

CONFINAMIENTO Y CONDUCTA SUICIDA. ÁMBITOS DE ACTUACIÓN EN EL ÁMBITO ESCOLAR

Beatriz Gutiérrez López

*Especialista en Psicología Clínica,
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de La Rioja*

Doctora en Psicología por la Universidad de Barcelona

PANDEMIA Y SALUD MENTAL. CONSIDERACIONES GENERALES

La pandemia, y todas sus consecuencias, están ocasionando que como sociedad tengamos que afrontar nuevos e improvisados retos. Estas exigencias conllevan una alta capacidad de adaptación, resistencia e innovación ya que la tarea que tenemos entre manos resulta dura. Recuperar la sensación de control y seguridad externa ante un virus desconocido que en pocos días es capaz de generarnos la muerte acontece costoso. Contener el temor de un aislado ingreso hospitalario y reponerse a la muerte de un ser querido sin poder darle la mano o decirle que muera en paz, duele de tan solo pensarlo. Estamos sufriendo y ante el sufrimiento necesitamos permanecer unidos. Vivimos momentos difíciles y es en estos momentos donde la sociedad precisa **figuras de resiliencia**. Figuras capaces de guiar, sostener y dar esperanza al que ya no las tiene. Figuras capaces de reconocer sus debilidades, conscientes de que ellos también son vulnerables, fuertes a la hora de pedir ayuda y comprometidos con su sufrimiento y el de los demás. **La escuela y todos sus profesionales, ahora y siempre, desempeñan un importante papel en la protección de la salud mental de los niños y adolescentes.**

La escuela tiene un papel fundamental en la promoción de la salud mental. Precisamos a los profesionales de nuestras escuelas, y realmente a todos los profesionales de todas las instancias, para seguir avanzando en día a día. El docente, al igual que otros profesionales del ámbito socio-sanitario, se encuentra en una posición privilegiada para brindar apoyo a los niños y adolescentes en el

afrontamiento de la pandemia. Compartir las experiencias negativas y permitir que nuestros menores realicen encuentros de reflexión guiados por un adulto disponible y capaz de contener sus miedos resulta esencial para aliviar el sufrimiento. Encontrar a una figura de escucha empática que guíe en los momentos de soledad y “calme” la angustia asfixiante del que no encuentra respuestas es necesario para mantener el bienestar psicológico.

La manera en la que los adultos manejan su estrés repercute claramente en los niños y los niños reflejan en sus conductas la manera en la cual sus figuras de apego manejan las situaciones estresantes. En este sentido, no todas las familias disponen de los mismos recursos emocionales y por lo tanto, algunas de ellas requieren de una mayor protección. Son estas familias las que precisan de un mayor soporte y acompañamiento, dado que carecen de los recursos necesarios para poder ofrecer respuestas “calmantes” a sus niños y/o adolescentes. Estas familias precisan ayuda para contener sus miedos y ofrecer un mejor soporte a sus menores.

Como venimos comentando, el impacto de la pandemia se está distribuyendo de una manera desigual, afectando de un modo más intenso a las familias más vulnerables y a los menores más desprotegidos. La disponibilidad o ausencia de recursos de protección externos que puedan ayudar a estas familias resulta crucial en la relación estrés-salud-enfermedad.

Mención especial requieren varios tipos de familias:

- Familias en las que existen profesionales sanitarios con alto riesgo de contagio y de desarrollar un síndrome de burnout.
- Familias con bajos recursos económicos y con dificultad para adaptarse a las exigencias tecnológicas actuales o mantenerse informadas.
- Familias víctimas de la violencia intrafamiliar.
- Familias donde uno de sus miembros presenta una enfermedad limitante o una discapacidad que requiere la estancia o asistencia a centros específicos de soporte.

