



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**  
CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL



## **TRABAJO DE FIN DE GRADO EN MAESTRO EDUCACIÓN INFANTIL**

### **PORTADA**

**ESCUELA UNIVERSITARIA DE MAGISTERIO DE ZAMORA**

**TRABAJO FIN DE GRADO EN MAESTRO DE EDUCACIÓN INFANTIL**

**SÍNDROME DE ASPERGER Y AUTISMO DE ALTO FUNCIONAMIENTO:  
PERCEPCIÓN DE LAS NECESIDADES Y CONOCIMIENTO DEL  
PROFESORADO EN EDUCACIÓN INFANTIL**

**AUTOR: Gema Baza García  
Tutor: María Victoria Martín Cilleros**

**Zamora, 9 de Junio de 2017**

## RESUMEN

El presente trabajo fin de grado tiene como objetivo conocer la percepción de las necesidades con las que personas con Síndrome de Asperger y Autismo de Alto Funcionamiento, y sus familias, se han encontrado en el segundo ciclo de educación infantil, y si estas, a día de hoy, podrían estar cubiertas. Para ello, se ha realizado un estudio de tipo cualitativo, a través de entrevistas a las familias y preguntas abiertas al profesorado. De la misma manera, se ha complementado con un estudio cuantitativo, con el fin de conocer la formación de los docentes de la segunda etapa de educación infantil, sobre los síntomas que pueden indicar que un niño presenta uno de estos trastornos. En dichos estudios se ha podido conocer, que aunque los profesionales sí tienen conocimiento sobre el Síndrome de Asperger y Autismo de Alto funcionamiento, su actitud no es la más correcta cuando tienen que dar apoyo a uno de estos niños en el aula. Dicha actitud también es criticada por las familias, siendo la mayor necesidad que expresan.

Dicha investigación surge de los escasos estudios que existen sobre este tema, y de la importancia que tiene en este tipo de trastornos una detección temprana.

**Palabras clave:** Síndrome de Asperger, Autismo Alto Funcionamiento, Detección, Necesidades, Educación infantil, Conocimiento profesorado

# INDICE

<b>1 INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>2</b>
<b>3 DESARROLLO</b> .....	<b>2</b>
3.1 ESTADO DE LA CUESTIÓN Y RELEVANCIA DEL TEMA.....	3
3.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y ANTECEDENTES.....	5
3.3 DESARROLLO DEL ESTUDIO Y PROCESO DE TRABAJO .....	10
3.4 RESULTADOS.....	11
<b>4 CONCLUSIONES</b> .....	<b>21</b>
<b>5 BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>23</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>25</b>

# 1 INTRODUCCIÓN

La mayoría de las personas que padecen Síndrome de Asperger (SA) o Autismo de Alto Funcionamiento (AAF) son diagnosticadas a los 6 años, es decir en la etapa de educación primaria. La mayoría de esos niños<sup>1</sup> ya han estado escolarizados previamente en educación infantil, y han tenido que presentar algún problema o señal que pudiera haber alertado al profesorado de qué algo está pasando. El conocimiento o no, de este síndrome, al igual que cualquier otro que se encuentre dentro del trastorno del espectro del autismo (TEA), es vital para un diagnóstico precoz. De ese diagnóstico precoz dependerá la evolución posterior del niño.

La observación de los niños en el ámbito familiar y escolar es primordial, puesto que son los dos contextos en los que el niño se desarrolla, y por tanto puede manifestar cualquier problema que nos de pistas sobre qué es lo que le pasa. Por eso, es tan necesaria una adecuada interrelación entre familia-escuela.

Este trabajo fin de grado (TFG) va dirigido a conocer, cuál es la percepción de las necesidades que personas con SA o AAF se han encontrado en su experiencia escolar en educación infantil. De la misma manera, se investigará si en la actualidad los maestros del segundo ciclo de educación infantil, conocen aspectos, o síntomas, que pueden derivar en una detección precoz, antes de que el niño comience primaria.

Viloca (2002), asegura que una detección precoz de los síntomas iniciales del espectro autista facilita la intervención terapéutica en su inicio, y se puede mejorar la evolución del mismo. También informa, que las personas que se encuentran en guarderías, ludotecas, escuelas y centros de educación infantil, son personas clave para poder contribuir a una detección precoz. Al igual que destaca la importancia de la coordinación entre todas aquellas personas que tratan o se relacionan con el niño.

Uno de los objetivos fundamentales del Grado en Educación Infantil es adquirir la capacidad para la atención educativa de los niños desde los 0 hasta los 6 años, adaptándonos a las necesidades de cada alumno. Actualmente, existe una gran diversidad en cuanto a alumnado dentro de las aulas. Por eso, es conveniente conocer las diferentes características psicoevolutivas de cada etapa.

---

<sup>1</sup>En el siguiente trabajo, siguiendo las indicaciones de la RAE, se utilizará en su redacción el masculino genérico para referirse de forma global tanto a niños como niñas. Además, la prevalencia de este tipo de trastornos siempre es superior en personas de género masculino.

Lo cual, nos permitirá una detección y tratamiento precoz de cualquier desviación del desarrollo típico, teniendo que estar en alerta sobre cualquier síntoma que pueda derivar en algún tipo de trastorno, como el TEA. De esta manera, se mejora la calidad de vida de las personas que lo sufren y de sus familias.

## **2 OBJETIVOS**

Con el fin de conocer la situación por la que han pasado las personas con SA o AAF y la situación actual, en cuanto al conocimiento de los profesionales, en el TFG se plantea como objetivo general: Analizar la percepción de las necesidades que han tenido las personas con este trastorno en Educación Infantil, y si estas podrían estar cubiertas a día de hoy.

Para ello se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Obtener información retrospectiva de las personas con SA o AAF a través de sus familias.
- Analizar el conocimiento del profesorado sobre los síntomas de estos trastornos, que les alerten de un posible niño con SA o AAF de forma temprana.
- Evaluar la capacidad de detección y apoyo, hoy día, en los colegios de acuerdo a la percepción del profesorado.
- Comparar las necesidades que manifiestan los padres con las que manifiestan los profesionales.

## **3 DESARROLLO**

De acuerdo a los objetivos planteados en el trabajo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en EBSCO seleccionando bases de datos como ERIC, PsycINFO, complementada a través de Google Académico. También, se ha consultado bibliografía en formato papel. Esta búsqueda ha permitido analizar el estado de la cuestión, a la vez que la relevancia del tema, aspectos que se indicarán en el apartado siguiente. Igualmente, se contó con la ayuda de la Asociación de Autismo de Zamora, cuyos profesionales además de proporcionar información bibliográfica sobre dicho trastorno, han sido de gran ayuda para poder contactar con las familias con algún menor con Síndrome de Asperger o Autismo de Alto Funcionamiento.

En segundo lugar, se ha realizado un estudio de carácter mixto, con dos tipos de participantes. Recogiendo información de tipo cualitativo, a través de varias entrevistas a las familias de personas que presentan dichos trastornos, e información de tipo cuantitativo y cualitativo, mediante un cuestionario y preguntas abiertas, a profesionales. El análisis de toda la información recogida permitirá la consecución de los objetivos.

### **3.1 Estado de la cuestión y relevancia del tema**

En la literatura científica se pueden encontrar cada vez más estudios sobre la detección de TEA en general. Sin embargo, el interés por el SA o AAF es relativamente reciente. Siendo la literatura más escasa y centrándose en etapas superiores, como primaria, Educación Secundaria Obligatoria o incluso estudios superiores. Esto puede deberse a que, como afirman Belinchón, Hernández, y Sotillo (2008), el diagnóstico clínico del SA es muy complejo, y el acceso a los apoyos necesarios posee cierta dificultad. De la misma forma, aseguran que este diagnóstico dista mucho de ser temprano, a diferencia de los otros grupos con trastornos generales del desarrollo, lo cual conlleva a la realización de planes de acción inmediatos.

