

Factores clínicos y sociales asociados con el parasuicidio y con el suicidio consumado*

Graciela Terroba G.**
Arturo Heman**
Ma. Teresa Saltijeral M.**
Patricia Martínez Lanz**

Summary

This work compares the demographic and clinical characteristics of three populations with suicidal behavior. The clinical aspects were determined according to the severity and lethality of the suicidal act, and the presence or absence of anxiety and the depressive symptoms were evaluated.

These samples included people of different socioeconomic level. The sample of those that committed suicide ($n = 80$) was obtained from the Forensic Medical Service. Information regarding these cases was provided by a close relative of the suicide through the psychological "autopsy". The second sample was formed by patients of medium-high and high socioeconomic level, who after trying to commit suicide ($n = 80$) were taken to the emergency department of two private hospitals of Mexico City. The psychiatric evaluation of these cases was made 72 hours after arriving to the hospital. The third sample included parasuicidal patients ($n = 70$) of medium-low and low socioeconomic level, who were taken to different emergency hospitals in the Federal District. The interview and the evaluation of these patients was made at their homes when they were discharged.

The instruments used were:

1. A sociodemographic questionnaire.
2. The Automeasuring Depression Scale.
3. The Anxiety Treat -State Inventory.
4. The Risk Rescue Scale.
5. The Suicidal Severity Evaluation Scale.

The results obtained through the various instruments show that in the parasuicidal group women were the most affected. They generally used toxic substances and psychodrugs. Most of them intended to commit suicide because of familiar and affective problems.

In the sample of committed suicides men were the most affected because they used more violent methods, such as hanging and shooting themselves. They usually committed suicide due to problems with their sexual partner or because of mental illness.

As for the clinical aspects, the evaluation made through the Zung Scale did not show significant differences in any of the parasuicidal groups. The evaluation of anxiety through IDARE showed that women from a medium-high and high socioeconomic level were extremely anxious, in contrast with women of medium-low and low socioeconomic level.

As for the lethality of the act, the injuries in women were minimal.

No significant differences were found regarding the severity of the act in any of the parasuicides, however in those that committed suicide the maximum severity was found.

By means of the factorial analysis, three dimensions of the scale were obtained, conceptualized as: precautions taken for

not being found; legacy of their property and posthumous communication, as well as behavioral and verbal notification of their suicidal intent. The factorial structure of the scale among those that committed suicide and in the group of parasuicides did not show significant conceptual changes, thus indicating that it is a valid instrument for obtaining the degree of risk in these two populations.

Resumen

En el presente trabajo se comparan las características demográficas y clínicas de tres poblaciones que han presentado conductas suicidas. Los aspectos clínicos se determinaron a través de la severidad y de la letalidad de la acción suicida, y se evaluó la presencia o la ausencia de ansiedad y de síntomas depresivos. Las muestras estudiadas están integradas por individuos de diferentes niveles socioeconómicos. La muestra de suicidio consumado ($n = 80$) se obtuvo del Servicio Médico Forense. La información acerca de los casos que la integran fue proporcionada por un familiar cercano del suicida a través del método de la "autopsia" psicológica. La segunda muestra se formó con pacientes de un nivel socioeconómico medio-alto y alto que después de haber intentado suicidarse ($n = 80$), acudieron al Servicio de Urgencias de dos hospitales privados de la Ciudad de México. La evaluación psiquiátrica de estos casos se llevó a cabo 72 horas después de haber ingresado al hospital. La tercera muestra se formó con pacientes parasuicidas ($n = 70$) de nivel socioeconómico medio-bajo y bajo, que acudieron a solicitar atención médica a los diferentes hospitales de urgencias del Distrito Federal. La entrevista y la evaluación de estos pacientes se realizó en sus hogares después de haber sido dados de alta.

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

1. Un cuestionario sociodemográfico.
2. La Escala de Automedición de la Depresión (EAMD).
3. El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).
4. La Escala de Riesgo-Rescate.
5. La Escala de Evaluación de la Severidad Suicida.

