



Universidad de Valladolid

Facultad de Educación y Trabajo Social

TRABAJO FIN DE GRADO

EL SILENCIO EN EL AULA: ALEXITIMIA Y MALESTAR EMOCIONAL EN EL ALUMNADO CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA. EL PAPEL DEL DOCENTE EN LA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DEL RIESGO SUICIDA A TRAVÉS DEL LENGUAJE NO VERBAL

Curso académico **2024/2025**

Presentado por **Natalia Macarro Coca**

para optar al Grado de

Educación Primaria

por la Universidad de Valladolid

Tutelado por **Marina Muñoz Arranz**

RESUMEN.

El presente Trabajo de Fin de Grado aborda la relación existente entre el Trastorno del Espectro Autista (TEA), la gestión emocional y el riesgo suicida, con el objetivo de analizar el nivel de conocimiento del profesorado ante esta problemática. Las personas con TEA suelen presentar dificultades significativas en la identificación, expresión y regulación de sus emociones, lo que puede derivar en un aumento de la vulnerabilidad frente a conductas suicidas. Ante esta realidad, resulta esencial que los docentes sean capaces de detectar posibles señales de alarma relacionadas con el suicidio. Este trabajo pretende por tanto ofrecer una visión actualizada del grado de conciencia del que disponen los docentes en lo que respecta al TEA y al riesgo suicida que puede estar asociado. A partir del análisis de dicha información, se propone una intervención dirigida a la formación del profesorado, con el fin de dotarles de herramientas eficaces para actuar de manera preventiva. Aunque el suicidio se trate de un fenómeno ampliamente conocido, se constata que las estrategias empleadas en los centros educativos para abordarlo suelen ser insuficientes o poco ajustadas a las necesidades del alumnado. Por ello, esta propuesta busca visibilizar una realidad que, pese a su gravedad, continúa siendo silenciada en diversos centros educativos.

PALABRAS CLAVE.

Trastorno del Espectro Autista (TEA), suicidio, docentes, prevención, gestión emocional.

ABSTRACT.

This Final Degree Project explores the relationship between Autism Spectrum Disorder (ASD), emotional regulation, and suicide risk, with the aim of analysing teachers' level of knowledge regarding this issue. Individuals with ASD often experience significant difficulties in identifying, expressing, and managing their emotions, which may increase their vulnerability to suicidal behaviours. In light of this reality, it is essential that teachers are able to recognise potential warning signs related to suicide. This study therefore aims to provide an updated overview of the extent to which teachers are aware of ASD and the associated risk of suicide. Based on this analysis, an intervention is proposed to train teachers and equip them with effective tools to act preventively. Although suicide is a widely known phenomenon, it is evident that the strategies currently implemented in schools to address it are often insufficient or poorly adapted to the needs of students. For this reason, this proposal seeks to raise awareness of a reality which, despite its seriousness, continues to be silenced in many educational settings.

KEYWORDS.

Autism Spectrum Disorder (ASD), suicide, teachers, prevention, emotional regulation.

ÍNDICE DE CONTENIDOS.

1. Introducción	9
2. Objetivos	11
3. Justificación del tema	12
4. Fundamentación teórica.....	18
4.1. Trastorno del Espectro Autista (TEA).....	18
4.1.1. Etiología.....	18
4.1.2. Epidemiología	19
4.1.3. Terminología	19
4.1.4. Características del TEA en la escuela	20
4.2. Alexitimia y sus repercusiones emocionales	20
4.3. Vulnerabilidad suicida en niños con TEA	22
4.4. Impacto de la regulación emocional en el suicidio en TEA.....	26
4.5. La influencia del lenguaje no verbal.....	29
4.5.1. Comunicación no verbal. Técnicas y recursos aplicados.....	30
4.6. La respuesta educativa ante las manifestaciones emocionales del alumnado con TEA.....	33
4.7. El manejo de la ideación suicida en el ámbito escolar	36

5. Propuesta de intervención	39
5.1. Introducción.....	39
5.2. Metodología.....	40
5.3. Destinatarios.....	40
5.4. Temporalización	41
5.5. Objetivo general y objetivos específicos	41
5.6. Recursos personales y materiales necesarios	42
5.7. Resultados.....	42
5.8. Desarrollo de la sesión.....	43
6. Conclusiones.....	48
7. Bibliografía	50
8. Anexos.....	57

ÍNDICE DE FIGURAS.

1. Figura 1. Relación de los objetivos con las competencias del Grado de Maestro de Educación Primaria	15
2. Figura 2. Sistema SPC.....	31
3. Figura 3. Sistema PECS.....	32

ÍNDICE DE ANEXOS.

1. Anexo 1. Autismo	57
2. Anexo 2. Emociones	58
3. Anexo 3. Cada 2 horas, alguien se quita la vida en España	59
4. Anexo 4. Señales de alerta.....	60
5. Anexo 5. Estrategias de actuación.....	61
6. Anexo 6. Profesionales a los que acudir	62
7. Anexo 7. Tu mochila también pesa	63

1. INTRODUCCIÓN.

Este trabajo de Fin de Grado (TFG) pretende enfrentar el sufrimiento emocional asociado a los alumnos con TEA. Estos alumnos presentan con frecuencia dificultades en la identificación, expresión y gestión de sus emociones, lo que se traduce en muchas ocasiones en cuadros de alexitimia, retramiento social y una mayor probabilidad de desarrollar ideación suicida no verbalizada.

Esta realidad evidencia una problemática aún invisible en muchos entornos escolares, en los que la salud mental continúa siendo tratada, en pleno siglo XXI, como un enigma, una incógnita o incluso un misterio (Kera, 2016). Dichos calificativos ponen de manifiesto la brecha de conocimiento existente, lo que convierte este asunto en uno de los principales retos del sistema educativo actual, tanto por su impacto en el bienestar del alumnado como por las graves consecuencias que puede acarrear la falta de intervención temprana.

La legislación vigente respalda esta preocupación de manera explícita. La Ley Orgánica 8/2021 de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia, establece la imperiosa necesidad de que los centros educativos implementen protocolos de actuación ante conductas suicidas, promoviendo para ello la detección precoz y la actuación ante posibles indicadores de riesgo. Este mandato legal también se refuerza con el Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025 - 2027, el cual insiste en la importancia de una actuación sistemática en los centro escolares para proteger la integridad física y emocional de los menores.

A nivel internacional, tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Unión Europea han señalado que las estrategias preventivas deben involucrar no únicamente al sistema sanitario, sino también a sectores como la educación. Dentro de este sector, los maestros deben conocer cómo responder a esta necesidad de carácter emergente, siendo evidente este afrontamiento en el caso de los profesores de Educación Especial.

En este contexto, la prevención del suicidio en estudiantes con TEA se alza como una prioridad urgente, no solo por el aumento de los casos, sino también por la vulnerabilidad emocional asociada a este colectivo.

Los datos disponibles confirman que entre 2018 y 2022, las defunciones por suicidio en España aumentaron cerca de un 20%, pasando de 3.539 a 4.227 casos anuales (Instituto Nacional de Estadística, 2022). Este incremento resulta especialmente preocupante en la franja de edad juvenil (Fonseca – Pedrero et al., 2022), pues se considera que la adolescencia marca un punto de inflexión crítico en el que las defunciones se multiplican, pasando de 14 casos en menores de 15 años a 300 en jóvenes de entre 15 y 29 años.

A la cifra de muertes por suicidio deben sumarse las tentativas. Según cálculos de la OMS, existirían unos 20 intentos por cada suicidio consumado, lo que significa que en un año podrían producirse en torno a 80.000 intentos de suicidio en España.

A este panorama debemos también sumarle el silencio que abraza a la salud mental. El tabú que rodea al suicidio provoca que el 60% de los jóvenes oculte sus problemas bien por miedo o bien por no saber cómo pedir ayuda (UNICEF, 2024).

Frente a esta realidad, nosotros como educadores no debemos actuar como meros espectadores. La formación del profesorado en gestión emocional, así como en la detección de señales de alarma, debe convertirse en un pilar fundamental de la actividad docente. Solo de esta forma podremos garantizar una intervención que pueda ser capaz de prevenir futuras posibles tragedias, por lo que así podremos proteger el bienestar del alumnado más vulnerable.

2. OBJETIVOS.

Serán fundamentalmente tres los objetivos que se pretenden cumplimentar con la realización de este trabajo. Estos mismos nos servirán para marcar las líneas de actuación del documento ante el que nos encontramos.

Los objetivos considerados esenciales son:

- a) Determinar estrategias efectivas que permitan a los maestros identificar signos de conductas autolesivas, centrándose en la observación y en la comunicación no verbal.** Pretendemos prevenir la aparición de conductas de autoagresión, o en su defecto controlar su desarrollo con el fin de erradicar o minimizar su impacto en el bienestar emocional del alumnado.
- b) Conocer las estrategias que implementa el profesorado para detectar y responder al malestar emocional del estudiantado.** Esto conlleva explorar tanto el conocimiento como los recursos que utilizan los docentes en cuanto al dominio de la gestión emocional, tanto a nivel personal como a nivel de grupo.
- c) Elaborar una propuesta de intervención educativa dirigida a la formación de maestros.** Buscamos el poder dotar a los docentes de herramientas que les permitan atender el bienestar emocional de los estudiantes. El objetivo se basa en poder asegurar la correcta actuación frente a estudiantes que puedan manifestar comportamientos anómalos dentro del aula. En caso de que nos encontremos ante un alumnado que pueda presentar necesidades especiales, debemos poder garantizarles el apoyo adecuado, así como herramientas de intervención temprana.

3. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA.

A nivel mundial, el suicidio es el responsable de casi un millón de muertes al año, con otros veinte intentos adicionales por cada muerte por suicidio (Organización Mundial de la Salud, 2014). En España, el último informe del Instituto Nacional de Estadística afirma que 3.366 personas perdieron la vida por suicidio (Instituto Nacional de Estadística, 2024), lo que se traduce en una media de nueve muertes al día. A pesar de estas cifras abrumadoras, sigue siendo un fenómeno rodeado de estigma y tabú, lo que supone otra barrera para abordarlo y prevenirllo (Fonseca - Pedrero & Pérez de Albéniz, 2020).

Cabe destacar que el fenómeno del suicidio no es el único que se encuentra oprimido por los estigmas de la sociedad, pues también el Trastorno del Espectro Autista (TEA) es considerado un tema tabú (Ruiz, 2021). Es importante ensalzar ambos temas, profundamente relacionados entre sí, pues esta sensibilización es el primer paso para trabajar la prevención (Ruggieri, 2020). Si bien nos preguntamos por qué ambos temas guardan esta relación, debemos comentar los resultados obtenidos por un estudio en el que se ha demostrado que el 66% de los adultos con autismo había experimentado 9 veces más ideas suicidas que la población en general, y que el 35% tenía un plan de suicidio o había realizado intentos (Centro para la Investigación del Autismo, 2015). Pese a estos aterradores datos, esta conducta suicida ha sido ampliamente estudiada en la población en general y en grupos vulnerables, sin embargo, no ha sido estudiada en personas con TEA, pues la mayor parte de los estudios que existen sobre el tema datan del 2006 en adelante (Orta, 2024).

Es por ello necesario que aumenten las investigaciones que exploran los mecanismos que subyacen a la muerte (Klonsky, 2016). En el caso de las personas con autismo, los estudios han revelado que la desregulación emocional tiende a influir en la presencia de ideas relacionadas con el suicidio, lo que provoca que dispongan de un menor número de estrategias para modificar estos estados mentales (Hedley, 2018). Estas personas pueden experimentar mayores niveles de ansiedad o estrés, lo que sumado a la falta de herramientas para gestionar sus emociones, puede llevar a episodios de ansiedad y depresión que en muchos casos derivan en conductas autolesivas o pensamientos suicidas (Figueroa et al., 2023). Ante esta idea, nosotros como docentes deberíamos ser capaces de ofrecerle a estos estudiantes una serie de estrategias que pudieran ayudarles a regular sus emociones, pudiendo también disponer de mecanismos que puedan facilitarnos el gestionar nuestro propio estrés ante estas situaciones (Mérida et al., 2023).

En relación con estas últimas ideas podemos encontrarnos ante ciertos interrogantes. ¿Cómo podemos detectar señales de malestar en alumnos que no saben expresar lo que sienten? ¿Podemos entrenarnos para identificar estas señales y actuar antes de que el problema pueda ser crítico? ¿Somos capaces de analizar el lenguaje corporal del estudiantado?

Todas estas cuestiones guardan relación con la alexitimia, característica muy común en el TEA, aunque rara vez estudiada en relación con el suicidio. Este rasgo puede dificultar el que los docentes puedan actuar tempranamente ante situaciones de malestar emocional, pues resulta más complicado determinar las necesidades de una persona que no comprende o no expresa qué es aquello que le puede estar sucediendo (Rivas et al., 2002). En este punto es cuando entra en juego la importancia de que el maestro sea capaz de analizar el lenguaje no verbal de los estudiantes, pues simples señales como regalar pertenencias, distanciarse de amigos o familiares o cambiar de personalidad pueden indicarnos que el alumno ante el que nos encontramos puede estar pasando por un momento delicado en el que requiere de nuestra intervención, aunque pueda no ser capaz de expresar este deseo (García et al., 2024).

En cuanto a la puesta en marcha de acciones encaminadas a frenar estas problemáticas, los especialistas señalan que la situación de la salud mental en España necesita de un abordaje inmediato (Pérez et al., 2021). En los últimos años, este es un tema que preocupa bastante, pues se han visto incrementados los casos de trastornos de salud mental, especialmente en la etapa infanto - juvenil. Es por ello por lo que el suicidio es considerada la primera causa de muerte no accidental en esta población en España, habiéndose registrado solamente en 2021 la muerte de 336 personas encontradas en este grupo de edad (Myotanh & Marcia, 2024).

