

Perfil psicosocial de pacientes ingresados por intoxicación aguda voluntaria

Hermida I¹, Fernández P², Ferrer A³, Bermejo AM² y Tabernero MJ²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Miguel Servet de Zaragoza

²Servicio de Toxicología Forense. Instituto de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela

³Servicio de Toxicología Clínica. Hospital Clínico de Zaragoza

Recibido 17 de Abril de 2002 / Aceptado 7 de Agosto de 2002

Resumen: Se estudió el perfil psicosocial de 118 sujetos intoxicados que precisaron ingreso en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza desde el 1 de Enero de 1995 hasta el 1 de Enero de 1996. La edad media fue $36,7 \pm 17,6$ años (rango: 15-83 años) y el intervalo asistencial fue de $5,1 \pm 5,2$ horas (rango: 0,2-24 horas). Se recogió historia de enfermedad orgánica previa en 40 casos, asistencia psiquiátrica previa en 71 casos y un valor medio de $1,7 \pm 1,2$ intoxicaciones previas. Las intoxicaciones multi-medicamentosas (32,6%) y las asociaciones medicamento-droga (29,5%) fueron las más frecuentes, predominando, entre los medicamentos, las benzodiacepinas, antidepresivos y analgésicos, y, entre las drogas, el alcohol. Se observó clínica neurológica en 73 pacientes. El 93% de la población estudiada habitaba en medio urbano y se detectó una mayor presencia de solteros, en situación de paro y que habían recibido solo enseñanza primaria. Los problemas familiares y de pareja fueron los motivos desencadenantes más frecuentes. Por último, el diagnóstico psiquiátrico revela la existencia de trastornos de la personalidad (42%), trastornos adaptativos (38%), trastornos relacionados con sustancias (25%), trastornos del estado de ánimo (22%) y otros, observándose asociación de dos tipos de trastornos en 36 casos. Se puede concluir que el perfil psicosocial parece ser muy importante para valorar un intento autolítico, una intoxicación recurrente y/o un análisis psiquiátrico.

Palabras clave: Perfil psicosocial, Pacientes, Hospital, Intoxicación.

Abstract: Psychosocial profile of patients admitted to hospital following deliberate acute poisoning. The psychosocial profile of 118 poisoned patients who required admission to Miguel Servet Hospital of Zaragoza from January 1, 1995 to January 1, 1996 was studied. The mean patient age was 36.7 ± 17.6 years (range: 15-83 years) and the case management time was 5.1 ± 5.2 h (range: 0.2-24 h). A previous history of some organic diseases was recorded in 40 cases, previous psychiatric care in 71 cases and a mean value of 1.7 ± 1.2 previous poison-

ing attempts. Multimedicine intake (32.6%) and medicine-drug of abuse associations (29.5%) were the most frequent, prevailing benzodiazepines, antidepressants and analgesics among medicines, and alcohol among drugs of abuse. Clinical symptoms of neurological type were observed in 73 patients. The majority of the population studied (93%) lived in urban areas, with a high presence of single, unemployed men and with primary education. Family and partner-related problems were the most frequent risk factors. Finally, the psychiatric diagnosis shows the existence of personality disorders (42%), adjustment disorders (38%), substance-related disorders (25%), mood disorders (22%) and others, observing two disorders associated in 36 cases. We can conclude that the psychosocial profile seems to be very important to assess a suicidal ideation, a recurrent poisoning and/or a psychiatric evaluation.

Key Words: Psychosocial profile, Patients, Hospital, Poisoning

Introducción

En los últimos 30 años los casos de tentativa de suicidio por ingesta de psicofármacos han aumentado en la población juvenil, lo que representa un problema significativo para la asistencia en los servicios hospitalarios de urgencias [1-3]. Se ha observado una relación positiva entre la proporción de psicofármacos prescritos por el médico general y el número de intoxicaciones medicamentosas [4-6], siendo la existencia de un trastorno psiquiátrico una pieza clave en relación al riesgo de suicidio. La evaluación del estado psicológico del paciente condiciona la orientación terapéutica en cada caso concreto, teniendo en cuenta que las intoxicaciones fatales son más frecuentes al aumentar el número de tentativas.