El estudio desarrollado por el grupo de estudios de los trastornos del espectro autista del Instituto de Salud Carlos III (GETEA), permite comprobar la diferencia tan significativa que existe entre el diagnóstico de otros trastornos del desarrollo y del SA o AAF (como se citó en Belinchón, et al. 2008). De la misma forma estas autoras aseguran que, en los últimos años, se ha producido una reducción diagnóstica importante. Sin embargo, prácticamente la mitad de los familiares de las personas diagnosticadas como SA o AAF, se percataron de que algo pasaba en el desarrollo de sus hijos antes de los tres años de edad. Hay indicios de la aparición del síndrome alrededor del año de edad (Rodríguez Somodevilla, 2013). Pero aunque si es cierto que los padres detectan estos indicios a su tiempo, no se consultan a los profesionales hasta después de un año. Por otra parte, Muñoz Yunta, Palau, Salvadó y Valls (2006) y Belinchón et al. (2008), aseguran que el primer diagnóstico específico, en la mayoría de los casos, se demora más de un año desde que se consultan los primeros síntomas. Provocando de esta manera un retraso en la intervención y apoyos necesarios para facilitar así, el día a día de estos niños.

Esto demuestra que las personas diagnosticadas presentan signos significativos antes de cumplir los tres años de edad, lo cual posee suma importancia para llevar a cabo la atención temprana necesaria en todos los ámbitos en los que el niño se desarrolla.

Siendo uno de ellos el escolar, ámbito que conlleva al estudio realizado, con el fin de mejorar el proceso de enseñanza aprendizaje y la atención necesaria de estos alumnos dentro del aula.

En cuanto a este ámbito, Rodríguez Somodevilla (2013), asegura que la experiencia de las educadoras, y la posibilidad de comparar a unos niños con otros dentro del aula, facilita que los profesionales puedan comprobar que el desarrollo del niño no se realiza de forma correcta a su edad. Además, las características de estos síndromes se suelen presentar cuando se produce un cambio en el espacio físico, o en la rutina diaria del niño. Por eso, la escuela infantil es considerada como un entorno clave para la intervención temprana de este tipo de trastornos.

Estos niños, son alumnos que por lo general pueden seguir el ritmo académico de sus compañeros; incluso, situarse por encima de ellos. Lo cual puede provocar, que estos pasen desapercibidos por un tiempo, sin que sus profesores se den cuenta. Esta detección tardía puede que sea la causa por la que no hayan recibido la ayuda adecuada dentro del ámbito educativo, como manifiestan algunos padres (Alenizi, 2015).

En relación a la formación del profesorado sobre SA o AAF, tan solo se ha encontrado un estudio muy poco concluyente, por motivos de diseño metodológico, indicando que aquellos profesionales con experiencia con alumnos con necesidades educativas especiales tenían más conocimientos sobre el SA que aquellos que no habían tenido experiencia, aunque las diferencias no fueron significativas (Alenizi, 2015).

Dichas razones, fueron las que impulsaron a la realización de este estudio acerca de las necesidades que los estudiantes con SA y AAF, y sus familiares, tuvieron en la etapa de infantil, y la formación y conocimiento de los maestros y maestras de educación infantil sobre el SA y AAF; para ver si hoy día podrían ser detectados más fácilmente y de ese modo proporcionar los apoyos necesarios de una forma más temprana. La escasez de estudios sobre el tema, y la importancia de una detección precoz, hacen que la temática del presente TFG adquiera relevancia.

## **3.2 Fundamentación teórica y antecedentes.**

### SA Y AAF: DEFINICIÓN Y VINCULACIÓN CON LOS TEA

La ausencia de comprensión social, la limitada capacidad para mantener una conversación y el intenso interés en un tema concreto son las características básicas del SA (Attwood, 2007). Su lenguaje es normal desde el punto de vista evolutivo, gramaticalmente correcto, a menudo con un vocabulario abundante, pero claramente extraño en cuanto a la entonación, el volumen y/o ritmo (Canal, Martín-Cilleros, García-Primo, Guisuraga, Herráez, Santos, Posada, 2011). Estos niños también tienden a ser físicamente torpes, tanto en las habilidades motoras finas como en las gruesas (como se citó en Canal et cols., 2011), lo que en la infancia limita sus oportunidades de participación en juegos con niños de su edad. Sin embargo, los niños con AAF (Autismo Diario, 2011), presentan una dificultad y retraso del lenguaje en sus primeros años, además de contar con un pobre lenguaje expresivo, y en cuanto a las habilidades motoras presentan interés en la realización de actividades físicas ya que su desarrollo motor es normal. En relación a las habilidades cognitivas, en el AAF la autonomía se desarrolla de manera tardía, al contrario de las personas con SA las cuales tienen una autosuficiencia adecuada.

Igualmente, aunque en ambos trastornos se manifiestan déficits en las habilidades sociales, en las personas con AAF no son conscientes, por lo que no intentan relacionarse con sus iguales ni establecen ningún tipo de apego. En cambio, en el SA si tienen conciencia de la existencia de sus dificultades en la interacción social, presentando interés por relacionarse y una existencia de apego con la madre. Tanto el AAF como el SA presentan una serie de patrones o intereses que caracterizan a estos niños. Una persona con AAF presentará interés por actividades manipulativas y movimientos repetitivos, además de mostrar un retraso en el juego simbólico. Por el contrario, el interés de los niños con SA estará más centrado en aprender datos como fechas o cifras, manifestando un adecuado desarrollo del juego (Autismo Diario, 2011). Ambos se encuentran dentro del TEA, y para conseguir comprender mejor dicho término es necesario, conocer su evolución.

Según Artigas-Pallarés y Paula (2012), las primeras definiciones sobre el TEA, pertenecen a las realizadas por Leo Kanner (1943) y Hans Asperger (1944).

Ambos autores aseguran, que Leo Kanner avanzó en la delimitación del trastorno denominándole “autismo infantil precoz”, en el que fue adquiriendo experiencia gracias al estudio de diferentes niños. Proponiendo así, varios criterios que definían el autismo precoz:

- aislamiento para el contacto con las personas,
- deseo de preservar la identidad,
- relación intensa con los objetos,
- conservación de una fisonomía inteligente,
- alteraciones en la comunicación verbal.

Kanner era consciente, ya en su época, de unos criterios diagnósticos muy similares a los establecidos en el DSM-IV-TR.

Por su parte, Hans Asperger en 1944, sin conocimiento de los estudios de Kanner, publicó observaciones que mucho tenían que ver con ellas. Describía las características de 4 personas, utilizando también el término de autismo. Estos pacientes presentaban rasgos como: personas poco empáticas, personas que se caracterizaban por una gran ingenuidad, dificultades para socializarse, lenguaje peculiar, interés excesivo por un tema determinado, dificultad motora etc...

Los trabajos publicados por Hans Asperger, fueron poco conocidos debido a que estaban escritos en alemán. Gracias a Lorna Wing, quien publicó una revisión del trabajo pionero de Asperger en lengua inglesa, se difunde el término SA a nivel internacional (Andrade Ruíz, 2011).

De la misma manera, dicha autora fue quien por primera vez habló del término espectro. Concepto paraguas que abarca diferentes trastornos, entre los que se encuentra el SA y AAF, con tres criterios eje característicos a todos ellos.

