

VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS Y PSIQUIÁTRICAS DE LAS TENTATIVAS DE SUICIDIO ATENDIDAS EN UN HOSPITAL GENERAL

F. Rodríguez Pulido, C. De las Cuevas Castresana, M. Henry Benítez, J. Morilla Cantero, A. Frugoni Perdomo, V. Alamo y J. L. González de Rivera

Resumen

Uno de los principales problemas a resolver en la cuantificación de los intentos de suicidio está en la localización de unas fuentes de información adecuadas.

Durante el año 1988 fueron atendidas en el servicio de urgencias del Hospital Universitario de Canarias, 299 tentativas de suicidio, constituyendo el 13 % de las urgencias psiquiátricas asistidas. Sin embargo, este porcentaje está infraestimado.

El patrón epidemiológico del intento de autolisis encontrado se caracteriza por ser: mujer joven, con estudios primarios, residentes en zonas urbanas, que padece un trastorno distímico, e intento de autolisis anteriores, que vive una situación de dificultad de relación interpersonal y que utilizan de manera impulsiva los medicamentos para darse la muerte.

Palabras clave: Tentativas de suicidio, Hospital General, Epidemiología.

Abstract

One of the main problems related to suicide attempts quantification is disposing of a convenient information source.

During 1988 a total figure of 299 suicide attempts, where treated at the emergency department of the Hospital Universitario de Canarias, which corresponded to 13 % of the psychiatric emergencies treated.

The epidemiologic features of the suicide attempts are:

young women, with primary education, living in urban areas, having a disthymic disorder and previous suicide attempts, with difficulties in interpersonal relations who have used impulsively chemical substances.

Key words: Attempted suicide, emergency unit, epidemiology.

Introducción

Las conductas autodestructivas exigen hoy, la atención de los administradores de sanidad y de los investigadores de las Sociedades Europeas actuales. Hemos de tener en cuenta que el suicidio y los intentos de suicidio no son los únicos comportamientos auto-destructivos, sino que a los mismos hemos de añadir todas aquellas actitudes que conducen a una muerte lenta.

La literatura suicidológica, a partir de las diferencias demográficas, sociales y clínicas encontradas, sugiere que el suicidio y las tentativas de suicidio deberían considerarse separadamente (OMS, 1981). Sin embargo, es posible afrontar los actos suicidas como un todo dinámico, prescindiendo de su resultado (Stengel, 1965).

El estudio de los intentos de suicidio dista de ser simple, pues se complica, por ejemplo, con la aparición de otros conceptos, como el de parasuicidio (Kreitman et al, 1969); así con significativo incremento del número de casos, habiendo sido en ocasiones considerados una «epidemia» (Soubrier, 1984), que afecta a los adolescentes y a los adultos jóvenes (OMS, 1981); y de poca ayuda es la falta de conciencia psicológica de los médicos (Murphy, 1986). Además, sigue abierta la polémica de si los servicios de intervención deben situarse en unidades especiales o en salas de los hospitales generales (OMS,

Variables socio-demográficas y psiquiátricas de las tentativas de suicidio en un hospital general

1976), y persiste el problema metodológico de la evaluación de los modelos existentes (OMS, 1981). A todo esto hay que añadir las propias dificultades de obtener una información fidedigna, cuyos datos habría que obtener de los médicos y hospitales. (Shneidman y Farberow, 1969).

El problema es tan dramático que ni siquiera podemos responder la pregunta de si realmente estamos previniendo los suicidios, ya que la ausencia de suicidios no genera datos, y por la no existencia de unos predictores únicos (Murphy, 1984).

Teniendo todo esto en cuenta, creemos necesario el examinar de forma conjunta los datos sociológicos y los aspectos psiquiátricos de cada caso, ya que el verdadero problema es la relación que existe entre los factores clínicos y los factores sociales (OMS, 1976).

Material y método

El límite cronológico de nuestro trabajo hay que situarlo entre el 1 de enero de 1988 al 31 de diciembre de 1988. Se trata de una investigación epidemiológica de carácter retrospectivo cuya fuente de información es de carácter primario, del Registro de Urgencias del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias.

