

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA



**LA MORTALIDAD VIOLENTA EN EL PARTIDO
JUDICIAL DE CAMBADOS (1989-1998)**

**MEMORIA PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE
DOCTOR POR Enrique Dorado Fernández**

Bajo la dirección del Doctor:
Fernando Rodes Lloret

Madrid, 2001

ISBN: 84-669-2061-7

TESIS DOCTORAL

**LA MORTALIDAD VIOLENTA EN EL
PARTIDO JUDICIAL DE CAMBADOS
(1989-1998)**

Presentada por D. Enrique Dorado Fernández
Bajo la dirección del Prof. Dr. D. Fernando Rodes Lloret

Facultad de Medicina
Universidad Complutense de Madrid
Madrid, 2001

AGRADECIMIENTOS

Es justo, y al tiempo muy grato, expresar mi agradecimiento a cuantas personas me han ayudado, de un modo u otro, en la realización de esta Tesis que ahora se presenta.

En un lugar destacado, a Fernando Rodes, director de la Tesis y amigo, quien desde el primer momento me ha brindado su estímulo y constante ayuda para realizar el trabajo.

A Carmen Franco y Luisa Barrio, por su imprescindible colaboración en la recopilación del material en los Juzgados.

A María Herrera, en quien siempre encontramos su magnífica disposición para facilitarnos el trabajo, y a José Antonio Sánchez, Tutor del mismo.

Y, fundamentalmente, a mi mujer, María Luisa, por su incondicional apoyo y ayuda en todo mi quehacer profesional, entre otros la elaboración de la presente Tesis.

INDICE

	Págs.
I. INTRODUCCIÓN	1
1. Presentación.....	1
2. Objetivos.....	3
II. MATERIAL Y MÉTODO	5
1. Material.....	5
1.1. Fuentes utilizadas.....	5
1.2. Límites cronológicos.....	6
1.3. Características geográficas.....	6
1.4. Características poblacionales.....	11
2. Método.....	16
III. EXPOSICIÓN DE RESULTADOS	23
1. Muertes.....	23
Judiciales.....	
1.1. Introducción.....	23
1.2. Variables analizadas.....	24
1.3. Relativos a la filiación.....	31
1.3.1. Sexo.....	31
1.3.2. Edad.....	32
1.3.3. Década de edad.....	33
1.3.4. Estado civil.....	34
1.3.5. Profesión.....	35
1.3.6. Comunidad Autónoma.....	35
1.3.7. Provincia gallega.....	36
1.3.8. Municipio.....	36
1.4. Relativos a los hechos.....	37
1.4.1. Hora del fallecimiento.....	37
1.4.2. Intervalo horario.....	38
1.4.3. Día de la semana.....	39
1.4.4. Día del mes.....	40
1.4.5. Mes.....	42
1.4.6. Año.....	43
1.4.7. Estación.....	44
1.4.8. Fase lunar.....	45
1.4.9. Carácter laboral.....	45
1.4.10. Lugar de la muerte.....	46

1.4.11.	Lugar del levantamiento.....	47
1.4.12.	Patologías previas.....	48
1.4.13.	Antecedentes de dependencia.....	48
1.5.	Actividad autopsica.....	49
1.5.1.	Práctica de autopsia.....	49
1.5.2.	Lugar.....	50
1.5.3.	Médico forense.....	50
1.5.4.	Estudios complementarios.....	51
1.5.5.	Tipo de estudio.....	52
1.5.6.	Resultados toxicológicos.....	53
1.6.	Relativos a la etiología.....	54
1.6.1.	Etiología médico legal.....	54
1.7.	Relaciones	55
	bifactoriales.....	
1.7.1.	Con el sexo.....	55
1.7.2.	Con el estado civil.....	59
1.7.3.	Con la década de edad.....	61
1.7.4.	Con la fase lunar.....	62
1.7.5.	Con las patologías previas.....	63
1.7.6.	Con la dependencia.....	64
1.7.7.	Con el carácter laboral.....	65
1.7.8.	Con la práctica de autopsia.....	65
1.7.9.	Con el municipio.....	66
1.7.10.	Con la etiología médico legal.....	66
2.	Muertes	72
	Naturales.....	
2.1.	Introducción.....	72
2.2.	Variables analizadas.....	73
2.3.	Relativos a la filiación.....	83
2.3.1.	Sexo.....	83
2.3.2.	Edad.....	84
2.3.3.	Década de edad.....	85
2.3.4.	Estado civil.....	86
2.3.5.	Profesión.....	87
2.3.6.	Comunidad Autónoma.....	87
2.3.7.	Provincia gallega.....	88
2.3.8.	Municipio.....	88
2.4.	Relativos a los hechos.....	89
2.4.1.	Hora del fallecimiento.....	89
2.4.2.	Intervalo horario.....	90
2.4.3.	Día de la semana.....	91
2.4.4.	Día del mes.....	92
2.4.5.	Mes.....	94
2.4.6.	Año.....	95
2.4.7.	Estación.....	96
2.4.8.	Fase lunar.....	97
2.4.9.	Carácter laboral.....	98
2.4.10.	Lugar de la muerte.....	99

2.4.11.	Lugar del levantamiento.....	100
2.4.12.	Patologías previas.....	101
2.4.13.	Antecedentes de dependencia.....	101
2.5.	Actividad autopsica.....	102
2.5.1.	Práctica de autopsia.....	102
2.5.2.	Estudios complementarios.....	103
2.5.3.	Tipo de estudio.....	104
2.5.4.	Resultados toxicológicos.....	105
2.6.	Relativos a la etiología.....	106
2.6.1.	Causa de judicialización.....	106
2.6.2.	Clasificación CIE- 9.....	106
2.6.3.	Patología orgánica.....	107
2.7.	Relaciones bifactoriales.....	108
2.7.1.	Con el sexo.....	108
2.7.2.	Con el estado civil.....	112
2.7.3.	Con la década de edad.....	113
2.7.4.	Con la fase lunar.....	114
2.7.5.	Con las patologías previas.....	115
2.7.6.	Con la dependencias.....	117
2.7.7.	Con la judicialización.....	118
2.7.8.	Con la causa orgánica.....	119
3.	Muertes	123
	Violentas.....	
3.1.	Introducción.....	123
3.2.	Variables analizadas.....	124
3.3.	Relativos a la filiación.....	132
3.3.1.	Sexo.....	132
3.3.2.	Edad.....	133
3.3.3.	Década de edad.....	134
3.3.4.	Estado civil.....	135
3.3.5.	Profesión.....	136
3.3.6.	Comunidad Autónoma.....	136
3.3.7.	Provincia gallega.....	137
3.3.8.	Municipio.....	137
3.4.	Relativos a los hechos.....	138
3.4.1.	Hora del fallecimiento.....	138
3.4.2.	Intervalo horario.....	139

3.4.3.	Día de la semana.....	140
3.4.4.	Día del mes.....	141
3.4.5.	Mes.....	143
3.4.6.	Año.....	144
3.4.7.	Estación.....	145
3.4.8.	Fase lunar.....	146
3.4.9.	Carácter laboral.....	146
3.4.10.	Lugar de la muerte.....	147
3.4.11.	Lugar del levantamiento.....	148
3.4.12.	Patologías previas.....	149
3.4.13.	Antecedentes de dependencia.....	149
3.5.	Actividad autopsica.....	150
3.5.1.	Práctica de autopsia.....	150
3.5.2.	Estudios complementarios.....	151
3.5.3.	Tipo de estudio.....	152
3.5.4.	Resultados toxicológicos.....	153
3.6	Relativos a la Etiología.....	154
3.6.1.	Etiología médico legal	154
3.6.2.	Clasificación CIE-9.....	155
3.6.3.	Localización de las lesiones.....	156
3.7.	Relaciones bifactoriales.....	157
3.7.1.	Con el sexo.....	157
3.7.2.	Con el estado civil.....	160
3.7.3.	Con el municipio.....	161
3.7.4.	Con la década de edad.....	162
3.7.5.	Con la fase lunar.....	163
3.7.6.	Con las patologías previas.....	164
3.7.7.	Con las dependencia.....	164
3.7.8.	Con la etiología médico legal.....	165
3.7.9.	Con la localización lesional.....	170
3.7.10.	Con los resultados toxicológicos.....	171
4.	Homicidios.....	173
.....		
4.1.	Introducción.....	173
4.2.	Variables analizadas.....	173
4.3.	Relativos a la filiación.....	182
4.3.1.	Sexo.....	182
4.3.2.	Edad.....	182
4.3.3.	Década de edad.....	183
4.3.4.	Estado civil.....	183
4.3.5.	Profesión.....	184
4.3.6.	Comunidad Autónoma.....	184
4.3.7.	Provincia gallega.....	185
4.3.8.	Municipio.....	185
4.4.	Relativos a los hechos.....	186
4.4.1.	Hora del fallecimiento.....	186
4.4.2.	Intervalo horario.....	186
4.4.3.	Día de la semana.....	187

4.4.4.	Día del mes.....	187
4.4.5.	Mes.....	187
4.4.6.	Año.....	188
4.4.7.	Estación.....	188
4.4.8.	Fase lunar.....	188
4.4.9.	Carácter laboral.....	189
4.4.10.	Lugar de la muerte.....	189
4.4.11.	Lugar del levantamiento.....	189
4.4.12.	Patologías previas.....	190
4.4.13.	Antecedentes de dependencia.....	190
4.5.	Actividad autopsica.....	191
4.5.1.	Práctica de autopsia.....	191
4.5.2.	Estudios complementarios.....	191
4.5.3.	Resultados toxicológicos.....	191
4.6.	Relativos a la etiología.....	192
4.6.1.	Mecanismo.....	192
4.6.2.	Armas de fuego.....	193
	4.6.2.1. Tipo de arma.....	193
	4.6.2.2. Nº de disparos.....	193
	4.6.2.3. Distancia.....	193
5.	Suicidios.....	194
.....		
5.1.	Introducción.....	194
5.2.	Variables analizadas.....	194
5.3.	Relativos a la filiación.....	204
5.3.1.	Sexo.....	204
5.3.2.	Edad.....	205
5.3.3.	Década de edad.....	206
5.3.4.	Estado civil.....	207
5.3.5.	Profesión.....	208
5.3.6.	Comunidad Autónoma.....	208
5.3.7.	Provincia gallega.....	209
5.3.8.	Municipio.....	209
5.4.	Relativos a los hechos.....	210
5.4.1.	Hora del fallecimiento.....	210
5.4.2.	Intervalo horario.....	211
5.4.3.	Día de la semana.....	212
5.4.4.	Día del mes.....	213
5.4.5.	Mes.....	214
5.4.6.	Año.....	215
5.4.7.	Estación.....	216
5.4.8.	Fase lunar.....	217
5.4.9.	Lugar de la muerte.....	218
5.4.10.	Lugar del levantamiento.....	218
5.4.11.	Patologías previas.....	219
5.4.12.	Antecedentes de dependencia.....	219
5.5.	Actividad autopsica.....	220
5.5.1.	Práctica de autopsia.....	220

5.5.2.	Estudios complementarios.....	220
5.5.3.	Tipo de estudio.....	221
5.5.4.	Resultados toxicológicos.....	222
5.6.	Relativos a la etiología.....	223
5.6.1.	Intentos previos.....	223
5.6.2.	Documentos de despedida.....	223
5.6.3.	Mecanismo.....	224
5.6.4.	Suicidio por sumersión.....	225
5.6.5.	Suicidio por intoxicación.....	225
5.6.6.	Suicidio por arma de fuego.....	225
5.7.	Relaciones bifactoriales.....	226
5.7.1.	Con el sexo.....	226
5.7.2.	Con la década de edad.....	229
5.7.3.	Con la estado civil.....	230
5.7.4.	Con los intentos previos.....	231
5.7.5.	Con los documentos de despedida.....	232
5.7.6.	Con el mecanismo.....	233
5.7.7.	Con el lugar de la sumersión.....	236
6.	Suicidios por	237
	Ahorcadura.....	
6.1.	Introducción.....	237
6.2.	Relativos a la filiación.....	238
6.2.1.	Sexo.....	238
6.2.2.	Edad.....	238
6.2.3.	Década de edad.....	239
6.2.4.	Estado civil.....	240
6.2.5.	Profesión.....	241
6.2.6.	Comunidad Autónoma.....	241
6.2.7.	Provincia gallega.....	242
6.2.8.	Municipio.....	242
6.3.	Relativos a los hechos.....	243
6.3.1.	Hora del fallecimiento.....	243
6.3.2.	Intervalo horario.....	244
6.3.3.	Día de la semana.....	245
6.3.4.	Día del mes.....	246
6.3.5.	Mes.....	247
6.3.6.	Año.....	248
6.3.7.	Estación.....	249
6.3.8.	Fase lunar.....	250
6.3.9.	Lugar de la muerte.....	251
6.3.10.	Lugar del levantamiento.....	251
6.3.11.	Patologías previas.....	252
6.3.12.	Antecedentes de dependencia.....	252
6.4.	Actividad autopsica.....	253
6.4.1.	Práctica de autopsia.....	253
6.4.2.	Estudios complementarios.....	254
6.4.3.	Tipo de estudio.....	254
6.4.4.	Resultados toxicológicos.....	255

6.5. Relativos a la etiología.....	256
6.5.1. Intentos previos.....	256
6.5.2. Documentos de despedida.....	256
6.5.3. Tipo de ahorcadura.....	257
6.5.4. Lazo.....	258
6.5.5. Nudo.....	258
6.5.6. Punto de sujeción.....	258
6.6. Relaciones bifactoriales.....	259
6.6.1. Con el sexo.....	259
6.6.2. Con la década.....	264
6.6.3. Con el estado civil.....	265
6.6.4. Con los intentos previos.....	266
6.6.5. Con los documentos de despedida.....	267
6.6.6. Con el tipo de ahorcadura.....	268
6.6.7. Con el nudo.....	270
6.6.8. Con el punto de sujeción.....	270
7. Muertes.....	271
Accidentales.....	
7.1. Introducción.....	271
.....	
7.2. Variables analizadas.....	271
7.3. Relativos a la filiación.....	282
7.3.1. Sexo.....	282
7.3.2. Edad.....	282
7.3.3. Década de edad.....	283
7.3.4. Estado civil.....	284
7.3.5. Profesión.....	285
7.3.6. Comunidad Autónoma.....	285
7.3.7. Provincia gallega.....	286
7.3.8. Municipio.....	286
7.4. Relativos a los hechos.....	287
7.4.1. Hora del fallecimiento.....	287
7.4.2. Intervalo horario.....	287
7.4.3. Día de la semana.....	288
7.4.4. Día del mes.....	289
7.4.5. Mes.....	290
7.4.6. Año.....	291
7.4.7. Estación.....	292
7.4.8. Fase lunar.....	293
7.4.9. Carácter laboral.....	294
7.4.10. Lugar de la muerte.....	294
7.4.11. Lugar del levantamiento.....	295
7.4.12. Patologías previas.....	295
7.4.13. Antecedentes de dependencia.....	295
7.5. Actividad autopsica.....	296
7.5.1. Práctica de autopsia.....	296
7.5.2. Estudios complementarios.....	297
7.5.3. Tipo de estudio.....	297

7.5.4.	Resultados toxicológicos.....	298
7.6.	Relativos a la etiología.....	299
7.6.1.	Tipo de accidente	299
7.6.2.	Accidente por sumersión. Tipo.....	300
7.6.3.	Accidente por intoxicación. Tóxico...	301
7.6.4.	Electrocución. Voltaje.....	301
7.6.5.	Electrocución. Fuente	301
7.7.	Relaciones bifactoriales.....	302
7.7.1.	Con el sexo.....	302
7.7.2.	Con el estado civil.....	306
7.7.3.	Con el municipio.....	308
7.7.4.	Con la década.....	309
7.7.5.	Con la fase lunar.....	310
7.7.6.	Con los resultados toxicológicos.....	311
7.7.7.	Con las patologías previas.....	312
7.7.8.	Con el tipo de accidente.....	313
8.	Accidentes de Tráfico	318
8.1.	Introducción.....	318
8.2.	Relativos a la filiación.....	319
8.2.1.	Sexo.....	319
8.2.2.	Edad.....	320
8.2.3.	Década de edad.....	321
8.2.4.	Estado civil.....	322
8.2.5.	Profesión.....	323
8.2.6.	Comunidad Autónoma.....	323
8.2.7.	Provincia gallega.....	324
8.2.8.	Municipio.....	324
8.3.	Relativos a los hechos.....	325
8.3.1.	Hora del fallecimiento.....	325
8.3.2.	Intervalo horario.....	325
8.3.3.	Día de la semana.....	326
8.3.4.	Día del mes.....	327
8.3.5.	Mes.....	328
8.3.6.	Año.....	329
8.3.7.	Estación.....	330
8.3.8.	Fase lunar.....	331
8.3.9.	Carácter laboral.....	332
8.3.10.	Lugar de la muerte.....	332
8.3.11.	Lugar del levantamiento.....	333
8.3.12.	Patologías previas.....	333
8.3.13.	Antecedentes de dependencia.....	333
8.4.	Actividad autopsica.....	334
8.4.1.	Práctica de autopsia.....	334
8.4.2.	Estudios complementarios.....	334
8.4.3.	Tipo de estudios.....	335
8.4.4.	Resultados toxicológicos.....	336
8.5.	Relativos a la etiología.....	337

8.5.1.	Ubicación del fallecido.....	337
8.5.2.	Mecanismo.....	338
8.5.3.	Estado de la calzada.....	339
8.5.4.	Vehículo y atropello.....	339
8.5.5.	Existencia de lesionados.....	340
8.5.6.	Número de víctimas mortales.....	340
8.5.7.	Localización lesional.....	340
8.6.	Relaciones bifactoriales.....	341
8.6.1.	Con el sexo.....	341
8.6.2.	Con el estado civil.....	344
8.6.3.	Con la década.....	345
8.6.4.	Con la ubicación del fallecido.....	346
8.6.5.	Con el mecanismo.....	348
8.6.6.	Con el estado de la calzada.....	349
8.6.7.	Con la localización de las lesiones.....	351
9.	Accidentes por	353
	Sumersión.....	
9.1.	Relativos a la filiación.....	353
9.1.1.	Sexo.....	353
9.1.2.	Edad.....	354
9.1.3.	Década de edad.....	355
9.1.4.	Estado civil.....	356
9.1.5.	Profesión.....	357
9.1.6.	Comunidad Autónoma.....	357
9.1.7.	Provincia gallega.....	358
9.1.8.	Municipio.....	358
9.2.	Relativos a los hechos.....	359
9.2.1.	Hora del fallecimiento.....	359
9.2.2.	Intervalo horario.....	359
9.2.3.	Día de la semana.....	360
9.2.4.	Día del mes.....	361
9.2.5.	Mes.....	362
9.2.6.	Año.....	363
9.2.7.	Estación.....	364
9.2.8.	Fase lunar.....	365
9.2.9.	Carácter laboral.....	366
9.2.10.	Lugar del levantamiento.....	366
9.2.11.	Patologías previas.....	367
9.2.12.	Antecedentes de dependencia.....	367
9.3.	Actividad autopsica.....	368
9.3.1.	Práctica de autopsia.....	368
9.3.2.	Estudios complementarios.....	369
9.3.3.	Tipo de estudios.....	370
9.3.4.	Resultados toxicológicos.....	371
9.4.	Relativos a la etiología.....	372
9.4.1.	Lugar.....	372
9.5.	Relaciones bifactoriales.....	373
9.5.1.	Con el sexo.....	373

9.5.2. Con el estado civil.....	377
9.5.3. Con la década.....	378
9.5.4. Con los resultados toxicológicos.....	379
9.5.5. Con las patologías previas.....	379
9.5.6. Con el lugar de sumersión.....	380
IV. DISCUSIÓN.....	385
1. Muertes judiciales.....	385
2. Muertes naturales.....	407
3. Muertes violentas.....	426
4. Muertes homicidas.....	440
5. Muertes suicidas.....	458
6. Muertes por ahorcadura.....	508
7. Muertes accidentales.....	523
8. Muertes por accidente de tráfico.....	543
V. CONCLUSIONES.....	571
BIBLIOGRAFIA.....	575

I. INTRODUCCIÓN

1. PRESENTACION

Son muy numerosas las ocasiones en que, ante un suceso con resultado de muerte, se requiere la investigación judicial, y de manera especial Médico forense. Fundamentalmente, encaminada a descartar la participación de terceros y, conociendo con la mayor precisión la causa de la muerte y las circunstancias que la han rodado, permitir la aplicación más correcta de la Ley cuando proceda.

Aún cuando en España, con sus características propias, son diversas actuaciones que comprende la actividad Médico forense, sin duda la Patología forense y la actividad tanatológica forman la parte más inherente de su razón de ser.

El presente trabajo doctoral pretende un conocimiento de esta mortalidad, desde la perspectiva directa que brinda la práctica médico forense desde los Juzgados, de esta mortalidad, desde una perspectiva epidemiológica, como se presenta globalmente y en sus diversas modalidades etiológicas.

Como señala Jenicek, los estudios epidemiológicos han traspasado el campo exclusivo de las enfermedades infecciosas, para alcanzar a todos los fenómenos relacionados con la salud, que se presentan como fenómenos de masas.

Algunas de las muertes con implicación judicial, como las suicidas, alcanzan proporciones auténticamente “epidémicas” en las sociedades occidentales, motivando los más diversos estudios y publicaciones específicas, encaminados su conocimiento y prevención. A lo cual, sin duda, pueden contribuir los estudios epidemiológicos médico forenses.

Ha de reseñarse como los hallazgos recogidos en los Institutos forenses, o equivalentes, constituyen una fuente más precisa y directa que otras de carácter oficial. Motivo también para que los análisis médico forenses sobre mortalidad se realicen con regularidad, al menos sobre los parámetros básicos, colaborando así al conocimiento más exacto de su incidencia en nuestro País.

El método básico de análisis ha sido el estadístico, lógico al tratarse de fenómenos que afectan a poblaciones y grupos, no a individuos particulares.

Asimismo, se trata de un estudio retrospectivo, basado en observaciones, sin haberse establecido así ningún determinante previo.

El análisis comienza con un estudio global de la mortalidad judicial, para sucesivamente irse centrando en sus diferentes etiologías, primeramente en dos grandes grupos, la muerte natural y la violenta, y sucesivamente en las modalidades de esta última: homicida, suicida y accidental.

Con un estudio diferenciado, a su vez, de aquellos subgrupos que han tenido una especial relevancia en el partido cambadés, concretamente los suicidios por ahorcadura, las muertes accidentales por sumersión, y las derivadas de accidentes de tráfico.

2. OBJETIVOS

Los objetivos fundamentales, perseguidos en el presente estudio doctoral, han sido:

- 1º Obtener una visión epidemiológica de cómo la mortalidad, con implicación judicial, afecta a la población que integra el partido judicial de Cambados, a lo largo de un periodo de 10 años (1989-1998).
- 2º Describir, y analizar, cada una de las “formas” de muerte judicial.
- 3º Estudiar un número suficientemente amplio de variables, que afectan de manera global a la población, e intrínseca a cada grupo etiológico de muerte.
- 4º Relacionar las distintas variables.
- 5º Comparar los resultados con los de otras poblaciones, fundamentalmente del territorio español y cronológicamente contemporáneas.
- 6º Obtener un perfil de las víctimas, en tanto su conocimiento es básico en el establecimiento de medidas encaminadas a disminuir la mortalidad.
- 7º Colaborar al conocimiento que este tipo de estudios “directos” proporcionan sobre la actividad Médico forense, y sobre las tasas de mortalidad en la población, más precisas que las conseguidas por otras fuentes.

II. MATERIAL Y METODO

1. MATERIAL

1.1. FUENTES UTILIZADAS

Para el estudio se han utilizado los expedientes Judiciales de los Juzgados Nº 1 y Nº 2 de Cambados (Pontevedra). Habiendo previamente consultado los libros de Diligencias Previas y Juicios de Faltas, y el Registro de Asuntos Criminales.

Los datos en los expedientes se obtienen a partir de: los Informes de Autopsia, informes de análisis practicados (en el Hospital General de Pontevedra, INT de Madrid, e IML de Santiago de Compostela), datos del DNI, certificado de Defunción, certificado de Nacimiento, actas de Levantamiento de Cadáver, declaraciones e informes de los equipos policiales.

Se han examinado informes de Autopsia del archivo del IAF de Pontevedra.

Para el cálculo de la población se han consultado: el Censo de Población de 1991, la Renovación del Censo de Población de 1996 y la Revisión del Padrón Municipal de 1998. Asimismo, las Rectificaciones al Padrón de los años 1989, 1990, 1992, 1993, 1994 y 1995.

1.2. LÍMITES CRONOLÓGICOS

El estudio abarca diez años de actividad tanatológica, entre 1989 y 1998, ambos incluidos. Coincidiendo su inicio con la entrada en vigor de la Ley de Demarcación y Planta Judicial, Ley 38/88, que agrupa el Partido Judicial de Cambados en los seis municipios actuales. En el primer año, 1989, existió un solo Juzgado, entrando en funcionamiento el N° 2 en 1990.

El final del periodo, es simultáneo con el cese particular como Médico forense en estos Juzgados.

Se ha considerado que durante esta etapa de 10 años se alcanza un número de casos suficientemente representativo.

1.3. CARACTERÍSTICAS GEOGRAFICAS

LIMITES Y ORGANIZACION

Pontevedra es la menor de las cuatro provincias gallegas. Ocupa una extensión de 4.494,51 km², con un perímetro de 679 km.

Sus límites se los conforman por el norte las provincias de A Coruña y Lugo, en el este Lugo y Orense, en el oeste el Océano Atlántico, y al sur forma frontera internacional con Portugal a través del cauce del río Miño.

A su vez, Pontevedra, como toda provincia, se divide administrativamente en municipios, con un total de 61.

En el ámbito judicial, la Ley Orgánica de Poder Judicial, LOPJ, en su artículo 30 recoge “el Estado se organiza territorialmente a efectos judiciales, en municipios, partidos, provincias y comunidades autónomas”. Y, en la Ley 38/88 de

Demarcación Judicial y Planta Judicial, en el apartado Cuarto de la Exposición de Motivos de ésta Ley se lee “la división territorial de lo judicial no plantea problemas porque se limita a ratificar la división territorial determinada a efectos político administrativos”.

En virtud de dicha Ley de Demarcación, los 61 municipios pontevedreses quedan agrupados en 12 Partidos Judiciales:

- Caldas de Reis
- Cambados
- Cangas de Morrazo
- A Estrada
- Lalín
- Ponteareas
- Pontevedra
- Porriño
- Redondela
- Tui
- Vigo
- Vilagarcía de Arosa

Por otra parte, a nivel nacional, los municipios se subdividen, en ocasiones sin un carácter oficial, en entidades menores, cuya delimitación, organización y competencias se regulan en la legislación vigente en Régimen Local. Son las llamadas Entidades Singulares de Población, cuya definición es: “cualquier área habitable del término municipal, claramente diferenciada del mismo, y que es conocida por una denominación que la identifica sin posibilidad de confusión”.

[155]

Eventualmente, existe una unidad intermedia entre las entidades singulares y el municipio: las Entidades Colectivas de Población. Es el caso de la Parroquia, de gran importancia en Galicia, con personalidad jurídica reconocida en el mismo

Estatuto de Autonomía gallego. Quedando por tanto en Galicia los municipios integrados por Parroquias, que comprenden un núcleo y los lugares que organiza. A este respecto, en la Ley Orgánica 1/81 por la que se aprueba el Estatuto de Autonomía de Galicia, se establece en el artículo 20.2. que corresponde a la Comunidad Autónoma “fijar la delimitación de las demarcaciones territoriales de los órganos jurisdiccionales en Galicia, teniendo en cuenta entre otros los límites de los tradicionales partidos judiciales, y las características geográficas de al población”.

Las entidades singulares que a su vez integran las parroquias, dentro del partido cambadés, ostentan las categorías de lugar, aldea, anejo, caserío y villa.

La extensión del Partido judicial de Cambados es de 190 km². Y los seis municipios que lo integran son, con sus extensiones:

- Cambados: 23,4 km²
- O Grove: 21,9 km²
- Meaño: 27,8 km²
- Meis: 52,4 km²
- Ribadumia: 19,7 km²
- Sanxenxo: 45,1 km²

Seguidamente, se exponen las parroquias que conforman cada uno de los municipios.

CAMBADOS (municipio)

Parroquias:

1. Cambados
2. Castrelo
3. Corbillón
4. Oubiña

5. Vilarinho

O GROVE (municipio)

Parroquias:

1. O Grove (San Martín)
2. O Grove (S. Vicente)

MEAÑO (municipio)

Parroquias:

1. Covas
2. Dena
3. Lores
4. Meaño
5. Padrenda
6. Simes
7. Sil

MEIS (municipio)

Parroquias:

1. Armenteira
2. Meis (San Martiño)
3. Meis (San Salvador)
4. Nogueira (San Lorenzo)
5. Nogueira (San Vicente de Afuera)

6. Nogueira (Sto. Tomé de Afuera)
7. Nogueira (Sto. Tomé y San Vicente)
8. Paradela

RIBADUMIA (municipio)

Parroquias:

1. Barrantes
2. Besomaño
3. Leiro
4. Lois
5. Ribadumia
6. Sisan

SANXENXO (municipio)

Parroquias:

1. Adina
2. Arra
3. Bordons
4. Dorrón
5. Gondar
6. Nantes
7. Noalla
8. Padriñan
9. Vilalonga

1.4. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION

NUMERO DE HABITANTES

La población en los diez años de estudio se ha calculado a partir del censo, sus renovaciones y rectificaciones.

El Padrón municipal es el registro de los vecinos del municipio, correspondiendo su mantenimiento a los ayuntamientos. A partir de sus datos se elabora el censo de población, con cifras de carácter oficial correspondientes al Censo cada 10 años, o a su renovación, cada 5. Asimismo, existen cifras de rectificación del padrón no oficiales con carácter anual.