PANDEMIA Y SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

La Asociación Española de Psiquiatría y Salud Mental (2020) ha publicado un informe donde se valora cómo ha afectado el confinamiento a la salud mental de las familias españolas. En el mismo se recoge que por norma general las familias tras la salida del confinamiento se han mostrado gratamente sorprendidas por las capacidades adaptativas manifestadas por sus hijos. Los profesionales de la salud mental colaboradores en el mismo señalan que el empeoramiento de cuadros

clínicos previos durante el confinamiento ha sido escaso, a excepción de los casos con Trastorno Mental Grave o Discapacidades más limitantes. El 85.7% de los padres participantes consideran que durante el confinamiento sus hijos se han mostrado más irritables, intranquilos, preocupados, ansiosos y con un alto temor al contagio. También que durante el confinamiento los menores durmieron más, hicieron menos actividad física y usaron las pantallas con mayor frecuencia. Además, señalan que en la medida que el confinamiento se alargaba la convivencia familiar se hizo más difícil y el nivel de conflicto intrafamiliar aumentó. En su gran mayoría las familias valoran de una manera muy positiva el apoyo brindado durante el confinamiento por parte de los profesionales de los centros escolares y profesionales de la salud mental. A continuación, se ofrece un cuadro resumen de las alteraciones emocionales identificadas durante el confinamiento por las familias y los menores colaboradores con el estudio. Ver Tabla 1.

Tabla 1. Alteraciones emocionales identificadas por las familias colaboradoras en el estudio (adaptado del *Informe de Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental*, 2020).

EDAD	ALTERACIONES EMOCIONALES
0-2 años	Niños: conductas regresivas y mayor nivel de excitación al final del día. Padres: mayor nivel de estrés ante la compatibilidad laboral-hogar familiar.
3-6 años	Niños con dificultades en los aprendizajes: avance o retroceso significativo en función del soporte recibido por parte de los padres. Conductas regresivas (enuresis, volver a dormir en cama de padres) y miedo a salir a la calle. Padres: mayor nivel de estrés ante la compatibilidad laboral-hogar familiar.
6-12 años	Niños: mayor irritabilidad, pesadillas, problemas de sueño o del apetito, quejas somáticas y problemas conductuales.
13-17 años	Grupo de respuesta muy heterogénea: <ul style="list-style-type: none"> - Cambio de horarios, aislamiento en la habitación y conexión on-line. Mayor nivel de conflicto con padres y tendencia a descolgarse a nivel escolar. - Preocupación por rendimiento académico y por el futuro profesional. Miedo a salir a la calle. Mayor clínica ansioso-depresiva. - Los más inhibidos, inseguros y dificultades sociales buena adaptación a la situación de confinamiento y dificultades de readaptación posterior. Clínica ansioso-depresiva más grave en la vuelta a los centros escolares. - Padres: mayor nivel de estrés ante la compatibilidad laboral-hogar familiar.

PANDEMIA Y ASISTENCIA EN LA RED DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

Respecto a la demanda atendida en los centros de salud mental infanto-juvenil durante el confinamiento, las fuentes revisadas indican una mayor necesidad de soporte por descompensación psicopatológica de niños y adolescentes con patologías del tipo:

- Discapacidad Intelectual.
- Trastorno del Espectro Autista.
- Trastorno de la Conducta Alimentaria.
- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
- Trastorno de Conducta.
- Aumento de problemas conductuales en el domicilio por un incremento del uso de videojuegos y juegos online.

Tras el confinamiento y con la vuelta a las exigencias escolares, desde USMIJ La Rioja se va objetivando en comparación a momentos pre-pandemia, un incremento progresivo de demanda sanitaria asociada a adolescentes que presentan síntomas fóbicos y ansiosos, cuadros depresivos estructurados, trastornos de la conducta y fobia social limitante a la hora de regresar al ámbito académico. Respecto al número de asistencias a la urgencia psiquiátrica por riesgo suicida en menores de 18 años también se ha visto incrementado, aunque todavía no existen datos fiables en España que valoren este incremento. La atención de menores tras la ejecución de una conducta suicida, en comparación con casos atendidos previamente, también se ha visto incrementada en USMIJ La Rioja. Según la Organización Mundial de la Salud, durante el 2000-2021, el riesgo de suicidio puede llegar a elevarse a un 20-30%. Si valoramos que por cada muerte suicida existen 20 intentos de suicidio, se puede esperar un incremento significativo de problemas psíquicos.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN EL CONTEXTO ESCOLAR