Por otro lado, y con el objetivo de homogeneizar los criterios diagnósticos entre los diferentes profesionales, la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) publica en 1952 la primera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-I). A partir de entonces, y de acuerdo al avance en el conocimiento de dichos trastornos, se han ido revisando estos manuales encontrándonos actualmente con la versión DSM-V.

En la primera versión (DSM-I), el TEA era conocido como reacción esquizofrénica de tipo infantil. En las siguientes versiones se fueron incluyendo determinados criterios que permitieran el diagnóstico. No es hasta la publicación, en el 2000, del DSM IV-TR, cuando se puede contemplar un cambio importante. Se comienzan a diferenciar dentro del autismo 5 categorías englobados bajo el nombre de Trastornos generalizados del desarrollo (TGD):

- Trastorno autista
- Trastorno de Rett
- Trastorno de Asperger

- Trastorno generalizado del desarrollo
- Trastorno desintegrativo infantil

En la versión vigente (DSM V), se suprimen los subgrupos anteriores. Gould (2014), indica que esta eliminación de subcategorías es debido a que las distinciones entre estos no eran coherentes, los diferentes centros de evaluación hacían interpretaciones distintas, dependían de elementos como la gravedad, el nivel lingüístico o la inteligencia, o a que existían personas que presentaban síntomas de varios subgrupos. Además, dicha autora afirma que, las investigaciones aseguran que resulta difícil separar los síntomas sociales y los de comunicación, ya que pueden ser al mismo tiempo comunicativos y sociales. De la misma forma que los retrasos lingüísticos no sirven como criterio diagnóstico de los TEA. De ese modo, la actual versión reagrupa las que se consideraban como áreas afectadas (comunicación, socialización e imaginación) estableciendo como criterio clasificador las alteraciones en estas dos áreas:

- Déficits sociales o de comunicación,
- Intereses fijos y conductas repetitivas.

El suprimir los subgrupos anteriormente citados, conlleva unas repercusiones, especialmente en los trastornos objeto del estudio, SA y AAF. Esta es una de las razones por las que algunas asociaciones defienden la cuarta versión del manual (DSM-IV-TR) ante el DSM-V, ya que consideran que para dar mayor respuesta y atender las necesidades individuales, es necesario, seguir llamándolo por su nombre y no solo incluirlo dentro del espectro autista (Gould, 2014).

De ese modo, cualquier persona que siga siendo diagnosticada con las etiquetas de “autismo infantil” y “síndrome de asperger”, podrá recibir unos servicios individuales más acordes a sus necesidades.

Por otra parte, el DSM-V puede no identificar correctamente a aquellas personas con niveles altos de inteligencia, y que en la versión anterior se incluirían en SA o AAF. Teniendo en cuenta que la última versión (DSM-V) es relativamente reciente, junto con la controversia que el mismo genera, y que en el ámbito educativo aún se sigue utilizando la versión anterior, en este trabajo se ha optado por mantener esa clasificación anterior.

## NECESIDADES EN EDUCACIÓN INFANTIL: DETECCIÓN PRECOZ Y FORMACIÓN DEL PROFESORADO.

En relación a la detección nos encontramos con el estudio de Howlin y Asgharian (1999), realizado con 770 familias con niños con Autismo y/o Síndrome de Asperger quienes comprobaron que a diferencia de los niños con autismo, los niños con asperger y sus familias habían sufrido mayor frustración hasta llegar a un diagnóstico claro. Así mismo, aseguran que los niños con autismo eran diagnosticados entre los cinco y seis años. Por el contrario, los niños con asperger eran diagnosticados en edades superiores. Afirman también, que los niños con autismo presentaban rasgos importantes a partir de los 18 meses, a diferencia de los niños con asperger los cuales, comenzaban a presentar importantes rasgos a partir de los 30 meses. Aunque sí es cierto, que en ambos casos estas señales se encontraban muy ligadas al ámbito social.

El GETEA en España, ha elaborado un consenso sobre los parámetros y el proceso a seguir para garantizar una detección precoz. Este proceso se organiza en dos niveles que son la vigilancia del desarrollo y la detección temprana. El proceso de detección se culmina con un tercer nivel, que es el proceso diagnóstico y el establecimiento de un programa de intervención temprana (Muñoz Yunta et al., 2006).

De la misma manera dichos autores, aseguran que dentro del nivel 1, vigilancia del desarrollo, es primordial una vigilancia de las rutinas diarias del niño en las escuelas infantiles. De esta manera, podremos detectar de una forma más temprana, si existe alguna posibilidad de existencia de TEA. Debido a las necesidades en la actualidad de las familias, los niños comienzan a estar escolarizados cada vez en edades más tempranas. Pasando gran parte del día acompañados de sus maestros/as, lo cual convierte a estos profesionales en personas clave para la detección e intervención de diferentes trastornos, como el SA o AAF.

Por tanto, las aulas de infantil son los lugares donde el niño comenzará a presentar las primeras características, y donde los profesionales deben comenzar a intervenir con el objetivo de ayudar a ese niño lo más pronto posible, facilitándole los apoyos necesarios. Como aseguran Jurado de los Santos y Bernal Tinoco (2010), los pensamientos e impresiones de esos profesionales sobre sus alumnos influyen en los procesos educativos que se llevan a cabo en el aula. Dichos pensamientos pueden ser causantes de sus experiencias como docentes, factores de su personalidad o de la formación que hayan recibido .

De todo ello dependen las acciones educativas que se lleven a cabo en el aula. Las cuales, son muy importantes para los alumnos con SA y AAF.

Cardona (2004, citado en Jurado de los Santos y Bernal Tinoco, 2010) tras varias investigaciones respecto a la actitud del profesorado hacia la inclusión, asegura que los profesionales más motivados son los maestros de educación infantil; etapa en la que el niño comienza a desarrollarse, siendo uno de los momentos más idóneos para intervenir y solventar cualquier necesidad. Como afirman Martín, Hernández, y Ruíz (2007), dicha intervención necesita unas pautas metodológicas claras y un educador motivado. También afirman que para realizarla se deberá partir de las necesidades del niño, estableciendo así los objetivos y las ayudas que este va a necesitar para alcanzar dichos objetivos.

De la misma forma aseguran que la puesta en marcha del programa, lo llevarán a cabo los profesionales de atención directa y la familia, existiendo una coordinación necesaria entre ambos. Por lo tanto, la acción educativa estará formada por:

- necesidades de apoyo,
- equipo educativo,
- programa de actuación,
- estrategias de intervención,
- evaluación.

### **3.3 Desarrollo del estudio y proceso de trabajo**

Con el fin de conocer las necesidades que han tenido las personas con SA y AAF y sus familiares en educación infantil, y si estas estarían cubiertas a día de hoy, se ha llevado a cabo el estudio que a continuación se presenta. Para ello se contó con diferentes tipos de participantes.

Por una parte con dos madres de un menor de doce años, cada una de ellas, en ambos casos sus hijos estaban cursando el último curso de educación primaria, en un colegio ordinario situado en las cercanías de sus lugares de residencia. Una de las familias es residente en Zamora capital y otra en la provincia. Igualmente ambas pertenecen a la Asociación de Autismo de Zamora, quien facilitó la muestra, en este caso intencionada.

Por otra parte se contó con la colaboración de 32 maestros, titulados o en prácticas. A los cuales se les hizo entrega de un cuestionario. Se optó por contar con la opinión de maestros que se encuentran terminando sus estudios, en base a lo citado anteriormente por Jurado de los Santos y Bernal Tinoco (2010), que aseguraban que los pensamientos e impresiones que tienen los maestros, pueden variar en función de sus experiencias y de su formación. Estos profesionales podían estar ejerciendo en colegios tanto de la provincia de Zamora, como de la propia ciudad.

