



Curso 2018-19

TRABAJO FIN DE GRADO
MAESTRO EN EDUCACIÓN INFANTIL

INVESTIGACIÓN SOBRE EL CONOCIMIENTO
QUE POSEEN TÉCNICOS Y MAESTROS EN
EDUCACION INFANTIL DEL AUTISMO

(INVESTIGATION ON THE KNOWLEDGE THAT
TECHNICIANS AND TEACHERS HAVE IN EARLY
CHILDHOOD EDUCATION OF AUTISM)

AUTOR:

Noelia Pérez Martín

TUTOR:

Ana Belén Sánchez García

Resumen

La necesidad de una educación inclusiva es la realidad de las aulas hoy en día, pues la diversidad del alumnado es muy amplia. El fin de investigar sobre los conocimientos que poseen los técnicos superiores y maestros en educación infantil del trastorno del espectro autista es ver la situación de la que parten los profesionales de esta etapa para atender a las necesidades educativas especiales. El estudio de investigación se fundamenta en la normativa vigente, la evolución y características del trastorno del espectro autista, la etapa de educación infantil en relación con este y la atención temprana. La metodología empleada para llevar a cabo la investigación ha sido la cuantitativa, cuyo fin es realizar un estudio objetivo de los datos. Los resultados se han analizado mediante la codificación y combinación de variables expresadas en gráficos y tablas, a través de la herramienta estadística Statistical Package for the Social Sciences (n = 100). La conclusión obtenida tras la investigación es la escasez de conocimientos por parte de los profesionales de la educación infantil.

Palabras clave: Necesidades Educativas Especiales, Trastorno del Espectro Autista, Atención Temprana, Técnicos Superiores de la Educación Infantil, Maestros de la Educación Infantil.

Índice

1.	Introducción y justificación del tema elegido	2
2.	Objetivos	3
3.	Contextualización teórica: estado de la cuestión y relevancia del tema	4
3.1.	Atención a la diversidad.....	4
3.1.1.	Evolución histórica del alumnado con necesidades educativas especiales	5
3.1.2.	Evolución normativa de las necesidades educativas especiales	9
3.2.	Trastorno del Espectro Autista	11
3.2.1.	Evolución histórica	12
3.2.2.	Características del TEA	17
3.3.	La etapa de educación infantil en relación con el Trastorno del Espectro Autista.....	18
3.3.1.	Normativa Legal Vigente	18
3.3.2.	Profesionales de la educación infantil	21
3.4.	Atención temprana.....	23
4.	Parte empírica.....	29
4.1.	Metodología.....	29
4.2.	Resultados	31
4.2.1.	Descripción de los resultados	31
4.2.2.	Análisis de los resultados	42
4.2.3.	Discusión de los resultados	44
5.	Conclusiones.....	45
6.	Limitaciones	46
7.	Prospectiva de futuro	47
8.	Referencias bibliográficas	48
9.	Anexos	52
Anexo 1..	52
Anexo 2.	53
Anexo 3.	57

1. Introducción y justificación del tema elegido

El tema elegido para este trabajo de fin de grado parte de una pregunta personal de la autora del mismo, ¿Cuántos conocimientos poseen los técnicos y maestros en educación infantil del autismo? Esta surgió por la necesidad de indagar sobre la información que poseen los profesionales de esta etapa para atender a niños y niñas con distintas necesidades educativas y en concreto, con trastorno del espectro autista, denominado *autismo* de forma generalizada.

En la actualidad, la educación parte del principio de la educación inclusiva para crear una escuela en la que tienen su lugar todos los niños y niñas. Este principio tiene gran relevancia para nuestro trabajo de fin de grado, pues para que exista una educación para todo el alumnado es principal la figura del docente, el cual debe tener una formación adecuada que permita llevar a cabo un proceso de enseñanza inclusivo que garantice el desarrollo de todo el alumnado.

En este trabajo de fin de grado, se ha centrado en el trastorno del espectro autista, pues hoy en día su presencia en el aula es creciente. Se pretende llegar con todo ello a la investigación de los conocimientos que poseen los graduados en maestro y técnicos superiores de la educación infantil sobre el trastorno del espectro autista (TEA). Estos conocimientos tienen gran relevancia, pues de ellos dependerá el cumplimiento del principio de educación inclusiva, llegando a ser efectivo este por las acciones educativas llevadas a cabo por los docentes. Las intervenciones educativas adecuadas condicionarán la mejora de la calidad de vida y potenciarán un desarrollo integral de los niños y niñas con trastorno del espectro autista.

2. Objetivos

En cuanto a los objetivos del trabajo de fin de grado se parte de dos objetivos generales que se concretan en otros específicos.

En relación a los objetivos generales del trabajo, se pretende indagar en fuentes bibliográficas sobre el trastorno del espectro autista, su evolución y la relación con el contexto educativo. Por otro lado, se persigue investigar sobre los conocimientos que poseen los profesionales de la etapa de educación infantil sobre el trastorno del espectro autista. Este objetivo está planteado como punto de partida para realizar una investigación con el fin de ver la realidad educativa actual de los profesionales de la educación infantil.

A su vez, los objetivos generales se concretan en otros objetivos específicos. Se persigue identificar la información sobre el trastorno del espectro autista, recibida por los profesionales en su formación académica. Analizar las actitudes y opiniones de los profesionales respecto a su acción e intervención educativa inclusiva, concretamente con el alumnado con trastorno del espectro autista.

3. Contextualización teórica: estado de la cuestión y relevancia del tema

En relación al tema principal de este trabajo se llevará a cabo una síntesis y exposición de contenidos teóricos que serán la base principal de la investigación a partir de los cuales se llevará a cabo una parte empírica.

3.1. Atención a la diversidad

La atención a la diversidad es un conjunto de acciones educativas destinadas a responder a las necesidades concretas del alumnado y garantizar el logro de las competencias básicas y objetivos de la etapa en la que se encuentran. Estas incluyen a todo el alumnado, no únicamente a aquellos alumnos con discapacidad. Su objetivo es dar respuesta a las diferencias individuales del alumnado, en relación con distintos aspectos educativos como estilos de aprendizaje, intereses, capacidades, etc. Y a las diferencias propiciadas por el contexto social y escolar. Las actuaciones se llevan a cabo tanto en el plano individual de la persona como en los distintos contextos: sociales, culturales, escolares... que propician la aparición de diferencias (Sánchez, 2018).

En relación con la atención a la diversidad en la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (citada en Sánchez, Domínguez y González, 2018): la administración regulará las medidas organizativas y curriculares, que permitan a los centros ejercer su autonomía y organizar flexiblemente su enseñanza. Dentro de estas medidas se encuentran las adaptaciones del currículo, los agrupamientos flexibles, el apoyo en grupo ordinario, división de grupos, programas de mejora del aprendizaje y el rendimiento y otros programas de tratamiento personalizado para el alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo. Los centros tendrán autonomía para adoptar las medidas de atención a la diversidad más adecuadas a las características de su alumnado.

3.1.1. Evolución histórica del alumnado con necesidades educativas especiales

El concepto del alumnado con necesidades educativas especiales (NEE, en adelante) ha sufrido grandes cambios a lo largo de la historia debido a los diversos avances, por ello cabe mencionar su evolución y cómo se entiende hoy en día.

Desde la Antigüedad Clásica hasta la Edad Media las personas con discapacidad no eran consideradas por la sociedad, fue en el Renacimiento cuando empezaron a recibir un trato más humanitario y asistencial. Estas consideraciones no eran igualitarias para todas las personas con discapacidad, la aceptación social comenzó por las personas con discapacidad sensorial, visual y auditiva principalmente.

Tras la consideración social, comenzaron los primeros tratamientos educativos para las discapacidades anteriormente mencionadas. Fue en el siglo XVI fray Pedro Ponce de León, inició en España la educación de los sordomudos en el monasterio de Oña, Burgos. A este le siguió, en el siglo XVII, Juan Pablo Bonet publicando un libro para enseñar a hablar a los sordomudos. El cual no tuvo un gran éxito social. En el siglo XVIII en Francia, Charles Michel de L'èepè, crea el lenguaje de signos. En 1755 instaura la primera escuela pública para sordos (Ortiz, s.f.).

Por otro lado, Valentín Haüy adoptó la escritura, con grandes letras en relieve y afirmó que los ciegos eran educables, sustituyendo un sentido por otro, la vista por el tacto. En 1784, en París, creó el Instituto de Jóvenes Ciegos, para que recibieran una educación específica. Tras este gran avance, Louis Braille, alumno de Haüy crea la lectura y escritura sobre una base de puntos en relieve, conocida con su mismo nombre (Martín, 2010).

Las personas con discapacidad psíquica aún recibían un carácter asistencial. En el siglo XVIII, comenzaron a cuestionarse su educabilidad y aparecieron las primeras enseñanzas para estas personas. En este siglo la discapacidad era abordada desde un modelo médico, en el cual la discapacidad se centra en la persona y se entiende como una enfermedad.

En el siglo XIX aparecieron los precursores de la educación especial. Las personas con discapacidad intelectual comienzan a recibir tratamiento médico y pedagógico, gracias a psiquiatras como Esquirol, Itard y Seguin. Esquirol (1838) diferenció la demencia y la confusión mental del retraso mental, siendo este último un déficit intelectual demostrable y no podía curarse. Itard organizó dos escuelas para anormales. Por otra parte, su discípulo Seguin hace una clasificación del grado de afectación del retraso: idiocia (grave), imbecilidad (leve), debilidad mental (retraso en el desarrollo) y simple retraso (desarrollo intelectual lento). Expuso en su libro *La idiocia y sus tratamientos fisiológicos* las relaciones entre actividad sensorial y nivel de pensamiento. Y elaboró programas para diversos aprendizajes (Ortiz, s.f.).

A finales del siglo XIX y principios del XX se crean instituciones especializadas en cada uno de los tipos de deficiencias con un carácter medicopedagógico, ya que en las escuelas públicas no aceptaban a alumnos con discapacidad, a diferencia de Suiza que introduce a los alumnos en la escuela pública.

En este siglo se crea la primera escala de evaluación de la inteligencia gracias a Binet-Simon (1905), la cual se dividía en: idiocia, imbecilidad y debilidad mental. Le siguieron numerosos estudios dando lugar a la psicología escolar ofreciendo respuesta a la identificación y la clasificación del alumnado que necesitaba programas educativos especiales o diferentes al ordinario. En España en 1933 Strauss introdujo el término ``pedagogía terapéutica´´, la cual se entiende como una disciplina cuyo fin es educar o reeducar a los niños que poseen deficiencias, pretende recuperarlos e integrarlos en la sociedad mediante un sistema educativo paralelo al general. De esta forma se creaba una educación segregacionista (Ortiz, s.f.).

Unos años más tarde, en 1943, las investigaciones sobre los deficientes mentales habían avanzado mucho. Fue entonces cuando Kanner, psiquiatra infantil, descubre una nueva categoría de enfermedad mental, el autismo, cuyo aspecto principal era la incapacidad de relacionarse normalmente desde el nacimiento (Ortiz, s.f.).

Sobre los años 70, aparece una disconformidad con la educación segregada. Dando paso a el principio de normalización, creado por el director del Servicio Danés para el Retraso Mental. Este refiere la necesidad de que el alumnado con deficiencias lleve una vida lo más normalizada posible, lo cual supone un gran avance para la sociedad en relación a las personas con discapacidad. Las organizaciones internacionales asumen la normalización de las personas deficientes y comienzan a aparecer leyes de educación con carácter integrador. Este movimiento de integración escolar se basa en tres principios: sectorización (servicios para cada persona en su entorno cercano), individualidad (respuestas para cada alumno adaptadas a sus características) y la normalización (Martín, 2010).

Unos años más tarde, en 1978, aparece el informe Warnock, en el cual aparece el término necesidades educativas especiales, por primera vez, que engloba las distintas necesidades que presenta el alumnado, las cuales requieren cierto tipo de ayudas u apoyos durante su escolaridad. No se refiere únicamente al alumnado con deficiencias, sino que incluye a todo el alumnado que pueda requerir algún tipo de apoyo u ayuda (Warnock, 1978).

Este informe da un cambio radical a la educación especial, tanto conceptual como práctico. El concepto se amplía y engloba a todo el alumnado que presente alguna dificultad, como trastornos de conducta y emocionales, retraso de aprendizaje, problemas del lenguaje... Se entienden las necesidades como algo que la persona necesita por sus características, pero es la escuela la que debe dar la respuesta.

