



Universidad de Valladolid

**FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL
GRADO EN EDUCACIÓN PRIMARIA
MENCIÓN EN EDUCACIÓN ESPECIAL**

TRABAJO DE FIN DE GRADO: Comorbilidad educativa de la pandemia de la COVID-19 en el alumnado con Trastorno del Espectro Autista

Autora: D.^a Patricia Morcillo Amo

Tutor Académico: Dr. D. Jaime Antonio Foces Gil

Curso 2021-2022

Agradecimientos

Este trabajo representa la culminación de mi entrega, esfuerzo y sacrificio a lo largo de los cinco años del grado y me gustaría dedicar unas líneas para expresar mi gratitud y un merecido reconocimiento a aquellas personas que me han acompañado durante este proceso.

Gracias a mi tutor, Dr. Jaime A. Foces Gil, por creer en mí, ofrecerme su tiempo sin límites, ayudarme, escucharme, aconsejarme y orientarme. Ha sido el eje principal para el desarrollo de este proyecto y sin su colaboración e implicación no hubiera sido posible.

Gracias a mis hermanas y a mi madre, por confiar en mis capacidades, aliviarme en los momentos de debilidad y animarme para seguir avanzando por conseguir mi sueño.

Gracias a Silvia y Araceli, que me honran con su amistad sincera y sin medida, gracias de corazón por elevar mi autoestima y apoyarme siempre.

Y, finalmente, gracias al profesorado de la Universidad de Valladolid por contribuir en mi formación académica y prepararme para mi futuro profesional como docente.

*Todo el mundo es un genio.
Pero si juzgas a un pez por su habilidad para trepar en un árbol,
vivirá toda su vida creyendo que es un necio.*

Atribuido a Albert Einstein (1879-1955)

RESUMEN

El presente trabajo trata de dar visibilidad al impacto psicosocial provocado por la pandemia de la COVID-19 sobre los individuos diagnosticados con Trastorno del Espectro del Autismo cuyas discapacidades funcionales influyen en el desarrollo de su vida diaria en situaciones ordinarias. Para abordar este tema, me respaldan, por una parte, aportaciones de autores/as fundamentales en el estudio del autismo y, por otra, recorro a investigaciones recientes aparecidas en medios de divulgación científica. Así mismo, se realiza un estudio de caso de un alumno y se elabora un programa de intervención conformado por un conjunto de actividades que tratan de desarrollar las competencias sociales en el contexto escolar, empleando metodologías activas que promueven la inclusión con el fin de mitigar los efectos producidos por el aislamiento.

Palabras Clave: Trastorno del Espectro del Autismo, COVID-19, Inclusión, Intervención Educativa, Necesidades Socioeducativas, Aislamiento Social.

ABSTRACT

This work tries to give visibility to the psychosocial impact caused by the Covid-19 pandemic on individuals diagnosed with autism spectrum disorder whose functional disabilities influence the development of their daily life in ordinary situations. To address this issue, they support me, on the one hand, contributions from fundamental authors in the study of autism and, on the other, I turn to recent research appeared in means of scientific dissemination. Likewise, a student's case study is carried out and an intervention program is made for a set of activities that try to develop social skills in the school context, using active methodologies that promote inclusion in order to mitigate the effects produced by isolation.

Key Words: Autism Spectrum Disorder, COVID-19, Inclusion, Educational Intervention, Socio-Educational Needs, Social Isolation.

ÍNDICE DE CONTENIDOS:

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	2
3. JUSTIFICACIÓN	3
4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	8
4.1. EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA	8
4.1.1. Evolución Histórica Conceptual	8
4.1.2. Criterios Diagnósticos, Comorbilidad y Epidemiología	11
4.1.3. Etiología y Principales Teorías Explicativas	16
4.2. INFLUENCIA DE LA COVID-19 EN EL TEA	20
4.2.1. Virus SARS-CoV-2: Origen, Síntomas y Tratamiento	20
4.2.2. Impacto en el Bienestar Psicológico del Alumnado con TEA	22
4.2.3. Marco y Directrices de Actuación en los Centros Educativos ...	32
5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA	33
5.1. CONTEXTO DE INTERVENCIÓN	33
5.2. DESCRIPCIÓN DEL CASO	34
5.3. HISTORIAL CLÍNICO Y PSICOPEDAGÓGICO	36
5.3.1. Anamnesis	36
5.3.2. Instrumentos de Evaluación	38
5.4. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA	40
5.4.1. Detección de las Necesidades	40
5.4.2. Objetivos Generales de la Intervención	40
5.4.3. Competencias Clave	41
5.4.4. Metodología y Técnicas Educativas	43
5.4.5. Cronograma de Actividades	46
5.4.6. Sesiones	48

5.4.7. Evaluación y Medición de los Resultados	55
6. CONCLUSIONES	57
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
8. ANEXOS	67
Anexo I. Material didáctico para la puesta en marcha de la actividad 2 :”¿Qué lío de emociones!”.....	67
Anexo II. Material didáctico para la puesta en marcha de la actividad 3: “Disco Emocional”	68
Anexo III. Actividad 3: “Disco Emocional”	68
Anexo IV. Actividad 4: “El pincel del ánimo”	68
Anexo V. Actividad 5: “Te presto mis zapatos”	69
Anexo VI. Producciones finales de la Actividad 6: “Mi momento Zen”	69
Anexo VII. Ficha de trabajo para la actividad 7: “¿Arriba el telón!”	70
Anexo VIII. Representación teatral de la actividad 7: “¿Arriba el telón!”	71
Anexo IX. Supuestos de la actividad 8: “¿Qué haría yo...?”	71
Anexo X. Fichas de trabajo para la actividad 9: “Veo, Veo... ¿Qué lees?”	72
Anexo XI. Material didáctico para la puesta en marcha de la actividad 10:” Sherlock Holmes por un día”	72
Anexo XII. Material didáctico para la puesta en marcha de la actividad 11:” Cuéntame”	73
Anexo XIII. Actividad 11:” Cuéntame”	74
Anexo XIV. Diploma de Reconocimiento	74

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1. <i>Detalles de la cuarentena</i>	25
Tabla 2. <i>Encuesta administrada</i>	28
Tabla 3. <i>Características de los participantes durante y después del confinamiento</i> 30	
Tabla 4. <i>Distribución de las sesiones</i>	48
Tabla 5. <i>Actividad 1 "Emociónate"</i>	48
Tabla 6. <i>Actividad 2 "¡Qué lio de emociones!"</i>	49
Tabla 7. <i>Actividad 3 "Disco emocional"</i>	49
Tabla 8. <i>Actividad 4 "El pincel del ánimo"</i>	50
Tabla 9. <i>Actividad 5 "Te presto mis zapatos"</i>	50
Tabla 10. <i>Actividad 6 "Mi momento Zen"</i>	51
Tabla 11. <i>Actividad 7 "¡Arriba el telón!"</i>	52
Tabla 12. <i>Actividad 8 "¿Qué haría yo...?"</i>	52
Tabla 13. <i>Actividad 9 "Veo, veo...¿Qué lees?"</i>	53
Tabla 14. <i>Actividad 10 "Sherlock Holmes por un día"</i>	53
Tabla 15. <i>Actividad 11 "Cuéntame"</i>	54
Tabla 16. <i>Criterios de Evaluación / Aspectos a Evaluar</i>	56

1. INTRODUCCIÓN

Tras la tragedia mundial que ha supuesto la pandemia de la COVID-19, en estos dos últimos años se han establecido una serie de medidas preventivas para vencer al virus; las mascarillas, el gel hidroalcohólico higienizante y la distancia interpersonal se han incorporado en nuestro día a día para protegernos del contagio por el coronavirus SARS-CoV-2.

Los nuevos hábitos y costumbres también se han aplicado en el sistema educativo y a lo largo de este trabajo trato de relacionar la situación excepcional vivida en este sector con las necesidades educativas especiales de un alumno con autismo e investigar acerca de la posible conexión entre la COVID-19 y el Trastorno del Espectro Autista (en adelante TEA). Esta motivación personal me ha llevado a ahondar tanto en la diversidad de comportamientos del alumnado con TEA como en su integración social a nivel educativo en un momento de contingencia sanitaria y tras un largo tiempo en el que no han compartido experiencias con sus coetáneos.

Este momento ha coincidido con mi periodo de prácticas lo que me ha permitido acercarme a la nueva realidad de la enseñanza y conocer de primera mano los nuevos desafíos a los que se han enfrentado los educadores. Por consiguiente, mi trabajo pretende explicitar los efectos invisibles provocados por la COVID-19 sobre el desarrollo social y emocional en los estudiantes con TEA, explorando los espacios educativos que generan aprendizaje y en los cuales se dan las interacciones personales más importantes.

La organización del informe estará conformada por cuatro grandes bloques. En un inicio, plantaremos los objetivos que se persiguen y expondremos los argumentos relativos a la elección del tema de estudio, así como aquellas competencias profesionales que debe adquirir un docente de primaria.

En segundo lugar, para contextualizar el tema, realizaremos una evolución histórica sobre el autismo citando a los autores principales en este campo y trataremos cuestiones relevantes como el diagnóstico, la simultaneidad con otras afecciones, las causas, el porcentaje de población afectada, los modelos explicativos y los factores de riesgo que influyen en el desarrollo del trastorno. Paralelamente, dentro del marco teórico nos centraremos en el origen y síntomas en los que se manifiesta la COVID-19 y abordaremos el impacto psicológico en el alumnado con

TEA mediante el análisis e interpretación de los datos recolectados en las investigaciones. Finalizaremos con una reseña en la que se recogen los protocolos de seguridad en el ámbito escolar y analizaremos las nuevas adaptaciones y la repercusión de los cambios en los rituales de los estudiantes con autismo.

En el siguiente bloque mostraremos el diseño de intervención educativa a modo de estudio de caso de un alumno afectado con TEA desde sus vertientes clínica y psicopedagógica. En este espacio haremos referencia al desarrollo de la historia actual del niño y presentaremos el programa de actuación con un enfoque globalizador, inclusivo e integrador para potenciar el deterioro en las habilidades sociales del niño a consecuencia de la pandemia.

En el último apartado, redactaremos unas reflexiones finales en las que incluiremos las dificultades encontradas durante la propuesta, realizando un balance sobre los efectos adversos resultantes, formularemos posibles mejoras y sugeriremos futuras líneas de investigación.

Posteriormente, haremos una revisión de las fuentes de información solventes y acreditadas que fundamentan el texto e integraremos los anexos que ilustrarán la vivencia; ambos puntos se podrán consultar al final del documento.

2. OBJETIVOS

A continuación, se enumeran los objetivos que persigue este trabajo y que van dirigidos al alumnado con TEA.

En primer término, se detallan aquellos fines generales que pertenecen a la esfera teórica:

1. Profundizar en el conocimiento del Trastorno del Espectro Autista y ampliar la información actual sobre este desorden.
2. Investigar sobre las consecuencias del confinamiento y el aislamiento social en los sujetos con TEA por la pandemia de coronavirus.

A partir de los objetivos generales, estos son los propósitos específicos en cuanto a la práctica docente para conseguir una educación efectiva:

1. Analizar los comportamientos sociales del alumno con TEA en el espacio escolar y desarrollar estrategias versátiles y pedagógicas con metodologías que propicien la inclusión tras la epidemia.

2. Elaborar una propuesta de intervención que refuerce las habilidades comunicativas y sociales del niño con autismo en el entorno educativo.

3. JUSTIFICACIÓN

Las razones principales por las cuales he decidido elegir este tema para realizar mi Trabajo de Fin de Grado se articulan en torno a dos aspectos importantes: en primer lugar, está inspirado en mi vivencia personal durante el estado de alarma ya que no encontré herramientas para lidiar con una soledad no deseada. En segundo lugar, como futura maestra en la mención de Educación Especial, mi percepción particular sobre este asunto me ha llevado a reflexionar acerca de cómo se han podido sentir el Alumnado con Necesidades Educativas Especiales (ACNEE) durante el confinamiento domiciliario centrándome en los individuos afectados con TEA ya que sus mayores dificultades están relacionadas con la comunicación y el manejo de las habilidades sociales en los diferentes contextos (American Psychiatric Association, 2018).

La literatura científica predice una crisis en la salud psicológica tras el brote del coronavirus en toda la población, especialmente, el alumnado con autismo debido a su sensibilidad ante situaciones impredecibles y a la ausencia de apoyos específicos, pero no se refleja todavía como una comorbilidad médica. Posiblemente, estos componentes que aún no se han tenido en cuenta en la diversidad funcional del TEA afloren en un futuro (Colizzi *et al*, 2020).

Precisamente, las consecuencias psicosociales tras la pandemia es lo que me ha suscitado una especial inquietud acerca del grado de afectación de los elementos adheridos al virus en el alumnado con TEA y esto se ha convertido en mi principal motivación para profundizar sobre la trascendencia del confinamiento y en la repercusión de los protocolos de regreso a la escuela ya que sus mayores dificultades están relacionadas con la comunicación y el manejo de las habilidades sociales en los diferentes contextos (American Psychiatric Association, 2018).

El desarrollo de este proyecto se asienta en el marco legislativo actual que subraya la necesidad de atender adecuadamente a la diversidad. Esta realidad se manifiesta en la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE) modificada por la Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, (LOMLOE) que apuesta por un nuevo modelo educativo y sustituye el término “integración” para incorporar

el concepto de “inclusión”. Existen notables diferencias entre los significados de ambos conceptos, ya que la integración se basa en el principio de igualdad sin atender al diagnóstico del individuo, en cambio, la inclusión, reconoce las diferencias y adopta las medidas de refuerzo educativo necesarias para ofrecer una respuesta que se ajuste a las posibilidades de cada estudiante:

No sólo iguales oportunidades educativas para todos, sino también las estrategias, las estructuras y los procedimientos que garanticen un aprendizaje efectivo de todos los estudiantes. Consideramos que una educación adaptada a la atención de las necesidades especiales constituye un aspecto importante, aunque no dominante, de las políticas nacionales de inclusión. (Halinen y Järvinen, 2008, p. 97)

Esta definición se contempla en el Acuerdo 29/2017, de 15 de junio, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba el II Plan de Atención a la Diversidad en Educación de Castilla y León 2017-2022 y es necesario nombrar esta normativa autonómica vigente como un referente que trata de sensibilizar a los agentes de la comunidad educativa que participan en el proceso de enseñanza-aprendizaje y en el que se resalta la importancia de fomentar una educación individualizada e intercultural a través del desarrollo de programas formativos que incluyan medidas tanto ordinarias como extraordinarias para atender las necesidades específicas del alumnado.

En esta misma línea, Howard Gardner, en 1983, desarrolla la Teoría de las Inteligencias Múltiples a través de la cual propone un nuevo modelo de escuela inclusivo desde un enfoque pluralista de la inteligencia humana. Reconoce una diversidad de habilidades cognitivas y justifica la importancia de tener en cuenta estos perfiles y apoyar los talentos únicos que posee cada individuo:

El objetivo de la escuela debería ser el de desarrollar las inteligencias y ayudar a la gente a alcanzar los fines vocacionales y aficiones que se adecuen a su particular espectro de inteligencia. La gente que recibe apoyo en este sentido se siente, según mi opinión, más implicada y competente, y, por ende, más proclive a servir a la sociedad de forma constructiva. (Gardner, 1993, p. 30)

Respecto a la literatura técnica consultada para elaborar el TFG, me he basado en fuentes de información fiables y con una base científica. La propagación de la COVID-19 se ha convertido en un acontecimiento histórico a nivel mundial y,

que, a día de hoy, y previsiblemente en los próximos años, es susceptible de ser investigado, por lo que he acudido a artículos académicos y estudios recientes de autores especializados de reconocido prestigio.

Asimismo, es preciso hacer referencia a las competencias básicas para la obtención del Grado de Educación Primaria reguladas en el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. La importancia de la adquisición de las mismas, está presente, como contenido transversal, a lo largo de este trabajo y he seleccionado aquellas primordiales que un educador debería desarrollar en su labor diaria:

- 1. Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio** (Memoria de Plan de Estudios del Título de Grado Maestro/a en Educación Primaria por la Universidad de Valladolid, 2010).

El proyecto pone de manifiesto la aplicación de mi formación teórica-práctica durante los años de mi preparación universitaria y para el que he tenido en cuenta los componentes curriculares según el marco legislativo actual que conforman el proceso de enseñanza-aprendizaje: contenidos, objetivos, competencias clave, métodos pedagógicos y criterios de evaluación.

Educar para las relaciones sociales no solo es una de las competencias básicas del currículo, también es fundamental enriquecer su práctica ya que proporciona las herramientas necesarias para desenvolverse adecuadamente en la vida adulta. En este caso, se aborda un problema global que ocupa un gran espacio en los medios de comunicación y que ha transformado nuestras vidas. Si unimos el impacto de la pandemia a las deficiencias en la comunicación interpersonal de los sujetos con TEA se convierte en un tema de interés social.

Para este fin, se han observado las individualidades del alumno en todos los aspectos: psicológicos, pedagógicos y sociológicos. Gracias al asesoramiento de los conocimientos profesionales de mi tutora de prácticas, he conseguido un proceso de intervención óptimo.

3. **Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos esenciales (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas esenciales de índole social, científica o ética** (Memoria de Plan de Estudios del Título de Grado Maestro/a en Educación Primaria por la Universidad de Valladolid, 2010).

El desarrollo de mi trabajo está avalado, fundamentalmente, por fuentes de información primarias considerando también los datos procedentes de raíces secundarias con la intención de reunir la máxima información posible para aportar lucidez en torno a las controversias en las investigaciones científicas con respecto a la COVID-19 y TEA.

He evaluado minuciosamente la fiabilidad de las mismas y he seleccionado las más relevantes y aquellas que demuestran un aumento en la vulnerabilidad del alumnado con TEA tras el aislamiento en la pandemia.

6. **Que los estudiantes desarrollen un compromiso ético en su configuración como profesionales, compromiso que debe potenciar la idea de educación integral, con actitudes críticas y responsables; garantizando la igualdad efectiva de mujeres y hombres, la igualdad de oportunidades, la accesibilidad universal de las personas con discapacidad y los valores propios de una cultura de la paz y de los valores democráticos** (Memoria de Plan de Estudios del Título de Grado Maestro/a en Educación Primaria por la Universidad de Valladolid, 2010).

Por lo que se refiere a los valores éticos y cívicos, este documento se sustenta, principalmente, en el fomento de valores indispensables como la tolerancia y el respeto. Únicamente tienen lugar actitudes abocadas a la igualdad de género, la diversidad cultural y la importancia de promover el valor de los derechos humanos.