La normativa ha cambiado por la Ley 4/1996, que modifica la Ley 7/1985 Reguladora de las Bases del Régimen Local, de forma que tras la informatización de todos los ayuntamientos españoles, y con la coordinación del INE, ya pueden obtenerse cifras con carácter oficial todos los años, desde esa fecha.

La primera rectificación con el nuevo sistema, con cifras por tanto oficiales, corresponde a 1998, último de los años que abarca la Tesis. Por tanto, como datos oficiales que incumben a los años del estudio se dispone de:

- Censo de Población de 1991 [156]
- Renovación del Censo de Población de 1996 [152]
- Revisión del Padrón Municipal de 1998 [153]

Para su comparación, y determinación del valor poblacional más próximo a al real, se han evaluado también las sucesivas rectificaciones anuales, recogidas en:

- Rectificación del Padrón Municipal de 1989 [146]

- Rectificación del Padrón Municipal de 1990 [147]
- Rectificación del Padrón Municipal de 1992 [148]
- Rectificación del Padrón Municipal de 1993 [149]
- Rectificación del Padrón Municipal de 1994 [150]
- Rectificación del Padrón Municipal de 1995 [151]

En la siguiente tabla se recogen las cifras de población municipales según el conjunto de las fuentes indicadas:

**Población en los municipios de Partido Judicial de Cambados, 1989-1998
(a partir de todas las fuentes disponibles)**

	MUNICIPIO						Total
	Camb.	Grove	Meis	Meaño	Ribad.	Sanx..	
1989	13368	10860	5339	5928	4217	15561	55273
1990	13535	10860	5341	5939	4202	15606	55483
1991	12668	10739	5102	5313	4013	15043	52878
1992	12842	10766	5065	5338	4080	15111	53202
1993	12906	10878	5060	5410	4138	15325	53717
1994	13122	10978	5115	5475	4152	15629	54471
1995	13190	11007	5087	5507	4180	15836	54807
1996	12936	11035	5017	5504	4079	16034	54605
1998	12918	10895	5001	5451	4205	15964	54524
Media	13054	10901	5125	5540	4141	15568	54329

Observándose la mayor población en el municipio de Sanxenxo, y la menor en el de Ribadumia. Al tiempo, el más alto número de habitantes se registra en 1990, y el menor en 1991 (coincidente con el Censo oficial).

La cifra media anual con esta fórmula sería de una media de 54.329 habitantes/año.

Para realizar el cálculo de población basándonos exclusivamente en cifras oficiales, concernientes a los años de estudio, disponemos del Censo de 1991, y las renovaciones de 1996 y 1998. Con objeto de utilizar dos valores equidistantes

a lo largo de la década, se opta por tomar las cifras de 1991 y 1996, obviando 1998 que daría, por su proximidad a 1996, una sobreestimación de la población. Al tiempo, de esta forma, evitamos la sobre valoración que se observa en las mencionadas rectificaciones anuales del padrón, previas al reciente sistema informatizado. La cifra media de esta forma obtenida, es ligeramente menor que la anterior, de 53.741 habitantes de media anual, que parece más aproximada a la cifra real.

**Población estimada en los municipios de Partido Judicial de Cambados,
1989-1998, únicamente sobre cifras oficiales**

	MUNICIPIO						Total
	Camb.	Grove	Meis	Meaño	Ribad.	Sanx..	
1991	12668	10739	5102	5313	4013	15043	52878
1996	12936	11035	5017	5504	4079	16034	54605
Media	12802	10887	5060	5409	4046	15539	53741

Ha de señalarse finalmente a este respecto, que todas las cifras son referidas la población de “derecho”. Las cifras disponibles para la población de “hecho” en 1991 (Censo), arrojan una diferencia de 1533 a favor de la primera para el conjunto de los municipios, lo que supone una sobreestimación del 2,89 % en la población de “derecho” respecto a la de “hecho”.

DISTRIBUCIÓN DE SEXOS

Se exponen únicamente las cifras globales anuales, para el conjunto de los municipios

Población según el sexo

		SEXO		total
		varones	mujeres	
AÑO	1989	27069	28204	55273
	1990	27193	28290	55483
	1991	25899	26979	52878
	1992	26068	27134	53202
	1993	26285	27432	53717
	1994	26676	27795	54471
	1995	26820	27987	54807
	1996	26625	27980	54605
	1998	26531	27993	54524
Total		239166	249794	488960

Por tanto, aparece una ligera prevalencia femenina, con el 51,08 % del valor global de la población, frente al 48,91 % en el sexo masculino.

EDAD DE LA POBLACIÓN

Como ejemplo, se ha dispuesto de las cifras correspondientes a 1996 [154]

Grupos de edades en los municipios del Partido de Cambados, 1996

	MUNICIPIOS						TOTAL
	CAMB.	GROVE	MEAÑO	MEIS	RIBAD.	SANX.	
0-4	628	556	258	176	165	759	2542
5-9	758	592	273	251	218	885	2977
10-14	896	767	397	374	271	1135	3840
15-19	1296	948	531	485	369	1500	5102
20-24	1247	1012	482	394	338	1449	4922
25-29	1076	946	390	335	334	1307	4388
30-34	930	840	339	285	260	1065	3719
35-39	832	824	350	339	268	1091	3704
40-44	779	707	352	328	225	985	3376
45-49	757	626	352	293	277	1012	3317
50-54	784	574	319	295	244	1000	3216
55-59	620	499	285	251	189	743	2587
60-64	687	594	330	316	248	829	3004
65-69	529	545	253	306	207	710	2550
70-74	407	374	219	212	170	594	1976
75-79	336	270	189	171	148	479	1593
80-84	234	210	109	127	93	267	1040
85-89	103	107	58	53	41	154	516
90-94	32	38	15	17	12	59	173
> 95	5	6	3	9	2	11	36

Con mayor concentración de población entre los 15 y los 29 años.

ACTIVIDAD LABORAL

La actividad laboral en cada municipio va a depender de sus características propias, de forma que poblaciones costeras como Cambados, O Grove y Sanxenxo tienen un alto porcentaje de actividad pesquera. Mientras Sanxenxo, centro turístico de todas las Rías Bajas, tiene un alto índice de ocupación en el sector de Servicios.

Seguidamente, se expone como muestra la ocupación en el año 1996 [154] para los seis municipios del partido, con cifras de población lógicamente limitadas a la población activa.

**Ocupación laboral en los municipios del Partido Judicial cambadés
(1996)**

ACTIVIDAD LABORAL (nº personas)					
	Agricul.	Pesca	Industria	Constr.	Servicios
Cambado	266	873,00	877	476	1517
O Grove	87	789,00	741	342	1753
Sangenjo	320	584,00	659	988	2281
Meis	290	12,00	335	311	476
Meaño	254	48	368	286	611
Ribadumia	187	13,00	337	175	469

Lo cual en cifras globales supone:

Actividad laboral en sectores

	población	
	Nº personas	%
Agricultura	1404	8,39
Pesca	2319	13,86
Industria	3317	19,83
Construcción	2578	15,41
Servicios	7107	42,49
Total	16.725	100

Por tanto con una ocupación mayor en el sector Servicios, seguido de la Industria.

2. METODO

Primeramente se han consultado el Registro General de Asuntos Criminales, y los libros de Diligencias Previas y Juicios de Faltas de los Juzgados Nº 1 y Nº 2 de Primera Instancia e Instrucción de Cambados, para todos los asuntos entre los

años 1989 y 1998, ambos inclusive. Anotando el número de todos los expedientes donde figurase cualquier tipo de muerte.

Se han separado del Archivo tales expedientes, y buscado en ellos todos los datos referentes a las variables objeto del estudio. Valiéndonos para ello del informe médico forense de Autopsia; los resultados de las pruebas complementarias llevadas a cabo en el Instituto Nacional de Toxicología de Madrid, y también en caso de pruebas analíticas en el Hospital General de Pontevedra y el Instituto de Medicina Legal de Santiago de Compostela; los datos del DNI, del que figura con frecuencia una fotocopia; el Certificado de Defunción; el Certificado de Nacimiento; el Acta de Levantamiento de Cadáver; declaraciones diversas; e informes elaborados por los equipos policiales, generalmente de la Guardia Civil.

Seguidamente, tras la realización de las fichas individuales, se han introducido los datos en el programa estadístico informático SPSS (Statistical Package for Social Sciences), en su versión 7.5 para Windows, con el que se han obtenido los resultados matemáticos [157].

Las *variables analizadas*, unas comunes a todos los fallecimientos, y otras específicas de las distintas etiologías, han sido las siguientes:

IDENTIFICATIVAS

1. *Sexo*
2. *Edad*
3. *Década de edad*
4. *Estado Civil*
5. *Profesión*
6. *Comunidad autónoma de origen*
7. *Provincia gallega de origen*
8. *Municipio de origen del Partido Judicial de Cambados*

RELATIVAS A LOS HECHOS

1. *Hora de la muerte*
2. *Intervalo horario de la muerte*
3. *Día de la semana*
4. *Día del mes*
5. *Mes*
6. *Año*
7. *Estación*
8. *Fase lunar*
9. *Carácter laboral*
10. *Lugar del fallecimiento*
11. *Lugar del Levantamiento de Cadáver*

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

1. *Patologías previas*
2. *Antecedentes de dependencia a sustancias de abuso*

ACTIVIDAD AUTOPSICA

1. *Práctica de examen autopsico*
2. *Lugar donde se realiza la autopsia*
3. *Forense interviniente*
4. *Realización de estudios complementarios*
5. *Tipo de estudio*
6. *Resultados toxicológicos*

COMUNES RELATIVAS A LA MUERTE

- 1. Etiología Médico legal*
- 2. Localización de las lesiones mortales*

MUERTES NATURALES

- 1. Causa de judicialización de la muerte*
- 2. Clasificación de la etiología según CIE-9-MC*
- 3. Patología orgánica*

MUERTES VIOLENTAS

- 1. Clasificación del tipo de muerte según CIE-9-MC*

MUERTES ACCIDENTALES

- 1. Tipo de accidente (adaptado de la clasificación CIE-9-MC)*
- 2. Accidentes por sumersión. Lugar*
- 3. Accidentes por intoxicación. Tipo de tóxico de abuso*
- 4. Accidentes por electrocución*
 - 4.1. Voltaje de la fuente*
 - 4.2. Origen de la fuente*
- 5. Accidentes de tráfico*
 - 5.1. Ubicación de la víctima*
 - 5.2. Mecanismo del accidente*
 - 5.3. Estado de la calzada*
 - 5.4. Vehículo que interviene en el atropello*
 - 5.5. Existencia de lesionados*
 - 5.6. Número de fallecidos*

SUICIDIOS

1. *Intentos de suicidio previos.*
2. *Documentos de “despedida”*
3. *Mecanismo suicida (adaptado de la clasificación CIE-9-MC)*
4. *Suicidio por sumersión*
 - 4.1. *Lugar*
5. *Suicidio por intoxicación*
 - 5.1. *Tipo de tóxico*
6. *Suicidio por arma de fuego*
 - 6.1. *Tipo de arma*
7. *Suicidio por ahorcadura*
 - 7.1. *Tipo de ahorcadura*
 - 7.2. *Naturaleza del lazo*
 - 7.3. *Situación del nudo*
 - 7.4. *Punto de sujeción del lazo*

HOMICIDIOS

1. *Mecanismo homicida*
2. *Muertes por arma de fuego*
 - 2.1. *Tipo de arma*
 - 2.2. *Número de disparos*
 - 2.3. *Distancia del disparo*

Para el análisis de las variables se ha utilizado el método estadístico, de gran aplicación en las ciencias biomédicas, entendiendo la Estadística como una especialidad dentro del grupo de las ciencias exactas que “se ocupa de la clasificación y análisis del conjunto de datos procedentes de la observación o de la experimentación, con el fin de obtener conclusiones sobre ellos”. [159]

La población la integran todos los fallecimientos con carácter judicial acaecidos en el partido cambadés entre los años 1989 y 1998.. Entendiendo como población el conjunto de elementos o individuos que tienen una o más características en común [158]. Se trata, en este caso, de una población finita.

Como en todo análisis estadístico, se divide en una primera fase descriptiva y una segunda inferencial, limitada esta última al tratarse en general de variables cualitativas.

Seguidamente, se indican las medidas y conceptos que se van a aplicar.

Frecuencias: se van a calcular referidas al recuento en un periodo de tiempo, generalmente un año.

Tasas: Las tasas de incidencia se van a calcular respecto a 100.000 habitantes y año.

Variables: son las características que se estudian en la población. Ya han quedado definidas. Son fundamentalmente cualitativas, no medibles. Así, la etiología médico legal, la causa orgánica de muerte, el sexo, el tipo de nudo de ahorcadura, el lugar del fallecimiento o del levantamiento. Sólo algunas son cuantitativas, como la edad. En ocasiones, comparten características mixtas, al no poder medirse, pero admitir cierto orden (ordinales), como el día de la semana o la estación, pero con un tratamiento estadístico como las cualitativas.

Distribución de frecuencias: se calcula la frecuencia absoluta para las diferentes clases o categorías de cada variable, y la relativa (valor respecto al total de individuos analizados) expresada en tantos por ciento. Exponiéndose en una misma tabla categorías-frecuencia absoluta-frecuencia porcentual.

Representación gráfica de las frecuencias: se utilizan los diagramas de barra, los de sectores y las líneas, estos últimos preferentemente cuando interesa una

visualización evolutiva en el tiempo. Las frecuencias representadas serán absolutas o porcentuales según el caso.

Medidas de centralización: sólo aplicables a las variables cuantitativas. Calculamos la media aritmética, mediana y moda (unimodal o polimodal). Así en el estudio de las variables edad y hora. En las variables cuantitativas únicamente puede calcularse la moda.

Medidas de dispersión: igualmente sólo empleadas en las variables cuantitativas. Así calculamos el rango, con su valor máximo y mínimo; la varianza; la desviación típica; el sesgo o asimetría (situación de las observaciones respecto al valor central), y la curtosis (valor de la media respecto al que tendría en una distribución gaussiana).

Como *inferencia estadística*, utilizamos la fundamental en estadística cualitativa, la prueba Chi-cuadrado. Estudia la diferencia entre dos distribuciones, y si ésta es mayor de lo esperable cuando son es debida al azar, o no (hipótesis “nula”). Los límites de confianza se calculan para el 95 %, aunque cuando el resultado es significativo, se calcula igualmente para el 99 %. Se indica siempre el número de grados de libertad y el tamaño de la muestra.

Como aconseja Carrasco [159], cuando el número de valores teóricos esperados con valor menor de 5 es mayor del 20 % del total, se ha intentado suprimir la clase que distorsiona por su bajo valor (siempre indicándolo). Si no ha sido posible, no se ha tenido en consideración el resultado de la prueba. Como consecuencia, según es menor el tamaño de la población, por ejemplo al limitarnos a los casos de suicidio por ahorcadura, la aplicación de la prueba queda muy restringida.

Se trata por tanto, de un estudio estadístico fundamentalmente descriptivo.

Para el análisis comparativo de otras poblaciones, se han utilizado fundamentalmente los datos de las memorias anuales de los Institutos Anatómico forenses, o equivalentes, de Barcelona, Valencia, Murcia, Badajoz, Granada,

Palma de Mallorca, Cartagena y San Sebastián, que tan amablemente han nos han proporcionado, y los estudios doctorales sobre las poblaciones de Elda-Villena, Liria y Alcalá de Henares.

III. EXPOSICIÓN DE RESULTADOS

1. MUERTES JUDICIALES

1.1. INTRODUCCION

Bajo este epígrafe, se agrupan todos los fallecimientos que requieren la intervención judicial, y que tienen por tanto interés médico legal. El conjunto de estas muertes, acaecidas en el periodo comprendido entre los años 1989 y 1998, en el partido judicial de Cambados, constituye la muestra de la presente Tesis.

En este capítulo, se realiza su estudio de forma global para, en los sucesivos, llevar a acabo el análisis según las diferentes formas etiológicas.

El interés jurídico penal por una muerte viene dado por su carácter violento. El hecho de incluir en el estudio las muertes naturales, se justifica por aquellas que

en un principio presentan alguna duda en su etiología, aun cuando tras los estudios posteriores puedan quedar registradas como muertes naturales.

El artículo 343 de la ley de Enjuiciamiento Criminal dispone la intervención médico legal en estas muertes:

Art. 343: "En los sumarios a que se refiere el artículo 340, aun cuando por la inspección exterior pueda presumirse la causa de la muerte, se procederá la autopsia del cadáver por los médicos forenses, o en su caso por los que el Juez designe, los cuales, después de describir exactamente dicha operación, informarán sobre el origen del fallecimiento y sus circunstancias".

En concreto, las muertes a las que se refiere el artículo 340 son las muertes violentas y las sospechosas de criminalidad.

Desde el punto de vista médico legal, el conjunto de las muertes puede dividirse en muertes naturales y muertes violentas. Serán violentas aquellas producidas por un agente exógeno, extraño al acontecer fisiológico o patológico común del organismo humano; fisiológico referido al propio desgaste de los tejidos que puede conducir a su fallo, y patológico incluyendo las numerosas enfermedades susceptibles de actuar sobre el cuerpo humano (infecciosas, tumorales u otras).

Como se ha indicado, hay muertes naturales en un principio no aclaradas, que son calificadas como sospechosas de criminalidad. Las situaciones fundamentales que las originan son el fallecimiento sin asistencia médica, el curso anómalo de una enfermedad en principio común, o su presentación violenta e inesperada sin ningún signo de violencia aparente ni antecedentes.

1.2. VARIABLES ANALIZADAS

1.2.1. DE FILIACION

Sexo:

- 1) hombre
- 2) mujer

Edad: cuantificada en el número de años.

Década de edad: para facilitar el tratamiento estadístico, y posteriores estudios comparativos, las edades se agrupan en décadas:

- 1) 0 a 9 años
- 2) 10 a 19 años
- 3) 20 a 29 años
- 4) 30 a 39 años
- 5) 40 a 49 años
- 6) 50 a 59 años
- 7) 60 a 69 años
- 8) 70 a 79 años
- 9) 80 a 89 años
- 10) 90 a 99 años
- 11) casos en que no es conocida

Estado Civil :

- 1) soltero
- 2) casado
- 3) viudo
- 4) separado o divorciado (se recogen conjuntamente por su baja presentación individual).
- 5) casos en que no llega a conocerse.

Profesión: no se ha encontrado una clasificación que se adapte de forma completa a la población objeto de estudio. Las cuatro primeras categorías se corresponden con la clasificación que utiliza el Xunta de Galicia. El resto se han incluido para poder recoger la mayoría de los casos. Sin embargo, es de reseñar la baja

frecuencia con que este dato aparece en los expedientes judiciales, o la forma imprecisa de hacerlo, lo que limita grandemente su estudio. Se agrupan como:

- 1) agricultura
- 2) pesca
- 3) industria
- 4) construcción
- 5) servicios
- 6) situación de jubilación
- 7) sus labores
- 8) estudiante
- 9) ninguna específica o no ha podido conocerse.

Comunidad autónoma de origen: referida al lugar de nacimiento:

- 1) Madrid
- 2) Castilla- La Mancha
- 3) Extremadura
- 4) Andalucía
- 5) Murcia
- 6) Valencia
- 7) Cataluña
- 8) Aragón
- 9) Castilla- León
- 10) Navarra
- 11) La Rioja
- 12) País Vasco
- 13) Cantabria
- 14) Asturias
- 15) Galicia
- 16) Ceuta y Melilla
- 17) Canarias

- 18) procedencia no española
- 19) casos en que no ha quedado registrado.

Provincia gallega de origen: se agrupa en las cuatro existentes:

- 1) La Coruña
- 2) Lugo
- 3) Orense
- 4) Pontevedra

Municipio de origen del partido cambadés:

- 1) Cambados
- 2) San Martín de O Grove
- 3) Sanxenxo
- 4) Meis
- 5) Meaño
- 6) Ribadumia

1.2.2. RELATIVAS A LOS HECHOS

Hora: la recogida en el expediente como de fallecimiento.

Intervalo horario: agrupación de horas para facilitar su estudio:

- 1) 0 a 7
- 2) 8 a 15
- 3) 16 a 23
- 4) no consta

Día de la semana:

- 1) lunes
- 2) martes
- 3) miércoles
- 4) jueves
- 5) viernes
- 6) sábado
- 7) domingo
- 8) no consta

Día del mes.

Mes:

- 1) enero
- 2) febrero
- 3) marzo
- 4) abril
- 5) mayo
- 6) junio
- 7) julio
- 8) agosto
- 9) septiembre
- 10) octubre
- 11) noviembre
- 12) diciembre
- 13) no consta

Año: abarcando la década objeto de estudio 1989-1998:

- 1) 1989
- 2) 1990
- 3) 1991
- 4) 1992
- 5) 1993
- 6) 1994
- 7) 1995
- 8) 1996
- 9) 1997
- 10) 1998
- 11) desconocido

Estación:

- 1) primavera
- 2) verano
- 3) otoño
- 4) invierno
- 5) no consta

Fase lunar

- 1) cuarto menguante
- 2) luna nueva
- 3) cuarto creciente
- 4) luna llena
- 5) no consta

Carácter laboral: Queda deficientemente recogido en los expedientes, por lo que únicamente se han considerado como tales aquellos en que halla quedado acreditado de una manera suficiente.

- 1) laboral
- 2) no laboral
- 3) no consta

Lugar del fallecimiento: entendido como el sitio donde tiene ocurre la muerte, independientemente de su eventual traslado.

- 1) vivienda (propia o ajena)
- 2) agua (mar, río, pozo)
- 3) local de trabajo
- 4) vía pública
- 5) campo o playa (caso de ahogamiento se recoge en el apartado 2)
- 6) centro sanitario (hospital, sanatorio, centro de salud, centro privado)
- 7) otros (sólo se especificaran en algunos tipos de muerte concreta, dada su baja presentación)

Lugar del levantamiento: realizado por la Comisión judicial o persona en quien delegue (con frecuencia el médico forense).

- 1) vivienda (propia o ajena)
- 2) agua
- 3) local de trabajo
- 4) vía pública
- 5) campo o playa
- 6) centro sanitario (hospital, sanatorio, centro de salud, centro privado)
- 7) otros (sólo se especificarán al estudiar tipos de muerte concreta, dado su baja presentación)

Patologías previas: quedan registradas de forma deficitaria, por lo que se agrupan en grandes apartados.

- 1) enfermedades físicas
- 2) enfermedades psíquicas
- 3) ambas
- 4) no se conocieron durante la investigación.

Antecedentes de dependencia a sustancias de abuso: se estudian independientes del anterior por su interés intrínseco.

- 1) alcohol

- 2) drogas de abuso (excluyendo alcohol)
- 3) alcohol y drogas
- 4) no existieron o no se conocieron durante la investigación.

1.2.3. ACTIVIDAD AUTOPSICA

Práctica de examen autopsico:

- 1) se realizó
- 2) no se realizó
- 3) no queda recogido

Lugar donde se realiza la autopsia:

- 1) Hospital Provincial de Pontevedra (servicio utilizado conjuntamente con el Departamento de Anatomía Patológica, por convenio llevado a cabo entre las delegaciones oficiales de Justicia y Sanidad)
- 2) Tanatorio
- 3) Depósito del cementerio
- 4) No consta

Forenses intervinientes: participantes durante los 10 años de la actividad necrópsica.

Realización de estudios complementarios: recogiendo aquí únicamente:

- 1) se realizan
- 2) no se realizan
- 3) no consta

Tipo de estudio:

- 1) anatomo-patológico
- 2) toxicológico
- 3) anatomo-patológico y toxicológico
- 4) otros (fundamentalmente incluyen biológicos o criminalísticos)
- 5) no consta la naturaleza del estudio

Resultados toxicológicos: de acuerdo con las sustancias detectadas

- 1) alcohol
- 2) drogas (excluyendo alcohol)
- 3) fármacos
- 4) alcohol y drogas
- 5) alcohol y fármacos
- 6) drogas y fármacos
- 7) resultado negativo
- 8) no consta el resultado

1.2.4. RELATIVAS A LA MUERTE

Relativas a la muerte: Se incluyen los diversos tipos que han motivado su inclusión en el estudio.

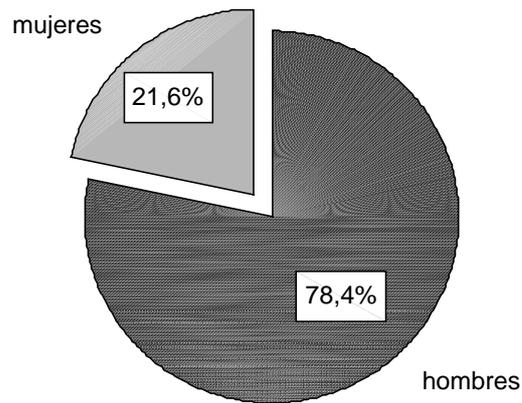
- 1) natural
- 2) violenta homicida
- 3) violenta suicida
- 4) violenta accidental.

1.3. REFERENTES A LA FILIACION

1.3.1. *Sexo.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de sectores.

distribución por sexos

	Frecuencia	Porcentaje
hombres	218	78,4
mujeres	60	21,6
Total	278	100,0



1.3.2. *Edad*. Tamaño de la muestra. Medidas de centralización. Medidas de dispersión.

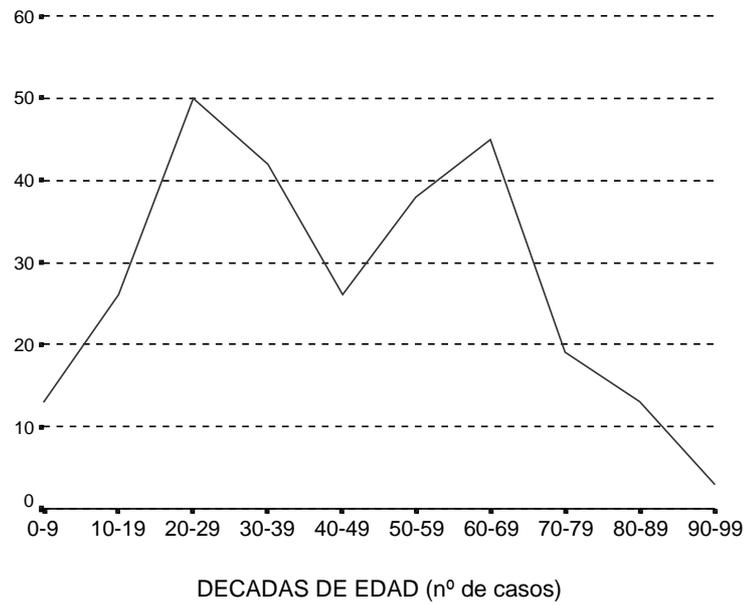
estadísticos de la variable edad

		EDAD
N	Válidos	272
	Descon.	6
Media		44,03
Mediana		43,00
Moda		31
Desv. típ.		22,16
Varianza		491,01
Asimetría		,101 ,148
Curtosis		-,985 ,294
Rango		94
Mínimo		0
Máximo		94

1.3.3. *Edad en décadas*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

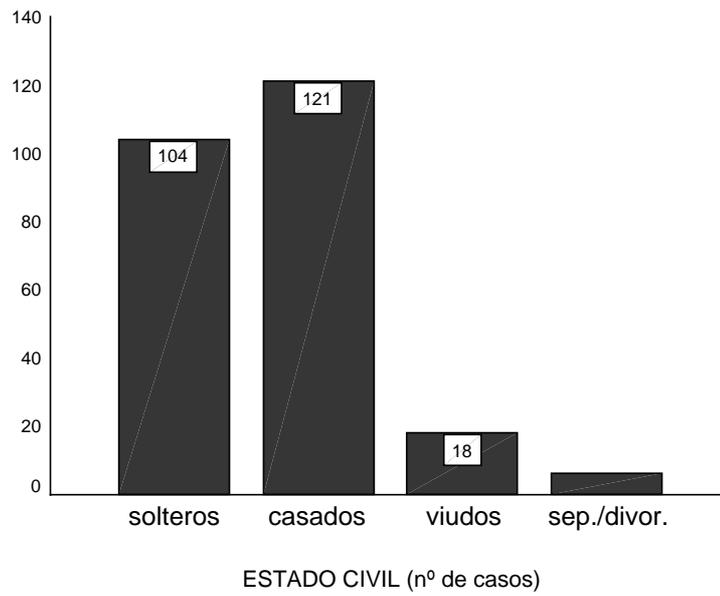
edades agrupadas en décadas

	Frecuencia	Porcentaje
0 a 9 años	13	4,7
10 a 19	26	9,4
20 a 29	50	18,0
30 a 39	42	15,1
40 a 49	26	9,4
50 a 59	38	13,7
60 a 69	45	16,2
70 a 79	19	6,8
80 a 89	13	4,7
90 a 99	3	1,1
N/C	3	1,1
Total	278	100,0



1.3.4. *Estado Civil*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

estado civil		
	Frecuencia	Porcentaje
solteros	104	37,4
casados	121	43,5
viudos	18	6,5
divor/sep	6	2,2
N/C	29	10,4
Total	278	100,0



1.3.5. *Profesión.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

ocupación profesional

	Frecuencia	Porcentaje
agricultura	7	2,5
pesca	18	6,5
industria	12	4,3
construcción	12	4,3
servicios	13	4,7
jubilados	9	3,2
sus labores	8	2,9
estudiantes	4	1,4
otras	6	2,2
no consta	189	68,0
Total	278	100,0

1.3.6. *Comunidad autónoma de origen*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

procedencia autonómica

	Frecuencia	Porcentaje
Madrid	8	2,9
Extremadura	2	,7
Andalucía	3	1,1
Murcia	1	,4
Castilla-León	6	2,2
Navarra	1	,4
País Vasco	1	,4
Asturias	2	,7
Galicia	239	86,0
Canarias	1	,4
Extranjero	9	3,2
N/C	5	1,8
Total	278	100,0

1.3.7. *Provincia gallega de origen*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

provincia gallega de procedencia

	Frecuencia	Porcentaje
La Coruña	4	1,7
Lugo	4	1,7
Orense	5	2,1
Pontevedra	226	94,6
Total	239	100,0

1.3.8. *Municipio de origen del partido de Cambados*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

juzgado de paz de procedencia (partido judicial de Cambados)

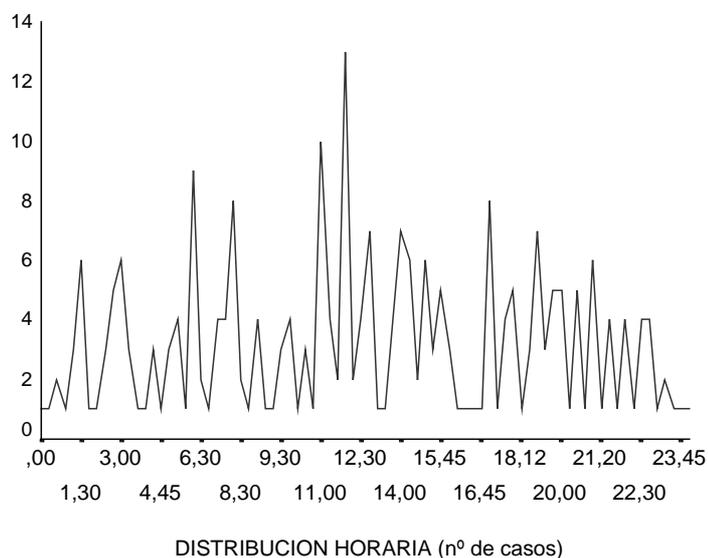
	Frecuencia	Porcentaje
Cambados	41	23,4
San Martín de O Grove	32	18,3
Sangenjo	40	22,9
Meis	17	9,7
Meaño	30	17,1
Ribadumia	15	8,6
Total	175	100,0

1.4. REFERENTES A LOS HECHOS

1.4.1. *Hora de fallecimiento*: Tamaño de la muestra. Medidas de centralización. Medidas de dispersión. Representación gráfica de la distribución de frecuencias mediante diagrama de líneas.

estadísticos de la variable hora

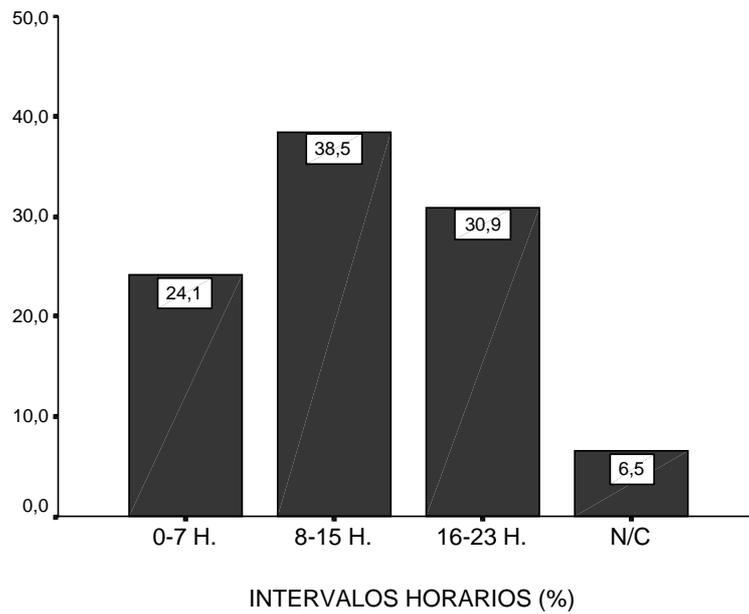
		HORA
N	Válidos	260
	Descon.	18
Media		12,4267
Mediana		12,3000
Moda		12,00
Desv. típ.		6,4405
Rango		23,50
Mínimo		,00
Máximo		23,50



1.4.2. *Intervalo horario.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráficas en diagrama de barras.

