

Método empleado en las muertes por suicidio en España: envenenamiento y agentes violentos no tóxicos

Suicide methods in Spain: poisoning and non-toxic violent agents

M. Santurtún¹
A. Santurtún²
G. Agudo³
MT. Zarrabeitia⁴

¹Doctora en Ciencias de la Salud, Profesora en el Departamento de Enfermería, Universidad de Cantabria; Enfermera en el Centro Hospitalario Padre Menni.

²Doctora en Ciencias de la Salud, Profesora en la Unidad de Medicina Legal, Departamento de Fisiología y Farmacología, Universidad de Cantabria.

³Jefa del Servicio de Laboratorio, Instituto de Medicina Legal de Cantabria.

⁴Catedrática de Medicina Legal y Forense, Universidad de Cantabria.

Correspondencia:
Ana Santurtún

E-mail: ana.santurtun@unican.es

Resumen

Introducción: El suicidio es en todo el mundo la segunda causa de muerte en adultos jóvenes, y en España es la principal causa de muerte violenta. Los métodos para llevarlo a cabo varían según factores demográficos y geográficos. En el presente estudio se analiza de manera global el método de suicidio empleado en España, y se detalla el análisis en la región de Cantabria.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en el que se clasifican los suicidios en dos grupos según el método, por envenenamiento y por agentes violentos no tóxicos. Se evaluó la tendencia en los métodos elegidos para provocar la muerte, así como las diferencias según la edad y el sexo.

Resultados: El patrón geográfico en los suicidios según el método es heterogéneo. Los suicidios por agentes violentos no tóxicos fueron los más frecuentes, representando el 90,2% del total, si bien cabe destacar que este grupo ha sufrido un descenso en los últimos años ($p = 0,002$). Los agentes tóxicos estuvieron presentes en el 9,8% de los suicidios, siendo más usados por las mujeres. En Cantabria, el ahorcamiento fue el principal método elegido (50,2% del total).

Conclusiones: Los tóxicos son agentes poco presentes en las muertes autoinfligidas, lo que podría atribuirse a su menor letalidad (respecto a otros métodos activos, como la precipitación o el ahorcamiento) y a la efectividad de las medidas sanitarias ante un envenenamiento. El Boletín Estadístico de Defunción Judicial no es del todo fiable como fuente de datos para la realización de estudios epidemiológicos, lo que puede deberse a que es rellenado por personal no sanitario que no tiene acceso a la historia del paciente.

Palabras clave: Suicidio. Envenenamiento. Ahorcamiento. Precipitación. España.

Abstract

Introduction: Suicide is the second leading cause of death in young adults worldwide and the leading cause of violent death in Spain. Methods for committing suicide vary due to demographic and geographic factors. The present study analyzes the methods of suicide used over 13 years throughout Spain, and in particular in the region of Cantabria.

Material and methods: A retrospective study was carried out to study the methods of suicide chosen in Spain. Temporal trends were analyzed throughout the period, as well as differences according to age and sex.

Results: Toxic agents were present in 9.8% of recorded suicides, being more commonly used by the women. Suicide by non-toxic violent agents have declined in recent years ($p = 0.002$). The geographical pattern in suicides according to the chosen method is heterogeneous. In Cantabria, suicide by hanging was the most commonly chosen method (50.2% of the total).

Conclusions: Toxic agents are relatively infrequent in self-inflicted deaths, which could be attributed to their lower lethality (compared to other active methods such as jumping from height or hanging) and to the effectiveness of medical measures against poisoning. The Boletín Estadístico de Defunción Judicial may not be a completely reliable source for conducting epidemiological studies, due to the cause of death being recorded by non-medical personnel without access to the full medical history of the patients.

Key words: Suicide. Poisoning. Hanging. Precipitation. Spain.

Introducción

El suicidio, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el acto deliberado que realiza una persona para provocarse la muerte, es la segunda causa de muerte en los adultos jóvenes¹, y en España la principal causa de muerte violenta, seguida de las caídas accidentales².

Para que el suicidio sea considerado la causa de la muerte es necesario que exista la voluntad o intencionalidad del sujeto de provocarse la muerte, o al menos de autolesionarse y que la muerte haya sido consecuencia de estas lesiones autoprovocadas.