Cabe destacar también, aquellas competencias adquiridas a través de las materias cursadas en el Grado y que han dirigido mi atención de tal modo que han influido significativamente en la elección de mi especialidad y en la temática para desarrollar mi TFG:

1. *Psicología del Desarrollo*: Esta asignatura me ha permitido conocer las distintas etapas evolutivas de los individuos tanto en los aspectos intelectuales, así como en los conductuales. Paralelamente, los contenidos de esta área describen el modo en el que adquieren las habilidades psicomotrices y el desarrollo del lenguaje desde el nacimiento por lo que nos facilita la identificación temprana de un posible trastorno.
2. *Fundamentos Psicopedagógicos de la Atención a la Diversidad*: Los docentes debemos ser conscientes de la singularidad de nuestro alumnado en cuanto a sus características individuales, ritmos y estilos de aprendizaje y esta realidad nos exige desarrollar estrategias que se adecuen a los procesos de adquisición del conocimiento de cada niño/a con el fin de ofrecerles igualdad de oportunidades.
Paralelamente, se realiza un recorrido en la evolución legislativa que nos permite conocer la lucha incesante entre el personal docente y las instituciones públicas educativas para que sea reconocido el derecho a una escolaridad inclusiva.
3. *Psicología del Aprendizaje en Contextos Educativos*: La diversidad exige que el profesorado esté capacitado para diseñar recursos variados y adaptados a las necesidades de cada alumno/a. Para ello, es necesario introducir metodologías inclusivas como Flipped Classroom, Diseño Universal para el Aprendizaje (DUA), comunidades de aprendizaje, grupos interactivos, aprendizaje colaborativo y cooperativo...un sinfín de medios que nos ayudan a mejorar el aprendizaje de niños y niñas con dificultades.
4. *Psicopatología de la Infancia y la Adolescencia*: Área optativa y específica para la Mención de Educación Especial que considero clave para conocer los síntomas que definen cualquier trastorno. Estos conocimientos nos ayudan a identificar determinadas conductas de alarma y nos capacita para derivarlo a un especialista a la mayor brevedad posible.

Por último, la Orden ECI/3857/2007, de 27 de diciembre, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales y en la que se regula el ejercicio de la profesión de Maestro en Educación Primaria, se

reconoce la consecución de las siguientes competencias específicas inherentes al título anteriormente citado:

a) **Adquirir conocimiento práctico del aula y de la gestión de la misma.**

La propuesta de intervención se ha diseñado en función de las características particulares del niño, es decir, las actividades se han organizado con recursos específicos adaptados a un caso de un niño con TEA con el objetivo de conseguir un aprendizaje efectivo.

e) **Participar en la actividad docente y aprender a saber hacer, actuando y reflexionando desde la práctica, con la perspectiva de innovar y mejorar la labor docente.** La formación permanente del profesorado es indispensable. Para ello, no sólo tiene que existir una predisposición por parte del docente, sino que también el centro debe contribuir con propuestas profesionales adaptadas a las demandas de la educación del S. XXI.

i) **Adquirir hábitos y destrezas para el aprendizaje autónomo y cooperativo y promoverlo en los estudiantes.** Todos necesitamos cierta seguridad e independencia, pero debemos conseguir un equilibrio reforzando el trabajo en equipo por lo que es decisivo un plan docente en el que se implanten pautas para lograr, de forma eficiente, este tipo de aprendizaje.

4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

4.1. EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

4.1.1. Evolución Histórica Conceptual

El término “autismo” proviene de la palabra griega: “autos” que significa “sí mismo”. Por lo tanto, desde una perspectiva etimológica, se fija este concepto para describir a aquellos individuos con una tendencia a sumergirse en su propio interior (Ferrari, 2000).

Fue acuñado por primera vez en la historia de la psicopatología en 1911 por Bleuler (Balbuena, 2007), para referirse a las personas con graves alteraciones en su conexión con el mundo exterior y a un carácter intencionadamente inhibido propio de los individuos con esquizofrenia. Esta desafortunada definición que agrupa el

autismo como una sola condición generó confusiones entre los psiquiatras infantiles y tendían a incluir en un mismo diagnóstico la esquizofrenia infantil, la psicosis infantil y el autismo.

A principios de la década de 1940, dos autores clásicos y fundamentales en la investigación del autismo, Leo Kanner y Hans Asperger, fueron los pioneros en publicar, de forma independiente, artículos con una base teórica que explicaban el conocimiento actual sobre este trastorno. Ambos coincidían en la existencia de una pérdida de contacto con la realidad similar a la descrita por Bleuler, pero aislaron la deliberación de estos actos, diagnóstico concomitante de la esquizofrenia o psicosis infantil. También encontraron ciertas particularidades en estos niños y niñas como carencias en el acto de la comunicación, problemas de adaptación social, patrones de conducta rígidos y logros intelectuales en áreas limitadas a sus intereses (Frith, 1989).

Rivière (2001) señala que Kanner fue el precursor de la primera definición clínica del autismo como un síndrome comportamental excluyendo la psicosis como un elemento causal del autismo infantil. En 1943, el psiquiatra presentó un estudio de observación con once niños de dos años y medio a ocho años en el que describe conductas inusuales que interfieren en varias áreas del funcionamiento habitual de las personas con la implicación de los siguientes rasgos comunes (Rivière, 2001):

1. **Deterioro de las relaciones sociales:** señaló como una característica esencial la incapacidad innata para establecer vínculos, de forma ordinaria, con otras personas o situaciones desde el inicio de su vida.
2. **Retraso en la comunicación y el lenguaje:** existen diferencias ampliamente heterogéneas en función de la intensidad de la afección; algunos casos muestran ausencia del lenguaje, en cambio, otros utilizan un vocabulario anormal, rígido y pedante.
3. **La “insistencia en la invarianza del ambiente”** caracterizada por la inflexibilidad cognitivo-conductual, intereses restringidos y repetitivos (Rivière, 2001, p. 18).

El trabajo de Kanner describe a estos niños como seres poseedores de una “soledad autista” extrema mostrando indiferencia por los objetos que le rodean, la emisión de sonidos repetidos carentes de significado y un deseo obsesivo por mantener la uniformidad a través de rutinas y rituales, en ocasiones, desconcertantes y excesivamente elaboradas. También constató que este síndrome conducía a una

desviación en la adquisición del lenguaje dando lugar a trastornos del habla con anomalías como mutismos, inversión pronominal, ecolalias, lenguaje pedante y literalidad (Frith, 1989, p. 32).

En relación a la inteligencia, Kanner destaca la alta capacidad memorística en algunos de estos niños por lo que el psiquiatra concluyó que podrían alcanzar habilidades cognitivas dentro de los parámetros de la normalidad (Ferrari, 2000).

Por su parte, Hans Asperger y tan sólo un año después, en 1944, escribió un artículo con conductas similares a las señaladas por Kanner y al que aplicó el término de “psicopatía autista”. Sus investigaciones parten de las observaciones en un grupo menos severo, con cuatro integrantes, en los que detectó dificultades en la interacción social, evitación del contacto ocular, déficit en las habilidades conversacionales y en la expresión afectiva. El autor asegura que los rasgos de la personalidad de un individuo con autismo vienen determinados por las dificultades en la competencia social: “El trastorno fundamental de los autistas es la limitación de sus relaciones sociales. Toda la personalidad de estos niños está determinada por esta limitación” (Rivière, 2001, p. 19).

Además, incidió en su alto nivel de pensamiento original y en su tendencia natural a interesarse por un tema en particular, estrambótico en algunos casos: empleaban un lenguaje pedante que se asemejaba al de los adultos ausente de estructuras sencillas y coloquiales propias de su edad.

Sin embargo, a diferencia del enfoque de Kanner, Rivière (2001) alude al especial interés que mostró Asperger por el desarrollo de los niños y niñas en el contexto educativo. El pediatra austriaco reconoció que, cuando entraban a la escuela, a menudo contaban con un amplio vocabulario y buenas habilidades gramaticales para expresarse sin problema y, pese a ello, presentaban deficiencias en la competencia pragmática y en el uso de la prosodia tales como la fluidez y el control del volumen en el tono del habla.

Posteriormente, en 1967, Bettelheim (Baron-Cohen, 2008) hizo un uso impreciso e inapropiado del término autismo. Manejaba la hipótesis de que los niños con autismo se retiraban de las relaciones sociales como si vivieran en una burbuja de cristal y se convertían en personas autosuficientes en respuesta a padres excesivamente inteligentes y al escaso apego y relación afectiva con la madre. A raíz de este rechazo de los progenitores, propuso como estrategia terapéutica la “parantectomía” o separación de los padres con el fin de que el infante recuperara

todas sus capacidades en un hogar más familiar y acogedor. El tratamiento consistía básicamente en ayudar a los padres, especialmente a las madres, para evitar actitudes de rechazo hacia sus descendientes (p. 35).

Estas ideas sobre las causas del autismo no fueron respaldadas por los estudios empíricos que se efectuaron entre los años 70-80 en los que la escala de evaluación mostraron que las puntuaciones de las medidas de personalidad de los padres de niños con autismo estaban dentro del rango normal y los niveles obtenidos en los apartados de la cohesión y la satisfacción familiar eran similares al margen de que sus sucesores padecieran o no el trastorno, por lo que la hipótesis inicial de Bettelheim quedó totalmente descartada (Baron-Cohen, 2008).

A este respecto, las aportaciones de Rimland y Schopler, dos investigadores importantes en este ámbito, fueron los primeros en argumentar que los padres no eran los principales responsables del autismo de sus hijos independientemente de la ausencia o presencia de su afectividad y excluyen a los progenitores de esta responsabilidad (Federación Autismo Madrid, 2021).

En conclusión, esta trayectoria conceptual me ha hecho reflexionar acerca de la denominación más adecuada para mencionar este trastorno. La última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales conocido por DSM-5 (American Psychiatric Association, 2018), es conceptualizado como Trastorno del Espectro del Autismo, en cambio, en la Instrucción de 24 de agosto de 2017 de la Dirección General de Innovación y Equidad Educativa (ATDI) se clasifica como Trastorno del Espectro Autista. En ningún caso me decanto por una acepción en concreto por lo que, en el desarrollo de este trabajo utilizaré indistintamente cualquiera de ellas.

4.1.2. Criterios Diagnósticos, Comorbilidad y Epidemiología

Actualmente, el autismo se reconoce como un espectro o conjunto de trastornos que representan discapacidades complejas del desarrollo y una presentación clínica ampliamente variable que puede evolucionar con el tiempo. La implicación de esta variabilidad que se ha observado entre los individuos diagnosticados con TEA es esencial para comprender los factores etiológicos, los signos de estabilidad de los síntomas, las diferencias individuales en la edad de aparición, las respuestas a las terapias o tratamientos y el desarrollo de los perfiles socioemocionales. Además, es una afección crónica, relacionada con la adquisición

de determinadas habilidades esperadas en una edad temprana, normalmente en torno a los dos años, y que acompaña al individuo de por vida (Confederación Autismo España, 2019).

Coincidiendo con la descripción precisa y detallada que nos ofreció Kanner (1943), la Asociación Americana de Psiquiatría (2018) figura en la guía diagnóstica DSM-5 las dimensiones conceptuales del TEA en una denominación genérica. Se sustituye la designación anterior de Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) para incorporar el Trastorno del Espectro del Autismo como una categoría diagnóstica independiente incluyéndolo como un trastorno severo del desarrollo neurológico que se caracteriza por dos grupos de síntomas nucleares:

1. Déficits significativos y persistentes en las habilidades de comunicación e interacción social en diferentes contextos.
2. Alteraciones conductuales con patrones estereotipados de comportamientos e intereses repetitivos y restringidos.

Dentro de estos criterios, se establecen tres niveles de severidad dependiendo de la intensidad de los apoyos necesarios para que estas personas se desenvuelvan, con normalidad, en contextos vitales como la escuela o el hogar (American Psychiatric Association, 2018).

Como se puede observar, la definición de autismo ha sufrido diversas modificaciones a lo largo del tiempo conforme a los nuevos datos aportados por las investigaciones. En este sentido, el estudio de Wing y Gould en 1979 (Alcantud, 2013) supuso un cambio significativo conceptual conocido hasta el momento. De sus estudios, podemos extraer dos ideas principales que asientan las bases de este concepto:

1. El autismo es un conjunto de síntomas asociados a trastornos neurobiológicos y con diversos coeficientes intelectuales.
2. Las alteraciones en los diferentes ámbitos de desarrollo se unen a los síntomas propios del TEA sin evidenciar un cuadro diagnóstico. Es necesario considerar que el autismo se manifiesta en diversos grados de afectación y se presenta en las diferentes etapas del desarrollo.

Asimismo, Wing (1998), en la publicación de su obra “*El autismo en niños y adultos*” declara un denominador común entre los sujetos con autismo y se basa en la valoración de manifestaciones clínicas en función de las tres áreas fundamentales de

desarrollo: cognitivo, afectivo y social. De su lectura, obtenemos los siguientes déficits primarios conocidos como la triada de Wing:

1. La interacción social recíproca.
2. La comunicación verbal y no verbal.
3. La imaginación para comprender situaciones mentales simbólicas, comportamientos resistentes al cambio y actividades restringidas y/o repetitivas.

La actualización en la conceptualización marca un inicio en la interpretación del autismo para referirse a este tipo de individuos. El autismo es un trastorno “de espectro”, lo que significa que sus signos característicos son más específicos y se expresan en una gran variabilidad de combinaciones con diferentes grados de gravedad según las áreas afectadas y la evolución en las distintas etapas evolutivas. Esto quiere decir que las personas con TEA presentan necesidades intermitentes a lo largo del tiempo: algunos pacientes desarrollan capacidades para lograr ser independientes, y, por el contrario, otros necesitan una atención constante a lo largo de su vida.

En lo que atañe al diagnóstico del autismo, se fundamenta en las manifestaciones clínicas pues no existen indicadores biológicos ni exámenes médicos que faciliten la identificación del trastorno, por lo tanto, se determina basándose en la sintomatología conductual y en la historia del desarrollo de la persona. Asimismo, van a depender de la edad del individuo, el nivel de afectación y las patologías asociadas al trastorno (Imaz y Arias, 2020).

El artículo de Paula-Pérez y Artigas-Pallarés (2014) reconoce que el diagnóstico clínico se suele confirmar entre los 3 y 6 años de edad, aunque este dato varía dependiendo del territorio geográfico y del contexto socio-cultural del individuo. Ambos autores señalan que en distintas investigaciones orientadas al diagnóstico precoz se han detectado varios marcadores conductuales a partir del primer año en gran parte de los menores con TEA, por lo que sería posible diagnosticarlo con un alto grado de fiabilidad alrededor de los 14 meses. Estos estudios apuntan la existencia de una importante demora en el proceso de diagnóstico y, por ende, no se proporcionan los servicios de intervención terapéutica necesarios para tratar a los individuos con autismo a una edad temprana.

A continuación, en el Manual Básico de Psiquiatría redactado por Imaz y Arias (2020) se expone una breve síntesis de las alteraciones características del TEA durante las etapas del desarrollo:

a) **0-3 años.** Los síntomas más frecuentes están relacionados con el desorden en la alimentación, trastornos del sueño, explosiones de irritabilidad difíciles de calmar, una comunicación ineficaz con sus progenitores y dificultades en la adquisición del lenguaje.

El retraso significativo en la comunicación social afecta al uso apropiado del lenguaje en los distintos contextos sociales con la emisión de vocalizaciones únicamente de naturaleza acústica.

Otra de las manifestaciones evidentes en el TEA está relacionada con la atención conjunta; son incapaces de compartir un foco de atención común y los periodos de atención suelen ser breves.

Además, muestran deficiencias específicas en las habilidades de imitación y se plantea la hipótesis de que esta incapacidad interfiera en otros dominios como el lenguaje expresivo, la atención compartida, el desarrollo de la reciprocidad socioemocional y la comprensión de los sentimientos en otras personas.

También presentan alteraciones en la atención social por lo que manifiestan un deterioro básico de la orientación a los estímulos sociales que se traducen en una menor sensibilidad al valor de la recompensa. Esta falta de motivación puede dar lugar a un fracaso en la experiencia perceptiva del reconocimiento de caras humanas que es esencial para el desarrollo de las relaciones interpersonales.

b) **4-6 años.** A menudo, presentan dificultades en la interacción social, ausencia del lenguaje o anomalías en el habla como ecolalias o invertir los pronombres, alteraciones en el desarrollo motor como andar de puntillas, estereotipias motoras y sensoriales ritualizadas como el aleteo de manos o balanceos, intereses restringidos e inusuales, hipersensibilidad o hiposensibilidad sensorial extrema y reacciones emocionales desproporcionadas.

La ausencia del juego simbólico es un indicador potencial que predice el diagnóstico de TEA. Suelen utilizar los juguetes de forma funcional y

carecen de creatividad e imaginación para fingir que determinados objetos puedan tener otra utilidad.

En lo que concierne a las habilidades comunicativas, adquieren una prosodia anormal con producciones orales que se caracterizan por un volumen, ritmo y énfasis de voz inadecuados al contexto.

- c) **6-12 años.** Persisten los problemas en las relaciones interpersonales, ausencia o retraso en el lenguaje expresivo, trastornos en la comunicación verbal y no verbal, incapacidad para empatizar, reconocer y expresar las emociones, dificultades para interpretar metáforas e ironías, aumento de manierismos y estereotipias tanto motores como sensoriales que tienen como finalidad la relajación y el placer, fascinación por determinados temas y una acentuada resistencia a los cambios que se producen en su entorno.

En esta etapa se acentúan los déficits en los aspectos pragmáticos del uso del lenguaje. Suelen mantener conversaciones unidireccionales con un repertorio reducido y un vocabulario formal y literal.

- d) **En la adolescencia,** se mantiene la rigidez conductual y comienzan a ser conscientes de sus limitaciones produciendo, en algunos casos, estados de ansiedad y cuadros depresivos. La inflexibilidad de pensamiento, los rasgos idiosincrásicos y sus dificultades para entender el doble sentido de las frases o las ironías pueden llegar a ser motivo de burla lo que desemboca en problemas de conducta y reacciones emocionales inapropiadas que afectan a la integración social y a la relación con su grupo de iguales.

El desfase en el lenguaje y la comunicación es uno de los síntomas principales que motiva a los padres a acudir a los especialistas para recibir ayuda clínica. No obstante, para una detección precoz es preciso tener en cuenta que estas señales no siempre se dan de manera simultánea ni se presentan en las edades preestablecidas.

La publicación del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2018) contempla la presencia comórbida con otras patologías asociadas al trastorno. Por la variabilidad fenotípica del TEA, los síntomas nucleares que presentan las personas con autismo están inmediatamente relacionados con otras condiciones concomitantes de tipo psiquiátrico como la depresión, ansiedad, TDAH (Trastorno por Déficit de

Atención e Hiperactividad), tipo médico como por ejemplo ataques epilépticos o dificultades de carácter metabólico o bien tipo evolutivo como trastornos del lenguaje o la discapacidad intelectual, siendo éste último, el trastorno concurrente más común con el TEA (Hervás y Rueda, 2018).