Frente a este panorama, surge la pregunta sobre las causas del incremento de los problemas de salud mental. Estos problemas a menudo comienzan a darse durante la niñez o la adolescencia, por lo que en este punto, la Atención Primaria es clave para la detección, prevención y coordinación con los servicios de salud mental (Buitrago et al., 2018). Esta intervención temprana es clave para evitar que los problemas de salud mental se agraven, además de que pueden ayudar a que los jóvenes se doten de las herramientas necesarias para enfrentar los desafíos emocionales, pues las cifras reflejan una realidad preocupante (Schleider, 2024): la falta de recursos y de apoyo especializado para atender a esta población vulnerable. El estigma asociado a los trastornos mentales, así como la falta de acceso a servicios de salud mental adecuados, contribuyen a que muchos jóvenes no reciban la ayuda necesaria a tiempo (Myotanh & Marcia, 2024).

Desde la Fundación Querer, los especialistas insisten en la importancia de un enfoque preventivo. Consideran que es esencial implementar programas de salud mental en colegios e institutos para enseñar a los jóvenes a reconocer y gestionar sus emociones (López & Sánchez, 2024).

Además, se señala que la escuela es un excelente contexto de intervención, pues de esta forma los estudiantes pueden beneficiarse de protocolos de cribado o programas de prevención basados en la evidencia (Medina et al., 2008). El objetivo es reducir los factores de riesgo y reforzar los factores de protección para la conducta suicida — aprendiendo a gestionar situaciones de crisis, promoviendo la salud mental, fomentando las redes de apoyo social, identificando situaciones de alto riesgo y mejorando las estrategias de regulación emocional —.

En este sentido, una revisión bibliográfica (Fonseca - Pedrero et al., 2019) categorizó los cinco tipos de programas de prevención de conductas suicidas en escuelas que parecen haber demostrado una cierta efectividad. El trabajo sobre ellos puede conducirnos a descubrir cuáles son las iniciativas que pueden estar marcando la correcta línea de actuación frente a estas situaciones, que por tanto debemos continuar potenciando, aunque verdaderamente deberemos analizar cuáles pueden ser aquellos factores determinantes que están quedando en el olvido.

En cuanto a los programas, demostrada su eficacia, conviene defender la necesidad de concienciar y educar a través de contenidos transversales en la educación de los estudiantes, pues solo de esta forma podremos lograr la formación integral del estudiantado. En este caso es importante trabajar especialmente la educación emocional (Bisquerra, 2009), tal y como se ha mencionado anteriormente, el uso responsable de la tecnología (Dujo, 2018), pues el desconocimiento en cuanto a su uso puede generar situaciones de acoso y educar la salud tanto mental como física.

Otro programa que debemos considerar es el de capacitación en liderazgo entre pares, fundamental para que dentro de un aula pueda existir una red de apoyo (Griffith et al., 2025). Siguiendo la misma línea, se debe trabajar la capacitación en habilidades socioemocionales, así como la capacitación de guardianes para el personal escolar, pues debemos tratar de hacer que toda la comunidad educativa se implique y colabore en la protección y el cuidado de este alumnado.

Además, es fundamental mantener el enfoque en los estudiantes que se encuentren ante situaciones de riesgo, pues pueden requerir de dicha atención especializada.

Por último, conviene desatarcar que la relevancia de los datos mencionados guarda una especial relación con los objetivos enumerados previamente. Dichos objetivos se relacionan con las siguientes competencias de Título de Grado de Maestro de Educación Primaria – mención de Educación Especial.

Figura 1.

Relación de los objetivos con las competencias del Grado de Maestro de Educación Primaria.

	COMPETENCIAS GENERALES	COMPETENCIAS ESPECÍFICAS
OBJETIVO 1	<p>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 -.</p> <p>6. Que los estudiantes desarrollen un compromiso ético en su configuración como profesionales, compromiso que debe potenciar la idea de educación integral, con</p>	<p>1. Conocer y comprender las características del alumnado de primaria, sus procesos de aprendizaje y el desarrollo de su personalidad, en contextos familiares sociales y escolares.</p> <p>2. Conocer, valorar y reflexionar sobre los problemas y exigencias que plantea la heterogeneidad en las aulas, así como saber planificar prácticas, medidas, programas y acciones que faciliten la atención a la diversidad del alumnado.</p>

	<p>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.</p>	<p>7. Conocer y comprender la función de la educación en la sociedad actual, teniendo en cuenta la evolución del sistema educativo, la evolución de la familia, analizando de forma crítica las cuestiones más relevantes de la sociedad, buscando mecanismos de colaboración entre escuela y familia.</p>
--	---	--

	COMPETENCIAS GENERALES	COMPETENCIAS ESPECÍFICAS
OBJETIVO 2	<p>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 -.</p> <p>3. Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos esenciales (normalmente</p>	<p>4. Comprender y valorar las exigencias del conocimiento científico, identificando métodos y estrategias de investigación, diseñando procesos de investigación educativa y utilizando métodos adecuados.</p> <p>7. Conocer y comprender la función de la educación en la sociedad actual, teniendo en cuenta la evolución del sistema educativo, la evolución de la familia, analizando de forma crítica</p>

	dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas esenciales de índole social, científica o ética.	las cuestiones más relevantes de la sociedad, buscando mecanismos de colaboración entre escuela y familia.
--	---	--

	COMPETENCIAS GENERALES	COMPETENCIAS ESPECÍFICAS
OBJETIVO 3	<p>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-.</p> <p>4. Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado.</p>	<p>2. Conocer, valorar y reflexionar sobre los problemas y exigencias que plantea la heterogeneidad en las aulas, así como saber planificar prácticas, medidas, programas y acciones que faciliten la atención a la diversidad del alumnado.</p> <p>3. Conocer en profundidad los fundamentos y principios generales de la etapa de primaria, así como diseñar y evaluar diferentes proyectos e innovaciones, dominando estrategias metodológicas activas y utilizando diversidad de recursos.</p>

Nota. Elaboración propia.

4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

4.1. TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA).

A lo largo de las últimas décadas, el Trastorno del Espectro Autista (TEA) ha sido objeto de múltiples estudios e investigaciones. A pesar de ello, en la actualidad continúa siendo un concepto que genera confusión, desconocimiento e incluso rechazo en determinados sectores de la sociedad (Alcalá & Madrigal, 2022).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM - V) (Asociación Estadounidense de Psiquiatría [APA], 2013), se trata de un trastorno de origen neurobiológico que se inicia en la infancia y dura toda la vida. Se caracteriza por una interacción social disminuida, por deficiencias en cuanto al lenguaje e inflexibilidad en el comportamiento al presentar conductas repetitivas e intereses restringidos. El TEA presenta una evolución crónica, con diferentes grados de afectación, adaptación funcional y funcionamiento en el área del lenguaje y desarrollo intelectual, según el caso y el momento evolutivo (Zúñiga et al., 2017). Se trata por tanto de un trastorno complejo y altamente heterogéneo, tanto en lo referente a la etiología como en la manifestación y evolución de los síntomas.

4.1.1. Etiología.

A pesar de las investigaciones realizadas hasta la fecha, no se ha podido detectar una causa específica que origine el TEA (García et al., 2019), aunque en los últimos años ha ganado fuerza la idea de que su origen podría deberse a una combinación de múltiples factores (Folstein, 1999).

Actualmente, se contempla la posibilidad de un mecanismo causal biofisiológico que atiende al papel de los factores hereditarios con una compleja y pluridimensional contribución genética (DeLong, 1999; Trottier et al., 1999). Esta idea también valora la interacción entre el potencial genético y una multiplicidad de eventos prenatales y perinatales (Gómez et al., 2008; Wilkerson et al., 2002), pues la única explicación de la genética no puede hacer frente a toda la variabilidad manifiesta en el TEA.

En este sentido, cabe por tanto considerar ciertos factores del desarrollo asociados con características demográficas, pues al interactuar con la vulnerabilidad genética, incrementan el riesgo de autismo (Baron - Cohen & Bolton, 1994; Croen et al., 2002).

4.1.2. Epidemiología.

Los estudios recientes reflejan un incremento paulatino, posiblemente relacionado con un incremento del reconocimiento del TEA por los profesionales (Zúñiga et al., 2017).

Actualmente, las investigaciones epidemiológicas han evidenciado que este trastorno es bastante frecuente (Lundström et al., 2015). En los últimos años las cifras han aumentado, por lo que se estima que el 1% de la población presenta este trastorno, siendo los hombres cuatro veces más propensos que las mujeres (Martín et al., 2013).

Análisis recientes sobre el estudio de prevalencia de TEA también presentan datos interesantes, como una estimación significativamente mayor entre los niños de 8 años (23,6 por 1.000) en comparación con las niñas de la misma edad (5,3 por 1.000). Además, esta estimación de prevalencia también mostró que era significativamente mayor entre los blancos no - hispanos en comparación con los niños negros no - hispanos y los hispanos (Zúñiga et al., 2017).

4.1.3. Terminología.

Según el manual DSM - V (APA, 2014), la clasificación y criterios en el campo del autismo quedaron modificados en comparación con las clasificaciones previas (DSM - IV - TR). En esta clasificación, el trastorno autista, el trastorno de Rett, el síndrome de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado, quedaron englobados en una única nomenclatura: Trastorno del Espectro Autista (TEA).

Este concepto de autismo fue descrito por primera vez por Kanner (1943), quien lo definió como un síndrome comportamental - mental cuyos rasgos distintivos eran efectivamente las alteraciones en el lenguaje, en las relaciones sociales y en los procesos cognitivos. Bleuer (1911) sin embargo utilizó este término para expresar la retirada activa con que algunos sujetos esquizofrénicos se repliegan al terreno de la fantasía.

4.1.4. Características del TEA en la escuela.

En este marco, es importante señalar que este trastorno también cuenta con un reconocimiento en el ámbito legislativo. Según datos de la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2012), hasta un 46% de los niños con TEA son víctimas de acoso escolar, manifestado a través de conductas repetitivas e intencionadas que buscan intimidar, someter, amedrentar o causar daño emocional o físico a la persona (Alcalá & Madrigal, 2022).

Con base en lo anterior, es preciso conocer cómo se suele manifestar el comportamiento del alumnado con TEA dentro del aula. Es común que lleven a cabo conductas disruptivas, tales como levantarse, reproducir continuamente frases sin sentido, gritar, tener la mirada perdida, etc. (Castillo & Grau, 2016). Estas conductas se pueden clasificar en destructivas (autolesiones, agresiones a otros o destrucción de propiedades), interferentes (obstaculizan el aprendizaje) y restrictivas (limitan o impiden que el alumno aproveche las oportunidades del entorno educativo como el resto de sus compañeros) (Tamarit, 2005). Se considera que la mayoría de ellas están causadas por sus dificultades, encontrándose estas en las habilidades de comunicación, de interacción social y de control del entorno; en la capacidad de relacionar acontecimientos; en las funciones ejecutivas (oposición al cambio y dificultades en la planificación); en la imaginación, simbolización y afectividad (Martos & Burgos, 2013).

Las conductas son por tanto utilizadas para compensar estas limitaciones, pues tienden a expresar a través de ellas sus miedos o necesidades. Tienen una finalidad comunicativa y suelen ir dirigidas a obtener o evitar algo (Muñoz et al., 2013).

4.2. ALEXITIMIA Y SUS REPERCUSIONES EMOCIONALES.

Entre los aspectos emocionales frecuentemente asociados al Trastorno del Espectro Autista (TEA), destaca la alexitimia, entendida como la dificultad para identificar, expresar y gestionar las propias emociones (Alonso, 2011). Este concepto fue introducido por Sifneos para describir un grupo de síntomas observados en pacientes con enfermedades psicosomáticas, por lo que terminó definiéndolo como una ausencia de palabras para expresar las emociones (Sifneos, 1973).

Aquellas personas que padecen esta dificultad suelen mostrar alteraciones características, como la dificultad para identificar sus propios sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones fisiológicas que acompañan a la activación emocional; problemas para describir sus emociones a los demás; restricción en los procesos simbólicos, que se manifiesta en una escasa capacidad de fantasía, de evocación de recuerdos y de manejo simbólico de las emociones y afectos. Además, es frecuente que presenten un estilo de pensamiento orientado a lo concreto, centrado en los detalles y en los acontecimientos externos (García et al., 1988; Sánchez 1995; Páez & Velasco, 1993; Taylor, 1984).

Considerando lo expuesto, resulta esencial comprender las posibles causas de esta dificultad para poder abordar adecuadamente sus manifestaciones. Por una parte, se considera que la alexitimia se trata de un estado reactivo al efecto de diferentes estados emocionales negativos, tales como la depresión o la ansiedad (Henry et al., 1994). Además, es también atribuida a la existencia de un sustrato neurobiológico, bien por alteraciones en la conexión interhemisférica (Kyle, 1988) o por alteraciones en los mecanismos de inhibición y facilitación del procesamiento emocional asociados a la lateralización cerebral (Walter et al., 1988).

En este sentido, dado que la alexitimia puede presentarse como consecuencia de diversos trastornos crónicos, tanto psicopatológicos como somáticos (Fukunishi, 1993), se ha planteado la conveniencia de establecer una distinción entre dos tipos: la alexitimia primaria, entendida como un rasgo relativamente estable de personalidad, y la alexitimia secundaria, considerada un estado emocional transitorio de carácter reactivo (Horton et al., 1992).

Respecto a la epidemiología, no existen prácticamente investigaciones sobre la tasa de prevalencia de la alexitimia en la población general. No obstante, se ha observado una mayor incidencia en personas que pertenecen a un nivel socio - económico bajo y con menores niveles intelectuales y educativos (Cerezo et al., 1988). En cuanto a la distribución por sexos, los estudios han mostrado una mayor prevalencia de alexitimia en los hombres, con tasas del 8% en varones frente al 1.8% en mujeres (Blanchard et al., 1981)

En cuanto a su impacto en el ámbito escolar, la alexitimia puede convertirse en un factor limitante para el desarrollo de relaciones interpersonales por razón del trastorno comunicacional o la falta de empatía, a lo que se agrega con frecuencia la descarga de emociones negativas o una acción impulsiva.

Esta incapacidad para la comunicación afectiva con los demás, comporta rasgos perturbadores para la convivencia y se traduce en un sufrimiento tanto para el alumno como para sus profesores y compañeros (Alonso, 2011).

Ligado a este sufrimiento, nos encontramos con que estos estudiantes también pueden padecer alteraciones fisiológicas a las que no se les encuentra explicación, como palpitaciones, dolor de estómago, dolor de cabeza o infecciones en la garganta, entre otras (Linares, 2021). Esto es porque no tienen conciencia de sus sentimientos, lo que provoca que las emociones se agiten en su interior. Esta situación puede dar paso a afecciones somáticas indefinidas (Colín, 2015).

