

TRABAJO DE FIN DE GRADO

“Propuesta de intervención educativa dirigida a la gestión de la alexitimia en alumnos con Discapacidad Intelectual”



Universidad de Valladolid

Curso académico 2023/24

Grado en Educación Primaria: Mención de Educación Especial

Presentado por Ana Fernández Morillo para optar al Grado de Educación Primaria por la Universidad de Valladolid

Tutelado por David Jimeno de la Calle

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	2
2. JUSTIFICACIÓN	3
2.1. Fundamentación	3
2.2. Objetivos.....	4
2.3. Relación con las competencias del Grado	4
3. MARCO TEÓRICO	7
3.1. Discapacidad Intelectual (DI).....	7
3.1.1 Definición	7
3.1.2. Características.....	9
3.1.3. Clasificación según la gravedad	10
3.1.4. Clasificación por intensidades de apoyos necesarios	11
3.2. Regulación Emocional.....	11
3.2.4. Emociones	12
3.2.2. Funciones de las emociones	13
3.2.3. ¿Cómo controlamos nuestras emociones?.....	13
3.2.3. ¿Qué es la regulación emocional?	14
3.3. Relación entre la regulación emocional y el alumnado ordinario	15
3.4. Alexitimia	16
3.4.1. Características.....	18
3.5. Regulación emocional, DI y Alexitimia	19
3.6. Importancia de la educación emocional en este contexto.....	20
4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA	20
4.1. Diseño de la propuesta de intervención educativa.....	20
4.2. Objetivos de la propuesta	21
4.3. Metodología.....	21
4.4. Intervenciones.....	22
5. PROCESO DE EVALUACIÓN	29
5.1. Procedimientos de recopilación de datos e instrumentos empleados	29
5.2. Análisis de los datos recogidos.....	31
5.2.1. Interpretación cuantitativa	31
5.2.2. Interpretación cualitativa	42
6. CONCLUSIÓN	46

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
8. ANEXOS	52

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1	23
TABLA 2	23
TABLA 3	25
TABLA 4	26
TABLA 5	26
TABLA 6	28
TABLA 7	30
TABLA 8	32
TABLA 9	33
TABLA 10	35
TABLA 11	36
TABLA 12	38
TABLA 13	39

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1	32
FIGURA 2	34
FIGURA 3	35
FIGURA 4	37
FIGURA 5	38
FIGURA 6	40
FIGURA 7	41

Resumen

El control de las emociones se ha convertido en un componente fundamental tanto en el ámbito educativo como en el social en nuestra vida diaria. La capacidad que se posee para controlar las emociones no solo afecta a nivel personal, sino que también afecta a otros ámbitos como el rendimiento académico, las relaciones interpersonales o la adaptación a las diferentes situaciones.

El presente Trabajo de Fin de Grado se centra en investigar la interacción entre la alexitimia y la Discapacidad Intelectual, con la finalidad de abordar las necesidades educativas de aquellos alumnos afectados por ambas condiciones.

Se ofrece una propuesta de intervención educativa diseñada para mejorar la gestión de la alexitimia de estos alumnos. La propuesta en cuestión se enfoca en el desarrollo del autoconocimiento emocional a través de la búsqueda de herramientas que permitan a los alumnos identificar y manejar sus emociones de la manera más adecuada.

Palabras clave: Alexitimia, Emoción, Discapacidad Intelectual, Gestión Emocional.

Abstract

The control of emotions has become a fundamental component in both the educational and social spheres of our daily lives. The ability to control emotions not only affects personal level, but it also affects other areas such as academic performance, interpersonal relationships or adaptation to different situations.

This End of Year Project focuses on and investigates the interaction between Alexitimia and intellectual disability, with the aim of addressing the educational needs of students affected by both conditions. An educational intervention program is designed to improve students' management and understanding of Alexitimia is offered. This program focuses on the development of emotional self-knowledge through the search for tools that allow students to identify and manage their emotions in the most appropriate way.

Keywords: Alexithimya, Emotion, Intellectual Disability, emotional management.

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento es un Trabajo de Fin de Grado de la mención de Educación Especial dirigido a analizar la interacción entre la alexitimia y la Discapacidad Intelectual. Sifneos estableció una definición por la que la entendemos la alexitimia como: “la ausencia de palabras para expresar las emociones” (Sifneos, 1972; como se cita en Alonso, 2011), por lo que la presencia de esta supone un reto determinante para el desarrollo socioafectivo de los individuos. Además, este fenómeno se ve mayormente afectado cuando se encuentra con la presencia de Discapacidad Intelectual.

La Discapacidad Intelectual supone en aquellos niños que la padecen, varios desafíos entre los que se incluyen barreras en el proceso de desarrollo emocional, por lo que la alexitimia constituye un agravante en el reconocimiento de sus emociones al igual que en la comunicación de estas por parte de este alumnado. Esto crea mayores dificultades en el ámbito educativo y social pudiéndose observar una relación entre la Discapacidad Intelectual y la alexitimia.

Ante estas situaciones, surge la necesidad de crear y poner en marcha propuestas de intervención educativas que puedan abordar de una manera eficiente la gestión de alexitimia en alumnos con Discapacidad Intelectual y poner solución a aquellas dificultades que provocan en el alumnado.

Por lo tanto, este Trabajo de Fin de Grado se enfoca en la elaboración de estrategias prácticas para abordar el control y reconocimiento propio de las emociones mediante la implementación de una propuesta de intervención educativa que ofrezca actividades adaptadas a las necesidades del perfil del alumnado a la que se dirige. Esta propuesta de intervención educativa se desarrolla no solo con la intención de aprender identificar las emociones, sino también con el fin de promover el desarrollo de habilidades socioemocionales junto con el bienestar emocional e incrementar el potencial y calidad de vida de estos niños.

Este trabajo se compone de varias partes claramente diferenciadas que serán comentadas a continuación para su posterior desarrollo en los apartados correspondientes. En primer lugar, se presenta una introducción donde se contextualiza el tema y se justifica su relevancia. Seguidamente, se detallan los objetivos que se pretenden alcanzar con esta propuesta de intervención además de la relación que posee el trabajo presente con las competencias generales del grado de Educación Primaria. En

la siguiente parte, se expone el marco teórico que aporta el sustrato teórico necesario para entender la relación entre alexitimia y Discapacidad Intelectual y las consecuencias de su presencia. A continuación, se describe la metodología utilizada para diseñar y aplicar el programa de intervención. Finalmente, se presentan los resultados obtenidos, su análisis y las conclusiones derivadas de esta propuesta de intervención.

2. JUSTIFICACIÓN

2.1. Fundamentación

La gestión emocional es un elemento crucial tanto del bienestar individual como del rendimiento académico. En un entorno educativo, la incapacidad para gestionar adecuadamente las emociones puede provocar dificultades de adaptación, problemas de conducta y relaciones interpersonales conflictivas. En el contexto actual, el control de las emociones se ha convertido en un pilar fundamental tanto en el ámbito educativo como en el social, por lo que es de gran relevancia desarrollar intervenciones que aborden eficazmente estas necesidades.

El tema seleccionado en este Trabajo de Fin de Grado responde a una necesidad presente en la práctica educativa contemporánea, por lo que se trata de un asunto realmente interesante e influyente sobre el que poder trabajar. Los alumnos con Discapacidad Intelectual y alexitimia se enfrentan a desafíos emocionales significativos que suponen un impacto negativo en su desarrollo socioafectivo y en su capacidad para integrarse plenamente en el ámbito escolar, por lo que la falta de unos métodos de aprendizaje adecuados para identificar y expresar emociones los puede llevar a estos alumnos a situaciones de conflicto y aislamiento, afectando directamente en su bienestar general y en su éxito académico.

La intervención propuesta en este TFG tiene como objetivo desarrollar un programa que aborde estas necesidades de manera efectiva, proporcionando estrategias para la gestión emocional destinadas a alumnos con estas características. Aunque han surgido varios avances en el campo de la Educación Especial, la alexitimia en alumnos con Discapacidad Intelectual es un área que aún requiere una mayor atención y un creciente desarrollo de metodologías específicas. Este TFG constituye una respuesta a la urgente necesidad de abordar los desafíos a nivel emocional de estos alumnos, ofreciendo una

intervención que puede tener un impacto positivo en su desarrollo socioafectivo y en su integración social.

2.2.Objetivos

El objetivo general que se pretende abordar mediante este Trabajo de Fin Grado es “Diseñar una propuesta de intervención educativa adaptada a las necesidades de alumnos con Discapacidad Intelectual destinada a disminuir los niveles de alexitimia”.

Este objetivo general se desglosa en los siguientes objetivos específicos:

- Conocer los niveles de alexitimia en una muestra de población con Discapacidad Intelectual.
- Identificar las barreras a las que se enfrentan los alumnos con alexitimia en el desarrollo del autoconocimiento emocional para abordar sus necesidades.
- Promover el desarrollo de las habilidades socioemocionales con el fin de incrementar la calidad de vida de los alumnos.
- Evaluar la efectividad de las estrategias implementadas en la mejora del autoconocimiento emocional de los alumnos con alexitimia a nivel cualitativo y cuantitativo.

2.3.Relación con las competencias del Grado

En el presente Trabajo de Fin de Grado se puede establecer una relación con varias competencias generales del título del grado que se muestran en el documento de Competencias Generales Grado Educación Primaria (2010). El trabajo cumple con las siguientes competencias:

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 es abordada a través de la creación de una propuesta intervención educativa basada en la observación de un problema en el aula y a través de la implementación de varias actividades diseñadas para la mejora de la gestión emocional por parte de los alumnos. De esta manera se muestra la capacidad que posee el estudiante para aplicar determinados conocimientos en su entorno, resolver problemas a nivel educativo y llevarlo a cabo trabajando y contando con el apoyo del centro y profesionales.

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.

Esta competencia se ve reflejada en el empleo de herramientas de evaluación de carácter cualitativo y cuantitativo para poder medir los resultados obtenidos de antes y después de la intervención. Además, también se ve reflejada en la creación de los gráficos para observar la evolución de los datos. Todo esto evidencia la capacidad del estudiante de reunir, interpretar y reflexionar sobre los datos e información recogida.

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.*

Esta competencia se manifiesta en el TFG a través de la búsqueda de la información necesaria para realizar la revisión bibliográfica, también a través del diseño de la propuesta de intervención y de cada una de las actividades propuestas. El estudiante, tras la realización de esto, muestra la capacidad de haber adquirido habilidades de autoaprendizaje, de poseer la capacidad de investigación, y de presentar creatividad.

6. *Que los estudiantes desarrollen un compromiso ético en su configuración como profesionales, compromiso que debe potenciar la idea de educación integral, con actitudes críticas y responsables; garantizando la igualdad efectiva de mujeres y hombres, la igualdad de oportunidades, la accesibilidad universal de las personas con discapacidad y los valores propios de una cultura de la paz y de los valores democráticos. El desarrollo de este compromiso se concretará en:*

- a. El fomento de valores democráticos, con especial incidencia en los de tolerancia, solidaridad, de justicia y de no violencia y en el conocimiento y valoración de los derechos humanos.*

b. El conocimiento de la realidad intercultural y el desarrollo de actitudes de respeto, tolerancia y solidaridad hacia los diferentes grupos sociales y culturales.

c. La toma de conciencia del efectivo derecho de igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres, en particular mediante la eliminación de la discriminación de la mujer, sea cual fuere su circunstancia o condición, en cualquiera de los ámbitos de la vida.

d. El conocimiento de medidas que garanticen y hagan efectivo el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad.

e. El desarrollo de la capacidad de analizar críticamente y reflexionar sobre la necesidad de eliminar toda forma de discriminación, directa o indirecta, en particular la discriminación racial, la discriminación contra la mujer, la derivada de la orientación sexual o la causada por una discapacidad.

Por último, esta competencia se cumple mediante la búsqueda de un enfoque que trata de mejorar la calidad de vida de los alumnos con Discapacidad Intelectual y alexitimia. También se tiene en cuenta, la consideración de principios éticos en la propuesta de intervención educativa.

3. MARCO TEÓRICO

En este apartado se presenta el marco teórico a través del cual se sustenta el Trabajo de Fin de Grado, aportando una fundamentación teórica y conceptual esencial. Mediante una revisión exhaustiva se abordarán estudios relacionados con la Discapacidad Intelectual y la alexitimia aportando consistencia y coherencia al documento.

3.1. Discapacidad Intelectual (DI)

3.1.1 Definición

En este apartado se ofrece una definición clara de lo que se entiende por Discapacidad Intelectual (en adelante, DI) junto con diversas conceptualizaciones que se han manifestado a lo largo del tiempo ofrecidas por diferentes organismos y autores.

La Discapacidad Intelectual es un término que ha experimentado una gran evolución a lo largo del tiempo. Actualmente el obsoleto término “Retraso Mental” ha sido reemplazado oficialmente por el término de “Discapacidad Intelectual”.

Estableciendo un pequeño recorrido histórico, el término DI en la década de 1990 según la Organización Mundial de la Salud (1992), la DI es entendida como la adquisición tardía y parcial de habilidades cognitivas durante el desarrollo humano que causa complicaciones para entender, aprender y recordar. Esto afecta a diversas áreas como las habilidades cognitivas, motoras, sociales y lingüísticas, y contribuye al nivel general de inteligencia. (Ke & Liu, 2017)

A medida que avanza el tiempo, en la década de 2000 se establecen diferentes concepciones.

La Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo explica la DI como una serie de restricciones importantes tanto en el funcionamiento como en la adaptación conductual, notables en las habilidades conceptuales, sociales y prácticas. Además, este trastorno se presenta antes de los 18 años (Schalock et al., 2007).

A continuación, según Schalock (2009), la nueva definición de Discapacidad Intelectual se centra en "la expresión de las limitaciones del funcionamiento individual dentro de un contexto social y representa una desventaja sustancial para el individuo" (p. 22).

Ya en la década de 2010, según el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) afirma que se deben de cumplir tres criterios para considerar la existencia DI:

1. Limitaciones de las habilidades intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas y el aprendizaje académico, así como la evaluación de las capacidades adaptativas mediante pruebas y evaluaciones clínicas individualizadas.
2. Identificación de deficiencias en el comportamiento adaptativo que afectan la capacidad de cumplir con las normas sociales y de desarrollo, lo que puede provocar dificultades para realizar actividades diarias y participar en la sociedad sin apoyo continuo.
3. Reconocimiento de que las deficiencias intelectuales y adaptativas están presentes desde el período de desarrollo, lo que sugiere que estos desafíos han aparecido desde una edad temprana.