En los últimos años, las tasas de prevalencia del TEA se han incrementado exponencialmente. En 2019, la OMS calculó que 1 de cada 160 habitantes en el mundo padece TEA. Esta elevada cifra puede estar motivada principalmente por la sensibilización social sobre este trastorno, así como por la creación de instrumentos de evaluación y diagnósticos más precisos que mejoran los servicios de atención y facilitan su identificación en una edad temprana (Federación de Autismo Madrid, 2021).

Por otra parte, los estudios de Cheslack-Postava y Jordan-Young realizados en 2012 plantean que es más preponderante en la población masculina con una proporción aproximada de 4 a 5 más casos frente a las mujeres (Montagut-Asunción *et al*, 2018). En la misma línea, Baron-Cohen (2008) trata de dar respuesta a esta divergencia de género en el diagnóstico de autismo con la formulación de la teoría de la empatía-sistematización. La hipótesis que sugiere atribuye la capacidad de sistematización como un rasgo característico del cerebro masculino, en cambio, las mentes femeninas poseen una mayor disposición a sentir empatía. Si aunamos ambos conceptos en un grupo homogéneo, indistintamente del sexo, se podrían justificar los comportamientos obsesivos y repetitivos, así como la capacidad limitada de empatía en las personas con TEA.

Asimismo, Montagut-Asunción *et al* (2018) hacen referencia a otras investigaciones que apuntan que el sesgo de género en la identificación del TEA se explica por un mejor desarrollo de las habilidades sociales en las niñas lo que facilita que camufle sus síntomas.

4.1.3. Etiología y Principales Teorías Explicativas

Numerosos investigadores estudian los mecanismos implicados en el trastorno del espectro del autismo y se enfocan en diversos aspectos genéticos y biológicos subyacentes para explicar determinadas conductas. Según Imaz y Arias (2020) el TEA es un trastorno del neurodesarrollo complejo, del cual no se conoce, con exactitud, las formas en las que se manifiesta, pero sí se han encontrado posibles agentes de riesgo que aditivamente aumentan la probabilidad de padecerlo:

1. Factores Genéticos: Ferrari (2000) subraya que el TEA es uno de los trastornos psiquiátricos que está determinado por una gran influencia hereditaria y los últimos estudios indican que la morbilidad en familiares con autismo es significativamente mayor que en el resto de la población que no lo padece. Incluso, éstos manifiestan problemas similares referidos a la comunicación e interacción social sin llegar a ser diagnosticados.

El autor indica que el estudio realizado por Ritvo (Ferrari, 2000) con 40 pares de gemelos de los cuales al menos uno sufre autismo revelan la influencia de la biología molecular en determinados casos. Se encuentra que, de las 23 parejas de gemelos monocigóticos, es decir, aquellos que son idénticos en la mayoría de sus genomas, 22 presentaban concordancia con el autismo por lo que se calcula una heredabilidad alrededor del 90%. Mientras tanto, las muestras recogidas en 17 gemelos dicigóticos, o sea, aquellos que comparten la mitad de sus genes, tan sólo 4 de éstos coinciden con una base genética asociada al trastorno.

2. Factores Ambientales: Los últimos avances estudian diversas situaciones que pueden ser causa de autismo según los momentos de ocurrencia. Se centran, principalmente, en aquellas que se producen antes y después del nacimiento del feto como la edad avanzada de los padres en la que se conciben los hijos, el consumo de sustancias tóxicas de la madre durante el embarazo o afecciones como la rubeola, entre otras (Vargas y Navas, 2012).

3. Factores Neurobiológicos: Imaz y Arias (2020) indican la relación causal del TEA con otros trastornos como el Síndrome de Rett, alteraciones electroencefalográficas y crisis convulsivas de epilepsia.

Además, plantean la hipótesis de que la sintomatología conductual pueda reflejar una anomalía subyacente en el desarrollo de las vías neuronales atípicas.

Los autores aseguran que diversos estudios electroencefalográficos demuestran alteraciones en el lóbulo frontal involucrado en las funciones cognitivas por lo que la fisiopatología del cerebro puede estar implicada en los síntomas del trastorno.

Las investigaciones de Bauman y Kemper, en 1996, (Weidenheim, 2001) examinan la morfología de la corteza cerebral, área externa del cerebro encargada de procesar la información y del sistema límbico del que forman parte el hipocampo y la amígdala o núcleo amigdalino y los cuales desempeñan un importante papel en la memoria reciente, el aprendizaje, la regulación de las conductas y el control de emociones. En su estudio neuropatológico se ha encontrado lesiones neuronales en el circuito del sistema límbico y una mayor densidad en las células de la amígdala. Los colaboradores interpretan que estas anomalías pueden influir significativamente en la modulación de la conducta social, el desarrollo del lenguaje y las habilidades cognitivas lo que explicaría la alteración de estas funciones en el autismo.

Asimismo, las personas con TEA tienen más probabilidad de desarrollar asma, alergias y enfermedades autoinmunes y algunos estudios prevén que pueda estar asociado con los altos valores de citocinas presentes en sangre, aunque a día de hoy no existe un consenso entre los especialistas que explique la relación entre ambos mecanismos (Imaz y Arias, 2020).

Uno de los descubrimientos más consistente se ha encontrado en la evolución del tamaño del cerebro en personas con autismo. Las investigaciones llevadas a cabo en 2011 por Courchesne, Campbell y Solso (Acosta *et al*, 2016) constatan que, antes de nacer, el volumen cerebral de los infantes que desarrollarán autismo es menor en comparación con su grupo de control, en torno a los 2 años de edad, presentan un sobrecrecimiento considerable de la masa cerebral que se normaliza en la adolescencia y edad adulta con los individuos de desarrollo típico.

En relación al funcionamiento cognitivo, los datos recogidos por el Centers for Disease Control and Prevention estadounidense (Martos *et al*, 2018) estiman en un 38% la concurrencia entre la discapacidad intelectual y el autismo.

Por otra parte, el hipotálamo es una zona importante del sistema nervioso central (SNC) que recibe numerosas aferencias tanto nerviosas como químicas para mantener la homeostasis corporal e interviene en varios procesos endocrinos en los que actúa la oxitocina. Esta hormona estimula

tanto la contracción del útero durante el parto como el desarrollo de las glándulas mamarias en el proceso de nutrición del feto durante la lactancia. Además, se asocia con el estrés, la depresión y empatía. A día de hoy se sigue investigando si un descenso de esta hormona está ligada al autismo (Imaz y Arias, 2020).

Como se puede comprobar, el enfoque multifactorial de todos los avances, no nos proporciona información exacta por lo que se requieren de estudios futuros que determinen, con más profundidad, los motivos que desencadenan el autismo.

Nos remontamos a los años 90, en el cual no sólo las disciplinas como la neurobiología investigan sobre las causas de las dificultades socio-emocionales de las personas con TEA. A esta necesidad de tratar de entender el comportamiento de los afectados por autismo se une la rama de la psicología.

La Federación de Autismo Madrid (2020) destaca tres teorías dominantes basadas en las evidencias experimentales y que, actualmente, explican la heterogeneidad de los rasgos típicos en los individuos con autismo:

1. Teoría de la Disfunción Ejecutiva: En 1982, la neuropsicóloga Muriel Lezak fue la primera en popularizar este término y lo describe como “el conjunto de capacidades para formular metas, planear y solucionar problema”. Es decir, las funciones ejecutivas son aquellas habilidades relacionadas con la flexibilidad cognitiva, la autorregulación de las emociones, la inhibición de impulsos que nos permiten procesar y organizar satisfactoriamente la información y nos dota de las estrategias apropiadas para adaptarnos al medio (González Osornio y Ostrosky, 2012).

En 1991, Ozonoff y su equipo (Baron-Cohen, 2008) advierten que, además de los déficits relativos a la comunicación interpersonal, el cerebro es el núcleo referencial para detectar los estímulos sociales y explora la interconexión tanto en la sintomatología conductual como en el desarrollo de las vías neuronales atípicas. El lóbulo frontal y prefrontal es donde tienen lugar las funciones ejecutivas y aunque no se observan lesiones en pacientes con autismo, los defensores de esta teoría sostienen que no se ha desarrollado de forma normal. Esto podría explicar sus conductas repetitivas ya que su propio pensamiento inflexible no les permite planificar determinadas acciones y controlar voluntariamente la

atención, por lo que les incapacita para realizar otros planes que no estén incluidos en sus encapsuladas rutinas mentales.

- 2. Teoría de la Coherencia Central:** En 1994, Frith y Happè, (Alcantud, 2013) demuestran con esta teoría las dificultades que tienen los sujetos con TEA para interpretar y comprender situaciones si no van acompañadas de una imagen o información explícita escrita.

Sus ideas se apoyan en la creencia de que las mentes con un desarrollo típico integran todos los contenidos en su contexto de forma global. En cambio, los niños y niñas con TEA reciben y procesan la información, preferentemente a través del canal visual. Por ello, la mente de las personas que sufren TEA posee una “coherencia central débil” y tienden a fijarse en pequeños detalles en lugar de adoptar perspectivas más generalizadas.

Por otro lado, esta predisposición a prestar una especial atención en determinados campos de su interés les dota de una excelente memoria.

- 3. Teoría de Ceguera Mental:** En 1985, Baron-Cohen y su grupo postulan que la capacidad de los individuos para ponerse en el lugar del otro, imaginar sus pensamientos y predecir sus conductas implica la adquisición de una “Teoría de la Mente”. Los niños afectados con autismo muestran un retraso en la lectura de la mente de otros por lo que estas dificultades para interpretar o anticipar los comportamientos de los demás es el desencadenante de la ansiedad y el miedo a lo impredecible (Baron-Cohen, 2008).

4.2. INFLUENCIA DE LA COVID-19 EN EL TEA

4.2.1. Virus SARS-CoV-2: Origen, Síntomas y Tratamiento

La Organización Mundial de la Salud (2020) (en adelante, OMS), el organismo de Naciones Unidas encargado de gestionar, promocionar e intervenir en el bienestar de nuestra salud, junto a su órgano directivo supremo, la Asamblea Mundial de la Salud, reconocieron en marzo de 2020 que nos enfrentábamos a una pandemia a nivel mundial por lo que se decretó el estado de emergencia.

Los primeros casos de neumonía atípica con etiología desconocida se detectaron en diciembre de 2019, en la ciudad de Wuhan, China, pero rápidamente la

evolución en el número de casos y muertes con este cuadro clínico se extendió en el resto del mundo y lo que comenzó siendo un brote viral aislado pasó a ser una emergencia sanitaria a nivel internacional provocando gran conmoción y desconcierto entre los miembros de la comunidad médica y la población mundial (Mojica y Morales, 2020).

Numerosas especulaciones giran en torno a la procedencia del coronavirus por lo que un equipo de científicos de la OMS se trasladó a China para estudiar el origen evolutivo del virus. El resultado de las investigaciones se registró en un informe con las posibles hipótesis que explicarían la naturaleza de la enfermedad y la forma en la que se contagia (Sidhu *et al*, 2021):

1. Transmisión directa desde un animal. La primera ola de casos se ubica en un mercado de mariscos de la ciudad de Wuhan, así como en otros lugares en el que se comercia con animales vivos. Los humanos hemos introducido especies en nuestro hábitat que transmiten virus patógenos que ingresan en nuestras células y no están adaptados para vivir en nuestro organismo.
2. Transmisión indirecta a través de la infección del virus de un murciélago a un animal intermedio.
3. Consumo de alimentos refrigerados o congelados.
4. Liberación accidental del virus en un laboratorio. Varios investigadores del Instituto de Virología de Wuhan enfermaron un mes antes del primer caso reportado oficialmente presentando síntomas similares a los de la COVID-19.

En el documento consta que la teoría más probable es la de la transmisión indirecta ya que la estructura molecular del SARS-CoV-2 es similar a los virus encontrados en los murciélagos, por el contrario, señalan que es extremadamente improbable que el virus se contrajera entre el personal del Instituto de Virología en Wuhan debido a una fuga accidental.

Posteriormente, varios científicos de Singapur e Irlanda contaminaron con coronavirus alimentos congelados y refrigerados que almacenaron durante 21 días a bajas temperaturas y comprobaron que el virus sobrevivía, pero no ocurría lo mismo si una persona consumía los alimentos o los tocaba y después se llevaba las manos a la nariz o la boca. Los expertos no pudieron afirmar un contagio masivo por tocar comida congelada y aconsejaron a la población cocinar los alimentos ya que los virus

generalmente no sobreviven a altas temperaturas. A partir de estos resultados, la OMS descarta esta forma de propagación (Saiz, 2020).

De hecho, a día de hoy, Marquardt y Herb (2021) aseguran que no hay un consenso entre la comunidad de científicos que aclaren con exactitud el origen causante de la pandemia de la COVID-19 y las investigaciones no revelan evidencias ni datos concluyentes.

Partiendo de todas estas aportaciones, ¿qué es exactamente la COVID-19? La OMS (2021) lo define como “una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2” que se manifiesta con síntomas estacionales comunes en diferentes grados de afectación: tos seca, disnea, fiebre, cansancio, pérdida del olfato y/o gusto y neumopatías de leve a severa. Asimismo, hace referencia a la vulnerabilidad del sistema inmunitario de personas con afecciones médicas preexistentes y que podrían tener un peor pronóstico al contraer el virus: personas mayores, individuos con enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes, enfermedades pulmonares, obesidad o cáncer. También se alude al vehículo de transmisión de los agentes infecciosos, las gotículas respiratorias que nuestras vías aéreas expulsan al exhalar el aire de los pulmones y que se evaporan en una sustancia sólida con movimientos involuntarios como toser, estornudar e incluso hablar.

Acerca de los tratamientos disponibles, en la actualidad los principales fármacos para combatir la infección por el coronavirus SARS-CoV-2 y paliar los síntomas leves o moderados son antivirales, antiinflamatorios y corticoides y en el caso de presentar dificultades respiratorias graves se debe acudir a urgencias de forma inmediata. Por esta razón, se recomiendan medidas de protección seguras y eficaces para disminuir el contagio como vacunarse, el uso de mascarillas, desinfectarse las manos, ventilar los espacios cerrados, mantener el distanciamiento físico y evitar las aglomeraciones (Sánchez-Monge, 2022).

4.2.2. Impacto en el Bienestar Psicológico del Alumnado con TEA

La salud mental es “un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad” (OMS, 2018). Según Castellero (2018) se trata de un estado de equilibrio entre el individuo y el mundo que le rodea que implica el bienestar a nivel biopsicosocial e influye en cómo piensa, siente o

interactúa con los demás y es fundamental para alcanzar un desarrollo pleno y satisfactorio en el día a día.

La guía para promover el cuidado del bienestar psicológico de los pacientes con TEA publicada por la Confederación Autismo España (2019) informa que de 7 de cada 10 casos desarrollan al menos un trastorno asociado con la salud mental a lo largo de su vida, así como elevados niveles de malestar psicológico debido a las dificultades que presentan tanto en la comunicación e interacción social como en la flexibilidad cognitiva y conductual.

De la Iglesia y Olivari (2012) exponen que un creciente número de estudios demuestran que los individuos con TEA tienen mayor probabilidad de experimentar niveles significativos de ansiedad y depresión en comparación con la población general. Los investigadores reconocen que los datos que aportan algunas de estas revisiones exhaustivas varían considerablemente dependiendo de las características de la muestra. Tal es el caso de los estudios realizados por el equipo de White en 2009 en las que se estima que entre el 11% y 84% de los niños y adolescentes en edad escolar con autismo presentan algún grado de ansiedad perjudicial y con respecto al riesgo de padecer depresión oscila entre el 17% y 27% aproximadamente por lo que las cifras indican una prevalencia muy variable que responden al reducido tamaño de la muestra y a los diferentes procedimientos utilizados para evaluar la sintomatología.

En lo referente al desarrollo cognitivo, los estudios llevados a cabo por Sukhodolsky en 2008, demuestran que los síntomas de ansiedad están presentes en todos los niveles de Cociente Intelectual (CI) de los sujetos con TEA, aunque se observaron niveles más graves en aquellos con una inteligencia media o superior, posiblemente debido a una mayor percepción de sus dificultades en la comunicación y comprensión social (De la Iglesia y Olivari, 2012).

Según un artículo escrito por Navarro (2018), la ansiedad y la depresión que sufren las personas con TEA a menudo emergen de situaciones sociales y en la medida en la que el sujeto interacciona con el entorno lo que dificulta el enfoque del diagnóstico diferencial de las dos patologías ya que pueden surgir síntomas de ansiedad motivados por una falta de atención a la información social más que por retraimiento social o miedo. La autora también destaca algunos estímulos que producen en el autismo malestar psicológico cuyos niveles han aumentado por la pandemia: cambios inesperados, modificación de planes, situaciones nuevas.

En este sentido, el informe elaborado por “Save the Children” (2021) corrobora que la actual inestabilidad cotidiana ha repercutido sobre la población adulta, infantil y adolescente y ha desencadenado respuestas tales como el miedo, temores descontrolados y una tristeza profunda lo que pone en relieve que nuestra salud física, mental y social se ha visto afectada repentinamente por la COVID-19. Los datos que reporta la encuesta señalan un notable aumento en los niveles de ansiedad y estrés asociados al virus con respecto a los datos recogidos en 2017. Se estima un incremento de un 1% a 4% en los trastornos mentales entre los individuos de 4 a 14 años y de un 2,5% al 7% en las alteraciones conductuales lo cual implica que la pandemia ha triplicado los casos en la comunidad infanto-juvenil que ha permanecido confinada. Asimismo, la organización advierte que estas cifras se agravan en familias que disponen de escasos recursos vitales y en colectivos de alta vulnerabilidad, entre los que se encuentran las personas con Trastorno del Espectro del Autismo.

Además, la crisis sanitaria ha obligado a suspender la mayor parte de las actividades profesionales de atención a las personas con necesidades específicas de apoyo educativo, entre ellas, la asistencia presencial a las escuelas y a los servicios de Atención Temprana. Estas medidas extraordinarias han supuesto cambios en nuestros hábitos diarios y han alterado las dinámicas recomendadas en los niños y niñas con TEA según afirma la Directora General de la Confederación Autismo España en Consalud, uno de los medios de prensa sanitaria on-line más influyente. Es innegable que la pandemia ha afectado a nuestra calidad de vida con independencia de los grupos sociales y rango de edad al que pertenezcamos, pero es preciso recalcar que uno de más perjudicados ha sido el alumnado con TEA ya que presentan un férreo patrón cognitivo-conductual que manifiestan con una baja tolerancia ante los cambios imprevistos (Francisco, 2021).

Cabe considerar, por otra parte, la neuroanatomía de los individuos con TEA. En los análisis postmortem de cerebros de personas con autismo se han encontrado alteraciones de las células de la microglía. Éstas liberan citocinas que actúan como una barrera de protección frente a las inflamaciones o infecciones de nuestro organismo y cuando su número aumenta, se descontrola y destruye tanto las células infectadas como las sanas (Alonso, 2017).