Los resultados obtenidos con los diferentes instrumentos nos muestran que del grupo de parasuicidas, las mujeres son las más afectadas. Generalmente emplean sustancias tóxicas y psicofármacos. Con respecto a los motivos por los que intentaron suicidarse, destacan los problemas familiares y afectivos.

En la muestra de suicidios consumados los hombres fueron los más afectados debido a que recurrieron a métodos más violentos, como son: el ahorcamiento y el arma de fuego. Los motivos que tuvieron para suicidarse fueron los problemas con su pareja y la enfermedad mental.

En relación con los aspectos clínicos, la evaluación hecha mediante la escala de Zung no mostró diferencias significativas en ninguno de los grupos de parasuicidas. La evaluación de la ansiedad a través del IDARE permitió observar que el grupo de mujeres de nivel socioeconómico medio-alto y alto, presentaba un estado de ansiedad extrema, difiriendo significativamente de aquellas de nivel socioeconómico medio-bajo y bajo.

En cuanto a la letalidad del acto, el grado de lesión infligida en el grupo de mujeres correspondió al mínimo.

En relación con la severidad del acto, no se encontraron

*Trabajo que se presentó en la II Reunión de Investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría, octubre/noviembre, 1984.
**Investigadores de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco, 101. Col. San Lorenzo Huipulco, 14370 México, D.F.

diferencias significativas en ninguno de los grupos de parasuicidas, sin embargo se alcanzó la máxima severidad en los suicidios consumados.

Por medio de un análisis factorial se pudieron obtener tres dimensiones de la escala, que fueron conceptualizadas como: precauciones para no ser descubierto, disposición de los bienes y comunicación póstuma, así como notificación conductual y verbal del acto. La estructura factorial de la escala en el grupo de suicidios consumados y en el grupo de parasuicidios, no presentó cambios conceptuales significativos, lo que indica que es un instrumento válido para saber el riesgo que corren estas dos poblaciones.

Introducción

Desde el punto de vista clínico es importante establecer un diagnóstico antes de hacer cualquier recomendación terapéutica. En las urgencias esto no es siempre posible por la premura con que deben tomarse las decisiones y porque un suicidio puede ser la manifestación de algún trastorno psiquiátrico, lo cual les dificulta a los clínicos que atienden este tipo de urgencias (3, 6) emitir un diagnóstico inicial al hacer la evaluación médica de un paciente. Es de suma importancia tomar en consideración los diversos problemas psicosociales y psiquiátricos que implican un riesgo de suicidio severo.

Tomando en cuenta la etiología tan variada que está implicada en un intento de suicidio, las personas deben ser diagnosticadas de acuerdo a la severidad de la lesión, al apoyo que puedan tener, y a su apego a la vida. De ahí que una buena evaluación de la conducta suicida permita hacer una buena predicción del riesgo, por lo que es importante tomar en cuenta los factores demográficos y los aspectos clínicos asociados con ellos, que en forma conjunta permitan determinarlo.

Se sabe por la literatura que el perfil demográfico de las personas en las que hay riesgo elevado de suicidio incluye a individuos mayores de 45 años; varones; separados, viudos o divorciados, que vivan solos y que estén desempleados. Desde el punto de vista clínico debe considerarse como riesgosa la evidencia de intentos anteriores de suicidio, así como una historia psiquiátrica o problemas graves de salud (10).

Debe otorgársele especial importancia a los sentimientos de desesperanza, de inutilidad, a la presencia de un plan suicida detallado, a las pérdidas objetales recientes (en las 6 semanas anteriores), a las fantasías suicidas, al aislamiento social y a la incapacidad para aceptar ayuda.

En este artículo se presentan en forma comparativa los resultados de los aspectos demográficos y clínicos. Al decir clínicos nos referimos a la severidad y letalidad del intento de suicidio, así como a la presencia o a la ausencia de ansiedad y síntomas depresivos en tres poblaciones que han intentado suicidarse.

Material y Método

Poblaciones estudiadas.

La información acerca de los 80 suicidios consumados se obtuvo de una muestra del Servicio Médico Forense. Se seleccionó a un hombre de cada 3 y a una mujer de cada 2.