Analizamos las variables de carácter sociodemográfico y psiquiátrico más frecuentes en la literatura referente al suicidio. En este caso seguimos el modelo de García-Maciá et al (1984). Introducimos los datos en un ordenador Victor V 286 C y aplicamos el paquete estadístico SIGMA.

Resultados

De los 2.317 pacientes atendidos y considerados urgencias psiquiátricas durante el año 1988 en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias, 299, el 13 %, lo fueron por haber llevado a cabo tentativas de suicidio.

Las características demográficas son las siguientes:

– Sexo: Las mujeres, que registraron un 55.0 % de los casos, obtienen un predominio sobre el 45.0 de los varones, con una razón proporcional de 1.2/1, siendo sus diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$).

Sexo	N.º T	P (%)
Mujeres	166	55.0
Varones	133	45.0

Z = 3.2; $p < 0.001$

– Edad: La mayor proporción de casos se registra en los grupos de edad más jóvenes, estando el 76.1 % de los casos comprendidos en el grupo de edad de los 15 a los 34 años, siendo sus diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$) con el resto de los grupos de edad. El grupo de edad que representa más intentos de suicidio es el comprendido entre los 15-24 años, con un 39.7 % del total. A partir de los 35 años desciende el número de intentos de suicidio.

– Edad/Sexo: El predominio de las mujeres, con un 45.1 %, se registra en el grupo de edad de 15-24 años, mientras en los varones es en el grupo de edad de 24-35 años con un 40.6 %.

Grupos de edad	N.º T	P (%)
0-14	4	1.3
15-24	119	39.7
25-34	109	36.4
35-44	34	11.3
45-54	16	5.3
55-64	12	4.0
< 65	5	1.8

Z = 2.1; $p < 0.001$

Grupos de Edad	Varones		Mujeres	
	N.º T	P (%)	N.º T	P (%)
0-14	0	0.0	4	2.6
15-24	44	33.0	75	45.1
25-34	54	40.6	55	33.1
35-44	17	12.7	17	10.2
45-54	9	6.7	7	4.2
55-64	8	6.3	4	2.6
< 65	1	0.7	4	2.6

– Estado Civil: Los solteros registran el mayor porcentaje de la muestra, con un 48.4 %, mientras que los casados obtienen un 36.7 %.

Estado civil	N.º T	P (%)
Soltero	145	48.4
Casado	110	36.7
Viudo	4	1.4
Separado	31	10.4
Divorciado	4	1.4
Otros	5	1.8

– Situación Laboral: En nuestra muestra un 37.1 de los pacientes está activo laboralmente, un 25.7 % tiene un trabajo eventual y un 17.7 % está parado. La sumatoria de estos últimos porcentajes nos da un porcentaje del 43.4 % que es mayor al de los activos.

S. Laboral	N.º T	P (%)
Activo	111	37.1
Parado	53	17.7
Jubilado	4	1.4
Baja	9	2.6
T. Eventual	77	25.7
S. L.	44	14.7

– Residencia: El 64.2 % de los pacientes de la muestra reside en zonas urbanas, mientras que el 35.8 % lo hace en zonas rurales, siendo sus diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$).

Residencia	N.º T	P (%)
Urbano	192	64.2
1 Rural	107	35.8

Z = 2.6; $p < 0.001$

– Nivel de estudios: Un 41.4 % poseían sólo estudios primarios, el 31,4 % nivel de EGB, mientras que títulos universitarios son un 7.7 %.

Nivel de Estudios	N.º T	P (%)
Analfabetos	7	2.3
Primaria	124	41.4
EGB	94	31.4
BUP	51	17.0
Universitarios	23	7.7

– Día de la semana: No apreciamos una clara preferencia de unos días sobre los otros, si bien el Martes representa el 19.0 % de los casos.