Permaneciendo en esta década la definición sigue experimentando algunos cambios:

Según la APA (2013) como se cita en Schalock et al. (2021), "la Discapacidad Intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) es un trastorno que se inicia durante el período de desarrollo y que incluye déficits tanto intelectuales como de conducta adaptativa en los ámbitos conceptual, social y práctico" (p. 30).

Schalock et al. (2021), citan a la OMS (2018) y afirman que "los trastornos del desarrollo intelectual son un grupo de condiciones etiológicamente diversas que se originan durante el período de desarrollo y se caracterizan por importantes limitaciones en el funcionamiento intelectual y comportamiento adaptativo muy por debajo del promedio" (p. 30).

Y, por último, en torno al año 2020, Schalock et al. (2021), afirman que:

La Discapacidad Intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en el comportamiento adaptativo expresado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina durante el período de desarrollo, que se define operativamente como antes de que el individuo cumpla 22 años. (p. 31)

3.1.2. Características

A continuación, se describirán las características principales y generales presentes en la DI.

Las características asociadas a la DI según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), constituyen una gran variedad de aspectos que afectan al individuo en su día a día.

Los principales rasgos de la Discapacidad Intelectual giran en torno a los tres criterios nombrados con anterioridad por lo tanto serán:

- Limitaciones en las capacidades mentales generales como son el razonamiento y la resolución de problemas.
- Deficiencia en la capacidad de adaptación en aspectos como la interacción social y la autonomía personal.
- Estas limitaciones se manifestarán durante la infancia y la adolescencia.

A mayores de estas características principales se encuentra otra amplia gama de propiedades. Entre estas podemos encontrar: dificultades en el juicio social, la evaluación de los riesgos y la autogestión del comportamiento además de falta de habilidades para la comunicación que pueden conducir a la aparición de comportamientos disruptivos.

También se considera que la credulidad e ingenuidad pueden llevar al individuo a un mayor riesgo de explotación y victimización que puede incluir fraudes, delitos o maltratos.

Los individuos con DI tienen un mayor riesgo de suicidio por lo que se debe de evaluar y abordar aquellos pensamientos intrusivos que aparezcan.

3.1.3. Clasificación según la gravedad

Existen diversas maneras de clasificar la DI en función de qué criterio se atienda. En este caso se hace alusión a la clasificación en función de la gravedad y según el funcionamiento adaptativo en vez del cociente intelectual.

Ke & Liu, (2017) afirman que en esta escala de gravedad existen las siguientes categorías:

- Profunda: esta categoría se caracteriza por un coeficiente intelectual por debajo de 20. Supone el 1% al 2% de todos los casos. Las personas con DI profunda carecen de habilidades requeridas para el autocuidado y no tienen lenguaje. Su expresión emocional es limitada y compleja de comprender. Con frecuencia experimentan convulsiones, discapacidades físicas y tienen una esperanza de vida reducida.
- Grave: esta categoría cuenta con un CI entre 20 y 34. Supone entre el 3% y el 4% de todos los casos. En esta categoría, todas las áreas del desarrollo están retrasados, y las personas tienen dificultades para pronunciar palabras y un vocabulario muy limitado. Con práctica considerable, se pueden lograr habilidades básicas de autocuidado, aunque se necesitan apoyo escolar, familiar y comunitario.
- Moderada: Caracterizada por un coeficiente intelectual entre 35 y 49, y supone aproximadamente el 12% de todos los casos. Estas personas son lentas en alcanzar las etapas del desarrollo intelectual y tienen una capacidad limitada

para aprender y pensar lógicamente. Aunque, pueden comunicarse y cuidar de sí mismas con cierto apoyo.

- Leve: Se caracteriza por un coeficiente intelectual entre 50 y 69 y supone el 80% de todos los casos. El desarrollo durante los primeros años es más tardío que en niños de la misma edad, y los aspectos del desarrollo se retrasan. A pesar de esto, estas personas poseen la capacidad de comunicarse y aprender habilidades básicas. Aunque su capacidad para utilizar conceptos abstractos, analizar y sintetizar está afectada, pueden leer y calcular a un nivel de tercer a sexto grado. Pueden realizar tareas domésticas y cuidarse a sí mismas requiriendo algún tipo de apoyo.

3.1.4. Clasificación por intensidades de apoyos necesarios

Antequera et al. (2008) explican en su Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de Discapacidad Intelectual que existen unos principales sistemas de clasificación. En este apartado se hace alusión a la clasificación por intensidades de apoyos necesarios. La intensidad de apoyos dependerá de los individuos, el contexto y etapas de la vida. Existen cuatro tipos de apoyo nombrados de menor a mayor intensidad:

1. Apoyo intermitente: este apoyo se ofrece cuando es necesario. El individuo no siempre lo necesita, pero puede ser requerido de forma repetida durante periodos cortos o largos. Si intensidad puede variar entre alta y baja.
2. Apoyos limitados: la intensidad de este tipo de apoyo se basa en su consistencia a lo largo del tiempo, se proporcionan por un periodo limitado, pero de forma constante.
3. Apoyos extensos: se caracterizan por una participación regular en algunos entornos y por su carácter ilimitado en términos de duración.
4. Apoyos generalizados: estos apoyos se basan en la constancia, alta intensidad y su provisión en diversos contextos. Pueden prologarse durante toda la vida.

3.2.Regulación Emocional

En esta sección se realizará una aclaración conceptual de la regulación emocional y de algunos de sus componentes básicos.

3.2.4. Emociones

Las emociones han sido estudiadas a lo largo del tiempo y se pueden contemplar de la mano de diferentes enfoques o disciplinas.

Según el enfoque de la neurociencia, Damasio, como se cita en Pena, (2014) entiende las emociones como “el resultado de una serie de procesos fisicoquímicos mediante los cuales el organismo busca un equilibrio ante el medio se trata de disposiciones funcionales que compartimos con otras especies vinculadas a la regulación automática de la vida.” (p. 97)

Desde la perspectiva de la sociología para Gondim y Estramiana (2010) “las emociones son el reflejo de estados afectivos personales y colectivos, influyen en las relaciones interpersonales y grupales y expresan nuestras reacciones ante los valores, costumbres y normas sociales que dan cuenta de las diferencias culturales” (p. 33).

Haciendo referencia a la perspectiva de la psicopedagogía podemos hacer alusión a un destacado autor en este ámbito. Según Bisquerra (2003) la emoción “es un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada. Las emociones se generan como respuesta a un acontecimiento externo o interno.” (p.12)

Desde una perspectiva de la psicología podemos atender a varias conceptualizaciones de la emoción:

- Lafuente et al. (2017) explican que William James define la emoción como una sensación de los cambios corporales que siguen a la percepción de un estímulo. Según la teoría de William James, un objeto o evento es percibido sensorialmente, lo que desencadena respuestas fisiológicas reflejas. La conciencia de estas respuestas corporales, como el temblor o el llanto, es lo que constituye la emoción. Para James, las emociones son inseparables de las reacciones fisiológicas, ya que, sin estas, la percepción del estímulo sería puramente cognitiva y carecería de tono emocional.
- Revee (2010) afirma que “las emociones son fenómenos subjetivos, fisiológicos, funcionales y expresivos de corta duración que nos preparan a reaccionar en forma adaptativa a los sucesos importantes de nuestras vidas” (p.7).

- Del trabajo de Kleinginna y Kleinginna citado en Fernández-Abascal et al. (2010) la emoción se entiende como:

Un proceso que implica una serie de condiciones desencadenantes (estímulos relevantes), la existencia de experiencias subjetivas o sentimientos (interpretación subjetiva), diversos niveles de procesamiento cognitivo (procesos valorativos), cambios fisiológicos (activación), patrones expresivos y de comunicación (expresión emocional), que tienen unos efectos motivadores (movilización para la acción) y una finalidad: que es la adaptación a un entorno en continuo cambio. (p.40)

3.2.2. Funciones de las emociones

Las emociones cumplen unas funciones por las cuales resultan útiles para nuestro día a día. Según Reeve (1994), se sostiene que las funciones de las emociones serían las siguientes (como se menciona en Fernández-Abascal et al., 2010):

- La función adaptativa, destacada por Darwin, implica que las emociones ayudan a adecuar la conducta a diferentes situaciones, lo que es crucial para la supervivencia. La emoción prepara al cuerpo para actuar eficazmente según las circunstancias, proporcionando la energía necesaria y dirigiendo la conducta hacia un objetivo específico.
- La función social de las emociones gira en torno a su expresión, lo que permite a otras personas anticipar nuestro comportamiento y a nosotros anticipar el suyo. La expresión emocional sirve como señal que facilita la interacción social al proporcionar pistas sobre cómo comportarse en determinadas situaciones.
- La función motivacional de las emociones va más allá de simplemente acompañar a la conducta motivada, ya que una emoción puede influir en la generación de la propia conducta motivada, orientándola hacia metas específicas y aumentando su intensidad.

3.2.3. ¿Cómo controlamos nuestras emociones?

Las emociones son controladas generalmente a través de la Inteligencia Emocional. La Inteligencia Emocional (IE) ha sido estudiada a lo largo de la historia por muchos autores y podemos destacar varias definiciones de los autores más importantes en esta

área. Todas las siguientes definiciones de Inteligencia Emocional (IE) se citan en Retana-Alvarado & Anicasio-Casiano (2021, pp. 41-43).

Según Salovey y Mayer (1990), "la IE consistía en la habilidad de manejar los sentimientos y emociones, discriminar entre ellos y utilizar estos conocimientos para dirigir los propios pensamientos y acciones".

Posteriormente fue reformulada la definición por lo que Mayer y Salovey (1997):

la IE incluye la habilidad de percibir con precisión, valorar y expresar emoción; la habilidad de acceder y/o generar sentimientos cuando facilitan pensamientos; la habilidad de comprender la emoción y el conocimiento emocional; y la habilidad para regular las emociones para promover crecimiento emocional e intelectual.

Un año después Weisinger (1988), afirma que "la IE es el uso inteligente de las emociones".

Posteriormente Gardner (1993), entendía la Inteligencia Emocional como "el potencial biopsicológico para procesar información que puede generarse en el contexto cultural para resolver los problemas".

Según Goleman (1998), la IE residen en "la capacidad para reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, para motivarse y gestionar la emocionalidad en nosotros mismos y en las relaciones interpersonales".

Por último, Fernández y Ramos (2002) afirmaban que "la IE es la capacidad para reconocer, comprender y regular nuestras emociones y las de los demás".

3.2.3. ¿Qué es la regulación emocional?

Fernández-Abascal et al. (2010) afirma que la regulación emocional es la capacidad de manejar los propios sentimientos y los de los demás, así como fomentar la comprensión y el desarrollo personal. Esta habilidad incluye algunas subhabilidades, tales como:

- Estar receptivo a una amplia gama de emociones, tanto positivas como negativas.
- Regular la expresión y manifestación de las emociones.
- Saber involucrarse o distanciarse de los estados emocionales según sea necesario.

- Dirigir y controlar las propias emociones.
- Manejar las emociones de otras personas de manera adecuada.

Capella y Mendoza (2011) examinaron la regulación emocional en niños y adolescentes en un artículo de revisión y realizaron una división entre dos tipos de regulación emocional:

1. La regulación emocional interpersonal que hace referencia a que otras personas intervienen en el manejo de los estímulos emocionales o realizan acciones específicas para ayudar al niño o adolescente a regular sus emociones.
2. La regulación emocional intrapersonal implica que el individuo maneja sus propias emociones sin la ayuda directa de otros, lo cual se observa de manera más evidente a partir de la etapa escolar.

3.3.Relación entre la regulación emocional y el alumnado ordinario

La regulación emocional se forma y va variando a lo largo del tiempo y de las diferentes etapas de desarrollo. En este apartado se enfocará en especial en las etapas de la “infancia intermedia o etapa escolar (6 a 12 años)” y la “adolescencia (12 a 18 años)” que se encontró en el estudio de Capella y Mendoza (2011).

ETAPA ESCOLAR O INFANCIA INTERMEDIA

En la etapa escolar que como se ha mencionado anteriormente abarca de los 6 a los 12 años, la entrada a la escuela es un momento muy relevante en el desarrollo de los niños. En esta etapa se espera que los niños hayan adquirido ya un suficiente autocontrol para poder participar en actividades, prestar atención y relacionarse con sus compañeros de forma autónoma. También se espera que hayan desarrollado cierto grado de regulación emocional para evitar reacciones emocionales inadecuadas en diferentes contextos.

Durante esta etapa la regulación emocional se desarrolla principalmente a través de diferentes influencias sociales como pueden ser los padres, los profesores, etc. Los niños aprenden de estas interacciones varias cosas, como qué emociones son correctas expresar en determinadas situaciones o cómo otros manejan sus emociones.

En la infancia media los niños van desarrollando una capacidad de integrar situaciones pasadas con las presentes lo que resulta en un mayor control sobre su comportamiento. También son conscientes que las emociones pueden afectar al comportamiento a largo plazo. Controlan conscientemente sus expresiones faciales en diferentes contextos

sociales y desarrollan habilidades reflexivas que les permiten autoevaluarse a sí mismos. Todo esto contribuye a obtener una mayor autonomía personal y a progresar hacia una mayor regulación emocional interna.

ADOLESCENCIA

Durante la adolescencia se produce un incremento en la regulación emocional debido al desarrollo de habilidades cognitivas específicas. Estas nuevas habilidades cognitivas permiten una mayor capacidad.

En esta etapa de desarrollo, se comprenden las emociones de manera más compleja, lo que permite a los individuos evaluar los diferentes aspectos de la experiencia emocional que pueden ser regulados. A medida que transcurre el tiempo, las habilidades de regulación emocional se desarrollan en consonancia con la personalidad de cada individuo, adaptándose a su nivel de tolerancia basado en el temperamento, sus necesidades de seguridad o estimulación, habilidades de autocontrol.

En esta etapa, se pueden identificar diversas formas de regulación emocional que están relacionadas con las actividades que realizan los jóvenes, como la práctica de deportes, música o actividades académicas. Sin embargo, otra estrategia utilizada por los adolescentes para regular sus emociones, aunque a menudo se considera desadaptativa, es el uso de sustancias psicoactivas (Gross & Muñoz, 1995, citado en Capella & Mendoza, 2011).