La organización de naciones unidas para la educación, ciencia y la cultura (UNESCO) en 1994, celebra en Salamanca la Conferencia Mundial sobre las Necesidades Educativas Especiales, en la cual se expresa la idea de la inclusión educativa. Las escuelas ordinarias deben aceptar y crear una educación para todos, combatiendo las actitudes discriminatorias e incluyendo la participación de todo el alumnado en la vida escolar y social del centro educativo (Ainscow, y César, 2006).

La inclusión nos muestra una visión diferente a las anteriores, pues es el contexto el que debe responder a las características y necesidades del alumnado. Dentro de este contexto está englobado todo el centro educativo: profesionales, prácticas educativas, recursos disponibles, etc. Esta no solo incluye al alumnado con NEE sino que debe atender a todo el alumnado, proporcionando una práctica educativa adaptada a cada alumno y en especial a aquellos que tienen una situación de riesgo o exclusión (Durán y Giné, 2017).

Unido a la educación inclusiva del alumnado es preciso mencionar la necesidad de la educación de garantizar la mejora de la calidad. Esta es definida por Schalock y Verdugo (2007) como el completo bienestar basado en diversas dimensiones personales como: el bienestar emocional y físico, unas buenas relaciones interpersonales, un correcto desarrollo, la autodeterminación, inclusión social, autodeterminación y los derechos. Todas ellas unidas a factores personales y ambientales.

La UNESCO celebra en 2008 la conferencia internacional de educación, en su 48ª edición, *denominada la educación inclusiva: el camino hacia el futuro*. En la cual se recogen los principios básicos de la educación inclusiva: la equidad e igualdad para todas las personas. Por otro lado, se expresa la necesidad de la formación inicial y continuada de los docentes, los cuales garantizarán la educación inclusiva del alumnado (UNESCO, 2008).

Según Parra (2010) la inclusión educativa, es proporcionar el derecho a la educación, la igualdad de oportunidades, suprimir las barreras del aprendizaje y participación del alumnado tanto en el contexto físico como en el social.

Desde entonces hasta la actualidad, se ha pretendido lograr una educación inclusiva en la escuela ordinaria. La trayectoria ha sido ardua y prolongada en el tiempo, pero aún queda mucho camino por recorrer. Referido al trabajo que nos compete se debe hacer referencia al incremento progresivo de la inclusión del alumnado con trastorno del espectro autista en las aulas ordinarias.

3.1.2. Evolución normativa de las necesidades educativas especiales

A lo largo de la historia de la evolución de la atención a la diversidad y las necesidades educativas especiales se han implementado diferentes leyes de educación. A continuación, se muestra un breve recorrido de estas.

La Ley Moyano, de 1857, fue la primera ley en considerar a las personas con discapacidad. Esta menciona la atención educativa de sordomudos y ciegos siempre que fuese posible (Negrín, y Marrero, 2018).

La Ley 14/1970, de 6 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa, expone en su capítulo séptimo, cinco artículos dedicados a la educación especial. En estos recoge la finalidad de la educación especial, preparar a los deficientes e inadaptados para la vida social y laboral, capacitándolos de autonomía. Se lleva a cabo una formación docente y profesional por el ministerio de Educación y Ciencia. La escolarización del alumnado deficiente e inadaptado en centros de educación especial cuando sea severa y en centros ordinarios en el caso de que sea leve.

La Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo expone en el capítulo quinto, dos artículos referidos a la educación especial. En ellos se recoge la garantía de los recursos necesarios para que el alumnado con NEE consiga los objetivos establecidos. La atención del alumnado se basa en los principios de integración y normalización. Al finalizar el curso se evalúan los objetivos alcanzados por el alumnado con necesidades especiales con la finalidad de cambiar el plan si fuese necesario.

La Ley Orgánica 9/1995, de 20 de noviembre, de la participación, la evaluación y el gobierno de los centros docentes expone la primera definición de alumnado con NEE, son ``aquellos que precisan, en un momento determinado o durante su escolarización, apoyos y atenciones educativas específicas, por discapacidad física, psíquica o sensorial, por trastornos graves de conducta, o situaciones sociales o culturales desfavorecidas`` (p.33660). Esta ley recoge la promoción de la escolarización del alumnado con necesidades educativas especiales en el segundo ciclo de educación infantil.

La Ley Orgánica, 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación, modifica la definición del alumnado con NEE, haciendo énfasis en la evaluación e incluye los trastornos graves de la personalidad dentro de esta. La escolarización será normalizada, excepto cuando se requiere una flexibilización del periodo de escolarización de la enseñanza obligatoria, siendo el límite los veintiún años. La familia del alumnado recibirá orientación y se facilita la accesibilidad de los centros públicos. Esta ley incluye también la formación base, del profesorado, en NEE asociadas a discapacidad.

La Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación entiende que: ``el alumnado con necesidades educativas especiales es, aquel que requiere, por un periodo de su escolarización o a lo largo de toda ella, determinados apoyos y atenciones educativas específicas derivadas de discapacidad o trastornos graves de conducta. `` (p.54).

Esta ley entiende las NEE dentro de un grupo mayoritario denominado *alumnado con necesidad específica de apoyo educativo* (ACNEAE). Este está creado con la finalidad de proporcionar una atención educativa para el alumnado para que alcancen su máximo desarrollo y los objetivos generales. Esta ley se rige por los principios de normalización e inclusión, asegurando la no discriminación y la igualdad. La administración promoverá la escolarización en la etapa de educación infantil del alumnado con NEE y dotará al profesorado y a otros profesionales de formación para atender a todo el alumnado y, en concreto, al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo. Esta establecerá procedimientos y recursos para la identificación temprana de las necesidades específicas de los alumnos y alumnas, proporcionando la atención integral desde ese momento.

Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa solo realiza modificaciones en la evaluación, que debe adaptarse a las necesidades educativas especiales del alumnado y en la atención del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo en la formación profesional básica.

3.2. Trastorno del Espectro Autista

En este epígrafe se realizará un recorrido histórico desde las primeras concepciones hasta la actualidad del trastorno del espectro autista, sus características y el ámbito educativo en relación con el alumnado con este trastorno.

La American Psychological Association (APA, en adelante) (2013) define el trastorno del espectro autista como ``una alteración del desarrollo, que engloba cambios persistentes en la interacción social, el habla y la comunicación no verbal, con conductas repetitivas y restrictivas. Las consecuencias y severidad de los síntomas son diferentes en cada persona. ``

La definición de la APA es completada de forma minuciosa por la clasificación internacional de enfermedades (CIE), en su décimo primera versión, la cual expone que los déficits en la interacción social recíproca y la comunicación social son persistentes, acompañados de intereses y patrones de comportamiento restringidos, repetitivos e inflexibles. El inicio de dicho trastorno comienza en la primera infancia, durante el periodo de desarrollo, pero los síntomas pueden manifestarse plenamente de forma tardía, cuando las demandas sociales exceden sus capacidades (CIE, 2019).

Considera que dichos déficits tienen una gravedad que causa deterioro a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas de relevante importancia para el individuo. Estos, por lo general, conforman unas características presentes del individuo, observables en todos los ámbitos, aunque lo cierto es que pueden variar conforme al contexto social, educativo u otros (CIE, 2019).

3.2.1. Evolución histórica

A lo largo de la historia el trastorno del espectro autista (TEA, en adelante) ha sufrido numerosos cambios y avances, a los cuales se hará referencia a continuación. Con este epígrafe se pretende mostrar una visión del desarrollo del concepto de *autismo* desde su inicio hasta nuestros días, el cual ha evolucionado y actualmente, se encuentra dentro de un espectro que engloba diferentes trastornos.

La denominación *autismo* fue empleada, en su inicio, por el psiquiatra Paul Eugen Bleuler en 1911. Con ella se refería a una alteración de la esquizofrenia, que provocaba a los pacientes la evasión emocional y del mundo exterior (Bleuler, 1911).

El uso de dicha denominación se ha ido modificando con el paso del tiempo, dándole un significado muy diferente al de entonces, gracias a los estudios y los nuevos conocimientos sobre este trastorno.

Esta primera nomenclatura, modificada hace no demasiado tiempo, fue empleada para explicar unos rasgos característicos de un trastorno psicológico, no como un trastorno con carácter propio.

Unos años más tarde, fue denominado *autismo infantil precoz* y definido por Leo Kanner. Se trata de un psiquiatra austriaco que, tras el estudio de las características de once casos de niños y niñas con distintas edades, estableció unas características comunes a todos ellos. Dicho estudio comenzó en 1938, pero fue en 1943 cuando concluyó en algunos patrones comunes y definió el trastorno como: la incapacidad de los niños y niñas de relacionarse con las personas y situaciones de forma normal, desde el inicio de la vida. Los niños del estudio mencionado estaban incluidos entre el colectivo infantil con distintos diagnósticos: esquizofrenia, idiotas o imbeciles, ya que hasta el momento no se habían tomado en cuenta sus características comunes para realizar un diagnóstico diferente (Kanner, 1943).

La definición y las apreciaciones de este autor ya mostraban características identificativas de lo que ahora se entiende por TEA. Los niños y niñas no eran capaces de

llevar a cabo una interacción social adecuada desde el comienzo de la vida. Los actos comunicativos no eran eficientes, viéndose afectados por la dificultad de interpretación de los mensajes, de los sentimientos o emociones, unido a la dificultad de producción del lenguaje, caracterizándose este por una imitación de las demás personas, no por una producción autónoma espontánea. La ausencia de interés y atención, acompañada de falta de contacto ocular, provocaban un desinterés por el entorno y las demás personas, a excepción de sus necesidades. La soledad y el desinterés por el juego con las demás personas les caracterizaba. En relación a la interacción con el entorno, muestran respuestas anormales ante sonidos fuertes o movimientos, rutinas y rigidez ante los cambios (Kanner, 1943).

En relación a la educación de los niños y niñas con este tipo de trastorno, el autor exponía la educación conductual. La enseñanza de las conductas y repetición de estas desde el inicio de la vida, daría lugar a una respuesta aprendida, pero en cierto modo satisfactoria (Kanner, 1943).

Un año después de la definición del autismo por Leo Kanner, apareció una nueva definición con unas características muy similares, pero sin el conocimiento de la anterior. Esta fue concebida por el pediatra Hans Asperger, tras el estudio de cuatro casos.

Hans Asperger (citado en Artigas y Paula, 2012) denominaba el TEA como la *psicopatía autista* y describía esta como un modelo de conducta que tenía unas características concretas: ausencia de la capacidad para ponerse en el lugar del otro y entender cómo se siente, inocencia, falta de interés por hacer amistades, excesiva fascinación por algunos temas y dificultad en la coordinación y motricidad. Este autor los denominaba ‘‘pequeños profesores’’, ya que podían desarrollar un tema de interés para ellos de una manera asombrosa, con mucho detalle y precisión. Además, este autor hacía referencia a la educación por parte de los maestros y reiteraba la importancia del proceso de enseñanza – aprendizaje basándose en los intereses del alumnado.

Asperger definió el trastorno como una psicopatía, es decir, un trastorno mental cuya alteración está asociada a la interacción social. Algunas de las características de esta

eran similares a las definidas anteriormente por Kanner, la diferencia era un nivel intelectual superior. Estos, a pesar de tener afectadas sus interacciones sociales, eran verdaderos genios en los temas que les resultaban realmente interesantes. A diferencia de Kanner, este autor sí hacía referencia a dificultades en la motricidad y la coordinación.

Este autor entendía el inicio de esta psicopatía en el tercer año de vida. En la actualidad, es cierto que algunos niños y niñas pueden ser diagnosticados tardíamente en estas edades porque las características del espectro son tan amplias y variables que en ciertos casos pueden pasar desapercibidas, aunque es difícil en el momento en el que vivimos.

En relación a la educación de estos niños y niñas, este autor hacía hincapié en la focalización del proceso de enseñanza – aprendizaje en los intereses de este alumnado. Unido a lo anteriormente expuesto, y en relación con la educación, cabe destacar que estos niños con capacidades intelectuales superiores podrían pasar desapercibidos de una forma más fácil si no reciben educación institucional en una escuela infantil de 0 a 3 años, porque el ambiente familiar es diferente al escolar, al igual que las interacciones sociales, siendo estas en la escuela infantil con iguales y en casa, con personas adultas.

Rutter (1978), psiquiatra británico, realizó una revisión de las propuestas sobre el término *autismo infantil precoz* de Kanner. Este autor separó el TEA de las características de otros trastornos psiquiátricos. Sus ideas estaban referidas a la interacción social, caracterizada por la incapacidad de establecer relaciones sociales, la comunicación social, el retraso del lenguaje, la escasa comprensión y atención, el lenguaje repetitivo y utilización errónea de los pronombres, caracterizada por su inversión. En cuanto al desarrollo motriz: movimientos repetitivos, especialmente con los brazos o las manos. El control de esfínteres era tardío y se provocaban autolesiones. Todo ello no estaba en relación con su coeficiente intelectual, ya que este era normal y no se explicaba el trastorno por esta causa, aunque coexistía en algunos casos. El comienzo del trastorno, a diferencia de Asperger, era más pronto, a los 30 meses de edad (Rutter, 1978).