Además, varios informes han evidenciado que esta dificultad puede ser un factor de riesgo en ciertas psicopatologías, así como en el fracaso escolar. Se ha observado que los alumnos que la padecen pueden encontrarse en situaciones difíciles para desempeñarse adecuadamente, lo que perpetrará las estadísticas de abandono y reprobación escolar (Lozano, 2014).

4.3. VULNERABILIDAD SUICIDA EN NIÑOS CON TEA.

El riesgo de suicidio en niños con TEA representa un desafío urgente en el ámbito educativo, dada la gravedad de sus consecuencias si no se detecta a tiempo. En primer lugar, es importante precisar lo que es el riesgo suicida, entendido como el nivel de probabilidad que tiene una persona para llevar a cabo un intento de suicidio, ya sea alto, moderado o bajo (Gómez, 2012). Este riesgo puede evolucionar hacia conductas suicidas, englobando estas fenómenos como la ideación suicida, la autolesión, el intento de suicidio y el suicidio consumado (Villar, 2019). Con el fin de promover una actuación preventiva adecuada, conviene analizar estos factores de riesgo de manera efectiva, de forma que no se conviertan en conductas suicidas reales.

Entre los factores que pueden contribuir al riesgo suicida, la depresión destaca por su alta prevalencia y su profundo impacto en la vida diaria de quienes la sufren. Se trata de un trastorno mental que padecen más de 300 millones de personas en el mundo, con una incidencia especialmente elevada en mujeres (Porrey, 2024).

Se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimiento de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede dificultar sensiblemente la capacidad para afrontar la vida diaria y conducir al suicidio (OMS, 2017).

Siguiendo esta línea argumental, resulta fundamental conocer que las personas con autismo tienen hasta cuatro veces más probabilidades de desarrollar depresión que la población general, considerándose esta la afección de salud mental más común entre ellas (Hudson & Harkness, 2019). Este trastorno del estado de ánimo puede tener consecuencias devastadoras en la calidad de vida, lo que aumenta el riesgo de pensamientos suicidas en personas autistas (Montazeri et al., 2019).

En la actualidad, uno de los principales desafíos consiste en identificar cómo se manifiesta la depresión en personas con TEA, pues por lo general, su expresión difiere de la que se observa en quienes presentan un desarrollo típico. En ellos la depresión puede evidenciarse con inquietud e insomnio, en lugar de manifestarse con sentimientos de tristeza (Montazeri, 2019).

El solo pensar en las dificultades sociales, el padecimiento de hostigamiento, la necesidad de camuflar sus problemas, la insatisfacción respecto a encajar socialmente, el no ser convocado por pares o el no poder lograr una vida afectiva o de pareja, dan una idea del sufrimiento que pueden padecer las personas con TEA, su posible depresión y los consiguientes pensamientos que pueden llevarlos a ideas, intentos o incluso al suicidio (Shtayermman, 2007).

Por otra parte, cabe destacar que la depresión es más común en mujeres con TEA. Esto podría estar relacionado con un diagnóstico más tardío de las mismas, con intervenciones inadecuadas por falta de detección, con una mayor percepción de sus dificultades sociales o con su tendencia a enmascarar los síntomas para poder encajar socialmente (Janas et al., 2019).

Con base en esta última idea, entre los posibles marcadores conductuales o sociales de riesgo de suicidio, se ha detectado el camuflaje, es decir, el intento de ocultar el autismo o de solapar parte de sus síntomas, las necesidades insatisfechas y la presencia de autoinjurias no suicidas como los más significativos (Cassidy et al., 2019). De hecho, en un estudio en el que analizaron a diferentes estudiantes con autismo, se identificó el camuflaje como un elemento altamente relacionado a pensamientos o conductas suicidas.

Se observó que las personas con autismo que se camuflan tienen ocho veces más probabilidades de hacerse daño que los que no lo hacen. Este esfuerzo involucrado en el camuflaje contribuye a la ansiedad y la depresión, lo que aumenta el riesgo de suicidio (Spectrumnews, 2018).

La gravedad de esta problemática se refleja también en el estudio de Culpin y Cols (2018), quienes analizaron la relación entre la autolesión suicida y no suicida, los pensamientos suicidas y la planificación suicida con aspectos básicos del autismo, tales como la comunicación social, el lenguaje pragmático, las conductas repetitivas o la sociabilidad. Detectaron que aquellos que tenían un mayor impedimento en la comunicación social, tenían mayor riesgo de autolesión, intento de suicidio, planificación e ideación suicida.

Además, los rasgos autistas también se asocian con una reducción de la empatía cognitiva o teoría de la mente, lo que podría dificultar que una persona con TEA que tenga conducta suicida comprenda el impacto emocional que su muerte puede causar en sus seres queridos (Wood et al., 2021).

Ahora bien, más allá de los factores clínicos y emocionales directamente vinculados al TEA, conviene no perder de vista el papel que juegan las dinámicas sociales en el malestar de estas personas. En muchos casos, deben enfrentarse no solo a sus propias dificultades, sino también a prejuicios o experiencias de discriminación (Cano, 2013). Ante estas situaciones, algunas personas con TEA deciden encubrir sus síntomas para ser aceptados, mediante la imitación de comportamientos sociales de otros compañeros, personajes de ficción o a través de libros (Bargiela et al., 2016). Otros en cambio, sienten la necesidad de excluirse socialmente.

En este contexto, diversos estudios han evidenciado que las personas con TEA frecuentemente experimentan sentimientos de soledad o falta de compañía, síntomas de ansiedad, estrés o comportamientos suicidas (Jackson et al., 2018). Esto podría explicar que desde que son pequeños, los niños con TEA no logran la inclusión de las demás personas en su entorno, posiblemente debido a las dificultades en la interacción social y la comunicación. (Coy & Martín, 2017).

La presencia de problemas de salud mental también son factores de riesgo. Bien es cierto que la soledad y los trastornos de adaptación han sido descritos en este tipo de población (Jackson et al., 2018; Mikami et al., 2019), aunque los trastornos afectivos y la ansiedad parecen ser los más frecuentes y persistentes.

En este sentido, un estudio de cohorte retrospectivo llevado a cabo en Dinamarca, encontró que el 92.3% de los que intentan suicidarse y el 90.6% de las personas con TEA que murieron por suicidio, tienen al menos otros problemas de salud mental, siendo la ansiedad y los trastornos afectivos los más comunes (Kölves et al., 2021).

Por último, los estudios realizados con niños con TEA han permitido identificar el acoso escolar como uno de los principales factores que actúan como desencadenante de la conducta suicida. Podemos definirlo como la violencia ejercida entre los estudiantes o una agresión injustificada que el estudiante en solitario o en grupo ejerce sobre otro, sin que este último tenga suficientes recursos psicológicos para parar la agresión o enfrentarse a ella de forma que se detenga (Falla & Ortega - Ruiz, 2019).

Diversas investigaciones coinciden en que las Necesidades Educativas Especiales (NEE) constituyen un indicador de alta vulnerabilidad y un predictor significativo de participación directa en situaciones de acoso escolar (Bon et al. 2021). Un estudio reciente concluyó que tres de cada diez adolescentes se ven afectados por el acoso discriminatorio, debido a manifestar alguna NEE (Rodríguez et al., 2021). Esto quiere decir que los niños y adolescentes con TEA tienen un mayor riesgo de acoso entre compañeros en la escuela (Matthias et al., 2021), debido a que los niños y adolescente con esta condición presentan déficits en la comunicación e interacción social, déficits en la comunicación no verbal, dificultad para ajustar el comportamiento y dificultad para adaptarse al contexto social (Borax & Buron, 2017).

Este acoso puede comenzar a una edad temprana para los niños con trastornos de la comunicación. Dentro de las alteraciones de la comunicación que presentan un mayor riesgo de acoso escolar, nos encontramos con Trastornos del Desarrollo del Lenguaje (TDL), los trastornos de la fluencia verbal (Boyle, 2018) y el TEA (Scholle et al., 2010). Los niños con estos trastornos resultan tres veces más propensos que sus compañeros a presentar riesgo de sufrir acoso (Lindsay et al., 2008).

Este maltrato que tiene como objetivo a la población escolar con TEA puede por tanto constituir un factor determinante en el deterioro de la salud mental.

4.4. IMPACTO DE LA REGULACIÓN EMOCIONAL EN EL SUICIDIO EN TEA.

La regulación emocional (RE) hace referencia a los procesos intrínsecos o extrínsecos que permiten que una persona controle, modifique y maneje sus emociones en función de sus metas personales y del contexto en el que se encuentre (Gross & Thomson, 2007).

Algunos autores refieren que este proceso implica comprender tanto los afectos propios, como los ajenos (Koole, 2009; Nieves et al., 2014; Panfile & Laible, 2012; Riva et al., 2011). Se trata de un proceso que surge como resultado de la interacción social, la cual puede darse o no de manera intencional (Southam - Gerow, 2013).

Una adecuada gestión emocional involucra el desarrollo de estrategias enfocadas en el desenvolvimiento afectivo, por lo que requiere de atención, evaluación cognitiva, expresiones corporales, aceptación social y comportamiento (Koole, 2009; Nieves et al., 2014).

Los menores con autismo tienden a experimentar mayores dificultades en el dominio de las emociones (Jahromi et al., 2012; Samson et al., 2014), pues tienen un repertorio diferente de estrategias de control. Estas estrategias suelen ser más simples y menos efectivas que las utilizadas por menores neurotípicos (Hirschler - Guttenberg et al., 2015). Además, los menores con una mayor severidad de los síntomas de TEA muestran una menor capacidad en sus habilidades para regular emociones (Berkovits et al., 2017; Fenning et al., 2018).

Esta dificultad parece también estar influida por factores fisiológicos propios del trastorno, pues son varios los autores que coinciden en que el manejo de las emociones supone un reto para las personas con TEA a causa de la hiper excitación fisiológica que presentan (Harden et al., 2010; Berking & Wupperman, 2012; Lecavalier et al., 2006; Samson et al., 2015; White et al., 2010). Asimismo, estos investigadores indican que los individuos con TEA tienen un alto nivel de afecto negativo, mayor irritabilidad y menor afecto positivo, así como unas limitaciones cognitivas para percibir y comprender las respuestas fisiológicas asociadas a las emociones, lo que dificulta aún más su autorregulación emocional.

En adición, estos individuos tienen dificultades para formar oraciones con sentido, de modo que emplean frases que únicamente tienen significado para ellos (Coto Choto, 2007). Esto impide que puedan identificar y describir adecuadamente sus emociones o que puedan tener una comprensión total de las expresiones del resto, derivando en una falta de empatía (Attwood, 2006; Lombardo et al., 2009; Martos et al., 2010; Rieffe et al., 2008).

Todo ello respalda la idea de que, debido a su falta de motivación para expresar sus emociones de forma convencional, las personas con TEA carecen de regulación emocional (Paula, 2015). Esta situación podría explicarse por factores como la vulnerabilidad sensorial, las limitadas habilidades para expresar sus intenciones, la inflexibilidad o la baja tolerancia al cambio que presentan estas personas (Laurent et al., 2003). Esto último es respaldado por otros autores, quienes añaden como factores de riesgo la baja resolución de problemas y la dificultad para filtrar estímulos (Mazefsky et al., 2013).

En una línea distinta de análisis, se plantea que las personas con TEA presentan un estado de hipervigilancia, lo que puede desencadenar reacciones desproporcionadas frente a situaciones que se alejan de su zona de confort (Lipsky, 2011). Este patrón de respuesta puede entenderse desde una perceptiva en la que diversos autores han reflexionado sobre la tensión entre seguridad y desafío.

Vygotsky introdujo la noción de la «zona de desarrollo próximo», destacando la importancia de salir de la zona de confort para alcanzar el potencial máximo de aprendizaje (Vygotsky, 1978). Por otro lado, Lewin habló sobre el «espacio vital» y cómo las personas tienden a buscar la comodidad y seguridad dentro de este espacio, lo que puede limitar su disposición para enfrentar nuevos desafíos (Lewin, 1936).

En cuanto a las alteraciones de comportamiento, estas deben ser vistas como conductas adaptativas que surgen a partir de determinados estresores, las cuales pueden desencadenar una barrera en el sistema de autorregulación emocional y pueden provocar irregularidades en la ingesta, en el sueño o en la relajación, lo que podría derivar en conductas de aislamiento (Grandin & Scariano, 1997).

Además, se cree que la regulación emocional resulta un mayor desafío para personas que a su vez, presentan conductas de retraimiento y rechazo social, pues se genera una reducción de oportunidades para poner en práctica sus habilidades sociales (Mazefsky et al., 2013).

En relación con esta última idea, cabe destacar que en ocasiones, este control emocional depende del contexto y requiere que uno sea capaz de identificar con precisión los aspectos críticos de la situación. Las personas con TEA pueden presentar con mayor frecuencia esta dificultad debido a los problemas que tienen para comprender situaciones sociales, no estructuradas o novedosas (Baron - Cohen et al., 2004).

Dado que cuentan con estrategias limitadas de adaptación, las demandas sociales pueden exceder sus capacidades, por lo que pueden no lograr satisfacer las demandas situacionales (Grandin & Scariano, 1997; Thomson et al., 2008; Mazzone et al., 2014; Samson et al., 2015).

También puede darse el que se centren en información incorrecta o que malinterpreten las intenciones de los demás debido a la falta de apreciación de las percepciones y experiencias de los demás (Baron - Cohen, 2000).

Como se ha expuesto, la regulación emocional resulta un aspecto clave en el desarrollo socioemocional. Desde edades tempranas, los niños pueden aprender a gestionar sus emociones en situaciones de conflicto a través de las interacciones sociales, así como a negociar sobre recursos o intereses compartidos, percibir y responder a los sentimientos de otros o tener la sensación de control sobre el entorno de pares (Denham et al., 2003) para ofrecer y recibir apoyo (Gottam & Parker, 1986). A partir de estas capacidades pueden resolver los problemas de manera más reflexiva, cuidadosa y estratégica, por lo que podrán responder emocionalmente con menor impulsividad (Thompson & Goodman, 2010).

