

Escala: El Suicidio para ayudar a orientadores a evaluar este riesgo en estudiantes mexicanos

Gerald A. Juhnke, Sara Inés Calderón, Elias Zambrano,
Gerald B. Juhnke, Rosa Aguirre de Parachou¹

Resumen: La frase mnemotécnica El Suicidio y la Escala para la evaluación del mismo fueron creadas con base en 10 factores riesgos para estudiantes mexicanos identificados en la literatura académica. Esta escala no está basada en teoría, pero se puede utilizar para evaluar riesgos inmediatos del suicidio para estudiantes, ayudar a los orientadores educativos a acordarse de los factores riesgos y asistir con recomendaciones clínicas generales. Palabras Clave: Evaluación, Orientadores Educativos, Suicidio.

Abstract: The Spanish mnemonic El Suicidio and the El Suicidio Suicide Assessment Scale are founded upon 10 literature-identified suicide risk factors specific to Mexican school students. This atheoretical mnemonic and Scale can be used to assess immediate student suicide risk, aid counselor suicide risk factor memory, and provide general clinical recommendation. Search Related Terms: Assessment, School Counselors, Suicide.

Sumário: O método mnemônico espanhol EL SUICIDIO e a Escala de Avaliação de Suicídio EL SUICIDIO se baseiam em dez fatores de risco de suicídio registrados na literatura especificamente para estudantes mexicanos. Este método mnemônico ateuórico e a escala podem ser utilizados para avaliar o risco imediato de suicídio do estudante, para auxiliar o conselheiro quanto ao histórico do fator de risco de suicídio e para fornecer a indicação clínica geral. Palavras-Chave Relacionadas: Avaliação, Conselheiros escolares, Suicídio.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reportó en 2008 que 4,681 mexicanos se quitaron la vida y, de estas víctimas, la mayoría, 3,817 eran hombres y 864 eran mujeres. Estas cifras confirman un fenómeno creciente de suicidios en México durante las últimas décadas que ha afectado desproporcionadamente a los jóvenes entre los 15 y 34 años (INEGI, 2008). La mortalidad por suicidio ha crecido constantemente durante los últimos 40 años (Benjet, Borges, Medina-Mora, & Orozco 2010). Para mexicanos entre 15 y 29 años de edad el suicidio es la cuarta causa de muerte, la segunda para mexicanos entre 10 y 19 años, la novena para mexicanos entre 15 y 64 años y la tercera causa de la muerte para mexicanas entre 15 y 19 años de edad (Chávez-de Sánchez, Chávez-Hernández, Leenaars, & Leenaars, 2009). Es decir, cada semana por lo menos 25 jóvenes mexicanos entre 15 y 24 años se suicidan (INEGI, 2008). Benjet y otros (2010) reportaron que en 1970 hubo 554 muertes a causa del suicidio en todo México,

esta cifra subió a 2,603 en 1994 y en el 2008 este número sigue creciendo, ¿cuántos más mexicanos van a pasar por lo mismo en el futuro? Es una pregunta importante dado los datos anteriores.

Sin embargo, la verdadera cantidad de suicidios reportados no es correcta. Esto se debe a que muchos de los suicidios se identifican erróneamente como accidentes (por ejemplo: ahogados, caídas, accidentes en bicicleta, muerte al limpiar un arma, etcétera) o engaño al reportar la muerte para proteger a sus amados de la pena emocional o humillación de admitir que su familiar murió intencionalmente. Adicionalmente, los casos en que se atentó suicidio, no los cuentan. Estos datos, según anticipan los expertos, son en cantidad mayor que los suicidios actuales. Por ejemplo, el renombrado doctor Paul Granello, de la Universidad de Ohio, cree que por cada suicidio que se lleva a cabo es probable que se hayan atentado entre siete y 20 veces (comunicación personal, octubre 22, 2010).