La metodología utilizada ha sido tanto cuantitativa como cualitativa, para ello se han realizado entrevistas a los familiares de los afectados. Estas entrevistas han sido grabadas, previo consentimiento firmado, para su posterior análisis. Han sido de carácter semidirigido, a través de una serie de preguntas que se les iba haciendo con el objetivo de conocer aquello en lo que se necesita mejorar dentro del campo educativo, en cuanto al SA o AAF se refiere.

Para completar ese estudio cualitativo se diseñó un cuestionario formado por 20 preguntas, con respuesta cerrada de verdadero o falso, dirigido a conocer el conocimiento de las características sobre el SA o AAF, que poseen los maestros, tanto en activo como en formación. En la elaboración del cuestionario se ha tenido en cuenta los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, así como la escala australiana para el síndrome de Asperger (Attwood, 2002).

El cuestionario finaliza con cuatro preguntas abiertas, que permiten expresar la opinión personal sobre la capacidad de detección y las necesidades de los alumnos en esta situación.

### 3.4 Resultados

#### ESTUDIO CUANTITATIVO

Los datos obtenidos fueron introducidos en el programa IBM SPSS Statistics 22 para su posterior análisis, todos los gráficos y tablas presentados derivan de dicho programa.

El análisis de frecuencias realizado indica que, el 99% de los participantes fueron mujeres. En cuanto a la edad se crearon rangos, estableciendo de esa manera agrupaciones entre los: 20 a 29 años; 30 a 39; 40 a 49 y de 50 años en adelante. Como podemos observar (figura 1), el porcentaje más elevado es el que corresponde a la franja de edad de entre 40-49 años (38,46%), seguido de la franja 20-29 años (26,92%).

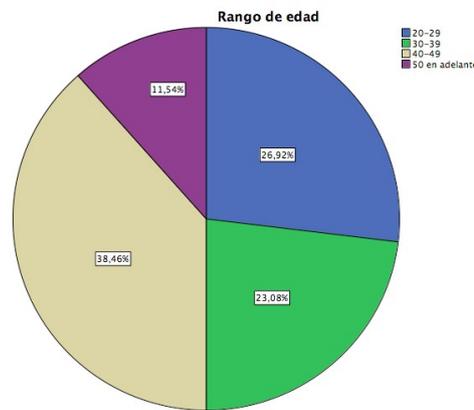


Figura 1. Distribución por rangos de edad.

Se procedió igualmente a establecer dos rangos en cuanto a la experiencia laboral, agrupando entre mayor o menor de 15 años. Observamos en la figura 2, que el 62.96% posee una experiencia menor de 15 años, frente a un 37.04% que cuenta con una experiencia superior.

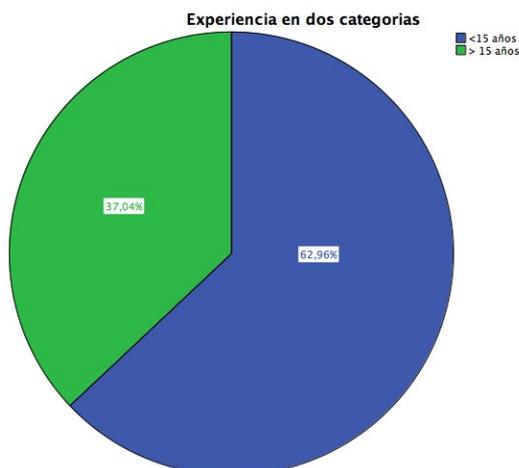


Figura 2. Experiencia laboral

Como se ha dicho en apartados anteriores, es importante conocer la experiencia de los encuestados, ya que esto puede influir en lograr una detección temprana del TEA, más concretamente del SA y AAF.

Debido a que cuanto más años de experiencia, existe mayor probabilidad de haber conocido a alumnos que

presenten necesidades educativas, entre ellos SA o AAF.

Igualmente, se preguntó por la vinculación que la persona encuestada tiene con el centro (figura 3), donde se observa un mayor porcentaje de maestros (56,67%) seguido de maestros en prácticas (26,67); así como la titularidad del centro (figura 4) con un porcentaje muy parecido entre público (51,72%) y concertado (48,28%).

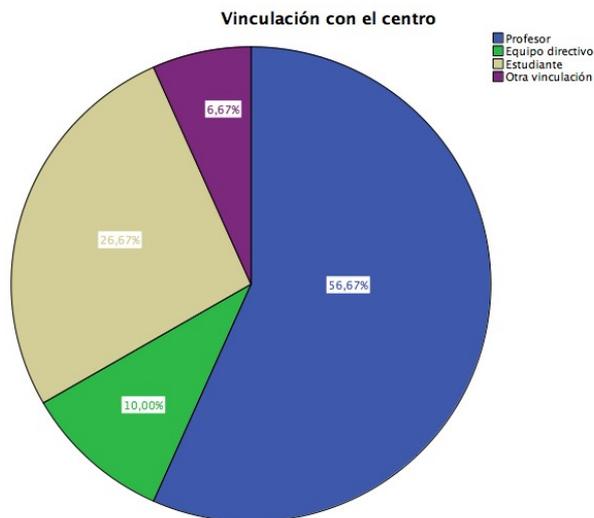


Figura 3. Vinculación de los maestros con el centro.



Figura 4. Tipo de centro

Debido a que el cuestionario fue diseñado para el estudio, y por tanto no está validado, a pesar de ser una adaptación de criterios de clasificación, se procede a comprobar la fiabilidad del instrumento. Para ello se realiza el Alfa de Crombach, dentro del programa anteriormente citado. Una vez realizada la fiabilidad, obtenemos un Alfa de Crombach de 0.493, este índice significa que el test es cuestionable (George y Mallery, 2003 citado en Frías-Navarro, 2014). Para solventar este problema se sugiere suprimir algunos ítems (aquellos negativos, o cuyo valor sea 0) que permitan mejorar la fiabilidad.

Tabla 1: Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
p1 nota	14,2813	5,176	,183	.	,482
p2 nota	14,2813	5,370	-,057	.	,503
p3 nota	14,6250	5,016	,044	.	,508
p4 nota	14,2813	5,370	-,057	.	,503
p5 nota	14,3125	5,448	-,133	.	,516
p7 nota	14,4688	5,160	,010	.	,510
p8 nota	14,6250	4,565	,261	.	,454
p9 nota	14,3125	5,190	,094	.	,489
p10 nota	15,0625	6,190	-,503	.	,597
p11 nota	14,3438	4,555	,563	.	,417
p12 nota	14,2813	4,918	,517	.	,452
p13 nota	14,5625	4,706	,209	.	,467
p14 nota	14,2813	4,918	,517	.	,452
p15 nota	14,5625	4,448	,345	.	,433
p16 nota	14,6875	4,157	,459	.	,398
p17 nota	14,7500	4,516	,269	.	,451
p18 nota	14,7500	5,806	-,290	.	,585
p19 nota	14,4063	4,443	,499	.	,412
p20 nota	14,4688	4,773	,221	.	,465
p21 nota	14,4063	4,507	,454	.	,421

Como podemos observar en la tabla anterior, el análisis nos recomienda quitar los ítems 2,4,5,10 y 18. De esta manera el cuestionario es más fiable si se consideran 15 ítems obteniendo un Alfa de Combrach de 0.698.

Si se realiza una agrupación de los diferentes ítems, de acuerdo a los conjuntos de síntomas que sirven como criterios de clasificación, obtenemos que:

- Los ítems que hacen referencia a la interacción social son el 3,9,12 y 21.
- Las habilidades comunicativas se encontrarían en los ítems 8,15 y 20.