También se seleccionaron 108 suicidas que se redujeron a 80, pues en 28 casos no se pudo obtener información.

La información acerca de las 80 personas que intentaron suicidarse proviene de los registros de urgencias de los hospitales que enviaron a los pacientes al servicio médico de psiquiatría de dos hospitales privados de esta ciudad, a los cuales acuden personas de nivel socioeconómico medio-alto y alto. La evaluación de los pacientes se hizo 72 horas después de haber ingresado.

Los 70 pacientes de nivel socioeconómico medio-bajo y bajo que intentaron suicidarse fueron entrevistados en sus hogares una vez que habían sido dados de alta. Se seleccionaron las personas que intentaron suicidarse, registradas entre febrero y mayo de 1981, en diversos hospitales de urgencias del Distrito Federal: Xoco, Balbuena, Rubén Leñero y la Villa. Las características sociodemográficas de estas tres poblaciones se presentan en el cuadro 1.

En los grupos de parasuicidas, la información se obtuvo directamente de ellos mismos. Los instrumentos fueron aplicados por un grupo de psiquiatras y psicólogos, capacitados para manejarlos. En la muestra de suicidio consumado la información se obtuvo siguiendo el método de la "autopsia" psicológica, que se obtuvo entrevistando a un familiar cercano del suicida. Esta persona debía contestar un cuestionario cuya duración era aproximadamente de una hora. Por este método se obtuvo la confiabilidad y la validez de los instrumentos en un estudio piloto (8).

Material

Descripción de los instrumentos:

Los instrumentos que se utilizaron para obtener la información sociodemográfica y clínica, fueron los siguientes:

1. Un cuestionario con características sociodemográficas con el que se obtuvieron los siguientes datos: edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, número de veces que ha intentado suicidarse, método y causa o causas por las que intentó suicidarse.

2. La Escala de Automedición de la Depresión (EAMD) de Zung (12) que consta de 20 reactivos, cada uno con cuatro opciones de respuesta, que permitió obtener una evaluación de síntomas depresivos en los casos estudiados.

3. El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), que está integrado por cuarenta reactivos (7), con el que se midió la ansiedad-rasgo, que se refiere a la ansiedad como rasgo de carácter, y a la ansiedad-estado, que considera la ansiedad como una condición o estado emocional transitorio.

4. La Escala de Riesgo-Rescate (11), que permite obtener el grado de riesgo y la letalidad del intento suicida. El instrumento evalúa dos factores: el riesgo desde el punto de vista médico, y la posibilidad de rescate. En cada categoría se incluyen cinco alternativas y la combinación de ellas permite determinar el grado de letalidad del acto.

5. La Escala de Evaluación de la Severidad Suicida

Cuadro 1
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS
DE LAS MUESTRAS ESTUDIADAS

VARIABLES	Parasuicidas de nivel socio-económico medio alto y alto (n = 80)		Parasuicidas de nivel socio-económico medio bajo y bajo (n = 70)		Suicidios consumados (n = 80)	
	n	%	n	%	n	%
<i>Sexo</i>						
Femenino	62	77.5	43	61.4	38	41.25
Masculino	18	22.5	27	38.6	42	58.75
<i>Edad</i>						
14 a 19	19	23.75	17	24.2	14	17.50
20 a 29	18	22.50	15	21.4	27	34.75
30 a 39	19	23.75	16	22.8	15	18.75
40 a 59	15	18.75	14	20.0	15	18.75
60 a +	9	11.25	8	11.4	9	11.25
<i>Estado civil</i>						
Casado	32	40.0	30	42.9	35	43.75
Soltero	34	42.5	34	48.5	25	31.25
Unión Libre	—	—	—	—	9	11.25
Viudo	2	2.5	2	2.8	3	3.75
Divorciado o Separado	12	15.0	4	5.7	8	10.0
<i>Ocupación</i>						
Ocupados	35	43.75	44	62.8	50	62.50
Desocupados	45	56.25	26	37.1	30	37.50
<i>Escolaridad</i>						
Educación básica	10	12.50	13	18.6	34	42.50
Educación media	15	18.75	18	25.7	30	37.50
Ed. media super.	10	12.50	31	44.2	6	7.50
Educa. superior	45	56.25	8	11.4	10	12.50

de Beck (1). Esta Escala de 15 reactivos proporciona el grado de severidad del acto de acuerdo con dos aspectos: a) las "circunstancias en las que intentó suicidarse", que trata acerca de los hechos que prevalecieron durante el acto; y b) el "autoreporte", por el que se obtiene información acerca de los pensamientos y sentimientos del individuo en el momento en que intentaba suicidarse.