La evaluación clínica hecha cara a cara se ha identificado, por mucho tiempo, como una herramienta muy importante y útil clínicamente por orientadores educativos que tratan clientes y las inquietudes

1. Gerald A. Juhnke, Ed.D., LPC, NCC, MAC, LCAS, ACS. Profesor y Coordinador del Programa Doctoral. Universidad de Texas en San Antonio; Sara Inés Calderón, BA. Estudiante de Maestría de Consejería. Universidad de Texas en San Antonio; Elias Zambrano, Ph.D., LPC, CSC. Profesor Universidad de Texas en San Antonio; Gerald B. Juhnke. Estudiante; Rosa Aguirre de Parachou. Traductora Jubilada.
Elias Zambrano Elias.Zambrano@utsa.edu
Gerald.Juhnke@utsa.edu

psicológicos que presentan (Vacc & Juhnke, 1997). Dentro de la literatura académica hay tres obras elementales para los profesionales determinando el riesgo de suicidio, estos enfatizan las evaluaciones clínicas de suicidio específicamente hechas cara a cara y el uso de mnemotécnicas. Primero, Burstein, Adams y Giffen (1973) notaron que los psicólogos que han sido entrenados en evaluaciones clínicas cara a cara eran muy superiores al diferenciar entre las personas de alto riesgo de suicidio, necesitando hospitalización inmediata, en comparación con otros que, aunque hayan reportado ideas suicidas, no necesitaban hospitalización inmediata. Segundo, Patterson y otros (1983) crearon la mnemotécnica SAD PERSONS (personas tristes) y descubrió que los estudiantes de psiquiatría entrenados en esta escala eran más capaces de diferenciar entre clientes de alto y bajo riesgo. Esto indica la utilidad clínica de las entrevistas cara a cara y el uso de la mnemotécnica SAD PERSONS para determinar el riesgo de suicidio; además, Juhnke (1994) y Juhnke y Hovestadt (1995) demostraron que la asesoría en las instrucciones de la escala SAD PERSONS y su evaluación, incrementaron ambas el conocimiento y la memoria de los factores de riesgo y ayudó a los futuros orientadores a diferenciar con éxito entre clientes de alto y bajo riesgo. La tercera obra elemental dentro de la literatura (Juhnke, 1996) es específica a la mnemotécnica para la evaluación del riesgo del suicidio para estudiantes.

La investigación de Juhnke demostró que los orientadores educativos entrenados en el uso de su escala para la evaluación sobre el suicidio de estudiantes, Adapted-SAD PERSONS (escala personas tristes adaptada), aumentaron su conocimiento y memoria de los factores de alto riesgo relevantes a estudiantes y más exactamente evaluaron el grado de riesgo y peligro que los que no tuvieron este entrenamiento. De interés es que el uso de la evaluación cara a cara, entrevistas clínicas y mnemotécnicas continúan siendo promovidas en la literatura hasta hoy (Granello & Granello, 2007; Granello & Juhnke, 2009; Juhnke, Haag Granello, & Granello, 2010; Juhnke, Granello, & Lebron-Striker, 2007). Lamentablemente, a pesar de la utilidad demostrada en combinar entrevistas clínicas cara a cara con mnemotécnicas para estimular la memoria de los orientadores educativos acerca de los factores de riesgo de suicidio significativos, y la habilidad de realzar la diferencia entre clientes con alto y bajo riesgo de suicidio, no existe una mnemotécnica de suicidio en español específicamente para estudiantes mexicanos. Con la intención de llenar esta necesidad, los autores crearon la mnemotécnica EL SUICIDIO y la escala correspondiente.

LA ESCALA EL SUICIDIO PARA LA EVALUACIÓN DEL MISMO

La Escala y la mnemotécnica EL SUICIDIO están basados en 10 factores de riesgo específicos entre estudiantes de descendencia mexicana. La escala no tiene raíces teóricas y se puede utilizar para evaluar inmediatamente los factores riesgos de suicidio, recordar con claridad los factores clave de los riesgos mayores de suicidio entre estudiantes y proporcionar intervención clínica general en todo lo que concierne al bienestar del estudiante. Estos factores mayores de riesgo se indican a continuación:

EL PLAN

Cualquier estudiante que informe de un plan de quitarse la vida corre un riesgo significativo, Benjet, Borges, Medina-Mora, & Orozco (2010) reportan que estos planes corresponden con el suicidio.

