



Universidad de Valladolid

Facultad de Educación y Trabajo Social
Departamento de Psicología

TRABAJO FIN DE GRADO:

EFFECTO DE LA MUSICOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ALEXITIMIA EN ALUMNADO CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Curso académico 2022/2023

Presentado por Claudia García Vallejo

para optar al Grado de

Educación Primaria

por la universidad de Valladolid

Tutelado por David Jimeno de la Calle

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
1.1 JUSTIFICACIÓN	6
1.2 MARCO TEÓRICO	10
2. DISEÑO	23
2.1 MUESTRA	24
2.2 METODOLOGÍA	33
2.3 ANÁLISIS DATOS	35
3. RESULTADOS.....	39
3.1 ANÁLISIS CUANTITATIVO.....	39
3.2 ANÁLISIS CUALITATIVO	44
4. CONCLUSIONES	49
5. BIBLIOGRAFÍA	52
6. ANEXOS.....	57

ÍNDICE TABLAS

Tabla 1.....	14
<i>Niveles de gravedad del trastorno del espectro del autismo. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.....</i>	<i>14</i>
Tabla 2.....	27
<i>Datos alumno 1.....</i>	<i>27</i>
Tabla 3.....	29
<i>Datos alumno 2.....</i>	<i>29</i>
Tabla 4.....	31
<i>Datos alumno 3.....</i>	<i>31</i>
Tabla 5.....	34
<i>Resumen sesiones de intervención musicoterapia.....</i>	<i>34</i>
Tabla 6.....	37
<i>Resultados OAS población normal y clínica.....</i>	<i>37</i>
Tabla 7.....	40
<i>Resultados OAS alumno 1.....</i>	<i>40</i>
Tabla 8.....	41
<i>Resultados OAS alumno 2.....</i>	<i>41</i>
Tabla 9.....	43
<i>Resultados OAS alumno 3.....</i>	<i>43</i>
Tabla 10.....	45
<i>Observaciones alumno 1.....</i>	<i>45</i>
Tabla 11.....	46
<i>Observaciones alumno 2.....</i>	<i>46</i>
Tabla 12.....	47
<i>Observaciones alumno 3.....</i>	<i>47</i>

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico 1.....	39
<i>Resultados globales alumnos</i>	39
Gráfico 2.....	41
<i>Resultados alumno 1</i>	41
Gráfico 3.....	42
<i>Resultados alumno 2</i>	42
Gráfico 4.....	44
<i>Resultados alumno 3</i>	44

RESUMEN

En el mundo de la enseñanza, cada vez es más frecuente encontrarnos con alumnado con necesidades educativas especiales. Concretamente el Trastorno del Espectro Autista ha mostrado una prevalencia mayor en los últimos años, como consecuencia de mejores y más precoces diagnósticos, lo que requiere de respuestas educativas que ayuden a tener la máxima calidad de vida posible para quienes lo presentan. En el presente trabajo, se desarrolla una investigación con alumnado que tiene Trastorno del Espectro Autista, y que además cuentan con un alto nivel de alexitimia. Se lleva a cabo un proyecto de musicoterapia en una aula de educación especial con una muestra de tres alumnos para analizar si realmente este tipo de intervención tienen un impacto significativo en el tratamiento de la alexitimia y por tanto, sea una buena forma de trabajar este aspecto en el aula.

PALABRAS CLAVE

Autismo, musicoterapia, alexitimia

ABSTRACT

In the world of education, it is increasingly common to find students with special educational needs. Specifically, Autism Spectrum Disorder has shown a higher prevalence in recent years, as a result of better and earlier diagnoses, which requires educational responses that help to have the highest possible quality of life for those who have it. In the present work, research is developed with students who have Autism Spectrum Disorder, and who also have a high level of alexithymia. A music therapy project is carried out in a special education classroom with a sample of three students to analyze whether this type of intervention really has a significant impact on the treatment of alexithymia and, therefore, is a good way to work on this aspect in the classroom.

KEYWORD

Autism, musictherapy, alexithym

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de fin de grado pretende realizar una investigación sobre el Trastorno del Espectro Autista, de ahora en adelante nos referiremos también como TEA¹, el cual se define según la Confederación Autismo España como:

Una condición de origen neurobiológico que afecta a la configuración del sistema nervioso y al funcionamiento cerebral. Acompaña a la persona a lo largo de su vida y afecta, fundamentalmente, a dos áreas del funcionamiento personal: la comunicación e interacción social, y la flexibilidad del comportamiento y del pensamiento (Confederación Autismo España, 2023b).

Sin embargo, en el presente trabajo se trata el autismo en relación con la posibilidad de padecer alexitimia, término que fue introducido por Sifneos (1973) y significa literalmente “la ausencia de palabras para expresar las emociones y denota una dificultad en identificar y describir emociones, así como una vida de fantasía interna empobrecida”, se busca emplear la musicoterapia como forma de actuación para alcanzar mejoras en todos los ámbitos que se ven afectados por la alexitimia. Para ello se ha realizado un programa de intervención en un centro específico de educación especial en la comunidad de Castilla y León dentro de un aula que presenta alumnado con un claro diagnóstico TEA, con la finalidad de analizar los resultados obtenidos y plasmar si se han obtenido los objetivos previstos.

El tema que se aborda es debido a que el alumnado con necesidades educativas especiales cada vez está más presente en las aulas y requiere de respuestas educativas que le ayuden a mejorar las carencias que puede presentar a causa del trastorno que padece, y buscar estrategias que le puedan proporcionar beneficios en relación con su calidad de vida. Por ello, en el caso del alumnado que presenta TEA existe un alto vínculo con la alexitimia, afectando de manera significativa a su interacción social y desarrollo personal. Para el tratamiento de esta problemática se plantea trabajar a través de la musicoterapia, la cual se define según la Federación Mundial de Musicoterapia (FEAMT) en el año 2011, de la siguiente manera:

¹ TEA: Trastorno del espectro autista

La musicoterapia es el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en ambientes médicos, educativos y cotidianos con individuos, grupos, familias o comunidades, buscando optimizar su calidad de vida y mejorar su salud física, social, comunicativa, emocional e intelectual y la instrucción clínica en la musicoterapia están basadas en estándares profesionales según los contextos culturales, sociales y políticos (*Qué es la Musicoterapia - FEAMT*, 2018b).

La importancia de trabajar los aspectos emocionales con el alumnado TEA empleando la música se debe a que hay evidencias que muestran que si es posible obtener mejoras en la comunicación y la interacción social como por ejemplo que se fomenta la comunicación verbal y desarrollo del lenguaje, proporciona estimulación de la expresión y regulación emocional, una mejora en la concentración y atención, reducción de la ansiedad y el estrés y además, una estimulación sensorial y un mejor desarrollo de las habilidades motoras. (Fuentes-Biggi et al., 2006)

Para concluir esta breve introducción, se debe tener en cuenta que todos estos beneficios que pueden darse si se hace un buen uso de la musicoterapia es posible que tengan como consecuencia una respuesta distinta en cada individuo. Esto se debe a que el trastorno con el que se va a trabajar es muy amplio y aunque haya aspectos en común en los diagnósticos, en cada caso encontramos grandes diferencias y particularidades, que se reflejarán en los resultados que se observen.

1.1 JUSTIFICACIÓN

Cuando nos referimos al Trastorno del Espectro Autista debemos conocer que “la prevalencia de este trastorno se sitúa en uno de cada 100 nacimientos (1%)” (Zeidan et al., 2022, p.778). Esto refleja que las personas con autismo están altamente presentes en nuestra sociedad y es por ello, que necesitan de una atención adecuada y medidas que les garantice bienestar y calidad de vida, una adecuada inclusión social que debe estar ligada a una buena conciencia social acerca del tema para evitar cualquier tipo de exclusión y por supuesto, una respuesta educativa apropiada que cuente con estrategias y

adaptaciones que garanticen el mejor desarrollo personal de quienes forman parte de este grupo y requieran de estos apoyos.

La problemática que queremos abordar es la dificultad que presentan los alumnos con TEA, a la hora de identificar y expresar emociones, y profundizar en el papel que tiene la musicoterapia en mejorar su desarrollo social ya que si existen evidencias de que esta es beneficiosa a nivel emocional y comunicativo (Gold et al., 2007). Además, partimos del dato de que la alexitimia es una afección común en los TEA, que posiblemente afecte hasta al 85% de las personas con autismo (Hill et al., 2004). Por lo que es necesario darle la importancia que se merece y trabajar en investigar las diferentes posibilidades que pueden hacer que este aspecto mejore, ya que es una parte fundamental para garantizar la calidad de vida de quienes viven con ello.

De tal forma, que a través del programa de intervención que se va a llevar a cabo para la realización de este trabajo con alumnado que presenta el Trastorno del Espectro Autista, se quieren observar si hay evidencias en la mejora de la alexitimia a través de la musicoterapia como herramienta principal.

Por tanto, el **objetivo general** en el presente trabajo de investigación es:

- Analizar los efectos de la musicoterapia en una muestra de alumnado TEA que presenta alexitimia.

Para poder cumplir con el mismo, trabajaremos una serie de **objetivos específicos** que nos ayuden a alcanzar lo mencionado anteriormente y serán los siguientes:

- Examinar la bibliografía existente sobre la musicoterapia, la alexitimia y el Trastorno del Espectro Autista, y la relación entre ellos.
- Conocer las características de la muestra concreta con la que se va a intervenir para poder adaptar el programa de la manera más adecuada.
- Implementar un programa de intervención con alumnado TEA.
- Evaluar los cambios y mejoras observadas tras la realización de la intervención, en las distintas áreas de la interacción social, comunicación y regulación emocional.
- Establecer una serie de conclusiones a partir de la investigación que se ha llevado a cabo con la muestra elegida.

En definitiva, se busca demostrar que la musicoterapia si puede emplearse como una forma positiva en el tratamiento de la alexitimia dentro del alumnado con TEA, y analizar los posibles beneficios que resultan de su uso, siempre teniendo como finalidad principal la mejora de la calidad de vida, la cual se conoce según la Federación Autismo Madrid (2021) como “el conjunto de condiciones que atribuyen a su bienestar personal y social. Por ello, mejorar y mantener la calidad de vida es imprescindible para el desarrollo pleno y satisfactorio de cualquier persona”. Por lo que la interacción social es una parte fundamental de la misma, ya que el ser humano es un ser social por naturaleza y la forma de comunicarnos y trabajar nuestras emociones tiene como consecuencia un impacto muy significativo en el bienestar emocional y mental e incluso físico de todo individuo. El conocimiento emocional nos permite identificar y comprender las emociones, lo que a su vez nos permite saber cómo gestionarlas. Favoreciendo el autoconocimiento y autoaceptación, dando lugar a un bienestar general y creando relaciones saludables con nosotros mismos y con los demás.

Por último, hay que mencionar que el trabajo presentado tiene relación con una serie de competencias propuestas para el Grado de Educación Primaria por la Universidad de Valladolid. Concretamente destacan las siguientes:

2. *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 –la Educación–.*
Esta competencia se concretará en el desarrollo de habilidades que formen a la persona titulada para:
 - a. *Ser capaz de reconocer, planificar, llevar a cabo y valorar buenas prácticas de enseñanza-aprendizaje*
 - b. *Ser capaz de analizar críticamente y argumentar las decisiones que justifican la toma de decisiones en contextos educativos*
 - c. *Ser capaz de integrar la información y los conocimientos necesarios para resolver problemas educativos, principalmente mediante procedimientos colaborativos.*

d. Ser capaz de coordinarse y cooperar con otras personas de diferentes áreas de estudio, a fin de crear una cultura de trabajo interdisciplinar partiendo de objetivos centrados en el aprendizaje.

Esta competencia se cumple en primer lugar, llevando a cabo un programa de intervención adaptado a las necesidades educativas de un grupo concreto y tomando decisiones y modificando todo lo que se ha considerado para garantizar la mejor intervención. Además, se ha contado con la opinión y colaboración de las personas que trabajan habitualmente con la muestra con la finalidad de proporcionar un aprendizaje lo más enriquecedor posible.

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.

Esta competencia se concretará en el desarrollo de habilidades que formen a la persona titulada para:

a. Ser capaz de interpretar datos derivados de las observaciones en contextos educativos para juzgar su relevancia en una adecuada praxis educativa.

b. Ser capaz de reflexionar sobre el sentido y la finalidad de la praxis educativa.

c. Ser capaz de utilizar procedimientos eficaces de búsqueda de información, tanto en fuentes de información primarias como secundarias, incluyendo el uso de recursos informáticos para búsquedas en línea.

A lo largo de todo el trabajo, se han recopilado datos de los alumnos con la finalidad de hacer una buena intervención educativa y comprender el por qué de ciertos comportamientos y actitudes de los alumnos durante la intervención. Con la ayuda de los datos realizar un programa acorde a los alumnos y ser capaz de analizar los resultados obtenidos.

5. Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía. La concreción de esta competencia implica el desarrollo de:

- a. La capacidad de actualización de los conocimientos en el ámbito socioeducativo.*
- b. La adquisición de estrategias y técnicas de aprendizaje autónomo, así como de la formación en la disposición para el aprendizaje continuo a lo largo de toda la vida.*
- c. El conocimiento, comprensión y dominio de metodologías y estrategias de autoaprendizaje.*
- d. La capacidad para iniciarse en actividades de investigación.*
- e. El fomento del espíritu de iniciativa y de una actitud de innovación y creatividad en el ejercicio de su profesión. (Universidad de Valladolid, 2010. Memoria de plan de estudios del título del grado maestro-o maestra- en educación primaria por la universidad de Valladolid. p28-29)*

A lo largo de todo el trabajo, se ha realizado demostrando autonomía, aunque siempre con la figura del tutor como guía. Sin embargo, se han adquirido herramientas como son la organización de tiempo, la capacidad de seleccionar información, el desarrollo de una intervención etc., que reflejan un grado alto de autonomía en todo el proceso. También un primer acercamiento al mundo de la investigación sobre los temas principales que aborda el trabajo como son: la alexitimia, la musicoterapia y el TEA.