En esta Escala, que sirve para comparar los suicidios consumados con los intentos de suicidio, sólo se consideró la primera sección, que se refiere a las circunstancias en las que intentó suicidarse, y que incluye 9 reactivos, ya que era imposible obtener un "autoreporte" cuando se consumaba el suicidio.

Crterios de calificación de los instrumentos

Para evaluar las respuestas de la Escala de Severidad del acto suicida en forma comparativa, sólo se consideraron los 9 reactivos relacionados con las "circunstancias en que se llevó a cabo el acto". En este grupo el rango de calificación fluctuó de 0 a 18, mientras que en el grupo de parasuicidas la calificación fluctuó de 0 a 30. Los puntos de corte para determinar la severidad del intento de suicidio de cada uno de los sujetos, se realizaron a través del estadístico de percentiles. El corte se hizo específicamente en el percentil 33 y 66.

La severidad de los suicidios consumados se determi-

nó en forma equivalente, obteniéndose tres categorías de severidad en cada caso:

	Suicidios consumados	Intentos de Suicidio
Severidad mínima	0 – 4	0 – 6
Severidad moderada	5 – 10	7 – 16
Severidad máxima	11 – 18	17 – 30

Con respecto al Cuestionario de Riesgo-Rescate, los cortes se establecieron siguiendo el criterio del autor de acuerdo con las posibles combinaciones del riesgo médico y de la posibilidad de rescate, dentro de un puntaje continuo de 17 a 83. Las categorías quedaron de la siguiente manera:

- 17 – 29 Letalidad mínima.
- 33 – 44 Letalidad moderadamente baja.
- 50 – 63 Letalidad moderadamente alta.
- 66 – 83 Letalidad severa.

Las categorías establecidas indican que a mayor puntaje mayor letalidad del acto. Las categorías establecidas en la medición de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado fueron las siguientes:

- 20 – 40 Ansiedad normal.
- 41 – 60 Ansiedad intensa.
- 61 – 80 Ansiedad extrema.

En la Escala de Depresión, el índice (EAMD) fluctuó de 20 a 100. Los criterios de corte establecidos por Zung fueron los siguientes:

- 25 – 43 Normal.
- 63 – 90 Depresión severa.
- 50 – 78 Depresión moderada.
- 40 – 68 Reacción de ansiedad.
- 42 – 68 Trastornos de la personalidad.
- 38 – 68 Reacción de ajuste a situaciones transitorias.

Resultados

Factores sociodemográficos relacionados con el parasuicidio y el suicidio consumado.

En cuanto a los factores relacionados con el intento de suicidio y con el suicidio consumado, se encontró que en el grupo de parasuicidas frecuentemente fueron las mujeres las más afectadas (60%), sobre todo debido a intoxicación con psicofármacos o a envenenamiento con sustancias tóxicas (64%). Los problemas familiares y afectivos (64%) fueron las causas de mayor peso. Más del 40% de ambos grupos de parasuicidas ya había intentado suicidarse.

En la muestra de suicidios consumados se observó que los hombres habían recurrido a los métodos más violentos, como el ahorcamiento (59.5%) y el arma de fuego (28.5%). Aparentemente, los motivos fueron los problemas de pareja (22.5%), la enfermedad mental (15%) y las enfermedades graves (12.5%). Más de una cuarta parte de los casos (38.7%) de este grupo había intentado suicidarse por lo menos una vez antes de lograrlo, lo que demuestra que en las personas que ya han intentado suicidarse, el riesgo es mayor.