Por otro lado, algunos estudios relacionan la desregulación emocional con la psicopatología (Silva, 2003; Thompson et al., 1996). Se cree que los niños en situación de riesgo no están utilizando estrategias inadecuadas en la gestión de emociones, sino que hacen frente a las condiciones emocionalmente intolerables en las que no encuentran una manera adaptativa de responder. Sus estrategias de autorregulación entonces implican respuestas que a largo plazo aumentan los problemas emocionales, lo que los convierte en personas más vulnerables.

Con respecto a lo mencionado, se han encontrado evidencias de la interacción entre el campo de la regulación emocional y el suicidio (Klonsky, 2007). Se ha podido observar que previo a un acto de autolesión existe un nivel elevado de afecto negativo, el cual desaparece tras finalizar esta, produciendo una sensación de alivio que podría ser el objetivo de llevar a cabo el acto.

Otros autores reconocieron en personas con tendencias suicidas determinadas características de sus experiencias emocionales, como la desesperación abrumadora, la vergüenza y odio a sí mismo, la alienación y el aislamiento personal (Everall et al., 2006). Estos estados emocionales se relacionan con la forma en la que se responde ante las emociones, de modo que la dificultad para hacer frente a emociones negativas intensas podría estar relacionada con el intento suicida.

Finalmente, cabe mencionar cómo la autorregulación puede trabajar como mediadora en la recuperación de sobrevivientes por suicidio. En este marco, la gestión de las emociones puede desempeñar un papel crucial en la prevención de problemas relacionados con el suicidio (Levi et al., 2011; Zemar et al., 2015).

4.5. LA INFLUENCIA DEL LENGUAJE NO VERBAL.

El lenguaje no verbal (LNV) es una forma de comunicación que engloba una gran cantidad de elementos. Puede definirse como el uso deliberado o no intencional de objetos, acciones, sonidos, tiempo o espacio que generan significados en los demás (Kearney et al., 2005). Los movimientos corporales, posturas, gestos faciales, distancias interpersonales, ubicaciones espaciales, intensidad y volumen de la voz, carraspeos, las actitudes e incluso el silencio comunican no verbalmente (Juárez, 2019).

En base a esta idea, los investigadores estiman que en cualquier situación social, más del 60% del significado se comunica de manera no verbal (Verdeber, 2005), por lo que debemos pensar que el lenguaje no verbal puede conllevar un valor comunicativo mayor que el lenguaje verbal.

Siguiendo esta línea, resulta fundamental considerar cómo los cambios comportamentales asociados a los estados emocionales pueden ser detectados a través del lenguaje no verbal (Knapp, 1982). Todos sabemos que las emociones provocan a menudo cambios en la expresión corporal, lo que nos permite poder identificarlas a través de la alteración del curso normal de una acción que realiza el sujeto (Pont, 2008). Además, estas emociones pueden influir en la respiración, pudiendo ser más rápida en momentos de ansiedad; en la transpiración, sudando más ante determinadas emociones; en la digestión; en los temblores corporales ante la inquietud o la ansiedad y en otras funciones del cuerpo, tales como vomitar o defecar (Álvaro, 2014).

Saber reconocer estos cambios puede ayudarnos a detectar tempranamente conductas de riesgo, pues el suicidio puede parecer un acto impulsivo, carente de planificación, sin embargo, siempre existen signos directos o indirectos, verbales o no verbales, pistas o advertencias de riesgo suicida (Joiner et al., 2005).

Es erróneo considerar que no podemos hacer nada para prevenir la conducta suicida, cuando en ocasiones detectar señales de alerta de riesgo inminente puede ayudarnos a reducir la probabilidad de que el suceso tenga lugar (Tortosa et al., 2016). Algunas de estas señales pueden ser cambios repentinos y significativos del comportamiento y carácter, inquietud mantenida, comportamientos frecuentes de angustia, ira o irritación, señales de abatimiento mantenido, desinterés por las actividades cotidianas, abandono de relaciones o absentismo escolar (Euregenas, 2014).

Ahora bien, teniendo en cuenta que las personas con autismo se caracterizan por experimentar dificultades significativas en la comunicación, es importante prestar una especial atención al lenguaje no verbal para poder abordar sus necesidades emocionales de manera efectiva (Villanueva et al., 2018). Esta cuestión resulta aún más relevante si consideramos que normalmente, los protocolos de prevención de conductas de riesgo en niños con dificultades, tales como la alexitimia, se basan en la expresión verbal o en autoinformes, lo que no funciona correctamente en estos estudiantes (Taylor et al., 1997).

En este sentido, es esencial reflexionar sobre cómo los docentes pueden entrenarse para identificar estas señales y actuar antes de que el problema sea crítico (Rodríguez & Carmona, 2014). Como señala Catalina Pons (2015), un mensaje se reverbera en distintas partes del cuerpo, por lo que convendría conocer cuáles son los movimientos asociados a estados emocionales específicos, de manera que podamos detectar signos de malestar.

Entre los más frecuentes podemos encontrar puños cerrados, manos o pies que golpean algo, una mano que agarra a la otra mano, al brazo o al codo, brazos cruzados sobre el pecho, parpadeo constante, cuello levantado y cabeza ligeramente inclinada hacia atrás o brazos colocados verticalmente sobre la mesa, mientras las manos cogen el borde de la misma (Petisco, 2015).

4.5.1. Comunicación no verbal. Técnicas y recursos aplicados.

Considerando que las personas con autismo presentan importantes dificultades para comunicarse, resulta esencial implementar estrategias que les permitan expresarse de forma alternativa.

Una de las herramientas más utilizadas en la intervención educativa son los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC), pues estos sistemas permiten a los niños expresar deseos, necesidades y emociones a través de canales distintos al lenguaje oral (Beukelman & Mirenda, 2013).

Entre los SAAC más conocidos se encuentran el sistema SPC (Símbolos Pictográficos para Comunicación) y el PECS (Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes). El sistema SPC proporciona un lenguaje visual a través del uso de tableros o cuadernos con símbolos o dibujos sencillos que representan conceptos, acciones o emociones (Alcedo, 2009). Estos signos contienen un código de colores, el cual se utiliza para reconocer el tipo de palabra al que se hace referencia, lo que permite el mejor reconocimiento a la hora de formar oraciones (Miras, 2003).

Figura 2.

Sistema SPC.

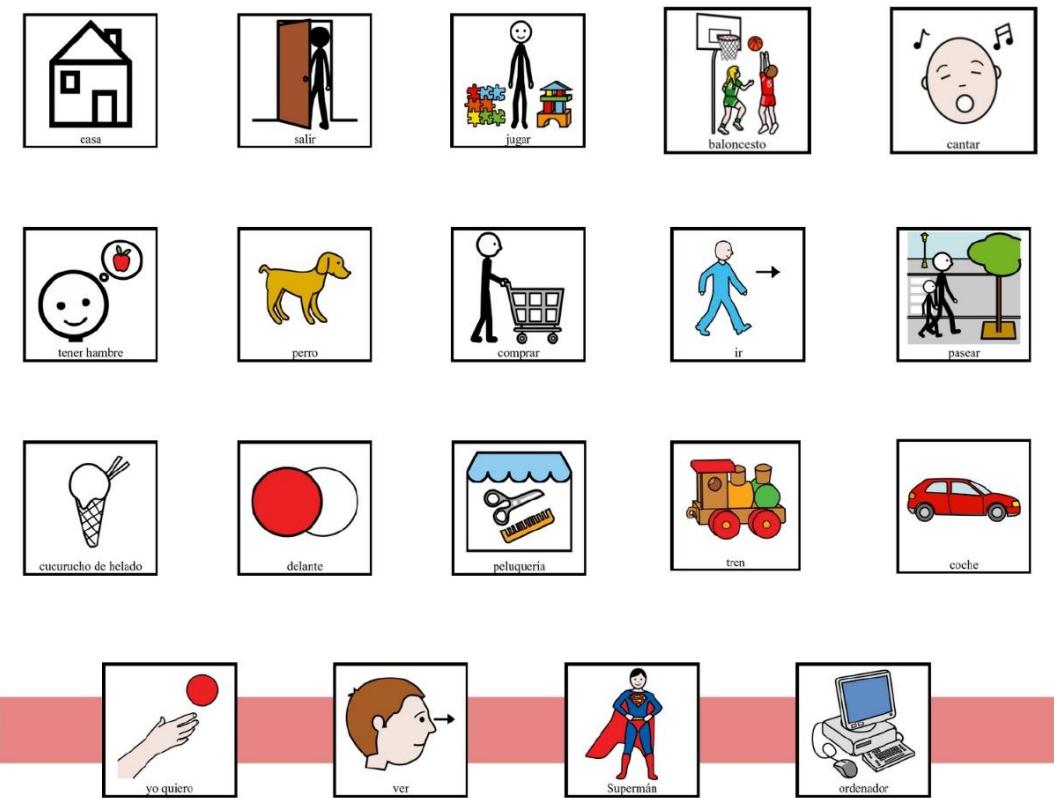


Nota. Elaboración propia.

Por otro lado, el PECS destaca por su carácter económico y accesible (Bondy & Frost, 1994). Se trata de un sistema que utiliza imágenes como herramientas para transmitir mensajes, desde peticiones sencillas hasta oraciones completas (Soto & Yu, 2014).

Figura 3.

Sistema PECS.



Nota. Elaboración propia.

Su aplicación progresiva, guiada por un adulto, permite que el alumnado con TEA adquiera autonomía comunicativa, lo que facilitará el que sean capaces de diferenciar las imágenes y organizarlas para formar oraciones (Ganz & Simpson, 2004).

Más allá de estos sistemas, existen enfoques terapéuticos que también contribuyen al desarrollo de la comunicación no verbal. Uno de ellos es el arteterapia, entendida como una técnica que utiliza el proceso creativo para ayudar a las personas a expresarse y comunicarse, facilitando el acceso a conflictos internos, con la finalidad de elaborarlos simbólicamente (Recio, 2014).

Es por tanto una técnica que permite acercarse al conflicto y busca, fundamentalmente, un espacio donde poder organizar y gestionar las emociones, experiencias y sensaciones (Jiménez, 2015).

4.6. LA RESPUESTA EDUCATIVA ANTE LAS MANIFESTACIONES EMOCIONALES DEL ALUMNADO CON TEA.

La intervención temprana de los niños con TEA es fundamental para poder garantizar un acompañamiento que posibilite el que puedan desarrollarse de manera integral (Dawson, 2008).

En este sentido, los docentes deben contar con información actualizada y pertinente, pues esto les permitirá identificar los principales signos de alerta, lo que les ayudará a detectar posibles dificultades desde las primeras etapas (Magalí, 2020).

Se sugiere que las prácticas llevadas a cabo con estos estudiantes se aborden desde el enfoque CODDA (Contextos, Desarrollo, Dimensionalidad y Apoyos), pues este nos brinda una comprensión del autismo más allá del diagnóstico (Herrera, 2018). Este enfoque tiene como objetivo comprender a las personas en sus contextos de vida, desde una perspectiva dinámica que atiende tanto a los contextos familiares, como a los educativos o socioculturales, entre otros (Reggio, 2021). De esta forma, se pretende favorecer la creación de apoyos que puedan hacer del mundo un lugar más habitable para las personas con esta condición. (Valdez, 2019).

Teniendo en cuenta estos aspectos, es importante mencionar los principios establecidos como reguladores en las personas con TEA (Rivière, 1997), pues su trabajo ha demostrado ofrecer mejorías en el bienestar emocional del estudiantado.

Aquellas prácticas llevadas a cabo por docentes que han demostrado una cierta efectividad son promover el bienestar emocional, disminuyendo sus experiencias emocionales negativas de miedo, terror, ansiedad, frustración u hostilidad; incrementar la probabilidad de emociones positivas de serenidad, alegría, afecto positivo y autoevaluación (Attwood, 2007). En esta misma línea, las personas con TEA presentan dificultades cognitivas para comprender o relacionarse en los entornos.

Considerando esto, se ha observado que el trabajo en cuanto a la accesibilidad cognitiva les permite entender la información de los entornos, comprenderlos, participar, utilizarlos y disfrutar con autonomía de los mismos (Verdugo & Schalock, 2012).

Estos entornos también deben ser adaptados por el profesorado, pues hacer que se sientan cómodos y seguros ayudará a disminuir la sobreestimulación sensorial (Grandin, 2006).

Algunos elementos arquitectónicos propuestos (Váldez, 2017) son la identificación de zonas de entrada o salida, áreas de espera, diferenciación entre las zonas de acceso público y privado, organización de espacios en función de sus usos, insonorización, uso de luz natural, sistemas de señalización que puedan emplear señales visuales, acústicas o textuales, apoyos para la comunicación utilizando sistemas alternativos y aumentativos.

Valorando que el entorno debe ser amigable para que pueda darse la enseñanza de habilidades, ante situaciones en las que se presenta una sobrecarga estimular, tales como el criterio de las aulas o de los pasillos, los docentes tienden a permitir a los estudiantes utilizar dispositivos que les permitan amortiguar o reducir la intensidad de la estimulación recibida, como por ejemplo tapones, auriculares o gafas, entre otros (Duoc, 2024).

En cuanto a la iluminación del aula, los reflejos se pueden proyectar sobre los materiales del estudiante, por lo que en estas circunstancias suelen situarle en lugares en los que la luz no impacte directamente sobre él (González & Ruiz, 2021).

Los maestros suelen utilizar también la planificación de la jornada escolar a través de rutinas claras, ajustando los niveles de exigencia, de capacidad, de cansancio o de excitación en cada momento (Valle, 2024). Es importante que al ajustar el nivel de exigencia, consideremos también el estado de regulación emocional, tanto negativo como positivo en el que se encuentra. Además, no debemos exigirles constantemente tareas que se encuentren por encima de lo que son capaces de hacer, pero sí debemos pedirles aquello que son capaces de hacer. Es esencial ayudarles para que dispongan de una mayor autonomía o para que comprendan mejor los contenidos, pero no debemos darles ayudas de más (Rivière, 1997).

En las situaciones de regreso del recreo o de otra clase, si los estudiantes están nerviosos o inquietos, los maestros tienden a plantear actividades de transición para que vuelvan a la calma, recuperen su nivel y se sientan predisuestos a realizar la actividad que le sigue (Manrique, 2019).