1.2 MARCO TEÓRICO

El trastorno del espectro autista (TEA) ha sido foco de interés a lo largo de la historia, y además, se ha relacionado con la musicoterapia como vía de mejora de las conductas propias del TEA incluida la afectación de la alexitimia. A continuación, se realiza un repaso sobre esta fundamentación teórica.

Trastorno del Espectro Autista (TEA)

Es en 1943 cuando se hace referencia por primera vez al término autismo en relación con su significado actual. Fue gracias a Leo Kanner, psiquiatra austrohúngaro, que en 1938

comienza un estudio con once casos clínicos los cuales habían sido diagnosticados previamente de esquizofrenia. En dicha investigación se analizan una serie de características comunes como son las siguientes: dificultad en las relaciones con los demás, alteraciones o ausencia del lenguaje, necesidad de permanecer en un ambiente que no presente cambios y temas de interés muy potentes entre otros.

Gracias al estudio de estos casos, el autor denomina a este trastorno del desarrollo como autismo, con un cuadro clínico determinado y diferente al de cualquier otro trastorno, incluido el de la esquizofrenia, reflejando así las primeras descripciones para el autismo. Tras la publicación de su artículo “Autistic disturbances of affective contact” (Kanner, 1943), el interés por el autismo aumenta notablemente.

Un año después y sin conocer la investigación de Kanner, el pediatra y psiquiatra Hans Asperger publica en 1944 el siguiente artículo: “Die Autistische Psychopathen in Kindersalter” (Asperger, 1944). En el que se analiza la situación de cuatro jóvenes que presentan un cuadro de características muy similar al definido por Kanner, haciendo alusión a sus dificultades para la comunicación verbal, torpeza motora, falta de habilidades para establecer relaciones de amistad e intereses restringidos, entre otros aspectos.

Las investigaciones de estos autores consiguen que el término autismo se convierta en un área de estudio interesante y que varios investigadores se centren en él. Es el caso de Lorna Wing, autora que en los años 80 toma de referencia puntos centrales de la propuesta de Hans Asperger para desarrollar la suya.

Lorna Wing y Judith Gould realizan un estudio en el año 1979 que manifiesta que las áreas afectadas por el autismo son: la interacción social, la comunicación y la inflexibilidad cognitiva y comportamental, conocidas en su conjunto como “triada de Wing” (Wing et Gould, 1979). Otro punto fundamental de la propuesta de estas autoras es la introducción del término “espectro”, ya que el autismo abarca personas con rasgos muy distintos debido a que las áreas afectadas de la triada de Wing tienen maneras de desarrollarse muy diferentes en cada individuo.

En la actualidad y gracias a las investigaciones de los autores citados anteriormente se tiene la posibilidad de acceder a distintas aportaciones que permiten conocer mejor el trastorno para proporcionar una mejor intervención. Entre estas encontramos, encontramos el DSM, que se conoce como *Manual Diagnóstico y Estadístico de*

trastornos mentales, el cual se ha ido actualizando hasta llegar a su última versión de 2013, que se determina como DSM-5 publicada por la Asociación Americana de Psiquiatría. A lo largo de las distintas actualizaciones del Manual se han encontrado diferencias significativas para el TEA. En su primera versión (1952) y también en la segunda (1968), hubo grandes confusiones entre términos psicosis y autismo lo que generó diagnósticos equivocados de esquizofrenia infantil.

Es en el DSM-III, cuando aparece el término “trastorno generalizado del desarrollo” (TGD), de tal forma que se consigue separar al autismo de los trastornos psicóticos. En su siguiente versión, DSM-IV (1994), se clasificaban los TGD en: trastorno autista, asperger, desintegrativo infantil, de Rett y generalizado del desarrollo no especificado.

En la última versión de la guía (DSM-V) encontramos una actualización significativa para el trastorno del que se habla, en base a una única categoría, trastorno del espectro autista (TEA), creando así la opción de un diagnóstico anterior a los 36 meses de vida y también, pautas para distinguir el trastorno en personas adultas, estableciendo así nuevos puntos de interés dentro de este trastorno.

La evolución en las investigaciones y estudios referentes al Trastorno del Espectro autista han logrado que los cuadros psicóticos en relación con la esquizofrenia estén completamente diferenciados de lo que se conoce como autismo y por tanto poder manifestar la disparidad en cuanto a la presentación clínica, la propia etiología y por supuesto, las necesidades de intervención en cada uno de los casos.

Tomando de referencia al Manual DSM-5 (2013), el Trastorno del Espectro Autista se caracteriza por una serie de rasgos:

- En primer lugar, carencias en la interacción y la comunicación sociales en diferentes situaciones. Por ejemplo, una falta de reciprocidad socioemocional que da lugar a un error en todo el proceso comunicativo, desde el acercamiento social hasta llevar a cabo una conversación. Claras dificultades en relación con las dinámicas comunicativas del tipo no verbal que se emplean durante la interacción social, se identifican irregularidades en el lenguaje corporal, en el contacto visual, en el empleo de gestos y su comprensión y altas carencias en la expresión facial. A lo que se suma, deficiencias en el desarrollo, conservación y conocimiento de las relaciones, lo que

deriva en dificultades para distinguir cómo comportarse en distintos contextos o la falta de interés en conocer otras personas.

- Por otro lado, destacan patrones restrictivos y repetitivos en sus intereses, conducta e incluso en sus ocupaciones. Se observa el empleo de movimientos y habla estereotipados, una necesidad de mantener monotonía y demasiado inflexibilidad en el desarrollo de su vida, apareciendo la angustia con la aparición de posibles cambios en su rutina. Además, sus intereses están muy limitados y llegan a ser obsesivos. Puede aparecer hiper/hipo reactividad a estímulos sensoriales e intereses poco frecuentes del entorno.
- Los síntomas tienen que estar presentes en las primeras fases del desarrollo, puede que no sean visibles y requieran de más tiempo hasta que se manifiestan.
- Los síntomas tienen como consecuencia un daño clínicamente relevante afectando áreas como lo laboral, social y otras empleadas habitualmente.
- Este trastorno es común que aparezca junto con un retraso global del desarrollo o una discapacidad intelectual.

El Trastorno del Espectro Autista se caracteriza por estar dividido en varios grados según el nivel de gravedad, en la siguiente tabla (tabla 1) observamos su clasificación en función de la necesidad de apoyos según el DSM-V (2013):

Tabla 1.

Niveles de gravedad del trastorno del espectro del autismo. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5

TABLA 2 Niveles de gravedad del trastorno del espectro del autismo		
Nivel de gravedad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3 "Necesita ayuda muy notable"	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacción y que, cuando lo hace, realiza estrategias inhabituales sólo para cumplir con las necesidades y únicamente responde a aproximaciones sociales muy directas.	La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 2 "Necesita ayuda notable"	Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal; problemas sociales aparentes incluso con ayuda <i>in situ</i> ; inicio limitado de interacciones sociales; y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy excéntrica.	La inflexibilidad de comportamiento, la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos aparecen con frecuencia claramente al observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 1 "Necesita ayuda"	Sin ayuda <i>in situ</i> , las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que establece comunicación pero cuya conversación amplia con otras personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son excéntricos y habitualmente sin éxito.	La inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.

Debemos partir de la base de que en la actualidad siguen destacando las grandes incógnitas que existen en relación con el autismo, entre ellas está el origen de este trastorno, el cual sigue siendo objeto de estudio puesto que su causa sigue siendo desconocida. Esto puede ser resultado de que el autismo este determinado por muchas variables, donde nos encontramos con individuos con las mismas características biológicas pero que no padecen el trastorno e incluso quienes no tienen estas alteraciones biológicas pero si tienen desarrollado el trastorno. Por lo que se concluye, que no existe un autismo único sino que los TEA se consideran diferentes trastornos, con etiologías múltiples y que presentan fenotipos similares (Zúñiga et al., 2017)

Lo cierto, es que actualmente la etiología genética es la que más se sostiene, con variaciones genéticas donde están afectados diferentes genes ya sea de manera hereditaria, que aparecen por primera vez o por una mutación. Se considera que la epigenética ADN y relegamientos que configuran la cromatina está unida a factores

ambientales u otros factores genéticos que producen una alteración en la expresión genética, y esto se relaciona directamente con casos de TEA. Concretamente según Zúñiga et al. (2017):

Un 10% de los casos de TEA se asocian a causas sindrómicas, de causas monogénicas identificadas, como es el caso de: frágil X, fenilcetonuria, tuberoesclerosis, síndrome de Rett, etc. Un 5%, se asocian a alteraciones cromosómicas raras, como es el caso de la heredada duplicación maternal 15q11-q13, trisomía 21, síndrome de Turner (45X), 47XYY, 47XXY, etc. Otro 5%, se asocian a variaciones en el número de copias de partes del genoma, que se repiten más o menos veces, comúnmente denominados copy number variants (CNV), particularmente aquellos CNV que son raros o poco frecuentes en la población: 16p11-2, duplicación 7q 11-23, 22q 11-2, 15q 13-3, etc. Otro 5% asociados a variaciones genéticas penetrantes y poco frecuentes en la población (SHANK, etc.).

El otro 75% de las causas sigue siendo, en principio, de causas multifactoriales desconocidas, con factores ambientales modulando la expresión genética y factores como la edad paterna, que podrían asociarse a un incremento de mutaciones genéticas. (p.102)

Además, el riesgo genético una vez que uno de tus hijos tiene TEA que el siguiente lo tenga, dependerá de la etiología genética que este afectada. En los casos que no sea hereditario, es menor la probabilidad de recurrencia en los hijos.

Cuando se establece la detección del TEA se distinguen diferentes niveles. Se comenzaría por una vigilancia del desarrollo y más tarde una detección más concreta del TEA hasta llegar a una valoración diagnóstica donde esta involucrados unos especialistas.

En relación con este aspecto del TEA, la detección temprana y por tanto, llevar a cabo un programa de intervención precoz es lo que garantiza una mejor evolución clínica en

quienes lo presentan. El tener conocimiento sobre las desviaciones del desarrollo normalizado de rasgos unidos al Tea, ha sido la forma de llevar a cabo intervenciones incluso antes del año de edad. Siguiendo a Zúñiga et al. (2017) los puntos semejantes en las intervenciones son:

Las variables comunes de dichas intervenciones actuales con mejores resultados son: el enfoque naturalista, el empoderar a los padres y personas significativas y el estar diseñadas teniendo en cuenta tanto las teorías del desarrollo interpersonal, como la implementación de las técnicas y estrategias de la modificación de conducta, sobre todo, para el manejo de aspectos de conducta del niño con TEA. (p.102)

La intervención se plantea con el propósito a modificar el foco de atención prioritario de los individuos con rasgos precoces de TEA, dirigiéndolo al funcionamiento de objetos por una motivación del mundo social. En estas edades, se organiza en función de rutinas sociales que se centran en las motivaciones e intereses de a quién va dirigido. La finalidad es estimular las áreas del neurodesarrollo que tienen más afectadas los niños con TEA.

La alexitimia

El término alexitimia nace de las observaciones clínicas llevadas a cabo con pacientes que tienen alguna de las siete enfermedades psicosomáticas clásicas. Lo que Alexander (1950) explicó fue que cuando los conflictos no pueden ser expresados verbalmente, se expresan a través del canal somático. Son varios los autores que han querido profundizar en este término, y cada uno aportar su propio punto de vista. A continuación se analiza alguno de ellos.

Ruesch (1948), describe una clase de personalidad psicosomática a la que denomino “Personalidad infantil”. Explicando una detención en el desarrollo de estos sujetos, manifestando problemas en las relaciones interpersonales, en la expresión verbal y simbólica de los conflictos lo que da lugar a que tengan que lidiar con situaciones de frustración que les sobrepasan.

Por otro lado, MacLean (1949), se basa en un modelo anatómico que manifiesta que las emociones no se transmiten al neocórtex, donde es posible que encuentren una expresión simbólica a través de las palabras en su lugar, se dan en el sistema nervioso autónomo lo que da lugar a un tipo de “lenguaje de órganos”.

Finalmente, son Nemiah y Sifneos (1970), quienes examinan 21 entrevistas transcritas realizadas con pacientes psicósomáticos a través de la estimulación de la asociación libre y el relato de los sueños. Los resultados obtenidos reflejaban las grandes dificultades en relación con la expresión con palabras de sus sentimientos, una limitación en su imaginación y un estilo cognitivo liberal, a diferencia de los pacientes psiconeuróticos. Es cuando Sifneos en 1973, acuñó el término alexitimia que su origen griego se refiere a “sin palabras para los sentimientos”, para recopilar todos los rasgos cognitivo-afectivos de estos pacientes psicósomáticos.

Según Otero (1999) las características clínicas que forman parte de los rasgos propios de la alexitimia son las siguientes:

- Dificultad en identificar y describir sentimientos.
 - Dificultad para distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales propias de la activación emocional.
 - Proceso imaginario constreñido, evidenciado por la escasez de fantasías.
- Estilo cognitivo orientado hacia el exterior.

Freyberger (1977) se encargó de distinguir entre dos modalidades de alexitimia. Por un lado la alexitimia primaria y por otro la alexitimia secundaria, donde separaba su origen, en el caso de la primaria era biológico mientras que, para la secundaria era psicológico. Más tarde se demostró que no estaba en lo cierto ya que la alexitimia su aspecto fundamental neurobiológico tiene lugar debido a una conexión funcional que resulta insuficiente entre ambos hemisferios cerebrales (Alonso-Fernández, 2011).

Destaca la carencia de estudios sobre la prevalencia de la alexitimia en la población general. De los pocos que podemos encontrar está realizado por Shipko (1982) y señala una tasa de alexitimia entre el 8% y el 10%, sin embargo, no existen investigaciones que puedan afirmar que estos estudios sean reales. Lo que sí, se establece en el estudio citado anteriormente, es que en relación con el sexo, la alexitimia tiene una mayor tendencia en los hombres, concretamente en el estudio se habla de un 8% de hombres alexitímicos en

comparación a un 1,8% que ocupa en el caso de las mujeres. Esto puede ser consecuencia de que los hombres por regla general tramiten y expresan menos sus emociones. A todo esto, se añade que la alexitimia se suele presentar con mayor frecuencia en las personas que están dentro de un nivel socioeconómico bajo y un nivel educativo e intelectual igualmente muy bajo (Cerezo et. al 1988). Además en un estudio realizado por Albantakis et al., (2020), demuestra que los rasgos alexitimicos y autistas están relacionados con un mayor riesgo de tener síntomas depresivos y de fobia social, pero que resultará diferente dependiendo del grupo de diagnóstico.