Factores clínicos asociados con el acto suicida

En cuanto a los aspectos clínicos se encontró que:

En las diferentes categorías diagnósticas de depresión de Zung, no hubo diferencias significativas en ninguno de los dos grupos de parasuicidas (Cuadro 2).

En la evaluación de la ansiedad a través del IDARE, las diferencias que se encontraron en ambos grupos de parasuicidas son las siguientes: las mujeres fueron las más afectadas, caracterizándose por presentar la ansiedad como estado intenso, sin embargo, las mujeres de nivel socioeconómico medio-alto y alto (78.4%) que presentaban la ansiedad como estado extremo, difirieron significativamente de las de nivel socioeconómico medio-bajo y bajo ($X^2 = 9.4 p \leq .05$) (Cuadro 3). Así mismo, las mujeres de este mismo nivel socioeconómico difirieron en forma significativa de las de nivel más bajo en cuanto a la normalidad de la ansiedad como rasgo ($X^2 = 4.0 p \leq .05$), siendo las primeras las que manifestaron mayor normalidad en la ansiedad-rasgo. Los hombres de ambos grupos no manifestaron diferencias significativas en ninguno de los niveles de ansiedad estado-rasgo; sin embargo, los varones de nivel socioeconómico medio-bajo y bajo mostraron una ansiedad elevada de rasgo y estado.

En cuanto a los diferentes niveles de letalidad obtenidos por la Escala de Riesgo-Rescate en ambos grupos de parasuicidas, se encontró que las mujeres que intentaron suicidarse con una letalidad mínima, difirieron significativamente ($X^2 = 7.6 p \leq .05$) en ambos grupos (Cuadro 4).

En relación con la severidad del acto, se encontró que no hubo diferencias significativas en la severidad en ninguno de los dos grupos de parasuicidas; sin embargo, como era de esperarse, sí se encontraron diferencias entre el grupo de suicidios consumados y

Cuadro 2

EVALUACION DE ESTADOS DEPRESIVOS EN DOS GRUPOS DE PARASUICIDAS A TRAVÉS DEL INVENTARIO DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION DE ZUNG

DIAGNOSTICO DE LOS GRUPOS	Indice EAMD	Parasuicidio en el nivel socioeconómico medio alto y alto (n = 80)		Parasuicidio en el nivel socioeconómico medio bajo y bajo (n = 70)		TOTAL N
		n	%	n	%	
NORMALES	25-43	5	25	15	75	20
DEPRESION SEVERA (Hospitalización)	63-90	34	68	16	32	50
DEPRESION MODERADA (Ambulatorios)	50-78	55	55	45	45	100
REACCION DE ANSIEDAD	40-68	48	48.9	50	51	98
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	42-68	45	50	45	50	90
REACCION DE AJUSTE A SITUACIONES TRANSITORIAS	34-68	52	49.5	53	50.5	105

*No se determinaron diferencias significativas a través de X^2 en las categorías de ambos grupos

Cuadro 3

EVALUACION DE LA ANSIEDAD EN DOS GRUPOS DE PARASUCIDAS A TRAVES DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO ESTADO (IDARE)

	Parasuicidio en el nivel socioeconómico medio alto y alto (n = 80)					Parasuicidio en el nivel socioeconómico medio bajo y bajo (n = 70)				
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL
	n	%	n	%	N	n	%	n	%	N
ANSIEDAD-ESTADO										
Ansiedad normal (20-40)	—	—	—	—	—	4	36.4	7	63.6	11
Ansiedad intensa (41-60)	10	23.3	33	76.7	43	23	41.8	32	58.2	55
Ansiedad extrema (61-80)	8	21.6	29	78.4	37***	—	—	4	100.0	4
ANSIEDAD-RASGO										
Ansiedad normal (20-40)	5	22.7	17	77.3**	22*	2	33.3	4	66.6	6
Ansiedad intensa (41-60)	13	22.4	45	77.6	58	25	39.1	39	60.9	64
Ansiedad extrema (61-80)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

* $\leq .001$
 ** $p \leq .05$
 *** $\geq .001$

los dos grupos de parasuicidio, donde un porcentaje elevado (68.8%) de suicidios consumados cayó en la categoría de severidad máxima, y un porcentaje elevado de intento de suicidio cayó en la categoría de severidad mínima (cuadro 5).

