severas do mesmo. Este problema é máis frecuente entre os anciáns con RM, o que suxire que os efectos físicos da idade avanzada teñen un maior impacto sobre a incontinencia có nivel intelectual.

A partires de 1998, os estudos de Cooper evidenciaron unha maior porcentaxe de enfermidades cerebrovasculares e de hipertensión no grupo de persoas de idade avanzada con RM, que nas novas con igual discapacidade. A epilepsia atopouse entre o 25% dos individuos con idade avanzada fronte ó 20% dos individuos máis novos. Os anciáns con RM teñen, en comparación coa poboación xeral, unha maior porcentaxe de enfermidade cerebrovascular, de epilepsia e de enfermidade de Párkinson. As persoas maiores con DI toman mais fármacos para doenzas físicas coma HTA, estrinximento, broncoespasmo, enfermidades cardiovasculares sendo máis frecuente a toma de psicótopos polos máis novos.

Na actualidade os esforzos das distintas investigacións van encamiñados a “engadir vida ós anos, máis que engadir anos á vida”. Préstase atención á experiencia do propio individuo, á súa participación no control da súa vida, da súa saúde e dos procesos de enfermar. O proceso de avellentamento dáse nun seo familiar raras veces axeitado a esta circunstancia, e con carencias importantes nos sistemas de apoio. Preténdese que no futuro as persoas con discapacidade intelectual vivan máis anos e poidan gozar da súa ancianidade con maior dignidade e con maiores cotas de saúde e benestar.

Nesta liña o equipo de Hogg propuxo un modelo de avellentamento ecolóxico para as persoas maiores con discapacidade intelectual, no que interveñen de xeito importante a relación coa familia, os apoios comunitarios con que contan, o contexto social e os servizos prestados por parte da sociedade. Así mesmo faise mención especial á necesidade de que os servizos de atención primaria poñan en marcha programas de promoción da saúde encamiñados a previr enfermidades, mante-la capacidade funcional e aumentar a calidade de vida destes individuos, prestándose igualmente atención á promoción da saúde na familia e na comunidade, como a forma máis axeitada de mellorar o benestar das persoas con DI.



No eido da prevención da saúde hai que destacar os estudos de Davies sobre prevención do cancro xinecolóxico e de mama en mulleres maiores con discapacidade intelectual nos servizos de atención primaria; ou os esforzos do grupo de Edimburgo ó desenvolver a guía para a investigación de demencias en persoas con discapacidade intelectual.

No ano 2000 a Organización Mundial da Saúde xunto co IASSID (International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities) estudou diversos aspectos do avellentamento das persoas con DI. As súas conclusións oríentanse cara á promoción da saúde física nestas persoas, a través da formulación de prioridades en cuidados de saúde, a investigación e a formación. Entre elas, atópase a necesidade de desenvolver programas de promoción para a saúde, creando estratexias preventivas que fomenten estilos de vida saudables, cos apoios sociais suficientes para evitar restricións de participación na comunidade e co máximo apoio da familia. As persoas con discapacidade intelectual e os seus cuidadores deben coñecer e aplicar prácticas saudables de nutrición, hixiene, redución no abuso de substancias, sexualidade e outras.

Está comunmente aceptado que a persoa anciá posúe capacidade de aprendizaxe e de recuperación. As persoas con RM son partícipes desta capacidade ó igual ca outras persoas anciás son candidatas a programas de intervención encamiñados a proporcionar un avellentamento satisfactorio. Estes van dende a promoción da saúde e a detección de factores de risco que conduzan ao deterioro da función, ata a realización de programas de mantemento para soster as destrezas xa existentes, programas preventivos para prever o deterioro ou a regresión, programas restauradores para mellorar ou manter habilidades e funcións e programas progresivos para potenciar aquelas e mellorar as condicións premórbidas tras as medicións e resultados do inicio.

A xustificación destes estudos vén determinada pola necesidade de mellorar a calidade de vida nas persoas con discapacidade en proceso de avellentamento, pretendendo de xeito máis concreto obxectivar as necesidades e problemas de saúde prioritarios neste grupo de poboación, a través da valoración médica de todos os sistemas corporais. Preténdese ademais, fomentar o desenvolvemento de habilidades persoais no colectivo obxecto do estudo, co fin de que eles mesmos poidan responsabilizarse no seu autocoidado, tratando de favorecer un cambio de actitudes dos profesionais implicados no eido da discapacidade, a fin de que consideren os condicionantes sociais que interveñen sobre o proceso saúde-enfermidade, considerando a saúde dende un enfoque integral.

### **A intervención en persoas con discapacidade intelectual en proceso de avellentamento**

Todos os investigadores coinciden dalgún xeito na necesidade de levar a cabo medidas que melloren as condicións de vida deste colectivo. Un grupo de poboación tendente a aumentar, que incrementa a súa lonxevidade, chegando a sobrevivir ós seus pais ou cuidadores. Este feito pon de relevo a importancia da intervención psicosocial que urxe promover.