El proceso de evaluación de la alexitimia, a pesar de ser un concepto muy bien definido no resulta tan fácil de identificar con estas características mencionadas. Ya que a la hora de medir de manera objetiva, resulta complicado. Un instrumento de medición empleado es el TAS-20 (Taylor et. al 1991) plantean una solución que se compone de evaluar tres factores coherentes del constructo, que son los siguientes: pensamiento enfocado a lo extremo, dificultades en la identificación de sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones fisiológicas que van de la mano de la activación emocional y por último, clara dificultad en describir los sentimientos.

Por último, en relación con el tratamiento, la alexitimia tiene un rol importante para determinar trastornos del estado de ánimo y en los trastornos alimentarios (Pinna et al., 2020).

La musicoterapia

Se entiende musicoterapia como “la terapia a través de la música”, su objetivo es provocar cambios en la conducta empleando métodos de la educación musical activa. Concretamente, Vallejo (2010) nos expone que:

Por medio de la improvisación y de la ejecución musical mostramos nuestra personalidad y podemos conocer la de otros, sin las barreras de las convenciones sociales o del lenguaje.

La musicoterapia se diferencia de otras modalidades por su confianza en la expresión musical como agente de intervención. (p.1)

Lo cierto, es que la música ha estado presente a lo largo de toda la historia. Es en la etapa primitiva cuando se presenta como una forma de defensa frente a los distintos males y una manera de aproximar lo terrenal con lo espiritual. Y en Grecia y Roma cuando se usa por primera vez terapéuticamente, con la idea de que era capaz de mantener lejos la enfermedad.

Es en los años 50, durante la primera Guerra Mundial, en Estados Unidos, los hospitales de veteranos hacían venir a músicos con una finalidad terapéutica, siendo esto uno de los primeros indicios del camino para lo que hoy conocemos como musicoterapia. Es ya en 1965, cuando se consolida este concepto en Argentina, de la mano de Julio Bernaldo y Ronaldo Benezon quienes institucionalizan la musicoterapia.

Dentro de los efectos fisiológicos de la música, encontramos influencias en el ritmo respiratorio, las contracciones en el estómago, la presión arterial y también en los niveles hormonales. Se observa que los ritmos cardíacos son capaces de sincronizarse con los ritmos musicales, e incluso, la música es capaz de modificar los ritmos eléctricos en nuestro cerebro. Y además, tiene consecuencias muy favorables en el sistema nervioso, esto se magnifica si la música se escucha desde edades tempranas (Rodríguez, 2010).

Con respecto a los efectos psicológicos que produce la música, encontramos en primer lugar, la capacidad de dar lugar a sentimientos y estados de ánimo que pueden servir como ayuda para controlar, entre otras cosas el dolor, el temor e incluso la ansiedad. Es un mecanismo de expresión de sentimientos ya que actúa como lenguaje simbólico. Además, la relación que se genera con la música es completamente distinta en cada persona, y suele ir unido a su personalidad, motivaciones, recuerdos, patologías, la sociedad y su propio entorno entre otros, por lo que las sensaciones varían tanto de una persona a otra. (Rodríguez, 2010).

En el mundo de la educación la música es un elemento esencial para la formación integral del alumno ya que es capaz de estimular la inteligencia, la memoria, la comunicación y la creatividad (Veleceta-Espinoza, 2020).

Relación TEA, musicoterapia y alexitimia

La unión de estos tres conceptos que se proponen en el presente trabajo, ya han sido reflejados y estudiados en anteriores trabajos que nos dejan ver que sí existe una relación entre estos términos.

Dentro del ámbito de la Educación Especial, resulta necesario ofrecer una atención individualizado y sobre todo que se adapte a las necesidades que requiere el alumno. Es Blasco (1971), quien explicaba que los niños con autismo se sentían mejor cuando estaban con músicas que fuesen suaves, lentas, sedantes y armoniosas, mientras que el elemento rítmico de la música les resultaba insoportable.

En 1977, Benenzon, establece una serie de reglas que son necesarias seguir para realizar musicoterapia en una familia que tiene un hijo autista, las cuales presenta de la siguiente forma:

Es necesario haber trabajado previamente un período extenso individualmente con el niño autista. Esto nos va a permitir conocer al niño, abrir canales de comunicación hacia nosotros y hacia el equipo de salud.

Durante la experiencia individual tenemos que haber encontrado y recreado varios y distintos canales de comunicación con el niño-problema. Es decir, que cuando nos enfrentamos al grupo familiar, nosotros como pareja terapéutica y el niño-problema, ya tenemos también una historia que se confrontará durante la musicoterapia del grupo familiar.

Un previo y paralelo conocimiento y acondicionamiento del grupo familiar, sin la presencia del niño-problema. En nuestra experiencia lo conseguimos de la siguiente manera: son indudables y comprensibles las dificultades para enfrentar una experiencia, compartida, de recuperación por las que pasa un grupo familiar de un niño autista. (p.32)

A raíz de algunas investigaciones, surgen numerosas conclusiones de lo que produce la musicoterapia en los individuos con TEA, algunos de estos beneficios son (Calleja-Bautista et al., 2016):

- Su comunicación mejora tras las sesiones de musicoterapia.
- Llevar a cabo actividades musicales en grupo da lugar a fomentar la imitación, el respeto, una mejoría en la reciprocidad social, trabajo del a empatía y atención conjunta.
- Mejoría significativa en ser capaces de reconocer las señales afectivas.
- La musicoterapia produce cambios positivos en las habilidades sociales como por ejemplo, el contacto visual, el compromiso, y da pie a interacciones sociales espontáneas.
- La música ayuda a controlar comportamientos como la agresividad, autolesiones y conductas estereotipadas.
- La música es un buen motor para desarrollar la creatividad, ayuda a tolerar mejor los cambios y ser más flexibles.
- Con la musicoterapia se puede contribuir a mejorar las habilidades comunicativas no verbales y gestuales.

Como ya se ha mencionado con anterioridad, no hay una definición clara sobre el origen del autismo, lo que sí está claro es que pertenece a un trastorno extremadamente heterogéneo. Aunque lo cierto es, que la alexitimia si está presente en mucho de los individuos diagnosticados con TEA. La diferencia radica en el tipo de alexitimia según explican Berthoz y Hill (2005), con el tipo I no pueden experimentar ni describir las emociones y en el caso del tipo II, son capaces de tener un grado alto o normal de la conciencia de las emociones, sin embargo, la capacidad reducida para cognitivamente poder evaluarlas. Por lo que, el estado emocional interno de una persona tiene consecuencias en su comportamiento durante las relaciones sociales y por tanto, la alexitimia influye en el funcionamiento social de los TEA ya que, como no se es capaz de identificar el propio estado de ánimo tampoco puede saber cómo afecta este comportamiento al resto de personas. Si se parte de la base que con el autismo es frecuente responder con cambios de humor inapropiados ante ciertas situaciones sociales, el no ser capaz de reconocer estos cambios complica aún más establecer relaciones con otros.

Además, la prevalencia de alexitimia en individuos autistas es más alta si se compara con sus iguales que tienen un desarrollo típico (Vaiouli et al., 2022)

Un estudio importante que se centran en el trabajo de las emociones en personas con autismo fue realizado por Allen y Heaton (2010), mediante el uso de un cuestionario semiestructurado con la finalidad de recoger información sobre las distintas experiencias con la música que habían tenido adultos con un grado muy alto de TEA. Teniendo en cuenta que los resultados no se pueden aplicar de forma global a toda la población que tiene TEA, pero sí que nos puede servir como punto de partida. Se obtuvo principalmente respuestas sobre que el uso de la música les servía como una forma de autocontrol de la depresión, los cambios de humor y la afiliación social.

Por lo que a raíz de lo mencionado, sí que hay un interés es investigar el impacto que puede tener la música en sujetos con alexitimia diagnosticadas con TEA.

2. DISEÑO

Para la realización de este trabajo de investigación, se llevará a cabo un proyecto de musicoterapia con un total de ocho sesiones (anexo 1) dentro de una clase de un centro específico de Castilla y León que cuenta con alumnado con un diagnóstico de TEA. Una vez concluida la parte de poner en práctica esas sesiones, mediante la observación se realizará un trabajo de investigación sobre si se han obtenidos beneficios para el tratamiento del trastorno del espectro autista.

Para ello, se va a llevar a cabo tres fases concretas. En primer lugar, una evaluación previa de corte cuantitativo mediante la realización de un cuestionario que se denomina “La escala de Alexitimia para observadores” (Haviland et al.2000), donde se cumplimentará en función de cada alumno y otras de corte cualitativo que se desarrollará con las observaciones realizadas en el aula y junto a los datos del informe psicopedagógico. A continuación se desarrollará las sesiones de musicoterapia. Y por último, se volverá a pasar el cuestionario señalado antes, con la finalidad de ver si se han obtenido mejoras y el registro cualitativo donde se señalará los aspectos relevantes de las sesiones en referencia a la alexitimia.

El objetivo de las sesiones es trabajar con el alumnado las emociones, ya que es muy frecuente que con este trastorno se presenten bloqueos en las mismas o lo que también se conoce como alexitimia, de manera que a través de la musicoterapia buscaremos conectar con los sujetos y explorar en este ámbito con el objetivo de buscar si realmente es posible obtener mejoras significativas empleando este método. Al poner en práctica estas sesiones, también observaremos las diferencias que podremos encontrar dependiendo de cada individuo, ya que estamos trabajando con un trastorno que se caracteriza por lo diverso que es y por tanto, es muy probable que reciban de manera distinta las diferentes sesiones preparadas y a su vez que los resultados varíen.

A continuación, se tratará de manera detallada la muestra con la que se va a realizar el trabajo de investigación, la metodología que se va a emplear pensada en relación con el alumnado a quien va dirigido y por último, como se va a hacer el análisis de datos y las herramientas principales que usaremos.

2.1 MUESTRA

Dentro del aula se han escogido un total de tres alumnos (de un total de seis que tiene la clase) con los que se va a realizar la investigación. Esta decisión se ha tomado debido a que son los alumnos que si van a asistir a todas las sesiones que realicemos, de manera que será más fácil observar su desarrollo a lo largo de todo el proceso.

Antes de dar paso a la información sobre los participantes con los que se va a realizar el proyecto de investigación se considera importante definir una serie de conceptos que van a aparecer, y que es necesario conocer en qué consisten, ya que nos resultas útiles los datos que nos proporcionan acerca del alumnado con el que se va a intervenir.

En primer lugar, la **evaluación psicopedagógica** que encontramos en el informe psicopedagógico y de la cual se va a extraer toda la información que tenemos sobre el alumno, la cual se entiende según Macías (2010):

Un proceso de recogida, análisis, valoración de la información relevante sobre los distintos elementos que intervienen en el proceso de enseñanza-aprendizaje, para identificar las necesidades educativas de determinados alumnos que presentan o pueden presentar desajustes en su desarrollo personal y/o académico, y fundamentar y concretar las decisiones respecto a la propuesta curricular y al tipo de ayudas que aquellos pueden precisar para progresar en el desarrollo de las distintas capacidades.

La finalidad no es clasificar a los alumnos/as en diferentes categorías diagnósticas y predecir su rendimiento, sino servir para orientar en proceso educativo en su conjunto, facilitando la tarea del profesorado y contribuir a la mejora de la calidad de la institución escolar y en definitiva, de las condiciones educativas generales en las que se dan las situaciones individuales. (p.87)

También encontramos, el **Cuestionario M-CHAT** Revisado de Detección del Autismo en Niños Pequeños con Entrevista de Seguimiento. Es un instrumento que evalúa en 2 etapas diferentes donde los padres son quienes responden y se evalúa la posibilidad de

tener trastorno del espectro autista (TEA). El algoritmo de puntuación del M-CHAT es el siguiente (M-CHAT, 2023):

BAJO RIESGO: Puntuación total entre 0-2. Si el niño es menor de 24 meses, repetir MCHAT-R a los 24m. Ninguna otra medida necesaria a menos que la vigilancia del desarrollo indique riesgo de TEA.

RIESGO MEDIO: Puntuación total entre 3-7. Administrar la entrevista de seguimiento (segunda etapa =M- CHAT-R/F) para obtener información adicional acerca de las respuestas de riesgo. Si la puntuación M- CHAT-R/F se mantiene en 2 o superior, el niño ha resultado positivo. Medida necesaria: remita al niño para una evaluación diagnóstica y para determinar necesidad de atención temprana. Si la puntuación es 0-1, el niño ha resultado negativo. Ninguna otra medida es necesaria a menos que la vigilancia del desarrollo indique riesgo de TEA. El niño debe seguir vigilado en futuras visitas del programa del niño sano.

RIESGO ALTO: Puntuación total entre 8-20. Es aceptable prescindir de la entrevista de seguimiento y se debe remitir el caso de inmediato para evaluación diagnóstica y para determinar necesidad de intervención temprana”.

Y otro término que es necesario conocer es el **Inventario de Espectro Autista (IDEA)** que fue elaborado por Rivière (1997). Tiene como objetivo hacer una evaluación de las posibles variables que presentan los cuatro grandes grupos de trastornos (de la relación, de la comunicación, de la anticipación y la flexibilidad y de la simbolización) y los síntomas que tienen lugar en el autismo, que toman como referencia el concepto de espectro definido por Wing y Gould (1979). Los cuatro grandes trastornos mencionados anteriormente, tienen doce dimensiones² de forma que es posible hacer una evaluación más precisa sobre los rasgos específicos de los trastornos del espectro autista. En este inventario IDEA, estas doce dimensiones se formulan en cuatro niveles con la finalidad de ver el nivel de gravedad de los síntomas del autismo que presenta esa persona. Cada dimensión, tiene una escala de 0 a 8 puntos concretamente en intervalos de 2 es decir, 0, 2, 4, 6, 8. Donde 8 representa un nivel máximo de afectación en la dimensión a la que se

² Estas doce dimensiones de la escala pueden clasificarse en cuatro grandes escalas:

Escala de Trastorno del desarrollo social (dimensiones 1, 2 y 3).