El abordaje del fenómeno de las intoxicaciones agudas supone conocer tanto su patrón epidemiológico como las características psicológicas y el entorno social del paciente. Por ello, parece interesante hacer una valoración del perfil psicosocial del ingresado en un hospital por una intoxicación aguda voluntaria, de cara a un planteamiento preventivo de este tipo de problemas. En este trabajo el estudio psiquiátrico de los sujetos se ha realizado siguiendo los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV [7].

Correspondencia: Purificación Fernández. Servicio de Toxicología Forense. Instituto de Medicina Legal. Facultad de Medicina. C/ San Francisco, S/N. 15782-Santiago de Compostela. e-mail: imlpuri@usc.es.

Material y Métodos

Pacientes.- Se estudiaron 118 casos de intoxicaciones agudas que precisaron ingreso en la Residencia General del Hospital Miguel Servet (HMS) de Zaragoza en el período comprendido entre el 1 de enero de 1995 y el 1 de enero de 1996.

Variables.- En el Servicio de Urgencias se rellenó una ficha clínica sobre intoxicaciones [8] que contempla los siguientes aspectos: identificación del paciente (edad y sexo), datos cronológicos (día de la intoxicación e intervalo asistencial), antecedentes, vía de entrada, tipo de agente, manifestaciones clínicas, tratamiento aplicado y estudio analítico-toxicológico.

Posteriormente al ingreso, se realizó un seguimiento del paciente, para lo cual se elaboró una ficha complementaria sobre intoxicaciones en la que se recogen datos relacionados con la esfera sociocultural y el aspecto psíquico de los sujetos, especialmente de aquellos que lo hacen con intencionalidad autolítica: habitat (rural o urbano), estado civil, nivel de estudios, situación laboral, motivo desencadenante de la intoxicación y diagnóstico psiquiátrico, en base a la clasificación DSM-IV de los trastornos mentales. La información fue recogida siempre por la misma persona para precisar con detalle y uniformidad cada uno de los aspectos de la encuesta. Esta ficha se rellenó “a pie de cama” del enfermo tras explicarle su finalidad y asegurarle absoluta confidencialidad en la información personal obtenida.

Análisis Estadístico.- Las fichas clínicas se informatizaron al introducir los datos en el programa Statview 4.0 para ordenador Mackintosh Performa 475, que permite su gestión como fichero y admite su análisis estadístico. Este fichero tiene una distribución en forma de cuadrícula en la que cada una de las variables es una columna y cada caso una fila.

Para el análisis de las variables cuantitativas se han utilizado pruebas paramétricas (test t de Student para comparar dos medias, ANOVA o análisis de la varianza para comparar más de dos medias entre sí, y estimación de la regresión simple para valorar el grado de correlación entre dos variables cuantitativas) y pruebas no paramétricas (test de la U de Mann Withney para analizar las asociaciones entre una variable cualitativa con dos categorías y otra cuantitativa, test de Kruskal-Wallis para valorar la asociación entre una variable cuantitativa y otra cualitativa con más de dos categorías, y el coeficiente de correlación de Spearman para la valoración de correlaciones entre variables cuantitativas). Para el análisis de las variables cualitativas se han utilizado la prueba de homogeneidad de dos porcentajes y la prueba del Chi cuadrado y contraste de proporciones, aplicando la corrección de Yates en las tablas de contingencia de 2x2.

Se ha considerado la significación estadística para valores de $p < 0,05$.

Resultados y discusión

Los 118 pacientes ingresados por intoxicación en el Hospital Miguel Servet (Zaragoza) durante el año 1995 suponen un 11,8% del total de intoxicaciones atendidas en este hospital. De

estos pacientes hospitalizados, 18 declararon sobredosis por drogas y 78 reconocieron intentos suicidas con fármacos.

Su *edad* media era de $36,7 \pm 17,6$ años (rango: 15-83 años). La mitad eran hombres y la otra mitad mujeres, aunque se aprecia un predominio de los primeros en todas las edades, excepto en los intervalos 15-19 años y 40-49 años en los que predominan las mujeres (Figura 1).