Al igual que en otros momentos, y en éste en particular, es necesario detectar a los menores que presentan mayores niveles de malestar emocional, y sobre todo a aquellos que pueden mostrar un mayor riesgo suicida. La pandemia nos obliga a mantener la distancia física y puede ocasionar dificultades de accesibilidad a las redes de apoyo generando un mayor aislamiento a las personas más vulnerables. De igual modo, el sufrimiento psicológico genera aislamiento, rigidez,

desesperanza y constricción mental. Ante la falta de percepción de alternativas el acto suicida puede vislumbrar como la única solución viable para escapar del sufrimiento. A mi parecer y sólo es un parecer, cuando una persona muere por suicidio, cuando un niño o adolescente muere por una conducta suicida, todos morimos un poco con él y todos en mayor o menor medida no hemos sabido identificar y/o paliar ese punzante sufrimiento que acaba haciendo que muchas personas mueran en vida.

¿QUÉ INTERVENCIONES SE PUEDEN REALIZAR DESDE EL ÁMBITO ESCOLAR PARA PREVENIR EL RIESGO SUICIDA?

A continuación, paso a comentar algunas estrategias que se pueden realizar en los contextos escolares a la hora de prevenir e intervenir en la prevención del riesgo suicida en el contexto escolar. Tal y como recogen la mayoría de las propuestas desarrolladas a este respecto y centrándome más específicamente en la investigación de Fonseca- Pedrero y col., (2019) y en la guía de Dumon y Gwendolyn (2013), paso a comentar las siguientes estrategias:

Estrategia 1. Integrar políticas escolares centradas en la salud mental, y en la prevención del riesgo suicida en particular.

Los profesionales del ámbito educativo disponen de un espacio idóneo para concienciar sobre la salud mental y romper el estigma social existe hacia la persona que sufre un trastorno mental. Normalizar e informar sobre la patología mental y la necesidad de acudir a la red de salud mental a realizar un tratamiento específico para el mismo resulta una piedra angular en la prevención del riesgo suicida.

Actualmente existen multitud de programas que se pueden llevar a cabo desde los servicios de orientación escolar con objeto de ampliar los recursos psicológicos del alumnado a la hora de afrontar el estrés, aumentar sus habilidades de resolución de problemas o de manejo de situaciones potencialmente adversas. No obstante, en este momento nuestros menores precisan de soporte emocional y dinámicas escolares que les permitan expresar en un contexto seguro sus vivencias y temores respecto a las repercusiones de la pandemia. En este sentido, trabajar la pérdida y el duelo por la muerte de un ser querido también parece una asignatura obligatoria en el currículo ordinario.

Estrategia 2. Prestar especial atención a los alumnos vulnerables. En este sentido resulta relevante aumentar la sensibilización y la información que dispone el profesorado sobre la salud mental.

La formación de profesores y orientadores escolares en el reconocimiento de los signos de alarma, los factores de riesgo y de protección de las conductas

suicidas resulta necesaria para poder prevenir el riesgo suicida de manera eficaz. Sin detenerme de un modo exhaustivo en este punto dada su amplia extensión, paso a comentar los factores que resultan más relevantes (Ver tabla 2).

Tabla 2. Factores de riesgo y de protección
(adaptado de Pérez de Albéniz y col., 2020).

FACTORES DE RIESGO	
Individuales: <ul style="list-style-type: none"> - TM: depresión y abuso de drogas. - Aislamiento. - Desesperanza. - Rigidez cognitiva. - Baja autoestima. - Historia de maltrato. Víctima de bullying. - Bajas habilidades de afrontamiento. 	Familiares <ul style="list-style-type: none"> - Historia familiar de suicidio. - Violencia intrafamiliar. - Alto estrés familiar. - Acontecimientos traumáticos a nivel familiar.
FACTORES DE PROTECCIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> - Buenos vínculos familiares y sociales. - Buenas habilidades sociales y de afrontamiento. - Actitudes positivas hacia la vida. - Creencias religiosas. 	
SEÑALES DE ALARMA	
<ul style="list-style-type: none"> - Visión negativa hacia la vida, el futuro y uno mismo. - Cambio significativo del comportamiento y/o del rendimiento académico. - Cambios de humor, quejas somáticas, quejas de ansiedad... - Uso frecuente de alcohol y drogas. 	