Los métodos para llevar a cabo un suicidio varían en función del país, la cultura, la época y las características demográficas, como la raza, el sexo, la edad y el medio rural o urbano (mar, vía férrea, zona agrícola-pesticidas). Asimismo, la accesibilidad, la oportunidad y la aceptación sociocultural también son variables determinantes³.

A lo largo de la historia han existido diferentes clasificaciones del suicidio según el método elegido. Lester⁴ diferencia los métodos activos (ahorcamiento, precipitación, armas de fuego y armas blancas) de los métodos pasivos (gases, drogas o venenos). Por su parte, Isometsa *et al.*⁵ clasifican el suicidio en "violento" y "no violento", y en el segundo grupo incluyen la sumersión y la exposición a tóxicos.

En algunos países, durante las últimas décadas, los suicidios por envenenamiento han cobrado especial protagonismo; así, por ejemplo, en los Estados Unidos este medio es el principal en el 17% de las muertes por esta causa, y además se ha descrito una tendencia ascendente en el empleo de tóxicos como agente autolesivo (especialmente fármacos y drogas de abuso)⁶.

El presente estudio persigue dos objetivos. En primer lugar, analizar el método de suicidio empleado en España entre los años 2000 y 2012, diferenciando los dos supergrupos propuestos por la OMS en la CIE-10 (el envenenamiento y el suicidio por agentes violentos no tóxicos); comparar estos dos medios en todo el país y por provincias, y atender al sexo y al grupo de edad de la víctima. En segundo lugar, analizar de manera detallada los métodos de suicidio empleados en la comunidad autónoma de Cantabria y contrastar en esta región los datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE) con los del Instituto de Medicina Legal (IML).

Metodología

Se solicitaron al INE los datos de muertes por suicidio de un periodo de 13 años (su fuente es el Boletín Estadístico de Defunción Judicial [BEDJ]). Se pidieron microdatos a escala diaria y provincial, incluyendo las variables sexo y grupo de edad al que pertenecía el individuo.

Las causas de muerte analizadas en el trabajo son las incluidas en la décima versión de la CIE-10 con los códigos comprendidos entre X60 y X84, es decir, muertes derivadas de lesiones autoinfligidas intencionalmente. Las causas se agruparon en dos supergrupos según interviniera o no un agente tóxico. Así, se definió un primer grupo, "envenenamiento autoinfligido intencionalmente", en el cual se incluyeron suicidios pasivos en los que la causa de la muerte fue un tóxico (consumo de fármacos, drogas, alcohol, disolventes, plaguicidas y gases, entre otros), se incorporaron todas las muertes con códigos comprendidos entre el X60 y el X69 de la clasificación CIE-10; y un segundo grupo en el cual, aunque pudieron estar presentes los tóxicos, la muerte fue consecuencia de otro medio, calificado como "agente violento no tóxico" (se incluyen el ahorcamiento, el disparo, el empleo de un objeto cortante, etc.), muertes con códigos comprendidos entre X70 y X84 (en la Tabla 1 se especifica el método concreto de cada código CIE).

En todo el país se estudió el porcentaje que representaba anualmente cada grupo causal y se empleó el test no paramétrico tau-b de Kendall para evaluar si existía una variación anual estadísticamente significativa en la elección de un medio u otro a lo largo de los 13 años. El mismo test se usó para evaluar si había una tendencia estadísticamente significativa en los suicidios cometidos durante los 13 años por alguna de las dos vías.

Para analizar la distribución geográfica de las defunciones, inicialmente se calculó la tasa de mortalidad por suicidio de todas las provincias de España y luego se estandarizaron las tasas, para lo que se empleó el método de ajuste directo. Se eligió como población de referencia la de todo el país en el año 2000, eliminando de esta manera el sesgo de confusión que introduce la diferente pirámide de población de cada lugar. A partir de las tasas estandarizadas anuales se obtuvo la mediana del periodo. Para la creación de los mapas se optó por el sistema de información geográfica de código libre (QGIS).

Tabla 1.
Número de suicidios por los distintos agentes causales en Cantabria entre 2000 y 2012.