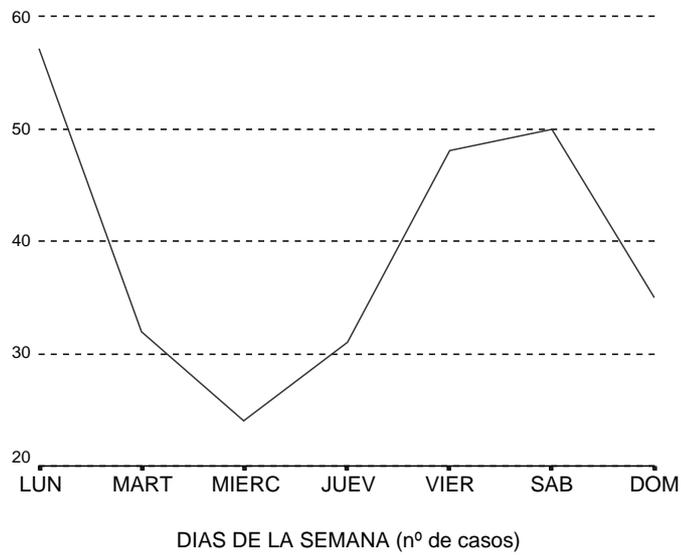
intervalos por horas

	Frecuencia	Porcentaje
0 a 7 horas	67	24,1
8 a 15 horas	107	38,5
16 a 23 horas	86	30,9
N/C	18	6,5
Total	278	100,0



1.4.3. *Día de la semana.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

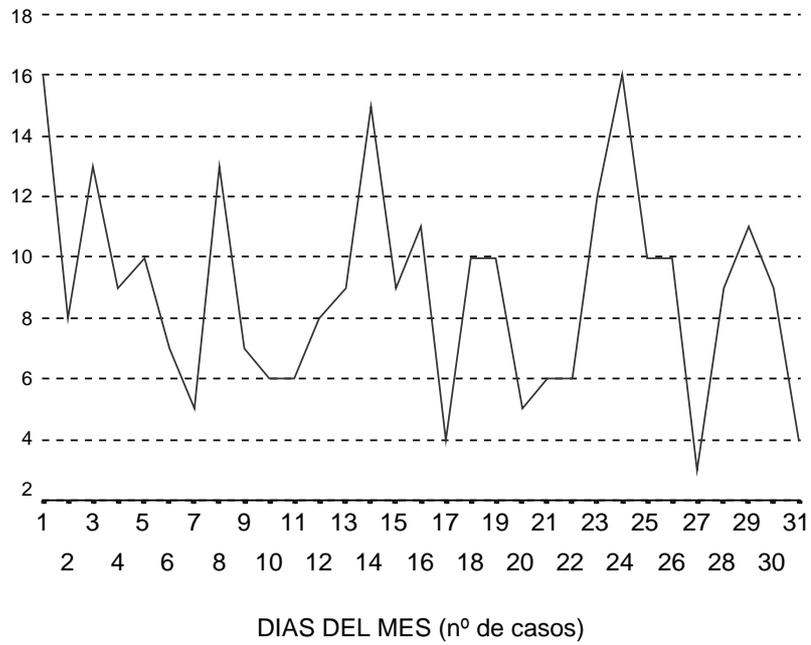
días de la semana		
	Frecuencia	Porcentaje
lunes	57	20,5
martes	32	11,5
miércoles	24	8,6
jueves	31	11,2
viernes	48	17,3
sábado	50	18,0
domingo	35	12,6
N/C	1	,4
Total	278	100,0



1.4.4. *Día del mes.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

diá del mes

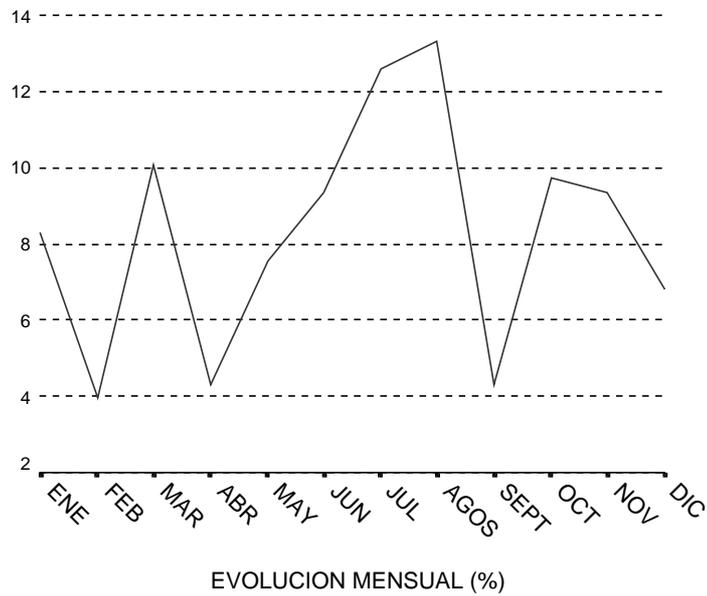
	Frecuencia	Porcentaje
1	16	5,8
2	8	2,9
3	13	4,7
4	9	3,2
5	10	3,6
6	7	2,5
7	5	1,8
8	13	4,7
9	7	2,5
10	6	2,2
11	6	2,2
12	8	2,9
13	9	3,2
14	15	5,4
15	9	3,2
16	11	4,0
17	4	1,4
18	10	3,6
19	10	3,6
20	5	1,8
21	6	2,2
22	6	2,2
23	12	4,3
24	16	5,8
25	10	3,6
26	10	3,6
27	3	1,1
28	9	3,2
29	11	4,0
30	9	3,2
31	4	1,4
Total	277	99,6



1.4.5. *Mes*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

distribución mensual

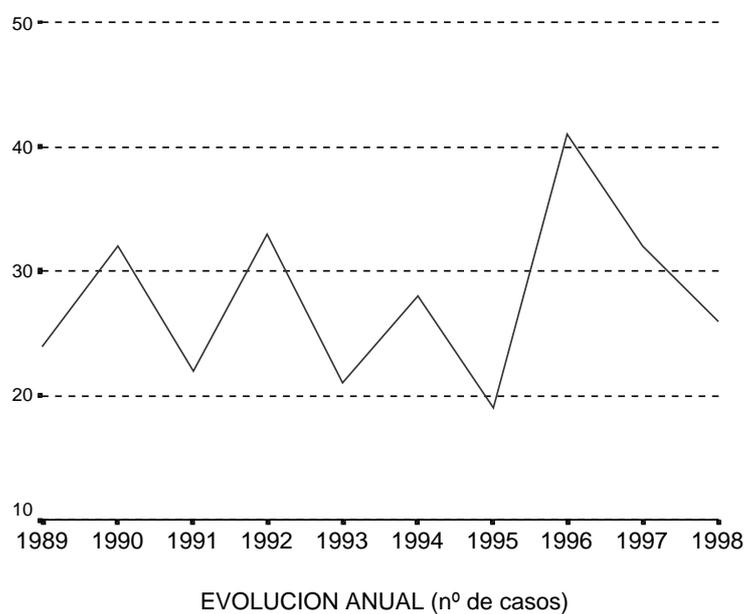
	Frecuencia	Porcentaje
enero	23	8,3
febrero	11	4,0
marzo	28	10,1
abril	12	4,3
mayo	21	7,6
junio	26	9,4
julio	35	12,6
agosto	37	13,3
septiembre	12	4,3
octubre	27	9,7
noviembre	26	9,4
diciembre	19	6,8
N/C	1	,4
Total	278	100,0



1.4.6. Año. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

distribución por años

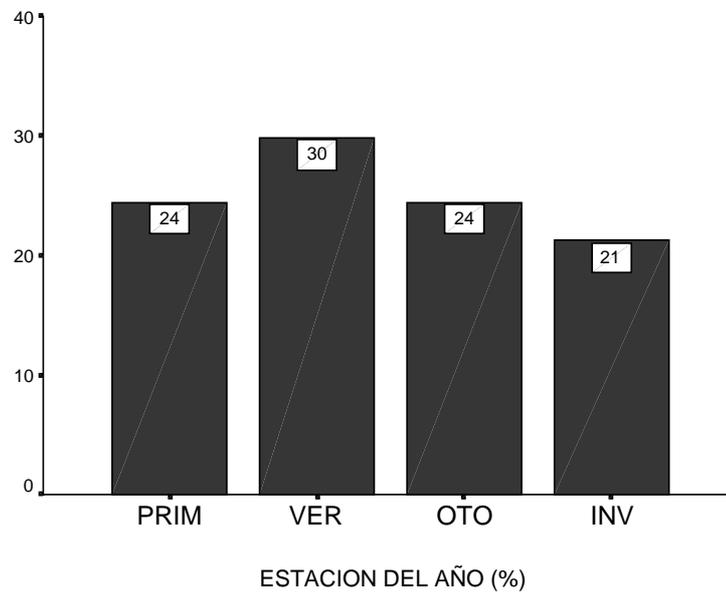
	Frecuencia	Porcentaje
1989	24	8,6
1990	32	11,5
1991	22	7,9
1992	33	11,9
1993	21	7,6
1994	28	10,1
1995	19	6,8
1996	41	14,7
1997	32	11,5
1998	26	9,4
Total	278	100,0



1.4.7. *Estación del año.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

distribución estacional

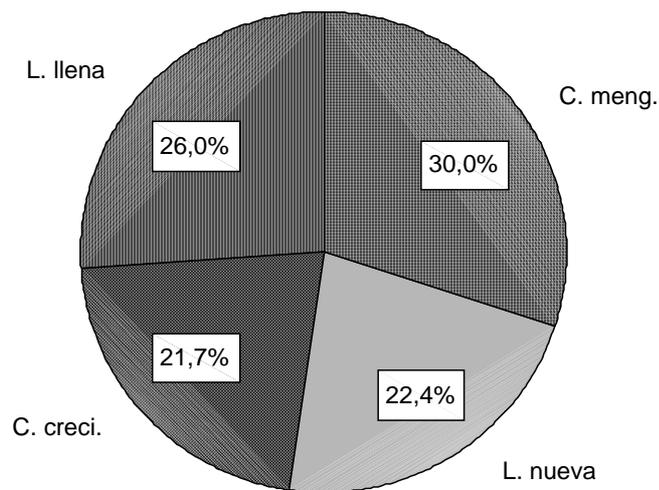
	Frecuencia	Porcentaje
Primavera	68	24,5
Verano	83	29,9
Otoño	68	24,5
Invierno	59	21,2
Total	278	100,0



1.4.8. *Fase lunar durante los hechos.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de sectores.

frecuencia de las fases lunares

	Frecuencia	Porcentaje
Cuarto menguante	83	29,9
Luna nueva	62	22,3
Cuarto creciente	60	21,6
Luna llena	72	25,9
No conocida	1	,4
Total	278	100,0



1.4.9. *Carácter laboral de la muerte.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

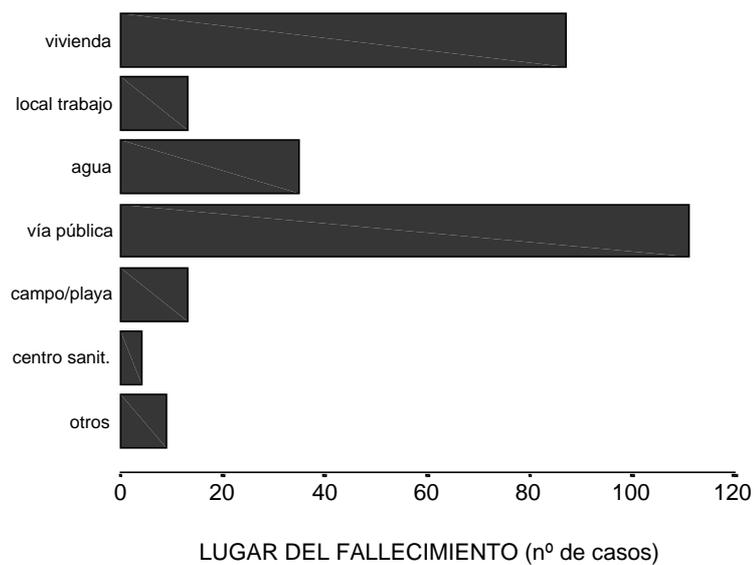
relación laboral

	Frecuencia	Porcentaje
Laborales	22	7,9
No laborales	256	92,1
Total	278	100,0

1.4.10. *Lugar del fallecimiento*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

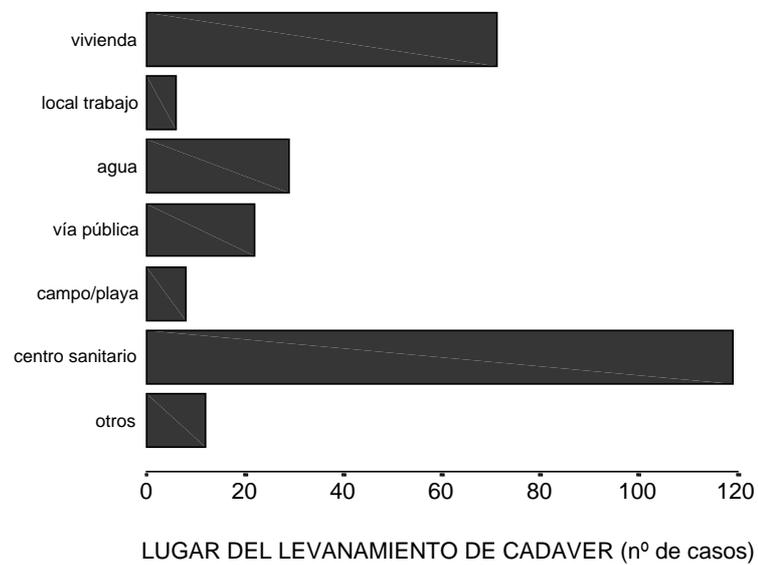
lugar del fallecimiento

	Frecuencia	Porcentaje
vivienda	87	31,3
local de trabajo	13	4,7
agua	35	12,6
vía pública	111	39,9
campo o playa	13	4,7
centro sanitario	4	1,4
otros	9	3,2
no consta	6	2,2
Total	278	100,0



1.4.11. *Lugar del levantamiento de cadáver.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

lugar del levantamiento		
	Frecuencia	Porcentaje
vivienda	71	25,5
local de trabajo	6	2,2
agua	29	10,4
vía pública	22	7,9
campo o paya	8	2,9
centro sanitario	119	42,8
otros	12	4,3
no consta	11	4,0
Total	278	100,0



1.4.12. *Existencia de patologías previas.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

antecedentes de enfermedad		
	Frecuencia	Porcentaje
enfermedad física	66	23,7
enfermedad psíquica	19	6,8
enf. física y psíquica	6	2,2
no/ no constan	187	67,3
Total	278	100,0

1.4.13. *Antecedente de dependencia a sustancias de abuso.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

antecedentes de dependencia a sustancias de abuso

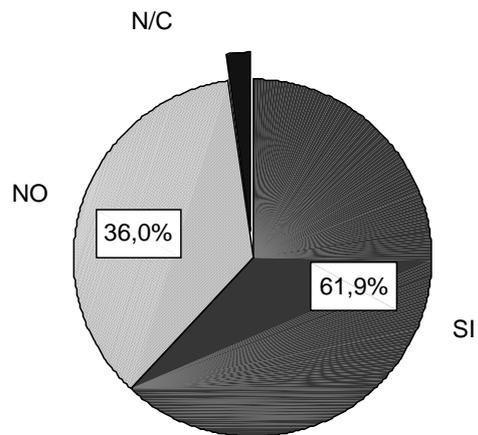
	Frecuencia	Porcentaje
alcohol	27	9,7
drogas de abuso	10	3,6
no/ no consta	241	86,7
Total	278	100,0

1.5. ACTIVIDAD AUTOPSICA

1.5.1. *Práctica de autopsia.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de sectores.

práctica de autopsia

	Frecuencia	Porcentaje
si	172	61,9
no	100	36,0
no consta	6	2,2
Total	278	100,0



1.5.2. *Lugar de realización de las autopsias.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

lugar de práctica de autopsia

	Frecuencia	Porcentaje
I.A.F. (Hosp. Provin.)	165	95,9
Tanatorio	5	2,9
Cementerio	1	,6
No consta	1	,6
Total	172	100,0

1.5.3. *Forenses intervinientes.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

forenses intervinientes

	Nº muertes judiciales	Porcentaje
Fontán	71	25,5
Dorado	43	15,5
Barba	19	6,8
Cuiña	2	,7
Balboa	1	,4
Baena	11	4,0
Franco	13	4,7
Dopazo	11	4,0
Núñez	2	,7
Blanco	2	,7
Beatriz	18	6,5
Pazos	6	2,2
Martínez	3	1,1
Medrano	27	9,7
Márquez	18	6,5
Barreiro	3	1,1
Argüello	2	,7
médicos no forenses	8	2,9
No consta	18	6,5
Total	278	100,0

1.5.4. *Realización de estudios complementarios.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Se contempla de forma independiente para el total de las muertes judiciales, y los casos en que se practicó autopsia.

realización de pruebas complementarias

	Frecuencia	Porcentaje
realizadas	114	41,0
no realizadas	158	56,8
no consta	6	2,2
Total	278	100,0

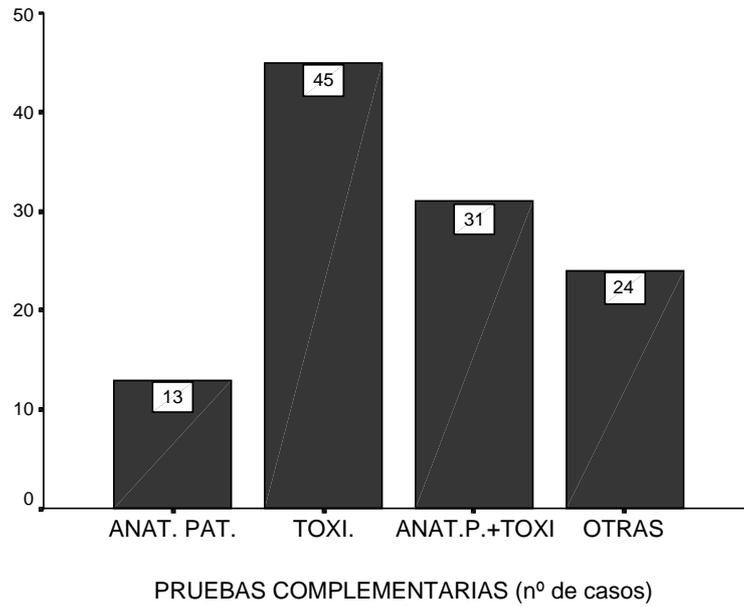
**pruebas complementarias en los casos
autopsiados**

	Frecuencia	Porcentaje
realizadas	110	64,0
no realizadas	62	36,0
Total	172	100,0

1.5.5. *Tipo de estudios complementarios practicados.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

naturaleza de las pruebas

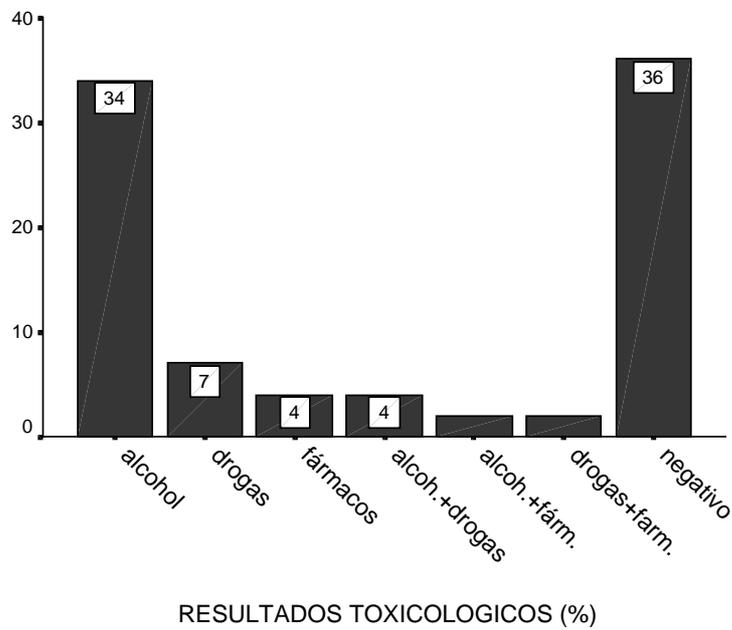
	Frecuencia	Porcentaje
Anato. Patol.	13	11,4
Toxicológicas	45	39,5
Anat. Pat. + Tox.	31	27,2
Otras	24	21,1
No consta	1	,9
Total	114	100,0



1.5.6. *Resultados toxicológicos.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

resultado de los análisis toxicológicos

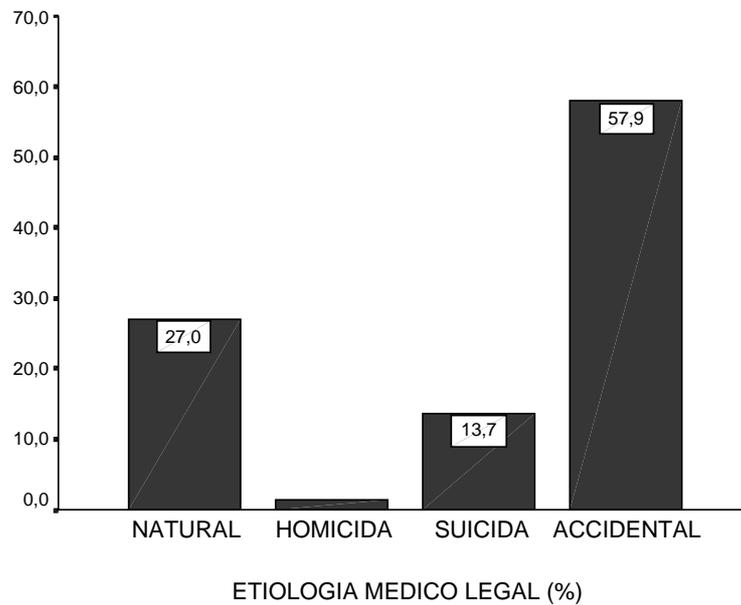
	Frecuencia	Porcentaje
alcohol	34	34,0
drogas de abuso	7	7,0
fármacos	4	4,0
alcohol+drogas	4	4,0
alcohol+fármacos	2	2,0
drogas+fármacos	2	2,0
negativos	36	36,0
no consta	11	11,0
Total	100	100,0



1.6. RELATIVOS A LA ETIOLOGÍA DE LA MUERTE

1.6.1. *Etiología médico legal*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

tipos de muertes judiciales		
	Frecuencia	Porcentaje
Natural	75	27,0
Homicida	4	1,4
Suicida	38	13,7
Accidental	161	57,9
Total	278	100,0



1.7. RELACIONES BIFACTORIALES

1.7.1. CON EL SEXO

Sexo – edad. Medidas de centralización y dispersión.

Valor medio (media estadística):

Hombres: 43 años

Mujeres: 47,65 años

Valor más frecuente de edad (moda estadística)

Hombres: 31 años

Mujeres: 73 años

Edades mayor y menor (rango estadístico)

Hombres: 1-91 años

Mujeres: <1-94 años

Sexo – intervalo horario. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia sexo-intervalo horario

	SEXO		Total
	hombres	mujeres	
0 a 7 horas	57 26,1%	10 16,7%	67 24,1%
8 a 15 horas	81 37,2%	26 43,3%	107 38,5%
16 a 23 horas	67 30,7%	19 31,7%	86 30,9%
no consta	13 6,0%	5 8,3%	18 6,5%
Total	218 100,0%	60 100,0%	278 100,0%

Sexo – década de edad. Tabla de contingencia.