Por otro lado, mediante un análisis factorial se pudieron obtener dimensiones diferentes a estos índices de severidad.

En el grupo de suicidios consumados se obtuvieron 3 dimensiones de la Escala que son:

Factor 1. Precauciones para no ser descubierto.
 Factor 2. Disposición de los bienes y comunicación póstuma.

Factor 3. Notificación conductual y verbal del acto.

Al comparar esta estructura factorial con la de los parasuicidas de nivel socioeconómico medio-alto y alto, se encontró que el Factor 1 de los suicidios consumados era igual al Factor 2 de los parasuicidios, a pesar de que el orden de los factores era diferente. Es interesante observar que son los mismos reactivos

Cuadro 4

EVALUACION DE LA LETALIDAD DEL ACTO EN DOS GRUPOS DE PARASUCIDAS A TRAVES DE LA ESCALA DE RIESGO-RESCATE

	Parasuicidios. Nivel socioeconómico medio alto y alto (n = 80)					Parasuicidios. Nivel socioeconómico medio bajo y bajo (n = 70)				
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL
	n	%	n	%	N	n	%	n	%	N
LETALIDAD MINIMA (17-29)	8	16	42*	84.0	50	7	35.0	13	65.0	20*
LETALIDAD MODERADAMENTE BAJA (33-44)	8	34.8	15	65.2	23	10	35.7	18	64.3	28
LETALIDAD MODERADAMENTE ALTA (50-63)	2	33.3	4	66.6	6	6	40.0	9	60.0	15
LETALIDAD SEVERA (66-83)	—	—	1	100.0	1	4	57.1	3	42.8	7

* $p \leq .05$

Cuadro 5

PUNTAJE DE LA SEVERIDAD DEL ACTO OBTENIDO A TRAVÉS DE LA ESCALA DE EVALUACIÓN DEL INTENTO DE BECK

	Parasuicidio en el nivel socioeconómico medio alto y alto (n = 80)		Parasuicidio en el nivel socioeconómico medio bajo y bajo (n = 70)		Suicidios consumados (n = 80)		TOTAL N
	n	%	n	%	n	%	
SEVERIDAD MINIMA	32*	65.3	15**	30.6	2	4.1	49
SEVERIDAD MODERADA	36	30.0	48	40.0	36	30.0	120
SEVERIDAD MAXIMA	12*	19.7	7**	11.5	42	68.8	61

* Diferencias significativas entre intentos N.S. medio alto y alto vs. suicidio consumado.

**Diferencias significativas entre intentos N.S. medio bajo y bajo vs. suicidio consumado.

} $p \leq .05$

los que se agrupan en "precauciones para no ser descubierto" en las dos poblaciones estudiadas.

La estructura de este factor coincide con la que Beck obtuvo en una de sus investigaciones de parasuicidios y suicidios consumados (2).

En el Factor 2 y 3 se observan ligeras variaciones en la estructura de ambos grupos, sobre todo con respecto a los reactivos, propósito del suicidio y comunicación inequívoca del suicidio; sin embargo, la conceptualización de ambos factores en los dos grupos no sufrió grandes cambios. Por otro lado, en el grupo de suicidios consumados con los tres factores, se explica el 61% de la varianza; mientras que en el grupo que intentó suicidarse, la varianza explicada es menor de 54%.

Comentarios

Los resultados clínicos obtenidos al comparar los parasuicidios entre sí y con los casos de suicidio consumado, determinan que la ansiedad como rasgo de personalidad en el momento de la entrevista fue un estado clínico característico, sobre todo, de las mujeres que intentaron suicidarse. Así mismo, a pesar de que se manifestaron variaciones en los estados depresivos de los dos grupos de parasuicidas estudiados, la depresión moderada y las reacciones transitorias de ajuste jugaron un papel importante.