Por otro lado, un año después, Wing y Gould (citado por Wing 1994) hicieron un estudio sobre las condiciones del autismo, en el cual destacaron las áreas que estaban afectadas. En este determinaban que dichas condiciones se caracterizaban por deficiencias en la interacción social con las demás personas de forma efectiva, la comunicación y la imaginación. Estas tres, acompañadas de actividades limitadas, repetitivas y estereotipadas. Las habilidades en las demás áreas eran normales o incluso en ocasiones tenían altos grados de inteligencia en test psicológicos.

Estas autoras realizaron una síntesis de todo lo anteriormente expuesto por los autores y discriminaron, de forma muy minuciosa y correcta, las características que poseían las personas con TEA y las áreas en las que se centraba dicha afectación. Sus afirmaciones estuvieron muy cerca de la concepción actual.

Previo a los estudios de los autores anteriormente citados, la APA, en 1952, publicó su primer manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM, en adelante), en el cual se recogían los criterios de los diferentes trastornos. Este manual posee varias versiones en las que se enmarcaba el TEA de formas distintas, de todas ellas se mostrará una línea temporal y se hará especial hincapié en la actual.

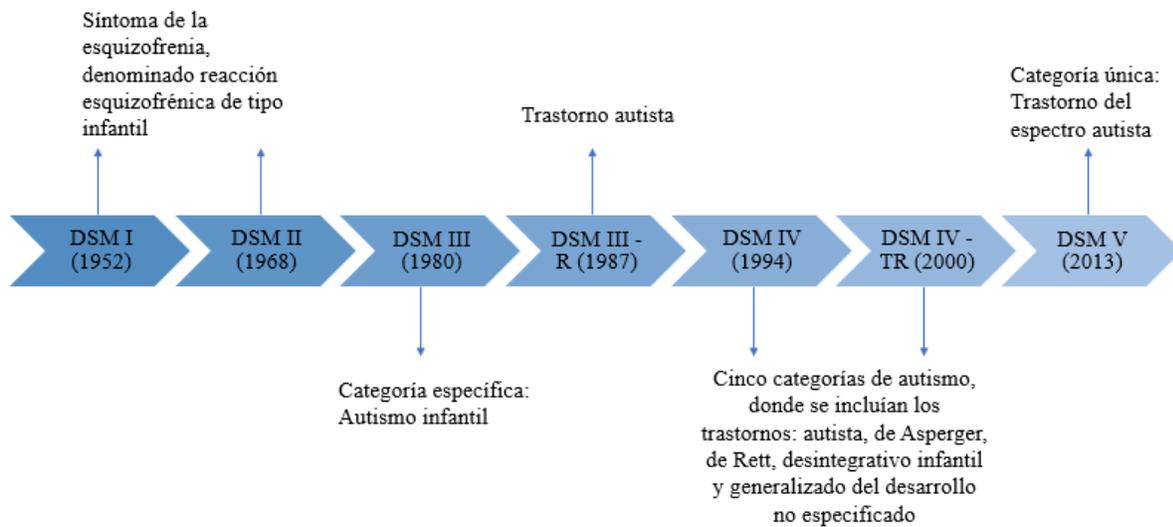
La última publicación del manual es el DSM V. En él, se reconoce TEA, como un trastorno del desarrollo neurológico y se especifican cinco categorías, en las cuales se establecen criterios que debe cumplir un niño para ser diagnosticado con dicho trastorno. El primero de estos expone las deficiencias en la comunicación e interacción social en diversos contextos. El segundo expone las conductas repetitivas y restrictivas en el comportamiento, los intereses o las actividades. Estos dos primeros criterios tienen diferentes grados de severidad, que se identificarán atendiendo a la descripción de la comunicación social y los comportamientos (restringidos y repetitivos). En cuanto al tercer criterio, especifica el momento en el que deben estar presentes, en las primeras fases del periodo de desarrollo. El cuarto criterio hace referencia a los síntomas y su influencia en el ámbito social, laboral u otras áreas de funcionamiento. Y el último, hace referencia a la necesidad de tomar consciencia de que las alteraciones no pueden definir otra discapacidad,

a menudo, este trastorno tiene comorbilidad con otras alteraciones como la discapacidad intelectual o el retraso global del desarrollo (APA, 2013).

En cuanto a la severidad del TEA, en el DSM V, se recogen tres niveles: el primero, requiere ayuda; el segundo, ayuda notable; y el tercero, ayuda muy notable. Estos niveles atienden al deterioro del área de la comunicación social y a los patrones de comportamiento restringidos y repetitivos (APA, 2013).

A continuación, se muestra la línea temporal en la que se reflejan las clasificaciones del TEA en el DSM a lo largo de su evolución.

Figura 1. Línea temporal del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales



3.2.2. Características del TEA

En cuanto a las características del TEA, resulta muy complejo determinar estas, ya que se enmarca dentro de un espectro en el que cada individuo posee unas características y condiciones personales. Por lo tanto, no existen unas características universales que se muestren de manera igualitaria en todos los niños que presentan este trastorno, pero sí algunas que aparecen algunos signos de forma común. Algunas de estas características vienen ejemplificadas en el DSM V en los criterios diagnósticos, para ello véase el anexo 1. En este también se recoge una tabla en la cual se clasifica la gravedad de los distintos deterioros.

Con este epígrafe se pretende expresar unas nociones básicas que sirvan como orientación para poder identificar alguna característica que esté presente, aunque no se den de la misma forma en todas las personas, pues todos los individuos no son iguales. Es, por ello, que en la diversidad está la riqueza.

En síntesis, se ha realizado una tabla a partir de la información recogida por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), en la cual se muestran de forma orientativa los signos característicos más relevantes, divididos en dos dimensiones que definen el TEA: comunicación e interacción social y conductas repetitivas y restrictivas. Es relevante apreciar que el desarrollo no es igualitario para todas las personas y que estas características pueden variar en su grado de desarrollo, es decir, puede que tengan muchas capacidades o que tengan una gran afectación en estas. Algunas capacidades pueden mejorar con el tiempo gracias al aprendizaje.

Tabla 1. Características del TEA

Comunicación e integración social
Ausencia de respuesta al nombre (12 meses)
Evita el contacto visual
Gusto por jugar en solitario
Ausencia de expresión de interés y emociones a los demás
Escasa utilización de gestos sociales y faciales
Resistencia al contacto físico Escasa comprensión de ayudas en situaciones de angustia
Dificultad en la comprensión de sentimientos ajenos
Desarrollo tardío del habla y el lenguaje
Reproducción de palabras o frases de forma repetitiva
Inversión pronominal
Ausencia de señalización para mostrar interés y de seguimiento a esta cuando la hace otra persona
Habla poco normalizada
Ausencia de juego simbólico
Incomprensión del lenguaje irónico, sarcástico o jocoso
Conductas repetitivas y restrictivas
Seriación de juguetes
Invariabilidad de juego con los objetos
Intereses obsesivos y excesivos con cosas insignificantes
Resistencia a los cambios
Movimientos repetitivos con el cuerpo o las manos (estereotipos)
Rigidez de rutinas

Nota. Adaptado de <<Centers for Disease Control and Prevention>>, 2016. Trastorno del espectro autista (TEA). Recuperado de <https://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/autism/signs.html>

3.3. La etapa de educación infantil en relación con el Trastorno del Espectro Autista.

En cuanto a la etapa de educación infantil en relación con el Trastorno del Espectro autista, es necesario señalar la normativa específica de esta etapa, la normativa específica del TEA asociada a este periodo educativo y los profesionales que trabajan en este.

3.3.1. Normativa Legal Vigente

La Estrategia Española en Trastornos del Espectro del Autismo, aprobada por el Gobierno de España el 6 de noviembre de 2015, tiene el fin de proporcionar la igualdad de

oportunidades y garantizar los derechos de las personas con TEA y sus familias. Esta posee quince líneas estratégicas, las cuales se concretan en un Plan de Acción (Estrategia Española en Trastornos del Espectro del Autismo [EETEA], 2015).

Dentro de las líneas estratégicas, cinco se encuentran en relación directa con el ámbito educativo. Una de ellas es una estrategia transversal: la cuarta, siendo el resto específicas: quinta, sexta, séptima y novena.

La cuarta estrategia transversal, formación de los profesionales, tiene como objetivo la formación continua, proporcionando conocimientos específicos en relación con el TEA y sus necesidades (EETEA, 2015).

La quinta estrategia específica, detección y diagnóstico, pretende favorecer la detección temprana en los diferentes contextos (sanitario, educativo y social) en los que se desarrollan los niños, y facilitar el diagnóstico del TEA. La sexta, atención temprana, su objetivo es garantizar la atención desde los 0 a 6 años, favoreciendo la detección precoz y afrontar tempranamente el trastorno, promoviendo programas especiales individualizados y flexibles para cada niño. La séptima, intervención integral y especializada, como su propio nombre indica su fin es la intervención en los distintos sistemas (sanitario, educativo y social) para facilitar la transición de los niños entre las distintas etapas de su vida (EETEA, 2015).

En cuanto a la estrategia específica novena, educación, se concreta mediante múltiples aspectos que son el eje principal de la educación de los niños con TEA. La promoción de la realidad en España del alumnado en las diferentes etapas educativas, situaciones y necesidades. Por otro lado, la educación especializada, inclusiva y de calidad para este alumnado, llevada a cabo mediante la flexibilidad e innovación de la oferta educativa, su participación total en el centro y la individualización de programaciones. En la etapa de educación infantil se instaurarán las medidas para la atención educativa y se crea una red variada, suficiente y especializada para atender a las diferentes etapas educativas, en las cuales se contarán con servicios de orientación y programas de prevención de acoso y abuso (EETEA, 2015).

En relación a esta estrategia específica, es necesario destacar la apreciación en la etapa no obligatoria de la educación infantil. Esta está compuesta por dos ciclos, el primero desde 0 a 3 años y el segundo de 3 a 6 años, ambos tienen carácter voluntario, están fuera de la etapa obligatoria de escolarización que establece la normativa. Dicha condición es muy relevante, ya que la ley contempla esta etapa, pero son las familias las que toman la decisión de que sus hijos estén escolarizados en ella. En cuanto a la educación de las personas con TEA, resulta una decisión con demasiada implicación, pues una escolarización en esta etapa no obligatoria puede favorecer y condicionar a una persona toda su vida. Con ello, se refiere a la intervención pertinente, mediante un proceso de enseñanza individualizado en el que se favorece la educación integral y se pretende favorecer el máximo desarrollo personal de cada niño. La educación favorecerá una mejor calidad de vida para cualquier persona, pero para un niño con TEA será mayor.

Por otro lado, la Orden ECI/3960/2007, de 19 de diciembre, por la que se establece el currículo y se regula la ordenación de la educación infantil. En ella se recogen los objetivos, las finalidades, los principios, las áreas, el currículo, la evaluación de la etapa, de los procesos de enseñanza y de la práctica educativa, la atención a la diversidad, la tutoría y colaboración con las familias, la coordinación entre ciclos y con Educación primaria y el horario.

La etapa de educación infantil tiene un carácter globalizador, cuya finalidad es conseguir el máximo desarrollo posible de todas las dimensiones de la persona: cognitiva, psicomotriz, comunicativa, afectiva – emocional y social.

Los objetivos, contenidos y criterios de evaluación se encuentran enmarcados en tres áreas de contenidos: conocimiento de sí mismo y autonomía personal, conocimiento del entorno y lenguajes: comunicación y representación. En el primer ciclo, los objetivos están destinados a la progresiva autonomía, adquisición de hábitos y desarrollo personal y social, mientras que, en el segundo, se amplían estos y se añaden las tecnologías de la información, música, plástica y la iniciación de: lectura, escritura y operaciones matemáticas más simples. El currículo de estos dos ciclos de educación infantil está concretado de forma separada, de tal forma que existe uno para cada uno de ellos.

La evaluación se llevará a cabo a partir de los objetivos de la etapa y las áreas. Esta atenderá a la situación personal de cada alumno centrándose en sus características y necesidades. Los procesos de evaluación tienen el fin de observar el desarrollo individual de cada alumno, son llevados a cabo por la totalidad de profesionales que contribuyen a este, y serán comunicados a la familia de forma individual y personal. Estos permitirán adaptar las enseñanzas de tal forma que cada alumno pueda alcanzar su máximo desarrollo, obtener una enseñanza individualizada y la atención a la diversidad que precise.