Suicidios en Cantabria (2000-2012)						
	Causa CIE-10		Número de casos			Porcentaje
	Código	Nombre largo	Mujer	Varón	Total	
Agente tóxico	X60	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos	0	0	0	0,00%
	X61	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparksonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte	1	2	3	0,83%
	X62	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos), no clasificados en otra parte	0	1	1	0,28%
	X63	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo	0	0	0	0,00%
	X64	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados	2	4	6	1,66%
	X65	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición al alcohol	1	0	1	0,28%
	X66	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores	0	0	0	0,00%
	X67	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a disolventes a otros gases y vapores	2	2	4	1,11%
	X68	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas	0	0	0	0,00%
	X69	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas y los no especificados	0	1	1	0,28%
Agente no tóxico (medios activos)	X70	Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	31	151	182	50,42%
	X71	Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión	5	6	11	3,05%
	X72	Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta	0	6	6	1,66%
	X73	Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga	0	9	9	2,49%
	X74	Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas	3	15	18	4,99%
	X75	Lesión autoinfligida intencionalmente por material explosivo	0	0	0	0,00%
	X76	Lesión autoinfligida intencionalmente por humo, fuego y llamas	0	1	1	0,28%
	X77	Lesión autoinfligida intencionalmente por vapor de agua, vapores y objetos calientes	0	1	1	0,28%
	X78	Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante	1	6	7	1,94%
	X79	Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto romo o sin filo	0	0	0	0,00%
	X80	Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado	28	54	82	22,71%
	X81	Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojar o colocarse delante de objeto en movimiento	1	3	4	1,11%
	X82	Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo de motor	1	2	3	0,83%
	X83	Lesión autoinfligida intencionalmente por otros medios especificados	0	1	1	0,28%
	X84	Lesión autoinfligida intencionalmente por otros medios no especificados	9	11	20	5,54%

Posteriormente se analizó de forma detallada el método de suicidio empleado en Cantabria, provincia costera localizada en el norte de España, durante el mismo periodo de tiempo (2000-2012). La fuente de los datos por categorías concretas (sin agrupar) fue el Instituto Cántabro de Estadística.

Resultados

Los métodos de suicidio por agentes violentos no tóxicos fueron los más frecuentemente empleados para suicidarse (X70-X84), representando el 90,2% del total de los suicidios cometidos. Al analizar el medio atendiendo al sexo se encontró que en los varones este porcentaje es ligeramente superior, pues en el 92,1% de los casos emplearon esta vía, mientras que en las mujeres fue elegida en el 83,9% de los suicidios.

El análisis a lo largo de los 13 años comprendidos entre 2000 y 2012 muestra que el método elegido ha ido variando en las mujeres, aumentado la fracción que corresponde a exposición a agentes tóxicos (τ -b de Kendall = 0,615; $p = 0,003$) en detrimento del resto de medios físicos (Figura 1), mientras que en los varones la proporción se ha mantenido estable ($p > 0,05$).

Al evaluar la tendencia sobre la tasa anual de suicidios por ambos métodos, se aprecia que las variacio-

nes en la proporción se deben a que los suicidios por agentes violentos no tóxicos han ido disminuyendo a lo largo de los 13 años (Figura 2). Cabe destacar que no hubo variaciones significativas en los suicidios por envenenamiento en el periodo analizado ($p > 0,05$).

Los resultados del análisis por grupos de edad muestran que en los menores de 15 años solo en un 3% de los suicidios se eligió la exposición a un tóxico como método lesivo, y que en los tres grupos de edad descritos previamente los agentes violentos no tóxicos fueron predominantes, especialmente en los mayores de 64 años.

El estudio provincial sobre el empleo de ambos medios se muestra en la Figura 3. Las mayores tasas de suicidio por envenenamiento se dieron en Almería (con 25,2 suicidios por millón de habitantes) y Tenerife (con 20,6 suicidios por millón de habitantes), y las tasas mínimas se registraron en tres provincias, donde la mediana en el periodo fue de 0 suicidios por millón de habitantes, que fueron Palencia, Segovia y Soria.