La *distribución por estaciones* resultó ser: verano (33 casos), primavera (26 casos), invierno (26 casos) y otoño (11 casos). En muchos casos es difícil conocer la hora de la intoxicación pues no siempre el paciente lo recuerda y muchas veces incluso lo encuentran dormido o en estado de coma. Por ello, el *intervalo asistencial*, definido como el tiempo transcurrido entre la intoxicación y la atención hospitalaria, sólo se conoce en 70 casos, con un valor medio de $5,1 \pm 5,2$ horas (rango: 0,2-24 horas); este parámetro es decisivo a la hora de plantear las posibilidades terapéuticas más adecuadas, según el tóxico implicado. También cabe señalar que en la decisión de ingreso de un paciente influye sobre todo la existencia de ideación suicida persistente, así como el consumo elevado de alcohol en personas con un entorno personal y social tan complejo que obliga a su ingreso en un intento de abordar de forma serena sus problemas físicos, psíquicos y sociales.

De los 78 pacientes que contestaron a cuestiones relacionadas con los *antecedentes*, un 58% declararon antecedentes de drogadicción, reconociendo ser consumidores habituales de alcohol (26 casos), de fármacos psicoactivos (10 casos) y/o de otras drogas de abuso (9 casos), sustancias detectadas en los sujetos intoxicados. Se recogió historia de enfermedad orgánica previa en 40 pacientes: 7 padecían SIDA, uno cardiopatía severa, uno insuficiencia renal crónica, uno insuficiencia respiratoria crónica, uno enfermedad neurológica crónica y 29 relataban diversas patologías de base más banales. A veces se podría explicar un intento autolítico por el deseo de terminar con el sufrimiento que le provoca dicha enfermedad [9]. Otro hecho significativo es que 71 pacientes referían asistencia psiquiátrica previa en forma de psicoterapia (9 casos), psicofármacos (13 casos) o ambos (49 casos); en estos casos, son las benzodiacepinas y los antidepresivos los agentes más frecuentemente implicados. El 35% de los pacientes reconocieron intoxicaciones previas (IP), con un valor medio de $1,7 \pm 1,2$ (rango: 1-10); se trata de sujetos con cierta inestabilidad psíquica que deben ser controlados periódicamente para prevenir las intoxicaciones con intencionalidad suicida;

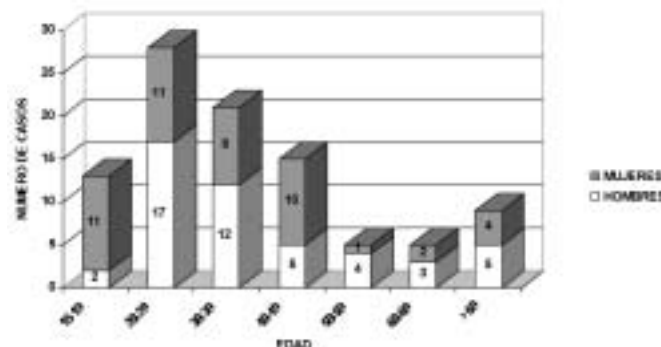


Figura 1.- Distribución según Edad y Sexo.

en general, utilizan los mismos agentes en todas las ocasiones, predominando los neurolépticos (valor medio IP: $2,5 \pm 1,8$), el alcohol (valor medio IP: $2,1 \pm 1,5$) y las benzodiazepinas (valor medio IP: $2,0 \pm 1,5$). A la vista de estos resultados parece que en los pacientes ingresados por intoxicación voluntaria confluyen un conjunto de factores de base orgánica y psíquica (alcoholismo, enfermedades orgánicas, tratamiento psiquiátrico) que determinan una mayor tendencia a las intoxicaciones graves.