Por otro lado, la Constitución Española en el artículo 27, establece el derecho a la educación, el cual garantiza el desarrollo de la persona, el establecimiento de programaciones de la enseñanza, la participación de todas las personas implicadas y creación de centros docentes. Unido a este derecho fundamental la LOMCE expone el término "equidad educativa", entendido como un principio que garantizará la igualdad de oportunidades de la totalidad del alumnado, permitiendo el pleno desarrollo de su personalidad, la inclusión educativa y la accesibilidad a la educación. Esta igualdad proporcionará una compensación de desigualdades creadas por cualquier condición.

3.3.2. Profesionales de la educación infantil

Los profesionales que trabajan para contribuir al desarrollo integral de los niños y niñas con TEA pertenecen a diversos ámbitos: sanitario, social y educativo. De todos ellos, se centrará la atención en el ámbito educativo, que es el que concierne a este trabajo.

Los profesionales del ámbito educativo que trabajan directamente con el alumnado con TEA son: los tutores del aula específica si se trata de un colegio de educación especial o del aula ordinaria si es de educación inclusiva, los profesionales de Pedagogía Terapéutica, Audición y Lenguaje y el orientador u orientadora del centro en el que se encuentre escolarizado. En el caso de centros escolares con servicios ampliados, siempre que fuese necesario, el fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y educador.

Fuera del centro escolar, los Equipos de Orientación Educativa de zona, los Equipos de Orientación Educativa Especializados y los departamentos de Orientación.

En cuanto a los profesionales de la etapa de educación infantil, educadores y maestros, será imprescindible su formación y la información recibida sobre el TEA, ya que son ellos los profesionales encargados de potenciar el desarrollo integral de su alumnado.

En la etapa de educación infantil, tanto en el primer como en el segundo ciclo, el alumnado está en continuo desarrollo y es posible que aún no se haya llevado a cabo un diagnóstico del TEA. Por ello, es labor principal de estos profesionales atender de forma individualizada a todos sus alumnos, conociéndolos y tomando conciencia de sus progresos en cuanto al desarrollo, para poder proporcionar los apoyos que requieran y dotarles de la atención que precisen. Es necesario, por tanto, que se tenga en cuenta que el alumnado en esta etapa educativa puede presentar señales de alarma que permitan hacer una detección e intervención temprana del trastorno. De tal forma, el alumnado podrá conseguir un desarrollo pleno e integral según sus capacidades personales.

Por otro lado, los docentes deberán proporcionar un proceso de enseñanza – aprendizaje adaptado a las capacidades y necesidades de cada alumno, favoreciendo así el aprendizaje. Una forma efectiva para que el alumnado elabore un conocimiento y realice un aprendizaje significativo es basarse en sus intereses, sus puntos fuertes y sus puntos débiles. Todo ello concretado en actividades sencillas, secuenciadas y progresivas, en las cuales exista un refuerzo positivo y continuado de los comportamientos y aprendizajes adecuados que se hayan adquirido (Federación Autismo Castilla y León [FACYL], 2016).

Todos los profesionales que intervienen en el aula forman parte de la educación del alumnado e inciden en su desarrollo. Es por ello que, resulta necesario que el trabajo sea coordinado y colaborativo por parte de todos.

Es necesario, por tanto, que todos los profesionales que participan en la educación del alumnado con TEA, trabajen en la misma línea, de forma comunicativa, colaboradora y coordinada, de tal forma que, los apoyos serán proporcionados de la forma más completa posible y favorecerán totalmente al alumnado en cuestión. Todas sus intervenciones educativas deben favorecer la atención a la diversidad de la forma más inclusiva posible (FACYL, 2016).

3.4. Atención temprana

En este epígrafe se pretende exponer la importancia de la atención temprana, mediante la explicación del concepto y las actuaciones que se llevan a cabo desde el ámbito educativo.

La Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) (2005) entiende la Atención Temprana (AT, en adelante) como:

El conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar. (p. 12)

Esta definición hace referencia al conjunto de actuaciones que deben realizar los profesionales de distintos ámbitos, en relación con los niños, sus familias y el entorno, tras identificar en los niños alguna necesidad, independientemente de su temporalidad. Además, estas deben caracterizarse por una atención globalizada, atendiendo a todas las dimensiones de la persona.

La AT tiene como finalidad principal identificar riesgos en el desarrollo de los niños, que puedan suponer un trastorno o que ya lo sean, de tal forma que, su actuación garantice el bienestar y desarrollo íntegro de estos, en todos los contextos en los que tiene lugar: familiar, social y escolar. Estos procedimientos se llevarán a cabo atendiendo a sus dimensiones, biológicas – psicológicas – sociales, de tal forma que se garantice una plena integración y autonomía del niño (GAT, 2005).

Partiendo de su finalidad principal, las actuaciones de la AT están destinadas a cubrir las necesidades de los niños, su familia y el entorno, de tal forma que los efectos de un trastorno o déficit, se reduzcan y permitan un mejor desarrollo del niño. Por otra parte, se concretan otras actuaciones dirigidas a suprimir o eliminar barreras, adaptándose a las

distintas necesidades de la persona, su entorno próximo y familiar. Todas ellas tienen como principal objetivo el niño, de forma que es el pilar principal de toda intervención y participa de ella, dándole un papel dinámico.

Como anteriormente se ha expuesto, la AT tiene un carácter biopsicosocial, por ello es necesario trabajar de manera conjunta y coordinada con los profesionales y entidades que intervienen en el contexto del niño y su familia. Todas las actuaciones planteadas deben partir del trabajo cooperativo de los servicios sanitarios, educativos y sociales.

En relación a la intervención de la AT en niños con TEA, su familia y el entorno en el que se desarrollan, debe hacerse lo más pronto posible y de forma intensiva. Dicha intervención debe llevarse a cabo junto a su familia y modificar los entornos, de tal forma que se mejore el aprendizaje y la inclusión (Federación de Autismo Andalucía [FAA], 2018).

Por otro lado, en cuanto a los niveles de prevención en la AT se pueden distinguir tres: primario, secundario y terciario. El primario se caracteriza por la prevención y protección, el secundario, por la detección y el terciario, por la actuación especializada. En estos niveles de intervención participan diferentes servicios como: salud, social y educativo, que actúan en concordancia con los de AT. De esta gama de servicios que intervienen, se seleccionará el educativo, ya que es el relevante en relación con el trabajo realizado. Cabe destacar que los demás servicios son pilares fundamentales de la AT y que también deben tenerse en cuenta (GAT, 2005).

El *primer nivel* de prevención, en relación con los servicios educativos se basa en las actuaciones dirigidas a prevenir los trastornos del desarrollo que puedan aparecer, apoyando a los niños y a su familia. Estas son, fundamentalmente, proporcionar un entorno seguro, de tal forma que los niños se sientan cómodos; estable, para garantizar el sentimiento de protección y confianza; y estimulante, dando lugar a un desarrollo más enriquecido. Todas ellas se complementarán con el entorno familiar en la mayoría de los casos o paliará las carencias en otros. Dichas intervenciones tienen gran relevancia en la

etapa de Educación Infantil, a la cual asisten la mayoría de los niños en nuestro país a partir de los tres años y una minoría antes de esta edad.

El *segundo nivel* de prevención por parte de los servicios de educativos se basa en la detección de los riesgos, singularidades o trastornos. La etapa de Educación Infantil tiene un importante papel en esta detección, ya que se caracteriza por la contribución al desarrollo del alumnado, a diferencia de otras etapas, en todas las dimensiones: cognitiva, psicomotriz, comunicativa, afectiva – emocional y social. A partir de ellas se desarrollan los distintos aprendizajes, permitiendo detectar problemas o anomalías en el proceso de adquisición de estos (GAT, 2005).

Por otro lado, gracias a las distintas situaciones de interacción que en dicho contexto se llevan a cabo, totalmente diferenciadas a las de otros, se pueden identificar problemas en el desarrollo del alumnado que, quizás en otros ámbitos, pasarían desapercibidos. Además, en estas situaciones se observa el proceso individual de cada sujeto, de tal forma que se hacen más latentes sus dificultades, permitiendo identificarlas y actuar sobre ellas lo antes posible. Por último, pero no menos importante, cabe destacar que en este contexto también se pueden identificar situaciones de riesgo social, maltrato infantil y desamparo, ante las cuales se coordinarán con los servicios sociales.

Tras la detección de una anomalía, los maestros u educadores se comunican con las familias para transmitir su preocupación y tomar una decisión conjunta, siempre teniendo como objetivo fundamental al niño, para llevar a cabo un seguimiento y actuación adecuados. Además, se comunicará al servicio de AT y de salud, los cuales contribuirán en el diagnóstico y en la planificación de las actuaciones.

En cuanto al *tercer nivel* de prevención, los servicios educativos se ocupan de trabajar de forma coordinada y cooperativa con los demás profesionales que llevan a cabo la intervención con los niños y sus familias. Se encargan de facilitar el desarrollo del niño, atendiendo a sus necesidades individuales y garantizando su integración en el contexto escolar. Además, el contexto escolar, se compromete a garantizar situaciones de aprendizaje, socialización y desarrollo positivas y enriquecedoras (GAT, 2005).

Los principales ámbitos de actuación de la AT son: los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT), los servicios sanitarios, los servicios sociales y los servicios educativos, siendo este último ámbito de actuación en el que nos detendremos, ligado a la temática que nos concierne este trabajo.

La educación infantil es una etapa de gran importancia para los niños en sus primeros años de vida, ya que es cuando mayor plasticidad cerebral presentan. En esta etapa la enseñanza se centra en el desarrollo integral de los niños, atendiendo a sus características y necesidades. El proceso de enseñanza-aprendizaje tiene gran importancia de cara a prevenir y compensar las NEE de los niños, ya que se centra en todas las vertientes de su desarrollo.

La intervención temprana en relación con el Trastorno del Espectro Autista comienza por la inclusión del alumnado en las aulas de educación infantil. En estas, los profesionales proporcionan un ambiente seguro y confortable en el que el alumnado puede desarrollarse libremente, recibir estimulación y educación, proporcionando de tal forma un desarrollo integral.

El segundo escalón de la atención temprana con este alumnado sería la detección de signos de alarma. Los profesionales de la educación infantil reciben una formación específica y amplia sobre el desarrollo del alumnado entre 0 y 6 años de edad. Esto les permite, gracias a su observación e intervención educativa, detectar las distintas necesidades del alumnado, y las inferencias en su desarrollo normal, tales como: problemas en las habilidades sociales, de lenguaje, motrices, de atención, cognitivas... que pueden no haber sido observadas por los padres, o que han pasado desapercibidas por darse en otros contextos. Por otro lado, pueden identificar situaciones de riesgo social y familiar (Andrés, y Aranda, 2004).

En concreto, los signos de alarma que se deben tener en cuenta en las situaciones educativas con el alumnado que se posee una incertidumbre de un posible diagnóstico de TEA, se recogen en la siguiente tabla.

Tabla 2. Signos de alarma del trastorno del espectro autista

Signos de alarma
Ausencia de respuesta a su nombre (12 meses)
No señala para mostrar interés (14 meses)
No emplea juego simbólico (18 meses)
Ausencia de contacto visual
Preferencia por la soledad
Irritabilidad o enfado ante cambios insignificantes
Movimientos repetitivos con las manos o el cuerpo principalmente
Reacciones anormales ante estímulos sensoriales

Nota. Adaptado de << American Psychiatric Association>>, 2018. ¿Qué es el trastorno del espectro autista? Recuperado de <https://www.psychiatry.org/patients-families/autism/what-is-autism-spectrum-disorder>

Tras la detección de signos de alarma en el alumnado, el docente se comunicará con el equipo orientativo del centro y con la familia, ya que es primordial el trabajo cooperativo entre ambos. Esta será la que decidirá consultar con un especialista médico. En todo momento, el centro educativo se mostrará como una figura de ayuda para la familia.

Los profesionales de atención temprana realizarán al alumnado las pruebas pertinentes de detección del TEA. Dentro de estas pruebas destacaremos el M – CHAT-R/F que es un cuestionario que realizan los padres en el cual se exponen una serie de preguntas sobre habilidades y conductas de los niños. Después estos son analizados por un especialista, y el diagnóstico debe ser realizado por un psicólogo o un psiquiatra (Robin, Fein, y Barton, 2001).

Tras la revisión sistemática y el metaanálisis realizado por Sánchez, Galindo, Nieto, Martín y Robins (2019) sobre las pruebas de detección que se aplican a los niños con sospecha de TEA en edades tempranas, han demostrado que la herramienta de detección de nivel 1 es válida para detectar el TEA en niños con edades comprendidas entre 14 y 36 meses.