En lo referente a las muertes autoinfligidas por agentes violentos no tóxicos es destacable que en el sur y el oeste de la Península se registraron las mayores tasas; en concreto, en las provincias de Málaga (con 132,6 suicidios por millón de habitantes) y La Coruña (con 129,8 suicidios por millón de habitantes) se alcanzaron los máximos. En el extremo opuesto, Madrid, con 44,2 suicidios por millón de habitantes,

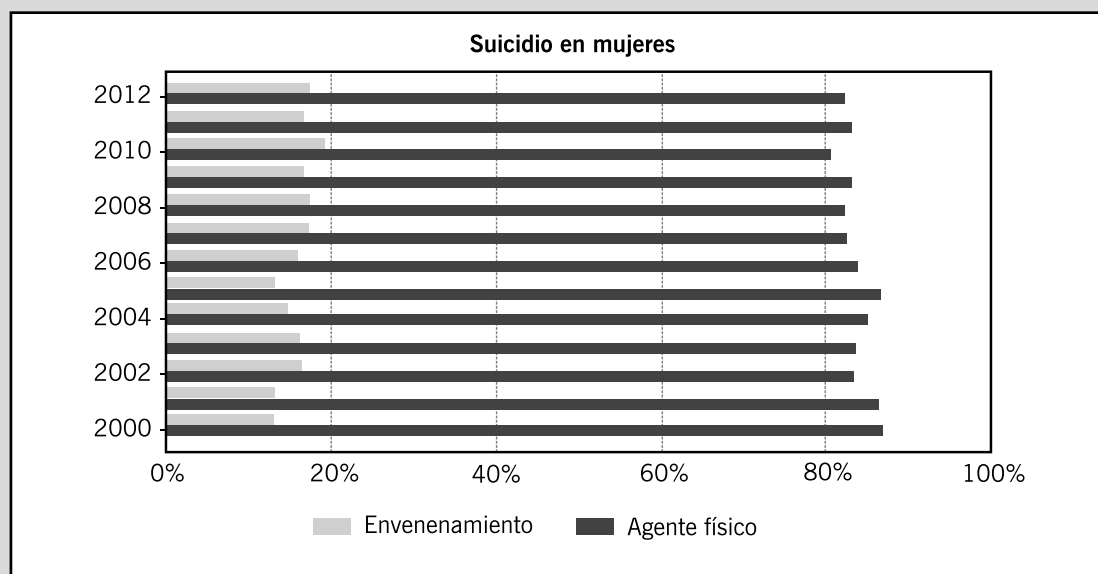


Figura 1. Proporción de los suicidios por envenenamiento frente al resto de los medios en mujeres en el periodo comprendido entre 2000 y 2012 en España.

Figura 3.

Distribución de las tasas de suicidio en España por agentes violentos no tóxicos en el periodo comprendido entre 2000 y 2012 (ambos inclusive).