A este respecto, De Sousa Lima *et al* (2020) advierte que las personas con diabetes o insuficiencia cardíaca crónica tienen un alto riesgo de padecer el Síndrome

de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA), una de las principales afecciones asociadas a la COVID-19 que puede provocar serias complicaciones en la salud debido a la activación de citocinas inflamatorias, por lo que las hipótesis médicas infieren que el alto nivel de esta proteína en los individuos con TEA indicaría una mayor probabilidad para contraer el virus.

Respecto a las investigaciones científicas, la mayor parte de los esfuerzos se han destinado a avanzar en el conocimiento del virus SARS-CoV-2 aunque también han desvelado datos sobre su implicación en la salud mental de la población por lo que numerosos profesionales de diferentes disciplinas se han unido para analizar las consecuencias en el bienestar psicosocial de los menores con TEA devenida de la COVID-19 y el confinamiento domiciliario (Colizzi *et al*, 2020).

El equipo de investigación de Amorim *et al* (2020) realizó uno de los primeros estudios con el fin de conocer cómo vivieron el aislamiento social los niños con autismo y sus familias durante el confinamiento.

En total participaron 99 familias portuguesas con hijos estudiantes entre 3 y 11 años de edad de los cuales 43 niños fueron diagnosticados con TEA y 56 niños neurotípicos. La información se recabó a través de un formulario online con 24 ítems.

En la siguiente tabla se detalla un resumen descriptivo del estudio:

Tabla 1

Detalles de la cuarentena

	Total (n = 99)	TEA (n = 43)	Control (n = 56)	p
Días en cuarentena	38,35 ± 9,14	43,86 ± 9,25	34,21 ± 6,55	< 0,001
Salió durante la cuarentena	60 (60,6%)	29 (67,4%)	31 (55,4%)	0,223
¿Cuántas veces? (días)	2,66 ± 5,09	0,28 ± 0,59	4,53 ± 6,41	< 0,001
Actividades extracurriculares	79 (79,8%)	31 (72,1%)	48 (85,7%)	0,094
Actividades extracurriculares mantenidas	19 (24,1%)	6 (19,4%)	13 (27,1%)	0,433
Rutinas mantenidas	83 (83,8%)	39 (90,7%)	44 (46,8%)	0,104
Tareas en casa	71 (71,7%)	30 (69,8%)	41 (72,6%)	0,706
Nueva experiencia	52 (52,5%)	28 (60,5%)	26 (46,4%)	

Cambio de comportamiento		49 (50,5%)	31 (72,1%)	18 (32,1%)	< 0,001
Tipo de cambio de comportamiento	Mejor	11 (22,4%)	5 (16,1%)	6 (33,3%)	0,164
	Peor	38 (77,6%)	26 (83,9%)	12 (66,7%)	
Impacto en el aprendizaje	Positivo	17 (17,2%)	6 (14%)	11 (19,6%)	0,572
	Negativo	48 (48,5%)	20 (46,5%)	28 (50%)	
	Ninguno	34 (34,3%)	17 (39,5%)	17 (30,4%)	
Impacto en el desarrollo	Positivo	38 (38,4%)	15 (34,9%)	23 (41,1%)	0,518
	Negativo	33 (33,3%)	17 (39,5%)	16 (28,6%)	
	Ninguno	28 (28,3%)	11 (25,6%)	17 (30,4%)	
Impacto en las emociones	Positivo	31 (31,3%)	11 (25,6%)	20 (35,7%)	0,02
	Negativo	40 (40,4%)	24 (55,8%)	16 (28,6%)	
	Ninguno	28 (28,3%)	8 (18,6%)	20 (35,7%)	
Impacto en las relaciones familiares	Positivo	52 (52,5%)	19 (44,2%)	33 (58,9%)	0,298
	Negativo	14 (14,1%)	8 (18,6%)	6 (10,7%)	
	Ninguno	33 (33,3%)	16 (37,2%)	17 (30,4%)	
Puntuación de ansiedad del niño (0 a 10)		4,53 ± 2,90	5,67 ± 2,78	3,64 ± 2,70	< 0,001
Puntuación de ansiedad de los padres (0 a 10)		6,34 ± 2,53	7,37 ± 2,37	5,55 ± 2,37	< 0,001
Puntuación de adaptabilidad del niño (0 a 10)		7,39 ± 2,38	7,49 ± 2,03	7,32 ± 2,64	0,723
Puntuación de adaptabilidad de los padres (0 a 10)		6,80 ± 2,20	6,86 ± 1,97	6,75 ± 2,38	0,806

Nota: Tomado de Amorim *et al* (2020)

Los datos que resultaron más significativos fueron los relativos a la conducta. El 72,1% de los padres de los niños con autismo observaron alteraciones en el comportamiento de sus hijos mientras que el 67,9% de los padres del grupo de control informaron que no encontraron cambios. Las respuestas más comunes de los padres de niños con TEA sobre las causas que provocaron determinadas actuaciones fueron la ansiedad (41,7%), irritabilidad (16,7%), obsesión (11,1%), hostilidad (5,6%) e impulsividad (2,8%).

En cuanto a las secuelas del confinamiento en el aprendizaje de los estudiantes, los padres de ambos grupos expresaron un impacto negativo, un 46,5% en los niños con TEA frente al 50% en el grupo de control.

Otro aspecto en el que se encuentran importantes diferencias fue en el manejo de las emociones durante la cuarentena, mientras que un 55,8% de los padres de los niños con TEA notificaron un impacto negativo, el 71,4% de los cuidadores del grupo de control aludieron a un impacto positivo o nulo.

Por otro lado, el grado de ansiedad y estrés de los niños con autismo fueron más altos (5,67) en comparación con el grupo neurotípico (3,64). Dentro del grupo con TEA, los niños que no mantuvieron las rutinas no sólo tuvieron un índice mayor de ansiedad, sino que mostraron niveles de adaptabilidad más bajos al confinamiento.

Otra investigación sobre el papel de la pandemia por la COVID-19 en los individuos con autismo se llevó a cabo en Verona (Colizzi *et al*, 2020) con una muestra de 527 padres de niños diagnosticados con TEA con edades comprendidas entre los 8 y 13 años. El estudio consistía en rellenar una encuesta online formada por 40 preguntas cerradas de opción múltiple y agrupadas en tres dimensiones: a) características sociodemográficas y clínicas de los individuos con TEA; b) impacto de la pandemia en su bienestar, y c) necesidades derivadas de la pandemia.

La información más relevante está ligada a los problemas de comportamiento. Desde el comienzo del estado de emergencia, las conductas disruptivas se incrementaron tanto en intensidad (35,5%) como en frecuencia (41,5%) por lo que el 19,1% de los casos tuvo que recurrir al servicio de neuropsiquiatría. Además, el 51,5% de los niños presentaba problemas conductuales antes de la propagación del virus y esta conducta preexistente predijo un mayor riesgo de tener reacciones disruptivas más intensas. Algo similar ocurrió con el refuerzo académico, un alto porcentaje de padres comunicaron que sus hijos recibieron apoyo escolar directo (videollamadas, llamadas) e indirecto (mensajes de texto, emails) y aquellos que no recibieron esta ayuda adicional fueron más propensos a la cronificación de conductas problemáticas.

Pese a que el 73,3% de los niños fueran tratados por terapeutas privados, la mayoría de los padres incidieron que, a raíz del confinamiento, se generaron una serie de necesidades enfocadas a la asistencia sanitaria, especialmente apoyo en el domicilio y una mayor flexibilización de las restricciones para poder afrontar la situación durante el confinamiento.

Recientemente, Salmerón-Medina *et al* (2022) elaboraron una encuesta dirigida a familias de niños con autismo que habían sido atendidos en el Hospital Clínico de Barcelona de marzo a diciembre de 2020 con la intención de evaluar el grado de afectación en su salud mental en respuesta al confinamiento, así como su adaptación frente a la nueva normalidad.

Se estudiaron a 65 pacientes de 7 a 17 años con un TEA de alta complejidad clínica de los cuales el 80% eran varones.

El cuestionario estaba compuesto por una batería de 35 preguntas divididas en cinco secciones: a) interacción y comunicación social; b) gestión emocional personal; c) hábitos y rutinas; d) académicas, y e) uso de fármacos.

A continuación, se muestran los resultados de la investigación:

Tabla 2

Encuesta administrada

	Ha Aumentado	Se ha mantenido	Ha disminuido	No presentaba
Contacto con los iguales en el confinamiento	0 (0%)	8 (12,3%)	57 (87,7%)	
Relaciones sociales después del confinamiento	5 (7,7%)	34 (52,3%)	26 (40%)	
Mirada a los ojos	3 (4,6%)	45 (69,2%)	17 (26,2%)	
Afectación en la comunicación verbal	36 (55,4%)	29 (44,6%)	0 (0%)	
Afectación en la comprensión comunicativa por las mascarillas	51 (78,5%)	14 (21,5%)	0 (0%)	
Participación en la familia	11 (16,9%)	11 (16,9%)	42 (64,6%)	
Ansiedad durante el confinamiento	36 (55,4%)	5 (7,7%)	8 (12,3%)	16 (24,6%)
Heteroagresividad	26 (40%)	13 (20%)	4 (6,2%)	22 (33,8%)
Aislamiento	28 (43,1%)	20 (30,8%)	2 (3,1%)	15 (23,1%)
Ingesta entre comidas	42 (64,6%)	16 (24,6%)	3 (4,6%)	4 (6,2%)
Intereses restringidos	27 (41,5%)	32 (49,2%)	5 (7,7%)	1 (1,5%)
Estereotipias	18 (27,7%)	22 (33,8%)	4 (6,2%)	21 (32,3%)
Rendimiento académico	10 (15,4%)	26 (40%)	29 (44,6%)	
Agresividad física después del confinamiento	17 (26,2%)	35 (53,8%)	6 (9,2%)	

Agresividad verbal después del confinamiento	34 (36,9%)	35 (53,8%)	6 (9,2%)
---	------------	------------	----------

Nota: Elaboración propia basada en Salmerón-Medina *et al* (2022)

El distanciamiento social durante el periodo de permanencia en casa supuso una disminución del contacto con sus iguales en un 87,7% de los menores. Cuando se recuperó la normalidad, los padres reconocieron que el 40% de sus hijos habían reducido sus relaciones interpersonales.

Las habilidades comunicativas después del confinamiento se alteraron en 55,4% de los niños, afectando gravemente a un 16,9% de los participantes de la muestra, de los cuales el 38% eran niñas y un 12% niños. Posteriormente, las deficiencias en el desarrollo de la capacidad lingüística se relacionaron con la disminución de los vínculos sociales.

El uso de las mascarillas dificultó la comprensión de mensajes en un 78,5% de los niños mientras que, en el contacto visual, los padres no observaron cambios significativos.

En torno a la gestión emocional, los niveles de ansiedad se incrementaron considerablemente en más de la mitad de los menores y este patrón de aumento se ha relacionado con una serie de conductas: ingesta entre horas (86%), heteroagresiones (64%), aislamiento (61%), clases telemáticas (52%), mantener rutinas (51%), sensibilidades (50%), estereotipias (42%) y autolesiones (28%). Asimismo, en un alto porcentaje de niños se agravaron las conductas agresivas físicas y verbales al reincorporarse a la escuela.

Por otra parte, un 53,8% de los niños siguieron los mismos hábitos y rutinas diarias previas al confinamiento. En cambio, aumentaron notablemente la ingesta entre horas, las alteraciones del sueño, los intereses restringidos y la frecuencia de las estereotipias.

Durante este periodo, destaca el uso excesivo de las tecnologías, la gran mayoría de los niños permanecieron mucho más tiempo delante de ordenadores, Tablet, móviles y videoconsolas.

Finalizado el confinamiento, el rendimiento escolar también se vio afectado, un 44,6% de los niños disminuyeron su desempeño académico respecto a su nivel previo al confinamiento.

En la misma línea, Prieto *et al* (2022) publicó un informe con los daños colaterales de la pandemia a nivel conductual, emocional, social y comunicativo en la población con autismo.

En el estudio participaron 140 padres de niños con diagnóstico clínico de TEA procedentes de diferentes regiones del territorio español. El rango de edad de los participantes fue de 2 a 29 años con diferentes grados de afectación según establece el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2018).

Los datos se recogieron por vía telemática de marzo a abril de 2021. El cuestionario constaba de 62 preguntas clasificadas en tres categorías: a) variables sociodemográficas y clínicas; b) características de la persona participante durante el confinamiento, y c) características de la persona participante después del confinamiento.

La Tabla 3 presenta una comparativa en las distintas etapas del confinamiento.

Tabla 3.

Características de los participantes durante y después del confinamiento

		Durante el confinamiento	Después del confinamiento
Dificultades para entender lo que ocurría	Sí	79 (56,5%)	85 (60,7%)
	No	61 (43,5%)	
Flexibilidad para adaptarse a los cambios de rutina	Sí	88 (62,9%)	78,2%
	No	52 (37,1%)	21,8%
Problemas conductuales		23 (16,4%)	23 (16,4%)
Dificultades lingüísticas		5 (3,6%)	10 (7,1%)
Medidas preventivas: gel, mascarilla...		7 (5%)	53 (37,9%)
Aguantar con incertidumbre el aislamiento		25 (17,8%)	23 (16,4%)
Incremento de estrés familiar	Sí	121 (86,4%)	108 (77,1%)
	No	19 (13,6%)	

Nota: Elaboración propia basada en Prieto *et al* (2022)

El estudio señala que, después de las restricciones, el 60,7% de los niños seguía sin comprender bien lo que estaba sucediendo. Aquellos que entendían mejor la situación mostraron una mayor flexibilidad para adaptarse a las nuevas condiciones de vuelta a la normalidad.

También, afloraron excesivas dificultades conductuales en los encuestados al igual que presentaron elevados niveles de estrés, ansiedad e irritabilidad, así como alteraciones en el sueño y/o apetito y un importante retroceso en logros adquiridos antes de la pandemia.

Las medidas extraordinarias de seguridad impuestas también supusieron complicaciones, concretamente con la utilización frecuente de mascarillas (17,9%), geles hidroalcohólicos (20%) y el distanciamiento interpersonal (16,4%).

De la misma forma, se observó un mayor temor a la COVID-19 en los niños que convivían en hogares más propensos a sufrir estrés.

Por último, las familias participantes destacaron la necesidad de la presencialidad en las actividades académicas, extraescolares y terapéuticas.

En resumen, los resultados de las encuestas deparan la magnitud del impacto en el ámbito psicológico, emocional y social en los colectivos más vulnerables como son los niños con TEA a causa de la pandemia. Además, esta situación epidemiológica excepcional ha ocasionado variaciones en la conducta y problemas en el control de las emociones en niños y niñas con TEA debido a los cambios en sus rutinas y los expertos afirman que el hecho de estar alejados de sus terapias habituales ha empeorado su estabilidad psicológica y rendimiento académico (Amorim *et al*, 2020).

De hecho, el confinamiento ha provocado que algunos escolares con autismo hayan experimentado sensaciones de inquietud y angustia al ver quebrantada su necesidad de movimiento, sin embargo, predominan aquellos que han intensificado su estado de seguridad al encontrar en su casa un refugio ajeno a los vínculos interpersonales (De Castro, 2018).

Otras investigaciones indagaron sobre los obstáculos adicionales de las familias con hijos con TEA a la hora de mantener la estructura espacio-temporal a la que estaban habituados sus descendientes en el entorno educativo, así como las graves consecuencias de no haber ser atendidos adecuadamente durante la pandemia (Ameis *et al*, 2020).

4.2.3. Marco y Directrices de Actuación en los Centros Educativos

La Orden EFP/365/2020, de 22 de abril, por la que se establecen el marco y las directrices de actuación para el tercer trimestre del curso 2019-2020 y el inicio del curso 2020-2021, ante la situación de crisis ocasionada por el COVID-19, fue la primera normativa reglamentaria de aplicación en el ámbito escolar que contempla una serie de recomendaciones prioritarias para reducir el riesgo de exposición al virus y garantizar la seguridad de los estudiantes y el personal del centro.

Conforme a la evolución de la pandemia, han sido numerosos los criterios de actuación que se han establecido en la comunidad educativa para afrontar una situación distinta a la ordinaria. En este sentido, es preciso mencionar el Protocolo de Organización y Prevención en los centros educativos de Castilla y León para el curso 2021/2022 (Versión 11 de febrero de 2022), vigente durante mis prácticas y el cual insta a reforzar las siguientes medidas de prevención: uso de mascarillas, distancia física, higiene personal y desinfección de pupitres.

La Confederación Autismo España (2021) redactó un informe basado en el testimonio de 53 familias de niños con TEA cuyos resultados refuerzan las conclusiones obtenidas en los diversos estudios efectuados en otros países. Por un lado, el 51% del alumnado que regresaron a la actividad lectiva presencial tras la época de confinamiento se adaptaron de manera favorable frente al 38% que manifestaron malestar psicológico generado fundamentalmente por la modificación de rutinas, la enseñanza bimodal (presencial / virtual) y los cambios en las relaciones sociales.

No cabe duda alguna que el retorno a las aulas ha sido un reto a nivel socioemocional para todo el alumnado y, en especial, para los niños con autismo ya que ha requerido de una elevada flexibilidad para adaptarse a la transición y tolerar los cambios de una situación inesperada difíciles de asumir por su patología (Salgado, 2020). Además, la autora subraya que las mascarillas han repercutido negativamente en el proceso de enseñanza-aprendizaje puesto que ha disminuido la comprensión para reconocer los mensajes a través de las expresiones faciales y ha distorsionado la información recibida.

Montse Heredia, presidenta de la asociación Aprenem Autisme (Cid, 2022) concedió una entrevista a un diario digital en el que explica que los niños con TEA pueden experimentar dificultades profundas y generalizadas para relacionarse con otras personas y el hecho de no asistir a clase y no compartir experiencias con sus

compañeros ha resultado que la reincorporación sea más compleja y que muchos de los progresos conseguidos a nivel social se hayan visto afectados.

Por ello, el Hospital Sant Joan de Déu (2020) recomienda que las familias anticipen a sus hijos la nueva situación que se encontrarán en el contexto escolar, adecuen el ritmo de incorporación según las necesidades del estudiante, el centro trabaje fundamentalmente con pictogramas para entrenar su canal sensitivo predominante y se coordinen la familia y la comunidad educativa para garantizar el bienestar del niño.

5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

5.1. CONTEXTO DE INTERVENCIÓN

Con la intención de anonimizar el caso y preservar el derecho a su intimidad, no se aportarán datos concretos del contexto escolar.

De la Programación General Anual (2021) se extrae la información del ámbito de aplicación en el que se llevará a cabo el tratamiento educativo. El centro escolar está situado en uno de los barrios más humildes de Valladolid que escolariza a estudiantes que pertenecen a familias con un nivel socioeconómico bajo.

El perfil del alumnado es diverso, la mayoría pertenecen a minorías étnicas, predominando en un 70% la comunidad gitana. Por ello, el centro fue seleccionado para participar en el Programa 2030 con el fin de favorecer la inclusión intercultural en el sistema educativo, reducir el absentismo y la tasa de abandono escolar temprano. Debido al temor ocasionado por la pandemia estas cifras han aumentado significativamente.