LA EDAD

Las tasas de suicidio entre los adolescentes mayores son significativamente más altos que para los estudiantes de escuela elemental. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2008). Los adolescentes mayores típicamente han aumentado su conocimiento de métodos de suicidio letales y tienen mejor acceso a ellos. Por lo mismo, estudiantes de 15 años o más corren un riesgo mayor para suicidio que estudiantes más jóvenes.

SEXO

Los hombres típicamente utilizan métodos de suicidio más letales en México que las mujeres, y por lo mismo tienen más altas tasas de suicidio (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2008). Consecuentemente, en esta escala los hombres se identifican con un riesgo más alto.

ULTRAJE SEXUAL

Debido a que las personas en México que experimentan violencia sexual (por ejemplo, la violación) corren un riesgo mayor de problemas de la salud mental (por ejemplo, la depresión) y viven sin esperanza de poder escapar jamás la repetición de este ultraje, se observan con un riesgo de suicidio mayor dentro de esta escala (Forteza, Quezadas, & Tapia, 2008; México, el suicidio juvenil es la tercera causa de muerte en los jóvenes, septiembre 9, 2009).

INTENTOS PREVIOS

Ha sido reconocido por largo tiempo dentro de la literatura académica sobre el suicidio que estudiantes que han intentado anteriormente el suicidio corren un riesgo mayor de quitarse la vida. Esto se nota dentro de la literatura mexicana (Benjet, Borges, Medina-Mora, & Orozco, 2010) y estadounidense (Juhnke, Haag-Granello, & Granello, 2010).

COMPRESIÓN DE RECHAZO

Aquellos estudiantes que experimentan o perciben el rechazo pueden sentir aislamiento o desánimo resultando en depresión. Chaves-de Sanchez, Chavez-Hernandez, Leenaars, & Leenaars (2009) indican que las tasas de suicidio aumentan para los mexicanos que experimentan rechazo.

INCAPACIDAD DE ADAPTACIÓN

El no poder ajustarse adecuadamente a las circunstancias presentes o cambios en las relaciones interpersonales, de trabajo, salud, académica, social u otra parte de su vida aumenta el riesgo para el suicidio o el daño personal (Chaves-de Sanchez, Chavez-Hernandez, Leenaars, & Leenaars, 2009).

DOLOR PSICOLÓGICO

Existe una alta relación entre el dolor psicológico (por ejemplo, depresión, ansiedad, etcétera) y el suicidio, además la comorbosidad de los dos parece ser más fuerte entre los mexicanos (Benjet, Borges, Medina-Mora, & Orozco, 2010; Forteza, Quezadas, Tapia [2008]).

Influencia de alcohol y drogas

Existe una alta relación entre el uso de alcohol, drogas y el suicidio (Benjet, Borges, Medina-Mora, & Orozco, 2010; Forteza, Quezadas, & Tapia, 2008). Por lo mismo, estudiantes abusando de drogas y alcohol corren mayor riesgo de suicidio que los que no.

OBSTÁCULOS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES

La angustia que resulta de problemas con las relaciones interpersonales está correlacionada con el suicidio. Forteza, Quezadas y Tapia (2008) señalan que los mexicanos que experimentaron la soledad o tristeza, o reportaron problemas con la familia, amistades o parejas estaban más dispuestos al suicidio. Por lo tanto, las personas que reportan problemas con las relaciones interpersonales se identifican más al riesgo para el suicidio.

GUÍAS PARA CALIFICAR E INTERVENIR

Cada uno de los factores de riesgo enumerados anteriormente, excepto Sexo, reciben una calificación entre 0 (ausencia completa de factor de riesgo) y 10 (manifestación significativa del factor de riesgo). El factor riesgo de Sexo implica que los hombres reciben 10 puntos y mujeres 0. Las normas propuestas para la intervención se basan en el número total de puntos recibidos, los cuales pueden ir de 0 a 100.