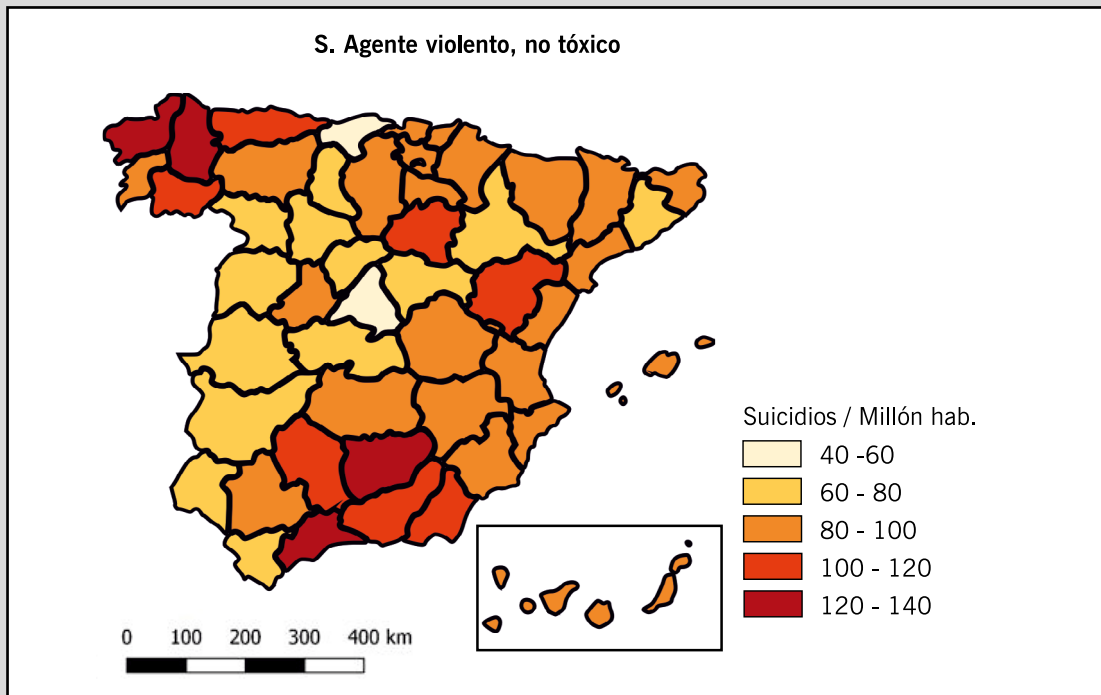
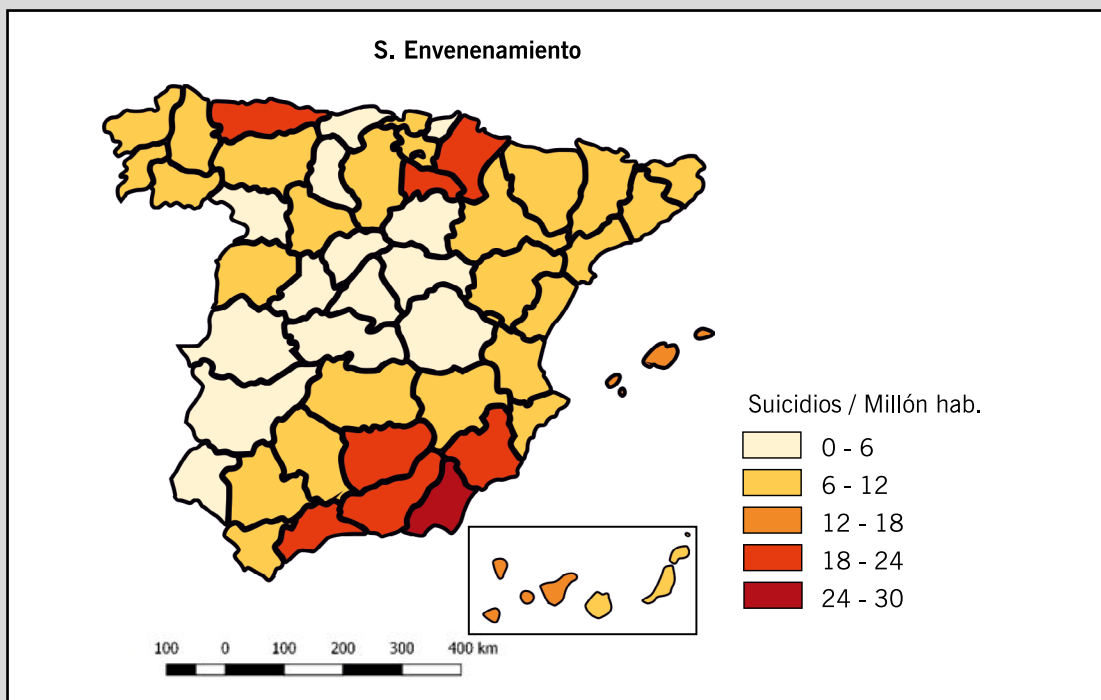


Figura 4.

Distribución de las tasas de suicidio en España por envenenamiento en el periodo comprendido entre 2000 y 2012 (ambos inclusive).