- Los comportamientos, intereses y actividades estereotipadas aparecen reflejadas en los ítems 7,11,13,16 y 17.
- Hay otro ítems, que hacen referencia a información más general sobre los TEA, que son el 1, 14 y 19.

Analizando las respuestas a dichas agrupaciones, y observando la figura 5 y la tabla 2, se encuentra, que en relación al grupo de ítems que reflejan la **interacción social**, la mitad de los encuestados han contestado bien a todos los ítems relacionados con la interacción social, trece personas han respondido correctamente a 3 de los ítems y tan solo dos personas han acertado 2 ítems, y una persona ha acertado un solo 1 ítem de los cuatro que corresponden a la agrupación.

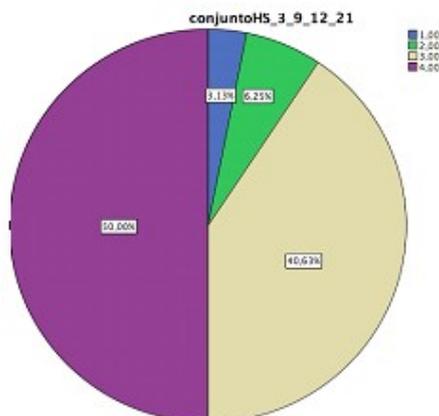


Tabla 2: Ítems relacionados con la interacción social

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	1,00	1	3,1
	2,00	2	6,3
	3,00	13	40,6
	4,00	16	50,0
	Total	32	100,0

Figura 5: Ítems relacionados con la interacción social.

Tabla 3: Ítems relacionados con las habilidades comunicativas

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	3,00	15	46,9
Perdidos	Sistema	17	53,1
Total		32	100,0

Analizando las respuestas del conjunto de ítems que reflejan las **habilidades comunicativas**, y observando la tabla 3, encontramos que solo un 46,9%, 15 personas, contestaron a los ítems que

recogen dicha habilidad, haciéndolo además, de forma correcta. Mientras que un 53,1% dejaron en blanco esos ítems.

En cuanto al conjunto de ítems que conforman la agrupación de los **comportamientos, intereses y actividades estereotipadas**, está formado por 5 preguntas. En la tabla 4 se observa que un 37,5% contestan adecuadamente 4 de los 5 ítems, seguido de un 21,9% (tres personas), que responden correctamente a 3 de los ítems. Solamente han respondido de forma correcta a todos los ítems un 18,8 %, 6 personas.

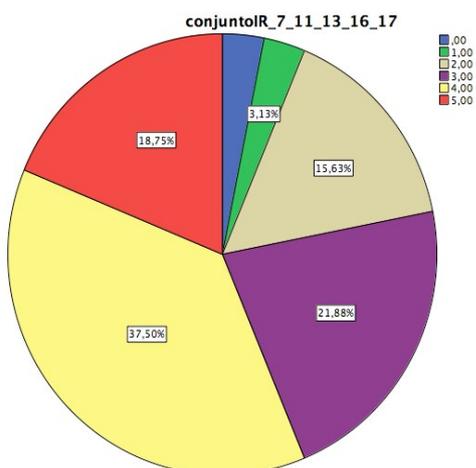


Tabla 4: Ítems relacionados con los comportamientos, intereses y actividades estereotipadas

	Frecuencia	Porcentaje
Válido		
	,00	1 3,1
	1,00	1 3,1
	2,00	5 15,6
	3,00	7 21,9
	4,00	12 37,5
	5,00	6 18,8
	Total	32 100,0

Figura 6: Conjunto de ítems relacionados con los comportamientos, intereses y actividades estereotipadas.

El análisis de los ítems que nos aportan información más general sobre el TEA, nos muestran que un 81,13%, 26 personas, han respondido correctamente a los 3 ítems, respondiendo correctamente el 15,6% a dos de los ítems, como se puede observar en la figura 7 y la tabla 5.

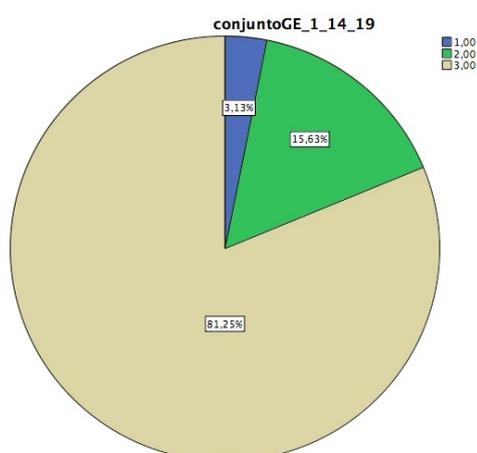


Tabla 5: Ítems relacionados con los conocimientos generales TEA

	Frecuencia	Porcentaje
Válido		
	1,00	1 3,1
	2,00	5 15,6
	3,00	26 81,3
	Total	32 100,0

Figura 7: Conjunto de ítems sobre los conocimientos generales del TEA.

## ESTUDIO CUALITATIVO

En relación a la parte cualitativa del estudio, se llevó a cabo un análisis de contenido de las entrevistas realizadas a los familiares de menores con SA o AAF, en relación a la percepción de las necesidades en la etapa educativa infantil del menor. Las entrevistas fueron transcritas a un documento word, que permitiera un mejor análisis, observando la aparición de diferentes temas que se podrían clasificar en categorías y subcategorías, permitiendo el diseño de un esquema conceptual.

En función de los temas abordados en las entrevistas se han podido establecer varios mapas conceptuales (figuras 7, 8 y 9).

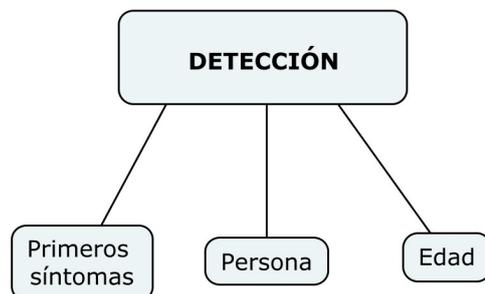


Figura 8: Esquema conceptual detección.

Cuando las familias hablan de detección (figura 8), hacen referencia a los primeros síntomas, indicando cuáles fueron esas primeras características que les hicieron alarmarse “lloraba muchísimo. Solo se calmaba con la tv o comiendo”, “Empezó a decir cuatro palabras y de golpe y porrazo se estancó”. En cuanto a las personas que detectaron esos síntomas, ambas hablan del propio ámbito familiar y escolar “Yo creo que fuimos todos”, “por mi madre que trabaja en un colegio de educación especial”; siendo los profesionales del equipo de orientación quienes ayudaron a la detección y diagnóstico de los dos niños cuando estos tenían alrededor de los 3 años “en octubre que dan la vuelta los equipos de orientación pues lo detectaron en seguida”.

La figura 9 refleja el mapa conceptual sobre las necesidades que se han encontrado, haciendo referencia a los dos ámbitos donde el niño se desarrolla, el familiar y el escolar. En el educativo, ante todo se menciona la actitud “No es que no entiendan, es que no se quieren complicar”, “hemos echado en falta yo te diría que gente con ganas de trabajar, gente comprometida de verdad, voluntariosa”. También hacen referencia al conocimiento del maestro sobre los apoyos necesarios en personas con SA y AAF “ignorancia de los profesores, saber cómo tratarle, cómo hablar con él”, “el profesor se ve muy atado y desconoce del tema”, señalando que, en ambos casos, la ayuda proporcionada por los profesionales dentro del colegio dista mucho de ser la correcta.