Escala de Trastorno de la comunicación y el lenguaje (dimensiones 4, 5 y 6).

Escala de Trastorno de la anticipación y flexibilidad (dimensiones 7, 8 y 9).

Escala de Trastorno de la simbolización (dimensiones 10, 11 y 12)

refiere mientras que 0 sería la mínima. Pudiendo obtener por tanto un resultado entre 0 y 96.

Resaltar, que ninguno de los métodos de evaluación anteriores y sus correspondientes resultados determina por completo si una persona presenta o no trastorno del espectro autista y será necesario una evaluación por parte de un profesional que determine un diagnóstico final, tanto el M-CHAT como el IDEA nos proporcionan únicamente resultados orientativos en cuanto al TEA y la evaluación psicopedagógica es una visión realizada por profesionales que conocen en profundidad a los alumnos. Por ello, todos los datos que nos ofrecen pueden ser significativos para la investigación que se va a llevar a cabo, ya que nos proporciona información sobre como son los sujetos con los que vamos a intervenir, de ahí la relevancia a que estén incluidos dentro del trabajo como parte para fundamentarlo.

A continuación, se realiza un análisis del diagnóstico y las principales características de cada alumno, especialmente dentro del espacio del aula, recordamos que esta información ha sido extraída del informe psicopedagógico que incluye las pruebas y observaciones que se han realizado a los alumnos a lo largo de su vida y etapa escolar. Hay que mencionar que, debido a que cada informe lo ha llevado a cabo un grupo de profesionales distinto, la organización y datos que figuran no siguen una estructura determinada. En cada alumno se ha incluido únicamente lo que se considera útil para la investigación, ya que el informe proporciona de manera detallada todos los ámbitos del alumno.

Como se ha detallado con anterioridad, la información que se proporciona las tablas 2, 3 y 4 a continuación, está sacada del informe psicopedagógico, el cual sigue el modelo establecido por la *Orden EDU/1603/2009, de 20 de julio, por la que se establecen los modelos de documentos a utilizar en el proceso de evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización*. Estos datos reflejan aspectos importantes que serán útiles a lo largo de toda la investigación ya que definen las cualidades de cada alumno.

Tabla 2.

Datos alumno 1

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Edad	12 años
Sexo	Hombre
DATOS CUANTITATIVOS	
Grado de TEA (DSM-5)	II
M-CHAT	Índices diagnóstico TEA ³
IDEA	Rango diagnóstico TEA ⁴
DATOS CUALITATIVOS	
Observación en el aula	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades: dificultad mantener y centrar la atención, le facilita el trabajo tener rutinas, concentración en periodos cortos y repite e imita. - Autonomía personal: suele gestionarse solo, en determinadas actividades precisa de orientación y ayuda. - Conducta y relaciones: acepta las normas, suele pasar mucho tiempo solo, le cuesta participar en el grupo clase, gran interés por las actividades musicales y de movimiento.
Adaptación y relación social	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomía personal dentro de la rutina habitual. - En el grupo-clase empieza a interactuar cuando son actividades que disfruta.
Estilo de aprendizaje	<p>Ítems dentro de cuatro categorías (nula, baja, media y alta)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivación: media - Nivel de autonomía: baja - Aceptación de normas: media - Resistencia a la frustración: media - Actitud: media - Memoria: baja - Actitud ante las ayudas y apoyos: media - Actitud ante actividades que domina: alta - Actitud ante actividades difíciles: nula - Capacidad de trabajo: baja - Atención y concentración: baja

³ Sin especificar valoración

⁴ Sin especificar valoración

	<ul style="list-style-type: none"> - Preferencia de agrupamiento: solo - Preferencia en los tipos de lenguajes: visual - Ritmo de aprendizaje: lento
<p>Identificación de las necesidades específicas de apoyo educativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aspectos cognitivos: estrategias de focalización y atención, mejorar los hábitos de trabajo, memoria, estructuración de la información/comprensión, trabajo dirigido, capacidad de relación y discriminación perceptiva (táctil y auditiva). - Equilibrio personal o afectivo-emocional: autoconcepto y autoestima, autonomía personal, motivación, empatía y estabilidad emocional. - Relación interpersonal y adaptación social: trabajo en grupo, auto regulación conductual, habilidades de comunicación, habilidades sociales y habilidades básicas para la vida diaria. - Desarrollo comunicativo-lingüístico: expresión oral/articulación, comprensión oral, nivel semántico/vocabulario, unir el lenguaje a sus vivencias personales y comprensión del contexto.
<p>Aspectos organizativos y metodología</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Emplear canciones para mantener la atención. - Apoyos visuales. - Organización con rutinas. - Espacio y tiempo muy bien estructurados. - Usar la anticipación.

Tabla 3.

Datos alumno 2

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Edad	11 años
Sexo	Hombre
DATOS CUANTITATIVOS	
Grado de TEA (DSM-5)	II
M-CHAT	Riego medio-puntuación obtenida 4
IDEA	No se incluye
DATOS CUALITATIVOS	
Observación en el aula	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades: dificultad mantener y centrar la atención, suele irse solo a determinados espacios del aula durante las actividades y se frustra cuando no son de su interés. - Autonomía personal: con frecuencia requiere de la aceptación de la maestra y tenerla cerca. - Conducta y relaciones: le cuesta aceptar ciertas normas, tiene un carácter fuerte, le cuesta interactuar con el grupo-clase.
Adaptación y relación social	<ul style="list-style-type: none"> - Bastante autonomía personal. - Presenta rabietas. - Cómodo en el entorno escolar. - Tímido y retraído con personas desconocidas. - Adaptación complicada en contextos nuevos.
Estilo de aprendizaje	<p>Ítems dentro de cuatro categorías (nula, baja, media y alta)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención y concentración: baja - Motivación: media - Nivel de autonomía: media - Aceptación de normas: media - Resistencia a la frustración: baja - Actitud: media - Memoria: baja - Actitud ante las ayudas y apoyos: alta - Actitud ante actividades que domina: media - Actitud ante actividades difíciles: baja - Capacidad de trabajo: baja

	<ul style="list-style-type: none"> - Preferencia de agrupamiento: pequeño grupo - Terminación de las tareas: a veces - Preferencia en los tipos de lenguajes: visual, auditiva, manipulativa y mixta - Ritmo de aprendizaje: lento
<p>Identificación de las necesidades específicas de apoyo educativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aspectos cognitivos: estrategias de focalización y atención, mejorar los hábitos de trabajo, memoria, estructuración de la información/comprensión, trabajo guiado y estructurado, capacidad de razonamiento y programa específico de lenguaje. - Equilibrio personal o afectivo-emocional: autoconcepto y autoestima, autonomía personal, motivación, empatía y estabilidad emocional. - Relación interpersonal y adaptación social: trabajo en grupo, auto regulación conductual, habilidades de comunicación y habilidades sociales. - Desarrollo comunicativo-lingüístico: expresión oral/articulación, comprensión oral, nivel semántico/vocabulario y desarrollo morfosintáctico oral.
<p>Aspectos organizativos y metodología</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiente estructurado. - Anticipar situaciones. - Usar claves visuales o auditivas. - Aprendizajes enfocados a la vida cotidiana. - Empleo de rutinas.

Tabla 4.

Datos alumno 3

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Edad	9 años
Sexo	Mujer
DATOS CUANTITATIVOS	
Grado de TEA (DSM-5)	III
M-CHAT	Riego alto ⁵
IDEA	Nivel 1-mayor grado de afectación
DATOS CUALITATIVOS	
Observación en el aula	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades: mucha dificultad mantener y centrar la atención, resulta complicado encontrar actividades de su interés y requiere de apoyo en su realización. - Autonomía personal: presenta muy poca autonomía en los ámbitos más básicos - Conducta y relaciones: se enfada cuando no se realiza lo que ella quiere, no suele mostrar interés por las relaciones con sus iguales.
Adaptación y relación social	<ul style="list-style-type: none"> - Poca autonomía personal. - No interacciona, centrada en sí misma. - Cariñosa con sus personas de referencia. - Presenta rabietas, se autolesiona. - Sensible a determinados sonidos.
Estilo de aprendizaje	<p>Ítems dentro de cuatro categorías (nula, baja, media y alta):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención y concentración: baja. - Motivación: baja. - Nivel de autonomía: baja. - Aceptación de normas: media. - Resistencia a la frustración: baja. - Actitud: media. - Memoria: baja. - Actitud ante las ayudas y apoyos: media. - Actitud ante actividades que domina: media. - Actitud ante actividades difíciles: nula. - Capacidad de trabajo: baja. - Preferencia de agrupamiento: solo.

⁵ Sin especificar valoración

	<ul style="list-style-type: none"> - Terminación de las tareas: casi nunca. - Preferencia en los tipos de lenguajes: visual. - Ritmo de aprendizaje: lento.
Identificación de las necesidades específicas de apoyo educativo	<ul style="list-style-type: none"> - Aspectos cognitivos: estrategias de focalización y atención, memoria, estructuración de la información/comprensión, trabajo reflexivo y autodirigido y capacidad de razonamiento. - Equilibrio personal o afectivo-emocional: autonomía personal y estabilidad emocional. - Relación interpersonal y adaptación social: auto regulación conductual, habilidades de comunicación y habilidades sociales. - Desarrollo psicomotor: coordinación visomotora/viso y psicomotricidad gruesa/coordinación dinámica. - Desarrollo comunicativo-lingüístico: expresión oral/articulación, comprensión oral, nivel semántico/vocabulario, desarrollo morfosintáctico y de un Sistema Alternativo de Comunicación y desarrollar la capacidad de intención e intercambio comunicativo.
Aspectos organizativos y metodología	<ul style="list-style-type: none"> - Situación en el aula que le permita moverse. - Atención muy individualizada. - Apoyos visuales - Aprendizaje muy estructurado. - Instrucciones cortas y sencillas. Recompensar los esfuerzos y logros.

2.2 METODOLOGÍA

La metodología es una parte muy importante ya que será un factor clave para que el trabajo de investigación sea lo más riguroso posible y se adapte a lo que se pretende alcanzar.

En primer lugar, de cara al diseño de las sesiones de la intervención, estos se han planteado siguiendo una estructura que se ha demostrado que es más efectiva en el alumnado TEA. Para lograr que los alumnos sean capaces de saber en qué momento va a llevarse a cabo la sesión de musicoterapia, en la primera, se les explicará que siempre se va a iniciar este tiempo con la misma canción de bienvenida, de manera que cuando ellos la escuchen podrán asociarlo, también influirá que una persona nueva entra al aula y nos terminarán identificando como quién realiza esta función. Una vez comprendido que empieza este momento, se dará paso a la actividad principal que será explicada de forma clara y sencilla, y antes de comenzar nos aseguraremos de que todos los participantes han comprendido en que consiste lo que se va a realizar. Por último, al igual que al comenzar habrá una canción que se asocie con el final de la actividad y que los alumnos comprendan que es el cierre de este espacio.

Por otro lado, un aspecto importante que también formará parte de todo el diseño de las sesiones será el uso de pictogramas, es decir un signo que de forma esquemática represente un objeto real, un símbolo o una figura. Es una representación sencilla que informe o señalice un mensaje. En el caso de las personas con autismo suele emplearse como una forma de comunicación y organización, con el objetivo de garantizar una mejor comprensión y un punto importante es no hacer un uso excesivo de ellos ya que les puede dar lugar a lo contrario y generar una mayor confusión. Además de estimular el lenguaje, también sirven para proporcionar al individuo de anticipación, estructura y regulación. Un ejemplo de cómo vamos a usar nosotros los pictogramas, es al finalizar la canción principal que habla sobre cómo nos encontramos, les preguntaremos a los alumnos como se encuentran y tendremos los pictogramas de “bien o mal”, de referencia. Hay que mencionar que todos los pictogramas que empleamos en las sesiones son tomados del Centro Aragonés para la Comunicación Aumentativa y Alternativa (ARASAAC).

En la siguiente tabla (tabla 5), se presenta un breve resumen sobre las sesiones que se van a realizar:

Tabla 5.*Resumen sesiones de intervención musicoterapia*

SEMANAS	SESIONES	NOMBRE DE LAS SESIONES	BREVE DESCRIPCIÓN
Semana 1	Sesión I	<i>¡Bienvenidos!</i>	Presentación de los miembros del grupo usando ritmos corporales. Escucha de distintas canciones con la finalidad de identificar la emoción de alegría o tristeza.
	Sesión II	<i>Toco lo que siento</i>	Con el uso de instrumentos se les expondrá distintas situaciones y tendrán que tocar en función de lo que les genere si alegría o tristeza.
Semana 2	Sesión III	<i>Es la hora del cuento</i>	Identificamos a través de la lectura de un cuento los momentos en los que los personajes sienten alegría, para ello usaremos los instrumentos.
	Sesión IV	<i>Es la hora del cuento II</i>	Identificamos a través de la lectura de un cuento los momentos en los que los personajes sienten tristeza, para ello usaremos los instrumentos.
Semana 3	Sesión V	<i>Bailando disfrutamos</i>	Formando un círculo, en un primer momento cada uno baila libre. Después se irán turnando salir al centro y que los demás tengan que imitar.
	Sesión VI	<i>Sígueme el ritmo</i>	Con ayuda de unas baquetas, en un primer momento cada uno irá tocando libremente. A continuación se irán turnando el rol de dirigir.
Semana 4	Sesión VII	<i>Expreso lo que siento</i>	Con la ayuda de todo tipo de materiales, cada alumno realizará una pieza artística a raíz de lo que le sugiera la música que se escucha de fondo y el cómo se siente.
	Sesión VIII	<i>En una nube</i>	Tumbados en las colchonetas del aula, se realizará una relajación con música de fondo, mientras se va haciendo un repaso por todas las sesiones de musicoterapia que se han realizado y lo que hemos aprendido y trabajado en cada una.