3.4.Alexitimia

Cómo es determinado según Belloch et al. (2020), en su Manual de Psicopatología, se entiende que las alteraciones afectivas se pueden diferenciar en dos grupos según un criterio de clasificación que distingue entre alteraciones afectivas cuantitativas y alteraciones afectivas cualitativas.

Podemos entender que las alteraciones afectivas cuantitativas se refieren a cambios en la intensidad de las emociones que varían desde un estado de ánimo excesivamente positivo como sería el caso de la hipertimia hasta uno triste como la hipotimia, distimia o disforia, con un equilibrio intermedio denominado eutimia.

En cambio, las alteraciones afectivas cualitativas son entendidas como clasificaciones de trastornos emocionales que consideran aquellas características cualitativas como la forma de manifestarse, la gama de respuestas emocionales, la adecuación y la movilidad

emocional. En esta clasificación se incluye la labilidad afectiva, incontinencia afectiva, ambivalencia afectiva, rigidez afectiva, indiferencia afectiva, paratimia, anhedonia y alexitimia.

Por lo tanto, la alexitimia es una psicopatología afectiva que se incluye en la categoría de las alteraciones afectivas cualitativas.

El término “alexitimia” proviene del griego, y se constituye a partir de: “a-” que significa ausencia, “lexis-” que significa lenguaje y “thymos-” que significa emociones.

Cuando nos referimos al término alexitimia podemos contemplarlo de la mano de varios autores, pero el primero de ellos en conceptualizar este término fue Sifneos a través de un estudio de enfermos psicósomáticos. En el año 1972, Sifneos estableció una definición por la que la entendemos la alexitimia como: “la ausencia de palabras para expresar las emociones” (Sifneos, 1972; como se cita en Alonso, 2011)

Según Belloch et al. (2020), en su Manual de Psicopatología, la alexitimia se empleaba para caracterizar los trastornos psicósomáticos expuestos por personas que tenían una mayor dificultad por identificar y expresar sus emociones, pero puede manifestarse en una gran variedad de cuadros clínicos como como los trastornos de síntomas somáticos, el trastorno de estrés postraumático, trastornos disociativos, trastornos por abuso de sustancias, depresión, esquizofrenia, autismo, etc.

Chen et al. (2011) realizan una investigación centrada en la alexitimia y su relación con la regulación emocional. A través de esta investigación afirman la existencia de 4 subtipos de alexitimia: alexitimia alta extrovertida, alexitimia alta general, alexitimia alta introvertida y por último no- alexitimia. En los subtipos alexitimia alta general y alexitimia alta introvertida, sus características giran en torno a una regulación y una expresión emocionales que presentan una mayor deficiencia además de la presencia de peores estados emociones en comparación con el resto de los subtipos de alexitimia. Esta investigación destaca que la alexitimia está relacionada con diferentes manifestaciones de regulación emocional en lo que los subtipos de alexitimia altos muestran estrategias de regulación y estados emocionales menos eficaces.

Además, como afirman Panasiti et al. (2020) en personas afectadas por la psoriasis, la alexitimia afecta de manera negativa a la regulación emocional ya que provoca un impedimento a la hora de identificar o gestionar adecuadamente las emociones que

conlleva una mayor somatización y la aparición de respuestas fisiológicas inapropiadas. También estas personas presentan una reactividad emocional fuera de lo normal ya que está caracterizada por una respuesta fisiológica hiporreactiva en vez de hiperreactiva lo que lleva a una interpretación errónea de las señales corporales relacionadas con las emociones negativas. Por último, la evidencia neurocientífica relaciona la alexitimia con un proceso emocional “aberrante”, como un decremento en la activación de las estructuras límbicas en respuesta a estímulos emocionales negativos que está vinculado con dificultades en la RE.

3.4.1. Características

La alexitimia cuenta con tres características esenciales a través de las cuales se ha ido construyendo y centrando su concepto. Estas características son establecidas por Fernández-Montalvo & Yáñez (1994):

1. Una gran incapacidad para expresar las emociones claramente.
2. Una disminución significativa de la imaginación.
3. Pensamiento predominantemente pragmático.

Además, según García-Esteve et al. (1988) el individuo que padece de Alexitimia posee un perfil concreto que cuenta con las siguientes características psicológicas, cognitivas y conductuales:

- Complicaciones expresando las emociones de manera verbal, identificándolas y empleándolas como indicadores internos.
- Dificultad para identificar las sensaciones corporales como propias.
- Propensión por recurrir a la acción como método de afrontamiento en situaciones problemáticas
- Pensamiento concreto, carente de conceptos abstractos y simbolismos.
- Falta de flexibilidad en la comunicación no verbal, con limitada expresión facial y movimiento corporal.

La alexitimia constituye un elemento disruptivo que ejerce influencia en la interacción social. Su importancia en el ámbito social reside en su capacidad para generar dificultades en las relaciones entre individuos debido a problemas de comunicación además de la escasez emocional o la ausencia de empatía. Con frecuencia, esto se ve agravado por la expresión frecuente de emociones negativas o comportamientos impulsivos. (Alonso Fernández, 2011)

3.5.Regulación emocional, DI y Alexitimia

Tras muchas investigaciones se ha comprobado la existencia de una relación entre las alteraciones en la regulación emocional (en adelante, RE) y las posibles psicopatologías con las que se convive. (Alonso Fernández, 2011)

Los niños y jóvenes que muestran problemas en la regulación emocional suelen presentar una capacidad reducida acerca de la comprensión de las emociones. Poseen un pensamiento acerca de la inflexibilidad de sus propias emociones, es decir, que estas no pueden cambiar, entendiendo que la alegría siempre genera un dominio positivo y la rabia uno negativo.

Ante la forma en la que podemos encontrar alterada la RE se encuentran diferencias de género, las niñas con problemas de conducta suelen inhibir y sobre controlar su conducta a diferencia de los niños que transmiten su rabia de forma disruptiva y descontrolada. A través de esto se concluye que existen dos patrones de regulación emocional vinculados con la psicopatología que son: la inhibición emocional y la desregulación. (Alonso Fernández, 2011)

Existe una relación entre DI, la regulación emocional y la alexitimia de forma directa. Las personas con DI suelen presentar con frecuencia importantes dificultades en la regulación emocional provocadas por déficits en las funciones cognitivas y socioemocionales. Estas dificultades suelen hacerse visibles en la incapacidad para identificar, comunicar y controlar de manera correcta las emociones propias o también pueden estar presentes a la hora de interpretar y dar respuesta a las emociones ajenas. La regulación emocional constituye un elemento esencial en el área de adaptación y bienestar mental. Sin embargo, en las personas con DI estas áreas pueden poseer un menor desarrollo debido a variaciones en las redes cerebrales encargadas del procesamiento socioemocional (Sappok et al. 2022).

Por lo tanto, la alexitimia que según Sappok et al. (2022) consiste en la incapacidad para identificar y describir las emociones propias y de los demás, puede estar presente en personas con DI. La presencia de ambas condiciones incrementa las dificultades de estos individuos para regular sus emociones ya que la conciencia emocional es un elemento esencial para una correcta regulación emocional. La presencia de alexitimia puede provocar una disminución en la capacidad para reconocer señales emocionales internas derivando en respuestas emocionales desadaptativas o inapropiadas. Por lo que

esta combinación aumenta la susceptibilidad de un individuo a presentar problemas de salud mental y comportamientos disruptivos (Sappok et al. 2022).

3.6.Importancia de la educación emocional en este contexto

En consonancia con la investigación realizada por Garrote et al. (2021) sobre la inteligencia emocional en niños y jóvenes con necesidades educativas especiales de tipo intelectual, se puede destacar una correlación significativa con las conclusiones expuestas por Acosta (2011) en las que se observa la idea de que el desarrollo de la educación emocional representa un elemento esencial para construir y lograr una educación de calidad centrada en el desarrollo integral. También afirma que aquellos alumnos que poseen un bajo coeficiente intelectual pero una conciencia emocional elevada, tienen la posibilidad de alcanzar una vida más feliz y plena.

4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

4.1.Diseño de la propuesta de intervención educativa

Contextualización

Durante el periodo de prácticas en un centro de Educación Especial de Castilla y León se realizará una propuesta de intervención educativa basada en la gestión de la alexitimia.

La propuesta de intervención se llevará cabo en una clase del centro que se compone de seis alumnos. Esta se desarrollará de manera adaptada al perfil de los alumnos a los que va dirigido cuyas características claves son la presencia simultanea de DI y alexitimia.

Temporalización

La intervención se efectuará semanalmente en el horario lectivo; estableciéndose su desarrollo un día a la semana, en concreto, los lunes a partir de las 13h, pero se trabajaba en cualquier momento de la jornada escolar. Se llevará a cabo en el tiempo de seis semanas. (*ver anexo 1*)

Muestra

El programa estará dirigido a seis alumnos de una clase de un centro de Educación Especial cuyas edades están comprendidas entre los 14 años y los 16 años.

El perfil del alumnado con el que se trabajará esta propuesta gira en torno principalmente a una Discapacidad Intelectual de categoría moderada.

Todos los alumnos presentan dificultades visibles en lo referido al área socioemocional, son incapaces de reconocer, expresar o controlar muchas de sus emociones.

4.2. Objetivos de la propuesta

Anteriormente se han presentado los objetivos generales y específicos de este Trabajo de Fin de Grado. A continuación, se presentan los objetivos de la propuesta de intervención educativa, los cuales se tratarán de alcanzar:

Objetivo general

1. Reducir los niveles de alexitimia en el alumnado con Discapacidad Intelectual (DI).

Objetivos específicos

1. Implementar un programa de intervención adaptado que permita a los alumnos con DI y alexitimia reconocer y gestionar sus emociones, así como mejorar sus habilidades socioemocionales.
2. Diseñar y poner en práctica actividades adaptadas al perfil del alumnado dirigidas a promover el desarrollo del autoconocimiento emocional y las habilidades socioemocionales.
3. Comenzar a diferenciar, reconocer y comprender las emociones propias y las de los demás.
4. Reconocer las emociones básicas (ira, miedo, alegría, amor, tristeza, calma).
5. Adquirir habilidades de forma progresiva que permitan gestionar las propias emociones, así como su expresión.
6. Evaluar el impacto de las intervenciones llevadas a cabo, utilizando la Escala de Observadores de Alexitimia y recopilando datos cualitativos sobre el impacto percibido por los alumnos y maestros involucrados en el proceso.
7. Evaluar la efectividad del programa de intervención en el desarrollo emocional y socioemocional de los alumnos con DI y alexitimia, mediante la utilización de herramientas de medición cualitativas y cuantitativas

4.3. Metodología

La propuesta se basa en la metodología de “Aprendizaje Basado en Proyectos” Se trata de un tipo de metodología cuyo objetivo se centra en el desarrollo del alumnado, promoviendo con este fin el aprendizaje activo a través de la participación en actividades significativas.

Este enfoque se adapta correctamente a la propuesta ya que se pretende entre otras cosas lograr el desarrollo de competencias emocionales a través de experiencias prácticas y contextuales. A continuación, se muestran los beneficios de este enfoque en relación con la propuesta de intervención:

- Permite a los individuos relacionar los conocimientos que se adquieren en las actividades del aula en situaciones reales y cotidianas haciendo de esta manera que el aprendizaje sobre las emociones sea aplicable en su día a día.
- Mediante las actividades en grupo el conjunto de individuos aprende a reconocer, expresar y gestionar sus emociones estableciendo interacciones positivas con el resto de los individuos.
- A través de este enfoque al participar en actividades prácticas y creativas se exploran y experimentan de forma activa sus emociones.
- Se refleja el progreso real de los individuos a partir de la observación directa y continua de estos.

Además de este enfoque, a la hora de llevar a cabo el programa de intervención, se tendrán en cuenta los siguientes aspectos metodológicos:

- La propuesta será variada y flexible, adaptándose al nivel de desarrollo de los individuos y favoreciendo su participación activa.
- Se contará en cada sesión con varias actividades breves y motivadoras. Parte de las más sencillas y va aumentando la complejidad en función de la evolución de cada individuo y de las sesiones.
- Las explicaciones del profesor serán claras y se asegurará de que los individuos han entendido lo que tienen que hacer y cómo lo tienen que hacer, utilizando el modelado y moldeado para facilitar la comprensión.
- Se buscará un ambiente agradable, familiar y tranquilo evitando en lo posible cualquier distracción.

4.4.Intervenciones

La propuesta contará con un número específico de intervenciones, en concreto seis sesiones.

Tabla 1*Intervención 1 ¡Pensando con el corazón!*

<u>Intervención 1 ¡Pensando con el corazón!</u>	
Duración	La actividad durará aproximadamente 45 minutos.
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha del corazón. (<i>ver anexo 2</i>) • Pinturas.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la introspección y la expresión emocional de los individuos.
Introducción	La sesión comenzará con la entrega de una ficha individual a cada individuo.
Descripción	<p>Al inicio de la intervención, se explicará detalladamente en qué consiste la actividad y cómo se llevará a cabo. La tarea consiste en rellenar una plantilla con forma de corazón, dividida en cuatro secciones, cada una de las cuales representa los siguientes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lo que me gusta. 2. Lo que más quiero. 3. Lo más importante. 4. Lo que más extraño. <p>Cada individuo deberá completar individualmente cada sección, basándose en sus propias experiencias y vivencias. De esta manera se busca promover la introspección, permitiendo a los alumnos identificar y ordenar vivencias, objetos o situaciones que les evocan las emociones correspondientes a cada apartado.</p> <p>Una vez completada la ficha, se pedirá a los alumnos que coloren cada una de las secciones con el color que más llame su atención.</p>
Fortalezas y debilidades	Realizar esta actividad tiene como fortaleza poder identificar las preferencias individuales revelando así las dificultades a cerca de la exploración de aspectos emocionales complejos.