Las autoras expresan la necesidad de realizar una evaluación diagnóstica lo más pronto posible, pues los niños con los que se lleva una intervención temprana, antes de los tres años de edad, adquieren mejores resultados que con los que no. (Sánchez, Galindo, Nieto, Martín y Robins, 2019).

Tras el diagnóstico por el profesional correspondiente, se llevará a cabo un plan de actuación con el alumnado con este trastorno. Este se desarrollará por profesionales de distintas disciplinas, la familia y el propio alumno, teniendo en cuenta las características de la persona, su edad y las necesidades, tanto suyas como de su familia. Este plan tendrá como fin garantizar el desarrollo pleno de la persona, sus derechos y su plena inclusión en la sociedad. Desde el ámbito educativo, se creará un programa de atención global e individualizada que incluirá todo lo relativo al currículo de la educación infantil, atendiendo a todas las dimensiones de la persona: cognitiva, psicomotriz, comunicativa, afectivo-emocional y social.

La detección temprana permite realizar una intervención lo más pronto posible, de tal forma que se pueda variar la trayectoria del desarrollo a largo plazo para los niños con TEA. Es fundamental para ello el papel de los docentes que ven el desarrollo personal de los niños y niñas, de tal forma que pueden identificar tempranamente signos de alarma y sospecha, que les permitirán transmitir esta incertidumbre a los profesionales que realizarán la evaluación. Está comprobado que cuanto más precozmente se realicen las intervenciones, mejores serán los resultados del desarrollo del alumnado (Zalaquett, Schönstedt, Angeli, Herrera y Moyano, 2015).

4. Parte empírica

A través de la parte empírica se pretende demostrar el conocimiento que poseen los técnicos y maestros en educación infantil del autismo. Para ello se ha llevado a cabo una investigación cuantitativa en la ciudad de Salamanca. En este epígrafe se recogen la metodología y los resultados, junto a su análisis y discusión.

4.1. Metodología

El presente trabajo de fin de grado pretende realizar una investigación educativa con el fin de responder a los objetivos formulados en el comienzo de este. Para ello, se ha empleado una metodología activa mediante una documentación teórica, y práctica, desarrollada en la parte empírica.

La base de la investigación parte de la siguiente pregunta: ¿Cuántos conocimientos poseen los técnicos y maestros en educación infantil del autismo? A partir de esta se han creado una serie de hipótesis con el fin de responder a los objetivos específicos:

- La información recibida sobre el TEA por los profesionales de la educación infantil es escasa.
- A mayor edad de los profesionales, los conocimientos sobre el TEA son menores.
- Los graduados/as en maestros/as de educación infantil poseen más conocimientos sobre el TEA que los técnicos superiores de educación infantil.
- Los profesionales son conscientes de su contribución en la mejora de la calidad de vida de las personas con TEA.

La técnica empleada para recabar información ha sido la investigación cuantitativa, con el fin de realizar una búsqueda objetiva de datos, mediante un análisis sistemático y cuantificable. La recolección de estos se ha llevado a cabo mediante un cuestionario, el cual ha sido creado con el fin de responder a las hipótesis planteadas. La utilidad y adecuación de este, se realizó mediante la validación de una experta en investigación sobre el TEA,

Ana Belén Sánchez García. A continuación, se llevó a cabo la difusión del cuestionario y la recopilación de sus respuestas.

La extracción de datos, codificación de las variables, el análisis de los resultados, la creación de muestras gráficas y tablas comparativas se ha llevado a cabo con los programas: Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) y Microsoft Excel. El fin de todo ello es dar respuesta a las hipótesis planteadas y extraer unas conclusiones verídicas y objetivas.

El cuestionario planteado va dirigido a profesionales de la etapa de educación infantil, con ello se refiere a técnicos superiores y maestros graduados de educación infantil. Estos últimos, con perfil generalista, sin mención en educación especial. Este está organizado en torno a tres aspectos relevantes y de interés: características sociodemográficas, conocimientos sobre el TEA y opiniones. Se puede visualizar en el anexo 2.

Este se desarrolló en base a los objetivos específicos de la investigación, teniendo en cuenta la definición de TEA del DSM V y los ítems fundamentales del cuestionario de Autismo en la Infancia (M – CHAT) creado por Diana Robins, Deborah Fein y Marianne Barton, concretamente su última revisión en 2009 (M-CHAT-R/F).

Este fue realizado por la aplicación “formularios de Google”, lo cual ha permitido que la población pueda completarlo de manera online y sus respuestas hayan sido recibidas de manera directa. El enlace de este ha sido enviado mediante correo electrónico a colegios y escuelas infantiles de la ciudad de Salamanca, haciendo un especial hincapié en la necesidad de ser profesionales con perfil generalista, sin mención en necesidades educativas especiales o audición y lenguaje. La muestra de población analizada ha sido de un total de 100 profesionales de la etapa de educación infantil.

Los datos obtenidos han sido analizados con la aplicación Google Excel y el programa SPSS. Se ha calculado la frecuencia y los porcentajes de los datos de las variables sociodemográficas, el conocimiento del TEA, las actitudes y opiniones de los profesionales.

4.2. Resultados

En este apartado se llevará a cabo una exposición de los resultados obtenidos en el trabajo de investigación, para ello se ha subdividido este en tres: descripción, análisis y discusión.

4.2.1. Descripción de los resultados

A continuación, se procede a la descripción de las respuestas discriminando los tres aspectos: sociodemográfico, conocimientos sobre el TEA y opiniones de los sujetos acerca de la intervención con alumnado con TEA.

En cuanto a los aspectos demográficos se sintetizarán en una tabla para que de forma visual se puedan apreciar los resultados y favorezca la comprensión de su análisis.

Tabla 3. Datos de las variables sociodemográficas

Variables sociodemográficas	
Grupo de edad	
20 - 27 años	48 (48%)
28 - 36 años	30 (30%)
37 - 44 años	12 (12%)
45 - 52 años	7 (7%)
53 años en adelante	3 (3%)
Sexo	
Masculino	9 (9%)
Femenino	91 (91%)
Formación académica	
Técnico superior de Educación Infantil	43 (43%)
Graduado/a en maestro de Educación Infantil	42 (42%)
Técnico superior y Graduado/a en maestro de Educación Infantil	15 (15%)

Nota. En la tabla se puede apreciar en la columna de la izquierda el nombre de las tres variables sociodemográficas utilizadas en el cuestionario y en la de la derecha la frecuencia y su porcentaje.

En relación a la edad de la población encuestada, la mayor parte se encuentra en edades comprendidas entre 20 – 27 años, con una representación del 48%, llegando a ser casi a la mitad de la muestra recogida. Seguidamente, la edad predominante es 28-36 años, con un 30% de la población. El resto de edades desde los 37 años en adelante es minoritario, con un 12% entre 37 – 44 años, un 7% entre 45 – 52 años y un 3% de 53 años

en adelante. La mayor parte de la muestra de población que ha contestado a la encuesta son jóvenes que recientemente han terminado su formación.

En cuanto al sexo, el masculino es la minoría siendo un 9% y el femenino la mayoría con un 91% del total de la muestra. La mayor parte de las personas que eligen esta formación académica y, por tanto, esta profesión, son pertenecientes al género femenino.

La formación académica de la muestra está dividida de una forma casi igualitaria entre técnicos superiores de educación infantil, siendo estos el 43% y graduados/as en maestro de educación infantil, el 42%. El 15% restante posee ambas formaciones.

En relación a los conocimientos sobre el TEA que tienen los profesionales se llevará a cabo un análisis individualizado de cada una de las variables. En el cuestionario encontramos tres: la información recibida, la definición del TEA y una selección de ítems característicos.

La primera de estas tres variables es la información que han recibido los profesionales sobre el TEA, se presenta una tabla en la cual se relaciona con la variable sociodemográfica de la edad.

Tabla 4. Relación de la primera variable del conocimiento, junto a la variable sociodemográfica de la edad.

Edad, señale la franja temporal en la que se encuentra:						
		20 - 27 años	28 - 36 años	37 - 44 años	45 en adelante	Total
¿Recibió información sobre el trastorno del espectro autista en su formación?	Nada de información	2%	10%	17%	40%	10%
	Poca información	21%	20%	42%	10%	22%
	Algo de información	48%	43%	8%	30%	40%
	Bastante información	23%	20%	33%	20%	23%
	Mucha información	6%	7%	0%	0%	5%
Total		100%	100%	100%	100%	100%

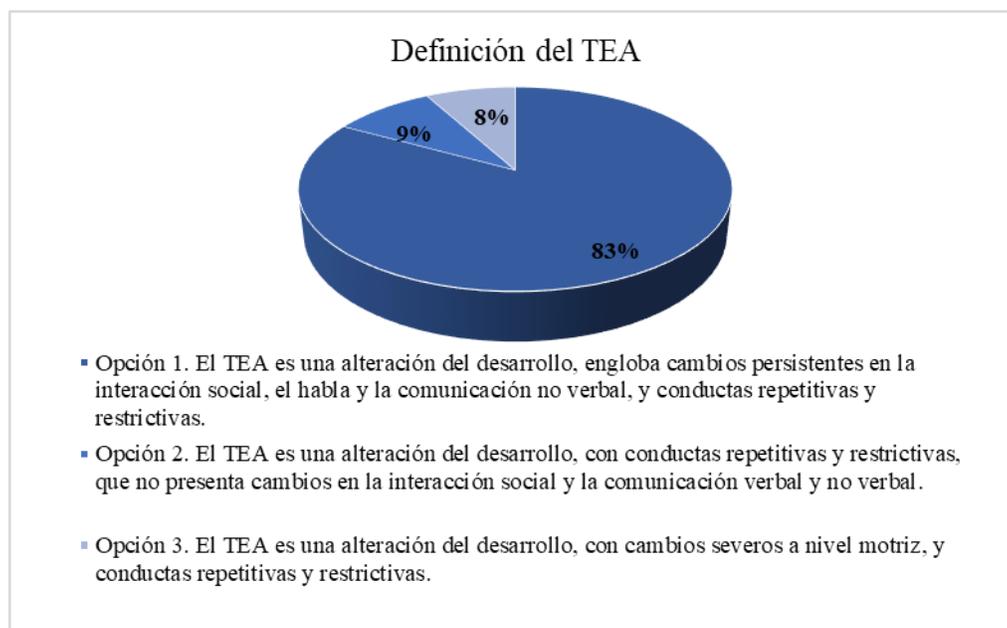
Nota. En las columnas de la izquierda se observa una escala en relación a la información recibida. En la parte superior se expresa la edad de los participantes.

En la tabla expuesta anteriormente podemos apreciar que la gran mayoría de los encuestados ha recibido entre algo y bastante información sobre el TEA en su formación académica. Del total de la información recibida por los encuestados el 40% recibió algo de información. Atendiendo a la variable de la edad, se puede destacar que de la población entre 20 – 27 años el 48% recibió algo de información. Entre 28 – 36 años un 43% recibió algo de información. En edades comprendidas entre 37 – 44 años el 42% recibió poca información. Y desde 45 años en adelante, el 40% no recibió nada de información.

La conclusión obtenida del análisis de los porcentajes en relación a las variables de la edad y la información recibida en la formación académica es que las personas más jóvenes que han respondido a la encuesta han recibido más información que las personas de mayor edad. Con ello se refiere a que en edades comprendidas entre 20 – 36 años recibieron algo de información, entre 37 – 44 años recibieron poca información y de 45 años en adelante no recibieron nada de información sobre el tema de estudio.

En relación al conocimiento que poseen los profesionales sobre la definición del TEA se presenta un diagrama de sectores.

Figura 2. Respuestas de la definición de TEA.



Nota. En el gráfico mostrado la opción 1 es la definición correcta, siendo la 2 y la 3 erróneas.

En la figura anterior se puede apreciar un diagrama de sectores en el cual se han incluido los porcentajes de las respuestas aportadas por la muestra de población estudiada en relación a la definición del TEA. La primera opción posee un porcentaje de respuesta del 83%, la segunda opción un 9% y la tercera opción un 8%. Entre todas las definiciones posibles, la correcta es la primera opción y la que mayor porcentaje ha obtenido. La decisión de mostrar todas las respuestas juntas, sin diferenciación entre estudios académicos ha sido la ausencia de diversidad entre estas. A pesar de ello, se expone la tabla combinada de las variables formación de los profesionales y definición del TEA en el Anexo 3.

La conclusión de esta variable es que la mayoría de las personas encuestadas conocen la definición del TEA, siendo un porcentaje insignificante de la muestra los que no seleccionan y, por tanto, no conocen la opción adecuada.

En relación al conocimiento de los ítems más característicos del TEA se presenta en una tabla de contenidos, en la cual se han analizado y seleccionado las opciones correctas que ha seleccionado cada sujeto, combinando estas con la variable de la formación académica que poseen.