Además, les enseñan a identificar y comunicar su estado emocional en cada momento, para que ellos puedan detectar cuándo empiezan a sentirse sobrecargados, de forma que puedan pedir ese tipo de actividades de relajación antes de enfrentarse a las demandas (Magalí, 2020). En el caso de que ese nivel de autoconciencia todavía no sea posible, los docentes debemos estar atentos a los signo que reflejen los primeros niveles de ansiedad en el niño para poder intervenir cuanto antes.

Para ello, debemos poner atención a la presencia de indicadores emocionales, como por ejemplo mayor inquietud motora, signos de irritabilidad, cambios en las expresiones del lenguaje corporal o lenguaje grosero (White et al, 2009).

En el ámbito social, es esencial saber reconocer en qué momento el estudiante está preparado para aprender, pues no se puede enseñar en momentos de desregulación (Conner et al., 2019).

Ante situaciones en las que un estudiante se encuentre en este estado, es fundamental mantener la calma y ser pacientes para poder ayudar a esa persona. Después de un episodio de ansiedad o angustia es también necesario darles tiempo para recuperarse, para posteriormente pedirles que nos cuenten o expliquen lo que haya sucedido (Boulton & Smith, 1994). Debemos hablar si es necesario, ya que si los atosigamos a preguntas o suposiciones estaremos interfiriendo en sus esfuerzos por tranquilizarse y controlar la ansiedad. Las preguntas y la forma de hacerlas deben ser adaptadas a la edad y condición del estudiante.

También es importante conocer y respetar los momentos de soledad que la persona pide, ya que de esta forma le estaremos dando tiempo para que reconozca qué es lo que le pasa. Debemos asumir que en los momentos de estrés, lo primero que se pierde es la capacidad para expresarse (Siegel, 2012).

Por último, se ha podido observar que las estrategias de autorregulación pueden ayudarles a identificar los primeros signos de determinado estados emocionales, lo que podrá facilitar el que conozcan cómo abordarlos mediante objetos o situaciones que les agraden o relajen (Gross, 2002). Cuando el pensamiento es el que genera la ansiedad, se puede enseñar a modificar el pensamiento negativo a través de imágenes de momentos en que se ha sentido bien o feliz (Hoffmann et al., 2012).

En cuanto a estas estrategias de intervención, desde el modelo de Scerts (Prizant, 2005) las estrategias se agrupan en tres tipos.

Las estrategias sensoriomotoras son aquellas que permiten regular los niveles de nerviosismo o excitación, mientras que las estrategias lingüísticas incluyen todos aquellos recursos con los que se enseña a las personas a expresar cómo se sienten. Finalmente las estrategias metacognitivas implican que la persona identifique su estado emocional.

4.7. EL MANEJO DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL ÁMBITO ESCOLAR.

Tal y como señalan diversos autores, la identificación temprana mediante el cribado y la intervención temprana se encuentran entre las mejores formas de prevención (Díez et al., 2020).

Generalmente, los menores en riesgo suicida no hablan espontáneamente de sus sentimientos o deseos de morir (Bridge et al., 2006), sin embargo, se expresan a través de claves conductuales autodestructivas, cambios repentinos en el comportamiento; claves emocionales, como humor inestable o ansiedad excesiva; y claves comunicacionales, como comentarios, gestos o actitudes relacionados con el deseo de desaparecer, sentirse desesperanzado o incluso ideas sobre la muerte e intenciones de suicidarse (Barrueto et al., 2017).

Es más frecuente que los menores vulnerables, al no contar con personas de confianza a quienes recurrir, acudan a sus amigos o pares, quienes no necesariamente cuentan con las herramientas necesarias para poder paliar la situación, por lo que no podrán prevenir la conducta (Bridge et al., 2006). En este sentido, se hace aún más necesario educar tanto a profesores, padres o cualquier persona que se relacione con ellos (Calderón & Navarro, 2014).

El personal educativo puede ayudar a generar un ambiente de confianza y contención que facilite la prevención de dichas conductas (Valverde & López, 2021), pues si bien el rol principal de los profesores es velar por la educación y el aprendizaje de los contenidos curriculares, es considerable que éstos puedan identificar y dar apoyo a los alumnos con problemas emocionales, ya que también influyen sobre su aprendizaje y desarrollo general (Doménech & Narbona, 2009).

De esta manera, conviene analizar la necesidad de fortalecer a los profesores respecto a las competencias que pueden adquirir para prevenir conductas suicidas (Martínez & Pérez, 2011).

En este marco conviene disponer de un plan de acción cuando se dan estas situaciones en el colegio y no ocultar la situación o manejarlo de forma espontánea, ya que un manejo poco efectivo puede traer consecuencias negativas para los alumnos y para la comunidad escolar (Jiménez et al., 2019).

En relación con esta idea, cabe destacar que por lo general, en la escuela no se trata el tema de la muerte, lo que agrava la situación y dificulta su trabajo (De la Herrán & Cortina, 2007).

Para proponer estrategias preventivas en una escuela resulta conveniente conocer el nivel de riesgo y los determinantes específicos de cada población. Adicionalmente las intervenciones a implementar deben estar probadas, adaptadas al contexto y ser viables (Franklin et al., 2018).

Se considera que el personal que trabaja en las escuelas posee una visión muy amplia sobre la problemática, los recursos y necesidades para atender al riesgo suicida (Valverde & López, 2021). En esta misma línea, un estudio identificó diferentes tipos de propuestas preventivas por parte de los propios profesores, siendo alguna de ellas el propiciar ambientes escolares contenedores y asegurar el apoyo de padres y pares (Chaniang et al., 2019). Otro estudio describe que los especialistas de la salud mental de las escuelas reconocen que las estrategias preventivas suelen ser pasivas porque atienden sólo a los estudiantes que presentan crisis (Woolf et al., 2015).

Algunos estudios también han demostrado que para disminuir las conductas suicidas conviene capacitar a los profesores para reconocer y referir a alguien en riesgo de suicidio (King & Arango. 2011). Además, es esencial trabajar intervenciones que incluyan métodos de screening para detectar alumnos en riesgo de suicidio, utilizando programas como SEYLE (Saving and Empowering Young Lives) (Wasserman et al., 2016). Otros han logrado mejorar la percepción de la relación profesor - alumno desde la perspectiva de los estudiantes a través de programas como Sources of Strength (Wayman et al., 2010) y Surviving the Teens (King et al., 2011), aumentando la sensación de apoyo y comodidad al momento de discutir sus problemas.

A continuación, es importante mencionar que varias investigaciones han evidenciado que los docentes suelen disponer de un conocimiento insuficiente sobre las causas de los intentos de suicidio, los signos de riesgo de la conducta suicida y el papel del profesorado en la prevención (Muñoz & Pérez, 2015).

Las deficiencias observadas en relación con la ejecución de acciones preventivas se atribuyen a la ausencia de protocolos establecidos, la presencia de mitos en torno al tema y las limitadas habilidades y conocimientos por parte de los docentes (Herrera et al., 2020).

Los resultados obtenidos muestran, además, que la primera posición del profesorado fue considerar que tienen suficientes conocimientos sobre el tema, sin embargo, la particularización de estos conocimientos permitió reconocer vacíos y necesidades formativas, tanto para una mejor identificación de los casos suicida como para su gestión educativa (Valverde & López, 2021).

Al respecto, hay autores que coinciden en que la existencia de desconocimiento, actitudes, creencias y mitos sobre el suicidio provocan dificultades para su prevención dentro de los contextos escolares, porque producen experiencias en las que el alumnado no percibe a su profesorado como un apoyo para afrontar las vivencias negativas y sus experiencias suicidas (González & Rivera, 2015). En correspondencia, se señala la necesidad de contribuir al desarrollo personal de los docentes (Perdomo et al., 2017), formando cualidades que les permitan ofrecer un modelo educativo positivo, e incrementando sus conocimientos psicopedagógicos para el enfrentamiento efectivo de la conducta suicida.

En este sentido se recomienda diseñar e impartir cursos de formación a docentes que impulsen la creación de protocolos contextualizados para la prevención de este problema, así como para su implementación sistemática (Arrieta de Ávila, 2021; Marracini et al., 2021).

5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

5.1. INTRODUCCIÓN.

Actualmente, la formación del profesorado en competencias emocionales continúa siendo inadecuada. A pesar del reconocimiento de la escuela como espacio clave para el desarrollo integral del alumnado, muchos docentes siguen careciendo de herramientas que les permitan detectar el malestar emocional (Ramón et al., 2006), por lo que se podría afirmar que en los centros existe un analfabetismo emocional.

Esta carencia puede verse agravada al encontrarnos ante perfiles, como el del alumnado con TEA, en los que la vulnerabilidad emocional puede verse incrementada por factores como la alexitimia o las dificultades comunicativas.

En este sentido, conviene destacar que los enfoques psicológicos o psicosociales tienden a jugar un papel crucial en la prevención de problemáticas que pueden derivar de la ausencia de control emocional, como el suicidio. Esto es debido a que se trata de un problema prevenible, pues la identificación temprana de pensamientos y conductas suicidas, así como la atención y cuidado eficaz de quienes están en riesgo son claves para garantizar esta ansiada prevención (Castelli & Rodríguez, 2018). Sin embargo, a pesar del conocimiento de esta información, este tipo de problemas no suelen ni prevenirse ni reconocerse adecuadamente.

Tal y como subraya Bartolomé (2006), seguimos inmersos en una cultura en la que se prioriza el desarrollo cognitivo frente al emocional, por lo que defiende la necesidad de indagar en la importancia de potenciar el manejo del aspecto emocional, pues este nos permitirá conocer realmente qué piensan, sienten y perciben los estudiantes con los que interactuamos.

Además, la falta de sensibilización, el tabú y el estigma asociado al suicidio suponen unas barreras mayores a la hora de trabajarla. En este marco, se ha demostrado que la formación de profesores y orientadores en la detección de los signos de alarma puede reducir la incidencia de la conducta en un 30% (Galán, 2019). Ante esta preocupante realidad, también la OMS se comprometió a reducir en un 10% las tasas de suicidio por medio de la aplicación de su Plan de Salud Mental (2013 – 2020), aunque estas cifras apenas se han visto modificadas.

Esto refuerza la necesidad de intervenir desde todos los ámbitos, y especialmente desde la educación, como herramienta de prevención primaria (Macaya et al., 2018).

Ante esta realidad, la propuesta de intervención que planteo está compuesta por una charla formativa dirigida al profesorado y la colocación de materiales informativos (flyers) en puntos estratégicos. Tal y como se detallará posteriormente, la charla tendrá un carácter preventivo, mientras que los flyers servirán de apoyo a los docentes en la detección de señales de alarma, lo que facilitará la correspondiente actuación y acompañamiento.

5.2. METODOLOGÍA.

La metodología utilizada combina el enfoque teórico - práctico con una modalidad presencial y activa.

La metodología teórica se refleja en la charla formativa, pues se abordarán contenidos relacionados con la prevención del suicidio y la detección de señales de riesgo. Por otro lado, los docentes deberán acudir de forma presencial a esta charla, en la que tendrán la oportunidad de participar a través de sus experiencias personales. Les invitaré también a reflexionar sobre sus aportaciones o sobre indicadores de alerta que puedan considerar.

A continuación, repartiré flyers informativos, diseñados como herramienta práctica y visual. A través de su análisis, los docentes podrán bien trabajar los contenidos previamente expuestos o bien utilizar los flyers como guía rápida ante situaciones de riesgo.

Esta combinación metodológica no perseguirá meramente el objetivo de informar al profesorado en lo que respecta a la gestión emocional o al suicidio, sino que buscará impulsar la reflexión y la aplicación de estrategias de prevención desde el contexto escolar.

5.3. DESTINATARIOS.

Este programa va dirigido al profesorado de cualquier centro educativo (privado, público, concertado, urbano y/o rural). Teniendo en cuenta que se trata de una temática con una gran carga social y educativa en la actualidad, esta intervención no debería limitarse únicamente al profesorado de un centro, ni a una etapa educativa concreta.

Por el contrario, debe concebirse como una formación abierta y transversal, dirigida a docentes de todos los niveles educativos, desde Educación Infantil hasta Bachillerato y Formación Profesional., pues la promoción del bienestar emocional del alumnado es una tarea que puede comenzar a trabajarse desde los primeros cursos, y que debe mantenerse en etapas posteriores.

Se trata por tanto de un trabajo colaborativo, en el que todos los docentes y profesionales educativos deben estar implicados.

5.4. TEMPORALIZACIÓN.

La intervención se desarrollará en una única sesión informativa, la cual tendrá una duración aproximada de 2 horas. Posteriormente, procederé a repartir los flyers, indicando que además, estos se encontrarán expuestos en puntos concretos del centro.

Esta charla tendrá lugar durante el mes de septiembre, coincidiendo con el inicio del primer trimestre del curso. Esto es debido a que conviene formar a los docentes cuanto antes, pues por medio de incluir de forma preventiva dinámicas encaminadas al trabajo de la gestión de las emociones, podremos tratar de evitar la labilidad emocional. Además, a raíz de conocer los principales indicadores de alarma, en caso de encontrarse ante estudiantes que pudieran estar en riesgo, el profesorado podrá asociar alguna de las señales de alarma a los alumnos. Esto nos permitirá detectar de forma temprana posibles desajustes que se puedan dar en el alumnado, lo que favorecerá el que podamos actuar de manera precoz.

5.5. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

El objetivo general tiene el propósito de implementar estrategias que aborden y reduzcan el riesgo suicida asociado a los estudiantes con TEA, promoviendo para ello su bienestar emocional y social.

En segunda instancia, los objetivos considerados específicos son:

- a)** Concienciar al profesorado sobre la imperiosa necesidad de formación que se necesita en lo que respecta al TEA y su relación con el riesgo de suicidio.
- b)** Destacar la importancia de la prevención y la detección temprana de señales de alarma.
- c)** Fomentar la capacidad del profesorado de saber reconocer el malestar emocional del estudiantado a través del lenguaje no verbal.
- d)** Favorecer la colaboración entre los diferentes profesionales de la educación para que puedan intervenir de forma coordinada ante situaciones de riesgo suicida.