Con relación a las tabla anterior es importante añadir que todas sesiones se realizarán los mismos días (martes y jueves), durante cuatro semanas, y siempre a la misma hora, con la idea de que las integren a su rutina del día dentro del colegio. La duración de las sesiones abarcará entre los 20 y 30 minutos como máximo, de esta forma se intentará garantizar que el tiempo que se está dentro del aula tenemos la atención del alumnado.

Un factor importante en la realización de las sesiones será que los alumnos participen de dos formas distintas, algunas actividades se desarrollarán de una forma más activa donde se requerirá la acción de los individuos mientras que, en otras su papel será más pasivo y por tanto, se limitará más a la escucha por su parte.

Dentro de las actividades, incluiremos el uso de instrumentos que ayudan a trabajar el estrés, la ansiedad, la agresividad etc. Se realizarán juegos musicales, donde el objetivo es favorecer la interacción social, reducir la timidez y cualquier bloqueo emocional. Y también, otro tipo de materiales como pueden ser los cuentos, que ayuden a conectar con las emociones de los otros.

Otro punto para tener en cuenta será la motivación, buscaremos actividades que previamente habremos observado que sean de su atractivo dentro del aula, siempre dejando margen a plantear posibles nuevos intereses. Y por supuesto, toda actividad será planteada de manera clara y sencilla, y comprobando que se ha comprendido antes de comenzar su desarrollo.

2.3 ANÁLISIS DATOS

Se comprende la investigación, como un proceso que recopila, organiza, y analiza información con la finalidad de tener una mayor comprensión en un tema o un problema.

Con respecto al análisis de los datos, nos vamos a basar en la observación de la muestra. Dividiendo esta investigación en tres fases:

- 1) La primera, será una observación del comportamiento de los participantes dentro de la rutina en el aula habitual.
- 2) La segunda, la aplicación de las sesiones de musicoterapia. Proceso que dura cuatro semanas, con dos sesiones en cada una de ellas.
- 3) Y la tercera, análisis posterior observando los posibles cambios que han tenido lugar.

Y los resultados obtenidos se van a plasmar de dos formas distintas:

En primer lugar, el **enfoque cuantitativo** utiliza la recolección de datos para probar la hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías. (Sampieri et al., 2014).

Para esta parte del análisis emplearemos “La escala de Alexitimia para Observadores”⁶, que se ha presentado en numerosas publicaciones, y el cuestionario que empleamos ha sido traducido directamente de su fuente original.

Este cuestionario está planteado para ser respondido por la persona que va a evaluar al posible sujeto alexitimico. Esta escala concretamente se divide en 5 subescalas explicada detalladamente (Haviland et al., 2000):

Subescala 1: Distante (10 preguntas)→Preguntas de la 1 a la 10

Subescala 2: No introspectivo (8 preguntas)→Preguntas de la 11 a la 18

Subescala 3: Somatización (5 preguntas)→ Preguntas de la 19 a la 23

Subescala 4: Sin sentido del humor (5 preguntas)→Preguntas de la 24 a la 28.

Subescala 5: Rígido (5 preguntas)→Preguntas de la 29 a la 33.

Por lo tanto, esta escala que contiene 33 preguntas donde cada una de ellas se puede valorar de 0 a 3 puntos, siendo posible obtener hasta un máximo de 99 puntos. Para la comprensión de los resultados en la página Espectroautista.info (Professoren, s. f.-c), nos explican lo siguiente:

Los autores de la Escala de Alexitimia para Observadores no han establecido puntos de corte, es decir, puntuaciones que permitan clasificar el nivel de alexitimia según la puntuación obtenida. De lo que disponemos es del resultado obtenido al enfrentar el cuestionario a la población mundial y a la población clínica. La población normal utilizada en el estudio de validación de la Escala de Alexitimia para Observadores estaba formada por familiares de universitarios de Ciencias de la Salud, mientras que la población clínica consistía en pacientes psicólogos afiliados a la asociación Psicológica Americana. Es de prever que en

⁶ Se empleará también el término “OAS” para referirnos a esta escala.

la población general se encuentren algunos casos de individuos alexitímicos, pero pocos, mientras que en la población clínica es de prever la situación inversa, es decir, que el número de alexitímicos sea significativo.

Mediante la siguiente tabla (tabla 6) será la manera de interpretar el resultado obtenido tras realizar el cuestionario “Escala de Alexitimia para Observadores” (anexo 2). Este proceso consistirá en comparar la media que se expone por hombres y mujeres, en función del alumno que evaluamos. Y por ello, si el resultado es parecido o incluso superior a la media obtenida, la persona evaluada será un sujeto con alexitimia. En caso de que sea similar o inferior del que corresponde a la población normal la posibilidad de alexitimia debe ser descartada.

Tabla 6.

Resultados OAS población normal y clínica

Resultados obtenidos al estudiar una población normal			
Escala	Combinado	Mujeres	Hombres
Total (33 preguntas)	29,8 (±13,2)	31,3 (±13,6)	28,5 (±12,8)
Subescala 1: Distante	9,1 (±5,6)	8,6 (±5,6)	9,5 (±5,5)
Subescala 2: No introspectivo	8,6 (±4,4)	9,0 (±4,4)	8,3 (±4,4)
Subescala 3: Somatización	4,9 (±3,1)	5,8 (±3,3)	4,0 (±2,6)
Subescala 4: Sin sentido del humor	2,9 (±2,8)	3,4 (±2,8)	2,5 (±2,7)
Subescala 5: Rígido	4,3 (±3,1)	4,5 (±3,0)	4,1 (±3,2)
Resultados obtenidos al estudiar una población clínica			
Escala	Combinado	Mujeres	Hombres
Total (33 preguntas)	48,9 (±14,9)	48,5 (±15,1)	50,0 (±14,8)
Subescala 1: Distante	15,0 (±5,8)	14,1 (±5,7)	17,1 (±5,7)
Subescala 2: No introspectivo	13,5 (±4,4)	13,6 (±4,4)	13,1 (±4,5)
Subescala 3: Somatización	8,0 (±4,6)	8,5 (±4,5)	6,8 (±4,6)
Subescala 4: Sin sentido del humor	6,2 (±3,3)	5,9 (±3,2)	6,9 (±3,4)
Subescala 5: Rígido	6,3 (±3,3)	6,3 (±3,4)	6,2 (±3,3)

Como segunda forma de análisis vamos a incluir una visión cualitativa. Entendiendo este enfoque cualitativo como el que utiliza a recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación. (Sampieri et al., 2014).

Para llevar a cabo esta parte usaremos las observaciones reflejadas en el informe psicopedagógico, las tomadas durante las clases previas a realizar la intervención y las

realizadas durante las sesiones de musicoterapia. Con la finalidad de comparar conductas, reacciones y sensaciones de los distintos alumnos. Estas observaciones serán analizadas en función a las subescalas de la escala OAS.

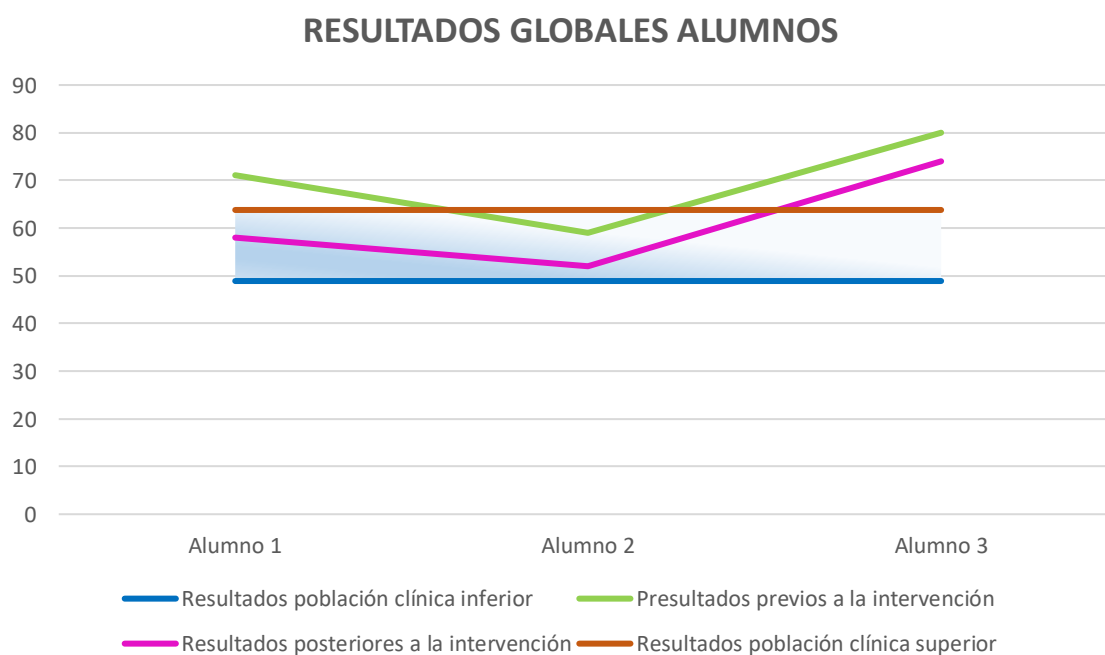
3. RESULTADOS

3.1 ANÁLISIS CUANTITATIVO

En primer lugar, se procede a realizar el cuestionario de forma individual a cada alumno, en base a las observaciones realizadas durante la rutina de clase normal antes de realizar las sesiones de musicoterapia. Los resultados obtenidos se comparan con la tabla 6, que presenta la población normal y una población clínica, aplicando la Escala de Observadores para la Alexitimia, de tal modo que se verá si realmente pertenecen a puntuaciones que consideran sujetos alexitimicos.

Gráfico 1.

Resultados globales alumnos



Una vez comprobado que efectivamente si se pueden considerar sujetos alexitimicos (ver gráfico 1), ya que en los resultados previos a la intervención están dentro o por encima del rango de la población clínica en la puntuación global.

De tal manera, que se plantea la siguiente hipótesis: el programa de musicoterapia reducirá significativamente los niveles de alexitimia de los alumnos TEA a lo que se les ha aplicado.

Por ello, se procede a realizar una comparación de datos con respecto a la población clínica y con el sexo que corresponde a cada alumno (mujer/hombre).

Además, los resultados se exponen visualmente en gráficos con la finalidad de proporcionar una mayor comprensión de estos.

Resultados alumnos:

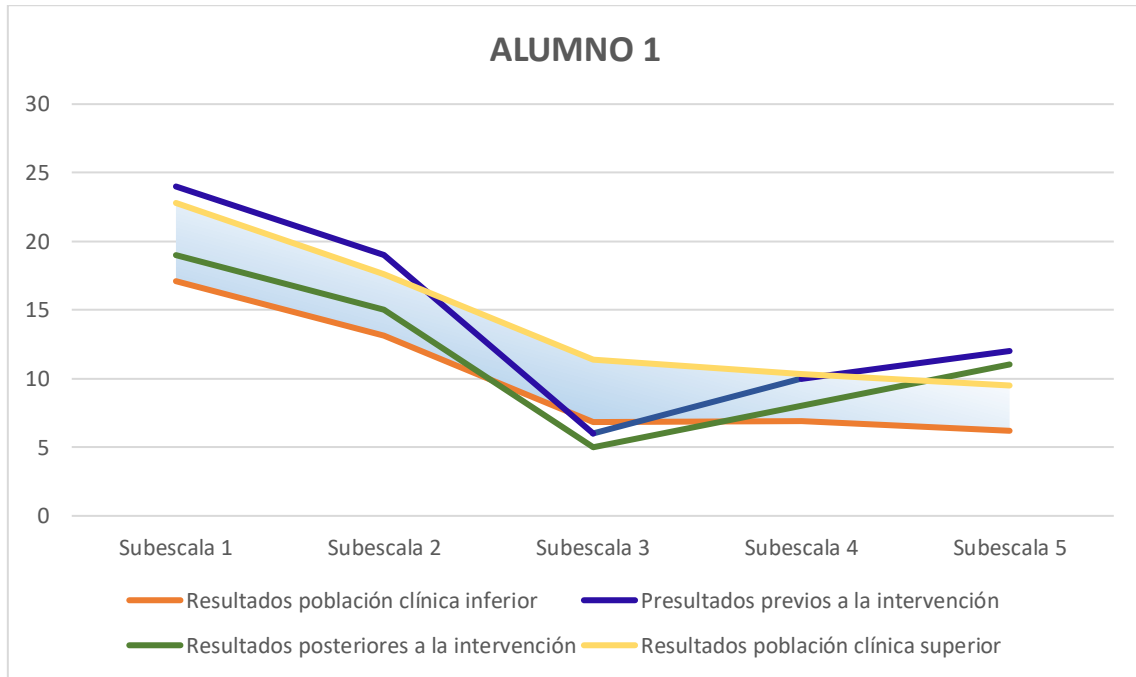
Tabla 7.

Resultados OAS alumno 1

Escala	Resultados obtenidos población clínica (hombres)	Resultados previos a la intervención	Resultados posteriores a la intervención
Total (33 preguntas)	50,0 ($\pm 14,8$)	71	58
Subescala 1 Distante	17,1 ($\pm 5,7$)	24	19
Subescala 2 No introspectivo	13,1 ($\pm 4,5$)	19	15
Subescala 3 Somatización	6,8 ($\pm 4,6$)	6	5
Subescala 4 Sin sentido del humor	6,9 ($\pm 3,4$)	10	8
Subescala 5 Rígido	6,2 ($\pm 3,3$)	12	11

Gráfico 2.

Resultados alumno 1



En el caso del alumno 1, podemos observar que ha pasado de una puntuación total de 71 a 58 tras la realización de las sesiones. Se observa que la mejora más significativa se realiza en la subescala 1, referida a lo distante que es el alumno, donde ha pasado de 24 a 19. Y es en la subescala 3, somatización, en la cual es la que hay menos diferencia y ha comenzado con un 6 de puntuación hasta tener un 5.

Tabla 8.