Tabla 5. Relación de la variable de selección de ítems característicos del TEA con la variable sociodemográfica de la formación académica.

Seleccione su formación académica					
		Técnico superior de educación infantil	Graduado/a en maestro/a de educación infantil	Técnico superior y Graduado/a en maestro de educación infantil	Total
Ítems acertados	0	5%	0%	0%	5%
	1	5%	7%	7%	18%
	2	23%	24%	0%	47%
	3	37%	33%	33%	104%
	4	23%	21%	40%	85%
	5	7%	14%	20%	41%
Total		100%	100%	100%	

Nota. En la tabla se muestra en la columna de la izquierda la totalidad de aciertos en relación con los ítems correctos de la variable analizada. Y en las filas de arriba, la formación académica.

En cuanto a los ítems seleccionados por los participantes de la encuesta se puede apreciar que únicamente una minoría no ha seleccionado ninguno de los ítems correctos. La mayoría de los participantes han seleccionado desde tres ítems correctos en adelante.

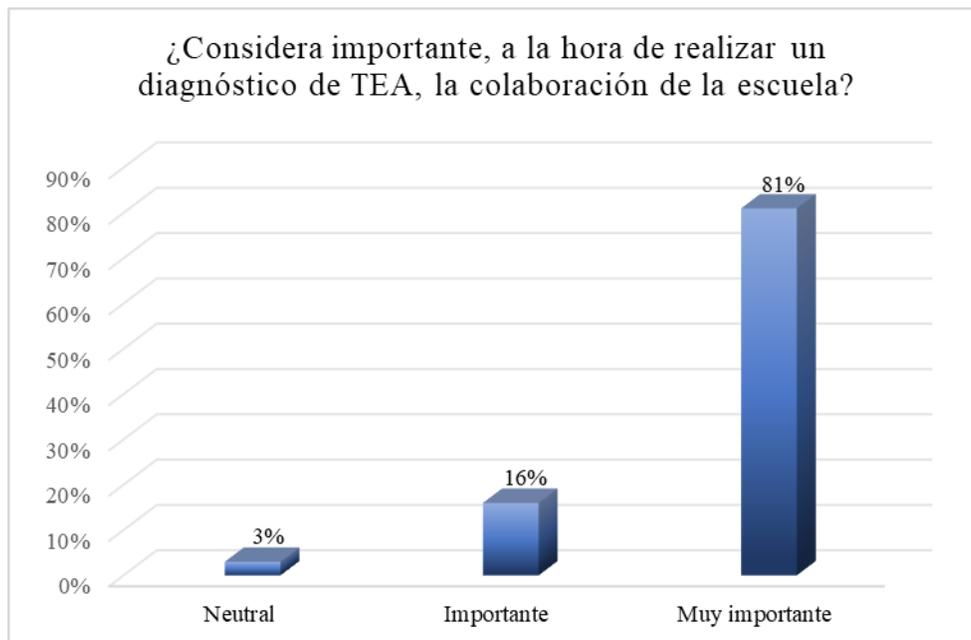
En relación con la formación que poseen los encuestados ambas formaciones poseen un número de respuestas similares en relación con los ítems, es decir, los técnicos superiores y graduados/as en maestro/a de educación infantil contestan de tres a cinco ítems característicos del TEA, dentro de este rango la mayoría se encuentra en tres respuestas correctas. En cuanto a los encuestados que poseen ambas formaciones, la mayoría contestan cuatro ítems correctos.

La conclusión obtenida del cruce de variables es que ambos profesionales poseen una formación similar, a pesar de ser diferentes. Y los profesionales que poseen ambas no se diferencian excesivamente de los que únicamente poseen una de las dos.

En relación a las variables sobre las opiniones que poseen los profesionales con respecto a la intervención educativa y la información recibida en su formación académica se realiza un análisis de manera individual de cada una de ellas.

La primera variable es sobre la opinión que poseen los profesionales de la educación infantil sobre la importancia de la escuela en el diagnóstico de TEA.

Figura 3. Opinión sobre la importancia de la escuela en el diagnóstico del TEA.



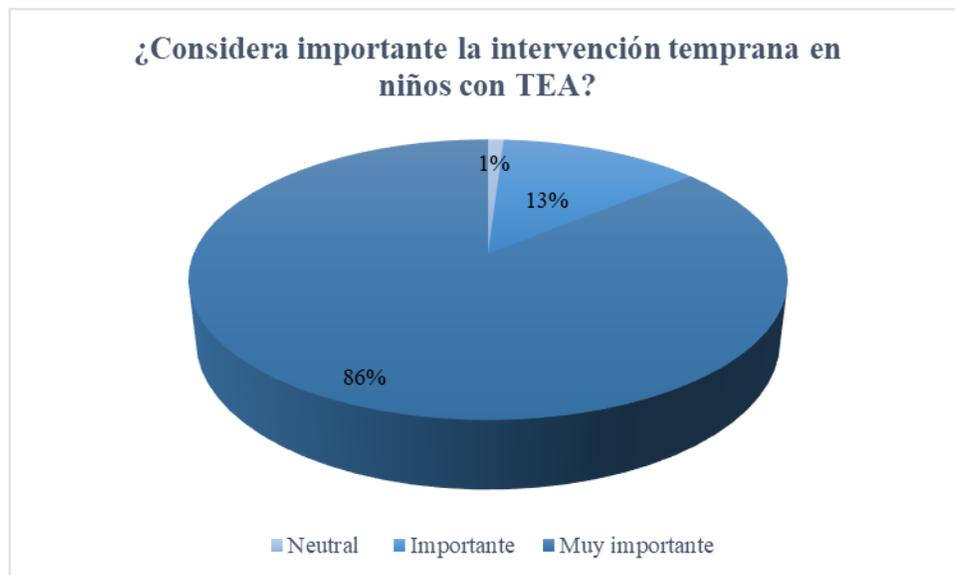
Nota. En la escala Likert se seleccionan los resultados que han obtenido respuesta, es decir, desde la respuesta neutral a muy importante.

En el diagrama de barras se puede ver que la mayoría de la población encuestada responde que la colaboración de la escuela es muy importante para el diagnóstico del TEA, siendo estos un 81% del total. Una minoría, el 16% responde que es importante y una muestra insignificante de la población un 3% responde que ni importante ni poco importante.

Con este gráfico podemos observar que la mayor parte de la población encuestada es consciente de la importancia de la escuela para el diagnóstico del alumnado con TEA.

La segunda variable mide las opiniones sobre la importancia de la intervención temprana en el TEA.

Figura 4. Opinión sobre la importancia de la intervención temprana.



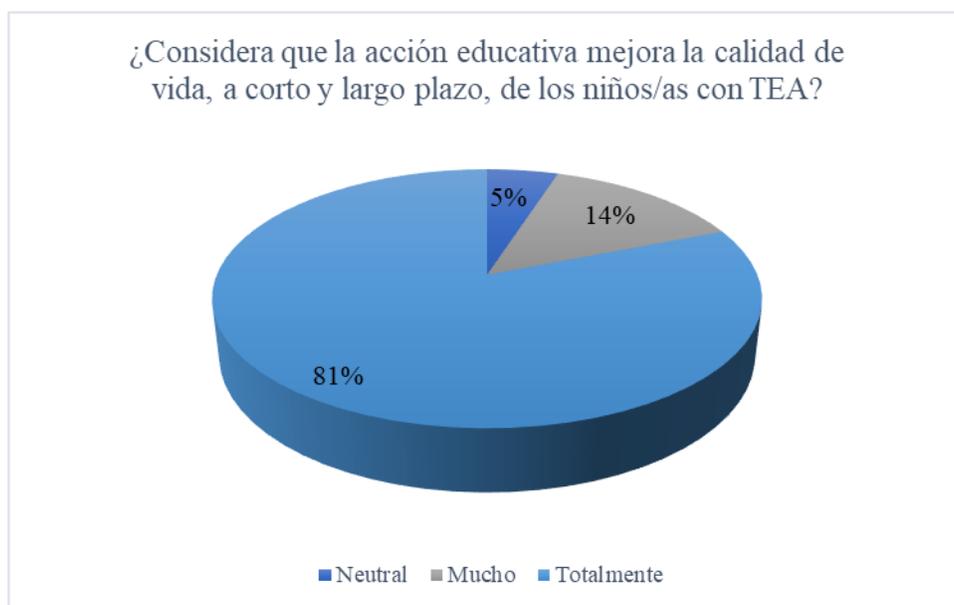
Nota. En el gráfico de sectores se muestran las respuestas de una escala Likert desde neutral a muy importante

La mayor parte de la muestra de población encuestada considera muy importante la intervención temprana para los niños con TEA, siendo esta un 86%. El 13% del total cree que es importante y el 1% exponen una opinión neutral.

Se puede decir que la mayor parte de los profesionales de la educación infantil opinan que es muy importante la atención temprana en niños con TEA. Cabe destacar que, del total de los participantes, ninguno respondió esta no tenía importancia.

La tercera variable mide la opinión sobre la influencia de la acción educativa en la mejora de la calidad de vida de los niños con TEA.

Figura 5. Opinión sobre la mejora de la calidad de vida del alumnado con TEA mediante la acción educativa.



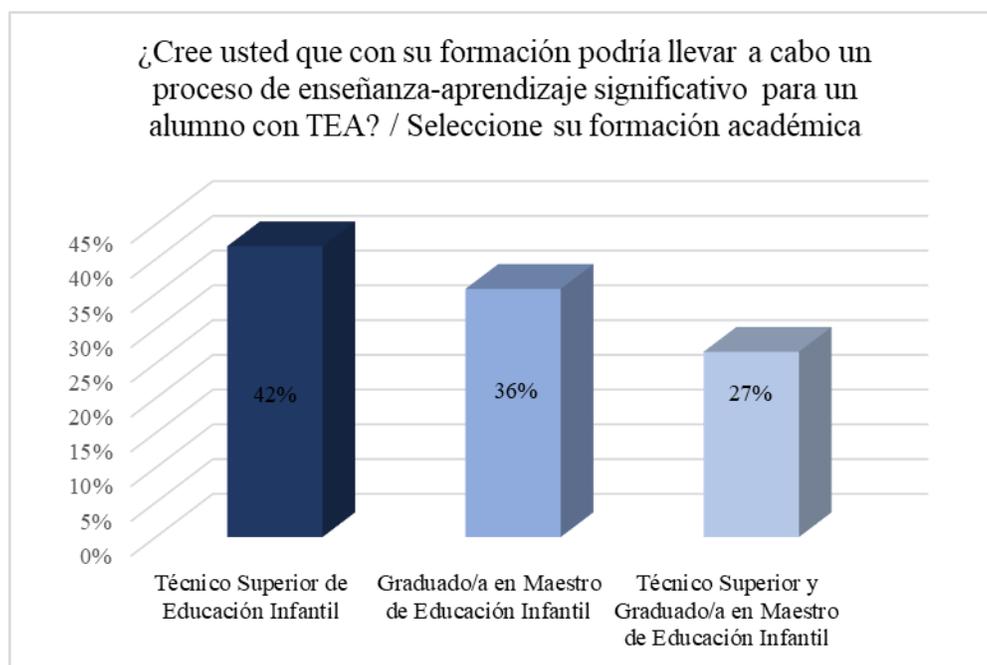
Nota. En el gráfico de sectores se muestran las respuestas de una escala Likert desde neutral a totalmente.

En el diagrama de sectores anterior se puede apreciar que un 81% del total de la población encuestada considera que la acción educativa mejora la calidad de vida del alumnado con TEA totalmente, un 14% expone que la mejora mucho y un 5% que ni mucho ni poco.

De esta cuestión podemos destacar la importancia que le conceden los profesionales a la acción educativa en relación al aumento de la calidad de vida del alumnado con este trastorno, ya que la gran mayoría considera que esta acción la mejora totalmente.

La cuarta variable muestra la relación de las opiniones de los profesionales sobre el proceso de enseñanza – aprendizaje con su formación académica.