Tabla 2*Intervención 2 ¡EMOCIÓNATE!*

<u>Intervención 2 ;EMOCIÓNATE!</u>	
Duración	La actividad durará aproximadamente 60 minutos.
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Tablero del Juego de las Emociones. (<i>ver anexo 3</i>) • Dados. • Fichas para cada participante.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a los individuos a identificar y verbalizar sus emociones. • Mejorar las habilidades de comunicación emocional. • Ayudar a los individuos a valorar sus propias experiencias y emociones.
Introducción	<p>La sesión comenzará con la presentación de un tablero que se utilizará para jugar. Tras eso se presentarán las reglas básicas del juego: cada participante tirará el dado y avanzará su ficha con el número de casillas correspondiente al resultado obtenido. En cada casilla, deberán responder a la pregunta o realizar la actividad indicada.</p>
Descripción	<p>Una vez se ha presentado el juego y explicado las reglas, se comenzará a jugar.</p> <p>Cada individuo se sentará en su sitio correspondiente y se tirará el dado por turnos a la vez que se moverán las fichas en el tablero. Al caer en una casilla, deberán responder a la pregunta o realizar la actividad correspondiente.</p> <p>Algunos ejemplos de actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casilla 1: "¿Qué haces cuando te sientes triste?" – El individuo describirá sus estrategias para manejar la tristeza. • Casilla 15: "Da un beso a alguien que quieras." – Fomentar la expresión de afecto y cariño. • Casilla 20: "¿Qué te gustaría que te hiciera sentir más feliz?" – Reflexionar sobre deseos y necesidades emocionales. <p>El juego finalizará una vez el último participante llegue a la última casilla.</p>

Fortalezas y debilidades	<p>Como fortaleza esta actividad permite identificar con rapidez aspectos relacionados con emociones positivas.</p> <p>Como debilidad esta actividad manifiesta las dificultades en la expresión y comunicación de las emociones complejas.</p>
---------------------------------	---

Tabla 3

Intervención 3. Laboratorio de emociones

<u>Intervención 3. Laboratorio de emociones</u>	
Duración	La actividad durará aproximadamente 60 minutos.
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Plastilina. • Tarjetas de las expresiones faciales emocionales para representar. (<i>ver anexo 4</i>)
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar y comprender las emociones a través de la expresión creativa y la comunicación verbal.
Introducción	Se presentará la actividad y su propósito a los alumnos.
Descripción	<p>Inicialmente, se distribuirán trozos de plastilina a cada participante. Una vez estén todos preparados, deberán de tomar el papel de científicos que están en un laboratorio en el que crean expresiones de emociones con plastilina. Se les entregará una tarjeta con una expresión emocional que deberán de representar empleando plastilina. Sin embargo, los demás participantes no podrán ver las tarjetas, ya que deberán adivinar la emoción representada. Una vez que se haya adivinado la emoción, cada individuo explicará una situación que le ha evocado con anterioridad o que le evoca esa emoción, fomentando de esta manera la reflexión sobre las diferentes experiencias emocionales.</p>
Fortalezas y debilidades	<p>Como fortaleza de esta actividad destaca la facilidad de representación de las emociones mediante la imitación de las tarjetas.</p> <p>Como debilidad esta actividad presenta dificultades cuando se trata de identificar por parte de los participantes emociones</p>

	complejas.
--	------------

Tabla 4

Intervención 4 ¡Emociones en acción!

<u>Intervención 4 ¡Emociones en acción!</u>	
Duración	La actividad durará aproximadamente 60 minutos.
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Tarjetas de emociones. (<i>ver anexo 5</i>)
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la expresión y reconocimiento de emociones entre los individuos. • Mejorar la comunicación no verbal.
Introducción	Al inicio de la actividad, se explicarán a los participantes las reglas de la dinámica, indicando que se jugará por turnos, de uno en uno. Además, se preparan tarjetas con diferentes emociones que se sacarán al azar.
Descripción	Esta actividad consiste en trabajar con las emociones a través de la mímica. Cada participante sacará una tarjeta al azar y tendrá la oportunidad de representar una emoción sin palabras, mientras que el resto de los compañeros intentará adivinar cuál es y comentar entre todos qué situaciones podrían evocar esa emoción en su compañero.
Fortalezas y debilidades	<p>Como fortaleza destaca que esta actividad promueve el entusiasmo, facilitando la exploración y desarrollo de habilidades para expresar y reconocer las emociones.</p> <p>Como debilidades, esta actividad puede generar vergüenza al realizarse frente al grupo, lo que puede llevar a interpretaciones incorrectas de algunas emociones.</p>

Tabla 5

Intervención 5 ¡Descubriendo nuestras emociones!

<u>Intervención 5 ¡Descubriendo nuestras emociones!</u>	
Duración	La actividad durará aproximadamente 60 minutos.
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de trabajo con actividades de emociones. (<i>ver</i>

	<p>anexo 6)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lápices de colores. • Material para dibujo. (lápices, gomas, etc)
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el autoconocimiento y el reconocimiento de las propias emociones. • Mejorar la capacidad de identificar y expresar emociones.
Introducción	Para iniciar la actividad se les explicará a los individuos que vamos a realizar unas fichas y en qué consiste cada una.
Descripción	<p>Se repartirá a cada uno de los alumnos las fichas que les corresponden para que comiencen a completarlas. Las actividades presentadas son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Colorear y Relacionar Emociones:</u> Cada participante recibirá una hoja de trabajo donde se muestran diferentes caras con expresiones emocionales. Se pedirá a los participantes que coloreen las caras y las relacionen con la emoción correspondiente (alegría, sorpresa, dolor, tristeza). 2. <u>Identificar Gustos y Disgustos:</u> En la misma hoja de trabajo, los participantes rodearán las actividades que les gustan y tacharán las que no les gustan. 3. <u>Identificar Situaciones que Provocan Emociones Positivas y Negativas:</u> Los participantes recibirán otra hoja de trabajo donde deberán relacionar expresiones faciales con situaciones que podrían haberlas provocado. Luego, dibujarán una situación en la que se sintieron muy felices y otra en la que se sintieron muy enfadados. 4. <u>Reconocer las Emociones de los Demás:</u> En una tercera hoja de trabajo, los participantes asociarán cada emoción con su significado. Luego, colorearán la cara de una persona y escribirán cómo creen que se siente.
Fortalezas y debilidades	Una fortaleza muy clara que se observa en el desarrollo de esta actividad es que al ser un trabajo individual cada uno de los alumnos lo realiza a su ritmo y eso les permite pensarlo más

	detalladamente y trabajar en las fichas mejor.
--	--

Tabla 6

Intervención 6 Tarjetas de Emociones.

<u>Intervención 6 Tarjetas de Emociones</u>	
Duración	La actividad durará aproximadamente 60 minutos.
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Tarjetas de emociones. (<i>ver anexo 7</i>)
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la expresión y reconocimiento de emociones entre los individuos. • Mejorar la comunicación no verbal y verbal. • Desarrollar la empatía y comprensión de las emociones de los demás.
Introducción	Se presentará el juego y se explicarán las normas. Se cuenta con un dado que posee los colores de las cartas y cada vez que le toque el turno a un individuo, el color que salga en el dado será el mismo que el que tendrá que seleccionar la carta.
Descripción	<p>En esta actividad vamos a trabajar con nuestras emociones a través de un juego con tarjetas. Cada participante tendrá la oportunidad de representar una emoción, describir una situación emocional o responder preguntas relacionadas con emociones. Esto dependerá del color de la tarjeta que elija:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Tarjeta verde:</u> consiste en representar una emoción. Por ejemplo, "Imita una cara dolorida" y los demás miembros del grupo tratarán de adivinar la emoción que está imitando • <u>Tarjeta azul:</u> responder preguntas relacionadas con las emociones. Por ejemplo, "¿Cómo te sientes cuando tu maestro/a te felicita por un trabajo bien hecho?" y el participante responderá la pregunta, compartiendo su experiencia o sentimientos. • <u>Tarjeta amarilla y roja:</u> ambas están relacionadas con describir una situación emocional. Por ejemplo, "Dime

	una situación en la que sientas sorpresa" y el participante describe una situación personal o inventada que se ajuste a la emoción indicada.
Fortalezas y debilidades	Como fortaleza en esta actividad, al alternar entre imitación, descripción de situaciones y respuestas a preguntas, la actividad mantiene el interés y participación de todos los miembros.

5. PROCESO DE EVALUACIÓN

5.1. Procedimientos de recopilación de datos e instrumentos empleados

Se realizará un registro antes de realizar la propuesta y al final de esta, prestando especial atención al nivel de participación en las actividades organizadas, el interés prestado en las mismas y la evolución individual y dentro del funcionamiento del grupo. El registro será llevado a cabo junto con la docente que tutoriza a estos alumnos en su día a día, ya que es una profesional totalmente competente para llevar a cabo este registro.

El primer registro se llevó a cabo al inicio de la estancia en el centro tras unas semanas de observación e interacción con el alumnado. Aproximadamente dos meses después, se volvió a realizar el registro, una vez ya había sido implementada y llevado a cabo la propuesta.

Este registro se realizará a través de la aplicación de un cuestionario específico: la Escala de Alexitimia para Observadores (OAS). Esta escala ha sido descrita y validada en varias publicaciones (Haviland et al., 2000; Haviland et al., 2001; Haviland et al., 2002) y se puede encontrar un resumen en línea (Espectro Autista, s.f.).

La OAS (*ver anexo 8*) está diseñada para ser completada por familiares o conocidos del individuo evaluado, y consta de 33 preguntas divididas en cinco subescalas:

1. Distante (10 preguntas): Esta subescala evalúa el nivel al que el individuo se muestra distante emocionalmente, es decir, poco accesible o frío en las relaciones interpersonales. Preguntas de la 1 a la 10.

2. No Introspectivo (8 preguntas): En esta subescala se mide la percepción que se tiene sobre el nivel al que el individuo no reflexiona a sobre sus sentimientos, comportamientos y pensamientos. Preguntas de la 11 a la 18.

3. Somatización (5 preguntas): Se evalúa la frecuencia de la aparición de síntomas físicos relacionados con el estrés psicológico o emocional que aparecen en el individuo. Preguntas de la 19 a la 23.

4. Sin Sentido del Humor (5 preguntas): A través de esta subescala se mide si el individuo carece de sentido del humor o si es incapaz de generar humor en diferentes contextos. Preguntas 24 a 28.

5. Rígido (5 preguntas): Se evalúa la inflexibilidad, es decir, la dificultad de adaptación a los cambios o el mantener rutinas estrictas. Preguntas 29 a 33.

Cada pregunta se puntúa entre 0 y 3, permitiendo en el sumatorio de puntuaciones totales un máximo de 99. Los autores no han establecido puntos de corte para clasificar el nivel de Alexitimia, por lo que los resultados se interpretan comparándolos con datos obtenidos de poblaciones normales y clínicas.

Tabla 7

Resultados OAS para la 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)

5.2. Análisis de los datos recogidos.

El estudio cuenta con dos componentes: una interpretación cuantitativa consistente en un análisis de datos medido a través de los resultados obtenidos en la escala “OAS” y una interpretación cualitativa que consiste en un análisis de conductas.

5.2.1. Interpretación cuantitativa

En este apartado se realizará una interpretación de forma cuantitativa sobre los resultados obtenidos en la Escala de Observadores de Alexitimia antes y después de implementar la propuesta de intervención para analizar los resultados de los individuos. Para ello se van a mostrar unas tablas en las cuales aparecen los resultados obtenidos antes y después de llevar a cabo la propuesta de cada uno de los individuos. A continuación, se presentarán una serie de gráficos, primero a nivel individual referido a la evolución de cada individuo y posteriormente sobre la evolución global de todos los individuos.

Para interpretar los resultados, se compara la puntuación obtenida con las medias de las poblaciones normal y clínica. Si la puntuación se encuentra dentro del rango establecido para la población clínica, o si es superior se considera la existencia de alexitimia. Sin embargo, si la puntuación es inferior a lo establecido en ese rango, elimina la aparición de alexitimia en esta dimensión.

Primero, se explicarán los componentes de los gráficos. Cada uno de los gráficos cuenta con tres líneas y una zona sombreada. La línea verde como se muestra en la leyenda constituye los “resultados anteriores a la propuesta de intervención” y de la misma manera la línea de color naranja representa los “resultados posteriores a la propuesta de intervención”. El sombreado azul que se observa en las gráficas nos muestra los “Resultados de la población clínica”, esto se refiere al umbral de las puntuaciones entre las que se encuentra la población clínica que presenta Alexitimia. Por último, la línea azul representa la “Media de la población clínica”, es decir, la puntuación media en la que se encuentran los resultados de la población clínica que variará de la misma manera que el sombreado en función del género, ya que para hombres y mujeres son diferentes puntuaciones.

Resultados individuales

INDIVIDUO 1

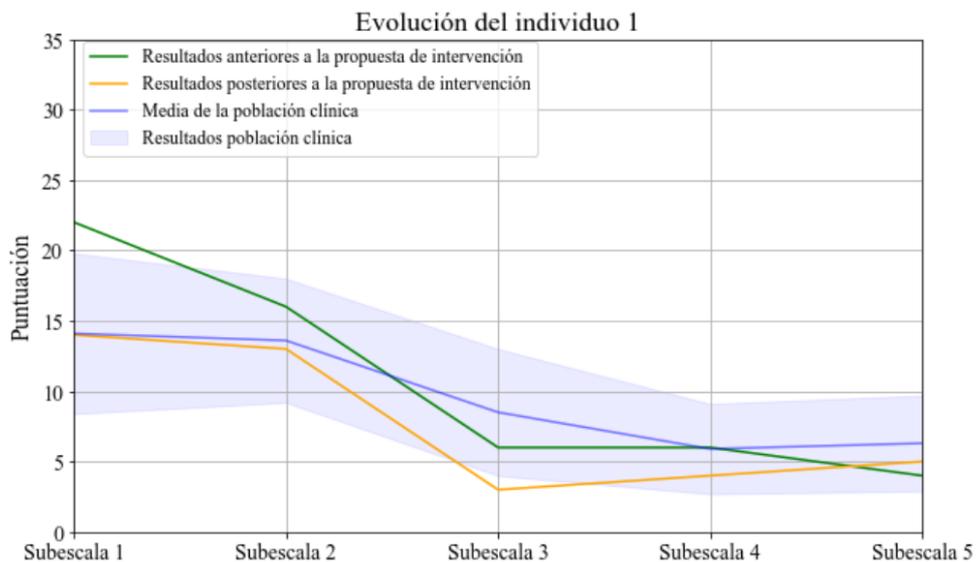
Tabla 8

Evolución de los resultados del individuo 1 antes y después de la propuesta.