Otro de los temas destacados dentro de las necesidades educativas es la coordinación entre los profesionales y las familias, siendo en muchos casos unidireccional, de la familia al centro “yo he llevado informes y esos informes no han salido de su despacho”, “yo les he dado pautas”; donde entra en juego también la asociación “Desde que fue la asociación al colegio, el año pasado, el niño ha mejorado un montón”, “hoy con todos los esfuerzos que han hecho en el cole, en casa y en la asociación pues sabe comportarse”. Igualmente, sus preocupaciones han sido los recursos humanos disponibles en el colegio, “hubiese venido muy bien tener una persona más en el aula”, “se necesita una persona que esté con él mientras el otro atiende a los demás...”.

En cuanto al ámbito familiar, se destaca que unas de las necesidades es la falta de información que tienen “para mí era mi primer hijo entonces tampoco podía comparar.”, y a la que pueden acceder los padres, recurriendo en ambos casos a la búsqueda de información por sí mismos a través de internet “yo toda la información la he sacado de internet”, hasta que recurren a la Asociación de Autismo de Zamora.

Refieren que la sociedad en general tampoco ha sido muy acogedora, en uno de los casos teniendo actitudes excluyentes “la sociedad tiene que hacer porque se integren”, “celebras el cumpleaños e invitas a ocho y van dos”, aunque otra madre indica lo contrario “siempre ha sido un niño muy bien aceptado en el grupo, porque aunque al principio le costaba controlar sus fuerzas, que eso podría echar para atrás a los niños la verdad es que no, siempre ha sido muy bien aceptado”.

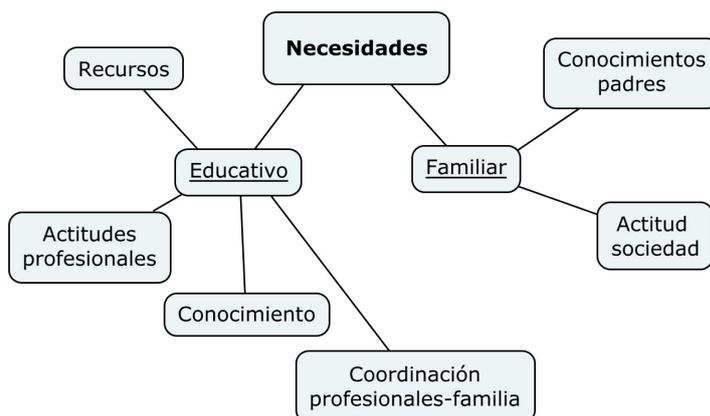


Figura 9: Esquema conceptual de necesidades percibidas.

A lo largo de las entrevistas, y de forma recurrente en ambos casos, se describe las conductas (figura 10) que las familias han observado en sus hijos, y que son las que más les preocupan, como aquellas que reflejan hiperactividad, cuando indican “ en el ordenador es donde más tiempo aguanta pero lo escuchas correr de un lado a otro de la habitación”, “Las sillas me las tiene destrozadas, los calcetines como no se puede mover en clase, está continuamente con los dedos en movimiento y los rompe.” o “Está en las sillas continuamente moviéndose, y en la tv como mucho está cinco minutos y se levanta y se va”. También manifiestan la presencia de conductas agresivas como “se tiraba al suelo, se daba cabezazos con lo que encontrara, era su manera de expresarse”, “se ha enfrentado al profesor”, o “las preparaba para no salir al recreo”. Como se aprecia en el último comentario, algunas de las conductas manifiestan el aislamiento que sufren sus hijos, indicando “no quería salir a jugar”, “no juega con niños”, “lo que quería era estar en la sala de profesores o en la biblioteca”; situación que provoca malestar en las familias como puede verse cuando manifiestan “él dice que quiere estar en el grupo de los castigados para ayudarles también” o “te dice por qué soy el rarito de la clase”, “Se pasa mal porque tú ves que él lo está pasando mal.” Junto a estas conductas preocupantes también indican las cualidades que presentan “es pacífico, es como muy débil”, “es muy cariñoso” o “te sorprende porque hay veces que te habla como un bebé y otras que habla como una persona mayor”.

Frente a este tipo de conductas, los familiares indican el modo de proceder de los profesionales, así cuentan, como al no saber qué hacer, la actitud no es del todo adecuada “se le había llevado una cocinera “, “muchas veces ha estado castigado”, “él se concentra cantando, y ella le decía no aquí no se canta”; o vuelcan la responsabilidad en las familias “Hasta el año pasado era un continuo el llamarme, ven a buscarlo está nervioso o vienes a tranquilizarlo o a llevártelo no podemos con él”, “Me llamaban cada dos por tres”. Ante lo cual los padres tratan de buscar soluciones “yo misma he realizado muchos cursos para poder trabajar con el niño”, “se le dijo al colegio que iría la psicóloga de la asociación para informarles y darles pauta.”; soluciones que en algunos casos solo se implantan por la presión “se denunció a inspección de Valladolid”, “yo simplemente defendiendo los intereses de mi hijo”, “cuando la realidad no se hace visible en el colegio tienes tú que hacerla visible donde la vean”. Incluso cuando los padres ofrecen pautas, la respuesta por parte de algunos profesionales, no ha sido la más adecuada como expresan en los siguientes relatos:

“Tuvo un profesor que no seguía las pautas que debían seguir con él. Ni sus rutinas, los viernes que tenía premio no se lo daba.”, “ya nos pondremos en contacto...”, aunque no todos son así “le permitían jugar un poco más, dispersarse un poco más”, y la situación ha mejorado “ahora tiene sus pautas en la pared, una sala para él y su tiempo fuera”.

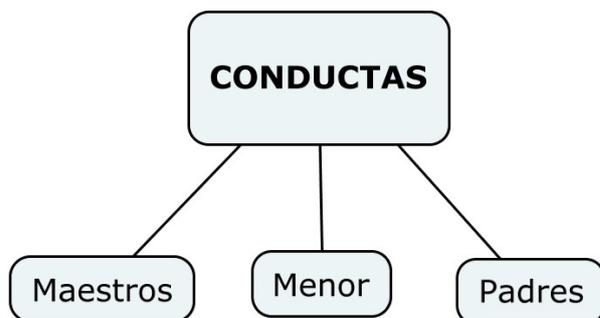


Figura 10: Esquema conceptual referente a las conductas.

Como ya se ha mencionado en apartados anteriores, el cuestionario cuyo fin era recoger información de tipo cuantitativo, contenía también cuatro preguntas dirigidas a los maestros/os, que permitieran contrastar la opinión obtenida en las entrevistas a las familias. De la misma forma que en el apartado anterior, en función de los temas abordados, se han podido establecer las siguientes relaciones:

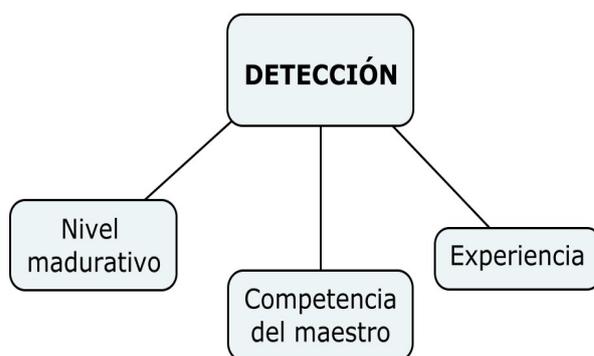


Figura 11. Esquema conceptual palabras utilizadas por los maestros/as referentes a la detección. La figura 11, recoge aspectos relacionados con la detección donde los maestros opinan que es difícil detectar un caso de SA o AAF en educación infantil, indicando que “cada niño tiene un nivel madurativo diferente”, “no, porque su desarrollo académico suele ser normal”, “se pueden confundir con niños hiperactivos y superdotados”, “no cuento con la formación ni preparación para ello” o “no creo que sea competencia del maestro”.