CALIFICACIONES 0 A 29

Los estudiantes con grados entre 0 y 29 corren bajo riesgo no inmediato y deberían ser animados a participar en servicios de orientación. Visitas subsiguientes del orientador

educativo pueden usarse para monitorear la condición inmediata y asegurar que se provea servicio si hay algún cambio en la condición del estudiante. Es de suprema importancia que se le de al estudiante una tarjeta con el teléfono de emergencia a donde puede comunicarse en caso de crisis con acceso las 24 horas al día. Además, un contrato a no cometer suicidio también puede ser muy útil. Con un contrato así, los estudiantes prometen al orientador o a miembros de su familia indicándoles que llamarán a la línea de emergencia en caso de sentirse desesperados o con intenciones de hacerse daño a sí mismos. Sin embargo, un contrato (de no cometer suicidio) no hará al estudiante desistir de quitarse la vida y debería utilizarse sólo cuando el estudiante no está en riesgo inmediato.

CALIFICACIONES 30 A 49

Aquellos estudiantes con riesgo notable y que se han calificado con 30 a 49 puntos deberán ser animados con firmeza a recibir servicios de orientación y seguimiento muy de cerca. Aparte de dar a estos estudiantes el teléfono de emergencia y asegurarse de tener un contrato de no cometer suicidio, los orientadores educativos deben informar a los padres o guardianes legales. Los orientadores educativos tienen la obligación de informar a los padres o guardianes legales cuando el joven se le considera estar en peligro potencial a sí mismo(a). Una evaluación de suicidio debe llevarse a cabo en cualquier tiempo que el estudiante mencione su intención de cometer suicidio. Un intento potencial de suicidio suele manifestarse de varias maneras. Por ejemplo, el estudiante puede hacer un comentario (como: "Esta noche me voy a matar con la pistola de mi papá.") a un maestro u orientador. O el estudiante puede indicar un intento de suicidio en forma escrita (e.g., en asignaturas, tareas o en un diario personal). Dibujo de un joven demostrando una conducta suicida (como echarse gasolina encima) o juego sugerente de conductas suicidas amerita investigación adicional y puede justificar la comunicación con los padres o guardianes legales.

CALIFICACIONES 50 A 69

Los estudiantes que reciban entre 50 y 69 puntos deberán considerarse candidatos para la hospitalización y su consecuente evaluación. Esto depende de la confianza del orientador en los padres y el estudiante en cumplir las recomendaciones de la orientación comprensiva (por ejemplo, terapia individual o familiar, y ayuda con el abuso de alcohol y drogas). Si el estudiante y su familia apoyan totalmente las recomendaciones de tratamiento comprensivo, y si la hospitalización no se considera necesaria, un grupo interdisciplinario

escolar deberá movilizarse para desarrollar una red de apoyo, académica y social. Las autoridades deberían notificarse si se sospecha de abuso o negligencia.

CALIFICACIONES 70 O MÁS

Calificaciones de 70 puntos o más sugieren desorden significativo en el ambiente, además de estrés emocional. Estos estudiantes corren alto riesgo de suicidio y sin intervención directa no podrán funcionar adecuadamente. Aquellos que sobrepasan el extremo final de puntos de riesgo mencionados justifican la hospitalización inmediata. Se debe notificar a los padres y una evaluación para hospitalización debe conducirse. Si se considera que el estudiante está en peligro de hacerse daño y si los padres no estarían dispuestos a protegerlo apropiadamente (por ejemplo: buscar una evaluación para hospitalización) las autoridades pertinentes deben de ser notificadas. Un ambiente seguro debe conseguirse hasta que pase la crisis inmediata.