El hecho de que en la mayoría de los parasuicidas la letalidad del intento suicida no haya rebasado los límites intermedios, indica que no estaban completamente convencidos de querer morir y, de acuerdo con Beck (2), podría pensarse que la manipulación fue el motivo subyacente que determinó que llevaran a cabo el acto suicida. Uno de los hallazgos de mayor relevancia fue

el hecho de que la severidad en la mayoría de los parasuicidas fue moderada, mientras que los suicidios consumados se llevaron a cabo en situaciones de máxima severidad. De este resultado podría desprenderse la consideración de que toda acción autodestructiva puede ubicarse dentro de un continuo, en cuyos extremos se localizan respectivamente el deseo de morir y el deseo de vivir, y en el que la diversidad de conductas autodestructivas ocupa un lugar intermedio (2).

Por otro lado, el hecho de que no se hubieran encontrado diferencias en las dimensiones de los factores de la Escala de Severidad del Acto en los suicidios consumados y en los parasuicidios, nos lleva a concluir que la Escala es un buen instrumento para evaluar el riesgo tanto en las poblaciones parasuicidas como en las de suicidio consumado a partir de las siguientes dimensiones: precauciones para no ser interferido, disposición de los bienes y comunicación póstuma, así como notificación y propósito del suicidio.

Finalmente, se sugiere que para mejorar la predicción y la evaluación del riesgo suicida, tanto en poblaciones hospitalizadas como en poblaciones generales, es necesario proseguir con la unificación de esfuerzos interdisciplinarios en el campo de la investigación y de la práctica clínica, sobre todo en la prevención y tratamiento de las diversas conductas autodestructivas ante las que continuamente se enfrentan los psicólogos y los psiquiatras en las urgencias psiquiátricas de la consulta externa y en los departamentos de urgencias de los hospitales generales. El primer paso para poder predecir y evaluar el riesgo es la implementación de instrumentos válidos y confiables que permitan al médico o a los paramédicos determinar el riesgo que corre el paciente, así como el tratamiento que deba dársele.

REFERENCIAS

1. BECK A T, SCHUYLER D, HERMAN I: Development of suicidal intent scales. En: *The Prediction of Suicide in Comp*, Beck Resnik and Lettieri: Ed. Charles Press, 45-56, 1974.
2. BECK A T, LESTER D: Components of suicidal intent in completed and attempted suicides. *J Psychol* 92, 35-38, 1976.
3. FREDERICK C: Current trends in suicidal behavior in the United States. *Amer J Psychother*, 32: 172-201, 1978.

4. HEMAN C A: Consideraciones metodológicas de la investigación sobre intento de suicidio. *Enseñanza e Investigación en Psicología* 95-106, 1981.
5. HEMAN C A: Deseo de morir y realidad del acto en sujetos con intento de suicidio. *Salud Pública de México* 26 (1): 39-49 enero-febrero, 1974.
6. MILES C P: Conditions predisposing to suicide: A review. *J Nerv Ment Dis* 164: 231-246, 1977.
7. SPIELBERGER C D, LUSHENE R E, McADDOW G: The State Trait Anxiety Inventory. Preliminary test Manual for Form X. Florida State Univ. Tallahassee, Florida, 1968.
8. TERROBA G G, SALTIERAL M T: La autopsia psicológica como método para el estudio del suicidio. *Salud Pública de México* 25 (3): 285-293 mayo-junio, 1983.
9. TERROBA G G, SALTIERAL M T, OROZCO F C, GUTIERREZ E: Factor Structure of a Scale for Assessing the Suicidal Act (En proceso de publicación).
10. TUCKMAN J, YOUNGMAN W F: A scale for assessing suicidal risk in attempted suicide. *J Clin Psychiat* 24: 17-19, 1968.
11. WEISMAN A, WORDEN J W: Risk-rescue rating in suicide assessment. En: *The Prediction of Suicide in Comp.* Beck, Resnik and Lettieri. Ed. Charles Press, 193-213, 1974.
12. ZUNG W W K: A Self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiat* 12: 63-70, 1965.