Figura 6. Opinión de los profesionales sobre el proceso de enseñanza - aprendizaje en relación con su formación



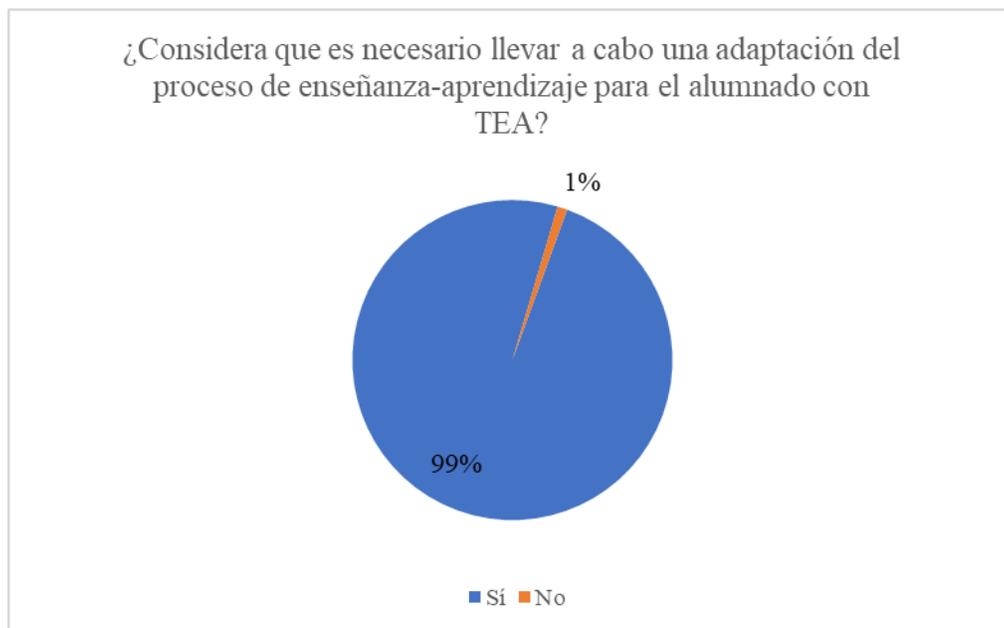
Nota. En el gráfico se muestra un diagrama de barras en el que se analizan las respuestas afirmativas a la pregunta.

En el diagrama de barras se ha realizado un análisis combinado de dos variables, la opinión de los profesionales sobre su preparación para llevar a cabo un proceso de enseñanza-aprendizaje con alumnado con TEA y su formación académica.

A partir del total de respuestas se ha seleccionado la respuesta afirmativa a la cuestión por su relevancia. El 42% de los técnicos superiores opina que podría llevar a cabo un proceso de enseñanza-aprendizaje significativo para el alumnado con TEA, casi la mitad de los participantes con esta formación. Un 36% de los/as maestros/as, es decir, menos de la mitad de los participantes con esta formación. Y, finalmente, un 27% de profesionales con ambas formaciones.

La quinta variable expone la opinión sobre la necesidad de llevar a cabo un proceso de enseñanza – aprendizaje adaptado para el alumnado con TEA.

Figura 7. Opinión sobre la adaptación del proceso de enseñanza-aprendizaje para el alumnado con TEA.

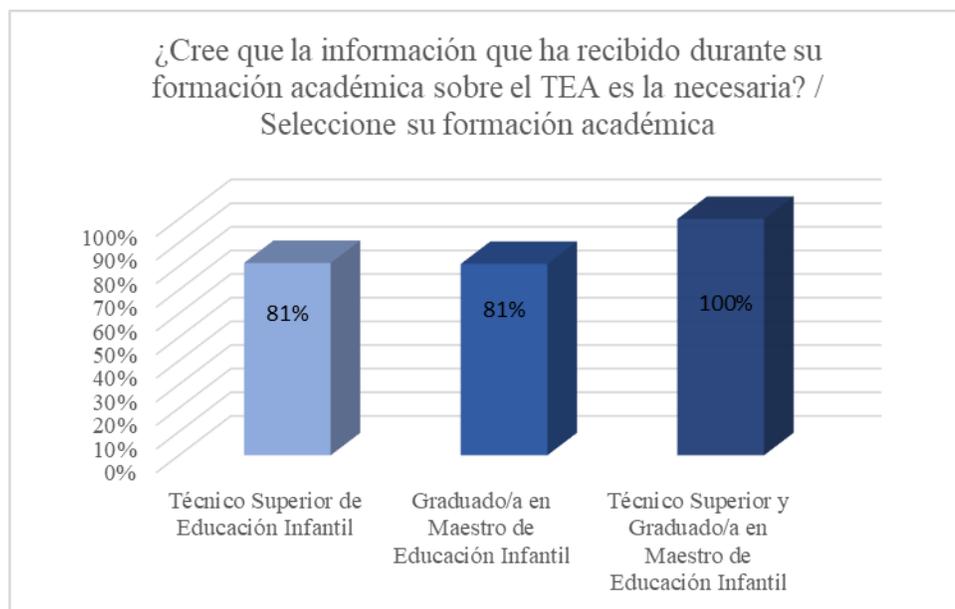


En cuanto a la cuestión sobre la opinión de los profesionales sobre la necesidad de llevar a cabo una adaptación del proceso de enseñanza-aprendizaje para el alumnado con TEA, se puede observar que un 99% de los participantes responde de forma afirmativa a la cuestión planteada.

Se puede concluir que esta cuestión no nos expone una información relevante en cuanto a las respuestas, ya que estas son las esperadas y no son diversas, por ello la información obtenida no tiene gran relevancia, a pesar de estar en lo cierto los profesionales con sus respuestas.

En la última variable de la opinión de los profesionales se registra la información recibida en relación con su formación académica.

Figura 8. Opinión sobre la información recibida en la formación académica en relación a la formación



Nota. En el diagrama de barras se muestran las respuestas negativas a la variable analizada.

En cuanto a la opinión que tienen los profesionales sobre la información recibida en su formación académica, en relación a los estudios que poseen se han seleccionado las respuestas negativas, por ser estas las más relevantes.

Se puede apreciar que el 81% de los técnicos superiores y graduados en maestro, creen que la información recibida no ha sido suficiente. Mientras que las personas encuestadas que poseen ambas formaciones, coinciden en su totalidad en que no ha sido suficiente la información recibida en ninguna de sus dos formaciones.

4.2.2. Análisis de los resultados

En este apartado se realizará un análisis de los resultados más relevantes y se contrastarán las hipótesis.

En cuanto a la relación de la variable sociodemográfica de la edad y la información recibida por los profesionales, es preciso destacar que la mayoría de los encuestados son jóvenes de entre 20 – 27 años. Estos acaban de finalizar su formación académica y resultan llamativos los datos obtenidos, la mayoría reciben algo de información sobre el TEA. En la actualidad, la diversidad de alumnado en las aulas requiere de una formación para atender a este y con los datos obtenidos se puede comprobar que no es la suficiente.

Por otro lado, los técnicos superiores y maestros de la etapa de educación infantil no se consideran preparados para llevar a cabo un proceso de enseñanza – aprendizaje significativo con el alumnado con TEA.

Los profesionales con mayor formación tienen un sentimiento de menor preparación con respecto a los que tienen un nivel de estudios inferior. Los técnicos superiores se consideran más preparados que los maestros, y los que tienen ambas formaciones se consideran los menos especializados.

Tras la exposición de los resultados, sus correspondientes interpretaciones y el análisis de estos, se procede a contrastar las hipótesis planteadas con los resultados obtenidos, de tal forma que queden verificadas o refutadas.

En relación con la primera hipótesis planteada, *la información recibida sobre el TEA por los profesionales de la educación infantil es escasa*, queda verificada. Pues en las variables sobre la información recibida en su formación y la opinión sobre esta, la conclusión extraída es que los profesionales han recibido una escasa información sobre el TEA. Lo cierto es que, si atendiésemos a la primera variable sobre la información, la mayor parte de los profesionales contestan que han recibido algo de información. Analizando posteriormente la otra variable, su opinión acerca de si la información recibida es la suficiente, la mayoría de la población encuestada expone que no lo es.

La segunda hipótesis, *a mayor edad de los profesionales, los conocimientos del TEA son menores*. Se puede afirmar que esta queda verificada, pues los resultados nos muestran que, a partir de los 37 años en adelante, los profesionales reciben poco o nada de información.

En cuanto a la tercera hipótesis, *los graduados/as en maestro/a de educación infantil poseen más conocimientos sobre el TEA que los técnicos superiores de educación infantil*. Se refuta esta, ya que los resultados exponen que ambos poseen unos conocimientos similares. Podemos llegar a esta conclusión mediante la combinación de diversas variables, la definición de TEA unida a la formación académica y los ítems seleccionados junto a la formación académica.

La primera combinación de variables, nos demuestra que ambas formaciones poseen similar conocimiento sobre el TEA, ya que solo el 13% de cada uno de los colectivos contestan de forma errónea a la definición.

En cuanto a la selección de los ítems característicos del TEA en relación a la formación académica, todos contestan entre dos y cinco bien, siendo cinco la selección total. La mayoría de los técnicos contestan entre dos y cuatro ítems bien, seleccionando la puntuación más destacable en tres ítems bien. A diferencia de los maestros, que contestan entre tres y cinco ítems correctos, siendo la puntuación más destacable cuatro ítems.

En conclusión, podemos decir que los técnicos superiores y maestros de educación infantil tienen una formación igualitaria, ya que siguen una línea similar. Es cierto que los maestros destacan en esta última combinación, pero de forma escasa.

La cuarta y última hipótesis planteada, los profesionales son conscientes de su contribución en la mejora de la calidad de vida de las personas con TEA. Esta es verificada, pues en diversas variables como: la consideración de la intervención educativa para la mejora de la calidad de vida del alumnado con TEA, la creencia de la necesidad de adaptar el proceso de enseñanza a el alumnado, la importancia del sistema educativo en el diagnóstico y la intervención temprana, las respuestas son en todos los casos afirmativas.

Por lo tanto, se puede concluir que los profesionales son conscientes de su influencia mediante la intervención educativa, en la mejora de la calidad de vida del alumnado con TEA.

4.2.3. Discusión de los resultados

En cuanto a la discusión de los resultados se pretende comparar el estudio investigativo realizado con otros estudios similares, lo cual ha resultado difícil debido a la escasez de estudios de la misma índole.

En estudios investigativos similares al realizado en este trabajo, en los que se analiza la formación del profesorado, como el expuesto por Álvarez y Fernández (2014) se ha señalado que los profesionales de la educación infantil desconocen las características, los indicadores y señales de alerta para la detección temprana del TEA. Al igual que en nuestro estudio, se afirma que la formación con respecto al TEA es escasa. Es cierto que hace ya algún tiempo del estudio nombrado, por ello existen cambios en la formación. Mediante nuestro estudio se ha podido comprobar que los docentes necesitan formación más ampliada sobre el TEA, pero esta está presente, aunque no sea suficiente.

La mayoría de los encuestados consideran que la colaboración de la escuela en el diagnóstico y la intervención temprana son muy importantes para el alumnado con TEA. Esto es recogido de forma similar en otros estudios de autores como Zalaquett, Schönstedt, Angeli, Herrera y Moyano (2015).

Por otro lado, los profesionales de la educación infantil muestran opiniones y actitudes positivas en sus respuestas a las variables sobre la intervención educativa inclusiva y en concreto, con el alumnado con TEA al igual que en el trabajo de González et al. (2013).

5. Conclusiones

En este epígrafe se mostrarán las conclusiones obtenidas en relación a los objetivos planteados al inicio del trabajo.

En relación a los objetivos planteados comenzaremos por recapitular los específicos: identificar la información sobre el trastorno del espectro autista recibida por los profesionales en su formación académica y analizar las actitudes y opiniones de los profesionales respecto a su acción e intervención educativa inclusiva, concretamente con el alumnado con TEA. La conclusión obtenida es positiva, ambos objetivos se han cumplido. La consecución de estos se ha llevado a cabo mediante la recogida de información en la parte empírica de este trabajo, en la cual se exponen el análisis y los resultados de la investigación.

Por otro lado, los objetivos generales: indagar en fuentes bibliográficas sobre el TEA, su evolución y la relación con el contexto educativo e investigar sobre los conocimientos que poseen los profesionales de la etapa de educación infantil sobre el TEA. Se puede concluir con el cumplimiento de ambos objetivos, pues el primero de ellos ha permitido recopilar información fundamental de cara a plantear una investigación posterior fundamentada en la teoría científica y el segundo, unido a la indagación anterior, se ha logrado mediante la investigación y la obtención de resultados sobre los conocimientos de los profesionales.

La conclusión final del trabajo nos permite afirmar, gracias a las informaciones recabadas, que los profesionales de la educación necesitan más formación específica en relación al TEA. Por su parte, las actitudes y opiniones que poseen hacia la educación inclusiva, es decir, la inserción de la totalidad del alumnado en las aulas y el alumnado con TEA concretamente, son positivas. Los profesionales exponen la escasa información recibida en su formación académica, dando lugar esta conclusión a la necesidad de incrementar esta en los planes de formación. Por otra parte, es necesario destacar la necesidad de formación específica en relación a la educación inclusiva, ya que si no se

posee esta las prácticas educativas no serán significativas ni favorecerán al alumnado para que consigan su máximo desarrollo.