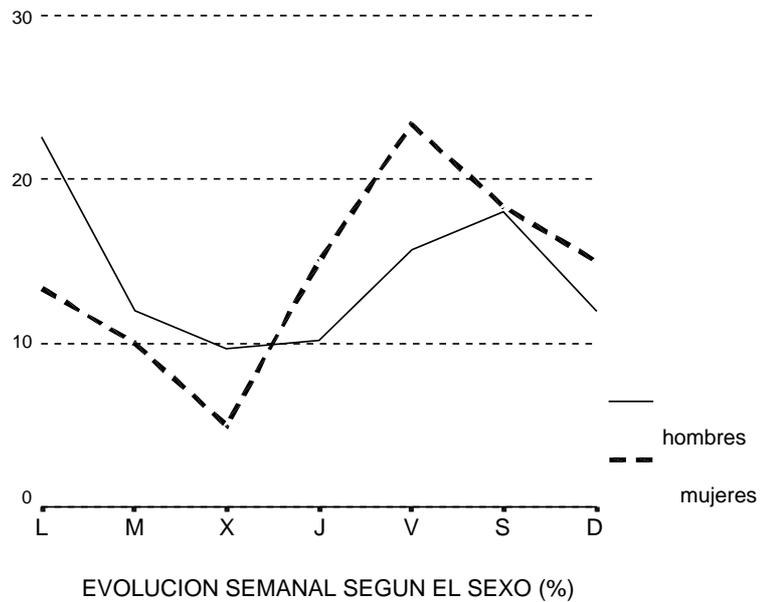
tabla de contingencia sexo-década de edad

	SEXO		Total
	hombres	mujeres	
0 a 9 años	8 61,5%	5 38,5%	13 100,0%
10 a 19	19 73,1%	7 26,9%	26 100,0%
20 a 29	43 86,0%	7 14,0%	50 100,0%
30 a 39	36 85,7%	6 14,3%	42 100,0%
40 a 49	24 92,3%	2 7,7%	26 100,0%
50 a 59	27 71,1%	11 28,9%	38 100,0%
60 a 69	37 82,2%	8 17,8%	45 100,0%
70 a 79	13 68,4%	6 31,6%	19 100,0%
80 a 89	7 53,8%	6 46,2%	13 100,0%
90 a 99	1 33,3%	2 66,7%	3 100,0%
no consta	3 100,0%		3 100,0%
Total	218 78,4%	60 21,6%	278 100,0%

Sexo – día de la semana. Tabla de contingencia. Gráfico de línea.

tabla de contingencia sexo-día de la semana

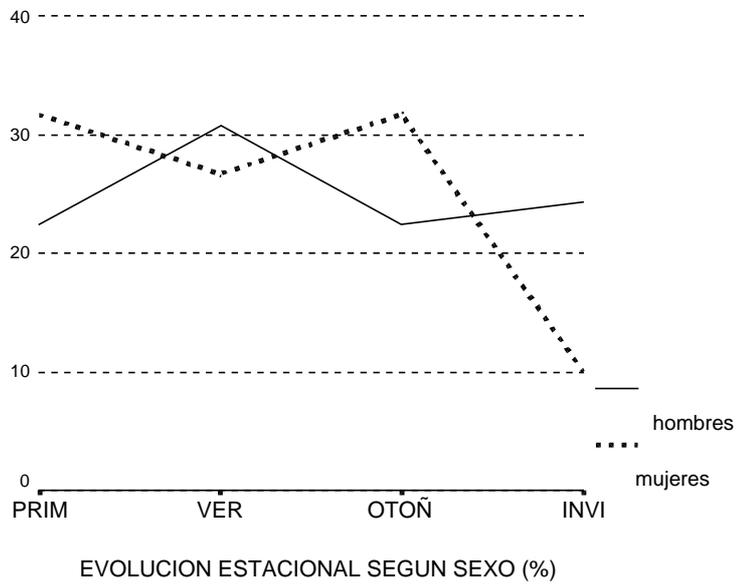
	SEXO		Total
	hombre	mujer	
L	49 22,5%	8 13,3%	57 20,5%
M	26 11,9%	6 10,0%	32 11,5%
X	21 9,6%	3 5,0%	24 8,6%
J	22 10,1%	9 15,0%	31 11,2%
V	34 15,6%	14 23,3%	48 17,3%
S	39 17,9%	11 18,3%	50 18,0%
D	26 11,9%	9 15,0%	35 12,6%
N/C	1 ,5%		1 ,4%
Total	218 100,0%	60 100,0%	278 100,0%



Sexo – estación. Tabla de contingencia. Gráfico de línea.

tabla de contingencia sexo-estación del año

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
primavera	49 22,5%	19 31,7%	68 24,5%
verano	67 30,7%	16 26,7%	83 29,9%
otoño	49 22,5%	19 31,7%	68 24,5%
invierno	53 24,3%	6 10,0%	59 21,2%
Total	218 100,0%	60 100,0%	278 100,0%



Sexo - etiología médico legal. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia etiología de la muerte-sexo

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
natural	60 27,5%	15 25,0%	75 27,0%
homicida	2 ,9%	2 3,3%	4 1,4%
suicida	30 13,8%	8 13,3%	38 13,7%
accidental	126 57,8%	35 58,3%	161 57,9%
Total	218 100,0%	60 100,0%	278 100,0%

1.7.2. CON EL ESTADO CIVIL

Estado civil - Sexo. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia sexo-estado civil

	SEXO		Total
	hombres	mujeres	
soltero	83 38,1%	21 35,0%	104 37,4%
casado	97 44,5%	24 40,0%	121 43,5%
viudo	11 5,0%	7 11,7%	18 6,5%
divor./sep.	4 1,8%	2 3,3%	6 2,2%
no consta	23 10,6%	6 10,0%	29 10,4%
Total	218 100,0%	60 100,0%	278 100,0%

Estado civil - Etiología médico legal. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia etiología de la muerte-estado civil

	etiología médico legal				Total
	natural	homicida	suicida	accidental	
soltero	20	2	16	66	104
	19,2%	1,9%	15,4%	63,5%	100,0%
casado	34	2	16	69	121
	28,1%	1,7%	13,2%	57,0%	100,0%
viudo	8		1	9	18
	44,4%		5,6%	50,0%	100,0%
divor./sep.	4		2		6
	66,7%		33,3%		100,0%
no consta	9		3	17	29
	31,0%		10,3%	58,6%	100,0%
Total	75	4	38	161	278
	27,0%	1,4%	13,7%	57,9%	100,0%

1.7.3. CON LA DECADA DE EDAD

Década de edad – Etiología médico legal. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia década de edad-etología médico lgal

	ETIOLOGIA MEDICO LEGAL				Total
	natural	homicida	suicida	acciden.	
0-9	2			11	13
	15,4%			84,6%	100%
10-19	3		4	19	26
	11,5%		15,4%	73,1%	100%
20-29	5	3	11	31	50
	10,0%	6,0%	22,0%	62,0%	100%
30-39	10	1	3	28	42
	23,8%	2,4%	7,1%	66,7%	100%
40-49	7		3	16	26
	26,9%		11,5%	61,5%	100%
50-59	12		10	16	38
	31,6%		26,3%	42,1%	100%
60-69	20		5	20	45
	44,4%		11,1%	44,4%	100%
70-79	13		1	5	19
	68,4%		5,3%	26,3%	100%
80-89	3		1	9	13
	23,1%		7,7%	69,2%	100%
90-99				3	3
				100,0%	100%
N/C				3	3
				100,0%	100%
Total	75	4	38	161	278
	27,0%	1,4%	13,7%	57,9%	100%

1.7.4. CON LA FASE LUNAR

Fase lunar – Sexo. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia sexo-fase lunar

	SEXO		Total
	hombres	mujeres	
C. meng.	65 29,8%	18 30,0%	83 29,9%
L. nueva	45 20,6%	17 28,3%	62 22,3%
C. crec.	52 23,9%	8 13,3%	60 21,6%
L. llena	55 25,2%	17 28,3%	72 25,9%
No consta	1 ,5%		1 ,4%
Total	218 100,0%	60 100,0%	278 100,0%

Fase lunar – Patologías previas. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia fase lunar-enfermedad previa

	FASE LUNAR					Total
	C. Meng.	L. Nueva	C. Crec.	L. Llena	n/c	
física	24 28,9%	7 11,3%	16 26,7%	19 26,4%		66 23,7%
psíquica	6 7,2%	4 6,5%	5 8,3%	4 5,6%		19 6,8%
fís+psíqu.	3 3,6%	1 1,6%	2 3,3%			6 2,2%
no o n/c	50 60,2%	50 80,6%	37 61,7%	49 68,1%	1 100,0%	187 67,3%
Total	83 100,0%	62 100,0%	60 100,0%	72 100,0%	1 100,0%	278 100,0%

Fase lunar – Etiología médico legal. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia etiología de la muerte-fase lunar

	etiología médico legal				Total
	natural	homicida	suicida	accidental	
C. meng	21 25,3%		15 18,1%	47 56,6%	83 100,0%
L. nueva	15 24,2%	3 4,8%	7 11,3%	37 59,7%	62 100,0%
C. crec.	22 36,7%	1 1,7%	9 15,0%	28 46,7%	60 100,0%
L. llena	17 23,6%		6 8,3%	49 68,1%	72 100,0%
no consta			1 100,0%		1 100,0%
Total	75 27,0%	4 1,4%	38 13,7%	161 57,9%	278 100,0%

1.7.5. CON PATOLOGÍAS PREVIAS

Patologías previas - Sexo. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia sexo-enfermedad previa

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
física	51 23,4%	15 25,0%	66 23,7%
psíquica	9 4,1%	10 16,7%	19 6,8%
fis.+psiq.	4 1,8%	2 3,3%	6 2,2%
no o n/c	154 70,6%	33 55,0%	187 67,3%
Total	218 100,0%	60 100,0%	278 100,0%

Patologías previas – Etiología médico legal. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia etiología de la muerte-enfermedad previa

	etiología de la muerte				Total
	natural	homicida	suicida	accidental	
física	48		5	13	66
	72,7%		7,6%	19,7%	100,0%
psíquica	2	1	13	3	19
	10,5%	5,3%	68,4%	15,8%	100,0%
físi.+psiq.	3		2	1	6
	50,0%		33,3%	16,7%	100,0%
no o N/C	22	3	18	144	187
	11,8%	1,6%	9,6%	77,0%	100,0%
Total	75	4	38	161	278
	27,0%	1,4%	13,7%	57,9%	100,0%

1.7.6. CON ANTECEDENTES DE DEPENDENCIA

Antecedentes de dependencia - Etiología médico legal. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia etiología de la muerte-antecedentes de dependencia

	etiología médico legal				Total
	natural	homicida	suicida	accidental	
alcohol	20		3	4	27
	74,1%		11,1%	14,8%	100,0%
drogas	1		5	4	10
	10,0%		50,0%	40,0%	100,0%
no o n/c	54	4	30	153	241
	22,4%	1,7%	12,4%	63,5%	100,0%
Total	75	4	38	161	278
	27,0%	1,4%	13,7%	57,9%	100,0%

1.7.7. CON EL CARÁCTER LABORAL

Carácter laboral – Resultados toxicológicos. Tabla de contingencia.

resultado toxicológico en los supuestos de carácter laboral (con estudio químico)

	Frecuencia	Porcentaje
alcohol	4	57,1
negativo	3	42,9
Total	7	100,0

1.7.8. CON LA PRACTICA DE AUTOPSIA

Práctica de autopsia – Etiología médico legal. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia práctica autopsica-etilogía médico legal

	AUTOPSIA			Total
	si	no	n/c	
Natural	52	22	1	75
	69,3%	29,3%	1,3%	100,0%
Homicida	4			4
	100,0%			100,0%
Suicida	34	4		38
	89,5%	10,5%		100,0%
Accidental	82	74	5	161
	50,9%	46,0%	3,1%	100,0%
Total	172	100	6	278
	61,9%	36,0%	2,2%	100,0%

1.7.9. CON EL MUNICIPIO DE ORIGEN

Municipio – Etiología médico legal. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia etiología de la muerte-juzgado de origen

	etiología médico legal				Total
	natural	homicida	suicida	accidental	
Cambados	7 17,1%		10 24,4%	24 58,5%	41 100,0%
O Grove	9 28,1%		8 25,0%	15 46,9%	32 100,0%
Sangenjo	15 37,5%		3 7,5%	22 55,0%	40 100,0%
Meis	2 11,8%		4 23,5%	11 64,7%	17 100,0%
Meaño	8 26,7%	1 3,3%	8 26,7%	13 43,3%	30 100,0%
Ribadumia	3 20,0%		3 20,0%	9 60,0%	15 100,0%
Total	44 25,1%	1 ,6%	36 20,6%	94 53,7%	175 100,0%

1.7.10. CON LA ETIOLOGÍA MEDICO LEGAL

Etiología médico legal – Intervalo horario. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia etiología de la muerte-intervalo horario

	intervalo horario				Total
	0 a 7	8 a 15	16 a 23	no consta	
natural	17 22,7%	32 42,7%	17 22,7%	9 12,0%	75 100,0%
homicida	4 100,0%				4 100,0%
suicida	10 26,3%	16 42,1%	8 21,1%	4 10,5%	38 100,0%
accidental	36 22,4%	59 36,6%	61 37,9%	5 3,1%	161 100,0%
Total	67 24,1%	107 38,5%	86 30,9%	18 6,5%	278 100,0%

Etiología médico legal – Día de la semana. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia etiología médico legal-día de la semana

	ETIOLOGIA MEDICO LEGAL				Total
	natural	homicida	suicida	accidental	
L	22 29,3%		6 15,8%	29 18,0%	57 20,5%
M	4 5,3%		5 13,2%	23 14,3%	32 11,5%
X	4 5,3%		7 18,4%	13 8,1%	24 8,6%
J	7 9,3%		4 10,5%	20 12,4%	31 11,2%
V	17 22,7%	3 75,0%	5 13,2%	23 14,3%	48 17,3%
S	9 12,0%		5 13,2%	36 22,4%	50 18,0%
D	12 16,0%	1 25,0%	5 13,2%	17 10,6%	35 12,6%
N/C			1 2,6%		1 ,4%
Total	75 100,0%	4 100,0%	38 100,0%	161 100,0%	278 100,0%

Etiología médico legal – Mes. Tabla de contingencia.

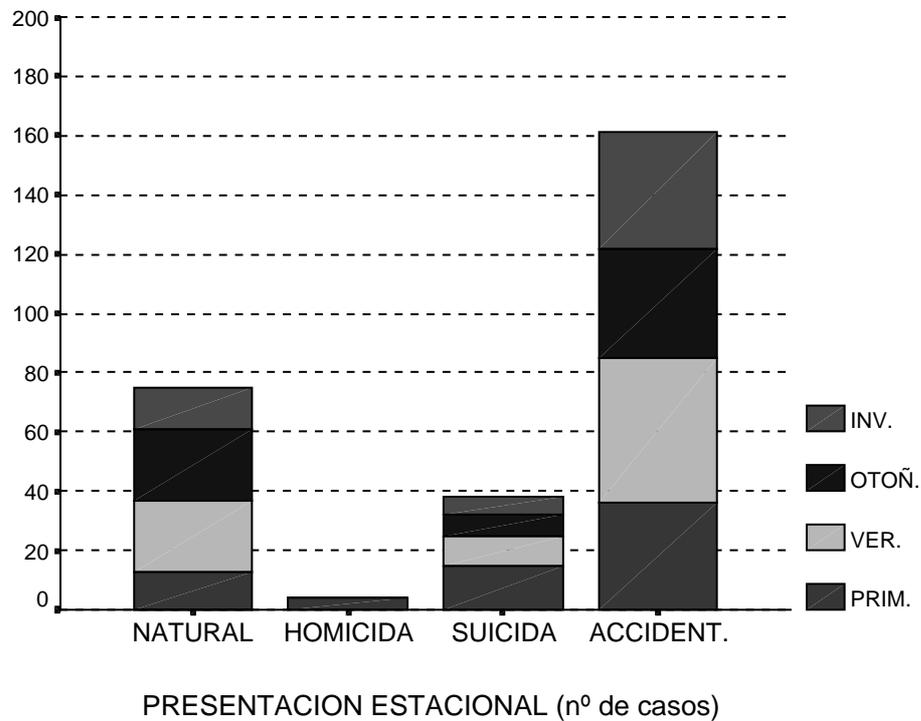
tabla de contingencia etiología médico legal-mes del año

	ETIOLOGIA MEDICO LEGAL				Total
	natural	homicida	suicida	accidental	
enero	4		2	17	23
	5,3%		5,3%	10,6%	8,3%
febrero	1		2	8	11
	1,3%		5,3%	5,0%	4,0%
marzo	6	3	4	15	28
	8,0%	75,0%	10,5%	9,3%	10%
abril	1	1	1	9	12
	1,3%	25,0%	2,6%	5,6%	4,3%
mayo	6		7	8	21
	8,0%		18,4%	5,0%	7,6%
junio	8		4	14	26
	10,7%		10,5%	8,7%	9,4%
julio	11		4	20	35
	14,7%		10,5%	12,4%	13%
agosto	9		6	22	37
	12,0%		15,8%	13,7%	13%
septiembre	2		1	9	12
	2,7%		2,6%	5,6%	4,3%
octubre	12			15	27
	16,0%			9,3%	9,7%
noviembre	9		4	13	26
	12,0%		10,5%	8,1%	9,4%
diciembre	6		2	11	19
	8,0%		5,3%	6,8%	6,8%
no consta			1		1
			2,6%		,4%
Total	75	4	38	161	278
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	****

Etiología médico legal – Estación. Tabla de contingencia. Gráfico de barras apiladas.

tabla de contingencia etiología médico legal-estación del año

ETIOLOGIA MEDICO LEGAL					
	natural	homicida	suicida	accidental	Total
primavera	13	4	15	36	68
	17,3%	100,0%	39,5%	22,4%	24,5%
verano	24		10	49	83
	32,0%		26,3%	30,4%	29,9%
otoño	24		7	37	68
	32,0%		18,4%	23,0%	24,5%
invierno	14		6	39	59
	18,7%		15,8%	24,2%	21,2%
Total	75	4	38	161	278
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Etiología médico legal – Año. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia etiología médico legal-año

ETIOLOGIA MEDICO LEGAL					
	natural	homicida	suicida	accidental	Total
1989	4		3	17	24
	5,3%		7,9%	10,6%	8,6%
1990	9		7	16	32
	12,0%		18,4%	9,9%	11,5%
1991	5		3	14	22
	6,7%		7,9%	8,7%	7,9%
1992	5		4	24	33
	6,7%		10,5%	14,9%	11,9%
1993	6		3	12	21
	8,0%		7,9%	7,5%	7,6%
1994	8		6	14	28
	10,7%		15,8%	8,7%	10,1%
1995	3		1	15	19
	4,0%		2,6%	9,3%	6,8%
1996	13		5	23	41
	17,3%		13,2%	14,3%	14,7%
1997	12	4	4	12	32
	16,0%	100,0%	10,5%	7,5%	11,5%
1998	10		2	14	26
	13,3%		5,3%	8,7%	9,4%
Total	75	4	38	161	278
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Etiología médico legal – Resultados toxicológicos. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia etiología de la muerte-resultados toxicológicos

	etiología médico legal				Total
	natural	homicida	suicida	accidental	
alcohol	4	1	11	18	34
	13,8%	25,0%	45,8%	41,9%	34,0%
drogas			2	5	7
			8,3%	11,6%	7,0%
fármacos	1		3		4
	3,4%		12,5%		4,0%
alcoh.+drog.		1	2	1	4
		25,0%	8,3%	2,3%	4,0%
alcoh.+farm.	1	1			2
	3,4%	25,0%			2,0%
far.+drog.			2		2
			8,3%		2,0%
negativo	19	1	4	12	36
	65,5%	25,0%	16,7%	27,9%	36,0%
no consta	4			7	11
	13,8%			16,3%	11,0%
Total	29	4	24	43	100
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

2. MUERTES NATURALES

2.1. INTRODUCCIÓN

El profesor Castilla Gonzalo se refiere a la muerte natural como “*la terminación de la vida de una manera espontánea, tras un proceso que sucede comúnmente y*

que por ello resulta fácilmente creíble: unas veces será por causas exógenas, y otras por causa de una enfermedad de origen endógeno; incluso por el propio envejecimiento que agota los mecanismos vitales”.

Como previamente se ha señalado al hablar de las muertes judiciales en su conjunto, en ocasiones la muerte natural no es posible diagnosticarla con certeza en un principio, englobándose dentro de las muertes sospechosas de criminalidad. Siendo ésta una circunstancia muy frecuente en el ámbito de la Medicina Legal.

El hecho diferencial respecto a los otros tipos de muerte, en cuanto a su repercusión jurídica, deviene de la ausencia de participación de terceros, o del propio individuo con sus acciones, en el mecanismo de la muerte.

Al tiempo, esta característica conlleva que con frecuencia estas muertes, una vez determinada su etiología no violenta, no sean estudiadas con el detenimiento que sería exigible, a lo cual contribuye la propia dinámica judicial y la falta de estudios especializados en los centros donde se realizan las necropsias.

Al realizar la clasificación de las diversas etiología que conforman la muerte natural, se ha seguido en un principio la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9-M, con objeto de mantener un orden aceptado internacionalmente, y reflejado en numerosos estudios médicos. Sin embargo, tanto el marcado predominio de determinadas etiologías que aparecen en el ámbito legal (muertes generalmente súbitas, con causa mayoritaria cardiaca), como la falta de profundización señalada en los estudios, hace que esta clasificación resulte demasiado “amplia” para los fines de esta Tesis. Asimismo, la clasificación es propiamente de enfermedades, siendo algunas de ellas muy inusual causa de muerte, aún cuando se han mantenido todas las contempladas.

Por todo ello, se ha efectuado al tiempo otra clasificación más adaptada a hallazgos autópsicos médico forenses, ya propuesta en otros estudios epidemiológicos del mismo ámbito, distribuyendo las causas de muerte natural según el sistema u órgano determinante.

2.2. VARIABLES ANALIZADAS

2.2.1. IDENTIFICATIVAS

Sexo:

- 3) hombre
- 4) mujer

Edad: cuantificada en el número de años.

Década de edad: para facilitar el tratamiento estadístico, y posteriores estudios comparativos, las edades se agrupan en décadas.

- 13) 0 a 9 años
- 14) 10 a 19 años
- 15) 20 a 29 años
- 16) 30 a 39 años
- 17) 40 a 49 años
- 18) 50 a 59 años
- 19) 60 a 69 años
- 20) 70 a 79 años
- 21) 80 a 89 años
- 22) 90 a 99 años
- 23) casos en que no es conocida.

Estado Civil:

- 6) soltero
- 7) casado
- 8) viudo
- 9) separado o divorciado (se recogen conjuntamente por su baja presentación individual).
- 10) casos en que no llega a conocerse.

Profesión: no se ha encontrado una clasificación que se adapte de forma completa a la población objeto de estudio. Las cuatro primeras categorías se corresponden con la clasificación que utiliza el Xunta de Galicia. El resto se han incluido para poder recoger la mayoría de los casos. Sin embargo, es de reseñar la baja frecuencia con que este dato aparece en los expedientes judiciales, o la forma imprecisa de hacerlo, lo que limita grandemente su estudio. Se agrupan como:

- 10) agricultura
- 11) pesca
- 12) industria
- 13) construcción
- 14) servicios
- 15) situación de jubilación
- 16) sus labores
- 17) estudiante
- 18) ninguna específica o no ha podido conocerse.

Comunidad autónoma de origen: referida al lugar de nacimiento.

- 20) Madrid
- 21) Castilla- La Mancha
- 22) Extremadura
- 23) Andalucía
- 24) Murcia
- 25) Valencia

- 26) Cataluña
- 27) Aragón
- 28) Castilla- León
- 29) Navarra
- 30) La Rioja
- 31) País Vasco
- 32) Cantabria
- 33) Asturias
- 34) Galicia
- 35) Ceuta y Melilla
- 36) Canarias
- 37) procedencia no española
- 38) casos en que no ha quedado registrado.

Provincia gallega de origen: se agrupa en las cuatro existentes.

- 6) La Coruña
- 7) Lugo
- 8) Orense
- 9) Pontevedra.

Municipio de origen. Limitado al partido judicial de Cambados.

- 8) Cambados
- 9) San Martín de O Grove
- 10) Sanxenxo
- 11) Meis
- 12) Meaño
- 13) Ribadumia

2.2.2 RELATIVAS A LOS HECHOS

Hora: la recogida en el expediente como de fallecimiento.

Intervalo horario: agrupación de horas para facilitar su estudio.

- 2) 0 a 7
- 3) 8 a 15
- 4) 16 a 23
- 5) no consta.

Día de la semana:

- 2)lunes
- 3)martes
- 4)miércoles
- 5)jueves
- 6)viernes
- 7)sábado
- 8)domingo
- 9)no consta

Día del mes.

Mes:

- 2) enero
- 3) febrero
- 4) marzo
- 5) abril
- 6) mayo

- 7) junio
- 8) julio
- 9) agosto
- 10) septiembre
- 11) octubre
- 12) noviembre
- 13) diciembre
- 14) no consta

Año: abarcando la década objeto de estudio 1989-1998:

- 2) 1989
- 3) 1990
- 4) 1991
- 5) 1992
- 6) 1993
- 7) 1994
- 8) 1995
- 9) 1996
- 10) 1997
- 11) 1998
- 12) desconocido

Estación:

- 2) primavera
- 3) verano
- 4) otoño
- 5) invierno
- 6) no consta

Fase lunar:

- 6) cuarto menguante
- 7) luna nueva
- 8) cuarto creciente
- 9) luna llena
- 10) No consta.

Carácter laboral: Queda deficientemente recogido en los expedientes, por lo que únicamente se han considerado como tales aquellos en que halla quedado acreditado de una manera suficiente.

- 4) laboral
- 5) no laboral
- 6) no consta

Lugar del fallecimiento: entendido como el sitio donde tiene ocure la muerte, independientemente de su eventual traslado.

- 8) vivienda (propia o ajena)
- 9) agua (mar, río, pozo)
- 10) local de trabajo
- 11) vía pública
- 12) campo o playa (caso de ahogamiento se recoge en el apartado 2)
- 13) centro sanitario (hospital, sanatorio, centro de salud, centro privado)
- 14) otros (sólo se especificaran en algunos tipos de muerte concreta, dada su baja presentación)

Lugar del levantamiento: realizado por la Comisión judicial o persona en quien delegue (con frecuencia el médico forense).

- 8) vivienda (propia o ajena)
- 9) agua

- 10) local de trabajo
- 11) vía pública
- 12) campo o playa
- 13) centro sanitario (hospital, sanatorio, centro de salud, centro privado)
- 14) otros (sólo se especificaran al estudiar tipos de muerte concreta, dado su baja presentación)

Patologías previas: quedan registradas de forma deficitaria, por lo que se agrupan en grandes apartados.

- 5) enfermedades físicas
- 6) enfermedades psíquicas
- 7) ambas
- 8) no se conocieron durante la investigación.

Antecedentes de dependencia a sustancias de abuso: se estudian independientes del anterior por su interés intrínseco.

- 5) alcohol
- 6) drogas de abuso (excluyendo alcohol)
- 7) alcohol y drogas
- 8) no existieron o no se conocieron durante la investigación.

2.2.3. ACTIVIDAD AUTOPSICA

Práctica de examen autopsico:

- 4) se realizó
- 5) no se realizó
- 6) no queda recogido

Realización de estudios complementarios: recogiendo aquí únicamente.

- 4)se realizan
- 5)no se realizan
- 6)no consta

Tipo de estudio:

- 6)anatomo-patológico
- 7)toxicológico
- 8)anatomo-patológico y toxicológico
- 9)otros (fundamentalmente incluyen biológicos o criminalísticos)
- 10) no consta la naturaleza del estudio

Resultados toxicológicos: de acuerdo con las sustancias detectadas

- 9)alcohol
- 10) drogas (excluyendo alcohol)
- 11) fármacos
- 12) alcohol y drogas
- 13) alcohol y fármacos
- 14) drogas y fármacos
- 15) resultado negativo
- 16) no consta el resultado

2.2.4. RELATIVAS A LA MUERTE

Causa judicial. Motivo por el que la muerte natural ha sido objeto de estudio médico forense.

- 5)ingresa cadáver en un centro sanitario
- 6)es encontrado muerto
- 7)el facultativo desconoce las causas del fallecimiento
- 8)otros
- 9)no consta

Clasificación según CIE-9-MC (enfermedad que causa la muerte). Se excluyen las “lesiones y envenenamientos” ya que originan muertes violentas.