	Resultados de la población clínica (mujeres)	Antes de la propuesta	Después de la propuesta
		Presenta niveles muy altos de Alexitimia, especialmente en las dimensiones de ser distante y no introspectiva.	Presenta niveles moderadamente altos de Alexitimia, especialmente en ser distante y no introspectiva, aunque no en somatización.
Subescala 1 - Distante	14,1 (\pm 5,7)	22	14
Subescala 2 - No introspectivo	13,6 (\pm 4,4)	16	13
Subescala 3 - Somatización	8,5 (\pm 4,5)	6	3
Subescala 4 - Sin sentido del humor	5,9 (\pm 3,2)	6	4
Subescala 5 - Rígido	6,3 (\pm 3,4)	4	5
Total	48,5 (\pm 15,1)	54	39

Figura 1

Evolución de los resultados del individuo 1



En la subescala 1 (Distante), de forma previa a la intervención, puntuó con 22, que está por encima del umbral superior de la población clínica, mientras que posteriormente obtuvo 14 puntos, que está dentro del umbral clínico, pero más cerca del umbral inferior.

En la subescala 2 (No introspectivo), anteriormente se obtuvo una puntuación de 16, y posteriormente de 13; ambas puntuaciones permanecen dentro del umbral clínico.

En la subescala 3 (Somatización), se obtuvo de forma previa a la propuesta 6 puntos, que está dentro del umbral clínico, pero posteriormente la puntuación disminuyó a 3 puntos, que está fuera de la población clínica.

En la subescala 4 (Sin sentido del humor), se puntuó en la medida previa con 6 puntos y posteriormente con 4 puntos; ambas puntuaciones están dentro del umbral clínico.

Por último, en la subescala 5 (Rígido), anteriormente se obtuvo 4 puntos, y después 5 puntos; ambas puntuaciones dentro del umbral clínico.

INDIVIDUO 2

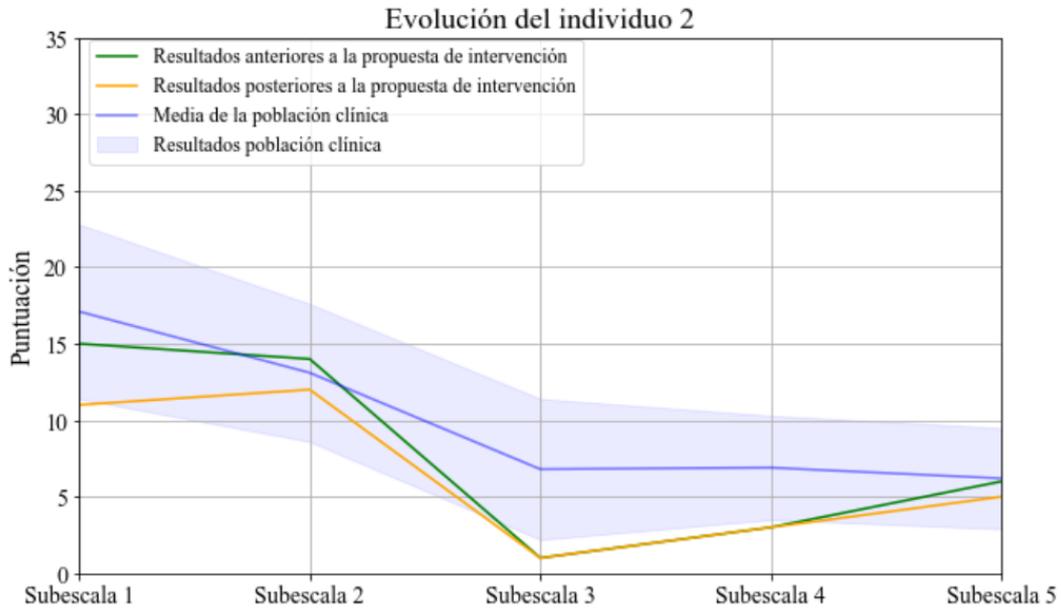
Tabla 9

Evolución de los resultados del individuo 2 antes y después de la propuesta.

	Resultados de la población clínica (hombres)	Antes de la propuesta	Después de la propuesta
		Presenta niveles moderados de Alexitimia con tendencia a ser distante y no introspectivo, pero con baja somatización	Presenta niveles moderados de Alexitimia con una tendencia a ser distante y no introspectivo, pero con muy baja somatización.
Subescala 1- Distante	17,1 (\pm 5,7)	15	11
Subescala 2 - No introspectivo	13,1 (\pm 4,5)	14	12
Subescala 3 - Somatización	6,8 (\pm 4,6)	1	1
Subescala 4 - Sin sentido del humor	6,9 (3,4)	3	3
Subescala 5 - Rígido	6,2 (\pm 3,3)	6	5
Total	50,0 (\pm 14,8)	39	32

Figura 2

Evolución de los resultados del individuo 2



El individuo 2 muestra las siguientes puntuaciones. En la subescala 1(Distante), de manera previa a la propuesta obtuvo 15 puntos y posteriormente a esta se obtuvo 11 puntos. La primera puntuación permanece en el umbral clínico, mientras que la segunda se encuentra fuera del umbral clínico inferior, así que se considera que está fuera de la población clínica.

En la subescala 2 (No introspectivo), anteriormente se obtuvo 14 puntos y después 12 puntos, ambas puntuaciones dentro del umbral clínico.

En la subescala 3 (Somatización), se obtuvieron previamente 1 punto y posteriormente se mantuvo en 1 punto. Esta puntuación está por debajo del umbral clínico inferior y por lo tanto, fuera de la población clínica.

En la subescala 4 (Sin sentido del humor), se puntuó anteriormente con 3 puntos y posteriormente se mantuvo 3 puntos, ambas puntuaciones fuera del umbral clínico inferior.

Finalmente, en la subescala 5 (Rígido), de forma previa a la propuesta se obtuvieron 6 puntos y posteriormente disminuyó a 5 puntos, ambas puntuaciones dentro del umbral clínico.

INDIVIDUO 3

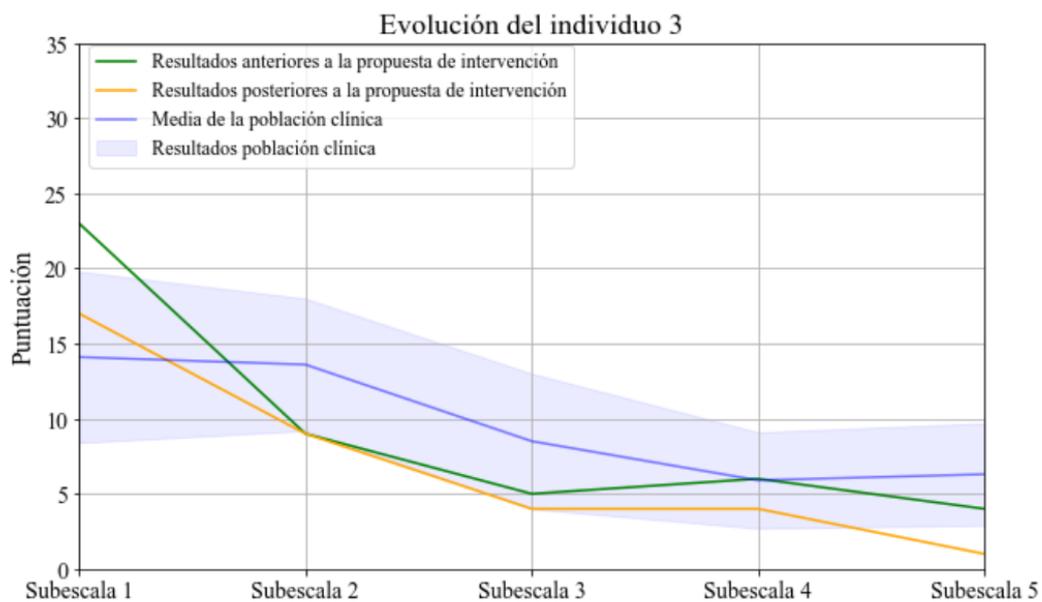
Tabla 10

Evolución de los resultados del individuo 3 antes y después de la propuesta.

	Resultados de la población clínica (mujeres)	Antes de la propuesta	Después de la propuesta
		Presenta puntuaciones altas de Alexitimia, especialmente en ser distante.	Presenta niveles moderados de Alexitimia, con un puntaje muy alto en ser distante, pero baja rigidez.
Subescala 1- Distante	14,1 ($\pm 5,7$)	23	17
Subescala 2 - No introspectivo	13,6 ($\pm 4,4$)	9	9
Subescala 3 - Somatización	8,5 ($\pm 4,5$)	5	4
Subescala 4 - Sin sentido del humor	5,9 ($\pm 3,2$)	6	4
Subescala 5 - Rígido	6,3 ($\pm 3,4$)	4	1
Total	48,5 ($\pm 15,1$)	47	35

Figura 3

Evolución de los resultados del individuo 3



En caso del individuo 3, en la subescala 1 (Distante), anteriormente se obtuvo 23 puntos que está por encima del umbral superior clínico, y posteriormente se obtuvo 17 puntos que está dentro del umbral clínico.

En la subescala 2 (No introspectivo), se obtuvieron las puntuaciones de 9 y se mantuvo en 9, ambas puntuaciones fuera del umbral clínico inferior, por lo tanto, fuera de la población clínica.

En la subescala 3 (Somatización), las dos puntuaciones permanecen dentro del umbral clínico; primero se obtuvo 5 puntos y posteriormente 4 puntos.

En la subescala 4 (Sin sentido del humor), ocurrió de manera similar a la subescala 3; se mantuvieron las puntuaciones de 6 y 4 puntos dentro del umbral clínico.

Por último, en la subescala 5 (Rígido), con anterioridad se alcanzaron 4 puntos, que está dentro del umbral clínico y posteriormente 1 punto, que se considera que está por debajo del umbral inferior y, por lo tanto, fuera de la población clínica.

INDIVIDUO 4

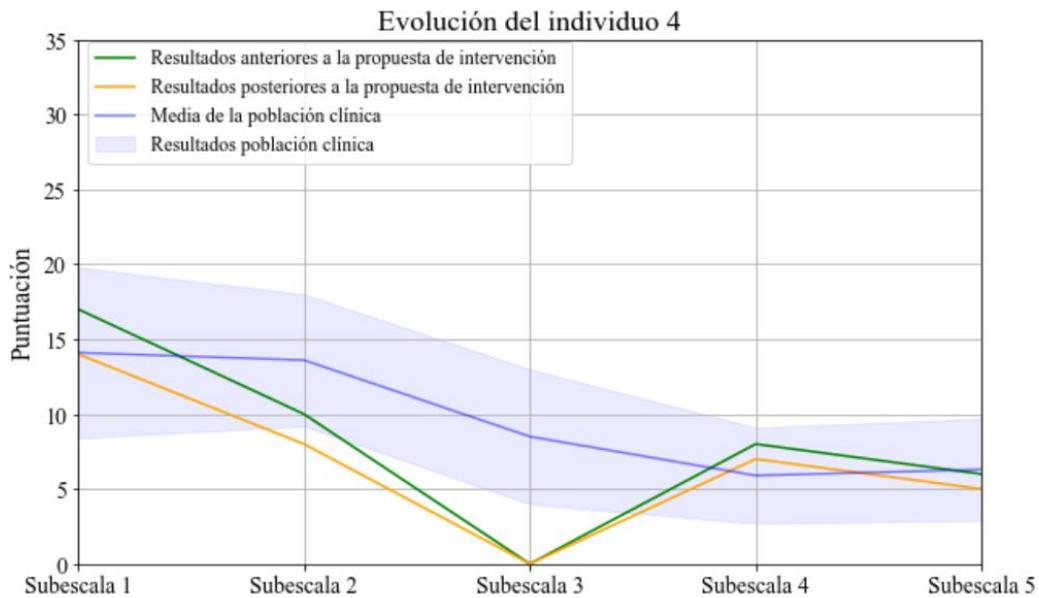
Tabla 11

Evolución de los resultados del individuo 4 antes y después de la propuesta.

	Resultados de la población clínica (mujeres)	Antes de la propuesta	Después de la propuesta
		Muestra niveles moderados de Alexitimia, con altas puntuaciones en ser distante y sin sentido del humor, pero sin somatización.	Muestra niveles moderados de Alexitimia, con puntuaciones particularmente altas en las subescalas de ser distante y sin sentido del humor.
Subescala 1- Distante	14,1 (\pm 5,7)	17	14
Subescala 2 - No introspectivo	13,6 (\pm 4,4)	10	8
Subescala 3 - Somatización	8,5 (\pm 4,5)	0	0
Subescala 4 - Sin sentido del humor	5,9 (\pm 3,2)	8	7
Subescala 5 - Rígido	6,3 (\pm 3,4)	6	5
Total	48,5 (\pm 15,1)	41	34

Figura 4

Evolución de los resultados del individuo 4



En el individuo 4, en la subescala 1 (Distante), ambas puntuaciones están dentro del umbral clínico, siendo la primera puntuación de 17 puntos y posteriormente de 14 puntos.

En la subescala 2 (No introspectivo), se obtuvo en primer lugar 10 puntos, que está dentro del umbral clínico y después 8 puntos, que está debajo del umbral clínico inferior y, por lo tanto, fuera de la población clínica.

En la subescala 3 (Somatización), se obtuvo la misma puntuación en la medida previa y en la medida posterior, de 0 puntos, que está fuera de la población clínica.

En la subescala 4 (Sin sentido del humor), en primer lugar, se obtuvo 8 puntos y posteriormente 7 puntos, las dos puntuaciones dentro del umbral clínico.

En la subescala 5 (Rígido) pasa lo mismo que en la subescala 4, pero con las puntuaciones de 6 puntos y 5 puntos.

INDIVIDUO 5

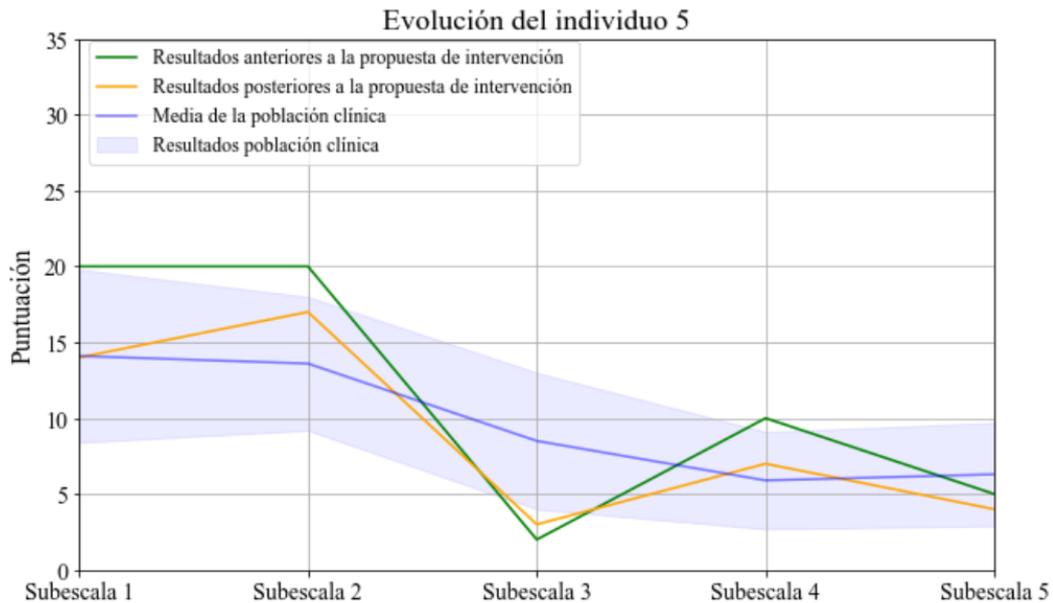
Tabla 12

Evolución de los resultados del individuo 5 antes y después de la propuesta.