Día Semana	N.º T	P (%)
Lunes	44	14.5
Martes	57	19.0
Miércoles	31	10.4
Jueves	41	13.7
Viernes	42	14.0
Sábado	42	14.0
Domingo	42	14.0

– Hora: La mayoría de las tentativas, un 57.4 % se realizan desde las 12 a.m. a la medianoche.

Hora	N.º T	P (%)
6 a.m. - 12	64	21.4
12 - 6 p. m.	86	28.7
6 p.m. - Medianoche	86	28.7
Medianoche - 6 a.m.	63	21.0

Las características psiquiátricas son:

– Métodos de suicidio: Existe un claro predominio del uso del envenenamiento medicamentoso, método éste empleado por el 73.5 % de los pacientes de nuestra muestra; a continuación seguían las heridas inciso-superficiales sin llegar a la venoclisis. Los medicamentos más utilizados fueron las benzodiazepinas, seguido de los antipiréticos-antiinflamatorios. Llamamos la atención sobre la aparición de un nuevo método de autolisis como es el uso de vehículos a motor.

Método	N.º T	P (%)
Fármacos	220	73.5
Heridas	54	18.0
Gas	15	5.0
Salto altura	6	2.0
Ahorcamiento	2	0.6
Automóvil	2	0.6

– Desencadenantes: En un porcentaje elevado de casos, el 62.2 %, existió una discusión inmediata o desacuerdo en una situación interpersonal afectiva. Le se-

guían los problemas económicos con un 21.1 % y los problemas laborales con un 16.3 %.

Desencadenantes	N.º T	P (%)
Afectivos	186	62.2
Laboral	49	16.3
Económicos	64	21.4

– Gravedad del intento: De la muestra estudiada un 63.2 % de las tentativas tenían una gravedad física leve, mientras que el 33.4 % poseían una gravedad física importante. Un 44.1 % confirmaron durante la entrevista su intencionalidad de darse muerte con el intento, y un 32.4 % cambiaron de criterio después de la intervención en urgencias.

Gravedad	N.º T	P (%)
Física (letalidad)		
• Leve	189	63.2
• Severa	100	33.4
Psíquica (Intención)	132	44.1
• Ser salvado	97	32.4
• No sabe	70	23.4

– Diagnóstico: Un 31.4 % presentan un trastorno de adaptación, el 19.7 % un trastorno distímico, el 16.8 % un trastorno de personalidad. Destacar el uso de tentativas de suicidio por un 10.0 % de personas con problemas de uso y abuso de tóxicos.

Diagnóstico	N.º T	P (%)
T. Inteligencia	4	1.3
T. Paranoides	2	0.6
TMO. Demencias	0	0.0
T. Esquizofrénicos	21	7.0
T. Distímicos	59	19.7
T. Ansiedad	23	7.7
T. Somatoformes	5	1.7
T. Afectivos Mayores	12	4.0
T. Uso Tóxicos	30	10.0
T. Adaptativos	94	31.4
T. Personalidad	50	16.8

– Terapéutica seguida: Un 44.0 % recibió el alta sin tratamiento, y a un 43.9 % se le indicó la necesidad de seguimiento ambulatorio. Sólo el 22.1 % de los pacientes vistos fueron ingresados en instituciones cerradas.

Terapéutica	N.º T	P (%)
Asistencia ambulatoria	118	43.9
Ingreso Inst. Cerrada	60	22.1
Alto sin Tratamiento	119	44.0

– Tipo de tentativa: Un 66.0 % obedecía a un síntoma de enfermedad mental, mientras que un 27.4 % a una situación de crisis.

Variables socio-demográficas y psiquiátricas de las tentativas de suicidio en un hospital general

Tipo de Tentativa	N.º T	P (%)
S. Ambiental (crisis)	82	27.4
S. Sin salida (estrés)	47	15.6
Síntoma de Enfermedad	170	66.0

– Realización de la tentativa: Un 70.2 % de los pacientes de la muestra llevó a cabo su tentativa de manera impulsiva, mientras que un 20.8 % la había planeado deliberadamente.