- 1) Enfermedades infecciosas y parasitarias
- 2) Neoplasias
- 3) Enfermedades endocrinas, nutritivas y metabólicas, y trastornos de la inmunidad
- 4) Enfermedades de la sangre
- 5) Trastornos mentales
- 6) Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos
- 7) Enfermedades del sistema circulatorio
- 8) Enfermedades del aparato respiratorio
- 9) Enfermedades del aparato digestivo
- 10) Enfermedades del aparato genitourinario
- 11) Complicaciones del embarazo, parto y puerperio
- 12) Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
- 13) Enfermedades del sistema osteo-mioarticular y tejido conectivo
- 14) Anomalías congénitas
- 15) Ciertas enfermedades de origen en el periodo perinatal
- 16) Síntomas, signos y estados mal definidos

Patología orgánica:

- 1) Sistema nervioso
- 2) Cardíaca
- 3) Vascular
- 4) Neoplásica
- 5) Infecciosa
- 6) Aparato respiratorio
- 7) Aparato digestivo
- 8) Muerte súbita del lactante

9) Muerte funcional (“blanca”)

10) Otras

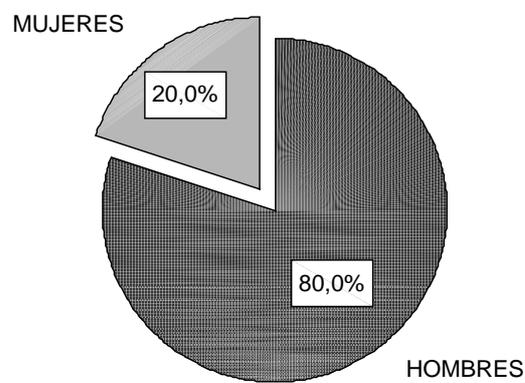
11) No consta

2.3. REFERENTES A LA FILIACION

2.3.1. *Sexo*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de sectores.

distribución por sexos

	Frecuencia	Porcentaje
hombres	60	80,0
mujeres	15	20,0
Total	75	100,0



2.3.2. *Edad*. Tamaño de la muestra. Medidas de centralización. Medidas de dispersión

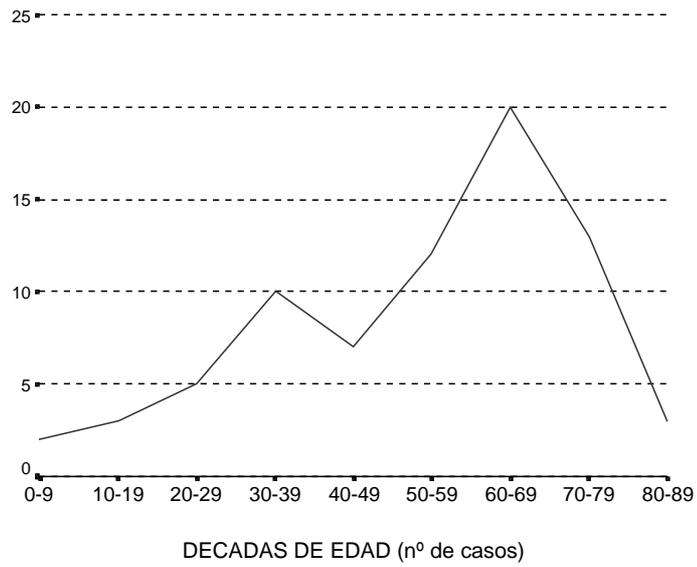
estadísticos de la variable edad

		EDAD
N	Válidos	73
	Descon.	2
Media		53,66
Mediana		59,00
Moda		61
Desv. típ.		19,58
Varianza		383,45
Asimetría		-,745 ,281
Curtosis		-,165 ,555
Rango		84
Mínimo		0
Máximo		84

2.3.3. *Edad en décadas*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

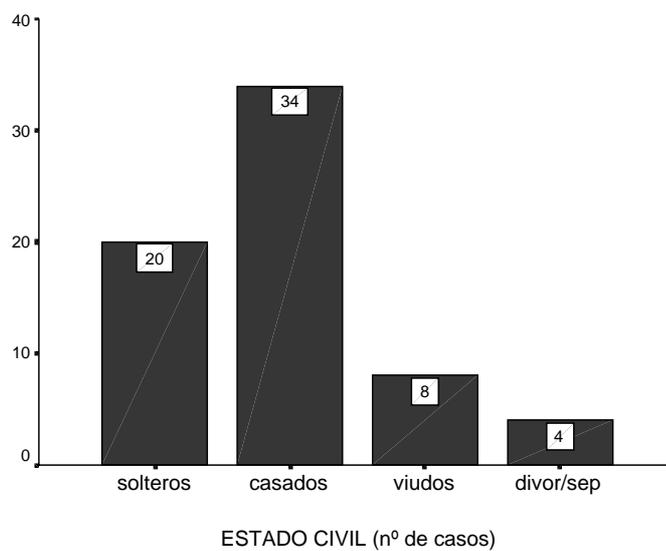
edades agrupadas en décadas

	Frecuencia	Porcentaje
0 a 9 años	2	2,7
10 a 19	3	4,0
20 a 29	5	6,7
30 a 39	10	13,3
40 a 49	7	9,3
50 a 59	12	16,0
60 a 69	20	26,7
70 a 79	13	17,3
80 a 89	3	4,0
Total	75	100,0



2.3.4. *Estado Civil*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

estado civil		
	Frecuencia	Porcentaje
solteros	20	26,7
casados	34	45,3
viudos	8	10,7
divor/sep	4	5,3
no consta	9	12,0
Total	75	100,0



2.3.5. *Profesión.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

ocupación profesional

	Frecuencia	Porcentaje
agricultura	3	4,0
pesca	2	2,7
industria	3	4,0
servicios	2	2,7
jubilados	4	5,3
sus labores	2	2,7
estudiantes	1	1,3
no consta	58	77,3
Total	75	100,0

2.3.6. *Comunidad autónoma de origen*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

procedencia autonómica

	Frecuencia	Porcentaje
Madrid	3	4,0
Extremadura	1	1,3
Andalucía	1	1,3
Murcia	1	1,3
Castilla-León	4	5,3
Navarra	1	1,3
Asturias	1	1,3
Galicia	58	77,3
Canarias	1	1,3
Extranjero	2	2,7
No consta	2	2,7
Total	75	100,0

2.3.7. *Provincia gallega de origen*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

provincia gallega de origen

	Frecuencia	Porcentaje
Lugo	3	5,2
Orense	1	1,7
Pontevedra	54	93,1
Total	58	100,0

2.3.8. *Municipio de origen del Partido de Cambados*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

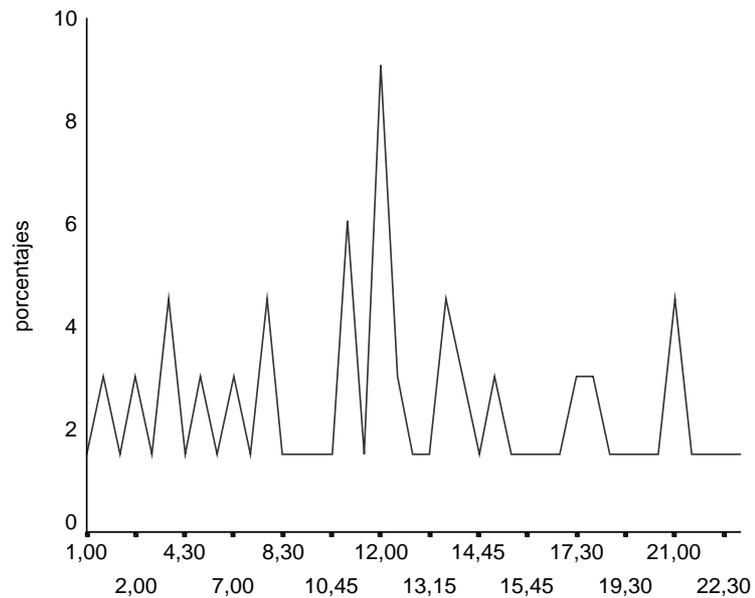
Juzgado de inscripción del nacimiento (partido judicial de Cambados)		
	Frecuencia	Porcentaje
Cambados	7	15,9
San Martín de O Grove	9	20,5
Sangenjo	15	34,1
Meis	2	4,5
Meaño	8	18,2
Ribadumia	3	6,8
Total	44	100,0

2.4. REFERENTES A LOS HECHOS

2.4.1. *Hora de fallecimiento*: Tamaño de la muestra. Medidas de centralización. Medidas de dispersión. Representación gráfica de la distribución de frecuencias mediante diagrama de líneas.

estadísticos de la variable hora

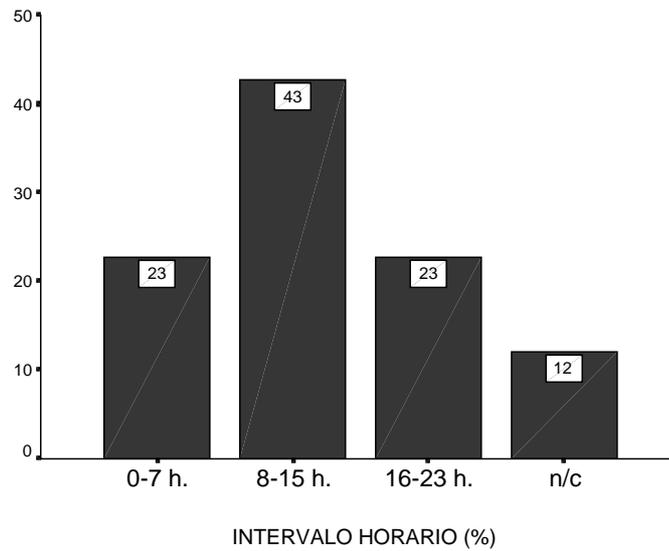
		Resultados
Nº casos	Válidos	66
	Descon.	9
Media		11,8598
Mediana		12,0000
Moda		12,00
Desv. típ.		6,1454
Rango		22,00
Mínimo		1,00
Máximo		23,00



2.4.2. *Intervalo horario.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráficas en diagrama de barras (modificado eliminando los casos no conocidos).

intervalos horarios

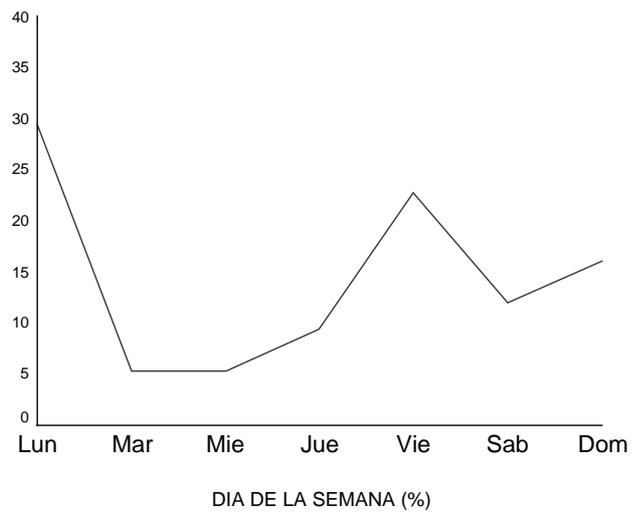
	Frecuencia	Porcentaje
0 a 7 horas	17	22,7
8 a 15 horas	32	42,7
16 a 23 horas	17	22,7
no consta	9	12,0
Total	75	100,0



2.4.3. *Día de la semana.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

días de la semana

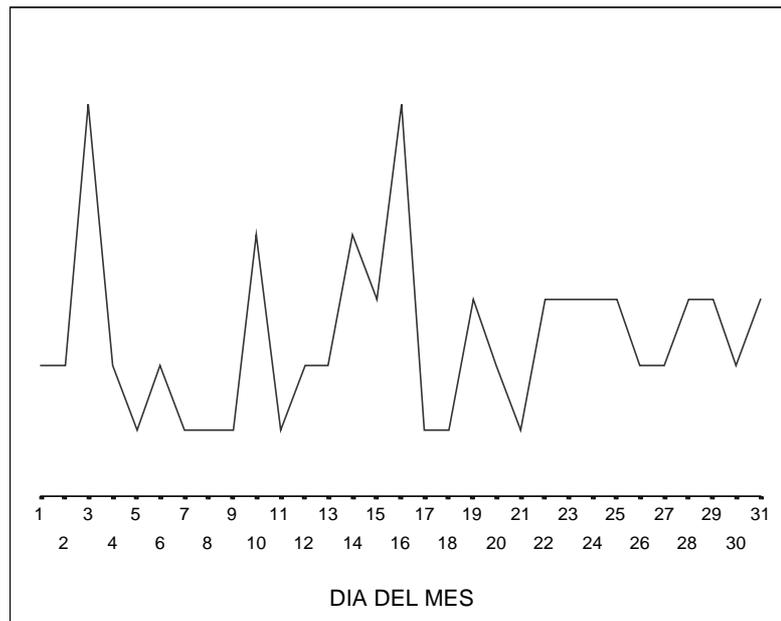
	Frecuencia	Porcentaje
lunes	22	29,3
martes	4	5,3
miercoles	4	5,3
jueves	7	9,3
viernes	17	22,7
sábado	9	12,0
domingo	12	16,0
Total	75	100,0



2.4.4. *Día del mes.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

día del mes

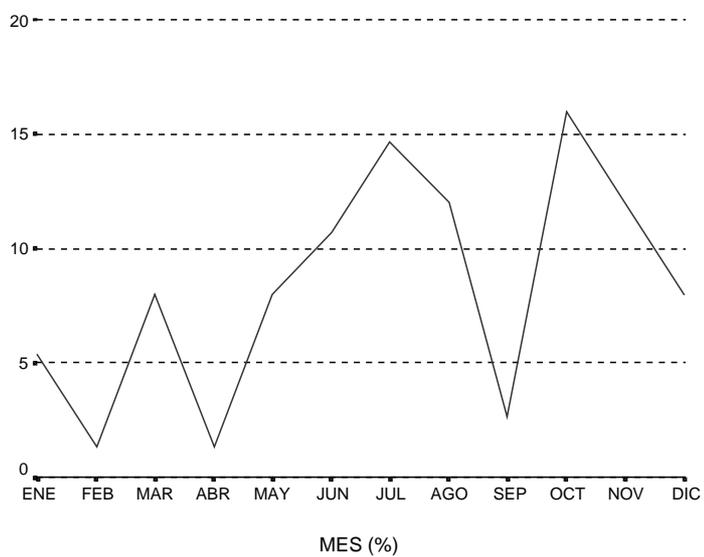
	Frecuencia	Porcentaje
1	2	2,7
2	2	2,7
3	6	8,0
4	2	2,7
5	1	1,3
6	2	2,7
7	1	1,3
8	1	1,3
9	1	1,3
10	4	5,3
11	1	1,3
12	2	2,7
13	2	2,7
14	4	5,3
15	3	4,0
16	6	8,0
17	1	1,3
18	1	1,3
19	3	4,0
20	2	2,7
21	1	1,3
22	3	4,0
23	3	4,0
24	3	4,0
25	3	4,0
26	2	2,7
27	2	2,7
28	3	4,0
29	3	4,0
30	2	2,7
31	3	4,0
Total	75	100,0



2.4.5. *Mes*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

distribución mensual

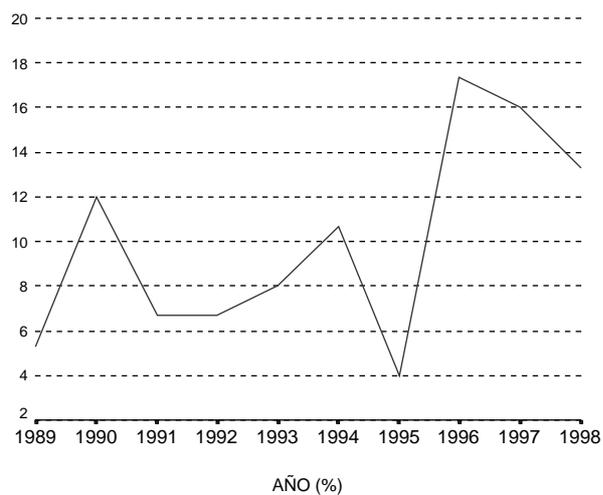
	Frecuencia	Porcentaje
enero	4	5,3
febrero	1	1,3
marzo	6	8,0
abril	1	1,3
mayo	6	8,0
junio	8	10,7
julio	11	14,7
agosto	9	12,0
septiembre	2	2,7
octubre	12	16,0
noviembre	9	12,0
diciembre	6	8,0
Total	75	100,0



2.4.6. Año. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

distribución por años

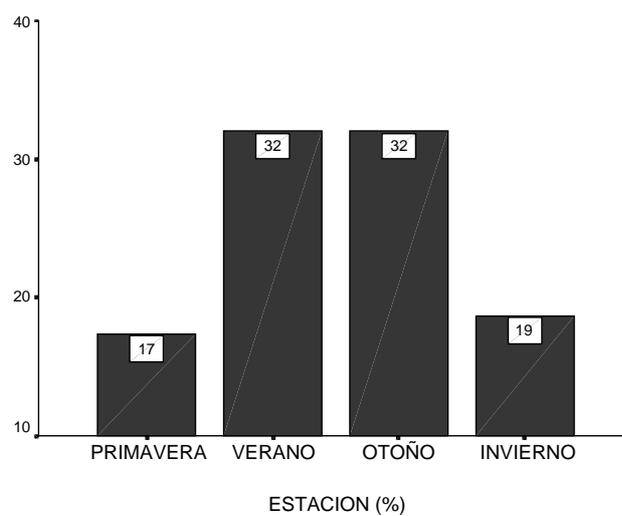
	Frecuencia	Porcentaje
1989	4	5,3
1990	9	12,0
1991	5	6,7
1992	5	6,7
1993	6	8,0
1994	8	10,7
1995	3	4,0
1996	13	17,3
1997	12	16,0
1998	10	13,3
Total	75	100,0



2.4.7. *Estación del año*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

distribución estacional

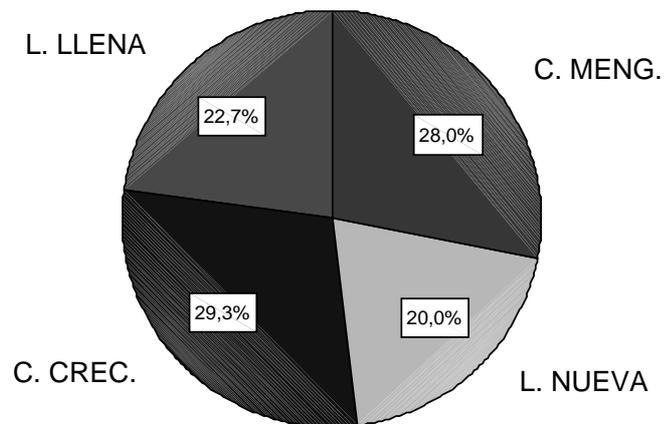
	Frecuencia	Porcentaje
Primavera	13	17,3
Verano	24	32,0
Otoño	24	32,0
Invierno	14	18,7
Total	75	100,0



2.4.8. *Fase lunar durante los hechos.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de sectores.

frecuencia de las fases lunares

	Frecuencia	Porcentaje
Cuarto menguante	21	28,0
Luna nueva	15	20,0
Cuarto creciente	22	29,3
Luna llena	17	22,7
Total	75	100,0



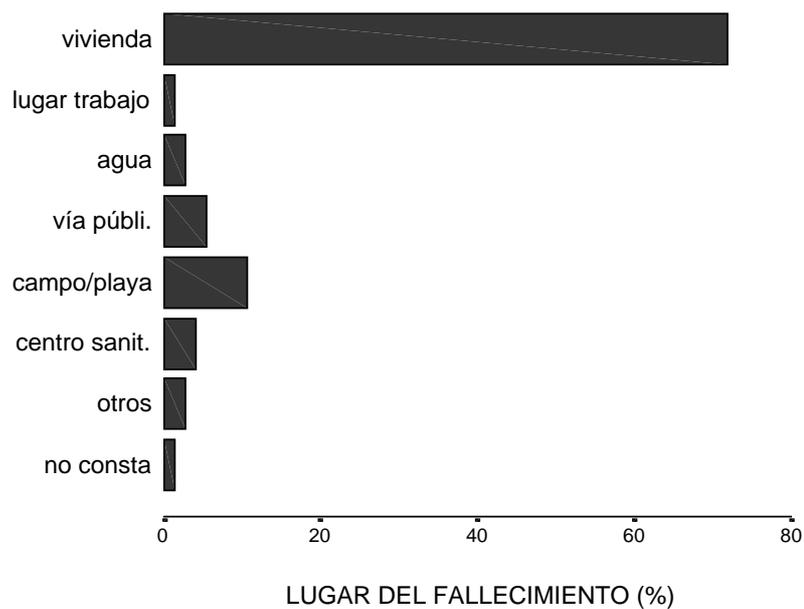
2.4.9. *Carácter laboral de la muerte.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

relación laboral		
	Frecuencia	Porcentaje
Laborales	0	,0
No laborales	75	100,0
Total	75	100,0

2.4.10. *Lugar del fallecimiento*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

lugar del fallecimiento

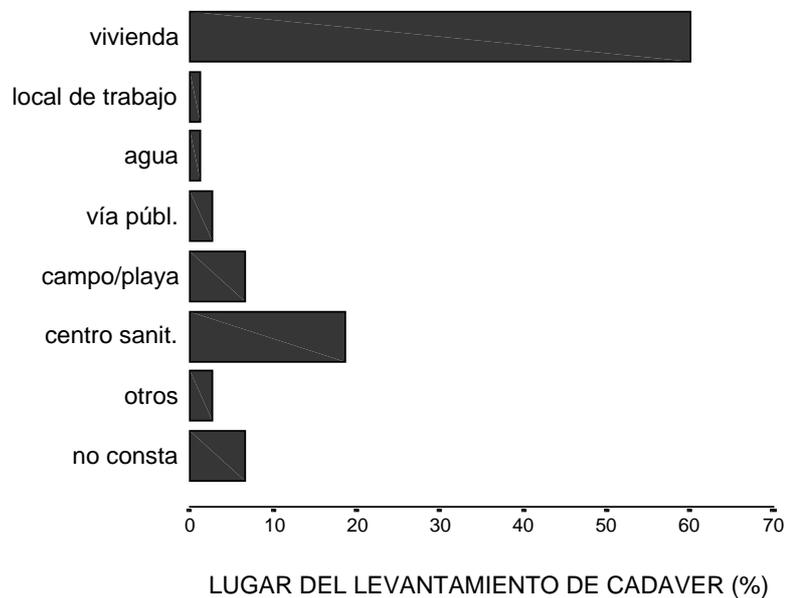
	Frecuencia	Porcentaje
vivienda	54	72,0
local de trabajo	1	1,3
agua	2	2,7
vía pública	4	5,3
campo/playa	8	10,7
centro sanitario	3	4,0
otros	2	2,7
no consta	1	1,3
Total	75	100,0



2.4.11. *Lugar del levantamiento de cadáver.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

lugar del levantamiento

	Frecuencia	Porcentaje
vivienda	45	60,0
local de trabajo	1	1,3
agua	1	1,3
vía pública	2	2,7
campo/playa	5	6,7
centro sanitario	14	18,7
otros	2	2,7
no consta	5	6,7
Total	75	100,0



2.4.12. *Existencia de patologías previas.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

antecedentes de enfermedades

	Frecuencia	Porcentaje
enfermedad física	48	64,0
enfermedad psíquica	2	2,7
enf. física y psíquica	3	4,0
no/ no constan	22	29,3
Total	75	100,0

2.4.13. *Antecedente de dependencia a sustancias de abuso.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

antecedentes de dependencia a sustancias de abuso

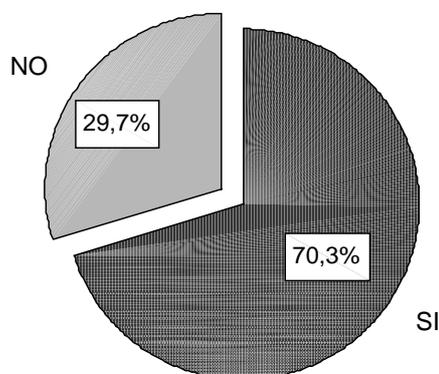
	Frecuencia	Porcentaje
alcohol	20	26,7
drogas de abuso	1	1,3
no/ no consta	54	72,0
Total	75	100,0

2.5. ACTIVIDAD AUTOPSICA

2.5.1. *Práctica de autopsia.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de sectores (valores eliminando los casos no conocidos).

práctica de autopsia

	Frecuencia	Porcentaje
si	52	69,3
no	22	29,3
no consta	1	1,3
Total	75	100,0



2.5.2. *Realización de estudios complementarios.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Se contempla de forma independiente para el total de las muertes, y los casos en que se practicó autopsia.

realización de pruebas complementarias

	Frecuencia	Porcentaje
realizadas	37	49,3
no realizadas	37	49,3
no consta	1	1,3
Total	75	100,0

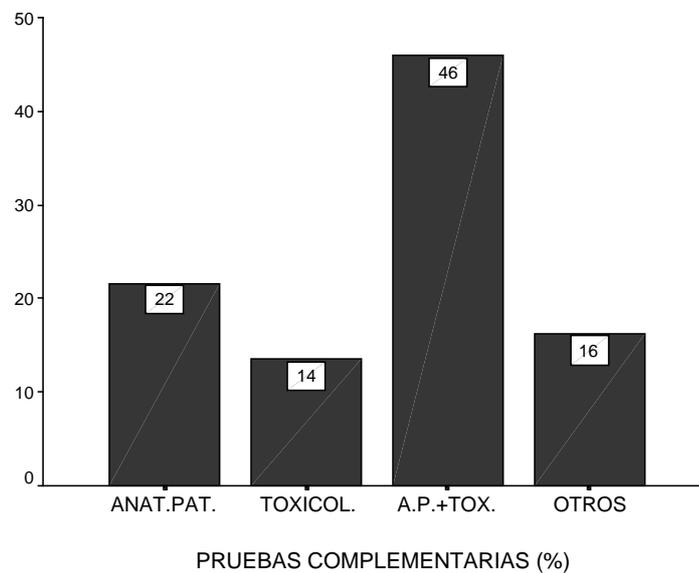
**pruebas complementarias en los casos
autopsiados**

	Frecuencia	Porcentaje
realizadas	36	69,2
no realizadas	16	30,8
Total	52	100,0

2.5.3. *Tipo de estudios complementarios practicados.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

naturaleza de las pruebas

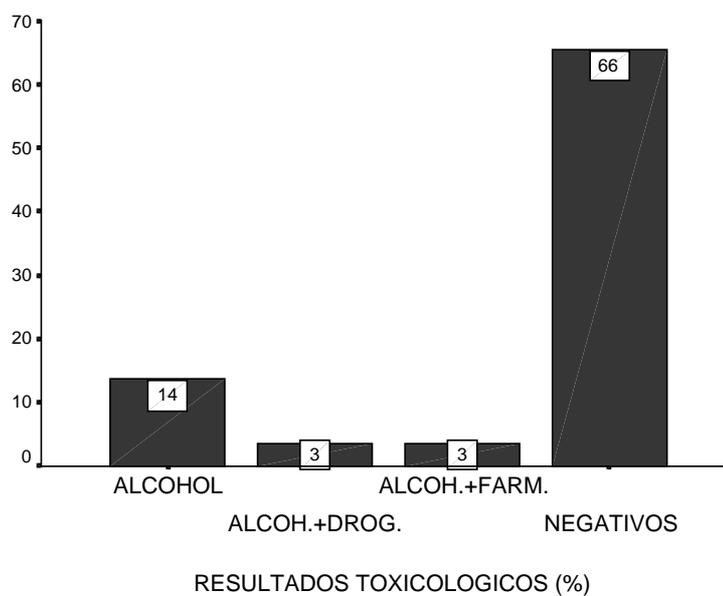
	Frecuencia	Porcentaje
Anato. Patol.	8	21,6
Toxicológicas	5	13,5
Anat. Pat. + Tox.	17	45,9
Otras	6	16,2
No consta	1	2,7
Total	37	100,0



2.5.4. *Resultados toxicológicos.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

resultado de los análisis toxicológicos

	Frecuencia	Porcentaje
alcohol	4	13,8
alcohol+drogas	1	3,4
alcohol+fármacos	1	3,4
negativos	19	65,5
no consta	4	13,8
Total	29	100,0



2.6 RELATIVOS A LA ETIOLOGIA

2.6.1. *Causa del interés judicial.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

interés judicial

	Frecuencia	Porcentaje
ingresa muerto en centro sanitario	15	20,0
encontrado muerto	54	72,0
falta de antecedentes	2	2,7
otros	3	4,0
no consta	1	1,3
Total	75	100,0

2.6.2. *Etiología de la muerte según la clasificación CIE-9-MC.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

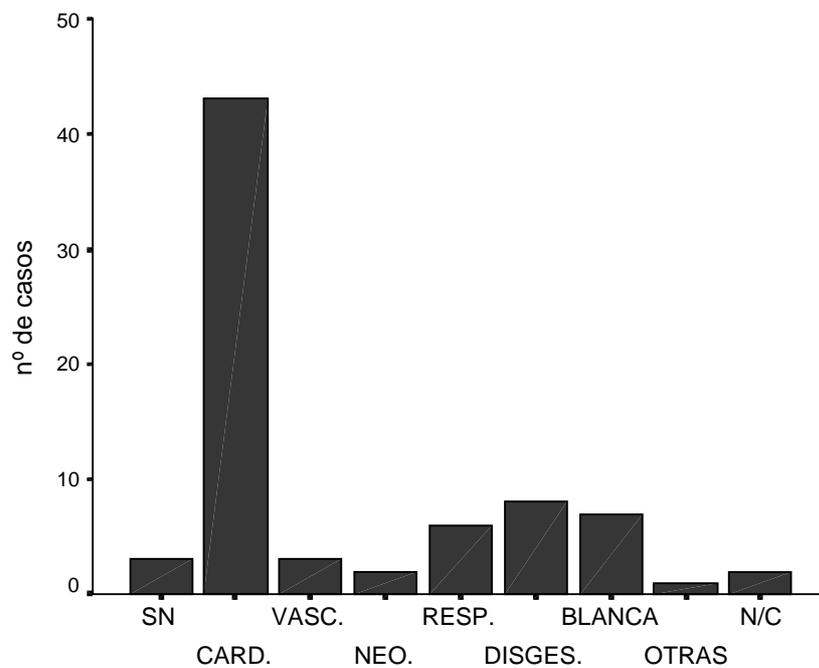
etiología de la muerte CIE-9-MC

	Frecuencia	Porcentaje
neoplasias	2	2,7
trast. mentales	1	1,3
enf. sistema nervioso	4	5,3
enf. ap. circulatorio	44	58,7
enf. ap respiratorio	6	8,0
enf. ap digestivo	8	10,7
mal definidos	8	10,7
no consta	2	2,7
Total	75	100,0

2.6.3. *Etiología de la muerte según patología orgánica.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

causa orgánica de muerte

	Frecuencia	Porcentaje
sistema nervioso	3	4,0
cardiaca	43	57,3
vascular	3	4,0
neoplásica	2	2,7
ap. respiratorio	6	8,0
digestiva	8	10,7
muerte "blanca"	7	9,3
otros	1	1,3
no consta	2	2,7
Total	75	100,0



2.7. RESULTADOS BIFACTORIALES

2.7.1. CON EL SEXO

Sexo – edad. Medidas de centralización y dispersión.

Valor medio (media estadística):

Hombres: 54,62 años

Mujeres: 49,93 años

Valor más frecuente de edad (moda estadística)

Hombres: 61 años

Mujeres: 59 años

Edades mayor y menor (rango estadístico)

Hombres: 8-84 años

Mujeres: <1-78 años

Sexo – intervalo horario. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia sexo-intervalo horario

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
0-7 horas	16 26,7%	1 6,7%	17 22,7%
8-15 horas	24 40,0%	8 53,3%	32 42,7%
16-23 horas	13 21,7%	4 26,7%	17 22,7%
no consta	7 11,7%	2 13,3%	9 12,0%
Total	60 100,0%	15 100,0%	75 100,0%

Sexo – década de edad. Tabla de contingencia.