5.6. RECURSOS PERSONALES Y MATERIALES NECESARIOS.

En primer lugar, es fundamental contar con la participación de los asistentes. Además, durante el desarrollo de la sesión van a intervenir profesionales de diferentes ámbitos que están presentes en el centro educativo, como son: orientador/a, trabajador/a social, psicólogo/a... etc. También deberemos disponer de un espacio habilitado para la realización de la charla, un equipo audiovisual (ordenador, proyector y altavoces) que pueda servir de soporte durante el discurso, los flyers impresos y soportes para la colocación de los mismos, tales como corchos informativos o entradas de los centros.

5.7. RESULTADOS.

Teniendo en cuenta que esta intervención posee un carácter principalmente informativo, no se podrán analizar sus resultados de forma cuantitativa, aunque su impacto podrá ser valorado a través de la observación del grado de participación durante la charla.

También podremos examinar la forma en la que los docentes reaccionen ante los flyers, pues podremos observar cómo acogen su posible uso como herramienta de consulta. Además, será interesante contemplar si la información ofrecida, tanto durante la charla como después de ella, en los flyers, es finalmente utilizada en la práctica docente.

5.8. DESARROLLO DE LA SESIÓN.

La charla formativa comenzará con una introducción al suicidio como problemática social y educativa, pues cabe destacar que su prevención no es una competencia exclusiva del sistema sanitario, sino que requiere de la implicación de muchos más agentes, como pueden ser el educativo, el familiar o el social, entre otros. El suicidio es multifactorial y no responde a una única causa, por lo que su abordaje debe ser amplio y preventivo. Se hará hincapié en que hablar del suicidio no incita a cometerlo, sino que puede ayudar a prevenirlo, de modo que romper el tabú puede salvar vidas.

Se destacará el papel fundamental del ámbito educativo como lugar idóneo para poder activar acciones de prevención del suicidio y de mejora de la salud mental (Castillo - Zúñiga et al., 2022). Los niños y adolescentes pasan la mayor parte del tiempo en centros educativos, lo que los convierte en espacios clave para promover la salud mental y para trabajar el bienestar emocional (Fonseca - Pedrero et al., 2020).

Sin embargo, a pesar de esa potencialidad, se señalará que la intervención preventiva en las aulas sigue estando ausente, y que son muy pocos los planes de actuación existentes desde el ámbito educativo (Kalafat, 2003).

A continuación, se explicarán algunas de las barreras para la prevención del suicidio, como el estigma social, lo que dificulta una discusión abierta sobre el tema, además de una baja implicación de los medios de comunicación en la cobertura preventiva y en la labor de concienciación; la falta de información precisa sobre intentos de suicidio, lo que supone un obstáculo para el desarrollo y evaluación de estrategias efectivas; la falta de recursos, lo que conlleva a que, en múltiples ocasiones, las medidas de prevención propuestas hayan sido descartadas o no hayan llegado a desarrollarse; la escasa coordinación entre sectores, hecho que limita la efectividad de las estrategias preventivas y la falta de registros fiables que recojan datos sobre la conducta suicida en la infancia.

Durante la charla, contaremos también con la intervención del orientador/a del centro, el trabajador/a social y el psicólogo/a escolar, quienes aportarán su visión profesional y su experiencia. Se encargarán de responder a las dudas que pueda presentar el profesorado y enfatizarán que la prevención del suicidio debe tratarse de una tarea compartida por el entorno escolar.

A partir de este punto, hablaremos sobre diferentes estrategias de prevención que pueden aplicarse en los centros educativos.

En primer lugar, será esencial recalcar la necesidad de fomentar la educación emocional, la cual debe estar presente a lo largo de todo el currículum académico. Sus objetivos radican, entre otros, en que el alumnado adquiera un mejor conocimiento de las propias emociones, identifique las de los demás, desarrolle la habilidad para regular las propias, para generar emociones positivas y para automotivarse. Esta educación es especialmente importante en el alumnado con TEA, pues su dificultad para identificar y expresar sus propias emociones complica la verbalización de su malestar, lo que puede aumentar el riesgo si no se detecta a tiempo.

En relación con esta última idea, será primordial que los docentes se entrenen en la detección de factores de riesgo. Deberán prestar especial atención al alumnado vulnerable, pues se les advertirá de la importancia que tiene que el profesorado tenga unas nociones acerca de la salud mental para así, detectar las señales de alarma que puedan observar en alguno de sus estudiantes.

Además, para poder analizar de forma exhaustiva el comportamiento de algunos alumnos de los que se sospeche, animaré a los docentes a crear un sistema de vigilancia en salud mental que incluya la conducta suicida. Para ello, deberán recopilar la información relevante sobre la persona, sobre problemas de salud mental o, incluso, sobre conductas suicidas.

En una línea distinta, promoveré la realización de campañas de sensibilización, así como de concienciación contra el estigma, dirigidas a toda la comunidad educativa. Estas campañas se realizarán poniendo especial énfasis en abordar las dificultades de la vida diaria, así como en identificar las fortalezas de la persona.

También será esencial la difusión de recursos de ayuda. Les haré comprender a los docentes que es fundamental informar a la ciudadanía sobre los recursos existentes y las medidas que favorecen la accesibilidad a los mismos. Un recurso valioso puede ser la implementación de autopsias psicológicas en casos específicos de suicidio, pues podrán resultar especialmente útiles para realizar posvenciones inmediatas en colectivos vulnerables.

En cuanto a los factores de protección, informaré al profesorado acerca de que son aquellas situaciones o circunstancias que reducen la posibilidad de que una manifestación del comportamiento suicida aparezca.

Resaltaré que a mayor número de factores de protección, menor probabilidad de que la persona presente una conducta suicida, aunque esta no queda completamente descartada. Algunos elementos que les demostraríamos que reducen significativamente el riesgo de conducta suicida son las buenas relaciones con profesores, compañeros y personas relevantes de su entorno; la buena comunicación con familiares, profesores o iguales; la confianza para poder hablar de temas difíciles con, al menos, alguna persona y sentirse escuchado, con respeto y sensibilidad, sin ser juzgado. A mayores, el profesorado deberá transmitir información sobre cómo buscar ayuda adulta y a quién dirigirse, si es necesario.

Asimismo, se animará a que los centros creen una red de apoyo que pueda incluir la figura de un «alumno de confianza» para facilitar la comunicación entre los jóvenes y un adulto preparado especialmente en estos temas, que podríamos denominar “tutor de apoyo”. La idea es que cualquier persona pueda acudir a esta persona de forma inmediata si se detecta un posible riesgo.

Para concluir la conferencia, se incidirá en la necesidad de formar al alumnado en habilidades personales que incrementen su resiliencia emocional, de forma que puedan reducir la vulnerabilidad a problemas de salud mental a través del desarrollo de habilidades personales, autoestima, estrategias de adaptación, habilidades de resolución de problemas y autoayuda, lo cual llevará a incrementar su capacidad para afrontar las transiciones vitales y el estrés. Estos factores tendrán por objetivo la mejora de las habilidades sociales de los estudiantes, lo que aumentará su disposición o voluntad para abrirse, comunicar y dar a conocer información sobre sí mismos a otras personas. Además, un objetivo prioritario es hacer que los estudiantes se familiaricen con los signos y síntomas de la conducta suicida, y que puedan reconocerlos en otros.

En última instancia, conviene señalar que todas las ideas que se expondrán durante la charla formativa dispondrán de un soporte visual que permitirá el seguimiento de las mismas. Además, se recordará que esta propuesta representará una oportunidad para avanzar en los objetivos de la Agenda 2030. La implementación de las medidas contribuirá a alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3: Salud y Bienestar, en particular la meta 3.4, que busca reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, así como promover la salud mental y el bienestar.

Una vez hubiera dado por concluida la exposición de los contenidos, procedería a repartir los folletos informativos. Indicaré que todos los asistentes dispondrán de un ejemplar de cada uno de ellos, aunque también podrán encontrarlos en algunos puntos concretos del centro, como pueden ser la entrada principal, los paneles informativos o la conserjería. La idea es que los docentes, tras haber atendido a las explicaciones ofrecidas durante la sesión, puedan disponer de una pequeña guía de intervención a utilizar en caso de encontrarse ante alumnos con riesgo suicida.

En total serán 7 los impresos a repartir. El primero de ellos ofrecerá información sobre lo que es el TEA, trastorno que ha constituido el eje central del trabajo planteado (ANEXO 1). Este panfleto contendrá nociones básicas sobre lo que es el TEA, qué implica en cuanto a la comunicación y cuáles son los comportamientos y las necesidades emocionales que suelen estar asociados.

Pese a que los docentes conocerán la información contenida, conviene que esta sea recordada, pues esto facilitará la activación de los conocimientos, lo que ayudará a comprender el resto de los flyers.

Seguidamente encontrarán el segundo de los impresos (ANEXO 2), en el cual se hablará de las emociones. Podrán entender cómo las personas con TEA tienden a experimentar o expresar sus emociones de una manera diferente. Esta se tratará de una información que el profesorado deberá conocer para poder comprender las actitudes llevadas a cabo por el estudiantado. Además, tras asumir esto, buscaremos que sean conscientes de que el esfuerzo por expresarse los puede llevar a experimentar determinados riesgos emocionales, por lo que los docentes deberán encontrarse pendientes a estas posibles amenazas.

A continuación, podrán observar el tercero de los folletos (ANEXO 3). En él se habla del suicidio y se incide nuevamente en la importancia de la detección precoz. Se enuncian también algunos de los factores de riesgo más característicos de las personas con TEA, con el objetivo bien de que los docentes conozcan aquellas problemáticas que deberán analizar o bien de que sepan sobre qué aspectos deben focalizarse a la hora de desarrollar sus sesiones. Después, podrán contar con un nuevo panfleto (ANEXO 4), en el que se señalarán algunos signos que pueden indicarles a los profesores muestras de malestar emocional por parte del estudiantado. Por medio del análisis de estas señales, tanto verbales como no verbales, podrán detectar de una forma más sencilla riesgos suicidas, lo que les permitirá actuar de manera temprana.

A raíz de esta última idea, les ofreceremos un flyer en el que podrán encontrar diferentes estrategias de actuación (ANEXO 5) que podrán llevar a cabo si se encuentran ante la indeseable situación de contar con un alumno en riesgo. A través de las ideas plasmadas, pretendo que conozcan algunas formas de prevención, actuación y acompañamiento. También considero que deben ser conocedores del hecho de que no están solos, pues esta problemática involucra a diversos agentes preventivos. Al ser muy importante el contar con el apoyo de los diferentes expertos, el siguiente de los impresos (ANEXO 6) contendrá información sobre los diferentes profesionales a los que se puede acudir ante casos de suicidio. Por último, conviene recordar la carga emocional que conlleva el encontrarse ante este tipo de estudiantes, por lo que les ofreceré un flyer (ANEXO 7) en el que podrán observar algunas estrategias encaminadas a que puedan gestionar su propio estrés ante estas situaciones. Además, será esencial recordarles que no podrán solucionar todo lo que se pueden encontrar, por lo que deberán asumir que los problemas se arreglan con su tiempo y en su proceso.

6. CONCLUSIONES.

Este trabajo se ha centrado en la importancia de prevenir el suicidio desde el ámbito educativo. Para ello, se ha diseñado una propuesta de intervención dirigida a la formación del profesorado en estrategias relacionadas con el manejo del riesgo suicida en estudiantes con TEA.

En primer lugar, se establecieron los objetivos del trabajo. Estos sirvieron para definir las líneas de actuación y permitir la profundización en los aspectos clave del problema. A continuación, se justificó la necesidad urgente de intervenir, ya que los datos muestran un deterioro progresivo de la salud mental de los jóvenes. Esta realidad no solo afecta al bienestar del estudiante que sufre directamente la situación, sino que también puede concernir negativamente en su entorno cercano, donde se encuentran incluidos los compañeros o docentes.

Ante este panorama, se evidencia que la mejor herramienta para frenar este tipo de conductas es la prevención. En este sentido, la formación docente resulta imprescindible, especialmente considerando que muchos educadores carecen del conocimiento suficiente para gestionar emocionalmente tanto sus propias experiencias como las del estudiantado. Diversas normativas y organizaciones coinciden en que este problema no debe abordarse únicamente desde el ámbito sanitario. Dado que los jóvenes pasan una gran parte de su tiempo en los centros escolares, estos se convierten en espacios idóneos para trabajar de forma intensiva el bienestar emocional.

Una vez identificada la necesidad de actuar con urgencia, la fundamentación teórica del trabajo ha abordado en profundidad las características del TEA y los factores asociados que pueden aumentar el riesgo de ideación suicida.

Finalmente, se ha desarrollado la propuesta de intervención, estructurada en dos partes. En primer lugar, se plantea una charla dirigida a concienciar a los docentes sobre la importancia de la prevención del suicidio, especialmente en estudiantes con TEA. Posteriormente, se propone el reparto de una serie de flyers que ofrecen estrategias de actuación ante posibles situaciones de riesgo, con el fin de dotar al profesorado de recursos prácticos para su día a día.

En otra línea, resulta pertinente valorar si se han alcanzado los objetivos planteados inicialmente. En este caso, considero que dichos objetivos han sido efectivamente abordados, pues el análisis de la información ha permitido conocer el nivel de conocimiento que poseen los docentes, lo cual ha servido de base para el diseño de la propuesta de intervención.

Cabe destacar que, tras dicho análisis, se evidencia una notable carencia de conocimiento en relación con esta temática. Aunque es cierto que existen varios artículos que abordan el riesgo suicida asociado al TEA y señalan que las características del trastorno dificultan su detección, también lo es que, a pesar de reconocer la problemática y la necesidad de intervenir, apenas existen documentos o informes que ofrezcan a los docentes estrategias concretas o herramientas que puedan requerir para poder actuar de manera eficaz con su alumnado. En este sentido, considero que este trabajo puede resultar útil para tomar conciencia de que, aunque se hable con frecuencia sobre este tema, aún se requiere una mayor investigación en torno a él.

Asimismo, he podido constatar esta falta de información y he tratado de recopilar los datos que he considerado más relevantes. No obstante, al no haber podido implementar la propuesta de intervención diseñada, no he podido analizar el impacto que esta podría haber tenido, ni valorar las posibles mejoras en la calidad de vida del alumnado o en la seguridad percibida por parte del profesorado.