Realización	N.º T	P (%)
F. Impulsiva	210	70.2
F. Planeada	62	20.7
No consta	27	9.1

– Intento de autolisis anteriores: Un 49.1 % de los pacientes había realizado uno o varios intentos anteriores, mientras que un 34.9 % nunca había realizado un intento de autolisis.

Intentos anteriores	N.º T	P (%)
Sí	147	49.1
Nunca	104	34.7
No consta	48	16.2

– Obtención del tóxico: Un 46.6 % había consultado a un médico los días anteriores al intento. En un 33.1 % de los casos, obtuvieron el tóxico de su tratamiento habitual, y en un 20.4 % era medicamentos que tomaba algún miembro de la familia.

Obtención del tóxico	N.º T	P (%)
Consulta médico	139	46.4
Tratamiento habitual	99	33.1
Tratamiento Familia	61	20.4

– Notas de despedida: En nuestro estudio un 9.6 de los pacientes dejaron nota escrita.

Nota de despedida	N.º T	P (%)
Sí	29	9.6
No	270	90.4

Discusión

En el año 1987 las urgencias psiquiátricas representaron el cuarto lugar de las urgencias médicas realizadas en el Hospital Universitario, excluyendo a los traumatismos y a los problemas ginecológicos y obstétricos (Núñez et al., 1988). Comparada con otras patologías que se atienden en urgencias, las Urgencias Psiquiátricas, sólo se ven precedidas por las patologías digestivas, respiratorias y del aparato locomotor.

Si ya las estadísticas de los suicidios consumados ca-

recen de fiabilidad y validez no sólo en la cuantificación de los fenómenos, sino además, para la observación de tendencias (Rodríguez Pulido, 1988); en lo que se refiere a los registros de las tentativas nos encontramos si cabe ante una mayor dificultad. En este caso, tampoco las cifras oficiales publicadas por el INE (1986) son válidas, ya que, para la provincia de Santa Cruz de Tenerife sólo registran 15 casos, lo cual se aleja bastante de las cifras obtenidas por nosotros en una sola isla y de las cifras reales de tentativas de suicidio en nuestra población.

Así pues, una de las primeras tareas, en el estudio de los intentos de autolisis es la localización de las fuentes de información, por ello, trabajamos con los datos de una de esas fuentes.

Una cuestión de interés, es preguntarse si la cifra de 299 de tentativas de suicidio hallada por nosotros representa la cifra real casos ocurridos en nuestra isla.

Varias razones aconsejan a pensar que estos valores están infraestimados. Detectamos dos fuentes principales de error: la primera vendría dada por aquellas personas que intentan suicidarse pero que no acuden a un médico ni a un hospital, ya sea porque sus heridas o su enfermedad no son consideradas lo suficientemente graves para requerir atención médica o porque son atendidos en el seno de la familia; y la segunda sería, que no hemos considerado los intentos de autolisis que han sido, ingresados en los servicios de vigilancia intensiva de la red hospitalaria, los casos atendidos en el servicio de urgencia del hospital psiquiátrico, la residencia sanitaria y/o centros médicos locales, así como los atendidos por el médico de la red pública y/o privada.

Por esta razón y considerando que la tendencia mundial ha aumentado regularmente en el curso de los últimos veinte años (OMS, 1982) hemos de pensar que, el porcentaje real de intento de autolisis es sensiblemente superior.

A pesar de esta tendencia y de las limitaciones metodológicas señaladas, los porcentajes de tentativas de suicidio en la muestra de pacientes psiquiátricos asistidos en las instituciones hospitalarias de la Comunidad Autónoma de Madrid durante un mes de 1982 se eleva a 13.4 % (51 casos) (Baca Baldomero et al., 1984), mientras que en Barcelona durante los últimos cinco meses de 1987, en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico y Provincial, representa el 4.5 % (234 casos) de las urgencias psiquiátricas.