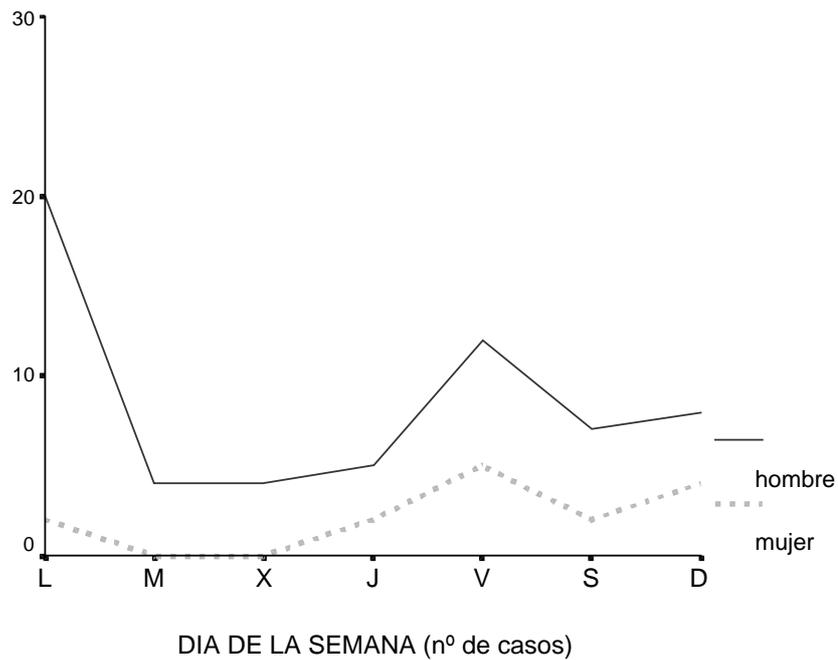
tabla de contingencia sexo-década de edad

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
0-9 años	1 1,7%	1 6,7%	2 2,7%
10-19 años	2 3,3%	1 6,7%	3 4,0%
20-29 años	4 6,7%	1 6,7%	5 6,7%
30-39 años	8 13,3%	2 13,3%	10 13,3%
40-49 años	7 11,7%		7 9,3%
50-59 años	7 11,7%	5 33,3%	12 16,0%
60-69 años	18 30,0%	2 13,3%	20 26,7%
70-79 años	10 16,7%	3 20,0%	13 17,3%
80-89 años	3 5,0%		3 4,0%
Total	60 100,0%	15 100,0%	75 100,0%

Sexo – día de la semana. Tabla de contingencia. Estadísticos. Gráfico de línea

tabla de contingencia sexo-día de la semana

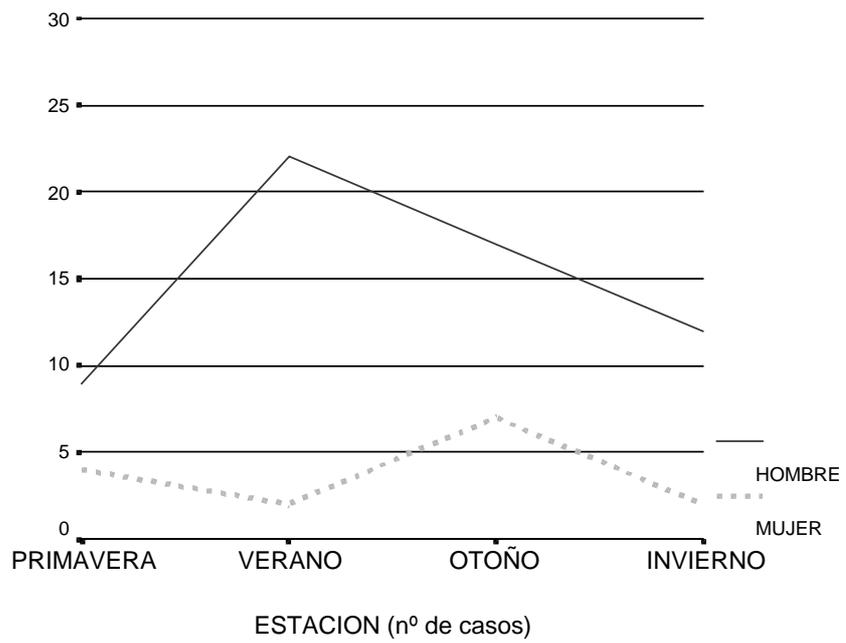
	SEXO		Total
	hombre	mujer	
LUNES	20 33,3%	2 13,3%	22 29,3%
MARTES	4 6,7%		4 5,3%
MIERC.	4 6,7%		4 5,3%
JUEVES	5 8,3%	2 13,3%	7 9,3%
VIERNES	12 20,0%	5 33,3%	17 22,7%
SABADO	7 11,7%	2 13,3%	9 12,0%
DOMINGO	8 13,3%	4 26,7%	12 16,0%
Total	60 100,0%	15 100,0%	75 100,0%



Sexo – estación. Tabla de contingencia. Gráfico de línea.

tabla de contingencia sexo-estación

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
Primavera	9	4	13
	15,0%	26,7%	17,3%
Verano	22	2	24
	36,7%	13,3%	32,0%
Otoño	17	7	24
	28,3%	46,7%	32,0%
Invierno	12	2	14
	20,0%	13,3%	18,7%
Total	60	15	75
	100,0%	100,0%	100,0%



2.7.2. CON EL ESTADO CIVIL

Estado civil - Sexo. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia estado civil-sexo

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
soltero	16 26,7%	4 26,7%	20 26,7%
casado	29 48,3%	5 33,3%	34 45,3%
viudo	6 10,0%	2 13,3%	8 10,7%
divor./sep.	3 5,0%	1 6,7%	4 5,3%
no consta	6 10,0%	3 20,0%	9 12,0%
Total	60 100,0%	15 100,0%	75 100,0%

2.7.3. CON LA DECADA DE EDAD

Década de edad – Intervalo de hora.

tabla de contingencia década-intervalo horario

	INTERVALO HORARIO				Total
	0-7 h.	8-15 h.	16-23 h.	n/c	
0-9 años		1	1		2
		50,0%	50,0%		100,0%
10-19 años		2	1		3
		66,7%	33,3%		100,0%
20-29 años	2	2	1		5
	40,0%	40,0%	20,0%		100,0%
30-39 años	1	6	2	1	10
	10,0%	60,0%	20,0%	10,0%	100,0%
40-49 años	3	2	2		7
	42,9%	28,6%	28,6%		100,0%
50-59 años	4	3	4	1	12
	33,3%	25,0%	33,3%	8,3%	100,0%
60-69 años	4	9	2	5	20
	20,0%	45,0%	10,0%	25,0%	100,0%
70-79 años	2	7	2	2	13
	15,4%	53,8%	15,4%	15,4%	100,0%
80-89 años	1		2		3
	33,3%		66,7%		100,0%
Total	17	32	17	9	75
	22,7%	42,7%	22,7%	12,0%	100,0%

2.7.4. CON LA FASE LUNAR

Fase lunar – Causa orgánica. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia fase lunar-causa orgánica de muerte

	FASE LUNAR				Total
	C. Meng.	L. Nueva	C. Crec.	L. Llena	
S.N.	1 4,8%		1 4,5%	1 5,9%	3 4,0%
CARDIACA	14 66,7%	6 40,0%	13 59,1%	10 58,8%	43 57,3%
VASCULAR	1 4,8%		1 4,5%	1 5,9%	3 4,0%
NEOPLASICA		1 6,7%	1 4,5%		2 2,7%
A. RESP.	1 4,8%	1 6,7%	2 9,1%	2 11,8%	6 8,0%
AP. DIGEST.	2 9,5%	5 33,3%	1 4,5%		8 10,7%
"BLANCA"	2 9,5%	1 6,7%	2 9,1%	2 11,8%	7 9,3%
OTROS			1 4,5%		1 1,3%
NO CONSTA		1 6,7%		1 5,9%	2 2,7%
Total	21 100,0%	15 100,0%	22 100,0%	17 100,0%	75 100%

2.7.5. CON PATOLOGÍAS PREVIAS

Patologías previas - Sexo. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia patología previa-sexo

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
física	38	10	48
	63,3%	66,7%	64,0%
psíquica	2		2
	3,3%		2,7%
fís.+psíqu.	1	2	3
	1,7%	13,3%	4,0%
no / no consta	19	3	22
	31,7%	20,0%	29,3%
Total	60	15	75
	100,0%	100,0%	100,0%

Patologías previas – Causa del interés judicial. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia patología previa-causa del interés judicial

	PATOLOGIA PREVIA				Total
	física	psíquica	fís.+psíqu.	no, n/c	
ingresa muerto en centro sanitario	8		1	6	15
	53,3%		6,7%	40,0%	100%
encontrado muerto	37	2	1	14	54
	68,5%	3,7%	1,9%	25,9%	100%
desconocimiento de antecedentes	1		1		2
	50,0%		50,0%		100%
otros	2			1	3
	66,7%			33,3%	100%
no consta				1	1
				100,0%	100%
Total	48	2	3	22	75
	64,0%	2,7%	4,0%	29,3%	100%

2.8. *Patologías previas – Causa orgánica de la muerte. Tabla de contingencia.*

tabla de contingencia patología previa-causa orgánica de la muerte

	PATOLOGIA PREVIA				Total
	física	psíquica	fís.+psíqu.	no, n/c	
Sist. Nervioso	2			1	3
	66,7%			33,3%	100%
Cardiaca	27	2	1	13	43
	62,8%	4,7%	2,3%	30,2%	100%
Vascular	2			1	3
	66,7%			33,3%	100%
Neoplásica	1		1		2
	50,0%		50,0%		100%
Ap. Respiratorio	5			1	6
	83,3%			16,7%	100%
Ap. Digestivo	5			3	8
	62,5%			37,5%	100%
"Blanca"	4		1	2	7
	57,1%		14,3%	28,6%	100%
Otros	1				1
	100,0%				100%
No consta	1			1	2
	50,0%			50,0%	100%
Total	48	2	3	22	75
	64,0%	2,7%	4,0%	29,3%	100%

2.7.6. CON ANTECEDENTES DE DEPENDENCIA

Antecedentes de dependencia – Causa del interés judicial. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia antecedentes de dependencia-causa del interés judicial

	DEPENDENCIA			Total
	alcohol	drogas	no, n/c	
ingresa muerto	1		14	15
	6,7%		93,3%	100,0%
encontrado muerto	18	1	35	54
	33,3%	1,9%	64,8%	100,0%
desconocimiento antecedentes	1		1	2
	50,0%		50,0%	100,0%
otros			3	3
			100,0%	100,0%
no consta			1	1
			100,0%	100,0%
Total	20	1	54	75
	26,7%	1,3%	72,0%	100,0%

2.7.7. CON LA CAUSA DEL INTERES JUDICIAL

Causa del interés judicial - Sexo. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia sexo-causa del interés judicial

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
ingresa muerto en centro sanitario	14 23,3%	1 6,7%	15 20,0%
encontrado muerto	42 70,0%	12 80,0%	54 72,0%
desconocimiento de antecedentes	1 1,7%	1 6,7%	2 2,7%
otros	2 3,3%	1 6,7%	3 4,0%
no consta	1 1,7%		1 1,3%
Total	60 100,0%	15 100,0%	75 100,0%

2.7.8. CON LA CAUSA ORGANICA DE LA MUERTE

Causa orgánica de la muerte - Sexo. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia causa orgánica de la muerte-sexo

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
Sist. nervioso	2 3,3%	1 6,7%	3 4,0%
Cardiaca	35 58,3%	8 53,3%	43 57,3%
Vascular	3 5,0%		3 4,0%
Neoplásica	2 3,3%		2 2,7%
Ap. respirat.	5 8,3%	1 6,7%	6 8,0%
Ap. digest.	6 10,0%	2 13,3%	8 10,7%
"Blanca"	5 8,3%	2 13,3%	7 9,3%
Otros		1 6,7%	1 1,3%
No consta	2 3,3%		2 2,7%
Total	60 100,0%	15 100,0%	75 100,0%

Causa orgánica de la muerte – Estado civil. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia causa orgánica de la muerte-estado civil

	ESTADO CIVIL					Total
	soltero	casado	viudo	div./sep.	No consta	
Sist. nervioso	2 10,0%	1 2,9%				3 4,0%
Cardiaca	8 40,0%	23 67,6%	4 50,0%	2 50,0%	6 66,7%	43 57,3%
Vascular	2 10,0%	1 2,9%				3 4,0%
Neoplásica	1 5,0%		1 12,5%			2 2,7%
Ap. respirat.	2 10,0%	3 8,8%	1 12,5%			6 8,0%
Ap. digest.		5 14,7%		2 50,0%	1 11,1%	8 10,7%
"Blanca"	5 25,0%	1 2,9%			1 11,1%	7 9,3%
Otros			1 12,5%			1 1,3%
No consta			1 12,5%		1 11,1%	2 2,7%
Total	20 100,0%	34 100,0%	8 100,0%	4 100,0%	9 100,0%	75 100,0%

Causa orgánica de la muerte – Década de edad. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia causa orgánica de la muerte-década de edad

	DECADA									Total
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	
S.N.			2				1			3
			40,0%				5,0%			4,0%
Cardia.		2		6	6	6	13	9	1	43
		66,7%		60,0%	85,7%	50,0%	65,0%	69,2%	33,3%	57,3%
Vascul.				1			1		1	3
				10,0%			5,0%		33,3%	4,0%
Neo.					1				1	2
					14,3%				33,3%	2,7%
Ap. Resp.	1		2			1	1	1		6
	50,0%		40,0%			8,3%	5,0%	7,7%		8,0%
Ap. Diges.				1		3	3	1		8
				10,0%		25,0%	15,0%	7,7%		10,7%
"Blanca"	1	1	1	2		1		1		7
	50,0%	33,3%	20,0%	20,0%		8,3%		7,7%		9,3%
Otros						1				1
						8,3%				1,3%
N/C							1	1		2
							5,0%	7,7%		2,7%
Total	2	3	5	10	7	12	20	13	3	75
	100%	100%	100%	100,0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Causa orgánica de la muerte – Estación del año. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia causa orgánica de la muerte-estación del año

	ESTACION				Total
	Primavera	Verano	Otoño	Invierno	
S.N.		2	1		3
		66,7%	33,3%		100,0%
Cardiaca	8	12	14	9	43
	18,6%	27,9%	32,6%	20,9%	100,0%
Vascular		2	1		3
		66,7%	33,3%		100,0%
Neoplásica	1	1			2
	50,0%	50,0%			100,0%
Ap. respirat.	1	1	2	2	6
	16,7%	16,7%	33,3%	33,3%	100,0%
Ap. digest.	2	3	2	1	8
	25,0%	37,5%	25,0%	12,5%	100,0%
"Blanca"		3	2	2	7
		42,9%	28,6%	28,6%	100,0%
Otros	1				1
	100,0%				100,0%
No consta			2		2
			100,0%		100,0%
Total	13	24	24	14	75
	17,3%	32,0%	32,0%	18,7%	100,0%

3. MUERTES VIOLENTAS

3.1. INTRODUCCIÓN

Las muertes violentas son las de mayor interés judicial, y por tanto médico forense, ya que en ellas generalmente existe la participación de un tercero, o de la propia persona, en el mecanismo de la muerte.

La causa deviene de un agente externo a la naturaleza del propio individuo o su natural evolución, con mayor frecuencia de tipo traumático.

Desde el punto de vista médico legal, se agrupan a su vez en homicidas, suicidas y accidentales, siendo la forma en que aparecerán recogidas en el presente estudio.

En este apartado, se estudian de manera conjunta, lo cual ofrece indudable interés médico legal, y permite al tiempo su estudio comparativo con otros trabajos de igual temática.

Como clasificación se ha utilizado la proporcionada por la CIE-9-MC, en su apartado “Clasificación suplementaria de causas externas de lesiones y envenenamiento”, con algunas modificaciones que la hacen más adecuada en esta aplicación.

Al tiempo se registra el lugar preferente donde concurren las lesiones, en una clasificación similar a otras seguidas en estudios.

3.2. VARIABLES ANALIZADAS

3.2.1 RELATIVAS A LA FILIACIÓN

Sexo:

5) hombre

6) mujer

Edad: cuantificada en el número de años.

Década de edad: para facilitar el tratamiento estadístico, y posteriores estudios comparativos, las edades se agrupan en décadas.

- 24) 0 a 9 años
- 25) 10 a 19 años
- 26) 20 a 29 años
- 27) 30 a 39 años
- 28) 40 a 49 años
- 29) 50 a 59 años
- 30) 60 a 69 años
- 31) 70 a 79 años
- 32) 80 a 89 años
- 33) 90 a 99 años
- 34) casos en que no es conocida.

Estado Civil:

- 11) soltero
- 12) casado
- 13) viudo
- 14) separado o divorciado (se recogen conjuntamente por su baja presentación individual).
- 15) casos en que no llega a conocerse.

8.1. *Profesión:* no se ha encontrado una clasificación que se adapte de forma completa a la población objeto de estudio. Las cuatro primeras categorías se corresponden con la clasificación que utiliza el Xunta de Galicia. El resto se han incluido para poder recoger la mayoría de los casos. Sin embargo, es de reseñar la baja frecuencia con que este dato aparece en los expedientes judiciales, o la forma imprecisa de hacerlo, lo que limita grandemente su estudio. Se agrupan como.

- 19) agricultura
- 20) pesca

- 21) industria
- 22) construcción
- 23) servicios
- 24) situación de jubilación
- 25) sus labores
- 26) estudiante
- 27) ninguna específica o no ha podido conocerse

Comunidad autónoma de origen: referida al lugar de nacimiento.

- 39) Madrid
- 40) Castilla- La Mancha
- 41) Extremadura
- 42) Andalucía
- 43) Murcia
- 44) Valencia
- 45) Cataluña
- 46) Aragón
- 47) Castilla- León
- 48) Navarra
- 49) La Rioja
- 50) País Vasco
- 51) Cantabria
- 52) Asturias
- 53) Galicia
- 54) Ceuta y Melilla
- 55) Canarias
- 56) procedencia no española
- 57) casos en que no ha quedado registrado

Provincia gallega de origen: se agrupa en las cuatro existentes.

- 10) La Coruña

- 11) Lugo
- 12) Orense
- 13) Pontevedra

Municipio de origen. Limitado al partido judicial de Cambados.

- 14) Cambados
- 15) San Martín de O Grove
- 16) Sanxenxo
- 17) Meis
- 18) Meaño
- 19) Ribadumia

3.2.2 RELATIVAS A LOS HECHOS

Hora: la recogida en el expediente como de fallecimiento.

Intervalo horario: agrupación de horas para facilitar su estudio.

- 6) 0 a 7
- 7) 8 a 15
- 8) 16 a 23
- 9) no consta

Día de la semana:

- 10) lunes
- 11) martes
- 12) miércoles
- 13) jueves
- 14) viernes
- 15) sábado
- 16) domingo

17) no consta

Día del mes.

Mes:

- 15) enero
- 16) febrero
- 17) marzo
- 18) abril
- 19) mayo
- 20) junio
- 21) julio
- 22) agosto
- 23) septiembre
- 24) octubre
- 25) noviembre
- 26) diciembre
- 27) no consta

Año: abarcando la década objeto de estudio 1989-1998.

- 13) 1989
- 14) 1990
- 15) 1991
- 16) 1992
- 17) 1993
- 18) 1994
- 19) 1995
- 20) 1996
- 21) 1997
- 22) 1998
- 23) desconocido

Estación:

- 7) primavera
- 8) verano
- 9) otoño
- 10) invierno
- 11) no consta

Fase lunar:

- 11) cuarto menguante
- 12) luna nueva
- 13) cuarto creciente
- 14) luna llena
- 15) no consta

Carácter laboral: Queda deficientemente recogido en los expedientes, por lo que únicamente se han considerado como tales aquellos en que halla quedado acreditado de una manera suficiente.

- 7) laboral
- 8) no laboral
- 9) no consta

Lugar del fallecimiento: entendido como el sitio donde tiene ocurre la muerte, independientemente de su eventual traslado.

- 15) vivienda (propia o ajena)
- 16) agua (mar, río, pozo)
- 17) local de trabajo
- 18) vía pública
- 19) campo o playa (caso de ahogamiento se recoge en el apartado 2)
- 20) centro sanitario (hospital, sanatorio, centro de salud, centro privado)

- 21) otros (sólo se especificaran en algunos tipos de muerte concreta, dada su baja presentación)

Lugar del levantamiento: realizado por la Comisión judicial o persona en quien delegue (con frecuencia el médico forense).

- 15) vivienda (propia o ajena)
- 16) agua
- 17) local de trabajo
- 18) vía pública
- 19) campo o playa
- 20) centro sanitario (hospital, sanatorio, centro de salud, centro privado)
- 21) otros (sólo se especificaran al estudiar tipos de muerte concreta, dado su baja presentación)

Patologías previas: quedan registradas de forma deficitaria, por lo que se agrupan en grandes apartados.

- 9) enfermedades físicas
- 10) enfermedades psíquicas
- 11) ambas
- 12) no se conocieron durante la investigación.

Antecedentes de dependencia a sustancias de abuso: se estudian independientes del anterior por su interés intrínseco.

- 9) alcohol
- 10) drogas de abuso (excluyendo alcohol)
- 11) alcohol y drogas
- 12) no existieron o no se conocieron durante la investigación

3.2.3. ACTIVIDAD AUTOPSICA

Práctica de examen autopsico:

- 7) se realizó
- 8) no se realizó
- 9) no queda recogido

Lugar donde se realiza la autopsia:

- 5) Hospital Provincial de Pontevedra (servicio utilizado conjuntamente con el Departamento de Anatomía Patológica, por convenio llevado a cabo entre las delegaciones oficiales de Justicia y Sanidad)
- 6) Tanatorio
- 7) Depósito del cementerio
- 8) No consta

Forenses intervinientes: participantes durante los 10 años de la actividad necrópsica.

Realización de estudios complementarios: recogiendo aquí únicamente.

- 7) se realizan
- 8) no se realizan
- 9) no consta

Tipo de estudio:

- 11) anatomo-patológico
- 12) toxicológico
- 13) anatomo-patológico y toxicológico
- 14) otros (fundamentalmente incluyen biológicos o criminalísticos)
- 15) no consta la naturaleza del estudio

Resultados toxicológicos: de acuerdo con las sustancias detectadas

- 17) alcohol
- 18) drogas (excluyendo alcohol)
- 19) fármacos
- 20) alcohol y drogas
- 21) alcohol y fármacos
- 22) drogas y fármacos
- 23) resultado negativo
- 24) no consta el resultado.

3.2.4. RELATIVAS A LA MUERTE

Etiología médico legal:

- 10) violenta homicida
- 11) violenta suicida
- 12) violenta accidental.

Clasificación del mecanismo. Adaptado de la CIE-9-MC.

- 1) Accidentes por vehículos a motor
- 2) Accidentes por caída o precipitación
- 3) Accidente por asfixia de vías aéreas o ahogamiento
- 4) Suicidio por ahorcadura
- 5) Otros suicidios
- 6) Homicidios
- 7) Otras causas externas

Localización de las lesiones mortales:

- 1) Cabeza
- 2) Cuello

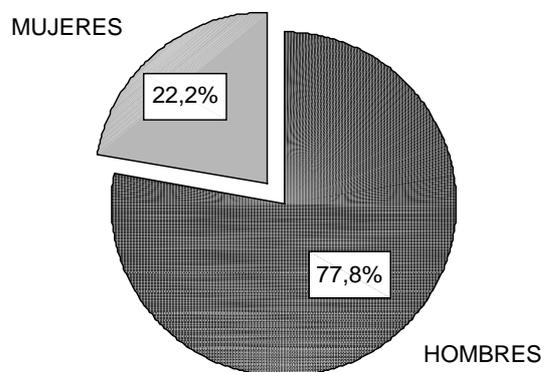
- 3) Tórax
- 4) Abdomen-pelvis
- 5) Miembros superiores
- 6) Miembros inferiores
- 7) Varios
- 8) No consta
- 9) Ausencia de lesiones externas mortales

3.3. REFERENTES A LA FILIACIÓN

3.3.1. *Sexo*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de sectores.

distribución por sexos

	Frecuencia	Porcentaje
hombres	158	77,8
mujeres	45	22,2
Total	203	100,0



3.3.2. *Edad*. Tamaño de la muestra. Medidas de centralización. Medidas de dispersión.

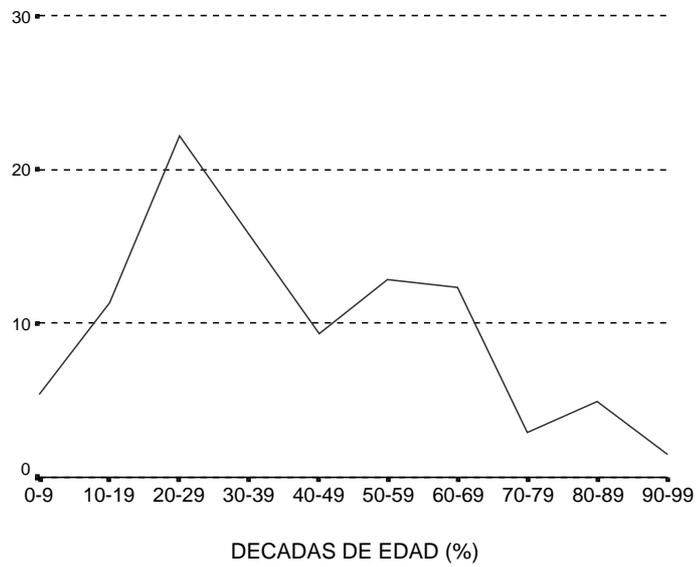
estadísticos de la variable edad

		EDAD
Casos	Válidos	199
	Desconocidos	4
Media		40,50
Mediana		37,00
Desv. típ.		22,04
Varianza		485,89
Asimetría		,406 ,172
Curtosis		-,709 ,343
Rango		93
Mínimo		1
Máximo		94

3.3.3. *Edad en décadas*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

edades agrupadas en décadas

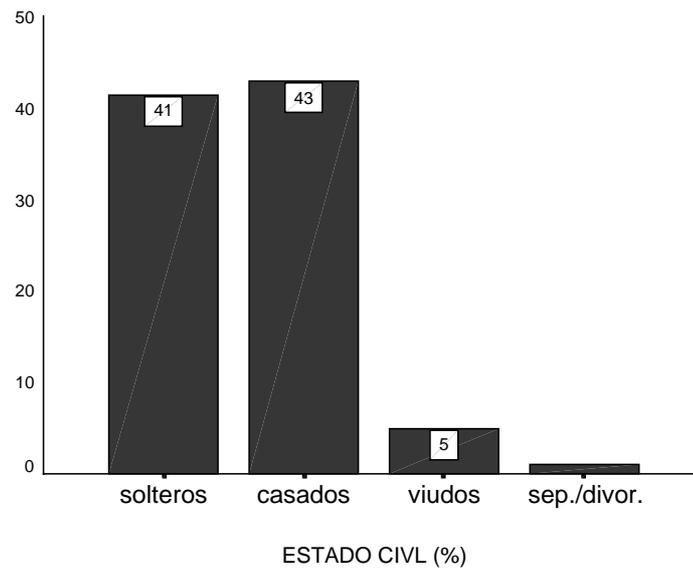
	Frecuencia	Porcentaje
0 a 9 años	11	5,4
10 a 19	23	11,3
20 a 29	45	22,2
30 a 39	32	15,8
40 a 49	19	9,4
50 a 59	26	12,8
60 a 69	25	12,3
70 a 79	6	3,0
80 a 89	10	4,9
90 a 99	3	1,5
no consta	3	1,5
Total	203	100,0



3.3.4. *Estado Civil*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

estado civil

	Frecuencia	Porcentaje
soltero	84	41,4
casado	87	42,9
viudo	10	4,9
divor./sep.	2	1,0
no consta	20	9,9
Total	203	100,0



3.3.5. *Profesión.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

ocupación profesional

	Frecuencia	Porcentaje
agricultura	4	2,0
pesca	16	7,9
industria	9	4,4
construcción	12	5,9
servicios	11	5,4
jubilados	5	2,5
sus labores	6	3,0
estudiantes	3	1,5
otros	6	3,0
no constan	131	64,5
Total	203	100,0

3.3.6. *Comunidad autónoma de origen.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

procedencia autonómica

	Frecuencia	Porcentaje
Madrid	5	2,5
Extremadura	1	,5
Andalucía	2	1,0
Castilla-León	2	1,0
País Vasco	1	,5
Asturias	1	,5
Galicia	181	89,2
extranjeros	7	3,4
no consta	3	1,5
Total	203	100,0

3.3.7. *Provincia gallega de origen.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

provincia gallega de origen

	Frecuencia	Porcentaje
La Coruña	4	2,2
Lugo	1	,6
Orense	4	2,2
Pontevedra	172	95,0
Total	181	100,0

3.3.8. *Municipio de origen*. Limitado al Partido Judicial de Cambados. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

Juzgado de inscripción del nacimiento (partido judicial de Cambados)

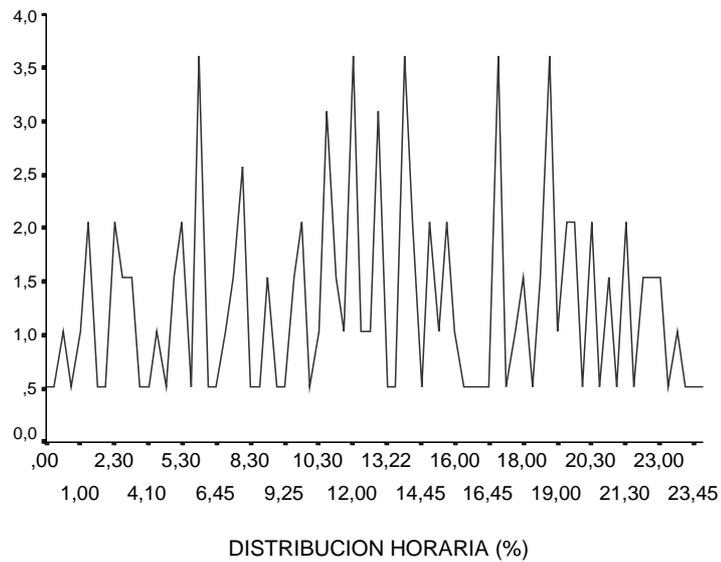
	Frecuencia	Porcentaje válido
Cambados	34	26,0
San Martín O Grove	23	17,6
Sangenjo	25	19,1
Meis	15	11,5
Meaño	22	16,8
Ribadumia	12	9,2
Total	131	100,0

3.4. RELATIVOS A LOS HECHOS

3.4.1. *Hora de fallecimiento*: Tamaño de la muestra. Medidas de centralización. Medidas de dispersión. Representación gráfica de la distribución de frecuencias mediante diagrama de líneas.