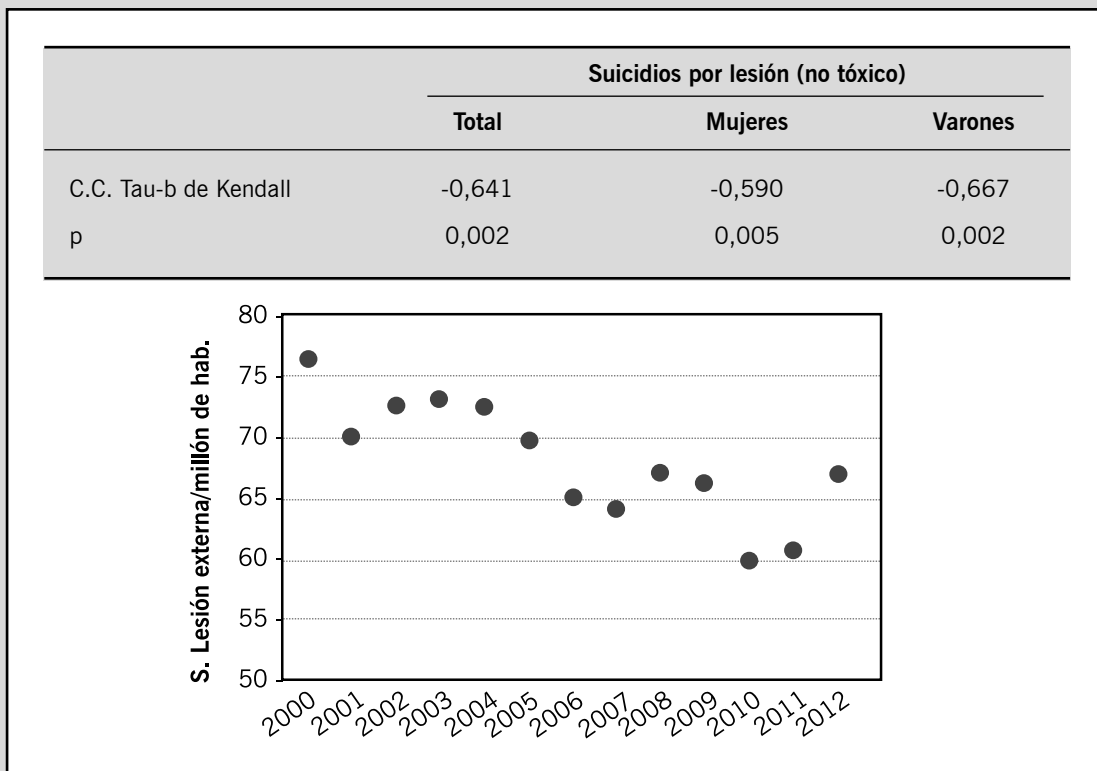


Figura 2.
Tendencia de la tasa de los suicidios en España causados por agentes violentos no tóxicos en los 13 años de estudio (2000-2012).

y Cantabria con 55,5 suicidios por millón de habitantes, registraron las menores tasas.

La comparación de ambos métodos muestra que la mayor ratio entre suicidios por agentes violentos no tóxicos y suicidios por agente tóxico, a escala provincial, se observa en Soria, donde por cada 110 suicidios por agentes violentos no tóxicos hubo 0 suicidios por envenenamiento. Por el contrario, la menor ratio corresponde a Tenerife, con cuatro suicidios por agentes violentos no tóxicos/suicidio por envenenamiento.

El análisis detallado de los métodos específicos empleados para suicidarse en Cantabria muestra que las muertes autoinfligidas voluntariamente por envenenamiento supusieron el 4,6% del total de los suicidios, siendo en su mayor parte (el 37,5%) provocadas por la exposición a drogas y medicamentos no especificados y sustancias biológicas (CIE-10 X64). Por su parte, en el grupo mayoritario de suicidios, que corresponde a aquellos en los que se emplean agentes violentos no tóxicos, el suicidio por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (CIE-10 X70)

fue el más frecuente, representando el 52,7% de los suicidios dentro de su grupo y el 50,4% con respecto a las cifras totales de muertes por suicidio. La muerte autoprovocada por precipitación (CIE-10 X80) ocupa el segundo medio más elegido (Tabla 1).