Segundo a constitución española esta responsabilidade corresponde ós poderes públicos que “realizarán unha política de previsión, tratamento, rehabilitación e integración dos discapacitados físicos, sensoriais e psíquicos ós que prestarán a atención especializada que requiran” (Art. 49).

Na actualidade non existen centros especializados para atender a estas persoas, os centros que na actualidade acollen en Galicia a persoas con discapacidade intelectual, non reúnen as condicións necesarias para atender ás persoas nas que á discapacidade hai que engadir o proceso de avellentamento, que como xa dixemos, neste colectivo aparece arredor dos 45 anos. E por outra banda, os centros xeriátricos non poden acollelos ata que teñen cumpridos os 60 anos, e tampouco están deseñados para persoas con discapacidade.

Polo tanto cómpre dar resposta a esta nova demanda de persoas que teñen unha esperanza de vida cada vez maior. Así a intervención social pasa por dotar os centros que acollen en Galicia a persoas con discapacidade en proceso de avellentamento de unidades xerontolóxicas especiais, que dean resposta ás demandas específicas deste colectivo, que non sempre coinciden coas da poboación maior en xeral, nin coas da poboación con discapacidade nova.

Por outra banda hai que ter en conta que o recurso da institucionalización non sempre é o máis axeitado. A institucionalización total terá que ser o último dos recursos, e na medida do posible haberá que dotar aos familiares e cuidadores dos medios e a formación necesaria para permitir que o proceso de avellentamento se produza o máis preto posible do seo familiar, nas óptimas condicións, tratando de evitar o desarraigamento que se produce cando as persoas son institucionalizadas.

No relativo á intervención psicolóxica, hai que sinalar que esta debe ter carácter preventivo, é dicir, nas persoas con discapacidade intelectual haberá que traballar dende a idade infantil nas áreas de memoria, linguaxe, habilidades motoras, funcionais e percepción, co fin de frear o avellentamento prematuro que sucede neste grupo poboacional.

E na medida que van aparecendo os primeiros signos de avellentamento, a intervención deberá orientarse a outras áreas:

- favorecer a actividade laboral e de ocio
- fomentar o mantemento da autonomía
- exercitar a capacidade de orientación espacio-temporal
- demorar a institucionalización total
- preparar aos familiares para afrontar o proceso de deterioro e morte
- desenvolver as axudas técnicas

A intervención clínica baseada nos diagnósticos precoces é igualmente de capital importancia; moitas veces ocorre que os signos que aparecen a idades precoces, non son asociados ó proceso de avellentamento, senón máis ben relacionados coa propia discapacidade, e polo tanto non son abordados a tempo, nin tratados como alteracións propias do deterioro que produce o paso dos anos.

Finalmente referímonos ó carácter multidisciplinar que terá que impregnar as actuacións que pretendan a mellora da calidade de vida das persoas con discapacidade intelectual que iniciaron o proceso de avellentamento, profesionais de distintas disciplinas, a saber: medicina, enfermería, terapia ocupacional, fisioterapia, logopedia, psicoloxía, socioloxía, educación,... han de unir os seus esforzos para acadar os obxectivos que se propoñan ao inicio de calquera intervención neste colectivo.

### **Bibliografía**

- COOPER, S. A. (1992). The psychiatry of elderly people with mental handicaps. *Int J Geriatric Psychiatric*.7:865-874.
- DAVIES, N. e DUFF, M. (2001). Breast cancer for older women with intellectual disability in community group homes. *J. Intellect Disabil Res.* 45 (3): 253-257.
- EVENHUIS, H. (1997). Medical aspects of ageing in a population with intellectual disability: III Mobility internal conditions and cancer. *Journal Intellectual Disability Research.* 41: 8-18.
- EVENHUIS, H.; HEDERSON, C. M.; BEANGE, H.; LENNOX; CHICOINE, B. (2001). Healthy ageing-Adults with intellectual disabilities: Physical health issues. *J Applied Res in Intellectual Disabilities*.Vol 14(3): 175-194
- HAWKINS, B. A. (1998). Constraints on leisure: Adults with mental retardation. En: *Abstracts of proceedings of the American Association on Mental Retardation.* Washington, DC. American Association on Mental Retardation
- HOGG, J. e LAMBE, L. (1997). Intellectual disability and aging: Ecological perspectives from recent research. *J Intellect Disability Res.* 41(2):136-143
- HOGG, J.; LUCCHINO, R.; WANG, K., JANICKI, M. P., & WORKING GROUP. (2000). *Healthy Ageing- Adults with Intellectual Disabilities: Ageing & Social Policy.* Genova: Switzeland: World Health Organization. (WHO/MSD/HPS/MDP/00.7)
- JANICKI, M. P. (1997). Quality of life for older persons with mental retardation. En: Schalock RL, (eds). *Quality of life:Application to persons with disabilities.*Washington DC: American Association on Mental Retardation; vol 2:105-16
- MILLÁN CALENTI, J. C. et al. (2002). Origen y evolución de la discapacidad intelectual. En: Millán Calenti, J.C., *Inclusión socio-laboral y envejecimiento en las personas con discapacidad.* Instituto Galego de Iniciativas Sociais y Sanitarias. A Coruña. 1: 17-36
- MOSS, S. C. (1991). Age and functional abilities of people with mental handicaps: Evidence from the Wesser register. *J Mental Deficiency Research,* 28:430-445
- WILKINSON, H.; JANICKI, M. P. (2001). *The Edinburgh principls with accompanying guidelines and recommendations: Alzheimer disease and related dementia and Intellectual Disabilities.* University of Stirling. Scotland
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2000). *Healthy Ageing- Adults with Intellectual*