Además, este trabajo podría haber resultado útil para analizar de manera real cómo reaccionarían algunos docentes ante situaciones de riesgo. En este sentido, cabe señalar que la idea de este tema surgió a raíz de un caso real, en el que una maestra expresó su preocupación por una alumna con problemas de salud mental. Manifestó el no saber cómo actuar, pues temía agobiárla con demasiada atención, pero también le preocupaba que la menor percibiera desinterés por su parte.

Por ello, me hubiera gustado analizar cómo responderían algunos docentes ante situaciones similares; sin embargo, la complejidad del proceso de solicitud de permisos impidió llevar a cabo esta parte del estudio. No obstante, en un futuro me gustaría retomar esta línea de investigación, con el objetivo de explorar cómo actuarían tanto docentes en ejercicio como futuros profesionales de la educación, ya que podría resultar interesante conocer el grado de preparación con el que salimos los estudiantes universitarios al finalizar nuestro grado.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Al - Halabí, S. & Fonseca - Pedrero, E. (2021). Suicidal behavior prevention: The time to act is now. <i>Clínica y Salud</i> , 32(2), 89 - 92.			
Alonso - Fernández, F. (2011). La alexitimia y su trascendencia clínica y social. <i>Salud mental</i> , 34(6), 481 -			490.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000600002&lng=es&nrm=iso&tlang=es			
Sánchez Alvarado, A. F. (2024). Actitudes y creencias del profesorado frente a la redacción de artículos científicos: estudio diagnóstico. <i>Revista Humanismo Y Cambio Social</i> , (23), 10 – 29.			
https://camjol.info/index.php/HCS/article/view/18532			
Balbuena Rivera, F. (2007). Brief historical review of autism. <i>Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría</i> , 27(2), 61 -			81.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352007000200006&lng=es&tlang=en			
Baños - Chaparro, J. (2021). Comportamiento suicida en el trastorno del espectro autista. <i>Revista Española De Discapacidad</i> , 9(1), 285 -			294.
https://www.cedid.es/redis/index.php/redis/article/view/747			
Barrueto O., Carolina, Gaete O., Jorge, Bustamante V., Francisco, & Pizarro M., Marina. (2017). Self - perceived knowledge and skills of teachers for prevention of suicidal behavior in adolescents pre and post-intervention. <i>Revista chilena de neuro-psiquiatría</i> , 55(3), 170 - 178.			
https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272017000300170&script=sci_arttext&tlang=en			
Berumen – Martínez. R., Manuel Arredondo – Chávez, J. & Antonio Ramírez – Quistian, M. (2016). Formación docente, competencias emocionales y conductas disruptivas en la escuela secundaria. <i>Ra Ximhai</i> . Vol. 12, Número 6. Edición Especial. Dialnet-FormacionDocenteCompetenciasEmocionalesYConductasD-7933138.pdf			
Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Chocrón Bentata, L., Fernández Alonso, M., García Campayo, J., Montón Franco, C., & Tizón García, J. (2018). Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS. <i>Atención primaria</i> , 83 - 108.			

<p>https://papps.es/wp-content/uploads/2019/02/prevencion-trastornos-salud-mental-papps.pdf?utm_s</p>
<p>Castillo, A. & Grau, C.(2016). Conductas disruptivas en el alumnado con TEA: estudio de un caso. <i>ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete</i>, 31(2).</p> <p>https://revista.uclm.es/index.php/ensayos/article/view/951/pdf_1</p>
<p>Celis Gustavo & Ochoa Madrigal, Marta Georgina. (2022). Trastorno del espectro autista (TEA). <i>Revista de la Facultad de Medicina (México)</i>, 65(1), 7 - 20.</p>
<p>Chávez - Hernández, Ana María, Medina Núñez, Miriam Carolina, & Macías - García, Luis Fernando. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. <i>Salud mental</i>, 31(3), 197 - 203.</p> <p>http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000300005&lng=es&tlang=es.</p>
<p>Chinchilla Hernández, F. (2023). <i>Estrategias de regulación emocional y conductual empleadas por padres y madres de menores con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA)</i>. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca. Facultad de psicología.</p> <p>https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=E8gwqArakFc%3D</p>
<p>Colorado, Y. S. (2018). El suicidio en la adolescencia: una aproximación desde el apego y la regulación emocional. <i>Estudios del desarrollo humano y socioambiental</i>. 178 - 207. Corporación Universitaria Reformada.</p> <p>https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6676034</p>
<p>Defunciones por suicidio en España. (2024). Secretaría general de salud digital, información e innovación. Subdirección General de Información Sanitaria. <i>Gobierno de España. Ministerio de Sanidad</i>.</p> <p>https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/DefunSuicidio2022-2024_NOTA_TEC.pdf</p>
<p>Díaz, A. (2024). Prevención del suicidio en centros educativos: proteger hoy para salvar mañana. <i>Muñoz Abogados</i>.</p> <p>https://munozabogadoseducacion.es/prevencion-del-suicidio-en-centros-educativos-proteger-hoy-para-salvar-manana/</p>
<p>Dumon, E., & Portzky, G. (2014). Directrices de actuación para la Prevención, Intervención y Postvención del suicidio en el entorno escolar. Unidad de Investigación en Suicidio. <i>Universidad de Gante</i>.</p>

<p>https://www.aepsal.com/wp-content/uploads/2016/09/Guia-prevencion-suicidio-entornos-escolares.pdf</p>
<p>El peligro oculto del suicidio en el autismo (2018). <i>Autismo Diario</i>. https://autismodiario.com/2018/09/10/el-peligro-oculto-del-suicidio-en-el-autismo/</p>
<p>Estrategia de Prevención, Intervención y Posvención de la Conducta Suicida en el Ámbito Educativo. (2022). <i>Gobierno Vasco</i>. https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_estrategiasuicidioe_du/es_def/Estrategia-de-Prevencion-Intervencion-y-Posvencion-de-la-Conducta-Suicida-en-el-Ambito-Educativo_2022.pdf</p>
<p>Fernández - Mayoralas, D., Fernández - Perrone, A., & Fernández - Jaén, A. (2013). Trastornos del espectro autista. Puesta al día (I): introducción, epidemiología y etiología. <i>Acta Pediátrica Española</i>, 71 (8). 217 - 223. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6067802</p>
<p>Fernández Montalvo, J. & Sagrario Yáñez (1994). Alexitimia: concepto, evaluación y tratamiento. <i>Psicothema</i>, 6 (Número 3), 357 – 366. https://www.psicothema.com/pdf/931.pdf</p>
<p>Fernández Rivas, S. & Sánchez Cabaco, A. (2002). Deterioro de habilidades emocionales en la alexitimia. Implicaciones educativas. <i>Papeles salmantinos de Educación</i>, 151 - 182. https://summa.upsa.es/high.raw?id=0000030316&name=00000001.original.pdf</p>
<p>Figueroa Saavedra, C. S., Guajardo Sáez, C. P., Ornella Lagos Cid, C., Vitali Andana, M. F., Huentemil Collin, S. J., & Rifo Riquelme, V. A. (2023). Interacciones sociales, bullying y conducta suicida en niños y adolescentes con trastorno del espectro autista. <i>Revista Cubana de Pediatría</i>, 95. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312023000100044&script=sci_arttext&tlang=en</p>
<p>Figueroa Saavedra, C., Guajardo Sáez, C. & Guillén Cañas, V. (2023). Competencias sociales y bullying en adolescentes con Trastorno del Espectro Autista y su asociación con la conducta suicida. <i>Revista Chilena de Fonoaudiología</i> 22(1), 1 – 10. https://www.researchgate.net/publication/375872733_Competencias_sociales_y_bullying_en_adolescentes_con_Trastorno_del_Espectro_Autista_y_su_asociacion_con</p>

<p><u>la conducta suicida Un estudio piloto Social Skills and Bullying and their Association with Suic</u></p>
<p>Freixas, C. P. (2017). <i>Comunicación no verbal</i>. Editorial Kairós.</p> <p>https://books.google.es/books?hl=es&lr=lang_es&id=FO6bDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT11&dq=entrenamiento+para+identificar+el+malestar+a+trav%C3%A9s+del+lenguaje+no+verbal&ots=c0ydtm0wsL&sig=dbUzrRoUCzJ5MGTxEYt3J1RsBN8#v=onepage&q&f=false</p>
<p>Gava, M. (2023). Prevenir la conducta suicida en personas con autismo. <i>SOM Salud Mental 360</i>.</p> <p>https://www.som360.org/es/articulo/prevenir-conducta-suicida-personas-autismo</p>
<p>Graciela Rocío Magalí, T. (2020). <i>Aportes de herramientas para el abordaje de niños/as con tea: hacia una educación inclusiva en el nivel primario</i>. Tesis doctoral. Universidad Católica de Córdoba.</p> <p>https://pa.bibdigital.ucc.edu.ar/2820/1/TF_Toledo.pdf</p>
<p>Guachichulca Guiñansaca, C. (2023). <i>Sistema pictográfico para la comunicación no verbal en un estudiante con trastorno del espectro autista (TEA) de la Unidad Educativa Especializada Agustín Cueva Tamariz</i>. Tesis doctoral. Universidad Nacional de Educación.</p> <p>http://201.159.222.12:8080/bitstream/56000/3174/1/TFEEL60.pdf</p>
<p>Guía de prevención de la conducta suicida para docentes 'Enséñales a vivir'. (2016). Fundación Española para la Prevención del Suicidio. <i>Comunidad de Madrid</i>.</p> <p>https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017853.pdf</p>
<p>Guía de prevención del suicidio. (2022). Actuaciones en centros educativos. <i>Región de Murcia</i>.</p> <p>https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=20915&IDTIPO=246&RAS_TRO=c801\$m4331</p>
<p>Guía para la prevención del riesgo de conductas suicidas y autolesiones del alumnado (2023). <i>Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional de la Junta de Andalucía</i>.</p> <p>https://www.observatoriodelainfancia.es/olia/esp/documentos_ficha.aspx?id=8451</p>
<p>Ibarra Días, A. (2019). <i>Regulación emocional en niños con TEA y terapia asistida con perros</i>. Tesis doctoral. Pontificia universidad católica del Perú. Facultad de psicología.</p> <p>https://tesis.pucp.edu.pe/items/7ffda627-dabe-4641-bfcf-49c2e1255170</p>
<p>Juárez Torres, A. (2019). Interacción didáctica y lenguaje no verbal. <i>Interconectando Saberes</i>, (7).</p>

Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, <i>Boletín Oficial del Estado</i> núm. 134 8 9347 (2021).
Linares, J. (2021). <i>Alexitimia y emociones</i> . Trabajo de Fin de Grado. Universidad de Barcelona. Grado en Educación Primaria. https://deposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/179291/1/TFG_judith_linares_ponece_de_le%C3%B3n.pdf
López, J. (2015). Un estudio alerta de un mayor riesgo de suicidio en los adultos con Asperger. <i>Somos Pacientes</i> . https://www.somospacientes.com/noticias/al-dia/de-interes/un-estudio-alerta-de-un-mayor-riesgo-de-suicido-en-los-adultos-con-asperger/
Mérida - López, S., Quintana - Orts, C., Gómez - Hombrados, J., & Extremera, N. (2025). Comportamientos emocionalmente inteligentes docentes y su papel en la relación entre la ciber victimización y los factores de riesgo de suicidio en adolescentes. <i>Revista de Psicodidáctica</i> .
Myotanh Vázquez, L. & Gutián Domínguez, M.(2024). La salud mental infanto - juvenil en Atención Primaria. El relato de este siglo. <i>Revista Clínica de Medicina Familiar</i> 17 (2). 92 - 93.
Nieto Cobo, Paula y Chacón Gordillo, Pedro (2017). El arte como terapia para niños/as con autismo: una ayuda a la comunicación y expresión a través de procesos pictóricos. <i>ARTE Y MOVIMIENTO</i> . N° 16. Enero, 2017. Universidad de Jaén. Págs. 29 - 49. https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/artymov/article/view/3129/3341
Palacios, A. (2024). Crisis de salud mental en jóvenes: el suicidio, primera causa de muerte no accidental en España. <i>20minutos</i> . https://www.20minutos.es/noticia/5643541/0/crisis-salud-mental-jovenes-suicidio-primer-causa-muerte-no-accidental-espana/
Páramo, D., Díaz Hernández, F. & Arenas, F. (2022). Propuestas y recursos para la prevención del suicidio en escuelas secundarias. <i>Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú</i> . https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8835983
Pérez Díez, I., Arias Rodríguez, P., Sánchez Carro, Y. & Torre Luque, A. (2021). Evolución del suicidio en España en población infantojuvenil. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental. <i>Universidad Complutense de Madrid</i> .