La relación entre intentos de suicidio con los suicidios consumados, teniendo en cuenta los 69 casos registrados en 1983 (Rodríguez Pulido, 1985), es de 4.3 a 1. Otros autores han encontrado otras razones, muy dispares, desde las más conservadoras 8:1 (Sheidman Farberow, 1969), a las más extremas de 25 a 160:1, considerando los grupos de edad, (Fox, 1976; Davidson et al., 1981).

En estos trabajos sistemáticamente se evidencia el predominio de las mujeres sobre los hombres se hace evidente sea cual sea la fuente de datos manejada, situándose la razón en torno a tres mujeres por cada un varón (Lester, 1972; Sheidman, 1976; Velilla, 1980; Cross C et al., 1985). Si bien, nuestros valores de 1.2/1 son similares al 1:2 encontrado en Murcia (Hernández Martínez et al, 1989) y próximos al 1,5/1 encontrado en Barcelona (García-Maciá, R et al., 1984).

La mayoría de los intentos de suicidio se produce entre los menores de 35 años, para ir descendiendo poste-

riormente, según avanza la edad, siendo relativamente raros en edades superiores a los 60 años. Fenómeno contrario al registrado en los suicidios consumados.

El grupo de edad más frecuente en nuestro estudio está entre los 15-34 años, y afecta a las mujeres adolescentes y adultas jóvenes, y a los varones adultos jóvenes, coincidiendo con la tendencia mundial (OMS, 1982). El 76.1 % de la muestra es menor de 35 años, situándose este grupo de riesgo en edades más jóvenes que las señaladas en otros trabajos (Stengel, 1965; Shneidman et al., 1969) que la sitúan entre los 25-44 años, o entre 20-42 años. No obstante, en nuestro país, se han encontrado porcentajes más bajos, del 56 % entre los 20-30 años (García-Maciá, R et al., 1984), y del 32.3 % en las mujeres de 16-20 años y en los varones de 23 a 30 años el 31.2 % (Hernández Martínez, et al., 1989).

El grupo de los solteros presenta un mayor número de tentativas de autolisis, coincidiendo con la mayoría de los trabajos publicados (Kreitman, 1981), debido a las características psicológicas de los adolescentes derivadas de su relación con la noción de muerte y riesgo (OMS, 1976), y con la vivencia de graves problemas familiares (Alonso Fernández, 1985).

El grupo de los que no tienen trabajo y aquellos que lo tienen de forma eventual representan el mayor porcentaje (43.2 %) de la muestra. Esta relación entre el desempleo y el suicidio está siendo aceptada en la actualidad (Weissman, 1974; Shepherd y Barraclough, 1980; Kreitman, 1981; Platt, 1985), si bien, se plantea si la naturaleza de esta asociación está mediatizada por la pobreza y/o la enfermedad mental.

En el medio urbano las tentativas de suicidio son más frecuentes (64.2 %) que en el medio rural y, la letalidad de las mismas es inferior en la ciudad, seguramente por los avances de la tecnología médica. Parece ser que los jóvenes son los que acusan más acción despersonalizadora y el anonimato de las barriadas (Tejedor, MC et al., 1988), y el residir en zonas socialmente desorganizadas que corresponden a las regiones urbanas pobres que han sufrido importantes cambios socioeconómicos: urbanización, emigración, sobresaturación, estudiantes, altos índices de delincuencia y drogadicción, y dislocación de la célula familiar (Jacobson y Tribe, 1972; Morgan et al., 1975; OMS, 1976; 1982) serían factores a considerar.

En cuanto a la hora, destacar que la mayoría de las tentativas de suicidio (57.4 %) se producen desde las 12 a.m. a la medianoche, lo cual está en relación con el tiempo en el cual tiene lugar la actividad social, la interacción humana.

En la mayoría de las tentativas de autolisis registramos la utilización de sobremedicación medicamentosa con un 73.5 %, lo cual, viene a coincidir con la mayoría de los trabajos publicados que la sitúan entre el 59 % y el 90 % (Shneidman et al., 1969; Sáiz Ruiz, 1975; Weissman, 1975; Sarró Martín, 1979; Nogüe, S et al., 1988; Hernández Martínez et al., 1989).