estadísticos de la variable hora del fallecimiento

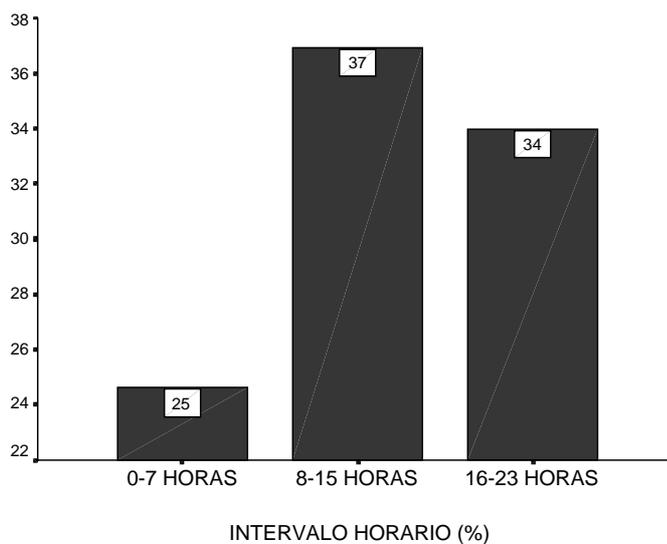
		HORA
Nº casos	Conocida	194
	Desconocida	9
Media		12,6195
Mediana		13,0000
Desv. típ.		6,5421
Rango		23,50
Mínimo		,00
Máximo		23,50



3.4.2. *Intervalo horario.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráficas en diagrama de barras.

intervalos de horas

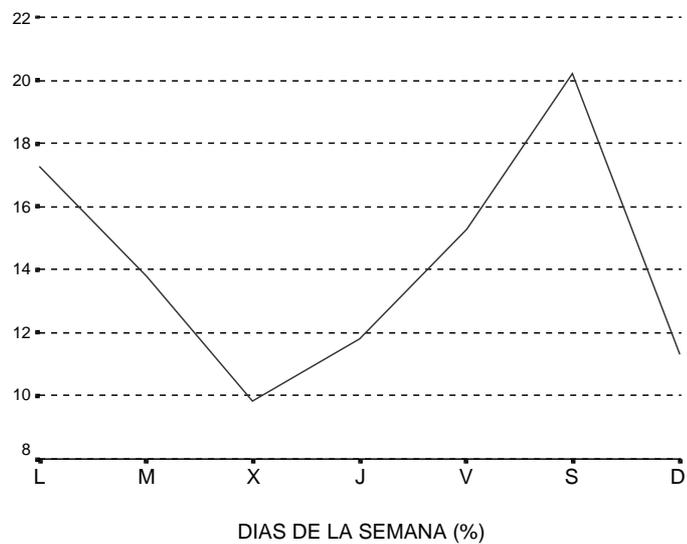
	Frecuencia	Porcentaje
0 a 7 horas	50	24,6
8 a 15 horas	75	36,9
16 a 23 horas	69	34,0
no consta	9	4,4
Total	203	100,0



3.4.3. *Día de la semana.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

días de la semana

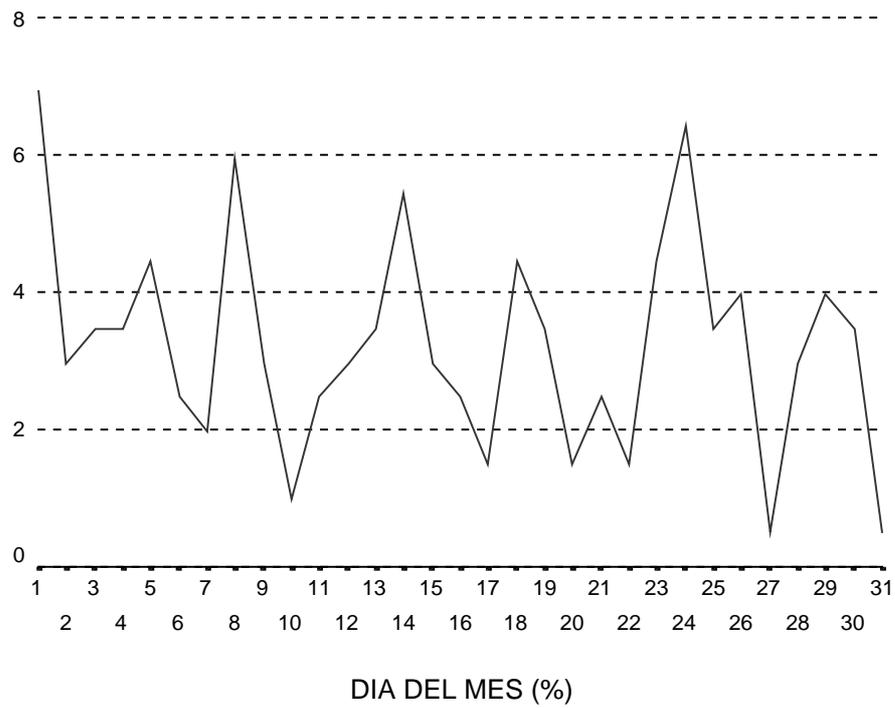
	Frecuencia	Porcentaje
lunes	35	17,2
martes	28	13,8
miercoles	20	9,9
jueves	24	11,8
viernes	31	15,3
sábado	41	20,2
domingo	23	11,3
no consta	1	,5
Total	203	100,0



3.4.4. *Día del mes.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

día del mes

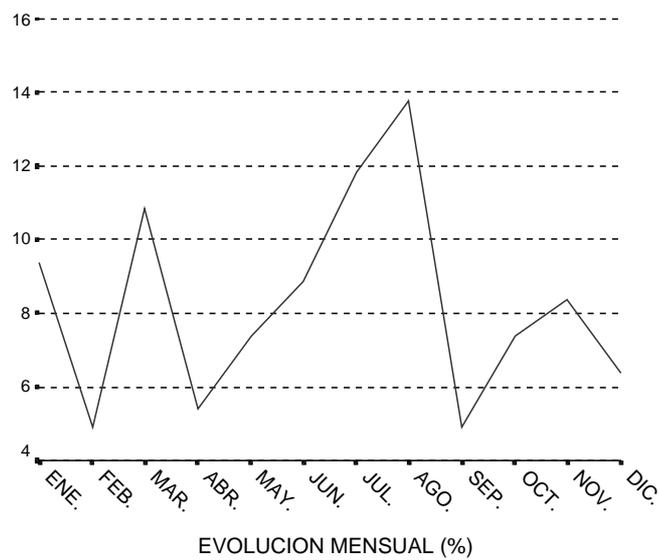
	Frecuencia	Porcentaje
1	14	6,9
2	6	3,0
3	7	3,4
4	7	3,4
5	9	4,4
6	5	2,5
7	4	2,0
8	12	5,9
9	6	3,0
10	2	1,0
11	5	2,5
12	6	3,0
13	7	3,4
14	11	5,4
15	6	3,0
16	5	2,5
17	3	1,5
18	9	4,4
19	7	3,4
20	3	1,5
21	5	2,5
22	3	1,5
23	9	4,4
24	13	6,4
25	7	3,4
26	8	3,9
27	1	,5
28	6	3,0
29	8	3,9
30	7	3,4
31	1	,5
descon.	1	,5
Total	203	100,0



3.4.5. Mes. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

distribución mensual

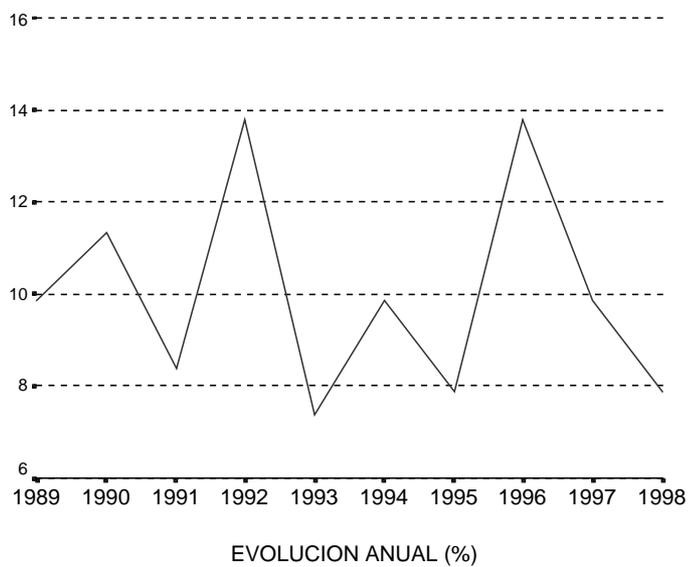
	Frecuencia	Porcentaje
enero	19	9,4
febrero	10	4,9
marzo	22	10,8
abril	11	5,4
mayo	15	7,4
junio	18	8,9
julio	24	11,8
agosto	28	13,8
septiembre	10	4,9
octubre	15	7,4
noviembre	17	8,4
diciembre	13	6,4
no consta	1	,5
Total	203	100,0



3.4.6. Año. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

distribución por años

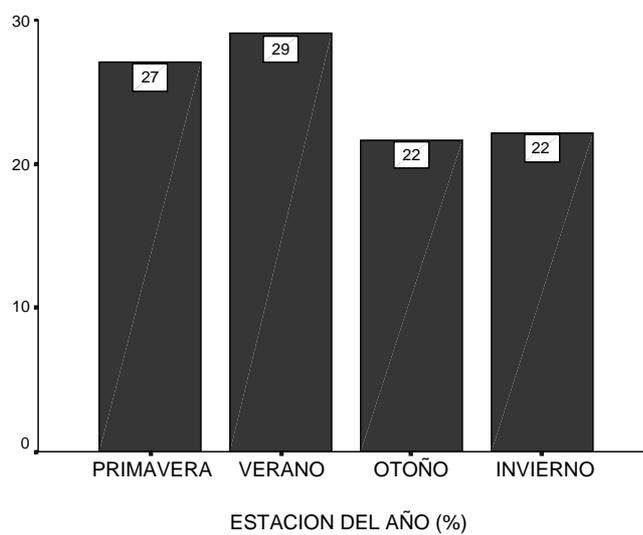
	Frecuencia	Porcentaje
1989	20	9,9
1990	23	11,3
1991	17	8,4
1992	28	13,8
1993	15	7,4
1994	20	9,9
1995	16	7,9
1996	28	13,8
1997	20	9,9
1998	16	7,9
Total	203	100,0



3.4.7. *Estación del año.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

distribución estacional

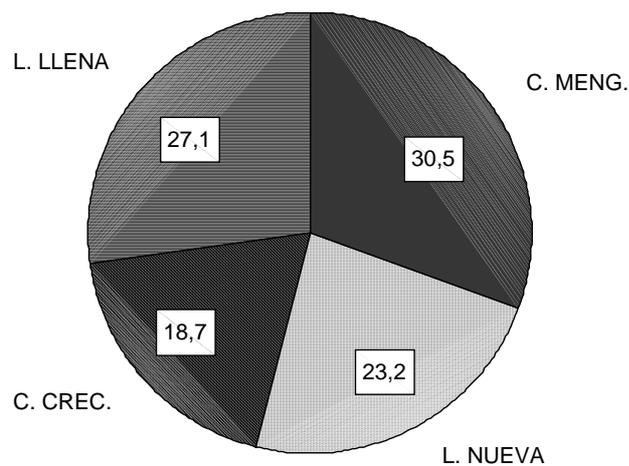
	Frecuencia	Porcentaje
primavera	55	27,1
verano	59	29,1
otoño	44	21,7
invierno	45	22,2
Total	203	100,0



3.4.8. *Fase lunar durante los hechos.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de sectores.

frecuencia de las fases lunares

	Frecuencia	Porcentaje
Cuarto menguante	62	30,5
Luna nueva	47	23,2
Cuarto creciente	38	18,7
Luna llena	55	27,1
no consta	1	,5
Total	203	100,0



3.4.9. *Carácter laboral de la muerte.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

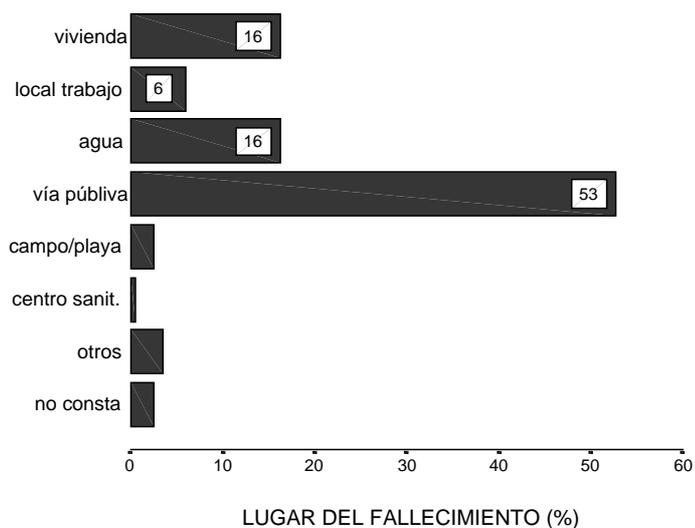
relación laboral

	Frecuencia	Porcentaje
Laborales	22	10,8
No laborales	181	89,2
Total	203	100,0

3.4.10. *Lugar del fallecimiento*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

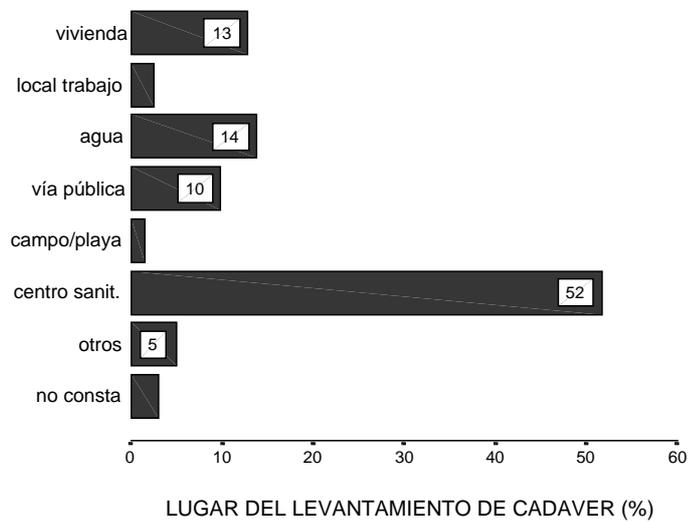
lugar del fallecimiento

	Frecuencia	Porcentaje
vivienda	33	16,3
local de trabajo	12	5,9
agua	33	16,3
vía pública	107	52,7
campo/playa	5	2,5
centro sanitario	1	,5
otros	7	3,4
no consta	5	2,5
Total	203	100,0



3.4.11. *Lugar del levantamiento de cadáver.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

lugar del levantamiento		
	Frecuencia	Porcentaje
vivienda	26	12,8
local de trabajo	5	2,5
agua	28	13,8
vía pública	20	9,9
campo/playa	3	1,5
centro sanitario	105	51,7
otros	10	4,9
no consta	6	3,0
Total	203	100,0



3.4.12. *Existencia de patologías previas.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

antecedentes de enfermedad		
	Frecuencia	Porcentaje
enfermedad física	18	8,9
enfermedad psíquica	17	8,4
enf. física y psíquica	3	1,5
no/ no consta	165	81,3
Total	203	100,0

3.4.13. *Antecedente de dependencia a sustancias de abuso.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

antecedentes de dependencia a sustancias de abuso

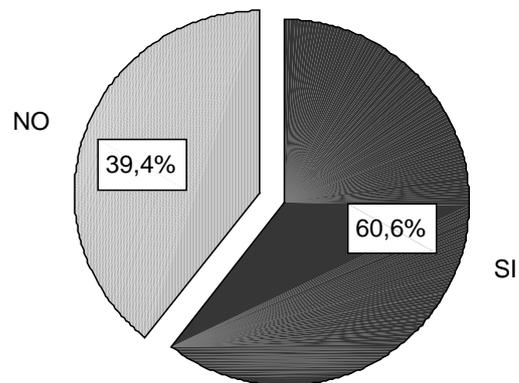
	Frecuencia	Porcentaje
alcohol	18	8,9
drogas de abuso	17	8,4
alcoh. y drogas abuso	3	1,5
no/ no consta	165	81,3
Total	203	100,0

3.5. ACTIVIDAD AUTOPSICA

3.5.1. *Práctica de autopsia.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de sectores.

práctica de autopsia

	Frecuencia	Porcentaje
si	120	59,1
no	78	38,4
no consta	5	2,5
Total	203	100,0



3.5.2. *Realización de estudios complementarios.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Se contempla de forma independiente para el total de las muertes, y los casos en que se practicó autopsia.

realización de pruebas complementarias

	Frecuencia	Porcentaje
realizadas	77	37,9
no realizadas	121	59,6
no consta	5	2,5
Total	203	100,0

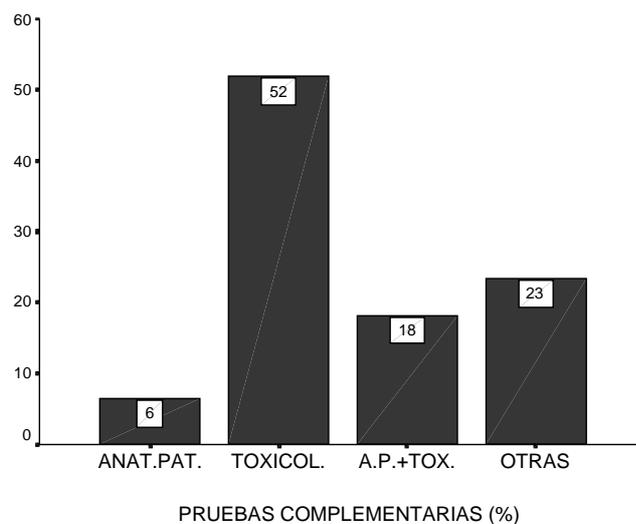
**pruebas complementarias en los casos
autopsiados**

	Frecuencia	Porcentaje
realizadas	74	61,7
no realizadas	46	38,3
Total	120	100,0

3.5.3. *Tipo de estudios complementarios practicados.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

naturaleza de las pruebas

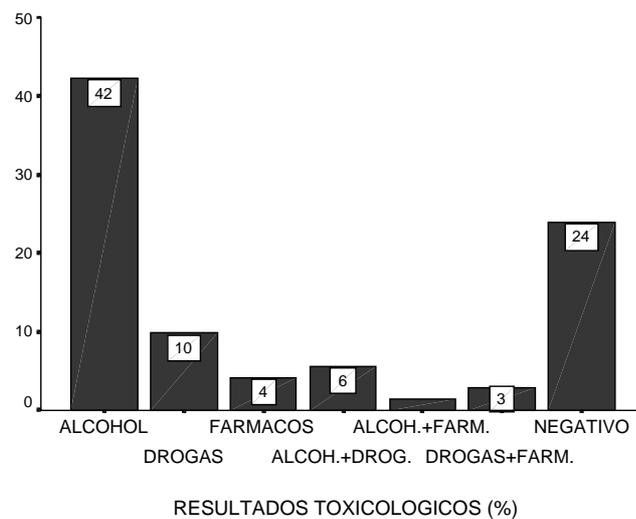
	Frecuencia	Porcentaje
Anato. Patol.	5	6,5
Toxicológicas	40	51,9
Ana. Pat.+Tox.	14	18,2
Otras	18	23,4
Total	77	100,0



3.5.4. *Resultados toxicológicos.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

resultado de los análisis toxicológicos

	Frecuencia	Porcentaje
alcohol	30	42,3
drogas	7	9,9
fármacos	3	4,2
alcoh.+drogas	4	5,6
alcoh.+fárm.	1	1,4
drogas+fárm.	2	2,8
negativo	17	23,9
no consta	7	9,9
Total	71	100,0

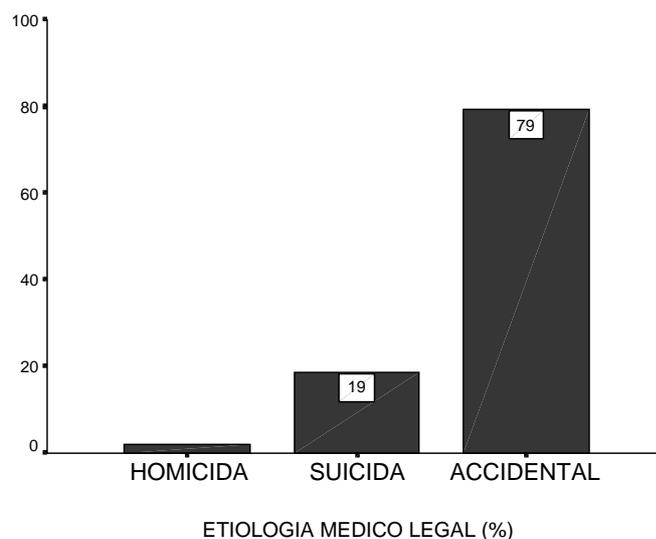


3.6. RELATIVOS A LA MUERTE

3.6.1. *Etiología médico legal.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

etiología médico legal de las muertes violentas

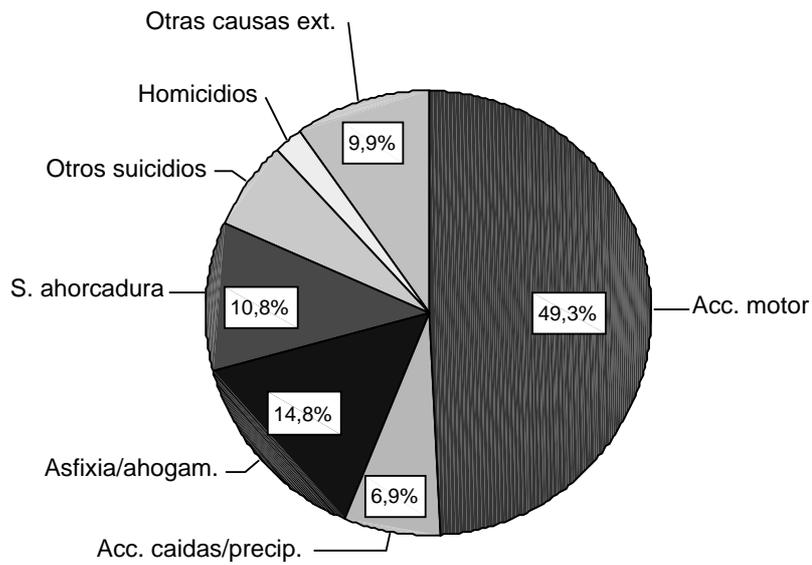
	Frecuencia	Porcentaje
homicida	4	2,0
suicida	38	18,7
accidental	161	79,3
Total	203	100,0



3.6.2. *Clasificación de las muertes violentas.* Según la clasificación CIE-9-MC adaptada. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de sectores.

etiología de las muertes violentas (adapt. CIE-9-MC)

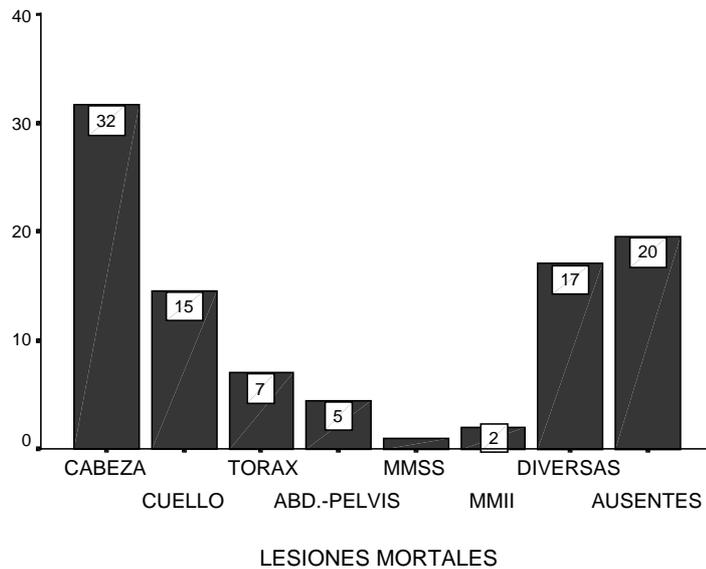
	Frecuencia	Porcentaje
Accidentes de vehículos a motor	100	49,3
Accidentes por caídas o precipitación	14	6,9
Asfixia de vías aéreas o ahogamiento	30	14,8
Suicidio por ahorcadura	22	10,8
Otros suicidios	13	6,4
Homicidios	4	2,0
Otras causas externas	20	9,9
Total	203	100,0



3.6.3. *Localización de las lesiones mortales externas.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

localización de las lesiones externas mortales

	Frecuencia	Porcentaje
cabeza	63	31,0
cuello	29	14,3
tórax	14	6,9
abdomen-pelvis	9	4,4
miembros sup.	2	1,0
miembros inf.	4	2,0
diversas	34	16,7
no consta	9	4,5
ausentes	39	19,2
Total	203	100,0



3.7. RELACIONES BIFACTORIALES

3.7.1. CON EL SEXO

Sexo – edad. Medidas de centralización y dispersión.

Valor medio (media estadística):

Hombres: 38,63 años

Mujeres: 46,89 años

Valor más frecuente de edad (moda estadística)

Hombres: 27 años

Mujeres: polimodal (18, 20, 58, 62, 69,73)

Edades mayor y menor (rango estadístico)

Hombres: 1 - 91 años

Mujeres: 1 - 94 años

Sexo – intervalo horario. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia sexo-intervalo horario

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
0 a 7 horas	41 25,9%	9 20,0%	50 24,6%
8 a 15 horas	57 36,1%	18 40,0%	75 36,9%
16 a 23 horas	54 34,2%	15 33,3%	69 34,0%
no consta	6 3,8%	3 6,7%	9 4,4%
Total	158 100,0%	45 100,0%	203 100,0%

Sexo – década de edad. Tabla de contingencia.

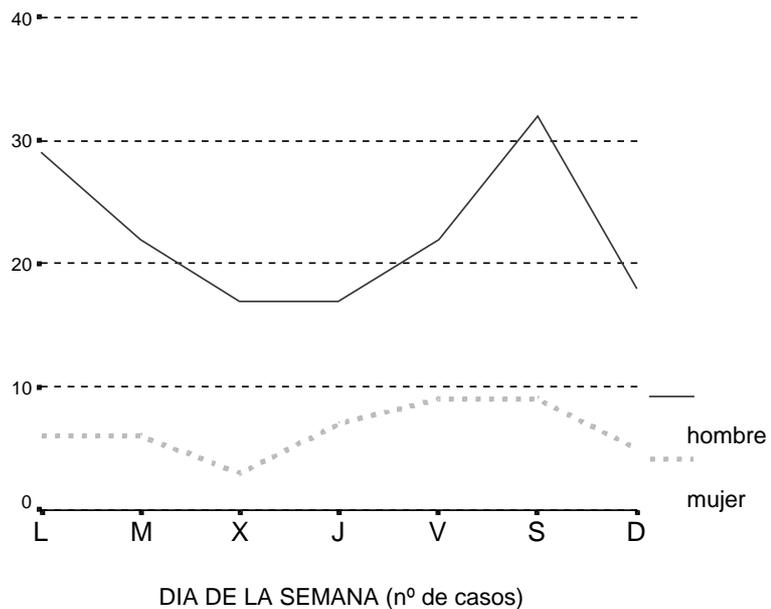
tabla de contingencia sexo-década de edad

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
0 a 9 años	7 4,4%	4 8,9%	11 5,4%
10 a 19 años	17 10,8%	6 13,3%	23 11,3%
20 a 29 años	39 24,7%	6 13,3%	45 22,2%
30 a 39 años	28 17,7%	4 8,9%	32 15,8%
40 a 49 años	17 10,8%	2 4,4%	19 9,4%
50 a 59 años	20 12,7%	6 13,3%	26 12,8%
60 a 69 años	19 12,0%	6 13,3%	25 12,3%
70 a 79 años	3 1,9%	3 6,7%	6 3,0%
80 a 89 años	4 2,5%	6 13,3%	10 4,9%
90 a 99 años	1 ,6%	2 4,4%	3 1,5%
no consta	3 1,9%		3 1,5%
Total	158 100,0%	45 100,0%	203 100,0%

Sexo – día de la semana. Tabla de contingencia. Estadísticos. Gráfico de línea.

tabla de contingencia sexo-día de la semana

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
Lunes	29 18,4%	6 13,3%	35 17,2%
Martes	22 13,9%	6 13,3%	28 13,8%
Miercoles	17 10,8%	3 6,7%	20 9,9%
Jueves	17 10,8%	7 15,6%	24 11,8%
Viernes	22 13,9%	9 20,0%	31 15,3%
Sábado	32 20,3%	9 20,0%	41 20,2%
Domingo	18 11,4%	5 11,1%	23 11,3%
No consta	1 ,6%		1 ,5%
Total	158 100,0%	45 100,0%	203 100,0%



Sexo – Etiología médico legal. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia sexo-etilogía médico legal

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
homicida	2	2	4
	1,3%	4,4%	2,0%
suicida	30	8	38
	19,0%	17,8%	18,7%
accidental	126	35	161
	79,7%	77,8%	79,3%
Total	158	45	203
	100,0%	100,0%	100,0%

3.7.2. CON EL ESTADO CIVIL

Estado civil – Etiología médico legal. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia estado civil-etilogía médico legal

	ETIOLOGIA MEDICO LEGAL			Total
	homicida	suicida	accidental	
soltero	2	16	66	84
	2,4%	19,0%	78,6%	100,0%
casado	2	16	69	87
	2,3%	18,4%	79,3%	100,0%
viudo		1	9	10
		10,0%	90,0%	100,0%
divor./sep.		2		2
		100,0%		100,0%
no consta		3	17	20
		15,0%	85,0%	100,0%
Total	4	38	161	203
	2,0%	18,7%	79,3%	100,0%

3.7.3. CON EL MUNICIPIO DE ORIGEN

Municipio de origen – Etiología médico legal. Tabla de contingencia.