	Resultados de la población clínica (mujeres)	Antes de la propuesta	Después de la propuesta
		Presenta niveles muy altos de Alexitimia, especialmente en ser distante y no introspectiva	Presenta niveles muy altos de Alexitimia, especialmente en ser no introspectiva y sin sentido del humor.
Subescala 1 - Distante	14,1 (±5,7)	20	14
Subescala 2 - No introspectivo	13,6 (±4,4)	20	17
Subescala 3 - Somatización	8,5 (±4,5)	2	3
Subescala 4 - Sin sentido del humor	5,9 (±3,2)	10	7
Subescala 5 - Rígido	6,3 (±3,4)	5	4
Total	48,5 (±15,1)	57	45

Figura 5

Evolución de los resultados del individuo 5



El individuo 5 muestra los siguientes resultados. En la subescala 1 (Distante), su puntuación varió de 20 puntos a 14 puntos, aunque la primera medida se considera que

está por encima del umbral clínico superior, y la segunda medida dentro del umbral clínico.

En la subescala 2 (No introspectivo), sucede lo mismo que en la primera subescala: la medida inicial se encuentra por encima del umbral superior de la población clínica en 20 puntos, y posteriormente obtuvo 17 puntos, que está dentro del umbral clínico.

En la subescala 3 (Somatización), antes de la propuesta se obtuvo 2 puntos, y posterior a la implantación de la propuesta se obtuvo 3 puntos, ambas puntuaciones fuera del umbral clínico inferior y por lo tanto fuera de la población clínica.

En la subescala 4 (Sin sentido del humor), previamente se obtuvo 10 puntos, que se encuentra por encima del umbral superior de la población clínica, y posteriormente disminuyó a 7 puntos, que está dentro del umbral clínico.

Por último, en la subescala 5 (Rígido), se obtuvo en primer lugar 5 puntos y posteriormente 4 puntos, ambas puntuaciones dentro del umbral clínico.

INDIVIDUO 6

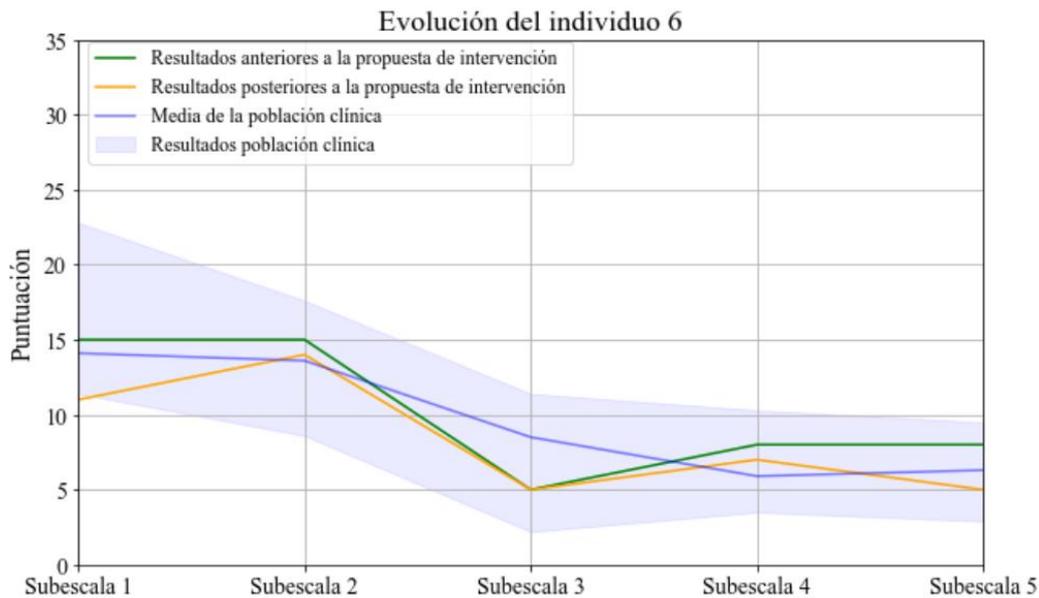
Tabla 13

Evolución de los resultados del individuo 6 antes y después de la propuesta.

	Resultados de la población clínica (hombres)	Antes de la propuesta	Después de la propuesta
		Muestra altos niveles de Alexitimia, con puntuaciones especialmente altas en ser distante y no introspectivo.	Muestra niveles altos de Alexitimia, especialmente en ser no introspectivo y sin sentido del humor.
Subescala 1 - Distante	17,1 ($\pm 5,7$)	15	11
Subescala 2 - No introspectivo	13,1 ($\pm 4,5$)	15	14
Subescala 3 - Somatización	6,8 ($\pm 4,6$)	5	5
Subescala 4 - Sin sentido del humor	6,9 ($\pm 3,4$)	8	7
Subescala 5 - Rígido	6,2 ($\pm 3,3$)	8	5
Total	50,0 ($\pm 14,8$)	51	42

Figura 6

Evolución de los resultados del individuo 6



El individuo 6 progresó de la siguiente manera. En la subescala 1 (Distante), obtuvo una puntuación de 15 puntos dentro del umbral de la población clínica antes de la propuesta, y posteriormente redujo su puntuación a 11 puntos, fuera del umbral inferior de la población clínica.

En la subescala 2 (No introspectivo), el individuo mostró en la medida previa una puntuación de 15 puntos, y aunque posteriormente disminuyó a 14 puntos, ambas se mantienen dentro del umbral clínico.

En la subescala 3 (Somatización), la medida se mantuvo constante en 5 puntos en ambas ocasiones, permaneciendo en el umbral clínico.

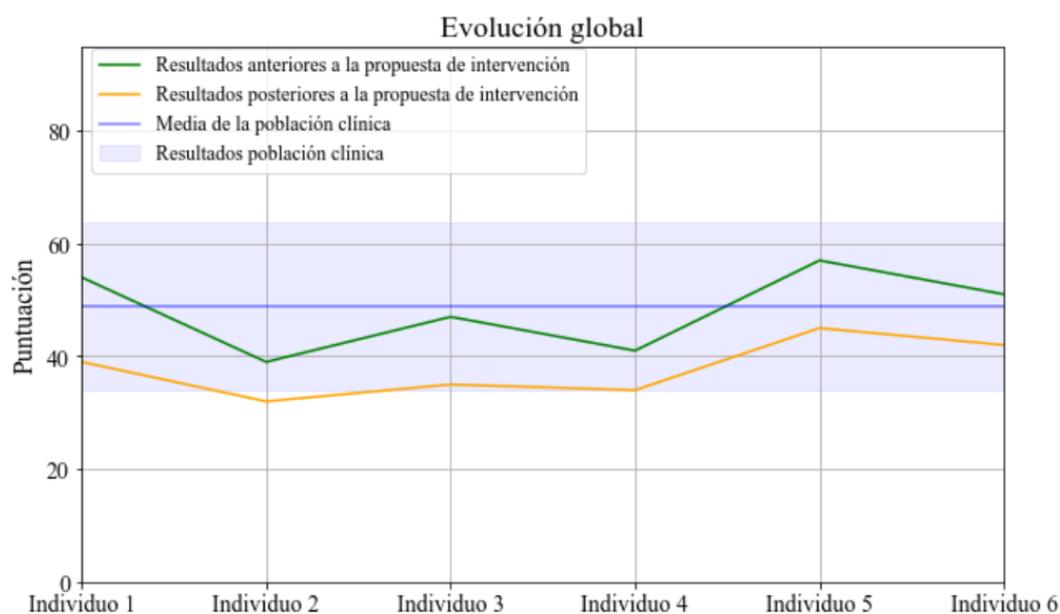
En la subescala 4 (Sin sentido del humor), se obtuvieron en primer lugar 8 puntos y después se redujo a 7 puntos, pero ambas puntuaciones permanecen en el umbral clínico.

Por último, en la subescala 5 (Rígido), se obtuvo con anterioridad 8 puntos y posteriormente 5 puntos, aunque la puntuación disminuyó se mantiene dentro del umbral clínico.

Resultados globales

Figura 7

Evolución global de los individuos



El individuo 1, obtuvo en la puntuación total anteriormente 54 puntos y posteriormente 39 puntos, aunque hubo una reducción notable de la puntuación esta se mantiene dentro del umbral clínico.

El individuo 2 obtuvo en primer lugar, antes de la propuesta 39 puntos que está dentro del umbral clínico. Tras la implantación de la propuesta, adquirió una puntuación de 32 puntos, que está justo por debajo del umbral clínico y, por lo tanto, permanece fuera de la población clínica.

El individuo 3 consiguió una puntuación inicialmente de 47 puntos y posteriormente esta puntuación disminuyó a 35 puntos, pero permanece dentro del umbral de la población clínica.

El individuo 4 alcanzó previamente a la propuesta 41 puntos y tras esta se redujo a 34 puntos, a punto de sobrepasar el umbral clínico inferior (33.4), pero sin llegar a hacerlo.

El individuo 5 obtuvo 56 puntos en primer lugar y después se redujo a 46 puntos. Aunque se reduce significativamente la puntuación, permanece dentro del umbral de la población clínica.

Por último, el individuo 6, adquirió con anterioridad 51 puntos y posteriormente disminuyó su puntuación de manera notable a 42 puntos. Sin embargo, su puntuación permanece dentro del umbral de la población clínica.

5.2.2. Interpretación cualitativa

Análisis de conducta

Individuo 1

En el caso del individuo 1, en la subescala 1 el individuo antes de la implementación de la propuesta era muy distante, con una gran dificultad para establecer conexiones a nivel emocional con el resto de las personas. Tras la propuesta muestra una mejora: se considera que es menos aislado y más accesible a nivel emocional. Aunque mantiene una cierta distancia emocional en sus relaciones con los demás, es decir, sigue siendo algo reservado y evita un acercamiento profundo a nivel emocional.

En la subescala 2, este individuo antes de la propuesta mostraba una falta considerable de reflexión acerca de sus pensamientos, emociones y sentimientos. Esto supone que pocas veces piensa acerca de lo que siente. Posterior a la intervención, aunque permanece en el umbral clínico, se observa una pequeña mejora en la capacidad de autorreflexión, lo que significa que, aunque la habilidad no se haya desarrollado completamente, el individuo ha comenzado a pensar más acerca de sus estados emocionales.

En la subescala 3, al principio mostraba una aparición constante de síntomas de estrés emocional que se manifiestan físicamente. Sin embargo, después se ha producido una reducción de estos síntomas, sugiriendo una mejora en la gestión del estrés, ya que se ha reducido la somatización a niveles no clínicos.

En la subescala 4, antes de la propuesta mostraba una capacidad limitada para generar humor, lo que supone seriedad en su comportamiento. Posteriormente, se aprecia una pequeña mejora, aunque la puntuación permanezca dentro del umbral clínico, lo que significa que, aunque no es una característica predominante del comportamiento de este individuo comienza a mostrar una mayor capacidad generar humor.

En la subescala 5, al comienzo se observa una inexistencia moderada de flexibilidad, que se traduce en un comportamiento poco adaptativo. Posteriormente, se estabilizó a una medida similar a la media, lo que indica que, aunque no ha mejorado su

inflexibilidad, tampoco la ha empeorado, por lo que empieza a ser más propenso a adaptarse a los cambios.

Individuo 2

En el caso del individuo 2, en la subescala 1, en primer lugar manifestaba un comportamiento distante moderado, por lo que era frío emocionalmente en las relaciones con los demás, aunque posteriormente se observa que las puntuaciones se establecen fuera del umbral clínico por lo que el individuo ha desarrollado una capacidad significativa para ser más accesible a nivel emocional y menos aislado.

En la subescala 2, respecto a su “No introspección” antes de la propuesta este individuo poseía una importante falta de autorreflexión, por lo que apenas analiza sus emociones o sentimientos. Posteriormente, mejoró ligeramente su capacidad para reflexionar acerca de sus emociones o pensamientos, aunque sigue mostrando una tendencia a evitarla.

En la subescala 3, los resultados antes y después de la propuesta se mantienen, reflejando que este individuo no muestra síntomas físicos de estrés emocional. Por lo tanto, pocas veces sentirá dolores físicos o molestias debido a estrés.

En la subescala 4, la puntuación antes y después de la propuesta permanece constante, mostrando que este individuo nunca ha presentado problemas significativos relacionados con la generación y apreciación del humor.

En la subescala 5, en primer lugar, mostró una inflexibilidad moderada, lo que se traduce en rutinas estrictas o incapacidad de adaptación, pero posteriormente se observó una ligera mejora en su flexibilidad, por lo que posee una tendencia más razonable de adaptación en diferentes situaciones.

Individuo 3

En el caso del individuo 3, en la subescala 1, en primer lugar, mostraba un aislamiento emocional a nivel extremo, siendo muy poco accesible emocionalmente y evitando conexiones emocionales. Posteriormente, tras la intervención, se observa una mejora muy significativa en la que el individuo sigue siendo distante, pero algo más accesible emocionalmente. Sin embargo, aunque se aprecie esta mejora notable, el individuo permanece en el umbral clínico por lo que aún presenta problemas en esta área, es decir, muestra cierta distancia, pero en un grado menor.

En la subescala 2, el individuo mantiene constante las puntuaciones en esta área y ambas se encuentran fuera del umbral clínico, lo que sugiere que muestra una buena capacidad de introspección.