En la revisión e investigación realizada por Ramírez Ortiz et al. (1989) en una población de 136 pacientes estudiados tras realizar tentativas de suicidios, agrupando los modos de autoagresión de las tentativas de suicidio en medios químicos, físicos y combinación de ambos, comprueban que el uso de los primeros va asociado significativamente al sexo femenino, edades jóvenes, convivencia en medio familiar, presencia de conflictos con personas queridas, mala o aceptable salud corporal, escasa intencionalidad suicida, ingreso hospitalario inferior

a 7 días; mientras que los segundos, al sexo masculino y al grupo de edad superior (60-79 años), jubilados, mala salud corporal, situaciones de padecimientos psíquico, intencionalidad suicida intensa, diagnósticos de psicosis no afectivas, la necesidad de tratamiento psicofarmacológico; e ingreso hospitalario superior a 15 días.

Los métodos de autolisis han variado en el tiempo según los avances científico-cultural, así en los años 20 y 30 se utilizaron los cáusticos y venenos, en los años 50-60, los barbitúricos, y a partir de entonces el empleo de las benzodiazepinas y antidepresivos. Consideramos que la gran frecuencia de utilización de las benzodiazepinas en las tentativas de autolisis responde, en parte, al fácil acceso a las mismas existente para el conjunto de la población.

El desencadenante más frecuente (62.2 %) de nuestra muestra está en relación a una situación afectiva, coincidiendo con otros trabajos (Shneidman et al., 1969; Paykel, 1979; Fieldsen et al., 1981; García-Maciá et al., 1984; Hernández Martínez et al., 1989) que ha ocurrido generalmente en las últimas 48 horas y que originan en el individuo un alto nivel de estrés que lo vive como una situación psicológicamente intolerable.

En relación a la gravedad del intento un 33.4 % presentan una gravedad física importante, lo cual se sitúa en los porcentajes de gravedad física (15-40 %) encontrados en la literatura revisada (Sáiz Ruiz, 1976; Proudford et al., 1978; Diekstra, 1983; García-Maciá et al., 1984). La intencionalidad de morir es expresada en el 44.1 % de la muestra, situándose en la línea del 40-50 % de otras publicaciones (Weissman, 1974; García-Maciá et al., 1984).

La comparación de los diagnósticos con otros trabajos se hace bastante difícil por la utilización de diferentes criterios de clasificación de las enfermedades mentales. En nuestra muestra un 31.4 % presentaba una reacción de adaptación a un estrés psicosocial identificable con síntomas excesivos respecto a la reacción normal y esperable frente al estrés (DSM-III-R, 1988), seguido de los trastornos distímicos (19.7 %) y de personalidad (16.8 %). Sclare y Hamilton (1963) en la ciudad de Glasgow, encontraron sobreabundancia de diagnósticos de psiconeurosis, depresiones reactivas, y reacciones histéricas; Whitlock y Schapira (1967) en Newcastle muestran esas mismas características haciendo especial hincapié en el papel importante jugado por el alcohol (31.7 %); Kreitman (1981), según el ICD-9, asegura que lo más frecuente son las depresiones reactivas, los trastornos de ansiedad y los trastornos situacionales agudos; (García-Maciá et al., 1984) en Barcelona encuentran un 25.7 % con Depresión reactiva, un 24.4 % un trastorno reactivo no calificado como enfermedad mental y un 8.9 % de psicopatías. Hernández Martínez et al. (1989) en Murcia encontró un predominio de los trastornos neuróticos y de la Depresión mayor en los varones y mujeres.

En nuestra muestra, un alto porcentaje de casos, un 49.1 % habían realizado tentativas de suicidio anteriores. Bancroft y Marsack (1977) llevan a cabo un seguimiento de 690 personas que habían realizado una tentativa de suicidio, a lo largo de dos años. Pues bien, el 18 % hicieron una o más repeticiones de intento; Dourdil et al. (1979) estudiando los 56 enfermos atendidos en el departamento de psiquiatría de la Universidad de Zaragoza, encontraron un 67.8 % de individuos que ya anteriormente habían realizado alguna tentativa de suicidio. Murphy (1985) sostiene que del 10-20 % de los pacientes repiten el acto en los dos años posteriores.