6. Limitaciones

Tras las conclusiones, es necesario exponer una serie de dificultades obtenidas en cuanto al desarrollo de la investigación. Las primeras limitaciones aparecen con la documentación bibliográfica por la insuficiente bibliografía actualizada encontrada en bibliotecas, la mayoría de la información recopilada ha sido gracias a fuentes bibliográficas en línea. Otra dificultad han sido los numerosos textos relativos al trastorno que se ha estudiado en otros idiomas, pues nuestro país va un paso más atrás en cuanto al estudio de este trastorno. A pesar de estas limitaciones, se han encontrado fuentes fiables y relevantes de las que se han podido obtener datos para el desarrollo del trabajo.

En cuanto a las limitaciones del estudio de investigación podemos decir que la muestra de personas no es representativa, se ciñe únicamente a la ciudad de Salamanca. De tal forma que las conclusiones obtenidas son limitadas a la ciudad en la que se ha llevado a cabo este. Para obtener unos resultados significativos sería necesaria una muestra a gran escala. En relación al trabajo que nos compete resulta suficiente esta, ya que nos muestra una idea generalizada de los conocimientos, opiniones y actitudes de los profesionales de la localidad.

Por otro lado, las variables del cuestionario expuesto para recoger información son insuficientes y en ocasiones, no resultan muy significativas, pues los participantes responden de forma esperada y muy similar entre sí. La especialización de las variables de una forma más concreta, proporcionaría unas respuestas más específicas y válidas. En cuestiones de intervención los datos obtenidos son generales y sería necesario realizar una indagación más específica y concreta en este ámbito, para poder extraer mayores conclusiones acerca de esta.

7. Prospectiva de futuro

Finalmente, pensando en el futuro próximo es necesario exponer una serie de posibilidades de ampliación de esta investigación. Con ello se refiere a realizar un estudio de investigación de carácter nacional en el que se puedan comparar los distintos conocimientos de los profesionales de la educación infantil. Esto permitiría tomar conciencia sobre la realidad española en el conocimiento del TEA y la información proporcionada por las formaciones académicas a los distintos profesionales que intervienen en la etapa de educación infantil con este alumnado. Por otro lado, sería de gran interés indagar en los conocimientos que poseen estos profesionales debido a otras formaciones que han realizado de manera autónoma o incluso en comparación con los profesionales con estudios específicos en necesidades educativas y audición y lenguaje. Otra posibilidad sería comparar con los profesionales de la educación no formal (asociaciones) y otros ámbitos que intervienen con estos niños (sanitario).

8. Referencias bibliográficas

Ainscow, M., y César, M. (2006). Inclusive education ten years after Salamanca: Setting the agenda. *European Journal of Psychology of Education*, 21(3), 231-238.

Álvarez, S., y Fernández, J. C. (2014). Detección temprana de los trastornos del espectro autista entre profesionales de Educación Infantil y Primaria.

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders*, (5th Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2018). *¿Qué es el trastorno del espectro autista?* Recuperado de <https://www.psychiatry.org/patients-families/autism/what-is-autism-spectrum-disorder>

Andrés, De. C., y Aranda, R. (2004). La organización de la atención temprana en la educación infantil. *Tendencias pedagógicas*, (9), 217-246. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1142249>

Artigas, J., y Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587.

Bleuler, E. (1951). Autistic thinking. In D. Rapaport, *Organization and pathology of thought: Selected sources* (pp. 399-437). New York, NY, US: Columbia University Press.

Constitución Española (1978). Artículo N° 27. Cortes Generales. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2016). Trastorno del espectro autista (TEA). Recuperado de <https://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/autism/signs.html>

Durán, D., y Climent, G. (2017). La formación del profesorado para la educación inclusiva: Un proceso de desarrollo profesional y de mejora de los centros para atender la diversidad.

Federación de Autismo Castilla y León (FACYL). (2016). *Guía para profesores y educadores de alumnos con autismo*. Recuperado de http://autismocastillayleon.com/wp-content/uploads/2016/06/guia_para_profesores_y_educadores_de_alumnos_con_autismo4.pdf

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). (2005). *Libro blanco de la atención temprana*. Recuperado de http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO625/libro_blanco_atenciontemprana.pdf

González-Gil, F., Martín-Pastor, E., Robaina, N. F., Río, C. J., Castro, R. P., & Gómez-Vela, M. (2013). Inclusión y convivencia escolar: análisis de la formación del profesorado. *European Journal of investigation in health, psychology and education*, 3(2), 125-135.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child*, 2(3), 217-250.

Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa, BOE núm. 852 (1970).

Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo, BOE núm. 238 § 24172 (1990).

Ley Orgánica 9/1995, de 20 de noviembre, de la participación, la evaluación y el gobierno de los centros docentes, BOE núm. 278 § 25202 (1995).

Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación, BOE núm. 307 § 25037 (2002).

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, BOE núm. 106 § 7899 (2006).

Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa, BOE núm. 295 § 12886 (2013).

Martín, E. M. (2010). Educación especial. *Pedagogía Magna*, (5), 71-79.

Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. (2015). Estrategia española en trastornos del espectro del autismo. Recuperado de <http://www2.fsc.ccoo.es/comunes/recursos/15693/2152078->

[Estrategia_espanola_en_trastornos_del_espectro_del_autismo.pdf](#)

Negrín, M. A. y Marrero, J. J. (2018). Evolución en la escolarización del alumnado con necesidades educativas especiales en el sistema educativo español: conceptualización, síntesis histórica y papel de la Inspección Educativa. *Avances en Supervisión Educativa*, (29).

Orden ECI/3960/2007, de 19 de diciembre, por la que se establece el currículo y se regula la ordenación de la educación infantil. Ministerio de Educación y Ciencia [MEC] Nº 5. Consejería de Educación. Ciudad, España. 5 de enero de 2008.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2008). La educación inclusiva: el camino hacia el futuro (48). Recuperado de http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/Policy_Dialogue/48th_ICE/General_Presentation-48CIE-4_Spanish_.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades*, (11ª Edición). Recuperado de <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/437815624>

Ortiz, M. C. (s.f). Las personas con necesidades educativas especiales: evolución histórica del concepto

Parra, C. (2010). Educación inclusiva: un modelo de educación para todos. *ISEES: Inclusión Social y Equidad en la Educación Superior*, (8), 73-84.

Robins, D. L., Fein, D., Barton, M. L., y Green, J. A. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 31(2), 131-144.

Robins, D. L., Fein, D., y Barton, M. (2009). *Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised, with Follow-Up (M-CHAT-R/F)*. Recuperado de http://www2.gsu.edu/~psydlr/M-CHAT/Official_M-CHAT_Website_files/M-CHAT-R_F.pdf

Rutter, M. (1978). Diagnosis and definition of childhood autism. *Journal of autism and childhood schizophrenia*, 8(2), 139-161.

Sánchez, A. B. (2018). *La atención a la diversidad: aproximación conceptual, histórica y legislativa*. [Apuntes académicos]. Moodle2.usal

Sánchez, A. B., Domínguez, A. B., y González, V. (2018). *Atención a la diversidad e intervención educativa en NEE*. [Apuntes académicos]. Moodle2.usal

Sánchez, A. B., Galindo, P., Nieto, A. B., Martín, H., & Robins, D. L. (2019). Toddler Screening for Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis of Diagnostic Accuracy. *Journal of autism and developmental disorders*, 1-16.

Schalock, R., y Verdugo, M. Á. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual.

Warnock, H. M. (1978). Special educational needs: Report of the committee of enquiry into the education of handicapped children and young people. *Special Educational Needs*, 2-416. Recuperado de <http://www.educationengland.org.uk/documents/warnock/warnock1978.pdf>

Wing, L. (1994). The autistic continuum. *Mental health in mental retardation: Recent advances and practices*, 108-125.

Zalaquett, D., Schönstedt, M., Angeli, M., Herrera, C., y Moyano, A. (2015). Fundamentos de la intervención temprana en niños con trastornos del espectro autista. *Revista chilena de pediatría*, 86(2), 126-131.

9. Anexos

Anexo 1. Criterios diagnósticos del Trastorno del Espectro Autista DSM V asociado a las características que presentan.

Tabla 6. Criterios diagnósticos del Trastorno del Espectro Autista

Criterios diagnósticos del Trastorno del Espectro Autista

- A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos con textos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):
1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos, pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos, hasta el fracaso en iniciar responder a interacciones sociales.
 2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada, pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
 3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.
- B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (les ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):
1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej.,

estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).

2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).

3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej. fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).

4. Hiper- o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).



Nota. Adaptado de <<Publication Manual of the American Psychological Association>>, 2013, p. 50. Wahington, DC: American Psychological Association. © 2013 de American Psychological Association.

Anexo 2. Instrumento de recogida de información.

Cuestionario sobre el Trastorno del Espectro Autista (TEA)

A continuación, se presenta un cuestionario para recabar información sobre aspectos relativos al trastorno del espectro autista (TEA). Este ha sido diseñado para la realización del trabajo de fin de grado. Las respuestas serán anónimas y tratadas de forma agregada, no le llevará demasiado tiempo. Muchas gracias por su colaboración.

Género:

- Mujer

- Hombre

Edad, señale la franja temporal en la que se encuentra:

- 20 - 27 años
- 28 - 36 años
- 37 - 44 años
- 45 - 52 años
- 53 años en adelante

Seleccione su formación académica:

Es posible seleccionar ambas opciones

- Técnico Superior de Educación Infantil
- Graduado/a en Maestro de Educación Infantil

Otros (especificar):

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (EN ADELANTE, TEA)

1. ¿Ha oído hablar alguna vez sobre TEA?:

- Sí
- No
- No contesta

2. ¿Recibió información sobre el trastorno del espectro autista en su formación?:

1. Nada de información
2. Poca información
3. Algo de información

4. Bastante información

5. Mucha información

3. Seleccione la opción que considere adecuada con respecto a la definición de un/a niño/a con TEA:

- El TEA es una alteración del desarrollo, engloba cambios persistentes en la interacción social, el habla y la comunicación no verbal, y conductas repetitivas y restrictivas.
- El TEA es una alteración del desarrollo, con conductas repetitivas y restrictivas, que no presenta cambios en la interacción social y la comunicación verbal y no verbal.
- El TEA es una alteración del desarrollo, con cambios severos a nivel motriz, y conductas repetitivas y restrictivas.

4. ¿Considera que es importante, a la hora de realizar un diagnóstico del TEA a un/a niño/a, la colaboración de la escuela?:

1. Nada importante

2. Poco importante

3. Neutral

4. Importante

5. Muy importante

5. Seleccione los signos de alarma que cree que le proporcionarían información, cuando los observa en un niño/a, en relación con el TEA:

- Utiliza el juego simbólico en solitario
- Si usted señala un estímulo, el alumno/a no lo sigue
- Su participación es escasa, es introvertido
- Normalmente juega solo/a, no muestra interés por los demás niños/as

- Es ordenado/a
- No señala para mostrar su interés por los objetos
- Realiza movimientos repetitivos
- Responde a su nombre
- Comparte sus logros con usted
- Imita palabras que escucha, pero no expresiones faciales

6. ¿Considera importante la intervención temprana, mediante el sistema educativo, para los/as niños/as con TEA?:

1. Nada importante
2. Poco importante
3. Neutral
4. Bastante importante
5. Muy importante

7. ¿Considera que la acción educativa mejora la calidad de vida, a corto y largo plazo, de los/as niños/as con TEA?:

1. Nada
2. Poco
3. Neutral
4. Bastante
5. Totalmente

8. ¿Cree usted que con su formación podría llevar a cabo un proceso de enseñanza - aprendizaje significativo para un/a niño/a con TEA?:

- Sí

- No
- No contesta

9. ¿Considera que es necesario llevar a cabo una adaptación del proceso de enseñanza - aprendizaje para el alumnado con TEA?:

- Sí
- No
- No contesta

10. ¿Cree que la información que ha recibido durante su formación académica sobre el TEA es la necesaria?:

- Sí
- No
- No contesta

Anexo 3. Tabla combinada de las variables formación de los profesionales y definición del TEA

Tabla de contingencia Seleccione su formación académica * Seleccione la opción que considere adecuada con respecto a la definición de un/a niño/a con TEA:

Recuento

		Seleccione la opción que considere adecuada con respecto a la definición de un/a niño/a con TEA:			Total
		Opción 1	Opción 2	Opción 3	
Seleccione su formación académica	Técnico Superior de Educación Infantil	30	8	5	43
	Graduado/a en Maestro de Educación Infantil	38	1	3	42
	Técnico Superior y Graduado/a en Maestro de Educación Infantil	15	0	0	15
Total		83	9	8	100