La *vía de entrada* más utilizada fue la oral (87,5%), seguida de la parenteral (2,1%) y respiratoria (2,1%); el predominio de la vía oral está relacionado con el mayor consumo de alcohol y medicamentos. Según *el tipo de agente*, la intoxicación más frecuentemente registrada fue la multimedicamentosa (31 casos), seguida de la asociación medicamento-droga (28 casos), un solo medicamento (15 casos), una sola droga (10 casos) y multidroga (4 casos). Las intoxicaciones multimedicamentosas están asociadas fundamentalmente con el consumo de una benzodiazepina + un antidepresivo (15 casos), seguido del consumo de varias benzodiazepinas y de una benzodiazepina + paracetamol. En las intoxicaciones debidas a medicamento-droga están implicadas mayoritariamente una benzodiazepina + alcohol (10 casos), seguidas de un antidepresivo + alcohol y de una benzodiazepina + heroína. La asociación de dos o más drogas sólo se dió en 4 casos, detectándose alcohol + opiáceos + cocaína. Las tablas 1 y 2 muestran la distribución de los pacientes que reconocen el consumo de fármacos o drogas, respectivamente, así como aquellos casos en los que se detectó la presencia de fármacos o drogas. El segundo grupo siempre es menos numeroso que el primero porque no se recogieron muestras biológicas en todos los casos y también porque la detección del tóxico pudo verse dificultada si el intervalo asistencial fue elevado. Entre los medicamentos implicados se observó un predominio de las benzodiazepinas, seguidas de antidepresivos, neurolépticos y paracetamol. Entre las drogas de abuso, es el alcohol la sustancia más usada, con mucha diferencia. Los fármacos suelen ser utilizados por personas jóvenes, en tratamiento con psicofármacos en el momento de la intoxicación, con psicopatología de base y reiteración en la conducta de autoenvenenamiento. Los pacientes que consumieron alcohol eran frecuentemente varones que sufrieron intoxicaciones previas con este mismo agente.

Se presentaron *manifestaciones clínicas* neurológicas en 73 pacientes, manifestaciones digestivas en 28 pacientes, manifestaciones respiratorias en 8 pacientes, y manifestaciones cardio-

vasculares en 7 pacientes. Entre las primeras destaca el coma en distinto grado, agitación-delirio y alteraciones pupilares, todas ellas asociadas significativamente con el alcohol y otras drogas de abuso. Estos resultados son similares a los obtenidos en otras áreas geográficas de nuestro país [5]. El *tratamiento* evacuante-neutralizante (lavado gástrico, carbón activado, eméticos) fue aplicado en 55 casos y el antidótico en 51 casos (38 recibieron flumacénil y 13 recibieron N-acetilcisteína en intoxicaciones por benzodiazepinas y paracetamol, respectivamente). Existe acuerdo al considerar que el primer tratamiento es útil si se emplea en las primeras 4-6 horas post-ingesta, que se corresponde con el valor medio del intervalo asistencial de nuestros pacientes.

Aproximadamente un 36% de los sujetos ingresaron en algún momento en la planta de Psiquiatría porque presentaban una constante ideación suicida y/o una fuerte drogodependencia. La mayoría de los pacientes de este grupo van a ser derivados luego, para su seguimiento, a la Unidad de Salud Mental (USM), con el fin de prevenir nuevos episodios de intoxicación [10].

De los 68 pacientes en los que pudo conocerse el *lugar de residencia*, 63 habitaban en medio urbano y 5 en medio rural. La distribución según el *estado civil* fue similar para hombres y mujeres y refleja una mayor presencia de individuos solteros (51 casos), seguidos de los casados (25 casos), separados (16 casos) y viudos (3 casos). Este dato coincide con lo publicado por otros autores [11-13], que piensan que el matrimonio "protege" del suicidio pues la integración en una unidad familiar disminuye la tendencia al individualismo. Sin embargo, Jamil [14] encuentra un predominio de casadas entre las mujeres y de solteros entre los varones.

El nivel de estudios más frecuente, tanto en hombres como en mujeres, fue la enseñanza primaria en 47 casos, seguida de estudios superiores en 37 casos y sin estudios en 11 casos, distribución similar a la obtenida por Mairata y col [15]. Sólo se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre el primer grupo y el alcohol y entre el segundo grupo y el paracetamol.

La *situación laboral* más frecuente fue el desempleo, seguido por el trabajo fuera de casa, observándose una prevalencia significativa de las mujeres entre los estudiantes y las amas de casa (tabla 3). En nuestro país, hace unos 25 años, se apreciaba un alto porcentaje de amas de casa entre los pacientes atendidos por intoxicación aguda, sin embargo, la incorporación gradual de la mujer al mercado laboral y un aumento del desempleo en todos los sectores explica el cambio observado en cuanto a la intoxicación aguda voluntaria. Sólo se ha observado una asociación

Tabla 1. Fármacos consumidos y fármacos detectados.