Tabla 3. Criterios que determinan posible riesgo suicida.

ALUMNO EN RIESGO
<ul style="list-style-type: none"> - Varios signos de alarma relevantes. - Comportamientos autolíticos en el pasado. - Tres o más factores de riesgo en el presente. - Personas próximas al alumno comunican su percepción de que el menor no se encuentra bien. - Alumnos con clínica depresiva y aislados socialmente.

El precipitante. Cuando una persona sufre de manera intensa, se encuentra desesperada y no valora salida alguna a su malestar, el precipitante que dispara el acto suicida puede ser de diferente índole. Algunos ejemplos son: una discusión con padres o amigos, una ruptura de pareja, un insulto, un suspenso...

ENTREVISTA DE VALORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

Detectado el riesgo suicida desde el centro escolar (ver tabla 3), resulta preciso que el menor sea atendido por el orientador escolar con objeto de cursar una derivación al servicio de salud mental infanto-juvenil de manera temprana.

En el caso de que el centro disponga de psicólogo sanitario, resulta oportuno que en virtud de sus competencias y conocimientos sanitarios valore de una manera más exhaustiva el potencial riesgo suicida con el fin de afinar la derivación a los servicios especializados en salud mental. A este respecto, un instrumento breve de screenig que puede resultar de interés y que nunca sustituye a una adecuada entrevista de valoración psicológica es la Escala Paykel de Suicidio (*Paykel Suicide Scale*, PSS; Paykel et al., 1974).

Para una adecuada ejecución de la entrevista de valoración del riesgo suicida es necesario que el psicólogo esté bien formado en técnicas de entrevista y manejo del riesgo suicida, así como que manifieste un buen conocimiento del protocolo de actuación a seguir. La actitud fundamental del entrevistador será de escucha activa y de validación del malestar. De corroborarse la existencia de riesgo suicida, el psicólogo responsable de la entrevista, ofrecerá al menor una propuesta de intervención viable para mitigar su sufrimiento. A este respecto, el tratamiento psicológico especializado resulta una alternativa oportuna. A continuación, se describe brevemente cómo ha de realizarse una entrevista de evaluación del riesgo suicida.

En la fase inicial de la entrevista hay que realizar el encuadre de la entrevista, centrar expectativa del menor sobre lo que puede esperar de la reunión y trabajar el criterio de confidencialidad con sus excepciones. Es decir, el psicólogo debe dejar claro al menor que el objetivo de la entrevista es valorar cómo se encuentra emocionalmente para posteriormente si se identifica un malestar emocional relevante poder derivarlo a un especialista en salud mental que le ayude a encontrarse mejor. Así mismo, hay que señalar que en el caso de identificar que está en riesgo su vida o la de terceros, con la intención de protegerle se activarán los recursos necesarios para garantizar su seguridad.

Una vez realizada la fase inicial de la entrevista se pasará a **la fase intermedia**, donde entre otros aspectos, se explorará el estado emocional del menor, así como la posible existencia de riesgo suicida. A este respecto, se valorará la ideación suicida, la frecuencia e intensidad de la misma, el grado de sistemati-

zación y planificación, la metodología valorada y la determinación para ejecutar el acto suicida.

En el caso de identificarse riesgo suicida leve-moderado, es decir ideas suicidas ligera o moderadamente estructuradas y con baja determinación suicida, se le comunicará a la familia del menor la situación y se realizará una derivación preferente a la red de salud mental. Nos aseguraremos de mantener un contacto estrecho con el menor hasta que sea valorado por un especialista en salud mental. En el caso de identificar riesgo alto de suicidio, ideas suicidas sistematizadas claramente y determinación para llevar a cabo el acto suicida, se contactará con la familia y los servicios de urgencias sanitarias. **En la fase final** de la entrevista, se acordará con el alumno el plan de actuación buscando en todo momento su colaboración y se le explicará los pasos a seguir a corto y medio plazo. Resulta idóneo permanecer disponible a las necesidades que presente el alumno y la familia.