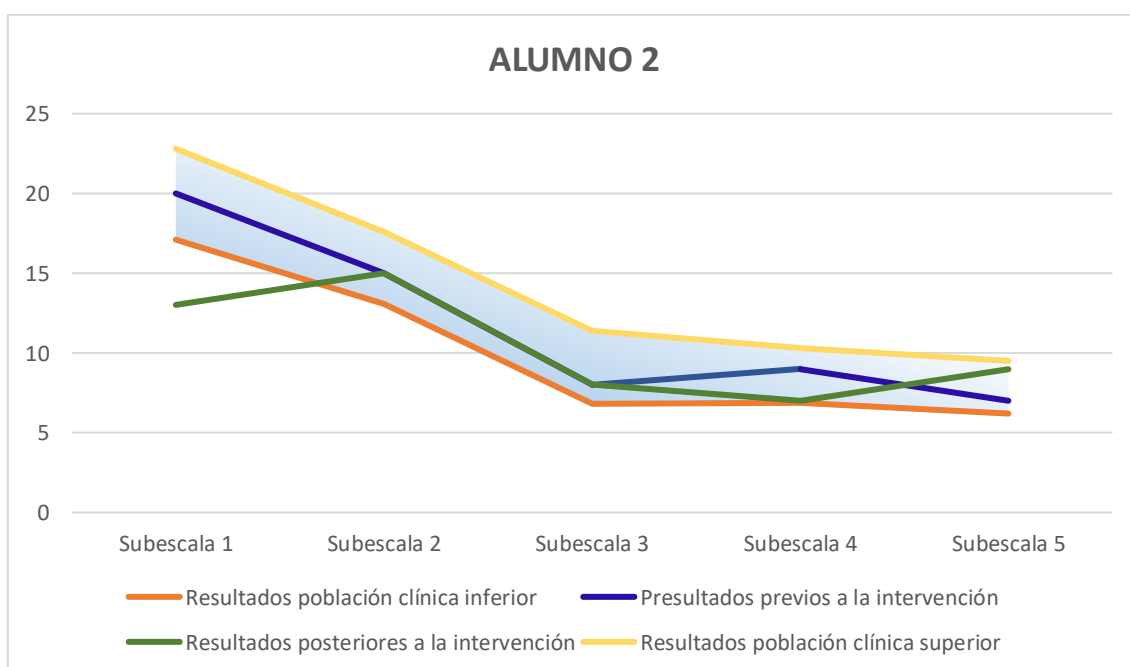
Resultados OAS alumno 2

Escala	Resultados obtenidos población clínica (hombres)	Resultados previos a la intervención	Resultados posteriores a la intervención
Total (33 preguntas)	50,0 ($\pm 14,8$)	59	52
Subescala 1	17,1 ($\pm 5,7$)	20	13

Distante			
Subescala 2 No introspectivo	13,1 (\pm 4,5)	15	15
Subescala 3 Somatización	6,8 (\pm 4,6)	8	8
Subescala 4 Sin sentido del humor	6,9 (\pm 3,4)	9	7
Subescala 5 Rígido	6,2 (\pm 3,3)	7	9

Gráfico 3.

Resultados alumno 2



Con el alumno 2, la puntuación total ha pasado de 59 a 52 con una diferencia de 7. Se puede ver que la mejora significativa tiene lugar en la subescala 1, distante, que pasa de una valoración de 20 a 13, pasando a estar fuera del rango de la población clínica. Sin embargo, destaca que en el resto de las escalas las valoraciones en el segundo cuestionario

se quedan exactamente igual como ocurre en la subescala 2 y 3, o la diferencia es muy poca como ocurre en la subescala 4. Incluso destaca, que en la subescala 5, rígido, ha tenido una puntuación más alta la segunda vez, esto podría ser que durante las sesiones hay ciertas situaciones que no le producen estar cómodo y por eso sube esta valoración.

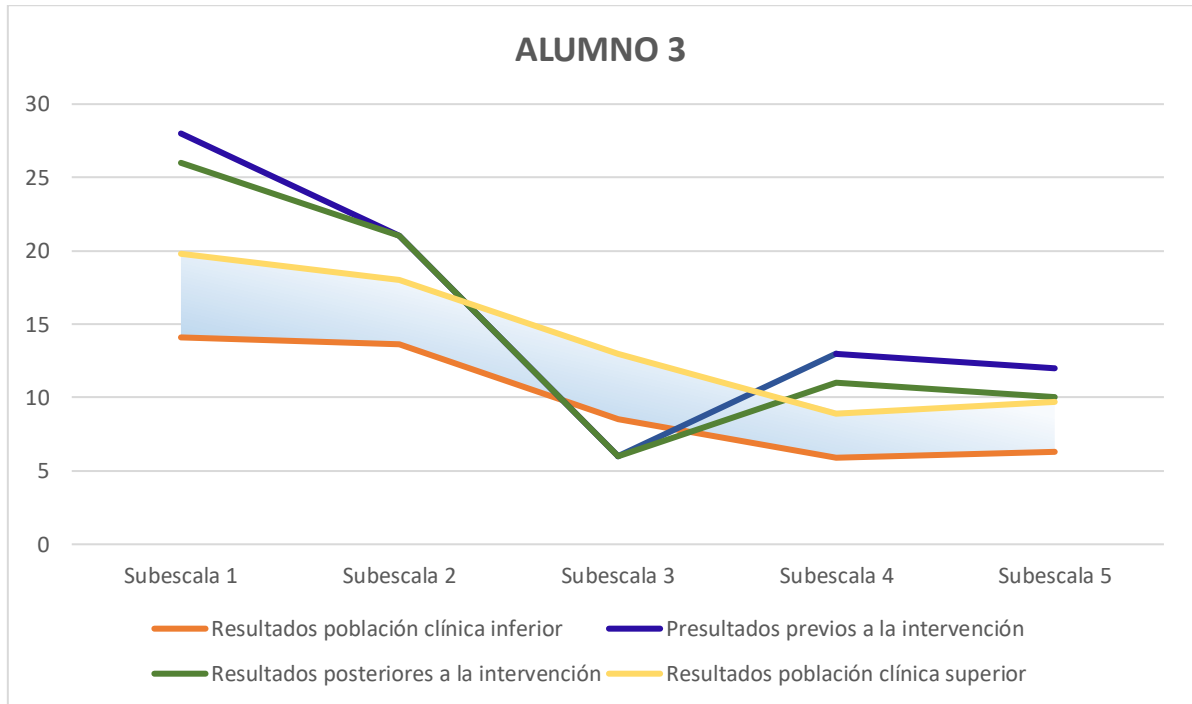
Tabla 9.

Resultados OAS alumno 3

Escala	Resultados obtenidos población clínica (mujeres)	Resultados previos a la intervención	Resultados posteriores a la intervención
Total (33 preguntas)	48,5 ($\pm 15,1$)	80	74
Subescala 1 Distante	14,1 ($\pm 5,7$)	28	26
Subescala 2 No introspectivo	13,6 ($\pm 4,4$)	21	21
Subescala 3 Somatización	8,5 ($\pm 4,5$)	6	6
Subescala 4 Sin sentido del humor	5,9 ($\pm 3,2$)	13	11
Subescala 5 Rígido	6,3 ($\pm 3,4$)	12	10

Gráfico 4.

Resultados alumno 3



En el alumno 3, pasamos de una puntuación total en el primer cuestionario de 80 a 74 una vez que se repite. En este caso, destaca que no ha habido mejoras significativas en ninguna de las subescalas. Podemos ver, un diferencia de dos puntos en las subescalas 1, 4 y 5. Mientras que, las subescalas 2 y 3 se mantienen igual.

Tras realizar el cuestionario previo y posterior, e interpretar los resultados obtenidos, podemos asegurar que siguiendo estas puntuaciones los tres alumnos presentan claramente un caso de alexitimia, ya que todas las medias son similares y en la mayoría de los casos muy superiores a la media que tiene la población clínica.

3.2 ANÁLISIS CUALITATIVO

Para esta segunda parte del análisis emplearemos las observaciones reflejadas en el informe psicopedagógico, las observadas durante las clases y rutinas habituales y por supuesto, los momentos de intervención con la musicoterapia. Con la finalidad de ver cómo va afectando a su manera de comportarse, de expresarse y relacionarse con los otros. Se hará de manera individual con los tres alumnos que han participado formando

parte de la muestra del estudio. Y usando las subescalas del OAS para orientar estas observaciones.

Alumno 1

El primer alumno, destaca por su buena evolución durante la intervención de musicoterapia. Dentro de los aspectos más importantes a destacar encontramos entre la rutina habitual y las sesiones de musicoterapia:

Tabla 10.

Observaciones alumno 1

SUBESCALAS	PREVIAS A LA INTERVENCIÓN	POSTERIORES A LA INTERVENCIÓN
1-Distante	Le cuesta participar en actividades a nivel grupo-clase.	Es un alumno que disfruta mucho con las actividades que involucren la música y se ha podido ver más motivado y participativo, incluyendo más a sus compañeros.
2-No introspectivo	Tiene dificultad en expresar lo que le sienta mal por parte de sus compañeros.	En ocasiones ha comunicado como se sentía con determinadas acciones que le han hecho sus compañeros.
3-Somatización	Con frecuencia, se agobia por cómo se encuentra físicamente y no sabe controlarlo.	Este agobio sí que ha aparecido durante las sesiones, pero con ayuda de la música que es un gran interés para él ha sido capaz de reconducir esta situación.
4-Sin sentido del humor	En general, no tiene capacidad de comprensión de las bromas, el doble sentido etc.	Se han dado situaciones donde ha formado parte del grupo y ha compartido momentos donde ha estado más relajado de lo habitual.
5-Rígido	Necesita de rutinas claras, en la incertidumbre no se maneja nada bien.	Al saber que tocaban las sesiones de musicoterapia y todo lo que ello abarcaba, su predisposición siempre ha sido muy buena. Luego podía variar según si le gustaba más o menos lo que se planteaba.

Alumno 2

El siguiente alumno, muy distinto al anterior, pero en las sesiones podemos ver también evolución y detalles que llaman la atención. Entre ellos:

Tabla 11.

Observaciones alumno 2

SUBESCALAS	PREVIAS A LA INTERVENCIÓN	POSTERIORES A LA INTERVENCIÓN
1-Distante	Suele ir mucho por libre y no interactuar con el grupo-clase. Lo cierto es que necesita que su maestra le guía en la mayoría de los momentos y sentir que está cerca.	En muchas actividades se ha logrado que muestre interés por el grupo. Aunque si se han mantenido los momentos de tener que estar solo. Aunque se iba solo, te cogía la mano con intención de que te quedases cerca, lo que deja ver ciertas inseguridades.
2-No introspectivo	Tiene niveles de frustración muy altos, especialmente cuando tiene que enfrentarse a cambios inesperados o no se realiza lo que el quiere.	Se ha frustrado mucho, especialmente en las actividades musicales con instrumentos, donde se le indicaba que cogiese uno distinto al habitual, con la finalidad de que también sepa mediar con esta sensación. Se ha logrado que determinadas ocasiones supiese tomárselo de mejor manera.
3-Somatización	En ocasiones, se agobia por pequeñas heridas o por malestares mínimos y precisa de tu atención.	Se ha intentado que estos pensamientos no sean tan recurrentes e intentar distraerle con actividades que sean de su interés.
4-Sin sentido del humor	Le es muy difícil salir de las rutinas y las necesita para tener ese sentimiento de tranquilidad y seguridad.	Si le cambias lo que tiene pensado hacer él, se enfada y frustra con facilidad. Es necesario reconducirle a la dinámica con algo que disfrute.
5-Rígido	Le cuesta mucho adaptarse a ciertos cambios y demuestra poca predisposición a ellos, hasta el punto de dejar de disfrutar si no sale como él espera.	Le ha costado adaptarse a las rutinas de intervención. Pero ha habido cosas que realmente han llamado su atención y le han hecho evadirse.

Alumno 3

En este último caso, es el más difícil de los tres. El motivo es que en los dos anteriores, tienen en primer lugar, una mayor motivación con las dinámicas que se emplean elementos musicales, por lo que notar mejorías y evolución resulta mucho más sencillo. Incluso, según indicaciones de su informe y las propias observaciones, estamos ante un caso de hiperacusia⁷, bastante frecuente en las personas con TEA, por lo que este tipo de intervención no se adapta a sus necesidades.

Y por otro lado, el nivel comunicativo de los otros dos alumno es mucho mayor, ya que si usan el lenguaje para expresarse, mientras que, esta alumna prácticamente todo lo indica a través del uso de pictogramas. Por lo que se ha podido observar:

Tabla 12.

Observaciones alumno 3

SUBESCALAS	PREVIAS A LA INTERVENCIÓN	POSTERIORES A LA INTERVENCIÓN
1-Distante	Clara preferencia por trabajar de forma individual. Muy poca relación con sus iguales, tanto en los tiempos de actividad como de tiempo libre.	Se ha mantenido esta preferencia, pero se ha logrado que en determinadas actividades se involucre un poco con el grupo.
2-No introspectivo	Poca motivación en líneas generales y muy poca expresión emocional. También, muestra grandes dificultades a la hora de expresar sentimientos y como se siente.	Cuando se ha logrado esta motivación, se ha podido ver reflejado en que lo esperaba a través de gestos como la sonrisa e incluso con abrazos. En las actividades le cuesta reconocer las emociones más elementales como son la alegría y la tristeza. Tampoco es capaz de expresar que es lo que le incomoda en determinadas situaciones.

⁷ La hiperacusia se define como la intolerancia a ciertos sonidos cotidianos que causa angustia y discapacidad significativas en las actividades sociales, ocupacionales, recreativas y otras actividades cotidianas. Los sonidos pueden percibirse como incómodamente fuertes, desagradables, atemorizantes o dolorosos. Se encuentra presente en aproximadamente un 3% población general, y aumenta significativamente en trastornos del espectro autista (TEA), alcanzando entre un 15% a 40% (Urizar-Sánchez et al., 2022).

3-Somatización	No es capaz de verbalizar que le esta ocurriendo, y los motivos de encontrarse mal. Con los pictogramas indica malestar pero no especifica.	Durante las sesiones no ha habido ningún tipo de mejora en este aspecto.
4-Sin sentido del humor	No tiene capacidad de involucrarse en su entorno ni lo que ocurre en él.	En momentos concretos si ha mostrado que formaba parte del grupo y ha reaccionado a través de una sonrisa.
5-Rígido	Necesidad de dejar bien claro lo que se va a realizar.	En las actividades que no se ha asegurado que lo había entendido, no mostraba ningún interés por involucrarse.