Fármacos	Nº Consumidos*	% (T=74)	Nº Detectados**	% (T=46)
Benzodiazepinas	38	51,4	28	60,8
Antidepresivos	19	25,7	8	17,4
Neurolépticos	13	17,6	6	13,0
Paracetamol	13	17,6	7	15,2
Salicilatos	4	5,4	3	6,5
Barbitúricos	3	4,1	1	2,2
Litio	2	2,7	2	4,3
Otros	23	31,1	3	6,5

* Número de pacientes que reconocieron un consumo de fármacos.

** Número de pacientes en los que se detectó la presencia de fármacos.

Tabla 2. Drogas consumidas y drogas detectadas.

Drogas	Nº Consumidos*	% (T=42)	Nº Detectados**	% (T=12)
Alcohol	34	80,9	7	58,3
Opiáceos	8	19,0	4	33,3
Otras	4	9,5	1	8,3

* Número de pacientes que reconocieron un consumo de drogas.

** Número de pacientes en los que se detectó la presencia de drogas.

Tabla 3. Distribución según la Situación Laboral y el Sexo.

Situación laboral	Nº Hombres %	Nº Mujeres %	Total %
Parado	15 (32,6)	11 (22,9)	26 (27,7)
Trabajador fuera de casa	13 (28,3)	11 (22,9)	24 (25,5)
Estudiante(*)	4 (8,7)	12 (25,0)	16 (17,0)
Jubilado	10 (21,7)	4 (8,3)	14 (14,9)
Ama de casa(*)	0	9 (18,8)	9 (9,6)
Baja laboral	4 (8,7)	1 (2,1)	5 (5,3)
TOTAL	46	48	94

(*) p=0,01.

estadísticamente significativa entre el uso de antidepresivos y los estudiantes y personas que trabajan fuera de casa. La distribución de la situación laboral en este trabajo coincide con la de Kaa y Gregersen [16] en Dinamarca, pero difiere de la obtenida en otros países de entorno cultural muy diferente como Zimbabwe [17], donde es mayor el porcentaje de intoxicaciones entre los estudiantes y las amas de casa. El desempleo y la jubilación se habían considerado clásicamente como factores de riesgo suicida [18]; no obstante, esta asociación parece haber disminuido al generalizarse esta situación en los países occidentales.

La tabla 4 recoge la distribución de las intoxicaciones según el motivo desencadenante y el sexo. No es fácil que las personas puedan atribuir con claridad la responsabilidad del acto realizado a un aspecto concreto [19]. En nuestra serie se hace referencia a una "situación general" como un conjunto de problemas que conducen a ese estado crítico, pero si se concreta más el motivo desencadenante, los problemas familiares y de pareja fueron los más comunicados en la población total y especialmente en las mujeres por su mayor facilidad para abordar temas personales o íntimos. Más distantes, y con valores bastante similares entre sí, estaban los problemas económicos, con drogas, laborales y de estudios. Chan y col [9] señalaron que un 80% de sus pacientes intoxicados alegaron problemas emocionales, dificultades en sus relaciones sociales o enfermedad física, mientras que Mairata y col [15] encontraron que los problemas familiares eran los más frecuentes. En nuestra serie, sólo se encontró una correlación estadísticamente significativa entre los problemas en los estudios y la intoxicación con paracetamol, un fármaco disponible en todos los hogares; los demás agentes no pudieron ser asociados con un motivo desencadenante concreto.

En lo que se refiere al diagnóstico psiquiátrico, los resultados obtenidos se reflejan en la tabla 5. Hubo asociación de dos trastornos en 36 pacientes, estando implicado un trastorno relacionado con sustancias en 14 de ellos y un trastorno de la personalidad en los 22 restantes.

No se han observado asociaciones estadísticamente significativas de los trastornos de la personalidad con las diferentes variables excepto con el hecho de no realizar ninguna actividad fuera de casa (p=0,02), lo que podría explicarse por ser personas generalmente menos adaptables en el medio laboral o en el lugar de estudios. Isometsa y cols. [20] demostraron una mayor incidencia de la conducta suicida fundamentalmente relacionada con el trastorno límite, lo que concuerda con nuestros resultados. La edad media de estos pacientes fue de $37,2 \pm 16,8$ años.

Tabla 4. Distribución según el Motivo Desencadenante y el Sexo.