En la subescala 3, antes de la propuesta manifestaba de manera moderada síntomas físicos ante el estrés emocional y posteriormente se observó una ligera mejora, lo que supone una leve reducción de estos síntomas físicos ante el estrés emocional. Como esta cerca de salirse el umbral clínico, esto significa que no muestra estos síntomas frecuentemente, sino ocasionalmente.

En la subescala 4, antes de implementar la propuesta este individuo presentaba una capacidad limitada para generar o apreciar humor, y tras su implementación mostró una mejora en su capacidad para generar humor, aunque permanece dentro del umbral clínico todavía.

En la subescala 5, anteriormente se observaba una rigidez moderada traducida en poca capacidad de adaptación por parte de este individuo. Sin embargo, posteriormente se manifestó una mejora significativa en su flexibilidad, siendo mucho más adaptable ante diferentes situaciones y situándose fuera del umbral clínico.

Individuo 4

El individuo 4, en la subescala 1, antes mostraba un distanciamiento emocional moderado por lo que evita conexiones emocionales o acercamientos profundos. Posteriormente se observa una mejora en su accesibilidad emocional, aunque permanece siendo distante. Por lo que, este individuo sigue teniendo problemas para establecer conexiones emocionales, pero en menor medida.

En la subescala 2, reflejaba antes de la propuesta una capacidad limitada de autorreflexión, por lo que rara vez explora sus sentimientos y emociones. Después de la intervención presentó una mejora en cuanto su autorreflexión, ya que se situó fuera del umbral clínico. Esto significa que ha desarrollado una correcta capacidad de introspección.

En la subescala 3, este individuo muestra una puntuación fuera de la población clínica en esta área, por lo que no presenta síntomas físicos relacionados con el estrés emocional. Por lo tanto, gestiona bien el estrés y rara vez experimenta dolores físicos o molestias.

En la subescala 4, antes de la propuesta mostraba una capacidad limitada para generar o apreciar el humor. Tras la propuesta se produce una mejora en el desarrollo del sentido del humor, pero sigue siendo un individuo que muestra dificultades en las interacciones humorísticas.

En la subescala 5, inicialmente el individuo presentaba una rigidez moderada. Posteriormente, aunque las puntuaciones permanezcan dentro del umbral el individuo presenta una leve mejora, dejando ver que ha comenzado a desarrollar una capacidad de adaptación ante los cambios, aunque siga mostrando cierta resistencia.

Individuo 5

En el caso del individuo 5, en la subescala 1, inicialmente se mostraba con un distanciamiento emocional significativo, por lo que presentaba grandes problemas para establecer relaciones interpersonales con los demás. Posteriormente, aunque la puntuación disminuyó, está dentro del umbral clínico por lo que sigue existiendo ese problema, pero en menor grado, ya que muestra una mejora en su accesibilidad emocional.

En la subescala 2, antes de la propuesta el individuo mostraba una falta extrema de introspección. Sin embargo, después, aunque las puntuaciones se muestran dentro del umbral clínico, muestra una mejora significativa sobre su capacidad de autorreflexión. Esto se traduce en que el individuo ha comenzado a realizar introspección sobre sus estados internos emocionales.

En la subescala 3, este individuo muestra una puntuación fuera de la población clínica en esta área, por lo que no presenta síntomas físicos relacionados con el estrés emocional. Por lo tanto, gestiona bien el estrés y rara vez experimenta dolores físicos o molestias.

En la subescala 4, inicialmente mostraba una capacidad muy limitada respecto al sentido del humor, es decir, apenas es capaz de generar o apreciar el sentido del humor. Posteriormente, aunque su medida se sitúa dentro del umbral clínico ha desarrollado una mejora significativa en esta área, ya que comienza a desarrollar un mejor sentido del humor a pesar de tener margen de mejora.

En la subescala 5, al comienzo de la propuesta el individuo se mostraba rígido en una gran medida, por lo que presentaba dificultades para adaptarse a diferentes situaciones.

Una vez llevada a cabo la intervención su puntuación disminuyó, pero a pesar de permanecer dentro del umbral clínico, mostró una leve mejora traducida en el comienzo de desarrollo de una mejor capacidad adaptativa.

Individuo 6

En el caso del individuo 6, en la subescala 1, al principio mostraba cierta distancia emocional, que es un indicativo de dificultades en la conexión emocional con las demás personas. Sin embargo, posteriormente la puntuación disminuyó hasta situarse fuera del umbral clínico lo que significa que el individuo mejoro de manera significativa su capacidad de establecer buenas relaciones interpersonales.

En la subescala 2, a su “No introspección” antes de la propuesta este individuo poseía una limitada capacidad de autorreflexión, por lo que apenas analiza sus emociones o sentimientos. Posteriormente, mejoró ligeramente su capacidad para reflexionar acerca de sus emociones o pensamientos, aunque sigue mostrando una tendencia a evitarla.

En la subescala 3, las puntuaciones se mantuvieron constantes dentro del umbral clínico, por lo que este individuo sigue experimentando varios síntomas derivados de estrés emocional.

En la subescala 4, antes de la propuesta mostraba una capacidad limitada para generar o apreciar el humor. Tras la propuesta se produce una mejora en el desarrollo del sentido del humor, pero sigue siendo un individuo que muestra dificultades en las interacciones humorísticas.

En la subescala 5, al comienzo de la propuesta el individuo se mostraba rígido en una gran medida por lo que presentaba dificultades para adaptarse a diferentes situaciones. Una vez llevada a cabo la intervención su puntuación disminuyó, pero a pesar de permanecer dentro del umbral clínico, mostró una leve mejora traducida en el comienzo del desarrollo de una mejor capacidad adaptativa.

6. CONCLUSIÓN

El objetivo general de este Trabajo de Fin de Grado es “Diseñar una propuesta de intervención educativa adaptada a las necesidades de alumnos con discapacidad Intelectual destinada a disminuir los niveles de alexitimia”. Este objetivo se ha

alcanzado mediante la creación e implementación de la propuesta de intervención educativa. La revisión bibliográfica ha proporcionado una base teórica sólida sobre la Discapacidad Intelectual y la alexitimia, lo que ha permitido comprender mejor cómo ambas condiciones afectan el día a día de estos individuos. Además, gracias a la planificación y ejecución de metodologías, se ha generado una mayor sensibilidad sobre la empatía e importancia de la adaptación en el ámbito académico.

En la propuesta de intervención educativa se han desarrollado actividades específicas cuyo desafío era que los alumnos desarrollaran habilidades socioemocionales dirigidas a gestionar de una mejor manera la alexitimia.

A su vez el objetivo general de esta propuesta es “Reducir los niveles de alexitimia en el alumnado con Discapacidad Intelectual (DI)”. Se considera que el objetivo se ha conseguido satisfactoriamente, logrando un avance en lo referido a la gestión emocional por parte del alumnado con DI y alexitimia. Se puede observar una mejora en la identificación y expresión de las emociones, al igual que en el desarrollo de las habilidades socioemocionales, y en lo referido a la comunicación verbal y no verbal, lo que demuestra la efectividad general de la intervención.

La propuesta de intervención ha demostrado ser operativa respecto a la reducción de las puntuaciones totales de alexitimia en todos los individuos que han participado en ella. La disminución en su puntuación total es notoria tras la intervención, pero no significativa en las puntuaciones totales. Sin embargo, a pesar de estas reducciones cinco de los seis individuos permanecen una vez que se ha realizado la propuesta dentro del umbral clínico por lo que, aunque se ha obtenido un impacto positivo, no es suficiente para eliminar completamente los síntomas de alexitimia en la mayoría de los casos.

No obstante, uno de los seis individuos en concreto el “individuo 2” pasó de estar dentro del umbral clínico a estar fuera de él tras realizar la intervención. Esto significa que, para algunos individuos, esta intervención puede ser lo suficiente efectiva como para sacarles del rango clínico de alexitimia. A pesar de ello, se ha producido un impacto positivo en dimensiones específicas, en concreto en la subescala 1 (Distante). Esta subescala, ha mostrado una mejora significativa positiva en todos los individuos evaluados, tanto cuantitativamente como cualitativamente. Esto se traduce que los individuos han establecido una conducta más accesible emocionalmente, es decir, más abiertos a la comunicación y conexiones interpersonales en el plano emocional.

En comparación con otros programas esta propuesta muestra virtudes que la hacen destacar en varios aspectos importantes. En primer lugar, su metodología de basada del aprendizaje por proyectos promueve un aprendizaje activo a través de actividades creativas. Además, destaca su adaptabilidad ya que ofrece una flexibilidad para ajustarse al nivel de desarrollo de cada uno de los alumnos. Esta también cuenta con herramientas de evaluación cuantitativas y cualitativas que miden de forma continua el progreso del alumnado.

A pesar de los resultados positivos que se han obtenido, la propuesta de intervención presenta algunas limitaciones. Inicialmente, se cuenta con una muestra reducida, la intervención se ha realizado con un grupo pequeño de alumnos, esto se traduce en una limitación a la hora de generalizar los resultados obtenidos. Además, la propuesta ha tenido una duración limitada ya que se ha desarrollado en un periodo concreto de tiempo de 6 semanas. Este breve periodo de tiempo no es suficiente para poder observar cambios a largo plazo. Por último, durante la propuesta de intervención, aunque se han empleado herramientas cualitativas y cuantitativas, una mayor variedad de instrumentos habría proporcionado una visión más completa del impacto final de la intervención. Por lo tanto, para que estas limitaciones sean abordadas, futuras investigaciones tendrán que ampliar la cantidad de participantes, extender la duración de su programa y diversificar las herramientas de evaluación. A través de esto se conseguirán un resultados más precisos y detallados que mejorarán la validez tanto interna como externa de su estudio.

Las actividades propuestas presentan varios puntos fuertes y puntos débiles. Entre las fortalezas, se ha promovido el entusiasmo e interés, lo que ha llevado a que los participantes a desarrollar habilidades para expresar y reconocer emociones. También a través de estas actividades se relaciona lo aprendido en el aula con situaciones cotidianas. Sin embargo, como debilidad, las emociones complejas son más difíciles de identificar y comprender, por lo que aún existen desafíos en la comunicación e identificación de dichas emociones.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso-Fernández, F. (2011). *La alexitimia y su trascendencia clínica y social*. *Salud Mental*, 34(6), 481-490.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5a ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Antequera Maldonado, M., Bachiller Otero, B., Calderón Espinosa, M. T., Cruz García, A., Cruz García, P. L., García Perales, F. J., Luna Reche, M., Montero Alcaide, F., Orellana Rodríguez, F. M., & Ortega Garzón, R. (2008). *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de discapacidad intelectual*. Junta de Andalucía, Consejería de Educación, Dirección General de Participación y Equidad en Educación.
- Belloch, A., Sandin, B., & Ramos, F. (2020). *Manual de psicopatología* (3ra ed.). Cristina Sanchez Sainz-Trápaga (Ed.).
- Bisquerra-Alzina, R. (2003) *Educación emocional y competencias básicas para la vida*. *Revista de Investigación Educativa*, Vol 21, nº 1, págs.7-43.
- Capella, C., & Mendoza, M. (2011). *Regulación emocional en niños y adolescentes: artículo de revisión. Nociones evolutivas y clínica psicopatológica*. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 22(2), Agosto 2011.
- Chen, J., Xu, T., Jing, J., & Chan, R. C. K. (2011). *Alexithymia and emotional regulation: A cluster analytical approach*. *BMC Psychiatry*, 11(33).

Competencias Generales Grado Educación Primaria (2010). *Versión 4 en fecha de 23/03/2010 del Real Decreto 1393/2007 de 29 de octubre*. Universidad de Valladolid.

Espectro Autista. (s.f.). *Escala de Observadores de Alexitimia (OAS)*. Espectro Autista. <http://espectroautista.info/OAS-es.html>

Fernández-Abascal, E. G., García Rodríguez, B., Jiménez Sánchez, M. P., Martín Díaz, M. D., & Domínguez Sánchez, F. J. (2010). *Psicología de la emoción* (1ra ed.). Centro de Estudios Ramón Areces, S.A.

Fernández Montalvo, J., & Yárnoz, S. (1994). *Alexitimia: concepto, evaluación y tratamiento*. *Psicothema*, 6(3), 357-366.

García-Esteve, L., Nuñez, P., & Valdes, M. (1988). *Alexitimia: análisis clínico y psicométrico de un concepto inicialmente psicoanalítico*. *Psicopatología*, 8(1), 55-60.

Garrote, D., & et al. (2021). *La inteligencia emocional en niños y jóvenes con necesidades educativas especiales de tipo intelectual*. *Revista Española de Discapacidad*, 9(2), 119-134.

Gondim, S. M. G., y Estramiana, J. L. A. (2010). *Naturaleza y cultura en el estudio de las emociones*. *Revista Española de Sociología*, 13, 31-47.

Haviland, M. G., Warren, W. L., & Riggs, M. L. (2000). *An Observer Scale to Measure Alexithymia*. *Psychosomatics*, 41(5), 385–392.

Haviland, M. G., Warren, W. L., Riggs, M. L., & Gallacher, M. (2001). *Psychometric Properties of the Observer Alexithymia Scale in a Clinical Sample*. *Journal of Personality Assessment*, 77(1), 176–186.

- Haviland, M. G., Warren, W. L., Riggs, M. L., & Nitch, S. R. (2002). *Concurrent Validity of Two Observer-Rated Alexithymia Measures*. *Psychosomatics*, 43(6), 472–477.
- Ke, X., & Liu, J. (2017). Discapacidad intelectual. En Rey, J. M. (Ed.), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines.
- Lafuente Niño, E., Loredó Narciani, J. C., Castro Tejerina, J., & Pizarroso López, N. (2017). *Historia de la psicología* (ed. digital, febrero 2017). Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- OMS. (2010). *Better Health, Better Lives: Children and Young People with Intellectual Disabilities and their Families*. November 26-27.
- Panasiti, M. S., Ponsi, G., & Violani, C. (2020). *Emotions, Alexithymia, and Emotion Regulation in Patients With Psoriasis*. *Frontiers in Psychology*, 11, 836.
- Pena, K. (2014). *Recensión de "En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y los sentimientos" de Antonio Damasio* [Reseña del libro En busca de Spinoza, por A. Damasio]. *Episteme NS*, 34(1), 97-100.
- Revee, J. (2010) *Motivación y emoción*. Quinta Edición. Mexico: McGraw-Hill.
- Retana-Alvarado, D. A., & Anicasio-Casiano, J. (2021). *La percepción de la Inteligencia Emocional en la formación inicial de maestros en Costa Rica*. InterSedes,
- Sappok, T., Hassiotis, A., Bertelli, M., Dziobek, I., & Sterkenburg, P. (2022). *Developmental Delays in Socio-Emotional Brain Functions in Persons with an*

Intellectual Disability: Impact on Treatment and Support. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(20).