4. CONCLUSIONES

En el presente Trabajo fin de Grado se comenzaba exponiendo una serie de objetivos específicos que se pretendían plasmar a lo largo de todo su desarrollo, con la finalidad de observar si se ha logrado el objetivo general que se había propuesto.

Continuando, se ha dedicado un tiempo determinado en el centro donde se ha realizado la intervención, para conocer a la muestra con la que se iba a llevar a cabo la investigación, de tal manera que tener la posibilidad de ver como se desenvuelven en su espacio habitual, que es el aula, nos ayudase a plantear una serie de dinámicas de la mano de la musicoterapia que sean de su interés y que por tanto, se logre generar una motivación para participar en ellas y captar su atención desde el primer momento. Y también, mediante la observación a quienes están acostumbrados a trabajar con ellos, obtener herramientas para determinadas situaciones que se pueden dar durante el desarrollo de las sesiones y poder ofrecer una solución a las mismas. Todo ello, ha sido una gran oportunidad y además, los tres alumnos de la muestra era muy diferentes lo que ha hecho más enriquecedora la experiencia.

Una vez realizadas las sesiones de musicoterapia, se han llevado a cabo el análisis de los resultados obtenidos a través del cuestionario OAS y también, mediante las observaciones oportunas durante la intervención. De todo ello en relación con nuestro objetivo general que era: analizar los efectos de la musicoterapia en una muestra de alumnado TEA que presente alexitimia, podemos concluir varias puntos. En primer lugar, que emplear la musicoterapia como forma de tratar la alexitimia en el alumnado TEA, nos dará resultados muy distintos dependiendo de las características personales de cada individuo. Y que por supuesto, una intervención alargada en el tiempo proporcionaría unas mejoras mucho más significativas para la mejora de la alexitimia, por lo que se puede considerar que una de las limitaciones ha sido tener que adaptar todo a la disponibilidad temporal con la que se cuenta.

En relación con la hipótesis de la investigación que planteaba si el programa de musicoterapia reducirá significativamente los niveles de alexitimia de los alumnos TEA para quien iba dirigido. Podemos apreciar, que mediante el cuestionario si han tenido mejoras, pero que como era de esperar todos ellos siguen perteneciendo a la media correspondiente con la población clínica, ya que la musicoterapia proporciona resultados,

pero en ningún caso es una forma de curación ni del TEA y tampoco, de la alexitimia. Lo cierto también, es que con la muestra que se ha trabajado es muy pequeña, y sería muy interesante realizar un estudio mayor para poder llevar a cabo observaciones más concretas y analizar rasgos más definidos de lo que la musicoterapia genera en los individuos que tienen un mismo diagnóstico. En lo que sí se ha podido observar claramente es que en la subescala que hay indicios de mejora es en la 1, distante, donde si se ha pasado a estar dentro o por debajo del rango de la población clínica. Esta subescala es la que evalúa la interacción con los demás y la capacidad de comprensión, por lo que se podría decir que la musicoterapia si genera un acercamiento entre los individuos que participan, por tanto, se puede considerar que es en el ámbito donde si se puede obtener mejoras con este tipo de intervención. Mientras que, en subescala 3, somatización no se ha podido observar ningún tipo de beneficio.

Teniendo en cuenta los resultados globales, podemos determinar que en el alumno 1, hay indicios de mejora ya que pasa de estar fuera del rango de la población clínica a estar dentro. En el alumno 2, se mantiene en el rango de la población clínica pero con una puntuación más baja, esto no se refleja como algo significativo. Y por último, el alumno 3, no puede considerarse ningún cambio ya que su puntuación global esta muy por encima del rango de la población clínica en ambas ocasiones.

Sin duda, se ha podido ver durante toda la intervención que los alumnos responden mucho mejor a las actividades donde su participación es de manera activa en contraste a las que son sujetos pasivos. Esto se debe a que se implican mucho más, y a la vez los resultados que queremos lograr son mucho mejores ya que interaccionan y muestran cómo se sienten mucho más. En los resultados cualitativos, se ha podido plasmar que con la musicoterapia si se puede generar un ámbito de interacción muy distinto al habitual del aula, y dar pie a una mayor comunicación en el grupo-clase.

Un punto fundamental que se debe tener en cuenta es, que aunque en líneas generales si sea positivo emplear la musicoterapia con alumnado TEA, debemos valorar si para un caso concreto puede ser contraproducente. En la intervención que se ha realizado hemos observado que el alumna que presentaba hiperacusia, y por tanto una mayor sensibilidad auditiva, a diferencia de sus compañeros no ha podido beneficiarse de las sesiones, ya que esta afectación provocaba que estuviese incómoda y disgustada.

Por tanto, para concluir, podemos establecer que si es posible que a través de la musicoterapia se den lugar a mejoras en los individuos que presentan alexitimia, y que gracias a la música puedan mejorar su forma de sentir, expresar, interaccionar con ellos mismos y con su entorno, lo que inevitablemente hará que su calidad de vida mejore, ya que es una parte fundamental del desarrollo de las personas. Aunque los resultados obtenidos no reflejan cambios muy significativos, durante la propia intervención si se podían observar esa evolución, por lo que sería muy interesante continuar trabajando en esta línea y poder analizar en mayor magnitud los avances.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Albantakis, L., Brandi, M. L., Zillekens, I. C., Henco, L., Weindel, L., Thaler, H., ... & Schilbach, L. (2020). Alexithymic and autistic traits: Relevance for comorbid depression and social phobia in adults with and without autism spectrum disorder. *Autism*, 24(8), 2046-2056
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine: Its principles and applications*.
- Allen, R., & Heaton, P. (2010). Autism, music, and the therapeutic potential of music in alexithymia. *Music Perception*, 27(4), 251-261.
<https://doi.org/10.1525/mp.2010.27.4.251>
- Alonso-Fernández, F. (2011). La alexitimia y su trascendencia clínica y social. *Salud Mental*, 34(6), 481-490. <http://scielo.unam.mx/pdf/sm/v34n6/v34n6a2.pdf>
- ARASAAC. (s. f.). <https://arasaac.org/>
- Asperger, H. (1944). Los “psicópatas autistas” en la infancia. *Archivos de Psiquiatría y Enfermedades Nerviosas*, 117 (1), 76-136.
- Association, A. P. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing.
- Benenzon, R. O. (1977). La musicoterapia en el grupo familiar del niño autista. *Revista Musical Chilena*, 31(139-1), 28-37.
- Berthoz, S., & Hill, E. L. (2005). The validity of using self-reports to assess emotion regulation abilities in adults with autism spectrum disorder. *European psychiatry*, 20(3), 291-298.
- Blasco, S. P. (1971). *Musicoterapia para niños autistas: historia de la musicoterapia española* (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).
- Calleja-Bautista, M., Sanz-Cervera, P., & Tárraga-Mínguez, R. (2016). EFECTIVIDAD DE LA MUSICOTERAPIA EN EL TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA:

ESTUDIO DE REVISIÓN. *Papeles del psicólogo*, 37(2), 152-160.

<https://www.redalyc.org/pdf/778/77846055008.pdf>

- Cerezo Rodríguez, P., García Moja, C., de la Gándara Martín, J. J., & Hernández Herrero, H. (1988). Aspectos teóricos, clínicos y evaluación de la alexitimia. *Psiquis (Madrid)*, 10(6-7), 19-29.
- Confederación Autismo España. (2023, 21 abril). *¿Qué es el autismo? Características y diagnóstico*. Autismo España. <https://autismo.org.es/el-autismo/que-es-el-autismo/>
- Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 28(1/4), 337-342.
- Fuentes-Biggi, J., Ferrari-Arroyo, M. J., Boada-Muñoz, L., Touriño-Aguilera, E., Artigas, J., Díez-Cuervo, A., Mulas, F., Palacios, S., Tamarit, J. L., Martos-Pérez, J., & Posada-De, M. (2006). Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. *Revista De Neurologia*, 43(07), 425.
<https://doi.org/10.33588/rn.4307.2005750>
- Gold, C., Wigram, T., & Elephant, C. (2007). Musicoterapia para el trastorno de espectro autista. *la biblioteca Cochrane Plus*, 4, 1-22.
- Haviland, M. G., Warren, W. L., & Riggs, M. L. (2000). An Observer Scale to Measure Alexithymia. *Psychosomatics*, 41(5), 385-392.
<https://doi.org/10.1176/appi.psy.41.5.385>
- Hill, E., Berthoz, S., & Frith, U. (2004). Brief report: Cognitive processing of own emotions in individuals with autistic spectrum disorder and in their relatives. *Journal of autism and developmental disorders*, 34, 229-235.
- Kanner, L. (1943). Trastornos autistas del contacto afectivo. *Revista española de discapacidad intelectual Siglo Cero*, 36.

- MacLean, P. D. (1949). Psychosomatic disease and the "visceral brain": Recent developments bearing on the Papez theory of emotion. *Psychosomatic medicine*, 11(6), 338-353.
- Macías, E. M. M. (2010). Detección de necesidades específicas de apoyo educativo en el centro: evaluación psicopedagógica. *Pedagogía Magna*, (8), 85-93.
- Madrid, F. A. (2021, 26 febrero). ¿A qué nos referimos cuando hablamos de «calidad de vida»? Autismo Madrid. <https://autismomadrid.es/noticias/a-que-nos-referimos-cuando-hablamos-de-calidad-de-vida/#:~:text=La%20Calidad%20de%20Vida%20de,y%20satisfactorio%20de%20cualquier%20persona>
- M-CHAT. (2023, 7 febrero). *M-CHAT™ - Autism Screening*. M-CHAT™
- Nemiah, J. C., & Sifneos, P. E. (1970). Psychosomatic illness: a problem in communication. *Psychotherapy and psychosomatics*, 18(1-6), 154-160.
- Otero Rodríguez, J. (1999). Alexitimia, una revisión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 19(72), 587-596.
- Orden EDU/1603 de 2009. Por la que se establecen los modelos de documentos a utilizar en el proceso de evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización.
20 de julio de 2009.
- Pinna, F., Manchia, M., Paribello, P., & Carpiniello, B. (2020). The impact of alexithymia on treatment response in psychiatric disorders: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 311.
- Professoren, K. (s. f.-b). *EspectroAutista.Info – Escala de Alexitimia para Observadores*. <http://espectroautista.info/OAS-es.html>

Qué es la Musicoterapia - FEAMT. (2018, 5 julio). FEAMT. <http://feamt.es/que-es-la-musicoterapia/>

Rivière, A. (1997). Tratamiento y definición del espectro autista. *El tratamiento del autismo. Nuevas Perspectivas; Rivière, A., Martos, J., Eds.*

Rodríguez, E. C., & De música, S. Y. C. (2010). Los beneficios de La música. *Revista Digital: innovación y experiencias*, 26, 1-10.

Ruesch, J. (1948). The infantile personality: the core problem of psychosomatic medicine. *Psychosomatic medicine*, 10(3), 134-144.

Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2014). Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo, sus similitudes y diferencias. *RH Sampieri, Metodología de la Investigación*, 22.

Shipko, S. (1982). Alexithymia and somatization. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 37(4), 193-201.

Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 22(2-6), 255-262.

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1991). The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32(2), 153-164.

Universidad de Valladolid. (2010). *Memoria de plan de estudios del título del grado maestro-o maestra- en educación primaria por la universidad de Valladolid.* (p.28-29).

Urizar-Sánchez, C., R, H. S., J, K. W., & G, M. L. (2022). Hiperacusia en trastornos del espectro autista: una revisión de la literatura. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 82(2), 258-269. <https://doi.org/10.4067/s0718-48162022000200258>

- Vaiouli, P., Luminet, O., & Panayiotou, G. (2022). Alexithymic and autistic traits in children and adolescents: A systematic review of the current state of knowledge. *Autism*, 26(2), 308-316.
- Vallejo, M. P. (2010). La musicoterapia. *Innovación y experiencias educativas*, 1-11.
- Velecela-Espinoza, M. A. (2020). La educación musical en la formación integral de los niños. *Revista de investigación y pedagogía del arte*, (7).
- Wing, L., & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of autism and developmental disorders*, 9(1), 11-29.
- Zeidan, J., Fombonne, E., Scolah, J., Ibrahim, A. I., Durkin, M. S., Saxena, S., Yusuf, A., Shih, A. Y., & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research*, 15(5), 778-790.
<https://doi.org/10.1002/aur.2696>
- Zúñiga, A. H., Balmaña, N., & Salgado, M. (2017). Los trastornos del espectro autista (TEA). *Pediatría integral*, 21(2), 92-108.