El colegio tiene matriculados 197 escolares. La ratio media por aula oscila entre 10 y 12 estudiantes, de los cuales acuden habitualmente el 50% y sólo un 20% lo hacen de manera continuada. A pesar del empeño y la buena actitud de algunos discentes, la asistencia irregular e intermitente no les permite evolucionar, por lo que la mayor parte no ha adquirido conocimientos académicos básicos y precisan de un trato individualizado. Así pues, el centro cuenta, a tiempo completo, con una maestra especialista en cada una de las modalidades: Audición y Lenguaje, Pedagogía

Terapéutica y Educación Compensatoria con el fin de cubrir las necesidades educativas especiales del alumnado.

Teniendo en cuenta estos factores, se desarrolla un programa de actuación en el aula de Pedagogía Terapéutica formado por una serie de actividades tanto individuales como en grupo para optimizar el proceso de aprendizaje en las áreas de desarrollo en las que el niño presenta mayores dificultades como son las habilidades sociales y comunicativas.

5.2. DESCRIPCIÓN DEL CASO

Este apartado recopila datos reveladores acerca de la historia personal del alumno que se han obtenido del Informe del Servicio de Psiquiatría y el Informe Psicopedagógico ambos datados en 2019, de la información facilitada por la tutora y la maestra en Pedagogía Terapéutica y del proceso de observación en el aula durante mi periodo de prácticas en el centro.

Niño de 10 años y 6 meses, hijo único, ambos progenitores son trabajadores en activo, mantienen una buena relación familiar lo cual es fundamental para favorecer el desarrollo pleno de su hijo.

Según comentan los padres, desde la infancia, ya presentaba síntomas como ansiedad e irritabilidad ante pequeños cambios rutinarios. Además, mostraba una acusada inquietud ante la sobrecarga de estímulos sensoriales, concretamente, ante el bullicio y ruidos fuertes. Lloraba con facilidad por casi todo y reaccionaba con berrinches y rabietas desproporcionadas. La madre relata que cada vez eran más frecuentes y algunas veces no encontraba el modo de aliviarle.

Los rasgos más significativos que definen la personalidad es que es un niño alegre, cariñoso y con buen corazón. Su afecto lo expresa únicamente con los miembros de la familia más allegada. A veces, tiene un temperamento difícil que le lleva a explosiones de ira y mal humor, aunque, por lo general, su comportamiento es adecuado. Es desorganizado y, a veces, muestra conductas agresivas.

En relación a sus aficiones, disfruta practicando natación. También le gustan mucho los juegos de memoria y los dibujos de Bob Esponja. Su madre alude a su obsesión por los juegos interactivos del móvil y a su comportamiento un tanto extraño cuando está contento, alguna vez le ha visto sentado y balaceándose.

En las habilidades de la vida diaria, es dependiente, necesita ayuda para el aseo personal, pero es autónomo en tareas de alimentación y vestido. Los padres

comentan que es muy nervioso, se despierta varias veces por la noche con terrores nocturnos y reclama que permanezcan junto a él hasta conciliar el sueño. Actualmente, tiene pautado un fármaco y las pesadillas han disminuido.

Las primeras señales de alarma se produjeron a los 2 años de edad, prácticamente no hablaba, sólo decía “papá” o “mamá”. Se comunicaba y emitía sonidos guturales sin sentido. Los padres estaban tranquilos porque el pediatra no le dio importancia justificando que el progreso de los niños no es lineal y que existen multitud de factores implicados en el proceso de desarrollo de los niños.

A medida que fue creciendo, utilizaba frecuentemente frases inusuales como hablar en plural y su tono de voz era peculiar, normalmente muy elevado, y en ocasiones, con alteraciones en la prosodia. Le costaba mucho leer y cuando lo hacía, omitía fonemas o los sustituía por otros diferentes y con una entonación plana, sin emoción, como si fuera un telegrama.

También sus padres se preocuparon por sus dificultades en la atención, no era capaz de mantener la mirada y respondía bajo presión con un exceso de actividad motora. En las tareas académicas verbalizaba su incapacidad con una ansiedad desmesurada. A día de hoy, no tolera más de 15 minutos concentrado en la realización de un ejercicio y demanda un tiempo de descanso, en cambio, este tiempo no es necesario cuando se trata de actividades lúdicas y divertidas acorde a sus intereses. Este tiempo se ha reducido significativamente después de las vacaciones de semana santa.

Otro indicador de alerta se produce durante el tiempo libre de ocio, en el parque no se relacionaba con sus iguales y prefería jugar sólo. En casa, si le dabas piezas de construcción podía apilarlos y hacer torres, pero con otros objetos como, por ejemplo, muñecos, no reconocía su utilidad y no sabía qué hacer con ellos.

En la etapa de Educación Primaria sus carencias en las relaciones sociales se agudizaron ya que tendía al aislamiento. Compartía experiencias con sus iguales durante un tiempo máximo de 5 minutos y siempre, bajo supervisión. No entiende determinadas situaciones que se producen en el contexto social y a día de hoy, no comprende las bromas, distorsiona la interpretación de cualquier gesto y piensa que sus compañeros se ríen de él y pretenden tomarle el pelo lo que le lleva a adoptar conductas violentas con algunos miembros de su grupo clase generando un ambiente escolar conflictivo.

En el ámbito interpersonal, no tiene amigos, a menudo, muestra interés por los demás y se acerca a otros niños. En el patio suele estar solo y se divierte siguiendo cualquier línea o marca del suelo.

En el aula, a pesar de estar en primera fila y junto a la docente, se distrae con facilidad y le cuesta concentrarse. Se observa un contacto visual inconsistente, suele fijar su mirada hacia abajo y se mira las manos. Su padre recuerda que prácticamente no tiene fotografías de él porque era imposible dirigir su atención hacia el objetivo.

Al mismo tiempo, en actos simples se muestra rígido y responde con reacciones emocionales desproporcionadas: se niega a quitarse el abrigo porque no le gusta que le miren y si le sugieres que hay que sacar punta al lápiz para que escriba mejor llora desconsoladamente porque piensa que se va a gastar.

En las actividades grupales, no respeta el turno de palabra y se muestra agitado. Así como no es capaz de mantener una conversación, si le preguntas sobre un aspecto personal, por ejemplo, “¿tienes animales en casa?”, comienza a tocarte las pulseras o anillos, elementos por los que siente atracción, para evitar responder. Si insistes, aumenta el tono de voz y te contesta la misma frase de forma repetitiva con un habla infantilizada.

En definitiva, el niño presenta síntomas característicos que responden a un posible caso de TEA. Algunos se han manifestado en las primeras fases del periodo de desarrollo y otros, en función de la demanda social, afectando gravemente tanto a nivel personal, como educativo y social.

5.3. HISTORIAL CLÍNICO Y PSICOPEDAGÓGICO

5.3.1. Anamnesis

La revisión del informe clínico y psicopedagógico realizados en 2019, describen desde una perspectiva global, la salud mental del niño y detalla antecedentes, datos relevantes sobre su neurodesarrollo y especifica las áreas que exigen de actuaciones prioritarias, en este caso, hace referencia a las habilidades lingüísticas, ritmo de aprendizaje e interacción social.

En los aspectos biológicos, la madre, durante el embarazo, presentó diabetes gestacional y en la semana 33 de gestación fue diagnosticada con preeclampsia por lo que se adelantó el parto mediante una cesárea de urgencia. Nació con 1,400 kg, un peso apropiado para la edad gestacional.

En los dos primeros años de vida, las sospechas de los padres en el desarrollo evolutivo del niño con respecto a su grupo de referencia evidenciaban un problema. En un primer momento pensaron que podía tener una pérdida de audición ya que parecía como si no escuchara. Acudieron al pediatra y los resultados obtenidos en el examen de potenciales evocados auditivos excluyeron la hipoacusia.

El niño se incorporó a la escolaridad con 3 años con un retraso significativo en el lenguaje y sin haber logrado el control de esfínteres. La madre refiere que la iniciación tardía al sistema educativo dificultó su adaptación al medio escolar y la asimilación de nuevas rutinas por lo cual repite, de forma extraordinaria, el tercer curso de Educación Infantil. A partir de ese momento, surgen, de forma habitual, problemas conductuales por lo que el niño es tratado por administraciones distintas.

En 2014, los padres recurren al Centro de Atención Integral al Autismo de la Universidad de Salamanca, aconsejados por la pediatra, en el que se descarta la sospecha de TEA.

En 2018, el especialista en Neurología Pediátrica deriva al niño al Centro Base de Valladolid para valoración y el equipo de profesionales reconoce un 55% de retraso madurativo y un grado total de discapacidad del 61%.

Un año después, le atiende el servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Valladolid y desde esta unidad es diagnosticado clínicamente con Trastorno del Espectro Autista. La prescripción farmacológica aconsejada es la administración de melatonina, si se precisa, para inducir el sueño.

Ese mismo año, la familia se traslada de lugar de residencia y el niño se incorpora al actual centro escolar cursando el segundo curso de la etapa de Educación Primaria. Desde el principio, la tutora observaba comportamientos extraños en su día a día y pone en conocimiento al Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP) las dificultades detectadas en el niño y es en ese momento cuando deciden, conjuntamente, que debe rellenar la Hoja de Derivación para la realización de una evaluación psicopedagógica y así poder solicitar los apoyos necesarios.

A partir de ahí, el orientador del centro de enseñanza procede a la recogida de información mediante la realización de diferentes pruebas sobre el desarrollo de sus capacidades cognitivas, psicomotoras y lingüísticas, y según los resultados obtenidos se redacta el informe psicopedagógico (2019) en el que se establece el siguiente diagnóstico de necesidad educativa:

1. Grupo principal: ACNEE (Alumnado con Necesidades Educativas Especiales)

Tipología: Trastorno del Espectro Autista.

Categoría: Trastorno Autista.

2. Grupo secundario: Dificultades de Aprendizaje y/o Bajo Rendimiento Académico

Tipología: Capacidad Intelectual Límite.

Esta categorización precisa de una atención individualizada y se establecen 4 horas semanales repartidas, proporcionalmente, entre la especialidad en Pedagogía Terapéutica y Audición y Lenguaje con la intención de reforzar el aprendizaje en las áreas instrumentales.

El dictamen de escolarización determina que se le puede atender adecuadamente en un centro ordinario.

Actualmente, está cursando cuarto de Primaria y su nivel curricular se sitúa en segundo de Primaria. Por su desfase, la tutora ha modificado la programación didáctica anual y ha adecuado los contenidos que no tiene adquiridos en las materias de Lenguaje y Matemáticas a su competencia real a través del Documento Individual de Adaptación Curricular Significativa según se recoge en la Resolución de 17 de agosto de 2009 de la Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Educativa.

5.3.2. Instrumentos de Evaluación

En el desarrollo cognitivo, las pruebas realizadas indican una capacidad de inteligencia límite con respecto a su grupo de edad cronológica.

Respecto al área comunicativo-lingüística, la adquisición del lenguaje oral fue tardía. Los padres hacen referencia a la incapacidad del niño para verbalizar y expresarse adecuadamente. El niño se muestra comunicativo, pero con frecuencia aparta la mirada y presenta dificultades en la expresión oral con interrupciones constantes en las conversaciones.

A la hora de comunicarse, no mantiene el contacto ocular pero curiosamente, es capaz de mantener la mirada cuando se tratan de temas de su interés. En sus producciones orales, responde impulsivamente y a veces presenta disfemia. Su pronunciación mejora en los momentos en los que se encuentra más tranquilo.

En el contexto escolar, presenta una habilidad lectora imprecisa y con una velocidad muy baja. No distingue algunos sonidos auditivamente, por ejemplo, las

palabras con un sonido vibrante múltiple como el fonema /r̄/ lo vocaliza suave y cuando la posición de la /r/ está entre sinfonos lo sustituye por el fonema /l/, en lugar de “brazo” pronuncia “blazo” o “clesta” en vez de “cresta”. Por este motivo, se constata su baja capacidad en la comprensión lectora. También posee un vocabulario escaso y pobre para su edad.

Sobre la escritura, presenta un nivel bajo, su grafía es ilegible y hay que recordarle las reglas de ortografía y los signos de puntuación elementales.

En los aspectos relacionados con el desarrollo del bienestar psicológico, manifiesta importantes dificultades en la gestión de sus emociones y una tendencia a dirigir las conversaciones hacia sus intereses. Presenta baja empatía y una escasa comprensión tanto en situaciones sociales como en el entendimiento del lenguaje figurado por lo que ha interferido notablemente en la relación con sus compañeros.

Muestra una clara preferencia por el trabajo individual y aprende mejor con actividades secuenciadas y materiales manipulativos.

Las herramientas de evaluación utilizadas para la elaboración del informe fueron las siguientes:

1. Escala de Inteligencia de Weschler para niños-V (WISC-V). El rendimiento global indica un funcionamiento intelectual límite que no se corresponde con su grupo normativo de edad.

Los valores más bajos están relacionados con la memoria de trabajo a corto plazo y la velocidad en la que procesa la información por lo que carece de un control mental para conseguir una atención y concentración voluntaria.

También obtiene índices bajos en el Test de Semejanzas que mide el razonamiento de carácter verbal, tanto a nivel comprensivo como expresivo.

Destaca claramente en el razonamiento fluido y visoespacial ya que su canal preferente de llegada de información es el visual.

2. Test Peabody (PPVT-III). Su ritmo de aprendizaje es lento, demanda una supervisión permanente en las tareas escolares y necesita apoyo para enfrentarse a situaciones novedosas. Además, no manifiesta motivación hacia el aprendizaje.

Las puntuaciones más bajas están relacionadas con la comprensión del significado de las palabras lo cual influye en el desarrollo de la expresión oral y escrita.

3. Batería de Aptitudes Diferenciales y Generales (BADyG-1). Los resultados generales expresan una baja capacidad para establecer analogías y se destacan alteraciones significativas en la escritura.
4. PROLEC-R (versión reducida). En cuanto al proceso lector, manifiesta dificultades en la comprensión de textos tanto orales como escritos. En las habilidades gramaticales, suele omitir los signos de puntuación elementales, y en las cuestiones lingüísticas, se detectan déficits en el tono y fluidez del habla cuando pretende transmitir mensajes.

5.4. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

5.4.1. Detección de las Necesidades

A lo largo de los meses en prácticas, he tratado de profundizar en los puntos fuertes y débiles del alumno basándome en los datos reflejados en los informes clínicos, pedagógicos y conforme a la observación directa en el aula. Tras el análisis se detectan una serie de necesidades formativas y siguiendo el itinerario metodológico proporcionado por el orientador se estima que deben tomarse medidas para mejorar el desarrollo de habilidades sociales y de comunicación en el alumno.

De acuerdo a los informes y al intercambio de opiniones con la especialista en Pedagogía Terapéutica y la tutora, se trabajará para compensar los déficits en las siguientes áreas:

1. Comportamiento social.
2. Lenguaje y comunicación.
3. Desarrollo cognitivo.

5.4.2. Objetivos Generales de la Intervención

En el Decreto 26/2016, de 21 de julio, por el que se establece el currículo y se regula la implantación, evaluación y desarrollo de la Educación Primaria en la Comunidad de Castilla y León (en lo sucesivo, Decreto 26/2016), el concepto “emociones” aparece 70 veces. Si sumamos a esta búsqueda los componentes implicados en las habilidades sociales, la palabra “empatía” está presente en 20 ocasiones, “asertividad” la encontramos 16 veces y se recopilan 81 entradas que

aluden a la “resolución de problemas”, por lo que se deduce, que son aspectos curriculares relevantes.

A tenor de la citada ley y del análisis del caso que nos ocupa, se formulan los siguientes propósitos a conseguir:

1. Relacionados con el comportamiento social (CS):
 - 1.1. Reconocer las emociones tanto propias como ajenas y aprender a expresarlas.
 - 1.2. Mejorar las habilidades sociales básicas: empatía, autocontrol y resolución de conflictos.
2. Relacionados con el área del lenguaje y la comunicación (LYC):
 - 2.1. Entrenar la pragmática del lenguaje: mantener una conversación recíproca y respetar las normas de intercambio de comunicación (turno de palabra, escucha atenta al interlocutor...).
 - 2.2. Aprender a interpretar el doble sentido de las frases y la lectura inferencial.
 - 2.3. Utilizar la expresión oral como medio para favorecer el desarrollo del lenguaje.
3. Relacionados con el desarrollo cognitivo (DC):
 - 3.1. Estimular las funciones ejecutivas: atención y memoria.
 - 3.2. Mejorar la comprensión lectora.

De manera transversal, se valorará la autonomía en las tareas, la participación activa y una actitud positiva hacia el aprendizaje.

5.4.3. Competencias Clave

La Orden ECD/65/2015, de 21 de enero, por la que se describen las relaciones entre las competencias, los contenidos y los criterios de evaluación de la educación primaria, la educación secundaria obligatoria y el bachillerato en uso para el curso escolar 2021-2022 (derogada por el Real Decreto 157/2022, de 1 de marzo) incorpora una serie de conocimientos, actitudes y habilidades básicas que deben abordarse en cualquier materia y nivel educativo para que el alumnado logre una formación integral y les capacite para desenvolverse satisfactoriamente en la sociedad y en su vida diaria.

Desde este marco educativo, las actividades se han elaborado teniendo en cuenta las siete competencias básicas y a continuación, se especifican el desarrollo de aquellas que están directamente interrelacionadas con la propuesta didáctica.

Competencia en comunicación lingüística (CL): El lenguaje es un instrumento fundamental de comunicación que permite al alumnado expresarse e interactuar con su entorno por lo que estará presente a lo largo del programa.

En las distintas sesiones, el alumno aprenderá a reflexionar individualmente, manifestar su opinión y llegar a acuerdos con sus iguales de forma oral o escrita respetando, en todo caso, las normas de intercambio comunicativo (turno de palabra, escucha activa al interlocutor...).

Competencia digital (CD): La incorporación de las nuevas tecnologías han generado que los estudiantes utilicen los videojuegos, móviles y redes sociales únicamente para comunicarse o entretenerse por lo que es muy importante que sean conscientes de que estas herramientas no se reducen a un uso lúdico y social, sino que también son una fuente inagotable de información y a través de la cual se adquiere el conocimiento.

Por este motivo, se propone la actividad de investigación “Sherlock Holmes por un día” en la que se involucra el uso de las tecnologías como un medio de apoyo para que aprenda a buscar información y seleccione aquella que sea más relevante y útil para alcanzar los propósitos.

Competencia de aprender a aprender (AA): Se ha personalizado el cuento “Tomás es distinto a los demás” para fomentar la autonomía del niño y le capacite para organizar el aprendizaje a su propio ritmo.

Competencias sociales y cívicas (CSC): Uno de los objetivos principales de la intervención es favorecer el desarrollo de las habilidades sociales del niño por lo que todas las actividades están orientadas a su fortalecimiento.