Disabilities: Summative Report. Geneva: Switzerland: World Health Organization (WHO/MSD/HPS/MDP/00.3)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2001). International classification of functioning, disability and health. Fifty-fourth World Health Assembly, 22 May. (Citado: 10 de Marzo de 2003 en: [http://www.who.int/gb/EB\\_WHA/PDF/WHA54/ea54r21.pdf](http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA54/ea54r21.pdf).)

## MEMBROS DE AUTISMO GALICIA

### APACA

Asociación de Pais de Autistas e  
Psicóticos da Comarca de Arousa  
✉ Rúa Moreira, 29  
36613 Vilagarcía de Arousa  
☎ 986 501 548

### APACAF

Asociación de Pais do Centro de Apoio  
Familiar para Autistas e Psicóticos “A  
Braña”  
✉ Rúa Placer, 5-3º B  
36202 Vigo  
☎ 986 226 647  
E-mail: apacaf@wanadoo.es

### APA MECOS

✉ Baión  
36614 Vilanova de Arousa  
☎ 986 565 128  
☎ 986 565 944

### A.S.P.A.N.A.E.S.

Asociación de Pais de Persoas con autismo  
e outros T.X.D. da Provincia da  
Coruña  
✉ Castro de Elviña, s/n  
15008 A Coruña  
☎ 981 130 044  
☎ 981 130 787  
E-mail: aspanaes@terra.es

### AUTISMO OURENSE

✉ Alférez Provisional, 2 entrechán  
32003 Ourense  
☎ 988 219 389  
☎ 988 218 003  
E-mail: autismor@teleline.es

### AUTISMO VIGO

✉ García Barbón, 108-1º B  
36201 Vigo  
☎ 986 436 516  
☎ 986 228 528

### B.A.T.A.

Asociación para o Tratamento do Autismo  
✉ Baión  
36614 Vilanova de Arousa  
☎ 986 565 128  
☎ 986 565 944  
E-mail: asociación - bata@wanadoo.es

### APA CASTRO NAVÁS

Centro Ocupacional-Residencial para persoas  
adolescentes e adultas con Autismo  
✉ Navás, 11-Priegue  
36391 Nigrán  
☎/☎ 34 986 365 558  
E-mail: menela@retemail.es

### FUNDACIÓN MENELA

✉ Avda. Marqués de Alcedo, 19  
36203 Vigo  
☎ 986 423 433/986 484 074  
☎ 986 484 228/483 406  
E-mail: menela@retemail.es

### FUNDACIÓN AUTISMO CORUÑA

✉ Castro de Elviña, s/n  
15008 A Coruña  
☎/☎ 981 293 833

### APA MENELA

Centro de Educación Especial para  
nenos/as con Autismo  
✉ Camiño da Veiguiña, 15-Alcabre  
36212 Vigo  
☎/☎ 34 986 240 703  
E-mail: menela@retemail.es

### RAIOLAS - AUTISMO LUGO

Asociación de Pais e Persoas con  
Trastornos Xeneralizados do  
Desenvolvemento  
✉ Rúa Río Sil, 40-1º B  
Lugo  
☎ 617 949 222  
E-mail: pendello 2@wanadoo.es

## SOLICITUDE DE SUBSCRICIÓN

Si, desexo recibir a revista MAREMAGNUM, directamente no meu domicilio ó prezo de 12,02 euros exemplar, IVE incluído

Forma de pagamento:  Domiciliación bancaria  
 Xiro Postal  
 Talón bancario

A nome de       AUTISMO GALIZA  
Rúa Home Santo de Bonaval, 74 baixo  
15703 - Santiago de Compostela

Nome e apelidos .....

Enderezo .....

Código Postal ..... Teléfono .....

### DATOS PARA A DOMICILIACIÓN BANCARIA

Banco/Caixa.....

Axencia ..... Nº .....

Poboación ..... Provincia .....

Nome do titular .....

Prégolles carguen na miña conta/libreta nº .....  
o pagamento dos recibos que lles presente anualmente MAREMAGNUM na  
miña calidade de subscritor a dita publicación.

Sinatura

En ....., a ..... de ..... de .....