Tras la derivación a los servicios especializados y el establecimiento del plan de intervención oportuno desde los mismos, se realizará el seguimiento del caso en coordinación con la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

CONSIDERACIONES FINALES

La crisis sanitaria, el aislamiento social, la muerte inesperada y la recesión económica, que acompañan a la pandemia por COVID-19 están generando un empeoramiento de los problemas de salud psicológica. Todos somos vulnerables a la patología mental, tomar conciencia de esta realidad y prepararnos ante ella nos ayuda a afrontarla y superarla. El contexto educativo resulta un lugar privilegiado para dotar de recursos psicológicos a los más jóvenes y sobre todo a los más vulnerables.

Todos los que trabajamos con menores tenemos la responsabilidad de cuidarlos, y para hacerlo bien, primero tenemos que cuidar de nuestro propio bienestar. En el caso de que no nos encontremos bien es indispensable que demandemos ayuda ya que nuestros recursos no son ilimitados.

Mantener una actitud comprometida y de esperanza ofreciendo nuestro conocimiento y soporte a las personas que lo necesitan nos ayuda a mantenernos firmes ante la adversidad. Escuchar, permanecer disponibles, tender la mano y conectar con el que sufre es indispensable para que nadie se quede atrás y prevenir la patología mental. La muerte por suicidio sigue su escalada ascendente año tras año, de momento no parecen encontrarse vacunas efectivas ante ella. Las familias que la sufren ven desgarrarse su vida en pedazos y presos del más absoluto silencio temen las miradas prejuiciosas de aquellos que no dicen nada y actúan como si nada pasara. Esta actitud duele tanto.

Visibilizar esta realidad es una manera de prevenirla y de ayudar a todas las personas que sufren a causa de una muerte por suicidio.

Que esta pandemia y la muerte de tantos haya servido para algo.

“*Que así sea y en paz descansen todos ellos*”. B. Gutiérrez.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baum, H. (2003). *¿Está la abuelita en el cielo? Como tratar la ausencia y la tristeza con los niños*. Barcelona: Oniro.
- Cid, L. (2011). *Explicame qué ha pasado. Guía para ayudar a los adultos para hablar de la muerte y el duelo con los niños*. Madrid: Fundación Mario Lo-santos del Campo.
- Dumon, E. y Gwendolyn, P. (2014). *Directrices de actuación para la Prevención, Intervención y Postvención del suicidio en el entorno escolar*. Proyecto Euregenas: Universidad de Gante.
- Fonseca-Pedrero, E. y Díez, A. (2018). Conducta suicida y juventud: pautas de prevención para familias y centros educativos. *INJUVE*, 120, 35-46.
- Fonseca-Pedrero, E., Díez, A., Pérez, A., Inchausti, F., Enesco, A. y Pérez, M. (2019). Prevención del suicidio en los centros educativos. En B. Lucas y M. Giménez-Dasí (Eds.). *Promoción de la salud a través de programas de intervención en contexto educativo* (pp. 157-184). Pirámide.
- Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (2020). *Informe de Salud Mental en la Infancia y la Adolescencia en la era del COVID-19*.
- Gutiérrez, B. (2013). *Martina la última Estrella*. Pamplona: Fundación Argibide.
- Kawohl, W. y Nordt, C. (2020). COVID-19, unemployment, and suicide. *Lancet Psychiatry*, 7(5), 389-390.
- Kübler-Ross, E. (2009). *Los niños y la muerte*. Barcelona: Luciérnaga.
- Neimeyer, R. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- Pérez, A., Díez, A., Fonseca-Pedrero, E. y Lucas, B. (2020). *Prevención del riesgo suicida en el ámbito educativo*. Focad.
- Poch, C. y Herrero, O. (2003). *La muerte y el duelo en el contexto educativo. Reflexiones, testimonios y actividades*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Poch, C. (2005). *Catorce cartas a la muerte (sin respuesta)*. Barcelona: Paidós.
- Worden, J.W. (2008). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.