Paralelamente, en el centro conviven estudiantes que proceden de diferentes culturas por lo que es necesario dar preferencia a los hechos cotidianos que se producen en el interior de las aulas o el patio y se abordan mediante dinámicas como “Te presto mis zapatos” o “¡Arriba el telón!” que promueven valores como el respeto a la diversidad y la adopción de actitudes cívicas y responsables ante cualquier conflicto.

Competencia de sentido de la iniciativa y espíritu emprendedor (IEE): Se han planificado tareas como “El pincel del ánimo” para estimular la capacidad creativa del alumno o “¿Qué haría yo...?” en la cual se ofrecen situaciones que pueden llegar

a ser reales para que el niño aprenda a tomar sus propias decisiones y asuma las consecuencias del resultado de sus acciones.

5.4.4. Metodología y Técnicas Educativas

Para el desarrollo de la intervención se ha considerado tanto los conocimientos del niño como sus necesidades y preferencias. En base a ello, me he apoyado en diferentes metodologías para generar mayor expectación y motivación en el alumno hacia el aprendizaje:

1. Se realizará un **seguimiento individualizado**, con la presencia del refuerzo positivo y adaptando la acción educativa a las posibilidades del niño y a su propio ritmo de aprendizaje para asimilar los conocimientos (Coll, 2016).

Para ello, se confeccionarán las actividades teniendo en cuenta sus peculiaridades, necesidades, intereses e inquietudes para potenciar al máximo sus capacidades. La lectura del cuento interactivo “Tomás es distinto a los demás” es una propuesta educativa para desarrollar competencias como la atención y la memoria y que se ajusta al perfil del alumno ofreciéndole la posibilidad de avanzar respetando sus tiempos.

2. **Aprendizaje significativo.** Ausubel (1983) desarrolló la Teoría del Aprendizaje Significativo en la que plantea que el aprendizaje se produce incorporando la nueva información partiendo de las ideas preexistentes y conocimientos previos que posee el alumno en un área de conocimiento determinada.

Esta visión acerca de la adquisición del aprendizaje trata de conectar los contenidos con las experiencias del alumno y se logrará a través de organizadores previos que se presentarán al inicio de la sesión con actividades introductorias y contextualizadas como la visualización de los vídeos educativos “Del Revés (Inside Out) – Las emociones de Disney-Pixar” y “¿Qué es la empatía? – Explicación para los niños – Las emociones”.

Mediante el uso de técnicas de intervención activa como el Torbellino de ideas o Brainstorming nos permitirá comprobar lo que el niño sabe realmente acerca del tema y así orientar el proceso de enseñanza-

aprendizaje a partir de contenidos organizados y relevantes para el estudiante.

3. **Inteligencia emocional.** Goleman (1995) fue el difusor del concepto inteligencia emocional y el psicólogo da prioridad a la educación emocional y mantiene que influye positivamente en las personas y se consigue un mayor desempeño personal y académico de los estudiantes cuando existe un equilibrio entre la mente racional y emocional por lo que debería formar parte del proceso educativo la enseñanza de habilidades relacionadas con la inteligencia emocional:

En la actualidad dejamos al azar la educación emocional de nuestros hijos con consecuencias más que desastrosas. Como ya he dicho, una posible solución consistiría en forjar una nueva visión acerca del papel que deben desempeñar las escuelas en la educación del estudiante, reconciliando en las aulas a la mente y al corazón. Nuestro viaje concluye con una visita a algunas escuelas innovadoras que tratan de enseñar a los niños los principios fundamentales de la inteligencia emocional. Quisiera imaginar que, algún día, la educación incluirá en su programa de estudios la enseñanza de habilidades tan esencialmente humanas como el autoconocimiento, el autocontrol, la empatía y el arte de escuchar, resolver conflictos y colaborar con los demás (p.7).

En este sentido, se implementan estrategias para trabajar el autocontrol y fortalecer este tipo de inteligencia con propuestas como “¡Qué lío de emociones!” en las que el alumno deberá identificar las emociones a través de fotos de la vida real o el “Disco emocional”, una actividad que le permite reflexionar sobre sus propias emociones, comprenderlas y reconocer los impulsos que van ligados a éstas y que determinan nuestra conducta.

4. **Aprendizaje cooperativo.** La escuela es el contexto idóneo donde los educandos aprenden a convivir, relacionarse con sus iguales y adquieren comportamientos sociales positivos para crear un clima escolar armónico. Esta metodología favorece el trabajo en equipo en el que, por un lado, tiene una responsabilidad individual frente al grupo de trabajo y, por otro lado, desarrolla una interdependencia positiva que implica la ayuda

mutua, la toma de decisiones consensuada y fortalece la cohesión para el logro de metas en común (Zariquiey, 2019).

Las medidas restrictivas como consecuencia de la pandemia no me han permitido organizar el aula formando grupos heterogéneos, pero a pesar de las limitaciones, se ha tratado de crear oportunidades con dinámicas cooperativas como “Te presto mis zapatos” que propician el desarrollo de habilidades sociales como la empatía y la solidaridad o “¡Arriba el telón!” que enriquece las destrezas comunicativas y aprenden a trabajar juntos para obtener mejores resultados.

5. **Aprendizaje por descubrimiento.** La Teoría Cognitiva del Aprendizaje por Descubrimiento fue promulgada en 1984 por Bruner (Guilar, 2009) en la que se postula que “el instructor debe motivar a los estudiantes para que sean ellos mismos los que descubran relaciones entre conceptos y construyan conocimientos” (p. 238).

Con “Sherlock Holmes por un día”, el alumno es consciente y protagonista de su crecimiento académico convirtiéndose en un pequeño detective internauta que deberá recabar la información necesaria para poder formar una oración a partir de unas pistas visuales.

6. **El juego como un elemento esencial en el proceso de enseñanza-aprendizaje.** Bona (2016) concluye que el juego está ligado al aprendizaje y es un recurso para llegar a los estudiantes ya que su nivel de motivación e interés aumenta cuando se presenta el conocimiento mediante experiencias lúdicas.

Lo importante es que la escuela y la actividad estén planteadas de tal manera que conecten con sus intereses y permitan que estos afloren. ¿Cuáles son esos intereses?: el juego. Y no hay que tener miedo de la palabra “juego”, porque es un auténtico medio para que el alumnado adquiera gusto por el trabajo. Si dejamos libres a esas pequeñas criaturas y las observamos, veremos que jugando imitan el mundo de las personas adultas (p. 26).

De acuerdo con las afirmaciones del maestro, se plantea la actividad “¿Qué haría yo...?” en la que se incorpora el bingo como una herramienta de apoyo para captar la atención del alumno y estimular el aprendizaje desde la diversión y el entretenimiento.

7. **Aprendizaje basado en el pensamiento.** Swartz *et al* (2014) hacen referencia a la necesidad de integrar en el proceso de enseñanza-aprendizaje prácticas que promuevan el pensamiento eficaz ya que “nos permiten llevar a cabo actos meditados de pensamientos, como tomar decisiones, argumentar y otras acciones analíticas, creativas o críticas” (p. 16), de modo que, estimula el razonamiento y ayuda a mejorar el rendimiento escolar.

Se fomentará el desarrollo de estas destrezas mediante la rutina “Veo, Veo... ¿Qué lees?” dado que conduce al alumno a organizar sus pensamientos por medio de la razón y reflexión o “¿Qué haría yo...?” que ejercita la capacidad resolutoria del alumno tratando de enseñarle a tomar decisiones y afrontar, de la manera más adecuada, los conflictos derivados de la convivencia escolar.

5.4.5. Cronograma de Actividades

En función de las orientaciones propuestas en el informe psicopedagógico y otras variables como el volumen del alumnado ACNEEs y la asistencia regular al centro, la especialista en Pedagogía Terapéutica ha estructurado un horario. Teniendo en cuenta tales circunstancias, para este caso, la docente ha establecido dos sesiones a la semana en las que se proporcionará apoyo educativo coincidiendo con la impartición de las asignaturas instrumentales (Lenguaje y Matemáticas) en el aula ordinaria.

Las actividades programadas son de elaboración propia y se presentan con una misma estructura organizativa: tópico de presentación, secuenciación temporal, desarrollo de la actividad, recursos didácticos y la evaluación para la cual se ha fijado un objetivo principal, pero se persiguen otros secundarios que también se señalan. Todo ello con la finalidad de que, en un futuro, otro docente pueda hacer uso del material y lo pueda aplicar con su alumnado.

La **organización del aula** atiende a las restricciones actuales por la situación COVID-19 que no permite mezclar alumnado de diferentes clases por lo que formarán grupos de 2 o 3 personas. Las sesiones se llevarán a cabo en el espacio habitual destinado a la Pedagogía Terapéutica a excepción de una actividad que se realizará en las zonas comunes del centro. Las tareas diseñadas tratarán seis bloques

temáticos: las emociones, la empatía, el autocontrol, la resolución de conflictos, las inferencias y dobles sentidos, y, por último, la atención y memoria.

Además, al final de cada actividad y para que no interfiera en el desarrollo de las mismas, se destinará un tiempo de recompensa a los juegos que más despiertan el interés del niño. De este modo, no se rompen completamente con sus rutinas habituales. Las opciones propuestas se realizarán con el material provisto por la especialista entre los cuales se encuentran: “Memory”, “Ve-o-Veo”, “Adivinanzas”, “¿Quién soy?”, “Dominó” y “Dobble”.

Para la evaluación se van a considerar determinados aspectos a evaluar-criterios de evaluación aplicando la escala de valoración según se señala en la Tabla 16. Cada criterio corresponde a una actividad salvo los tres últimos que se refieren a aprendizajes de carácter interdisciplinar y para cada uno de ellos se ha establecido tres niveles de desempeño utilizando el significado de los colores del semáforo para representar el grado de adquisición de los contenidos: el color verde refleja que ha conseguido los objetivos, el color amarillo indica que está en proceso y el color rojo si en algún caso no lo consiguiera. A partir de los resultados, el docente podrá desarrollar estrategias para edificar nuevos conocimientos.

En cuanto al método de evaluación, cada actividad tendrá un sistema único que nos provea de evidencias para detectar tanto los logros como las dificultades del alumno y así orientar la intervención de acuerdo a sus posibilidades. Para ello, se va a utilizar la observación directa y sistemática ya que es la técnica que se ajusta al nivel de desarrollo cognitivo del alumno.

La disposición del **tiempo** también es un factor importante que favorece el aprendizaje por lo que se ha elaborado un programa que recopila diferentes actividades que se desarrollarán durante cuatro semanas en el presente curso académico 2021/2022 y que se han distribuido en sesiones con una duración aproximada de 40-45 minutos dando lugar al siguiente cronograma:

Tabla 4*Distribución de las sesiones*

SECUENCIA DIDÁCTICA				
Sesión	Temática	Fecha	Código	Actividad
1ª sesión	Emociones	18/04/2022	CS1	"Emociónate"
		18/04/2022	CS2	"Qué lío de emociones"
2ª sesión	Emociones	19/04/2022	CS3	"Disco emocional"
		19/04/2022	CS4	"El pincel del ánimo"
3ª sesión	Empatía	25/04/2022	CS5	"Te presto mis zapatos"
	Autocontrol	25/04/2022	CS6	"Mi momento Zen"
4ª sesión	Resolución de conflictos	26/04/2022	CS7	"¡Arriba el telón!"
		03/05/2022	CS8	"¿Qué haría yo...?"
5ª sesión	Inferencias	09/05/2022	LYC9	"Veo, Veo... ¿Qué lees?"
	Doble sentido	09/05/2022	LYC10	"Sherlock Holmes por un día"
6ª sesión	Atención y memoria	10/05/2022	DC11	"Cuéntame"

5.4.6. Sesiones

Tabla 5*Actividad 1 "Emociónate"*

1º SESIÓN: Actividad 1 "Emociónate"
Temporalización: 20 minutos
<p>Desarrollo: La docente inicia la presentación del tema para entablar un primer contacto sobre los conocimientos del alumno acerca de las emociones. Para ello, se proyectará un vídeo animado con imágenes atractivas de Disney-Pixar.</p> <p>A continuación, se plantearán una serie de preguntas sobre los contenidos visualizados: "¿Qué personajes hemos identificado?, ¿Qué expresan sus gestos?".</p> <p>El estudiante verbalizará sus impresiones y seguidamente, la maestra, utilizará las cinco emociones básicas de la película de Disney "Inside Out" que decoran el aula para que el niño explique el significado de cada una de ellas y en qué medida siente una más que otra. Después, la maestra expondrá qué utilidad tienen en nuestra vida diaria.</p> <p>Para finalizar, frente a un espejo deberá imitar con un gesto mímico cada una de las emociones.</p> <p><i>Enlace al vídeo:</i> https://youtu.be/WMFT5EIKmjE</p>
<p>Objetivos específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Activar y usar los conocimientos previos relacionados con las emociones en el proceso de formación. 2. Adquirir el lenguaje emocional necesario para identificar las emociones

primarias.
3. Estimular la expresión corporal.
Recursos utilizados: Acceso a Internet, Plataforma YouTube, Tablet y espejo.
Evaluación: Aspectos a evaluar: Se valorarán las manifestaciones orales del alumno para comunicar sus propias ideas acerca de las emociones y se recogerá la información más significativa en la escala de valoración reseñada en la Tabla 16.

Tabla 6

Actividad 2 "¡Qué lío de emociones!"

1º SESIÓN: Actividad 2 "¡Qué lío de emociones!"
Temporalización: 20 minutos
Desarrollo: Se pone a disposición del alumno un "emocionómetro" que se colgará en un lugar visible de la clase, y un dado en cuyas caras aparece la palabra escrita de cada una de las emociones básicas. Posteriormente, la docente ha seleccionado 90 imágenes sugerentes con rostros humanos que expresan sentimientos de tristeza, ira, alegría... El niño tendrá que lanzar el dado y deberá encontrar, entre las tarjetas, la foto que refleje el estado anímico indicado y la pegará en el lugar correspondiente del termómetro emocional (Ver Anexo I).
Objetivos específicos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las emociones a través del lenguaje visual. 2. Ejercitar la conciencia semántica.
Recursos utilizados: Emocionómetro, dado y tarjetas con imágenes.
Evaluación: Aspectos a evaluar: Se valorará la capacidad para asociar correctamente la expresión emocional de una imagen real con los iconos gestuales y se recogerá la información en la escala de valoración reseñada en la Tabla 16.

Tabla 7

Actividad 3 "Disco emocional"

2º SESIÓN: Actividad 3 "Disco emocional"
Temporalización: 20 minutos
Desarrollo: Esta actividad se plantea para que ayude al niño a comprender las diferentes situaciones en las que pueden aparecer las emociones e identificar la forma en la que se manifiestan en su mundo interior. Para practicar esta temática, se ha creado una ruleta con 25 cuestiones a través de la plataforma interactiva Wordwall (Ver Anexo II). La rueda girará, el estudiante pulsará para detenerla y tendrá que responder, por escrito y de manera individual, a la pregunta que indique la flecha. Después, se realizará una puesta en común en la que se compartirán las reflexiones. Por último, se le entregará una tarjeta con su nombre, y la pegará en el

emocionómetro según se hayan sentido durante el día (Ver Anexo III).

Enlace a la ruleta: <https://wordwall.net/es/resource/30637374>

Objetivos específicos:

1. Desarrollar la conciencia emocional detectando los diferentes estados en uno mismo y en los demás.
2. Favorecer el conocimiento de las propias emociones y los impulsos que las acompañan.

Recursos utilizados: Acceso a Internet, herramienta digital Wordwall, Tablet, plantilla de escritura, lápiz, emocionómetro y tarjeta.

Evaluación: Aspectos a evaluar: Se valorará la capacidad para reconocer sus propias emociones y se recogerá la información en la escala de valoración reseñada en la Tabla 16.

Tabla 8

Actividad 4 "El pincel del ánimo"

2º SESIÓN: Actividad 4 "El pincel del ánimo"

Temporalización: 20 minutos

Desarrollo: El niño tratará de dejarse llevar y dibujar en función de cómo se ha sentido durante el día. Para este fin, rascará con un punzón una hoja de papel rasguño que será el soporte para plasmar su creación artística.

Además, mientras realiza la actividad, escuchará música de fondo para crear un ambiente motivador.

Una vez finalice el trabajo, lo colocará en un atril de madera y explicará, oralmente, el significado de su obra de arte (Ver Anexo IV).

Objetivos específicos:

1. Expresar los sentimientos a través del dibujo espontáneo.
2. Estimular la imaginación y el pensamiento creativo.

Recursos utilizados: Acceso a Internet, Tablet, Aplicación Spotify, Bloc de notas con hojas de rascar, punzón, atril de madera y altavoz.

Evaluación: Aspectos a evaluar: Se valorará el dibujo como medio para expresar sus emociones y se recogerá la información en la escala de valoración reseñada en la Tabla 16.

Tabla 9

Actividad 5 "Te presto mis zapatos"

3º SESIÓN: Actividad 5 "Te presto mis zapatos"

Temporalización: 20 minutos

Desarrollo: Comenzaremos con un vídeo explicativo a modo de introducción para que conozca el significado de la empatía.

<p>La actividad consiste en tapar al niño los ojos con una venda y que su compañera le de las indicaciones necesarias para que llegue a su clase ordinaria desde el aula PT. Es preciso señalar que se trata de diferentes edificios con obstáculos en la movilidad que dificultan los desplazamientos como escaleras sin rampas o accesos inadaptados (Ver Anexo V).</p> <p>Posteriormente, intercambiarán los roles y expresarán las sensaciones que han experimentado con la adopción de los diferentes papeles.</p> <p><i>Enlace al video:</i> https://youtube.com/watch?v=q9wd09wkkCs&feature=share</p>
<p>Objetivos específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fomentar la empatía y el respeto hacia la diversidad. 2. Promover la cohesión grupal. 3. Desarrollar el esquema de orientación corporal.
<p>Recursos utilizados: Acceso a Internet, Plataforma YouTube y vendas.</p>
<p>Evaluación: Aspectos a evaluar: Se valorará tanto la interacción entre los estudiantes como la ayuda que ofrece el niño a su compañera y la información más relevante se recogerá en la escala de valoración reseñada en la Tabla 16.</p>

Tabla 10

Actividad 6 "Mi momento Zen"

3º SESIÓN: Actividad 6 “Mi momento Zen”
<p>Temporalización: 20 minutos</p>
<p>Desarrollo: La siguiente dinámica consiste en colorear un mandala. Se le ofrecerá diferentes opciones y el alumno elegirá aquella que le resulte más interesante. Para complementar, la docente explicará el origen de estas figuras y mientras colorean, escuchará música para ayudarlo a relajarse. A continuación, expondrán, de manera oral, si la experiencia le ha resultado gratificante y compartirá sus sensaciones durante la práctica (Ver Anexo VI).</p>
<p>Objetivos específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comprender que determinadas actividades favorecen la relajación. 2. Aumentar los niveles de atención y concentración.
<p>Recursos utilizados: Acceso a Internet, altavoz, Tablet, Aplicación Spotify, ficha con mandala y rotuladores.</p>
<p>Evaluación: Aspectos a evaluar: Se valorará el nivel de concentración durante la actividad y se registrará en la escala de valoración reseñada en la Tabla 16.</p>

Tabla 11

Actividad 7 "¡Arriba el telón!"