Muchos profesionales además hablan de la experiencia con estos niños, “no tengo experiencia con niños de ese tipo” ya que creen que en función de ella podrán identificar mejor estos trastornos.



Figura 12. Palabras utilizadas por los maestros/as referentes a las necesidades.

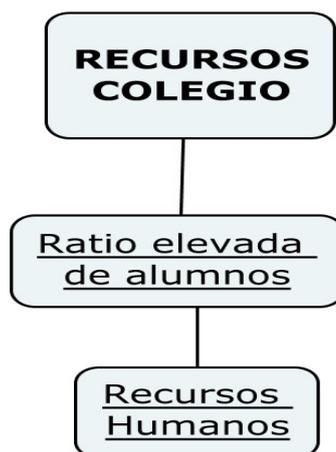


Figura 13: Palabras utilizadas por los maestros/as referentes a los recursos con los que cuentan los colegios

Tanto en la figura 12 como en la 13, podemos observar las necesidades que los maestros/as manifiestan en cuanto a las necesidades que un niño de estas características se encuentra tanto dentro del aula como en el colegio en general. Estas necesidades creen que están debidas a la falta de recursos y formación por parte de los profesionales, los cuales lo manifiestan en la parte cualitativa del cuestionario “existe poca formación sobre estos trastornos”, “falta de medios y conocimientos por parte del personal del centro” o “en muchos casos se tiene muy poca información de forma que es más difícil de tratar”.

Dichos profesionales también recriminan la falta de apoyo personal dentro del aula “no hay profesores suficientes”, “se necesita apoyo personal en el aula” que junto con la ratio de alumnos tan elevada dificulta mucho una atención personalizada.

Algunos aseguran que, “recursos si hay pero el inconveniente es la ratio de alumnos que es muy elevada”, haciendo referencia a que la necesidad de recursos generalmente se debe a mayor personal.

## **4 CONCLUSIONES**

Partiendo del objetivo general, y una vez realizado el estudio, deducimos que las necesidades que han tenido las personas con SA o AAF a su paso por educación infantil, limitándonos a los dos casos estudiados, han sido propiciadas por una falta de conocimiento por parte de los profesionales, no saber cómo tratar y actuar con el niño para facilitarle las ayudas que este precisara. Sin embargo, la información recopilada mediante los cuestionarios entregados a un total de 32 maestros, indican que en la actualidad, los conocimientos son adecuados, pese a que los participantes cuentan con una experiencia menor de 15 años, existiendo así, menor posibilidad de haber tenido en el aula un niño con SA o AAF. Siendo la experiencia uno de los temas abordados por los maestros cuando se les preguntan si creen qué podrían detectar un niño con SA o AAF en educación infantil.

La información analizada permite concluir que, en general, los maestros conocen, al menos teóricamente, las áreas afectadas en estas personas, siendo el conjunto de los síntomas agrupados en las relaciones sociales el más reconocido por los profesionales de la educación. Esto puede ser debido a que es lo más característico de estos trastornos, una ausencia de relación social con sus iguales dentro del aula. En cuanto a las habilidades comunicativas, los profesionales desconocen los síntomas, esto puede estar debido a que las personas con SA o AAF, hablan y se expresan con un lenguaje correcto que incluso en el SA puede resultar pedante. En relación a los gustos e intereses de estos niños, la mayoría conoce que manifiestan ciertos comportamientos, como el hecho de correr de un lado a otro, o su peculiar forma de reaccionar ante sonidos o colores. Casi un total de los encuestados tiene conocimientos generales sobre el TEA.

De todo ello podemos deducir que, el conocimiento por parte del profesorado de la etapa de educación infantil es bastante alto, quizás el problema se encuentre más bien en la actitud que estos profesionales muestran hacia los niños con SA o AAF.

Una actitud de la que también los familiares entrevistados hablan, destacando que en todo el proceso por el que han pasado sus hijos han echado en falta maestros, no solo más preparados, sino que sean comprometidos y tengan vocación. La misma actitud negativa se manifiesta en las preguntas abiertas del cuestionario, donde muchos maestros indican que no es competencia suya la detección de un niño con SA o AAF. Sin embargo, y como ya se indicó (Rodríguez Somodevilla, 2013), los educadores se encuentran en un lugar privilegiado para la detección, debido a la posibilidad de comparar el desarrollo evolutivo que presentan los distintos niños dentro del aula, que facilita descubrir más tempranamente cualquier desvío o anomalía. Aunque realmente no son los encargados de realizar el diagnóstico, si lo son de dar la voz de alarma y activar el dispositivo de una evaluación más exhaustiva.

Otro de los aspectos también a destacar, y en el que coinciden tanto familiares como maestros, es que los colegios no disponen, ni cuando sus hijos cursaron educación infantil, ni en la actualidad, de los recursos necesarios para ofrecer el apoyo a los alumnos con SA y AAF, haciendo referencia a la falta de recursos humanos y a la elevada ratio de alumnos en las aulas, que dificultan en gran medida la atención personalizada dentro del aula.

Por su parte, las familias manifiestan que además de haber necesitado buenos profesionales, no tuvieron un conocimiento adecuado del tema, siendo autodidactas y mejorando su situación cuando encontraron un recurso social, como es la Asociación de Autismo, encontrando dificultades en la sociedad dependiendo de la familia.

Todos los resultados y conclusiones presentadas, deben de ser tenidos en cuenta con cautela, puesto que la muestra utilizada, dos familias y treinta y dos profesionales es muy pobre, no pudiendo generalizar los resultados. Puesto que además, los profesionales han sido un poco reacios a participar, reflejándose en sus breves respuestas. Quizá ello es debido a la multitud de solicitudes de colaboración que reciben, o a que se sienten evaluados. Sin embargo, pese a las limitaciones, el trabajo ha permitido reflejar algunas de las competencias adquiridas durante mis estudios de grado, siendo una de ellas el diseño y análisis de un proyecto de investigación sobre aspectos relacionados con la educación, la utilización de esquemas conceptuales para reflejar en pocas palabras los temas más abordados en las entrevistas. Sin olvidar que debido a las necesidades del estudio se ha tenido que entrevistar a padres y profesionales de la educación, conociendo así aspectos a los que tendré que enfrentarme cuando se desempeñe la profesión.

## 5 BIBLIOGRAFÍA

- Alenizi, M. A. K. (2015). An Investigation of Teachers' Attitudes towards Children with Asperger's Syndrome. *Journal of Education and Learning*, 4, 136-148. Recuperado de:  
<http://www.ccsenet.org/journal/index.php/jel/article/view/53753>
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders*. Washington, DC.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM-IV) 4ª ed.* Washington, DC.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM-IV-TR)*. Barcelona. Editorial Massón.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM-V) 5ª ed.* Arlington, VA.
- Andrade Ruíz, F. (2011). La inclusión educativa en el aula regular: un caso de síndrome de asperger. *Revista electrónica educare*, 15, 39-53. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194121530004>
- Artigas-Pallarés, J. & Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32, 567-587. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v32n115/08.pdf>
- Autismo Diario. (2011) *¿Cuál es la diferencia entre Autismo de Alto Funcionamiento y el Síndrome de Asperger?*. Recuperado el 29 de Mayo de 2017 de:  
<https://autismodiario.org/2011/02/15/cual-es-la-diferencia-entre-autismo-de-alto-funcionamiento-y-el-sindrome-asperger/>
- Attwood, T. (2002). *El síndrome de Asperger: Una guía para la familia*. Barcelona: Paidós
- Belinchón, M., Hernández, J. & Sotillo, M. (2008). *Personas con Síndrome de Asperger. Funcionamiento, detección y necesidades*. España: Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Canal, R., Martín-Cilleros, M.V., García-Primo, P., Guisuraga, Z., Herráez, L., Santos, J. y Posada, M. (2011). Los trastornos del espectro autista. En M.T. González Martínez. (Coord). *Psicología clínica de la infancia y de la adolescencia: aspectos clínicos, evaluación e intervención*. Madrid: Pirámide.
- Frías-Navarro, D. (2014). Apuntes de SPSS. *Universidad de Valencia*. Recuperado de <http://www.uv.es/friasnav/ApuntesSPSS.pdf>.