Discusión

Los principales resultados obtenidos en el presente trabajo son: 1) en España, la mayor parte de las muertes por suicidio son por agentes violentos no tóxicos, y los suicidios por estos siguieron una tendencia descendente y estadísticamente significativa; 2) los suicidios por envenenamiento tienen mayor representatividad en las mujeres que en los varones; 3) la distribución de la elección de los medios para llevar a cabo un suicidio es heterogénea en el país; y 4) más de la mitad de los suicidios en Cantabria a lo largo de los 13 años fueron por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación. El segundo medio más empleado en esta región fue la precipitación, y en cuanto a los medios tóxicos, fue en el grupo con

código X64, en la CIE-10 "exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas y los no especificados", en el que más suicidios se clasificaron.

En nuestro estudio encontramos que los envenenamientos como causa de suicidio tienen una representatividad inferior a los agentes violentos no tóxicos, como ocurre en otros países desarrollados⁶. Cuando el método empleado es uno o varios agentes tóxicos, la intervención por parte de los sanitarios puede ser más efectiva, ya que los agentes tóxicos a los que tiene acceso la población general han sido notablemente estudiados y hay medidas que, realizadas en las primeras horas (eliminación, neutralización y uso de antidotos), paliar el daño que produciría el tóxico en el organismo y consiguen evitar la muerte de la persona⁷. Es posible que esto justifique el notablemente inferior porcentaje que representa el envenenamiento como causa de muerte por suicidio respecto al resto de medios físicos encontrado en nuestros resultados, pues se están analizando los suicidios, no las tentativas.

Por su parte, la distribución geográfica en los suicidios por ambos medios y las marcadas ratios en algunas provincias hacen que nos planteemos qué puede llevar a emplear más un medio que otro según el área. Cabe destacar que, si bien la accesibilidad va a ser determinante, es posible que en zonas que concentran altas tasas de muerte por envenenamiento exista una mayor dificultad de acceso a los servicios sanitarios, por lo que la atención en caso de intoxicación se retarde y no sea efectiva. Hay regiones, como Madrid, donde la mayor parte de la población se concentra en torno a la capital de la provincia, mientras que en otras es mayor el porcentaje de habitantes que vive en pueblos pequeños que pueden no estar dotados de infraestructura y personal sanitario^{8,9}; esta explicación ha sido empleada por otros autores para justificar por qué hay más muertes en entornos rurales¹⁰.

El estudio detallado de las causas de suicidio en Cantabria muestra que el ahorcamiento, el estrangulamiento o la sofocación son el método principal. En el grupo de suicidios por envenenamiento cabe mencionar que sorprende que el "envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados" sea el más recurrente; en esta categoría se especifica "otras" pues los fármacos y las drogas más comúnmente recetados y consumidos se encuentran especificados en otros códigos de la CIE. Dado que la mayoría de los estudios realizados en otros países recogen que son los analgésicos y los sedantes los fármacos más empleados¹¹⁻¹³, nos planteamos que tal vez nuestro resultado se deba a una inexactitud en la clasificación de los datos. Como

se ha especificado, los datos que llegan a los organismos estatales tienen como fuente el BEDJ, y en este boletín la causa es especificada por el funcionario del juzgado que lleva la instrucción, tras un informe de adelanto realizado por el forense, y habitualmente la rellena en un corto periodo de tiempo, cuando el forense ha determinado la causa de muerte inmediata (por ejemplo, hipoxia cerebral), pero no la principal (por ejemplo, suicidio por ahorcamiento), por estar a la espera de los resultados de la autopsia o porque los resultados del análisis de muestras por el Instituto Nacional de Toxicología se encuentran pendientes de determinar (como ocurre en el caso de análisis de tóxicos). En este contexto es posible que, ante un suicidio por envenenamiento con resultados pendientes y desconociendo aún el agente implicado, la persona que completa el BEDJ opte por la categoría CIE más genérica, que es "otras causas".