Motivo desencad.	Nº Hombres %	Nº Mujeres %	Total
Familia (*)	12 (35,3)	22 (64,7)	34
Pareja	11 (44,0)	14 (56,0)	25
Situación general	6 (46,2)	7 (53,8)	13
Económico	5 (62,5)	3 (37,5)	8
Drogas	6 (85,7)	1 (14,3)	7
Estudios	1 (16,7)	5 (83,3)	6
Laboral	4 (66,7)	2 (33,3)	6

(*) p=0,04.

Los trastornos adaptativos fueron más frecuentes en mujeres (63,9%), siendo la edad media inferior a la del resto de los trastornos ($28,7 \pm 15,7$ años) y similar a la obtenida por Mitrev, en Bulgaria [21]. Estos trastornos se asociaron con el menor número de intoxicaciones previas ($1,2 \pm 0,5$), con la ausencia de atención psiquiátrica previa (p=0,0001), con un nivel de estudios superiores (p=0,002), con el desarrollo de actividad fuera de casa (p=0,008) y con el consumo de medicamentos, fundamentalmente paracetamol.

Tabla 5. Distribución según el Diagnóstico Psiquiátrico.

Trastornos	Nº Casos	Porcentaje
T. de la Personalidad	40	
Histriónico	16	40,0
Límite (Borderline)	14	35,0
Paranoide	5	12,5
Obsesivo-Compulsivo	2	5,0
Esquizoide-Esquizotípico	1	2,5
Narcisista	1	2,5
Antisocial	1	2,5
T. Adaptativos-Ansiedad	36	
Mixto (Depresivo-Ansioso)	15	41,7
Mixto (Emociones-Comportamiento)	11	30,5
Con Ansiedad	4	11,1
Depresivo	6	16,7
T. Relacionados con Sustancias	24	
Con Alcohol	17	70,8
Con Otras Drogas	7	29,2
T. del Estado de Animo	21	
Distimia (T. Depresivo-Neurótico)	13	61,9
T. Depresivo Mayor	5	23,8
T. Bipolar	1	4,8
Otros	2	9,5
T. Psicóticos	10	
Esquizofrenia	5	50,0
Esquizoafectivo	3	30,0
Delirante (Paranoide)	2	20,0
T. Somatomorfos	4	
T. Conversión	2	50,0
T. Somatización	1	25,0
Hipocondría	1	25,0
Delirio	2	
Demencia	2	
Retraso Mental	2	

Los trastornos relacionados con sustancias fueron más frecuentes en varones (79,2%), con una edad media de $38,7 \pm 12,8$ años. Se asociaron con sobredosis ($p=0,0001$), con antecedentes de consumo de alcohol ($p=0,0003$) y con la ausencia de consumo de fármacos ($p=0,0002$). La desinhibición producida en estos sujetos actúa como factor precipitante de la conducta suicida [22, 23], siendo difícil diferenciar, en muchos casos, si se trata de una muerte accidental o de un suicidio encubierto.

Los trastornos del estado de ánimo presentaron una tendencia no significativa a una mayor edad que los otros ($42,7 \pm 16,1$ años), a la mayor presencia de mujeres (61,9%) y a la ausencia de actividad fuera de casa. Sin embargo, se detectó una asociación significativa con el consumo habitual de fármacos psicoactivos ($p=0,01$), datos estos que coinciden parcialmente con los descritos por Vieta y cols. [24].

Los pacientes con trastornos psicóticos padecían mayoritariamente esquizofrenia (50%), eran todos varones, con una edad media de $39,3 \pm 20,6$ años, que precisaron más días de hospitalización que el resto ($65,5 \pm 108,4$ días), por ser intoxicaciones con mayor repercusión orgánica y precisar ingreso en la Unidad de Psiquiatría para su estabilización.

Los trastornos somatomorfos se presentaron solo en 4 pacientes, con una edad media de $32,2 \pm 10,5$ años. La mitad eran estudiantes, todos ellos estaban a tratamiento con psicofármacos (benzodiazepinas) y reconocían una media de intoxicaciones previas superior a la de los otros trastornos ($3 \pm 1,8$).

Por último, hemos de resaltar la necesidad de un diseño más uniforme de los estudios epidemiológicos sobre intoxicaciones agudas; solo así será posible establecer comparaciones que permitan conocer la situación de este tipo de patología en cada momento y lugar. También nos parece interesante incluir parámetros que definan el perfil psicosocial de los pacientes intoxicados, con el fin de explicar la consistencia en la intencionalidad suicida, el daño potencial de intoxicaciones recurrentes y la necesidad de una evaluación psiquiátrica.