- Gould, J. (2014, Noviembre). Los cambios del nuevo DSM-V y sus repercusiones en la actividad diaria de los profesionales sanitarios. Ponencia presentada en *XVII Congreso de AETAPI*, Barcelona, España.
- Howlin, P. & Asgharian, A. (1999). The diagnosis of autism and Asperger syndrome: findings from a survey of 770 families. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 41, 834-839. Recuperado de:  
[https://www.researchgate.net/publication/229793659\\_The\\_diagnosis\\_of\\_autism\\_and\\_Asperger\\_syndrome\\_findings\\_from\\_a\\_survey\\_of\\_770\\_families](https://www.researchgate.net/publication/229793659_The_diagnosis_of_autism_and_Asperger_syndrome_findings_from_a_survey_of_770_families)
- Jurado de los Santos, P. & Bernal Tinoco, D. (2011). El alumno afectado con síndrome de Asperger en el aula ordinaria. *Revista educación inclusiva*, 4, 29-46. Recuperado de:  
<http://www.ujaen.es/revista/rei/linked/documentos/documentos/13-3.pdf>
- Martín, A., Hernández, J. & Ruíz, B. (2007). *Déjame que te hable de los niños y niñas con autismo de tu escuela*. Madrid: Teleno Ediciones.
- Muñoz Yunta, J., Palau, M., Salvadó, B. & Valls, A. (2006). Autismo: identificación e intervención temprana. *Acta Neurol Colomb*, 22, 97-105. Recuperado de:  
[http://www.acnweb.org/acta/2006\\_22\\_2\\_97.pdf](http://www.acnweb.org/acta/2006_22_2_97.pdf)
- Rodríguez Somodevilla, S. (2013). *Intervención de los EOE especializados en atención temprana. Elaboración de una guía para profesionales que atienden al alumnado TEA en el primer ciclo de educación infantil*. Recuperado de:  
<http://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/6454>
- Viloca, L. (2002). *El niño autista. Detección, evolución y tratamiento*. Barcelona: Ediciones Ceac.

# ANEXOS

## Anexo I: Cuestionario

Con el fin de analizar el conocimiento que tienen los maestros de diferentes centros educativos de educación infantil sobre el Síndrome de Asperger, le pedimos que rellene el siguiente cuestionario. Dicho cuestionario es anónimo y confidencial.

Su colaboración me permitirá desarrollar el Trabajo Fin de Grado, obligatorio para poder finalizar mis estudios, a la vez que ayudarme a conocer la realidad para mi futuro profesional. Usted mejor que nadie sabe lo importante que es la transmisión de conocimiento, por ello le agradezco su tiempo.

Gema Baza García  
Alumna de la Escuela de Magisterio (Zamora)

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Fecha de nacimiento: ..... Sexo: Varón  Mujer

Vinculación con el centro

Profesor/a  Equipo directivo  Estudiante prácticas  Otro (especificar) .....

Titularidad centro  Público  Privado  Concertado

Año en el que acabó la carrera: ..... Tiempo (en años) ejerciendo: .....

Especialidad u otros estudios superiores:.....

### CUESTIONARIO

	VERDADE D/C	FALSO
1. El síndrome de asperger (SA) se encuentra dentro del trastorno del espectro autista (TEA) aspectos generales		
2. Los niños que presentan SA, muestran interacciones sociales inadecuadas.		
3. La falta de un contacto ocular por parte de un niño, puede ser un síntoma del SA		
4. Los niños con SA son personas poco sinceras y que mienten constantemente .		
5. Los niños con SA no tienen dificultades para hacer amigos y establecer relaciones sociales.		
7. Los niños con SA, presentan comportamientos repetitivos como correr de un lado a otro.		
8. El vocabulario de los niños con asperger es muy rico y similar al de un adulto.		
9. Los niños con SA comprenden y comparten los dobles sentidos.		
10. Los niños con SA son personas que olvidan fácilmente o no son capaces de aprender datos como fechas, horarios o series numéricas.		

	VERDADE D	FALSO
11. Los niños con SA presentan reacciones exageradas ante estímulos determinados como pueden ser un sonido, un color etc...		
12. Los niños con asperger son capaces de expresar muchas emociones.		
13. Los niños con SA son personas que destacan por su creatividad e iniciativa en las actividades.		
14. El retraso y la torpeza a nivel motor pueden ser causa de SA.		
15. El vocabulario de los niños con asperger es en la mayoría de las veces infantil y muy limitado.		
16. Una de las características de los niños con asperger es su interés por muchas cosas, sin que exista un interés excesivo por un tema concreto. (ej. Los dinosaurios, trenes)		
17. Los niños con asperger poseen gustos e intereses parecidos a los de cualquier niño.		
18. Los alumnos con asperger, son personas incapaces de seguir el ritmo académico de sus compañeros.		
19. El síndrome de asperger suele aparecer más en personas de sexo femenino.		
20. Los niños con síndrome de asperger presentan un tono y/o volumen de voz que resulta peculiar.		
21. Los niños con asperger son capaces de reconocer emociones de otros niños y expresarlas gestualmente.		

¿Cree que podría detectar a un niño con Síndrome de Asperger en educación infantil?

Sí	N o
----	--------

Por qué: .....

.....  
.....

¿Qué necesidades cree que podría tener un niño con Síndrome de Asperger en Educación Infantil?

.....  
.....

¿Considera que esas necesidades están cubiertas en la actualidad?

.....  
.....

¿Considera que el colegio dispone de los recursos necesarios para ofrecer el apoyo a un niño con Síndrome de Asperger?

Sí	N o
----	--------

Por qué: .....

**Gracias por su participación**

## Anexo II: Preguntas para las entrevistas a los familiares

### ENTREVISTA FAMILIARES

1. ¿Cuándo comenzó a preocuparse por el desarrollo de su hijo? ¿Por qué?
2. ¿A qué edad?
3. ¿Su maestro de infantil no había observado nada importante?
4. ¿Quién le dijo que pasaba realmente algo?
5. ¿Recuerda una situación o acontecimiento a destacar que ocurriera sobre los 3-4 años y que pudiera ser significativa?
6. ¿Recuerda cómo era a esa edad su hijo/a?
7. ¿Recuerda cómo se comportaba a los 3-5 años en el cole?
8. ¿Cree que su maestra supo afrontar la situación?
9. ¿Cree que los maestros que ha tenido su hijo durante su escolarización han sabido que pautas seguir con él o se han preocupado en buscar apoyos necesarios con el fin de ayudarlo?
10. ¿Cree que estaban lo suficientemente formados para afrontar la situación?
11. Teniendo ahora en cuenta lo que ha pasado su hijo, ¿en qué le hubiese gustado que le hubieran ayudado o qué es lo que ha echado en falta?
12. ¿En qué creen que han actuado bien?
13. ¿Qué es lo que más le ha gustado?