<p>https://consaludmental.org/centro-documentacion/evolucion-suicidio-infantoyjuvenil-2020-2021/</p>
<p>Pérez, P. (2024). Cuatro de cada diez adolescentes españoles han tenido un problema de salud mental en el último año. <i>El Mundo</i>.</p> <p>https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2024/10/08/6704fa5fe9cf4a713e8b45a2.html</p>
<p>Plan de acción para la prevención del suicidio (2025). Fundación Española para la Prevención del Suicidio. <i>Ministerio de Sanidad. Gobierno de España</i>.</p> <p>https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_de_accion_para_la_prevencion_del_suicidio_2025_2027.pdf</p>
<p>Pont, T. & Andrés, A. (2012). <i>La comunicación no verbal; La personalidad</i>. Editorial UOC.</p> <p>https://openaccess.uoc.edu/server/api/core/bitstreams/cd9391e3-c7cc-421d-b932-44b6d717ed90/content</p>
<p>Protocolo de desregulación emocional para estudiantes tea o neuro divergentes. (2024). <i>Complejo educacional San Alfonso</i>.</p> <p>https://colegiosanalfonso.cl/protocolos-2024/protocolo-de-desregulacion-emocional-para-estudiantes-tea-o-neuro-divergentes/</p>
<p>Real Decreto 211/2022, de 22 de marzo, por el que se regula la concesión directa de una subvención a la Cruz Roja Española para la prevención, detección precoz y atención a personas con riesgo de conducta suicida, Boletín Oficial del Estado núm. 70 de 4587 (2022).</p>
<p>Riesgo suicida y conducta suicida: evaluación e intervención en atención primaria. (2015). <i>Servicio de Salud Mental – Dirección General de Programas Asistenciales – Servicio Canario de la Salud</i>.</p> <p>https://www.sepexpal.org/?wpfb_dl=53</p>
<p>Rivas Torres, López Gómez, R., Taboada Ares, S. & Eva María (2010). Etiología del autismo: un tema a debate. <i>Educational Psychology</i>, 30 (2). 107 - 121.</p>
<p>Ruggieri, V. (2020). Autismo, depresión y riesgo de suicidio. <i>Medicina (Buenos Aires)</i>, 80(2). 12 - 16.</p> <p>https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802020000200004</p>
<p>Saiz, S. (2024). 4.116 personas murieron en España en 2023 por suicidio, con tasas muy elevadas entre los ancianos: "Es la invisibilidad de los muy mayores". <i>El Mundo</i>.</p>

<p>https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2024/12/17/67615f5321efa038748b457e.html</p> <p>Sánchez, F. M. (1996). Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS - 20). <i>Clinica y salud</i>.</p> <p>https://journals.copmadrid.org/clysa/art/8d5e957f297893487bd98fa830fa6413</p>
<p>Sandoval Meneses, L. (2017). Taller "El poder del Lenguaje no verbal en el aula". Manual del participante. <i>SlidesShare</i>.</p> <p>https://es.slideshare.net/slideshow/taller-el-poder-del-lenguaje-no-verbal-en-el-aula-manual-del-participante/79060236?utm</p>
<p>Torres, E. O., & Martínez, L. C. (2025). Dificultades en la aplicación de un proyecto sobre prevención del suicidio en centros de secundaria. <i>REOP - Revista Española de Orientación y Psicopedagogía</i>, 36(1), 162 - 178.</p>
<p>Tortosa, P. T., Rivas, L. L., & Gutiérrez, F. L. (2016). Intervenciones de enfermería en atención de urgencias al paciente suicida, ansioso y violento. <i>Intervención en contextos clínicos y de la salud</i>, 81.</p> <p>https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5913857</p>
<p>Trastornos del espectro autista: Problemas de comunicación en los niños. (2020). <i>National Institute on Deafness and Other Communication Disorders</i>.</p> <p>https://www.nidcd.nih.gov/health/autism-spectrum-disorder-communication-problems-children</p>
<p>Verdugo Tenemaza, J. (2024). <i>Estimulación de la Comunicación No Verbal en una Estudiante con TEA Mediante el Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes</i>. Trabajo de Fin de Grado. Universidad Nacional de Educación.</p> <p>https://repositorio.unae.edu.ec/items/88b0f24e-9028-4357-bbb3-a75e91dbae3f</p>
<p>Villanueva - Bonilla, C., Bonilla - Santos, J., Ríos - Gallardo, Á. M., & Solovieva, Y. (2018). Desarrollando habilidades emocionales, neurocognitivas y sociales en niños con autismo. Evaluación e intervención en juego de roles sociales. <i>Revista Mexicana de Neurociencia</i>, 19 (3), 43 - 59.</p> <p>https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80046</p>
<p>Villar, F. (2022). <i>Morir antes del suicidio. Prevención en la adolescencia</i>. Barcelona: Herder Editorial.</p> <p>https://www.som360.org/es/articulo/como-ayudar-desde-escuela-menor-verbaliza-pensamientos-suicidas</p>

8. ANEXOS.

ANEXO 1.

AUTISMO

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Es un trastorno del neurodesarrollo que afecta a la comunicación, a la interacción social y a flexibilidad del pensamiento y del comportamiento.

Su manifestación varía significativamente en cada persona.



COMUNICACIÓN EN EL TEA

- ¿Qué significa AUTISMO? Proviene del término griego *autos*, lo que significa "a sí mismo".
- Describe la tendencia a centrarse en el propio mundo, lo que dificulta la comunicación y la interacción social.
- Es común que usen palabras o frases repetitivas, a veces sin sentido o sin conexión con la conversación.
- Algunos niños hablan mucho y con detalle sobre temas que les apasionan, pero les cuesta mantener un diálogo sobre ellos.
- Suelen evitar el contacto visual y les cuesta usar gestos, lo que puede dificultar expresar emociones y necesidades, generando frustración.

COMPORTAMIENTOS

- | | |
|------------------|------------------------|
| 1
RIGIDEZ | 4
EVITACIÓN |
| 2
REPETICIÓN | 5
DIFICULTAD SOCIAL |
| 3
AISLAMIENTO | 6
FRUSTRACIÓN |

NECESIDADES EMOCIONALES

- | | |
|--------------------|-----------------------|
| SEGURIDAD AFECTIVA | COMPRENSIÓN EMOCIONAL |
| ACEPTACIÓN | REGULACIÓN EMOCIONAL |

ANEXO 2.

EMOCIONES

LAS PERSONAS CON TEA EXPERIMENTAN Y EXPRESAN SUS EMOCIONES DE FORMA DIFERENTE DEBIDO A ALTERACIONES EN LA COMUNICACIÓN, LA INTERACCIÓN SOCIAL Y LA AFECTIVIDAD.

¿CÓMO EXPERIMENTAN LAS EMOCIONES?

Muchas personas con TEA presentan también alexitimia, es decir, dificultad para identificar, expresar y gestionar sus emociones.

- No distinguen entre emociones y sensaciones físicas.
- Tienen problemas para describir lo que sienten.
- Les cuesta simbolizar las emociones.

¿CÓMO EXPRESAN LAS EMOCIONES?

Es común que las expresen a través de conductas.

- Destructivas.
- Inferentes.
- Reactivas.

Tienen una finalidad comunicativa y buscan satisfacer una necesidad o evitar algo.

CÓMO NO IDENTIFICAN NI COMPRENDEN LO QUE SIENTEN, LAS EMOCIONES NO EXPRESADAS PUEDEN TRANSFORMARSE EN SÍNTOMAS FÍSICOS, LO QUE PUEDE DERIVAR EN PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.

RIESGOS EMOCIONALES ASOCIADOS

Tienen más riesgo de sufrir depresión. También con frecuencia sufren soledad, ansiedad y estrés. El esfuerzo de ocultar estas emociones puede aumentar el riesgo de suicidio.

ANEXO 3.

CADA 2 HORAS, ALGUIEN SE QUITA LA VIDA EN ESPAÑA

El suicidio es un problema que requiere la detección precoz de señales de riesgo y una observación continua del estado emocional, especialmente en personas con TEA, cuyo sufrimiento puede no manifestarse de manera típica.

FACTORES DE RIESGO CONDUCTUALES Y SOCIALES



- ▶ El camuflaje social (ocultar síntomas para encajar)
- ▶ Necesidades emocionales insatisfechas y dificultades para pedir ayuda,
- ▶ Problemas de comunicación social. El mayor impedimento en este área se relaciona con la ideación, planificación e intento suicida.
- ▶ La reducción de la empatía cognitiva puede hacer que no comprendan el impacto emocional de su muerte en otros.

EL ACOSO ESCOLAR COMO FACTOR DE RIESGO CRÍTICO



- ▶ Personas con TEA son más propensos a sufrirlo.
- ▶ Lo sufren debido a dificultades en la interacción y comunicación social.

ELEVAN EN PERSONAS CON TEA EL RIESGO DE SUICIDIO



- ▶ La soledad
- ▶ Los trastornos afectivos
- ▶ Los trastornos de ansiedad.

Más del 90% de las personas con TEA que intentaron o consumieron suicidio tenían al menos otro problema de salud mental.

ANEXO 4.

SEÑALES DE ALERTA

Muchas personas evidencian signos y síntomas que hacen posible la detección del riesgo suicida.
Es muy importante conocer cuáles son estas señales para minimizar el riesgo de aparición de un intento suicida del alumno.

SEÑALES DE ALERTA VERBALES

- Comentarios negativos sobre sí mismo o sobre su vida.
"No valgo para nada" o "Esta vida es un asco"
- Comentarios negativos sobre su futuro.
"Lo mío no tiene solución"
- Despedidas inesperadas.
"Quiero que sepas que en todo este tiempo me has ayudado mucho"
- Comentarios relacionados con la muerte.
"Me gustaría desaparecer"

SEÑALES DE ALERTA NO VERBALES

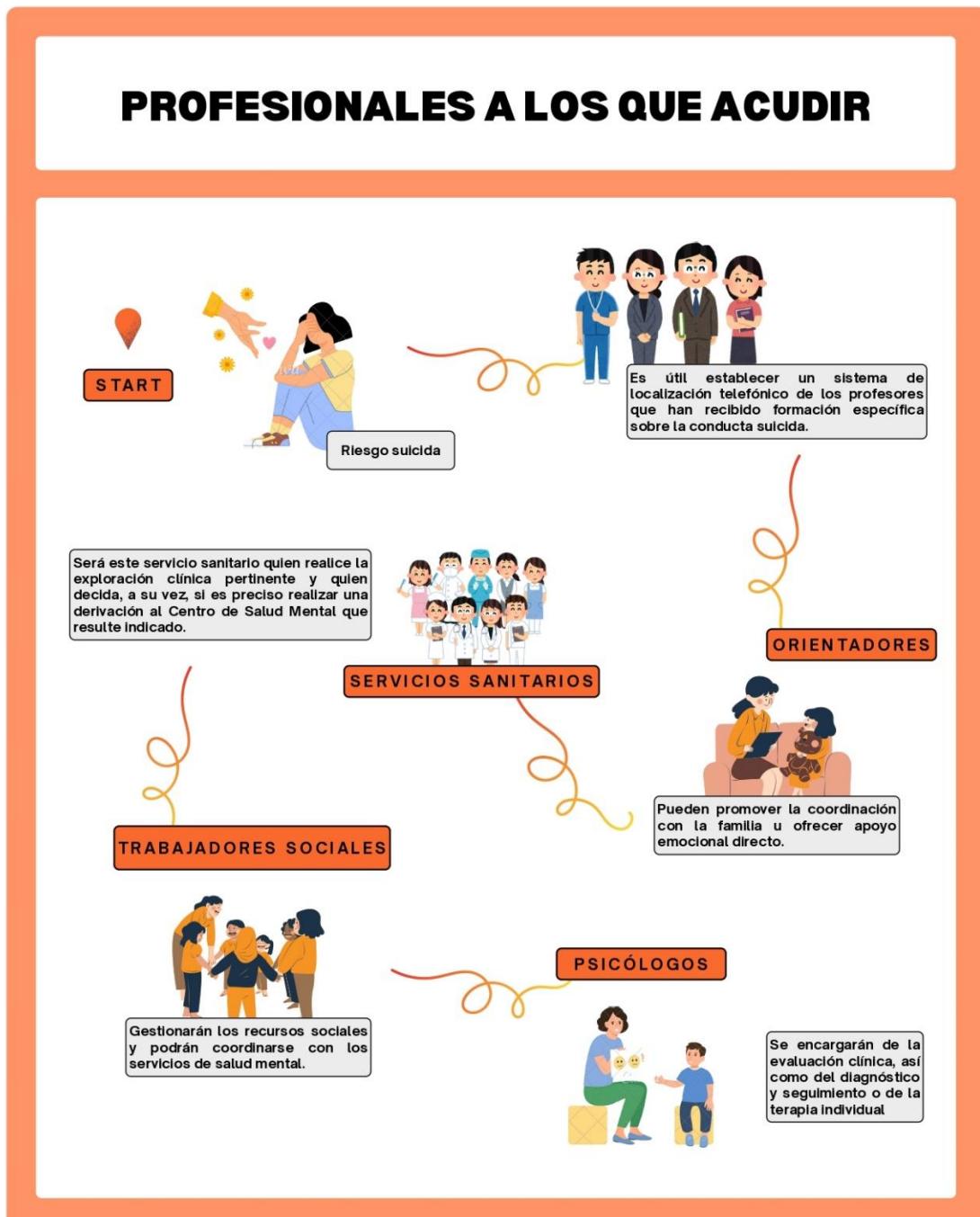
- Aumento de la irritabilidad, agresividad o insomnio.
"No para de discutir con todo el mundo, está siempre a la defensiva y no duerme bien"
- Tranquilidad inesperada tras un periodo de agitación.
"Después de días fatal, hoy se le ve tranquilo. Algo no encaja"
- Desinterés por actividades escolares que antes disfrutaba.
"Ya no quiere ir a entrenar y tampoco participa en clase"
- Ausencias injustificadas o actitud apática en el aula.
"Llega tarde, no hace nada y parece triste"
- Se aísla en los recreos, está retraído o distante.
"Antes estaba con sus amigos. Ahora está siempre solo"
- Regala objetos personales muy preciados.
"Le dio su pulsera a su mejor amiga y le dijo que se la quedara para siempre"

ANEXO 5.

ESTRATEGIAS DE ACTUACIÓN

Limitar el acceso a posibles medios lesivos  <ul style="list-style-type: none">Retirar materiales que puedan ser peligrosos.Cuidado con los pisos altos. La precipitación es el segundo método de suicidio más frecuente en España.	Comunicar con respeto y claridad  <p>Debemos contar con el apoyo de la familia y de los distintos agentes preventivos del suicidio: psicólogos, médicos, psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales y amigos.</p>	Preguntar puede salvar vidas  <p>Escuchar a nuestro alumno aliviará su tensión. Le haremos ver que nos preocupa y que deseamos ayudarle.</p>
¿Qué hacer si el alumno pide confidencialidad?  <ul style="list-style-type: none">Convencerle de que él no tiene los recursos suficientes para ayudarle.Convencerle para que hable con sus padres, porque con ayuda profesional pueden ayudarle.No ocultar nunca esta información a los padres.	¿Qué NO hacer?  <ul style="list-style-type: none">Nunca juzgarle, ni verbalmente, ni de manera gestual.No minimizar la situación que está viviendo ("No será para tanto").No entrar en pánico, no mostrar nuestro miedo.No usar argumentos como "Vas a hacer mucho daño a tu hermano o a tus padres", porque quizás es eso lo que pretende conseguir.	Emergencia real  <p>Tener disponibles unos teléfonos de emergencia o ayuda,</p>

ANEXO 6.



ANEXO 7.