Bibliografía

- Black D (1986) Adolescent suicide: preventive considerations. *Br Med J* 292, 1620-1621.
- Sarró D, Nogué S (1992) Suicidios. *Med Clin* 98, 624-626.
- Hidalgo MI, Santiago M, García B, González C (1994) Las conductas autoagresivas en el servicio de urgencias. *Aten Primaria* 13, 45-52.
- Buchanan W (1991) A year of intentional self poisoning in Christchurch. *NZ Med J* 104, 470-472.
- Fernández P, López-Rivadulla M, Bermejo A, Ortega M, Sánchez I, Concheiro E (1996) Estudio de 293 intoxicaciones en el área sanitaria de Santiago de Compostela durante 1993. *Rev Toxicol* 13, 71-75.
- Diekstra RF, De Graaf AC, Van Egmond M (1984) On the epidemiology of attempted suicide. A sample-survey study among general practitioners. *Crisis* 5, 108-118.
- Pichot P (1995) DSM-IV. Manual diagnóstico y terapéutico de los trastornos mentales. Edit. Masson, SA, Barcelona.
- Ferrer A, Bona MA, Castellano M, Civeira E, Fuentes F, Munné P, Nogué S, Pascual A (1991) Propuesta de una ficha para el estudio de las intoxicaciones agudas en el medio hospitalario. *Rev Toxicol* 8, 325.
- Chan TYK, Critchley JAJH (1994) The spectrum of poisoning in Hong Kong: an overview. *Vet Human Toxicol* 32, 135-137.
- Gilbody S, House A, Owens D (1997) The early repetition of deliberate self harm. *JR Coll Physicians Lond* 31, 171-172.
- Carvajal A, Bachiller A, Rayo R, García L (1987) Intoxicaciones agudas en Valladolid. Estudio epidemiológico en los casos atendidos en el Hospital Clínico desde 1978 a 1984. *Med Clin* 88, 135-139.
- Rodríguez JA, Hinojal R (1994) Intoxicaciones agudas: estudio epidemiológico retrospectivo en un área sanitaria asturiana, 1985-1989. *Rev Toxicol* 11, 99-104.
- Özköse Z, Ayoglu F (1999) Etiological and demographical characteristics of acute adult poisoning in Ankara, Turkey. *Hum Exp Toxicol* 18, 614-618.
- Jamil H (1990) Acute poisoning: a review of 1900 cases. *JMPA* 40, 131-133.
- Mairata S, Morei A, Ladaria A, Ballesteros JA, De la Calle F (1981) Intoxicación medicamentosa aguda voluntaria. Estudio epidemiológico en Mallorca. *Rev Clin Esp* 163, 307-310.
- Kaa E, Gregersen M (1992) Fatal poisonings in Jutland (Denmark) during the 1980s. *Int J Leg Med* 195, 133-138.
- Nahchi C, Kasilo O (1992) The pattern of poisoning in urban Zimbabwe. *J Appl Toxicol* 12, 435-438.
- Pritchard C (1990) Suicide, unemployment and gender variations in the Western World 1964-1986. Are women in anglophone countries protected from suicide? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 25, 73-80.
- Arranz FJ (1997) Epidemiología de la conducta suicida. En Ros S La conducta suicida. Libro del año SL, Madrid. 43-62.
- Isometsa ET, Henriksson MM, Heikkinen ME (1996) Suicide among subjects with personality disorders. *Am J Psychiatry* 153, 667-673.
- Mitrev I (1996) A study of deliberate self-poisoning in patients with adjustment disorders. *Folia Med Plovdiv* 38, 11-16.
- Breslow RE, Klinger BI, Erickson BJ (1996) Acute intoxication and substance abuse among patients presenting to a psychiatric emergency service. *Gen Hosp Psychiatry* 18, 183-191.
- Farrell M, Neeleman J, Griffiths P, Strang J (1996) Suicide and overdose among opiate addicts. *Addiction* 91, 321-323.
- Vieta E, Nieto E, Gastó C, Cirera E (1992) Serious suicide attempts in affective patients. *J Affect Disord* 24, 147-152.