Bibliografía

- ALONSO FERNANDEZ, F.: *Conductas suicidas en la adolescencia: un ensayo de penetración comprensiva en las estadísticas*. Rev. Psicopatología, 1985; 2:147-159.
- BANCROFT J.; MARSACK, P.: *The repetitiveness of self poisoning and Self-injury*. Brit. J. Psychiat, 1977; 131:349-99.
- BACA BALDOMERO, E.; RAMOS BRIEVA, J. A.; MUÑOZ RODRIGUEZ, P E.; CRESPO HER VAS, M. D.: *Las urgencias psiquiátricas en un hospital psiquiátrico y en un hospital general de Madrid*. Instituto Regional de Estudios de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de Madrid, 1985.
- GROSS CHRISTINE, K.; HIRSCHFELD, R. M.: *Epidemiology of disorder in adulthood: suicide*. In Psychiatry, vol. 3, secc. 1, n.º 20. Ed Lippincott Company Philadelphia, 1985.
- DAVIDSON, E.; CHOQUET M.: *Le suicide de l'adolescent: étude épidémiologique*. Les Editions E.S.F Paris, 1981.
- DIEKSTRA, R. E W.: *Epidemiology of attempted suicide in the EEC*. Bibitha Psychiat, 1982; 162:1-16.
- DSM-III-R: *Criterios diagnósticos*. American Psychiatry Association. Ed. Masson, S.A., 1988.
- DOURDIL, F; MORALES, C.; SEVA, A.; ORDOBAS, M.; FERNANDEZ, M.A.: *La depresión medida a través del Beck Inventory en las conductas agresivas*. Comunicación Psiquiátrica, 79, IV, 61-122.
- FIELDSEN, R.; LOWENSTEIN, E.: *Quarrels, separations and infidelity in the two days preceding self-poisoning episodes*. Brit. J. Med. Psychol., 1981; 54:349-52.
- FOX, R.: *The recent decline of suicide in Britain: the role of the samaritan suicide prevention method*. In Schneidman, E. S. (eds): *Suicidology: Contemporary Development*, 1976; cap. 17, 499-524.
- GARCIA-MACIA, R.; SARRO, B.; GIRO, M.; OTIN, J. M.: *Estudio descriptivo estadístico de las tentativas de suicidio atendidas en el servicio de urgencias de un Hospital General*. Rev. Psicol. Med., 1984; 530:38.
- HERNANDEZ MARTINEZ, J.; JERI GUTIERREZ, C. G.; ARNALDOS HERRERO, J.: *Tentativa de suicidio en el Hospital General*. Casuística. An. Psiquiatría, 1989; vol. 2, 2:43-48.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA: *Anuarios Estadísticos. Suicidios e Intentos de suicidios*. España, 1986.
- KREITMAN, N.; PHILIP, A. E.: *Parasuicide*. Brit. J. Psychiatry, 1969; 115:746-747.
- KREITMAN, N.: *The epidemiology of suicide and parasuicide*. Crisis, 1981; 2:1-13.
- LESTER, D.: *Why people kill themselves*. Springfield. Thomas, 1972.
- MURPHY, G. E.: *The prediction of suicide Why is it so difficult?* Am. J. Psychotherapy, 1984; 3:341-49.
- MURPHY, G. E.: *Suicide and attempted suicide*. In Psychiatry, vol. 1, secc 2, n.º 71. Ed. Lippincott Company Philadelphia, 1985.
- MURPHY, G. E.: *The Physician's role in suicide prevention*. In Alec Roy, Chir. B: *Suicide*. Ed. Williams y Wilkins. Los Angeles, 1986; 89-96.
- NOGUE, S.; RUIZ, J; MILLA, J.: *Epidemiología de la tentativa de suicidio en el servicio de urgencias y en la unidad de cuidados intensivos de un hospital general*. Monografías Médicas Jano, 1988; vol. 2, 9:17-24.