Además, en el presente estudio, a la vista de los resultados se recurrió a los datos de suicidio registrados en el IML de Cantabria de dos años elegidos arbitrariamente del periodo analizado (2008 y 2012), y se hizo una revisión manual, apreciando que existía una desviación entre estos y los que aportó el INE (el número de muertes por suicidio en estos años registrado en el IML fue superior a los que contabilizó el INE), lo que apoyaría el planteamiento antes presentado. Esta discordancia entre los datos ha sido descrita por otros autores. En Tarragona, en 2016 se realizó un estudio con el objetivo de evaluar el impacto de la pérdida de información sobre las estadísticas oficiales de suicidio y poner de relieve la importancia de la información de origen forense. Se concluyó que la recuperación de datos en las muertes por suicidio a partir de las fuentes de datos forenses mejora la información estadística, corrige su infradeclaración y amplía el conocimiento sobre el método de suicidio y las características personales de las personas implicadas¹⁴. Además, Giner y Guija¹⁵, en 2014, propusieron una posible solución a este problema: que el encargado de cumplimentar los datos de muerte con intervención judicial fuese el mismo médico forense que realiza el informe de autopsia y que remite al Juzgado de Instrucción. Esta medida no se ha implementado y el error de registro continúa, lo que supone una limitación en los trabajos de investigación epidemiológica sobre muerte violenta realizados en nuestro país.

Para finalizar, nos gustaría expresar que consideramos que conocer el tipo de suicidio que se lleva a cabo en áreas concretas del país es una herramienta de alerta y permite adecuar los protocolos de actuación y las estrategias de prevención.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Suicidio. Nota descriptiva. Septiembre 2016. (Consultado el 8 de febrero de 2016.) Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
2. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de la muerte. Año 2013. Nota de prensa 2015. (Consultado el 24 de enero de 2017.) Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>
3. Mansilla Izquierdo F. Suicidio y prevención. Palma de Mallorca: InterSalud; 2010.
4. Lester D. Seasonal variation in suicidal deaths by each method. *Psychol Rep.* 1985;56:650.
5. Isometsä ET, Henriksson MM, Aro HM, Heikkinen ME, Kuoppasalmi KI, Lönnqvist JK. Suicide in major depression. *Am J Psychiatry.* 1994;151:530-6.
6. Tesfazion AA. Emergency department visits for drug-related suicide attempts among middle-aged adults aged 45 to 64. The CBHSQ Report; August 7, 2014.
7. Zakharov S, Navratil T, Pelclova D. Non-fatal suicidal self-poisonings in children and adolescents over a 5-year period (2007-2011). *Basic Clin Pharmacol Toxicol.* 2013;112:425-30.
8. García-González J, Rodríguez-Rodríguez P. «Breaking barriers»: an integral programme to prevent dependency and provide services for elderly individuals in rural areas. *Revista Española de Geriátria y Gerontología.* 2005;40:22-3.
9. Monreal-Bosch P, Del Valle A, Perera S. Activando municipios para la promoción de la salud: un estudio de caso en comunidades rurales. *Anuario de Psicología.* 2013;43:217-35.
10. Raatiniemi L, Steinvik T, Liisanantti J, Ohtonen P, Martikainen M, Alahuhta S, et al. Fatal injuries in rural and urban areas in northern Finland: a 5-year retrospective study. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2016;60:668-76.
11. Le Vaillant J, Pellerin L, Brouard J, Nimal-Cuvillon D. A prospective study on suicide attempts by self-poisoning in adolescents: symptoms and complications. *Arch Pediatr.* 2016;23:461-7.
12. Aguilera P, Garrido M, Lessard E, Swanson J, Mallon WK, Saldias F, et al. Medication overdoses at a public emergency department in Santiago, Chile. *West J Emerg Med.* 2016;17:75-80.
13. Mintegi S, Azkunaga B, Prego J, Qureshi N, Dalziel SR, Arana-Arri E, et al. International epidemiological differences in acute poisonings in pediatric emergency departments. *Pediatr Emerg Care.* 2017 Jan 24. doi: 10.1097/PEC.0000000000001031. [Epub ahead of print]
14. Barbería E, Gispert R, Galloa B, Ribas G, Puigdefàbregas A, Freitas A, et al. Improving suicide mortality statistics in Tarragona (Catalonia, Spain) between 2004-2012. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2016 Jul 20. pii: S1888-9891(16)30024-6. doi: 10.1016/j.rpsm.2016.05.004. [Epub ahead of print]
15. Giner L, Guija JA. Number of suicides in Spain: differences between data from the Spanish Statistical Office and the Institutes of Legal Medicine. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2014;7:139-46.