Schalock, R. L. (2009). *La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales*. Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual, 40(229), 22-39.

Schalock, R. L., Gardner, J. F., & Bradley, V. J. (2007). *Quality of life for persons with intellectual and other developmental disabilities: Applications across individuals, organizations, communities, and systems*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

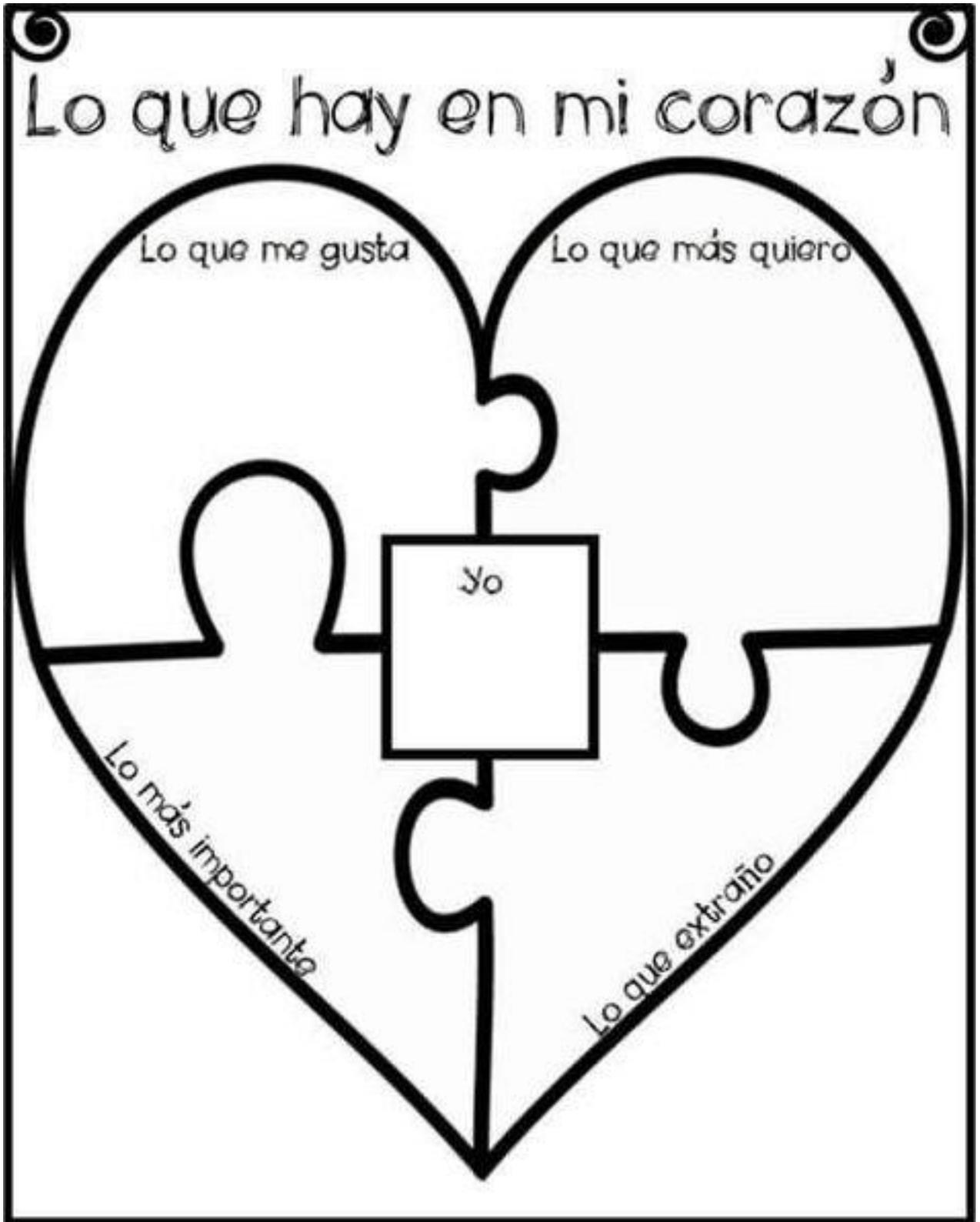
Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tassé, M. J. (2021). *Definición, diagnóstico, clasificación y planificación de apoyos para personas con discapacidad intelectual: un consenso emergente*. Siglo Cero, 52(3), 29–36.

8. ANEXOS

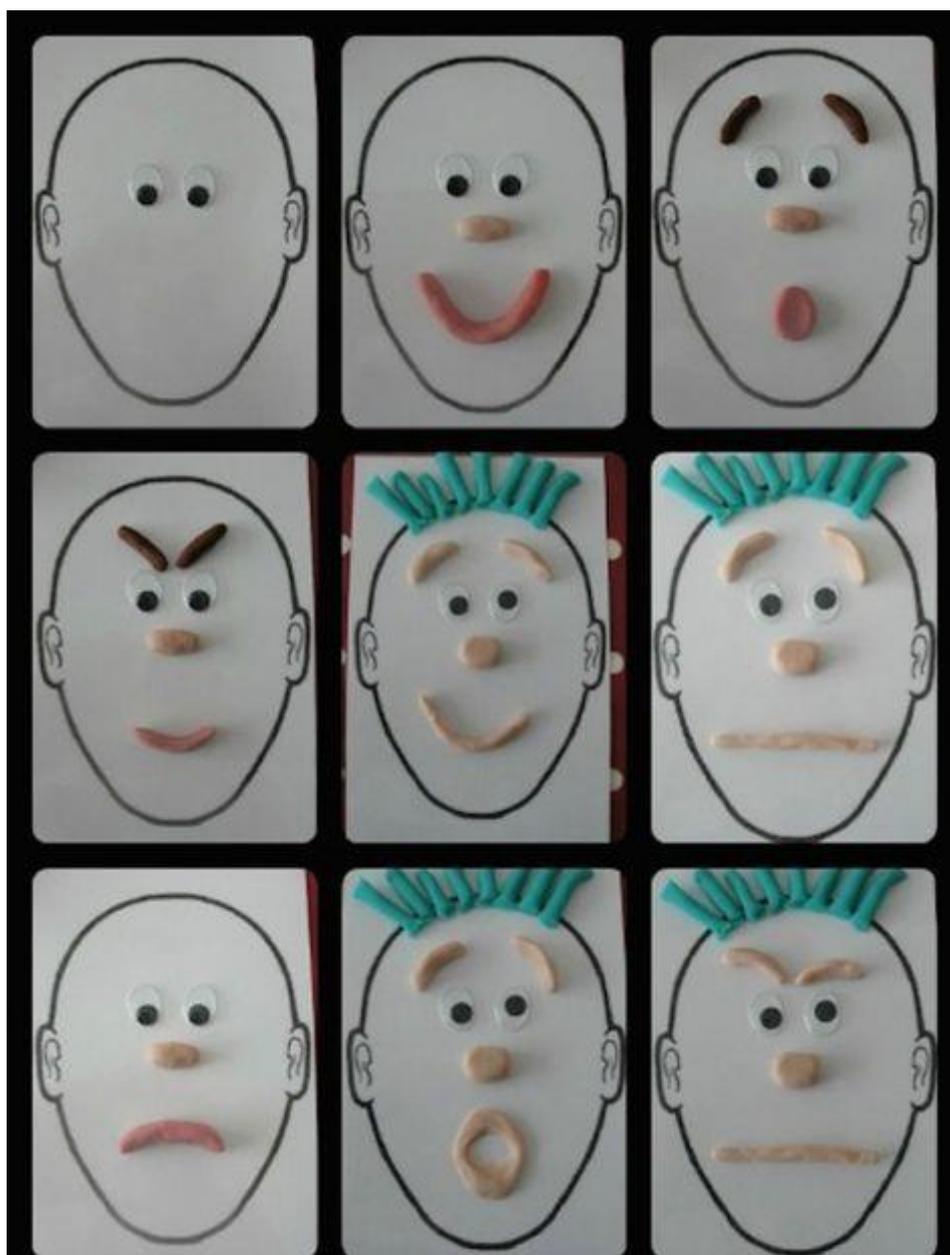
Anexo 1. Temporalización de la Propuesta de Intervención

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Propuesta de intervención educativa				

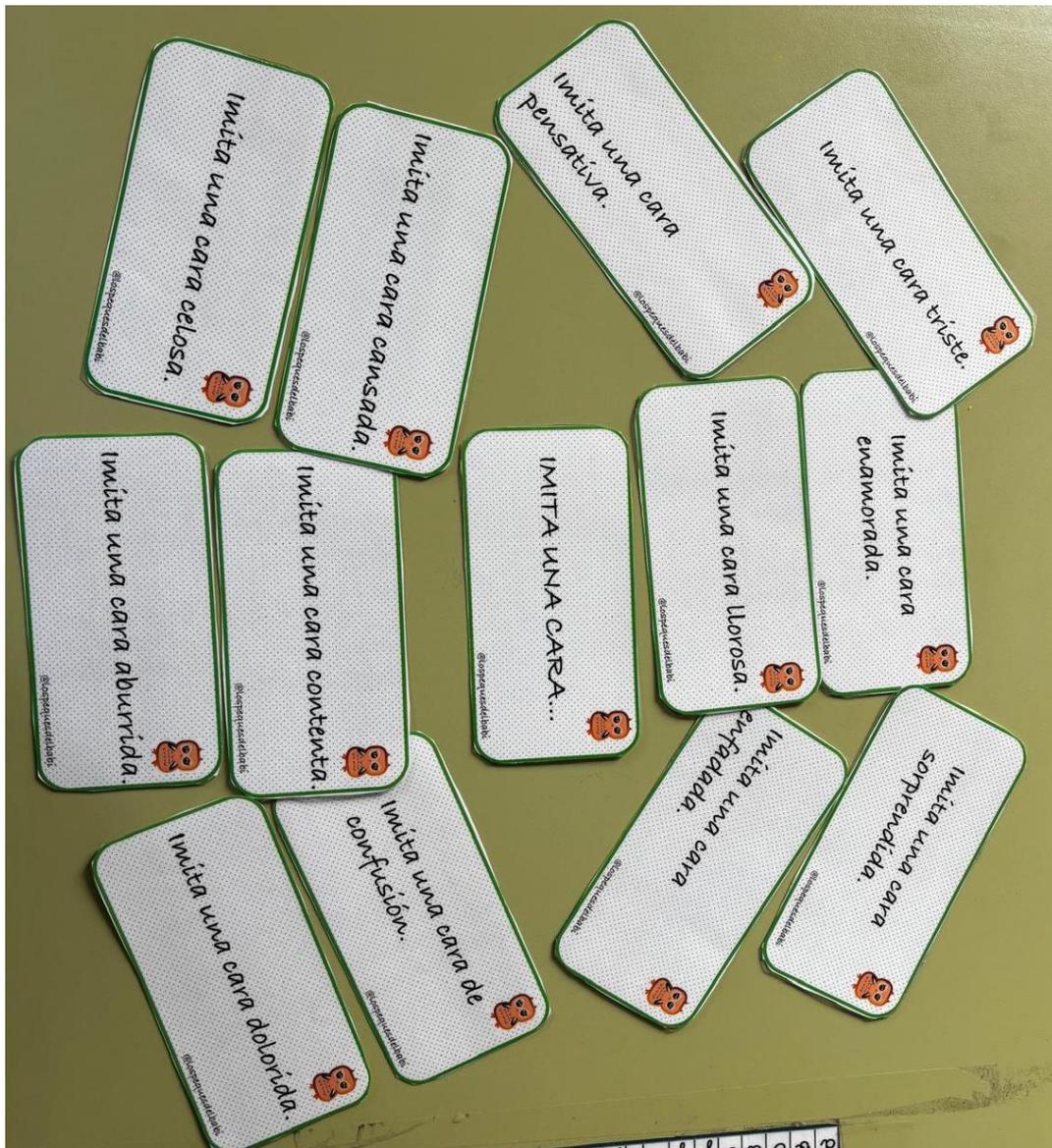
Anexo 2. Ficha corazón



Anexo 4. Tarjetas de las expresiones emocionales



Anexo 5. Tarjetas de emociones para representar con mímica



Anexo 6. Fichas de trabajo de las actividades de emociones.

FICHA 1 Reconozco las emociones

Nombre _____ Fecha _____

1 Relaciona cada dibujo con la emoción que expresa.



miedo



alegría



enfado

tristeza

sorpresa




2 Dibuja tu cara en cada caso.

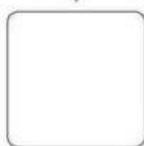
sientes alegría



sientes tristeza



sientes miedo



FICHA 3 Sentimos alegría

Nombre _____ Fecha _____

1 Marca las caras que expresan alegría.



















2 ¿Cuándo sientes alegría? Marca.

- Cuando un niño te invita a jugar con él.
- Cuando unos niños se burlan de ti.
- Cuando el profesor te felicita.
- Cuando te invitan a un cumpleaños.
- Cuando ganas un concurso de dibujo.
- Cuando pierdes un partido.

FICHA 5 Aprendo a expresar lo que siento

Nombre _____ Fecha _____

1 ¿Qué expresa cada emoción? Marca.



alegría

- Estoy muy contenta.
- Estoy muy aburrida.



enfado

- ¡Qué rabial!
- Me alegro mucho.



tristeza

- ¡Qué penal!
- Me he divertido mucho.



miedo

- Estoy cansado.
- Estoy asustado.

FICHA 10 Aprendo a calmarme

Nombre _____ Fecha _____

1 ¿Qué debes hacer en cada caso? Marca.

Cuando estás enfadado debes...

- Gritar, molestar e insultar.
- Hablar de tu enfado y calmarte.

Cuando estás asustado debes...

- Callarte y no hablar.
- Pedir ayuda y calmarte.

2 Respira lentamente varias veces. Después, explica.



¿Cómo os sentís ahora?

Anexo 7. Juego tarjetas de las emociones



Anexo 8. Escala de alexitimia para observadores

Escala de Alexitimia para Observadores (OAS)

◀ ▲ ▼ ▶	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 sí 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"/>
20 Habla mucho sobre dolor físico o malestar.	<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"/>