4° SESIÓN: Actividad 7 "¡Arriba el telón!"	
Temporalización: 25 minutos	
Desarrollo: En primer lugar, la maestra lanzará una pregunta: "¿Cómo creéis que se puede resolver un conflicto?". El alumnado deberá aportar el máximo número de ideas que les ayuden a solucionar los problemas con una mirada asertiva y conciliadora. Después, se les entregará una ficha con una serie de pasos claves para manejar adecuadamente situaciones conflictivas que pueden surgir en nuestra vida diaria. En este caso, se propone el análisis de un problema real que ha sucedido semanas anteriores en el aula y en el que el alumno ha estado implicado (Ver Anexo VII). Una vez completada, expresarán verbalmente su punto de vista y representarán la escena mediante un ejercicio de dramatización. Acto seguido, invertirán los papeles y reflexionarán sobre cómo se ha sentido en cada uno de los roles (Ver Anexo VIII).	
Objetivos específicos:	
	<ol style="list-style-type: none">1. Analizar las causas que originan los conflictos y las emociones que generan para poder resolverlos adecuadamente.2. Respetar las normas de intervención.3. Fomentar la empatía comprendiendo las necesidades ajenas.4. Aceptar otros puntos de vista distintos al propio.
Recursos utilizados: Ficha y lápiz.	
Evaluación: Aspectos a evaluar: Se valorará tanto la implicación en la representación dramática como sus habilidades para comunicarse de manera clara y respetuosa. Todo ello se registrará en la escala de valoración reseñada en la Tabla 16.	

Tabla 12

Actividad 8 "¿Qué haría yo...?"

4° SESIÓN: Actividad 8 "¿Qué haría yo...?"	
Temporalización: 20 minutos	
Desarrollo: Para llevar a cabo esta actividad, se le proporcionará un listado con 20 situaciones que pueden presentarse en la vida diaria y que tienen asignado un número. Como si de un bingo se tratara, el estudiante dará vueltas al bombo y en función del número que salga, irá a la lista y dará una respuesta al supuesto elaborando su justificación por escrito e individualmente. Seguidamente, y guiados por la docente, los participantes aportarán sus opiniones acerca del grado de satisfacción a los remedios planteados y si se requiere de otro tipo de actuaciones para resolver el conflicto (Ver Anexo IX).	

Objetivos específicos:

1. Aprender a tomar decisiones con responsabilidad y empatía.
2. Utilizar el diálogo para la resolución pacífica de conflictos.
3. Aceptar otros puntos de vista distintos del propio.

Recursos utilizados: Bingo, lista de supuestos, plantilla de escritura y lápiz.

Evaluación: Aspectos a evaluar: Se valorará el aprendizaje a través de las respuestas no violentas para resolver los conflictos y se registrará en la escala de valoración reseñada en la Tabla 16.

Tabla 13*Actividad 9 "Veo, veo...¿Qué lees?"***5º SESIÓN: Actividad 9 "Veo, Veo... ¿qué lees?"**

Temporalización: 20 minutos

Desarrollo: El alumno tendrá que interpretar y deducir lo que sucede a partir de información que no aparece escrita de forma explícita.

Se proponen dos tipos de ejercicios para trabajar las inferencias: uno que contiene únicamente texto y otro con imágenes para facilitar la comprensión.

El niño escribirá lo que observa y seguidamente, expresará oralmente sus respuestas (Ver Anexo X).

Objetivos específicos:

1. Establecer conexiones lógicas entre lo que leemos o vemos y los mensajes implícitos.
2. Crear oraciones a partir de imágenes.

Recursos didácticos: Fichas y lápiz.

Criterios de Evaluación: Aspectos a evaluar: Se valorará la adquisición del aprendizaje de acuerdo a la interpretación de los textos e imágenes y se anotará en la escala de valoración reseñada en la Tabla 16.

Tabla 14*Actividad 10 "Sherlock Holmes por un día"***5º SESIÓN: Actividad 10 "Sherlock Holmes por un día"**

Temporalización: 25 minutos

Desarrollo: El niño dispone de 12 tarjetas con expresiones que tienen un doble sentido y que se diferencian por colores (Ver Anexo XI).

Cada una de ellas irá acompañada de una imagen que describe el significado literal de la frase para no dar pistas de la interpretación implícita ya que el alumno deberá buscarlo en Internet.

En función del color que elija, el estudiante deberá recopilar la información necesaria que le permita escribir una oración acorde al sentido figurado que se muestra en la tarjeta.

Finalmente, se realizará una puesta en común con las frases que ha creado para comprobar si lo ha comprendido correctamente.

Objetivos específicos:

1. Aprender a interpretar el lenguaje de las metáforas y los enunciados con doble sentido.
2. Crear oraciones a partir de imágenes.
3. Utilizar Internet como una fuente para la búsqueda de información.

Recursos didácticos: Acceso a Internet, Tablet, tarjetas, hoja y lápiz.

Criterios de Evaluación: Aspectos a evaluar: Se valorará la interpretación de las expresiones y se anotará en la escala de valoración reseñada en la Tabla 16.

Tabla 15

Actividad 11 "Cuéntame"

6º SESIÓN: Actividad 11 "Cuéntame"

Temporalización: 40 minutos

Desarrollo: En esta sesión se ha adaptado el cuento original de "Tomás es distinto a los demás" a una versión más reducida y se presenta de forma interactiva y con ilustraciones para llamar la atención del alumno (Ver Anexo XII).

Además, está disponible en formato audio como opción de apoyo para que siga la lectura mientras escucha la locución por lo que se le entregará unos auriculares.

Una vez leído, deberá realizar una serie de actividades relacionadas con los contenidos de la historia (Ver Anexo XIII).

Enlace a Genially: <https://view.genial.ly/62517a5d16c2b5001855def1/interactive-content-tomas-es-distinto-a-los-demas>

Objetivos específicos:

1. Aumentar los niveles de atención y concentración.
2. Desarrollar habilidades de comprensión lectora.
3. Trabajar valores como la empatía y el respeto a las diferencias a través del cuento.
4. Promover el aprendizaje autónomo.

Recursos didácticos: Acceso a Internet, Tablet, auriculares y herramientas digitales: Genially, Educaplay, Liveworksheets.

Criterios de Evaluación: Aspectos a evaluar: Se valorará la comprensión del cuento a través de las puntuaciones que consiga en las pruebas objetivas propuestas y se registrará en la escala de valoración reseñada en la Tabla 16.

5.4.7. Evaluación y Medición de los Resultados

La evaluación es un proceso al cual se le concede especial importancia ya constituye el motor del aprendizaje y es una herramienta útil para mejorar la calidad educativa por lo que es necesario definir un sistema evaluativo claro.

En 1982, De la Orden, (García Ramos, 1999) describió la naturaleza de este complejo proceso:

Determina, en gran medida, al prescribir los objetivos de la educación, las características de la enseñanza y del aprendizaje, lo que los alumnos aprenden y cómo lo aprenden, lo que los profesores enseñan y cómo lo enseñan, los contenidos y los métodos; en otras palabras, el proceso y el producto de la educación (p. 207).

El diseño de evaluación se ajustará a la normativa en vigor (Decreto 26/2016) y la valoración final tratará de mostrar la adquisición de los aprendizajes esperados de acuerdo a los objetivos fijados y teniendo en cuenta las capacidades individuales del alumno.

Asimismo, se recopilará información permanentemente con el fin de que el infante consiga mayores éxitos, por lo tanto, la evaluación será **global, continua y formativa**.

La evolución de este progreso se llevará a cabo en función a tres momentos:

1. **Evaluación inicial:** Se proponen actividades al inicio de la clase que nos permitan recolectar datos de lo que sabe realmente el alumno acerca de los contenidos que vamos a trabajar y esta información será el punto de partida para incidir en determinados aspectos y adecuar las futuras sesiones y así poder ofrecer una respuesta ajustada a sus necesidades educativas.
2. **Evaluación procesual:** Durante el desarrollo de las dinámicas se comprobará el progreso del alumno y la adquisición de las competencias desde tres dimensiones: conceptual, procedimental y actitudinal. Para ello, se utilizarán técnicas evaluativas como la observación directa o sistemática, la conversación grupal, pruebas objetivas con preguntas estructuradas de selección única y

autocorregibles, preguntas abiertas y la ejecución de producciones de diversa índole (fichas educativas y dibujos).

3. **Evaluación final o sumativa:** Al finalizar la experiencia de aprendizaje, se definirán un conjunto de criterios de éxito que vienen marcados por la consecución de los objetivos previstos en el programa de intervención y cuyos logros se documentarán, desde un enfoque cualitativo, en la siguiente hoja de registro.

Por último, se le hará entrega de un diploma premiando su actitud y entrega durante las actividades (Ver Anexo XIV).

Tabla 16

Criterios de Evaluación / Aspectos a Evaluar

CRITERIOS DE EVALUACIÓN / ASPECTOS A EVALUAR	NIVELES DE DESEMPEÑO		
	CONSEGUIDO	EN PROCESO	NO CONSEGUIDO
1. Conocer el significado de las emociones			
2. Identificar las emociones a través de imágenes reales			
3. Reconocer las emociones propias y ajenas			
4. Expresar las emociones y sentimientos a través del dibujo			
5. Manifestar empatía y actitudes de trabajo en equipo ofreciendo su ayuda a los compañeros			
6. Aprender a concentrarse en las tareas			
7. Respetar las normas comunicativas básicas: escucha activa y turno de palabra			
8. Proponer alternativas conciliadoras para resolver conflictos			
9. Explicar el significado de imágenes y mensajes que no contienen información explícita			
10. Interpretar correctamente ironías y frases con doble			

sentido			
11. Desarrollar habilidades de atención y comprensión lectora			
12. Participar activamente en las actividades			
13. Mostrar una disposición positiva hacia el aprendizaje			
14. Realizar las tareas por sí mismo sin demandar ayuda constante			

6. CONCLUSIONES

Nuestra principal conclusión es la afirmación de que el alumnado con autismo, tras el estudio de dicha discapacidad, la revisión bibliográfica y el caso que incluimos, se ha desestabilizado psicológica y emocionalmente por la situación pandémica. Por ello, he fundamentado la comorbilidad educativa de la COVID-19 en los individuos con TEA aportando diversas investigaciones en diferentes lugares del mundo y considerando las etapas de la pandemia para ofrecer la máxima información acerca del tema. Hoy en día los estudios aún no hacen referencia al término “comorbilidad”, pero sí reconocen la implicación en su salud mental, lo que creemos que convierte nuestro trabajo en uno de los primeros, si no el primero, que relaciona ambos conceptos en el ámbito educativo.

Precisamente por la preocupación ante la evidencia de esta comorbilidad educativa y el deseo de paliarla o corregirla, me he centrado no solo en el estudio que la manifiesta, sino en crear una propuesta de intervención para potenciar las habilidades sociales y comunicativas de un niño diagnosticado con TEA de modo que contribuya, en la medida de lo posible, a su bienestar socioemocional y que le permita convivir en armonía con sus semejantes, compensando educativamente la influencia de la pandemia de la COVID-19, al menos en estos aspectos.

Un segundo valor importante a resaltar es el hecho de que todo lo diseñado se ha aplicado en la realidad de un entorno escolar concreto y con un sujeto determinado, teniendo la oportunidad de conocer los talentos y fortalezas del estudiante durante mis prácticas y pudiendo llevar a cabo un diseño instructivo con materiales de creación propia y fundado en las necesidades detectadas en el aula. Así

pues, describo un análisis de la adquisición de conocimientos en las actividades planeadas en función de los objetivos propuestos:

1. El comportamiento social. Al inicio del programa, el niño no se ha mostrado especialmente receptivo y ha mantenido la actitud habitual que, en los últimos meses, ha adoptado en el aula de referencia. En las primeras actividades, he detectado que conoce a la perfección el significado de las emociones, pero es llamativo que se sienta identificado únicamente con aquellas que producen malestar como la ira y el asco. El concepto de asco lo tiene un tanto distorsionado, extrapola este concepto a situaciones en las cuales las personas le hacen sentir mal.

A la hora de expresar las emociones a través del arte, no ha manifestado atracción por el dibujo ni la pintura y en este sentido, esta herramienta no ha ayudado a que comunique sus sentimientos.

2. El lenguaje y comunicación. Las actividades para trabajar las inferencias y dobles sentidos han despertado su interés ya que las tecnologías eran necesarias para su desarrollo. Observo que maneja con soltura el ordenador, pero tiene dificultades para distinguir cuál es la información más adecuada para llegar a los objetivos. Con ayuda mejora significativamente.

En las dinámicas de resolución de conflictos, al principio las abordaba desde una perspectiva agresiva y poco conciliadora. Con posterioridad, han surgido momentos en los que ha manifestado su vulnerabilidad y ha expresado sus sentimientos sin conductas violentas por lo que hay un evidente progreso en este aspecto.

3. El desarrollo cognitivo. Le han motivado propuestas como la representación teatral y el cuento interactivo en las que su nivel de atención y concentración ha aumentado significativamente.

En definitiva, el alumno ha confiado plenamente en mí y considero que esa confianza ha sido una base esencial para lograr mejores resultados.

Sin duda, una de las principales complicaciones encontradas ha estado relacionada con las medidas preventivas frente a la COVID-19. El niño mostraba dificultades para producir correctamente algunos fonemas y el uso de la mascarilla ha impedido ver el movimiento de los labios lo que ha complicado la asociación grafema-sonido.

También destacaría el corto periodo de tiempo que se ha tenido para desarrollar la intervención, ya que la mayor parte de las prácticas se han destinado a los apoyos en general y al final se implementa la intervención como si fuera el eje central para valorar tus capacidades durante la estancia en el centro. En este caso en particular, el niño acudía al aula de EE dos horas semanales y este tiempo no es suficiente para conocerlo en profundidad, por lo que he tenido que canalizar la información útil a través del aprendizaje experiencial de la especialista en Pedagogía Terapéutica y los informes clínicos y psicopedagógicos que custodiaba el centro, a los cuales he tenido libre acceso. Aun así, el hecho de estar pendiente de las prácticas a la vez de redactar el TFG me ha limitado bastante, por lo que sugeriría una redistribución de tiempos en el plan de estudios más ajustada a la realidad.

En referencia a las nuevas líneas de investigación que creo que se abren con el presente Trabajo, considero fundamental implementar instrumentos de evaluación que impliquen un número suficiente de casos para que la Administración educativa se concencie y tome las medidas oportunas para favorecer los déficits en las personas con TEA. Asimismo, entiendo que aplicar este mismo tipo de análisis de comorbilidad educativa a otras discapacidades nos proporcionaría datos más concluyentes de la magnitud de la COVID-19.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, J., Guzmán, G., Sesarini, C., Pallia, R., y Quiroz, N. (2016). Introducción a la neurobiología y neurofisiología del Trastorno del Espectro Autista. *Revista chilena de neuropsicología*, 11(2), 28-33.
- Acuerdo 29/2017, de 15 de junio, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba el II Plan de Atención a la Diversidad en Educación de Castilla y León 2017-2022. <https://www.educa.jcyl.es/es/resumenbocyl/acuerdo-29-2017-15-junio-junta-castilla-leon-aprueba-ii-pla>
- Alcantud, F. (Coord.). (2013). *Trastornos del Espectro Autista. Detección, Diagnóstico e Intervención Temprana*. Ediciones Pirámide.
- Alonso, J.R. (31 de diciembre de 2017). Microglía y autismo. *Autismo Diario*. <https://autismodiario.com/2017/12/31/microglia-y-autismo/>
- Ameis, S.H., Lai, M.C., Mulsant, B.H. y Szatmari, P. (2020). Coping, fostering resilience, and driving care innovation for autistic people and their families during the COVID-19 pandemic and beyond. *Molecular Autism*, 11 (1), 1-9.
- American Psychiatric Association (2018). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Quinta Edición*. Editorial Médica Panamericana.
- Amorim, R.; Catarino, S.; Miragaia, P.; Ferreras, C.; Viana, V. y Guardiano, M. (2020). Impacto de la COVID-19 en niños con trastorno del espectro autista. *Revista de neurología*. 71 (8), 285-291. <https://doi.org/10.33588/rn.7108.2020381>
- Ausubel, D. (1983). Teoría del aprendizaje significativo. *Fascículos de CEIF*, 1 (1-10), 1-10.
- Balbuena, F. (2007). Breve revisión histórica del autismo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27 (100), 333-353. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-7352007000200006&lng=es
- Baron-Cohen, S. (2008). *Autismo y Síndrome de Asperger*. Editorial digital Titivillus.
- Bona, C. (2016). *Las escuelas que cambian el mundo*. Penguin Random House Grupo Editorial, S.A.U.
- Castillero, O. (20 de diciembre de 2018). Salud mental: definición y características según la psicología. *Psicología y Mente*. <https://psicologiaymente.com/psicologia/salud-mental>

- Cid, S. (4 de febrero de 2022). El Covid, el doble aislamiento de los niños con autismo. *Crónica Global*. https://cronicaglobal.elespanol.com/vida/covid-aislamiento-autismo_596773_102.html
- Colegio Cristóbal Colón (2021). *Programación General Anual*. http://ceipcristobalcolon.centros.educa.jcyl.es/sitio/index.cgi?wid_seccion=14
- Colizzi, M.; Sironi, E.; Antonini, F.; Ciceri, M.L.; Bovo, C. y Zocante, L. (2020). Psychosocial and behavioral impact of COVID-19 in autism spectrum disorder: an online parent survey. *Brain sciences*, 10 (6), 341. <https://doi:10.3390/brainsci10060341>
- Coll, C. (2016). La personalización del aprendizaje escolar, una exigencia de la nueva ecología del aprendizaje. *Dossier Graó*, 3, 5-11.
- Confederación Autismo España (2019a). *Sobre el TEA*. <http://www.autismo.org.es/sobre-los-TEA/trastorno-del-espectro-del-autismo> (Consulta: 05 de marzo de 2022)
- Confederación Autismo España (2019b). *Bienestar emocional en el trastorno del espectro del autismo: infancia y adolescencia*. http://www.autismo.org.es/sites/default/files/saludmental_digital_2.pdf (Consulta: 01 de junio de 2022)
- Confederación Autismo España (2021). El impacto de la vuelta a las aulas en el bienestar emocional del alumnado con trastorno del espectro de autismo durante la Covid-19. https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7727_d_ImpactoVueltaAulas.pdf
- De Castro, M. (2018). El recreo como espacio-tiempo de valores. *Revista Dialnet*, 29, 53-61. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7020956>
- Decreto 26/2016, de 21 de julio, por el que se establece el currículo y se regula la implantación, evaluación y desarrollo de la Educación Primaria en la Comunidad de Castilla y León. <https://www.educa.jcyl.es/es/resumenbocyl/decreto-26-2016-21-julio-establece-curriculo-regula-implant>
- De la Iglesia, M. y Olivar, J.S. (2012). Revisión de estudios e investigaciones relacionadas con la comorbilidad diagnóstica de los Trastornos del Espectro del Autismo de Alto Funcionamiento (TEA-AF) y los trastornos de