LIMITACIONES

Asesorar el suicidio es, bajo las mejores circunstancias, una ciencia incierta. No es posible identificar en un cien por ciento quienes realmente cometerán el suicidio y los que no lo harán. Es difícil distinguir entre personas con intenciones suicidas, las cuales pueden cambiar de día a día. Así el propósito de utilizar La Escala EL SUICIDIO, su asesoría y las guías es diseñada para situaciones generales, no para clientes particulares ni para líneas de acción específicas. Es imperativo que cuando se está aconsejando a un estudiante que pueda ser un potencial suicida, que se consulte a un grupo de expertos con experiencia que estén familiarizados con el caso y las circunstancias alrededor del estudiante y su situación determinada. La consulta con abogados, directores de escuela y sus propios supervisores es imperativa. La Escala y las guías propuestas deben de ser cambiadas de acuerdo con el juicio clínico del orientador.

Los estudiantes que presentan uno sólo de los factores de riesgo siguientes requerirán consulta inmediata y no deberían dejarlos que estén solos: (a) dolor psicológico (la depresión o el trastorno emocional, por ejemplo), (b) el abuso de alcohol o drogas, (c) intentos previos de suicidio (especialmente atentados serios o recientes), (d) un plan organizado de suicidio, o (e) violencia sexual. Además, cualquier estudiante que reporte o experimente pensamientos irracionales o psicosis debe recibir una evaluación psiquiátrica inmediatamente y no debe estar solo.

CONCLUSIÓN

El suicidio es un verdadero peligro para los estudiantes mexicanos. Los orientadores dentro de los sistemas educativos requieren entrenamiento en las intervenciones necesarias para asegurar el bienestar de los estudiantes. La

Escala EL SUICIDIO es una herramienta accesible para los orientadores educativos tal como una guía mnemotécnica y también como un indicador general para los estudiantes con diferentes niveles de riesgo para el suicidio. Utilizando la Escala con sinceridad y respeto los orientadores educativos podrán asegurar que estudiantes mexicanos y sus familias tengan el cuidado necesario para prevenir el suicidio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., & Orozco, R., (2010). *Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual*. Salud Pública de México, 52(4), 292-304.
- Burstein, A. G., Adams, R. L., & Giffen, M. B. (1973). *Assessment of suicidal risk by psychology and psychiatry trainees*. Archives of General Psychiatry, 29(6), 792-793.
- Chávez-de Sánchez, M. I., Chávez-Hernández, A. M., Leenaars, A. A. & Leenaars, L., (2009). *Suicide notes from Mexico and the United States: a thematic analysis*. Salud Pública de México, 51(4), 314-320.
- Granello, P. F., & Juhnke, G. A., (2009). *Case studies in suicide: Experiences of mental health professionals*. Upper Saddle River, NJ: Merrill-Pearson.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (2008). *Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos, 2008*. Obtenida de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/biblioteca/default.asp?accion=2&upc=702825001874&seccionB=bd
- Juhnke, G. A., (1996). *The Adapted SAD PERSONS: A suicide assessment scale designed for use with children*. Elementary School Guidance & Counseling, 30, 252-258.
- Juhnke, G. A., & Hovestadt, A. J., (1995). *Using the SAD PERSONS Scale to promote supervisee suicide assessment knowledge*. The Clinical Supervisor, 13, 31-40.
- Juhnke, G. A., (1994). *Teaching suicide risk assessment to counselor education students*. Counselor Education and Supervision, 34, 52-57.
- Juhnke, G. A., Granello, D., & Granello, P. F. *Suicide, self-injury, and violence in the schools: Assessment, prevention, and intervention strategies*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, Inc.
- Juhnke, G. A., Granello, P. F., & Lebron-Striker, M. (2007). *IS PATH WARM? A suicide assessment mnemonic for counselors*. ACA Professional Counseling Digest. Obtenido de <http://www.counseling.org/Resources/Library/ACA%20Digests/ACAPCD-03.pdf>
- Patterson, W. M., Dohn, H. H., Bird, J., & Patterson, G. A., (1983). *Evaluation of suicidal patients: The SAD PERSONS scale*.