6. ANEXOS

ANEXO 1: Propuesta de intervención musicoterapia

Sesiones Musicoterapia dirigidas a alumnos con TEA

Programación general

SEMANAS	SESIONES	NOMBRE DE LAS SESIONES
Semana 1	Sesión I	<i>¡Bienvenidos!</i>
	Sesión II	<i>Toco lo que siento</i>
Semana 2	Sesión III	<i>Es la hora del cuento</i>
	Sesión IV	<i>Es la hora del cuento II</i>
Semana 3	Sesión V	<i>Bailando disfrutamos</i>
	Sesión VI	<i>Sígueme el ritmo</i>
Semana 4	Sesión VII	<i>Expreso lo que siento</i>
	Sesión VIII	<i>En una nube</i>

Estructura general de las sesiones

Con la finalidad de aumentar la motivación y atención del alumnado con TEA es conveniente emplear rutinas en las sesiones. Por ello, durante el programa de intervención, seguiremos la siguiente estructura:

- 1) Tiempo de bienvenida
- 2) Desarrollo actividad principal
- 3) Tiempo de despedida

Planificación por sesiones

SESIÓN I	<i>¡Bienvenidos!</i>
TEMPORALIZACIÓN	25 minutos
OBJETIVOS	- Descubrir la emoción que hay en cada canción.
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de bienvenida: Escuchamos la canción de bienvenida, la cual habla de cómo nos encontramos (bien o mal). A continuación, con la ayuda de los pictogramas preguntamos a cada alumno como se encuentran. - Desarrollo actividad principal: En un primer momento cada alumno por orden cada alumno se

	<p>presentará diciendo su nombre con un ritmo corporal a la vez, los demás lo repetiremos. A continuación explicamos, que vamos a ir escuchando diferentes músicas, donde cada uno elegirá si le ha transmitido alegría o tristeza, tendremos los pictogramas como material de apoyo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de despedida: Escuchamos y bailamos con los gestos la canción de despedida, para que se la vayan aprendiendo para el resto de las sesiones.
RECURSOS	<p>Canción bienvenida (1) Pictogramas bien/mal (2) Canción despedida (3) Pictogramas triste/contento (4)</p>

**Los recursos se encuentran al final de la planificación de las sesiones.*

SESIÓN II	<i>Toco lo que siento</i>
TEMPORALIZACIÓN	20 minutos
OBJETIVOS	Trasmitir con la música lo que se siente
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de bienvenida: Escuchamos la canción de bienvenida, la cual habla de cómo nos encontramos (bien o mal). A continuación, con la ayuda de los pictogramas preguntamos a cada alumno como se encuentran y se coloca en la mano una pegatina del color de la emoción que han dicho. - Desarrollo actividad principal: De forma libre cada alumno elige el instrumento que prefiera. Les vamos a ir exponiendo situaciones que les puedan generar alegría/tristeza, y se les pedirá que toquen en función de lo que sienten ellos cuando les ocurre esa determinada situación. Ejemplo: Estoy solo en el patio →tristeza (aunque puede que eso para ellos sea alegría). - Tiempo de despedida: Escuchamos y bailamos con los gestos la canción de despedida.
RECURSOS	<p>Canción bienvenida (1) Pictogramas bien/mal (2) Canción despedida (3)</p>

	Pictogramas triste/contento (4) Diferentes instrumentos
--	--

SESIÓN III	<i>Es la hora del cuento</i>
TEMPORALIZACIÓN	25 minutos
OBJETIVOS	Identificar la emoción “alegría” en los personajes del cuento.
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de bienvenida: Escuchamos la canción de bienvenida, la cual habla de cómo nos encontramos (bien o mal). A continuación, con la ayuda de los pictogramas preguntamos a cada alumno como se encuentran. - Desarrollo actividad principal: Cada alumno escogerá libremente el instrumento que quiera. Se procederá a leer el Cuento del “Patito Feo”, los alumnos tendrán que tocar el instrumento cuando consideren que los personajes están experimentando la alegría. En el recurso aparece en rojo esos momentos, podemos decir la palabras clave “alegre, contentos” si lo vemos necesario. - Tiempo de despedida: Escuchamos y bailamos con los gestos la canción de despedida.
RECURSOS	Canción bienvenida (1) Pictogramas bien/mal (2) Canción despedida (3) Pictogramas triste/contento (4) Diferentes instrumentos Cuento: El patito feo (5)

SESIÓN IV	<i>Es la hora del cuento II</i>
TEMPORALIZACIÓN	25 minutos
OBJETIVOS	Identificar la emoción “alegría” en los personajes del cuento.
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de bienvenida: Escuchamos la canción de bienvenida, la cual habla de cómo nos encontramos (bien o mal). A continuación, con la ayuda de los pictogramas preguntamos a cada alumno como se encuentran.

	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo actividad principal: Cada alumno escogerá libremente el instrumento que quiera. Se procederá a leer el Cuento del “Patito Feo”, los alumnos tendrán que tocar el instrumento cuando consideren que los personajes están experimentando la tristeza. En el recurso aparece en verde esos momentos, podemos decir la palabras clave “triste, tristeza” si lo vemos necesario. - Tiempo de despedida: Escuchamos y bailamos con los gestos la canción de despedida.
RECURSOS	Canción bienvenida (1) Pictogramas bien/mal (2) Canción despedida (3) Pictogramas triste/contento (4) Diferentes instrumentos Cuento: El patito feo (5)

SESIÓN V	<i>Bailando disfrutamos</i>
TEMPORALIZACIÓN	25 minutos
OBJETIVOS	Trabajar la relación del yo con el otro
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de bienvenida: Escuchamos la canción de bienvenida, la cual habla de cómo nos encontramos (bien o mal). A continuación, con la ayuda de los pictogramas preguntamos a cada alumno como se encuentran. - Desarrollo actividad principal: Buscando la interacción con el grupo-clase, nos colocamos en un círculo. En un primer momento, dejamos que cada uno baile y se mueva libre. A continuación, de uno en uno van saliendo al centro o desde el sitio de cada uno, y los demás le tendrán que imitar. - Tiempo de despedida: Escuchamos y bailamos con los gestos la canción de despedida.
RECURSOS	Canción bienvenida (1) Pictogramas bien/mal (2) Canción despedida (3)

	Pictogramas triste/contento (4) Diferentes músicas para bailar
--	---

SESIÓN VI	<i>Sígueme el ritmo</i>
TEMPORALIZACIÓN	25 minutos
OBJETIVOS	Trabajar la relación del yo con el otro
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de bienvenida: Escuchamos la canción de bienvenida, la cual habla de cómo nos encontramos (bien o mal). A continuación, con la ayuda de los pictogramas preguntamos a cada alumno como se encuentran. - Desarrollo actividad principal: Buscando la interacción con el grupo-clase, nos colocamos en un círculo. Repartimos unas baquetas a cada uno. En un primer momento de uno en uno, cada uno tocará libremente. A continuación, habrá un director que se irá turnando y los demás le tendrán que imitar. - Tiempo de despedida: Escuchamos y bailamos con los gestos la canción de despedida.
RECURSOS	Canción bienvenida (1) Pictogramas bien/mal (2) Canción despedida (3) Pictogramas triste/contento (4) Instrumento: baquetas

SESIÓN VII	<i>Expreso lo que siento</i>
TEMPORALIZACIÓN	25 minutos
OBJETIVOS	Trabajar las emociones a través de la expresión artística
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de bienvenida: Escuchamos la canción de bienvenida, la cual habla de cómo nos encontramos (bien o mal). A continuación, con la ayuda de los pictogramas preguntamos a cada alumno como se encuentran. - Desarrollo actividad principal:

	<p>Con música de fondo, cada alumno tendrá la libertad de escoger diferentes materiales y expresar en una obra como se siente o lo que le hace sentir la música. Es muy importante dar libertad en la actividad, no es tan importante el resultado sino que desarrollen como se sienten en ese momento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de despedida: Escuchamos y bailamos con los gestos la canción de despedida.
RECURSOS	<p>Canción bienvenida (1) Pictogramas bien/mal (2) Canción despedida (3) Pictogramas triste/contento (4) Diferentes músicas de ambiente Materiales diversos para hacer manualidades</p>

SESIÓN VIII	<i>En una nube</i>
TEMPORALIZACIÓN	25 minutos
OBJETIVOS	<p>Eliminar tensiones Repasar lo aprendido durante las sesiones</p>
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de bienvenida: Escuchamos la canción de bienvenida, la cual habla de cómo nos encontramos (bien o mal). A continuación, con la ayuda de los pictogramas preguntamos a cada alumno como se encuentran. - Desarrollo actividad principal: Nos tumbamos en las colchonetas del aula. Pedimos que busquen una postura que les resulte cómoda y que cierren los ojos. Comienza a sonar música relajante. Con voz pausada y tranquila se va haciendo un repaso de todo lo vivido durante las sesiones realizadas, de los posibles aprendizajes, y de la importancia que tienen las emociones en nuestra vida.

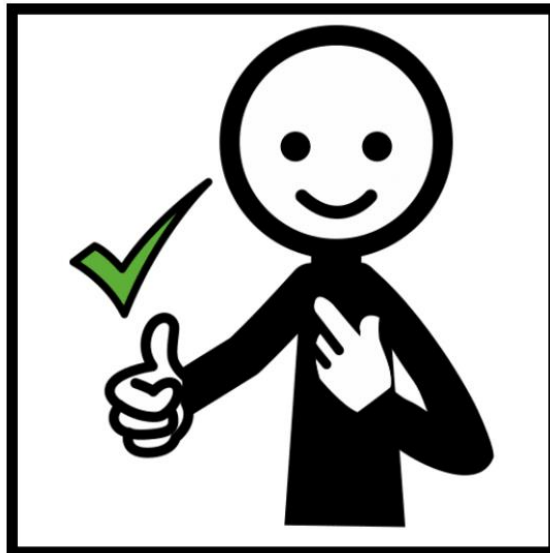
	<p>- Tiempo de despedida: Escuchamos y bailamos con los gestos la canción de despedida.</p>
RECURSOS	<p>Canción bienvenida (1) Pictogramas bien/mal (2) Canción despedida (3) Pictogramas triste/contento (4) Música relajante</p>

Recursos empleados en todas las sesiones:

(1) Canción bienvenida: <https://www.youtube.com/watch?v=4deUxsQOGps>

(2)

(3) Pictogramas bien/mal:



(4) Canción despedida: <https://www.youtube.com/watch?v=7NYrRFKnnzA>

(5) Pictograma alegre/triste



(6) Cuento: El patito feo

En una pequeña granja vivía una gran familia de patos. Mamá pato estaba **muy contenta** esperando a que nazca sus hijos, tenía siete huevos a punto de nacer.

Una mañana los seis pequeños huevos comenzaron a abrirse, los patitos estaban **muy contentos** de estar junto a su mamá en la granja. Sin embargo, el huevo más grande de todos seguía sin abrirse, mamá pato estaba un **poco triste** porque pensó que algo podía estar mal. Esperó un poco más, y por fin el séptimo huevo se abrió. Mamá pato sintió una **gran tristeza** cuando se dio cuenta de que este pato no era igual que sus hermanos. El pobre pato vio que era distinto a todos sus hermanos, él era más grande y sus plumas eran grises y no pudo evitar sentirse **triste**. Todos sus hermanos se rieron de él, y se sentían **contentos** al saber que ellos eran unos patos normales.

Pasaron los días y el patito creció mucho más rápido que sus hermanos, él se sentía muy diferente a los demás y se sentía **triste** al ver que sus hermanos no querían estar con él. Decidió preguntar a los otros animales de la granja. Aunque todos los animales se burlaban de él, y estaban **contentos** de ser mucho más bonitos que él.

El patito feo cada día se sentía **más triste**, lloraba durante toda la noche.

Un día unos cazadores, se acercaron a la granja donde vivían todos los animales. Y lograron alcanzar a mamá pato.

El patito feo estuvo esperando a que su mamá volviese, pero no sabía lo que había pasado y pensó que su madre ya no le quería, estuvo preguntando a el perro y a la gallina para saber dónde estaba su madre, pero ninguno le ayudó solo se rieron de él. El patito **muy triste** decidió irse de aquella granja donde nadie quería estar con él.

El patito feo cada día se sentía **más triste**, lloraba durante toda la noche.

Un día unos cazadores, se acercaron a la granja donde vivían todos los animales. Y lograron alcanzar a mamá pato.

El patito feo estuvo esperando a que su mamá volviese, pero no sabía lo que había pasado y pensó que su madre ya no le quería, estuvo preguntando a el perro y a la gallina para saber dónde estaba su madre, pero ninguno le ayudó solo se rieron de él. El patito **muy triste** decidió irse de aquella granja donde nadie quería estar con él.

El patito buscó un lugar donde estar **más contento**, y fue preguntando a todos los animales que se encontraba si conocían a algún pato como él, pero todos le respondieron que no. El patito **muy triste** siguió buscando un lugar para vivir.

Llegó a un lago donde no había más animales, pasaron los días y aunque estaba solo en este lugar se sentía **muy contento** en su nueva casa, donde observaba a otros pájaros volar. Llegó el invierno y el patito estaba **contento** de poder jugar con la nieve. Pero por culpa de la nieve no podía encontrar comida y eso le hacía estar **muy triste**, hasta que un día se puso enfermo. Menos mal que un granjero lo encontró, y prometió cuidarlo hasta que creciese.

Llegó la primavera y el patito creció y el granjero **muy contento** lo dejó libre en el lago. El patito miró su reflejo en el agua, no creía lo que estaba viendo. Se había convertido en un precioso cisne. Y decidió volver a su casa, fue **muy contento** acompañado de otros cisnes.

Desde siempre había sido un precioso cisne, que por error acabó junto a los patitos. Por fin el patito feo iba a estar **contento** con su verdadera familia.

ANEXO 2: Cuestionario Escala de Alexitimia para Observadores (AOS)

		Nunca	A veces	A menudo	Siempre
1	Es una persona cálida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Se muestra compasiva.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Es buena relacionándose.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Manifiesta sensibilidad hacia las otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Le gusta sentirse cercana a la gente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Le gusta tener amigos próximos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Le gusta explorar sus sentimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Le gusta tocar y ser tocada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Es flexible.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Es imaginativa; es creativa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Nunca	A veces	A menudo	Siempre
11	Se hunde cuando las cosas se ponen realmente difíciles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Se muestra confundida cuando las cosas son muy estresantes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Se frustra al enfrentarse a lo incierto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Tiene fuertes emociones que no puede explicar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Tiene dificultades en encontrar las palabras correctas para describir sus sentimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Parece carecer de una meta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Se conoce bien a si misma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Comprende muy bien sus necesidades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Se preocupa demasiado de su salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Nunca	A veces	A menudo	Siempre
21	Pasa mucho tiempo preocupándose de su cuerpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Tiene problemas físicos que son difíciles de tratar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Tiene reacciones físicas al estrés (dolor de cabeza, sudoración, problemas digestivos, dolor muscular).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Tiene buen sentido del humor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Explica chistes y hace comentarios divertidos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Es juguetona.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	No es estimulante; es aburrida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	Es sosa; no es interesante.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	Es demasiado auto-controlada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	Debe "seguir el reglamento".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Nunca	A veces	A menudo	Siempre
31	Es inflexible; es rígida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32	Ve las cosas sólo en blanco o negro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33	Evita disfrutar de las cosas buenas de la vida, sin que nada le obligue a ello.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>