- ansiedad. *Anales de Psicología*, 28 (3), 823–833.
<https://doi.org/10.6018/analesps.28.3.124881>
- Del Revés (Inside Out) - Las emociones de Disney Pixar. (22 de julio de 2015).
 Disney España [Archivo de Vídeo]. Youtube.
<https://youtu.be/WMFT5EIKmjE>
- De Sousa Lima, M.E., Barros, L.C.M., Y Aragão, G.F. (2020). Could autism spectrum disorders be a risk factor for COVID-19?. *Medical Hypotheses*, 144, 109899.
- Francisco, P. (18 de julio de 2021). Vidriales: Con la pandemia muchas personas con autismo han sufrido altos niveles de estrés. *Diario online en el sector sanitario Consalud.es*. https://www.consalud.es/pacientes/ruth-vidriales-covid-autismo-impacto_99687_102.html
- Federación Autismo Madrid (2020). *Conociendo el autismo: principales teorías explicativas*. <https://autismomadrid.es/articulo-especializado/conociendo-el-autismo-principales-teorias-explicativas/> (Consulta: 05 de abril de 2022)
- Federación Autismo Madrid (2021a). *Un poco de historia sobre el TEA*. <https://autismomadrid.es/articulo-especializado/un-poco-de-historia-sobre-el-tea-parte-2/> (Consulta: 05 de marzo de 2022)
- Federación Autismo Madrid (2021b). ¿Existe un censo de las personas con TEA en la Comunidad de Madrid?. <https://autismomadrid.es/federacion-autismo-madrid-blog/estudios-prevalencia-personas-tea/> (Consulta: 05 de abril de 2022)
- Ferrari, P. (2000). *El autismo infantil*. Biblioteca Nueva, S.L.
- Frith, U. (1989). *Autismo. Hacia una explicación del enigma*. Alianza Editorial, S.L.
- García Ramos, J.M. (1999). Investigación y evaluación. Implicaciones y efectos. Algunas reflexiones metodológicas sobre investigación y evaluación educativa. *Revista Complutense de Educación*. 10 (2), 198-214.
<http://hdl.handle.net/11162/126971>
- Gardner, H. (1983). *Inteligencias múltiples*. Espasa Libros, S.L.U.
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia emocional*. Editorial Kairós.
- González Osornio, G. y Ostrosky, F. (2012). Estructura de las funciones ejecutivas en la edad preescolar. *Revista Acta de Investigación Psicológica*, 2 (1).

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322012000100002#:~:text=Las%20funciones%20ejecutivas%20\(FE\)%20son,metas%2C%20planear%20y%20solucionar%20problemas.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322012000100002#:~:text=Las%20funciones%20ejecutivas%20(FE)%20son,metas%2C%20planear%20y%20solucionar%20problemas.)

- Guilar, M.E. (2009). Las ideas de Bruner: “de la revolución cognitiva” a la “revolución conductual”. *Revista Educere*, 13 (44), 235-241.
<https://www.redalyc.org/pdf/356/35614571028.pdf>
- Halinen, I. y Järvinen, R. (2008). En pos de la educación inclusiva: el caso de Finlandia. *Revista trimestral de educación comparada: Perspectivas*. 38(1), 97.
https://sid.usal.es/idocs/F8/ART14017/en_pos_educacion_inclusiva_finalandia.pdf
- Hervás, A. y Rueda, I. (2018). Alteraciones de conducta en los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*. 66(1), 31-38.
DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.66S01.2018031>
- Hospital Sant Joan de Déu (30 de septiembre de 2020). Recomendaciones para el colegio de niños y niñas con TEA durante la pandemia de coronavirus.
<https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/recomendaciones-para-colegio-ninos-ninas-con-tea-durante-pandemia-coronavirus> (Consulta: 15 de junio de 2022)
- Imaz, C. y Arias, B. (Coord.). (2020). *Manual básico de psiquiatría de la infancia y de la adolescencia*. Ediciones Universidad de Valladolid.
- Informe clínico del Centro Base de Valladolid (2018).
- Informe Psicopedagógico (2019).
- Informe Servicio de psiquiatría, Sección Infanto-Juvenil de Sacyl (2019).
- Instrucción de 24 de agosto de 2017 de la Dirección General de Innovación y Equidad Educativa por la que se modifica la instrucción de 9 julio de 2015 de la Dirección General de Innovación Educativa y Formación del Profesorado, por la que se establece el procedimiento de recogida y tratamiento de los datos relativos al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo escolarizado en centros docentes de Castilla y León.
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE) modificada por la Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, (LOMLOE).
- Marquardt, A. y Herb, J. (27 de agosto de 2021). Nuevo informe de inteligencia sobre el origen del covid-19 llega a una evaluación no concluyente. *CNN*

- Español.* <https://cnnespanol.cnn.com/2021/08/27/origen-covid-19-inteligencia-estados-unidos-trax/>
- Martos J., Freire, S., Llorente, M., Ayuda, R. y González-Navarro, A. (2018). Autismo y cociente intelectual: ¿estabilidad? *Revista Neurológica*. 66 (1), 39-44. <https://doi.org/10.33588/rn.66S01.2018011>
- Mojica, R. y Morales, M.M. (2020). Pandemia COVID-19, la nueva emergencia sanitaria de preocupación internacional: una revisión. *Semergen: revista española de medicina de familia*, (1), 72-84.
- Montagut-Asunción, M., Mas, R.M., Fernández Andrés, M.I. y Pastor, G. (2018). Influencia del sesgo de género en el diagnóstico de trastorno de espectro autista: una revisión. *Escritos de Psicología*. 11 (1). <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2018.2804>
- Navarro, I. (18 de octubre de 2018). Ansiedad en el autismo. Factores que la desencadenan. *RecursosTea*. <https://recursosstea.com/ansiedad-autismo/>
- Orden ECD/65/2015, de 21 de enero, por la que se describen las relaciones entre las competencias, los contenidos y los criterios de evaluación de la educación primaria, la educación secundaria obligatoria y el bachillerato, en uso para el curso escolar 2021-2022 pero derogada por el Real Decreto 157/2022 de 1 de marzo. <https://www.boe.es/eli/es/o/2015/01/21/ecd65>
- Orden ECI/3857/2007, de 27 de diciembre, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Maestro en Educación Primaria. <https://www.boe.es/eli/es/o/2007/12/27/eci3857>
- Orden EFP/365/2020, de 22 de abril, por la que se establecen el marco y las directrices de actuación para el tercer trimestre del curso 2019-2020 y el inicio del curso 2020-2021, ante la situación de crisis ocasionada por el COVID-19. <https://www.boe.es/eli/es/o/2020/04/22/efp365/con>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020*. <https://www.who.int/es/director->

[general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020](https://www.who.int/es/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020)

- Organización Mundial de la Salud (2021). *Coronavirus*.
https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_13
- Organización No Gubernamental Save the Children. (14 de diciembre de 2021). *Save the Children alerta de que la pandemia ha triplicado el número de trastornos mentales entre los niños, niñas y adolescentes*.
<https://www.savethechildren.es/notasprensa/save-children-alerta-de-que-la-pandemia-ha-triplicado-el-numero-de-trastornos-mentales>
- Paula-Pérez, I. y Artigas-Pallarés, J. (2014). El autismo en el primer año. *Revista Neurología*, 58(1), 117-121.
<https://doi.org/10.33588/rn.58S01.2014016>
- Prieto, I., Martínez-Lorca, M. Criado-Álvarez, J.J. y Martínez-Lorca, A. (2022). El Impacto de la Pandemia por COVID-19 en Población Infanto-juvenil española con Trastorno del Espectro Autista y en su familia. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 9(1), 72-81.
- Protocolo de Organización y Prevención en los centros educativos de Castilla y León para el curso 2021/2022 (Versión 11 de febrero de 2022).
- ¿Qué es la empatía? - Explicación para niños – Las emociones. (11 de marzo de 2021). Smile and Learn [Archivo de Vídeo]. Youtube.
<https://youtu.be/q9wd09wkkCs>
- Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.
<https://www.boe.es/eli/es/rd/2007/10/29/1393/con>
- Resolución de 17 de agosto de 2009, de la Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Educativa, por la que se regula el diseño, aplicación, seguimiento y evaluación de las adaptaciones curriculares significativas para el alumnado con necesidades educativas especiales escolarizado en el segundo ciclo de educación infantil, educación primaria y educación secundaria obligatoria en los centros docentes de la Comunidad de Castilla y León. <https://www.educa.jcyl.es/es/resumenbocyl/r-17-8-regula-diseno-aplicacion-seguimiento-evaluacion-adap>
- Riviêre, A. (2001). *Autismo. Orientaciones para la intervención educativa*. Editorial Trotta.

- Saiz, Y. (2020). Desmontando bulos: comer congelados no contagia la Covid-19. *La Vanguardia Edición Impresa online*.
<https://www.lavanguardia.com/comer/tendencias/20200909/33170/comer-congelados-contagia-covid-19.html>
- Salgado, C. (9 de septiembre de 2020). Repercusiones del uso de la mascarilla para alumnos con necesidades educativas especiales. *Blogs Udima*.
<https://blogs.udima.es/educatic/repercusiones-del-uso-de-la-mascarilla-para-alumnos-con-necesidades-educativas-especiales/>
- Salmerón-Medina, M., Tàpia-Córcoles, A., Palou-Artola, E., Nicolau-Palou, R. y Calvo-Escalona, R. (2022). Análisis del impacto de la COVID-19 en menores de edad con trastorno del espectro autista. *Revista de neurología*. 74(06).
<https://doi.org/10.33588/rn.7406.2021291>
- Sánchez-Monge, M. (20 de abril de 2022). Coronavirus. *Portal web de medicina Cúdate Plus*.
<https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/infecciosas/coronavirus.html>
- Sidhu, S., Regan, H., Paton, N., Howard, J., Bertrand, N., Atwood, K., Williams, K., Cohen, Z., Christensen, J. y Cillizza, C. (26 de mayo de 2021). Origen del Covid-19: esto es lo que sabemos hasta el momento. *CNN Español*.
<https://cnnespanol.cnn.com/2021/05/26/origen-covid-19-esto-sabemos-orix/>
- Swartz, R.J., Reagan, R., Costa, A.L., Beyer, B.K. y Kallick, B. (2014). *El aprendizaje basado en el pensamiento*. Ediciones SM España.
- Vargas, M.J. y Navas, W. (2012). Autismo infantil. *Revista cúpula*, 26(2), 44-58.
- Weidenheim, K.M. (2001). Neuropatología del Autismo. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 2(3), 133-137.
- Wing, L. (1998). *El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia*. Editorial Paidós, Ibérica. S. A
- Zariquiey, F. (2009). *Cooperar para aprender*. Ediciones SM.

8. ANEXOS

Anexo I. Material didáctico para la puesta en marcha de la actividad 2 :”¡Qué lío de emociones!”



Anexo II. Material didáctico para la puesta en marcha de la actividad 3: “Disco Emocional”



Anexo III. Actividad 3: “Disco Emocional”



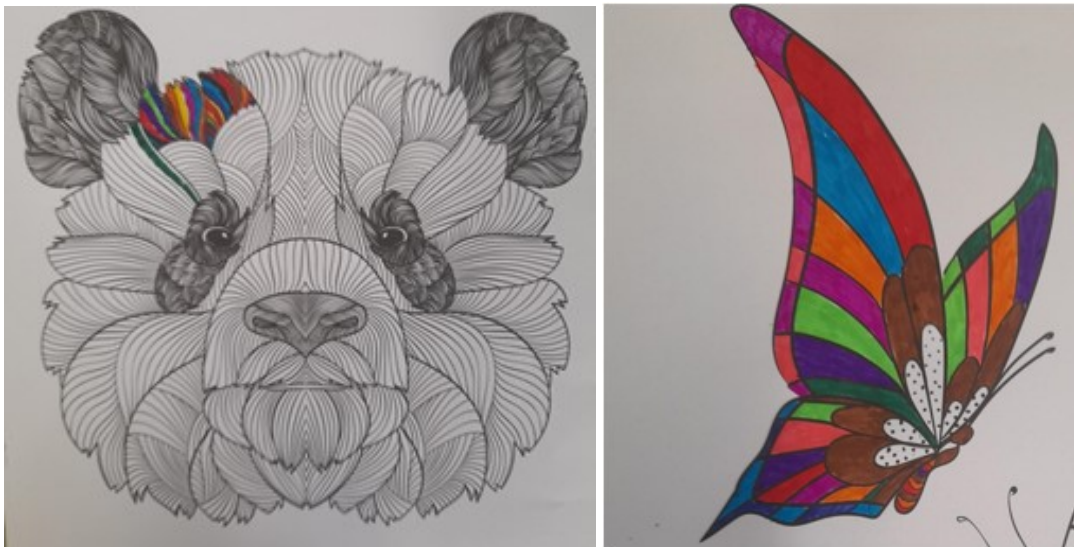
Anexo IV. Actividad 4: “El pincel del ánimo”



Anexo V. Actividad 5: “Te presto mis zapatos”



Anexo VI. Producciones finales de la Actividad 6: “Mi momento Zen”



Anexo VII. Ficha de trabajo para la actividad 7: “¡Arriba el telón!”



RESOLVIENDO CONFLICTOS

1 - ¿Qué ha pasado?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Me he peleado | <input type="checkbox"/> He insultado |
| <input type="checkbox"/> He mentado | <input type="checkbox"/> He roto algo |
| <input type="checkbox"/> He cogido algo que no es mío | <input type="checkbox"/> He molestado a mis compañeros |
| <input type="checkbox"/> Otros: | |

2 - ¿Cuál ha sido el motivo?

3 - ¿Cómo me he sentido? Rodea tu emoción.



4 - ¿Qué puedo hacer para solucionarlo?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pedir perdón | <input type="checkbox"/> Explicar lo que ha pasado |
| <input type="checkbox"/> Ayudar a los demás | <input type="checkbox"/> Devolver lo que he cogido |
| <input type="checkbox"/> Otros: | |

5 - ¿Quién me puede ayudar?

6 - ¿Cómo me siento ahora? Rodea tu emoción.



Anexo VIII. Representación teatral de la actividad 7: “¡Arriba el telón!”



Anexo IX. Supuestos de la actividad 8: “¿Qué haría yo...?”

¿QUÉ HARÍA YO?

- 1 - ¿Qué haría si le dejo a mi mejor amigo o amiga un videojuego o algún objeto valioso para mí y me lo devuelven roto?
- 2 - ¿Qué haría si mi madre me dice que voy a comprar el pan y se me olvida el dinero?
- 3 - ¿Qué haría si es el cumpleaños de un compañero o compañera de clase y ha invitado a todos menos a mí?
- 4 - ¿Qué haría si en una discusión con un compañero o compañera se pone violento y quiere pegarme?
- 5 - ¿Qué haría si veo que unos niños quitan el almuerzo a otro niño en el recreo?
- 6 - ¿Qué haría si hago mal un ejercicio en la pizarra y mis compañeros y compañeras se burlan de mí?
- 7 - ¿Qué haría si llego tarde al colegio y la puerta debería estar cerrada, pero está abierta?
- 8 - ¿Qué haría si mis compañeros y compañeras están jugando en el recreo, pero no me dejan jugar con ellos?
- 9 - ¿Qué haría si un compañero o compañera me empuja en clase?
- 10 - ¿Qué haría si mi mejor amigo o amiga es del equipo de fútbol contrario al mío y se ríe de mí porque mi equipo pierde un partido?
- 11 - ¿Qué haría si voy a casa de un amigo o amiga a comer y su madre me pone un plato de comida que no me gusta?
- 12 - ¿Qué haría si un amigo o amiga me deja el móvil y sin querer se me cae al suelo y se rompe la pantalla?
- 13 - ¿Qué haría si me encuentro 20 Euros en el baño del colegio?

Anexo X: Fichas de trabajo para la actividad 9: “Veo, Veo... ¿Qué lees?”

 LEO, LEO... ¿QUÉ LEES?	DEDUZCO QUE... 	 PORQUE YA SÉ QUE...
<p><i>Ejemplo: Daniel está sentado en una sala y viene un señor con una bata blanca y se pone nervioso cuando le dicen que entre.</i></p>	<p>¿Dónde está Daniel? <i>Daniel está en el médico.</i></p>	<p>- Los niños suelen tener miedo al médico porque piensan que les van a poner una vacuna y les van a hacer daño.</p>
<p>1. Marta llevaba una hora jugando con sus juguetes de plástico cuando de repente se da cuenta que sus manos y pies están arrugados.</p>	<p>¿Dónde está María? ¿Cómo se siente?</p>	
<p>2. Luis y Juan están estudiando pero se han puesto a hablar y reír. La chica que estaba al lado les ha llamado la atención porque la están molestando y además les señala un cartel que dice: "Prohibido hablar"</p>	<p>¿Dónde están Luis y Juan? ¿Cómo se sienten?</p>	
<p>3. Raquel va corriendo hacia al agua porque se está quemando los pies con la arena.</p>	<p>¿Dónde está Raquel? ¿Cómo se siente?</p>	
<p>4. Larbi y sus amigos están furiosos porque los que están delante se han levantado y no han podido ver el gol.</p>	<p>¿Dónde están Larbi y sus amigos? ¿Cómo se sienten?</p>	

 **VEO, VEO... ¿QUÉ VES?**

**PORQUE YA
SÉ QUE...**





¿CÓMO SE SIENTEN?





DEDUZCO QUE...



Anexo XI. Material didáctico para la puesta en marcha de la actividad 10:” Sherlock Holmes por un día”






Anexo XII. Material didáctico para la puesta en marcha de la actividad 11:”
Cuéntame”


  **Escúchame**


Tomás es pequeño, nadador y alegre. Tomás nunca ha visto el Sol, tampoco la Luna ni ha oído cantar a los pájaros. Pero está creciendo. Faltan pocos días para que sea grande. Entonces ya no tendrá cola, y sus patas, que ahora son muy débiles, se volverán fuertes. Saldrá de la charca, vivirá en la orilla, irá a donde quiera, dará saltos largos...

Entonces, ¡se habrá vuelto rana! Eso ocurrirá cuando llegue julio. Ya no falta mucho y el renacuajito está muy contento.






 


 **Escúchame**

TODAVÍA NO HEMOS TERMINADO... 

DESCUBRE QUÉ SE ESCONDE DETRÁS DE

LOS PERSONAJES



Anexo XIII. Actividad 11:” Cuéntame”



Anexo XIV. Diploma de Reconocimiento