- NUÑEZ DIAZ, S.; JORGE PEREZ, M.; NUÑEZ DIAZ, V; HAGE MADE, A.: *Estudio epidemiológico en el servicio de urgencias de un Hospital Universitario*. Med. Clin., 1988.
- OMS: *El suicidio y los intentos de suicidio*. Cuadernos de Salud Pública, n.º 58. Ginebra, 1976.
- OMS: *Grupo de trabajo conjunto FIPI/OMS sobre bancos de datos sanitarios*. Rev. San. Hig. Publ., 1981; 50:1035-1040.
- OMS: *Grupo de trabajo sobre la evolución de los comportamientos autodestructivos*. Rev. San. Hig. Publ., 1982, 44: 803-906.
- PAYKEL, E. S.: *Causal relationships between clinical depression and life events*. In: Barnet, J. E.; Rose, R. M.; Klermaman, G. L.: *Stress and mental disorder*. 1ª ed., Raven Press, New York, 1979; 71-78.
- PROUDFOOT, A. T; PARK, J.: *Changing pattern of drug used for self-poisoning*. Brit. Med. J., 1978:90-93.
- PLATT S.: *Suicidal behavior and unemployment: a literature review*. In: Westcott, G.; Svensson, P. G. Y.; Zollner, H. F. (eds.): *Health policy implications of unemployment*. Copenhagen, 1985, WHO, 87-132.
- RAMIREZ ORTIZ, E M.; CARRASCO DE LA PEÑA, J. L.: *Modos de autoagresión en la tentativa de suicidio*. Rev. Psiquis, 1989; Vol. X, 56-62.
- RODRIGUEZ PULIDO, E: *Epidemiología del suicidio consumado en la Isla de Tenerife (1977-1983)*. Tesis de Licenciatura. Universidad de La Laguna. Diciembre, 1985.
- RODRIGUEZ PULIDO, F.: *Epidemiología del suicidio consumado en el Archipiélago Canario (1977-1983)*. Tesis Doctoral. Universidad de La Laguna, Marzo, 1989.
- SAIZ RUIZ, J.: *Tentativas de suicidio en el Hospital General*. Archivos Facultad de Medicina. Madrid, 1976; 214: 211-220.
- SCLARE, A. B.; HAMILTON, O. M.: *Attempted suicide in Glasgow*. Brit. J. Psychiat., 1963; 109:609-615.
- SHNEIDMAN, E. S.: *Suicide among the gifted*. In Shneidman, E. S. (eds.), 1976; *Suicidology: Contemporary Developments*, cap. 17, 499-524.
- SOUBRIER, J. P.: *Introducción a la suicidología*. Rev. Psiquiat. y Psicol., Med, 1984; 16:509-511.
- STENGEL, E.: *Psicología del suicidio y los intentos de suicidio*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1965, 23-177.
- TEJEDOR, M. C.; PERICAY, J. M.; CASTILLON, J. J.: *Epidemiología del suicidio: Factores individuales y sociales*. Monografía Médica Jano, 1988, vol. 2, 9:9-13.
- VELILLA PICAZO, M.: *La tentativa de suicidio en la adolescencia*. Comunicación Psiquiátrica 80. Anales de Cátedra de Psiquiatría. Universidad de Zaragoza, 1980.
- WEISSMAN, M. M.: *The epidemiology of suicide attempts 1960-1971*. Arch Gen. Psychiatry, 1974; 30:737-746.
- WEISSMAN, M. M.: *Wise Cutting, Relationship between clinical observations and epidemiological findings*. Arch. Gen. Psychiatry, 1975; 32:1166-1171.
- WHITLOCK, E A.; SCHAPIRA, K.: *Attempted suicide in Newcastle upon Tyne*. Brit. J. Psychiat, 1967, 113:423-434.