Tabla de contingencia juzgado de origen (según inscrip. nacimiento)-etiología médico legal

	ETIOLOGIA MEDICO LEGAL			Total
	homicida	suicida	accidental	
Cambados		10	24	34
		29,4%	70,6%	100,0%
San Martín O Grove		8	15	23
		34,8%	65,2%	100,0%
Sangenjo		3	22	25
		12,0%	88,0%	100,0%
Meis		4	11	15
		26,7%	73,3%	100,0%
Meaño	1	8	13	22
	4,5%	36,4%	59,1%	100,0%
Ribadumia		3	9	12
		25,0%	75,0%	100,0%
Total	1	36	94	131
	,8%	27,5%	71,8%	100,0%

3.7.4. CON LA DECADA DE EDAD

Década de edad – Intervalo horario. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia década de edad-intervalo horario

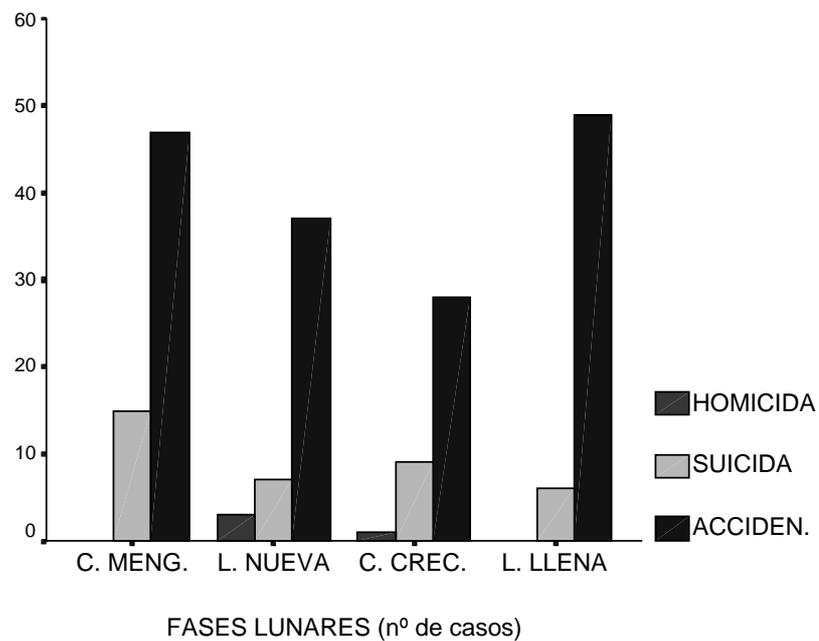
	INTERVALO HORARIO				Total
	0-7 h.	8-15 h.	16-23 h.	no consta	
0-9 años	3 27,3%	5 45,5%	2 18,2%	1 9,1%	11 100,0%
10-19	6 26,1%	6 26,1%	11 47,8%		23 100,0%
20-29	17 37,8%	14 31,1%	10 22,2%	4 8,9%	45 100,0%
30-39	9 28,1%	11 34,4%	10 31,3%	2 6,3%	32 100,0%
40-49	5 26,3%	8 42,1%	6 31,6%		19 100,0%
50-59	3 11,5%	10 38,5%	13 50,0%		26 100,0%
60-69	4 16,0%	11 44,0%	9 36,0%	1 4,0%	25 100,0%
70-79	1 16,7%	4 66,7%	1 16,7%		6 100,0%
80-89		4 40,0%	6 60,0%		10 100,0%
90-99		1 33,3%	1 33,3%	1 33,3%	3 100,0%
n/c	2 66,7%	1 33,3%			3 100,0%
Total	50 24,6%	75 36,9%	69 34,0%	9 4,4%	203 100,0%

3.7.5. CON LA FASE LUNAR

Fase lunar – Etiología médico legal. Tabla de contingencia. Representación gráfica en diagrama de barras.

tabla de contingencia fase lunar-etilogía médico legal

	ETIOLOGIA MEDICO LEGAL			Total
	homicida	suicida	accidental	
C. Meng.		15	47	62
		39,5%	29,2%	30,5%
L. Nueva	3	7	37	47
	75,0%	18,4%	23,0%	23,2%
C. Crec.	1	9	28	38
	25,0%	23,7%	17,4%	18,7%
L. Llena		6	49	55
		15,8%	30,4%	27,1%
No consta		1		1
		2,6%		,5%
Total	4	38	161	203
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



3.7.6. CON PATOLOGÍAS PREVIAS

Patologías previas - Etiología médico legal. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia enfermedad previa-etiotología médico legal

	ETIOLOGIA MEDICO LEGAL			Total
	homicida	suicida	accidental	
física		5	13	18
		13,2%	8,1%	8,9%
psíquica	1	13	3	17
	25,0%	34,2%	1,9%	8,4%
física+psíqu.		2	1	3
		5,3%	,6%	1,5%
no, n/c	3	18	144	165
	75,0%	47,4%	89,4%	81,3%
Total	4	38	161	203
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3.7.7. CON ANTECEDENTES DE DEPENDENCIA

Antecedentes de dependencia - Etiología médico legal. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia antecedentes de dependencia-etología médico legal

	ETIOLOGIA MEDICO LEGAL			Total
	homicida	suicida	accidental	
alcohol		3 7,9%	4 2,5%	7 3,4%
drogas		5 13,2%	4 2,5%	9 4,4%
no, n/c	4 100,0%	30 78,9%	153 95,0%	187 92,1%
Total	4 100,0%	38 100,0%	161 100,0%	203 100,0%

3.7.8. CON LA ETIOLOGÍA MEDICO LEGAL

Etiología médico legal - Profesión. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia etiología médico legal-profesión

ETIOLOGIA MEDICO LEGAL				
	homicida	suicida	accidental	Total
agricultura		1	3	4
		2,6%	1,9%	2,0%
pesca		1	15	16
		2,6%	9,3%	7,9%
industria		1	8	9
		2,6%	5,0%	4,4%
construcción		3	9	12
		7,9%	5,6%	5,9%
servicios	1	1	9	11
	25,0%	2,6%	5,6%	5,4%
jubilado			5	5
			3,1%	2,5%
sus labores			6	6
			3,7%	3,0%
estudiante		1	2	3
		2,6%	1,2%	1,5%
otras		2	4	6
		5,3%	2,5%	3,0%
no consta	3	28	100	131
	75,0%	73,7%	62,1%	64,5%
Total	4	38	161	203
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Etiología médico legal - Mes. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia etiología médico legal-mes

ETIOLOGIA MEDICO LEGAL				
	homicida	suicida	accidental	Total
enero		2	17	19
		5,3%	10,6%	9,4%
febrero		2	8	10
		5,3%	5,0%	4,9%
marzo	3	4	15	22
	75,0%	10,5%	9,3%	10,8%
abril	1	1	9	11
	25,0%	2,6%	5,6%	5,4%
mayo		7	8	15
		18,4%	5,0%	7,4%
junio		4	14	18
		10,5%	8,7%	8,9%
julio		4	20	24
		10,5%	12,4%	11,8%
agosto		6	22	28
		15,8%	13,7%	13,8%
septiembre		1	9	10
		2,6%	5,6%	4,9%
octubre			15	15
			9,3%	7,4%
noviembre		4	13	17
		10,5%	8,1%	8,4%
diciembre		2	11	13
		5,3%	6,8%	6,4%
no consta		1		1
		2,6%		,5%
Total	4	38	161	203
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Etiología médico legal – Día de la semana. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia etiología médico legal-día de la semana

	ETIOLOGIA MEDICO LEGAL			Total
	homicida	suicida	accidental	
lunes		6	29	35
		15,8%	18,0%	17,2%
martes		5	23	28
		13,2%	14,3%	13,8%
miercoles		7	13	20
		18,4%	8,1%	9,9%
jueves		4	20	24
		10,5%	12,4%	11,8%
viernes	3	5	23	31
	75,0%	13,2%	14,3%	15,3%
sábado		5	36	41
		13,2%	22,4%	20,2%
domingo	1	5	17	23
	25,0%	13,2%	10,6%	11,3%
no consta		1		1
		2,6%		,5%
Total	4	38	161	203
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Etiología médico legal – Estación. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia etiología médico legal-estación

	ETIOLOGIA MEDICO LEGAL			Total
	homicida	suicida	accidental	
primavera	4	15	36	55
	100,0%	39,5%	22,4%	27,1%
verano		10	49	59
		26,3%	30,4%	29,1%
otoño		7	37	44
		18,4%	23,0%	21,7%
invierno		6	39	45
		15,8%	24,2%	22,2%
Total	4	38	161	203
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Etiología médico legal – Intervalo horario. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia etiología médico legal-intervalo horario

	ETIOLOGIA MEDICO LEGAL			Total
	homicida	suicida	accidental	
0-7 horas	4	10	36	50
	100,0%	26,3%	22,4%	24,6%
8-15 horas		16	59	75
		42,1%	36,6%	36,9%
16-23 horas		8	61	69
		21,1%	37,9%	34,0%
no consta		4	5	9
		10,5%	3,1%	4,4%
Total	4	38	161	203
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Etiología médico legal – Lugar del fallecimiento. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia etiología médico legal-lugar del fallecimiento

	ETIOLOGIA MEDICO LEGAL			Total
	homicida	suicidio	accidental	
vivienda		20	13	33
		52,6%	8,1%	16,3%
local de trabajo			12	12
			7,5%	5,9%
agua		7	26	33
		18,4%	16,1%	16,3%
vía pública	4	2	101	107
	100,0%	5,3%	62,7%	52,7%
campo/playa		2	3	5
		5,3%	1,9%	2,5%
centro sanitario			1	1
			,6%	,5%
otros		6	1	7
		15,8%	,6%	3,4%
no consta		1	4	5
		2,6%	2,5%	2,5%
Total	4	38	161	203
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3.7.9. CON LA LOCALIZACIÓN DE LAS LESIONES MORTALES

Localización de las lesiones mortales - Etiología médico legal. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia localización de las lesiones-etimología médico legal

	ETIOLOGIA MEDICO LEGAL			Total
	homicida	suicida	accidental	
cabeza	3	2	59	64
	75,0%	5,3%	36,6%	31,5%
cuello		24	5	29
		63,2%	3,1%	14,3%
tórax	1		13	14
	25,0%		8,1%	6,9%
abdomen-pelvis		1	8	9
		2,6%	5,0%	4,4%
miembros superiores			2	2
			1,2%	1,0%
miembros inferiores			4	4
			2,5%	2,0%
diversas		2	32	34
		5,3%	19,9%	16,7%
no consta			8	8
			5,0%	3,9%
no/sin relación		9	30	39
		23,7%	18,6%	19,2%
Total	4	38	161	203
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3.7.10. CON LOS RESULTADOS TOXICOLOGICOS

Resultados toxicológicos - Sexo. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia resultados toxicológicos-sexo

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
alcohol	30		30
	52,6%		42,3%
drogas	6	1	7
	10,5%	7,1%	9,9%
fármacos		3	3
		21,4%	4,2%
alcoh.+drogas	4		4
	7,0%		5,6%
alcoh.+fármacos		1	1
		7,1%	1,4%
drogas+fármacos	2		2
	3,5%		2,8%
negativos	11	6	17
	19,3%	42,9%	23,9%
no consta	4	3	7
	7,0%	21,4%	9,9%
Total	57	14	71
	100,0%	100,0%	100,0%

Resultados toxicológicos – Etiología médico legal. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia resultados toxicológicos-etiolología médico legal

	ETIOLOGIA MEDICO LEGAL			Total
	homicida	suicida	accidental	
alcohol	1	11	18	30
	25,0%	45,8%	41,9%	42,3%
drogas		2	5	7
		8,3%	11,6%	9,9%
fármacos		3		3
		12,5%		4,2%
alcoh.+drogas	1	2	1	4
	25,0%	8,3%	2,3%	5,6%
alcoh.+fármacos	1			1
	25,0%			1,4%
drogas+fármacos		2		2
		8,3%		2,8%
negativos	1	4	12	17
	25,0%	16,7%	27,9%	23,9%
no consta			7	7
			16,3%	9,9%
Total	4	24	43	71
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

4. MUERTES VIOLENTAS HOMICIDAS

4.1. INTRODUCCIÓN

Las muertes violentas homicidas constituyen las de mayor interés médico legal, pues implican la participación de un tercero en el mecanismo de producción, por acción u omisión. Son sin embargo, y lógicamente, las menos frecuentes, lo que dificulta su estudio estadístico en poblaciones pequeñas, como la que es objeto de la presente Tesis. Su análisis va ser así esencialmente de tipo descriptivo.

El Código Penal recoge el delito de homicidio en el Libro II, Título I - Del Homicidio y sus formas -. Siendo sus dos primeros artículos:

Artículo 138.-

“el que matare a otro será castigado, como reo de homicidio, con la pena de prisión de diez a quince años”.

Artículo 139.-

“será castigado con la pena de prisión de quince a veinte años, como reo de asesinato, el que matare a otro concurriendo alguna de las circunstancias siguientes: con alevosía; por precio, recompensa o promesa; con ensañamiento, aumentando deliberada e inhumanamente el dolor del ofendido”.

4.2. VARIABLES ANALIZADAS

4.2.1. RELATIVAS A LA FILIACIÓN

Sexo:

7) hombre

8) mujer

Edad: cuantificada en el número de años.

Década de edad: para facilitar el tratamiento estadístico, y posteriores estudios comparativos, las edades se agrupan en décadas.

- 35) 0 a 9 años
- 36) 10 a 19 años
- 37) 20 a 29 años
- 38) 30 a 39 años
- 39) 40 a 49 años
- 40) 50 a 59 años
- 41) 60 a 69 años
- 42) 70 a 79 años
- 43) 80 a 89 años
- 44) 90 a 99 años
- 45) casos en que no es conocida

Estado Civil:

- 16) soltero
- 17) casado
- 18) viudo
- 19) separado o divorciado (se recogen conjuntamente por su baja presentación individual).
- 20) casos en que no llega a conocerse.

Profesión: no se ha encontrado una clasificación que se adapte de forma completa a la población objeto de estudio. Las cuatro primeras categorías se corresponden con la clasificación que utiliza el Xunta de Galicia. El resto se han incluido para poder recoger la mayoría de los casos. Sin embargo, es de reseñar la baja frecuencia con que este dato aparece en los expedientes judiciales, o la forma imprecisa de hacerlo, lo que limita grandemente su estudio. Se agrupan como:

- 28) agricultura

- 29) pesca
- 30) industria
- 31) construcción
- 32) servicios
- 33) situación de jubilación
- 34) sus labores
- 35) estudiante
- 36) ninguna específica o no ha podido conocerse.

Comunidad autónoma de origen: referida al lugar de nacimiento.

- 58) Madrid
- 59) Castilla- La Mancha
- 60) Extremadura
- 61) Andalucía
- 62) Murcia
- 63) Valencia
- 64) Cataluña
- 65) Aragón
- 66) Castilla- León
- 67) Navarra
- 68) La Rioja
- 69) País Vasco
- 70) Cantabria
- 71) Asturias
- 72) Galicia
- 73) Ceuta y Melilla
- 74) Canarias
- 75) procedencia no española
- 76) casos en que no ha quedado registrado.

Provincia gallega de origen: se agrupa en las cuatro existentes.

- 14) La Coruña
- 15) Lugo
- 16) Orense
- 17) Pontevedra

Municipio de origen. Limitado al partido judicial de Cambados.

- 20) Cambados
- 21) San Martín de O Grove
- 22) Sanxenxo
- 23) Meis
- 24) Meaño
- 25) Ribadumia

4.2.2. RELATIVAS A LOS HECHOS

Hora: la recogida en el expediente como de fallecimiento.

Intervalo horario: agrupación de horas para facilitar su estudio.

- 10) 0 a 7
- 11) 8 a 15
- 12) 16 a 23
- 13) no consta.

Día de la semana:

- 18) lunes
- 19) martes
- 20) miércoles
- 21) jueves
- 22) viernes
- 23) sábado
- 24) domingo

25) no consta

Día del mes.

Mes:

- 28) enero
- 29) febrero
- 30) marzo
- 31) abril
- 32) mayo
- 33) junio
- 34) julio
- 35) agosto
- 36) septiembre
- 37) octubre
- 38) noviembre
- 39) diciembre
- 40) no consta

Año: abarcando la década objeto de estudio 1989-1998.

- 24) 1989
- 25) 1990
- 26) 1991
- 27) 1992
- 28) 1993
- 29) 1994
- 30) 1995
- 31) 1996
- 32) 1997
- 33) 1998
- 34) desconocido

Estación:

- 12) primavera
- 13) verano
- 14) otoño
- 15) invierno
- 16) no consta.

Fase lunar:

- 16) cuarto menguante
- 17) luna nueva
- 18) cuarto creciente
- 19) luna llena
- 20) no consta

Carácter laboral: Queda deficientemente recogido en los expedientes, por lo que únicamente se han considerado como tales aquellos en que halla quedado acreditado de una manera suficiente.

- 10) laboral
- 11) no laboral
- 12) no consta

Lugar del fallecimiento: entendido como el sitio donde tiene ocurre la muerte, independientemente de su eventual traslado.

- 22) vivienda (propia o ajena)
- 23) agua (mar, río, pozo)
- 24) local de trabajo
- 25) vía pública
- 26) campo o playa (caso de ahogamiento se recoge en el apartado 2)
- 27) centro sanitario (hospital, sanatorio, centro de salud, centro privado)
- 28) otros (sólo se especificaran en algunos tipos de muerte concreta, dada su baja presentación)

Lugar del levantamiento: realizado por la Comisión judicial o persona en quien delegue (con frecuencia el médico forense).

- 22) vivienda (propia o ajena)
- 23) agua
- 24) local de trabajo
- 25) vía pública
- 26) campo o playa
- 27) centro sanitario (hospital, sanatorio, centro de salud, centro privado)
- 28) otros (sólo se especificaran al estudiar tipos de muerte concreta, dado su baja presentación)

Patologías previas: quedan registradas de forma deficitaria, por lo que se agrupan en grandes apartados.

- 13) enfermedades físicas
- 14) enfermedades psíquicas
- 15) ambas
- 16) no se conocieron durante la investigación.

Antecedentes de dependencia a sustancias de abuso: se estudian independientes del anterior por su interés intrínseco.

- 13) alcohol
- 14) drogas de abuso (excluyendo alcohol)
- 15) alcohol y drogas
- 16) no existieron o no se conocieron durante la investigación

4.2.3. ACTIVIDAD AUTOPSICA

Práctica de examen autópsico:

- 10) se realizó
- 11) no se realizó
- 12) no queda recogido

Lugar donde se realiza la autopsia:

- 9) Hospital Provincial de Pontevedra (servicio utilizado conjuntamente con el Departamento de Anatomía Patológica, por convenio llevado a cabo entre las delegaciones oficiales de Justicia y Sanidad)
- 10) Tanatorio
- 11) Depósito del cementerio
- 12) No consta.

Forenses intervinientes: participantes durante los 10 años de la actividad necrópsica.

Realización de estudios complementarios: recogiendo aquí únicamente.

- 10) se realizan
- 11) no se realizan
- 12) no consta.

Tipo de estudio:

- 16) anatomo-patológico
- 17) toxicológico
- 18) anatomo-patológico y toxicológico
- 19) otros (fundamentalmente incluyen biológicos o criminalísticos)
- 20) no consta la naturaleza del estudio

Resultados toxicológicos: de acuerdo con las sustancias detectadas

- 25) alcohol
- 26) drogas (excluyendo alcohol)
- 27) fármacos
- 28) alcohol y drogas
- 29) alcohol y fármacos
- 30) drogas y fármacos
- 31) resultado negativo
- 32) no consta el resultado.

4.2.4. RELATIVAS A LA MUERTE

Mecanismo de producción de las lesiones.

- 13) Arma de fuego
- 14) Arma blanca
- 15) Otros
- 16) No consta

Muertes por arma de fuego:

Tipo de arma:

- arma larga
- arma corta
- no consta

Número de disparos:

- un disparo
- más de un disparo
- no consta

Distancia del disparo:

- corta distancia
- larga distancia
- no consta

4.3. REFERENTES A LA FILIACION

4.3.1. *Sexo*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de sectores.

distribución por sexo

	Frecuencia	Porcentaje
hombre	2	50,0
mujer	2	50,0
Total	4	100,0

4.3.2. *Edad*. Tamaño de la muestra. Medidas de centralización. Medidas de dispersión.

estadísticos de la variable edad

		EDAD
Casos	Conocida	4
	Desconocida	0
Media		25,25
Mediana		25,50
Desv. típ.		4,99
Varianza		24,92
Asimetría		-,103 1,014
Curtosis		-5,027 2,619
Rango		10
Mínimo		20
Máximo		30

4.3.3. *Edad en décadas*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

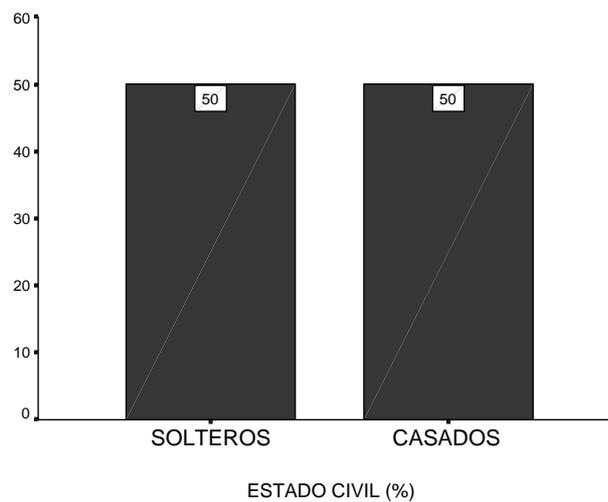
edades agrupadas en décadas

	Frecuencia	Porcentaje
20-29 años	3	75,0
30-39 años	1	25,0
Total	4	100,0

4.3.4. *Estado Civil*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

estado civil

	Frecuencia	Porcentaje
soltero	2	50,0
casado	2	50,0
Total	4	100,0



4.3.5. *Profesión*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

ocupación profesional

	Frecuencia	Porcentaje
servicios	1	25,0
no específica	3	75,0
Total	4	100,0

4.3.6. *Comunidad autónoma de origen*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

procedencia autonómica

	Frecuencia	Porcentaje
Castilla-León	1	25,0
Galicia	3	75,0
Total	4	100,0

4.3.7. *Provincia gallega de origen.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

provincia gallega de procedencia

	Frecuencia	Porcentaje
Pontevedra	3	100,0
Total	3	100,0

4.3.8. *Municipio de origen del partido Judicial de Cambados.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

juzgado de paz de procedencia (partido judicial de Cambados)

	Frecuencia	Porcentaje
Meaño	1	100,0
Total	1	100,0

4. 4. RESULTADOS RELATIVOS A LOS HECHOS

4.4.1. *Hora de fallecimiento:* Tamaño de la muestra. Medidas de centralización. Medidas de dispersión.

estadísticos de la viable hora

		HORA
Casos	Conocida	4
	Desconocida	0
Media		4,5500
Mediana		5,3000
Moda		5,30
Desv. típ.		1,5000
Rango		3,00
Mínimo		2,30
Máximo		5,30

4.4.2. *Intervalo horario.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

intervalos por horas

	Frecuencia	Porcentaje
0 a 7 horas	4	100,0
Total	4	100,0

4.4.3. *Día de la semana.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

días de la semana

	Frecuencia	Porcentaje
viernes	3	75,0
domingo	1	25,0
Total	4	100,0

4.4.4. *Día del mes.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

día del mes

	Frecuencia	Porcentaje
20	1	25,0
28	3	75,0
Total	4	100,0

4.4.5. *Mes.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

Tabla de frecuencia MES

	Frecuencia	Porcentaje
marzo	3	75,0
abril	1	25,0
Total	4	100,0

4.4.6. *Año.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

distribución por años

	Frecuencia	Porcentaje
1997	4	100,0
Total	4	100,0

4.4.7. *Estación del año.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

distribución estacional

	Frecuencia	Porcentaje
primavera	4	100,0
Total	4	100,0

4.4.8. *Fase lunar durante los hechos.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

frecuencia de las fases lunares

	Frecuencia	Porcentaje
Luna nueva	3	75,0
Cuarto creciente	1	25,0
Total	4	100,0

4.4.9. *Carácter laboral de la muerte.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

relación laboral

	Frecuencia	Porcentaje
no laborales	4	100,0
Total	4	100,0

4.4.10 *Lugar del fallecimiento*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

lugar del fallecimiento

	Frecuencia	Porcentaje
vía pública	4	100,0
Total	4	100,0

4.4.11. *Lugar del levantamiento de cadáver*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

lugar del levantamiento

	Frecuencia	Porcentaje
vía pública	3	75,0
centro sanitario	1	25,0
Total	4	100,0

4.4.12. *Existencia de patologías previas*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

antecedentes de enfermedad

	Frecuencia	Porcentaje
enfermedad psíquica	1	25,0
no/ no consta	3	75,0
Total	4	100,0

4.4.13. *Antecedente de dependencia a sustancias de abuso.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

antecedentes de dependencia a sustancias de abuso

	Frecuencia	Porcentaje
no/ no consta	4	100,0
Total	4	100,0

4.5. ACTIVIDAD AUTOPSICA

4.5.1. *Práctica de autopsia.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

práctica de autopsia

	Frecuencia	Porcentaje
autopsiados	4	100,0
no autopsiados	0	0,00

4.5.2. *Realización de estudios complementarios.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

realización de pruebas complementarias

	Frecuencia	Porcentaje
realizadas	4	100,0
no realizadas	0	0,00

4.5.3. *Resultados toxicológicos.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

resultado de los análisis toxicológicos

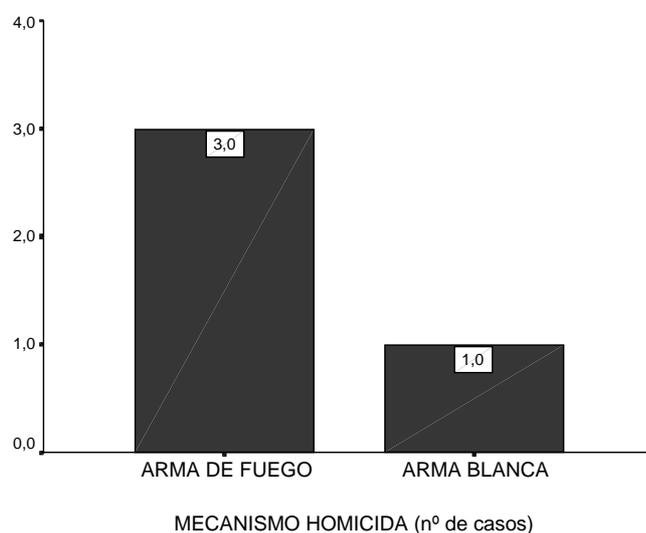
	Frecuencia	Porcentaje
alcohol	1	25,0
alcohol+drogas	1	25,0
alcohol+fármacos	1	25,0
negativo	1	25,0
Total	4	100,0

4.6. RELATIVOS A LA ETIOLOGIA

4.6.1. *Mecanismo de producción.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

mecanismo de producción

	Frecuencia	Porcentaje
arma de fuego	3	75,0
arma blanca	1	25,0
Total	4	100,0



4.6.2. Muertes por arma de fuego

4.6.2.1. *Tipo de arma.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

tipo de arma de fuego

	Frecuencia	Porcentaje
arma corta	3	100,0
arma larga	0	0,00
Total	0	100,0

4.6.2.2. *Número de disparos*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

número de disparos

	Frecuencia	Porcentaje
un disparo	2	66,7
más de un disparo	1	33,3
Total	3	100,0

4.6.2.3. *Distancia del disparo*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

distancia del disparo

	Frecuencia	Porcentaje
corta distancia	3	100,0
larga distancia	0	0,00
Total	3	100,0

5. MUERTES VIOLENTAS SUICIDAS

5.1. INTRODUCCIÓN

Las muertes violentas suicidas tienen lugar por la acción u omisión del propio individuo para producir su muerte, de forma intencionada. Circunscribimos el estudio al llamado suicidio consumado, es decir, el que ha concluido de forma efectiva con la vida.

Un interés primordial del suicidio será la aplicación de medidas profilácticas sobre la población, únicamente posible conociendo las características intrínsecas y extrínsecas del mismo.

Son así numerosos los trabajos de tipo epidemiológico realizados, y de hecho constituyen un motivo frecuente de estudios de doctorado, que permiten al tiempo los análisis de tipo comparativo entre diferentes poblaciones.

Para la clasificación general, utilizamos una modificación de la recogida en el CIE-9-MC, que se adapta a los hallazgos reales en la población y facilita al tiempo su cotejo con otros trabajos.

5.2. VARIABLES ANALIZADAS

5.2.1. RELATIVAS A LA FILIACION

Sexo:

9) hombre

10) mujer

Edad: cuantificada en el número de años.

Década de edad: para facilitar el tratamiento estadístico, y posteriores estudios comparativos, las edades se agrupan en décadas.

46) 0 a 9 años

47) 10 a 19 años

48) 20 a 29 años

- 49) 30 a 39 años
- 50) 40 a 49 años
- 51) 50 a 59 años
- 52) 60 a 69 años
- 53) 70 a 79 años
- 54) 80 a 89 años
- 55) 90 a 99 años
- 56) casos en que no es conocida

Estado Civil:

- 21) soltero
- 22) casado
- 23) viudo
- 24) separado o divorciado (se recogen conjuntamente por su baja presentación individual).
- 25) casos en que no llega a conocerse.

Profesión: no se ha encontrado una clasificación que se adapte de forma completa a la población objeto de estudio. Las cuatro primeras categorías se corresponden con la clasificación que utiliza el Xunta de Galicia. El resto se han incluido para poder recoger la mayoría de los casos. Sin embargo, es de reseñar la baja frecuencia con que este dato aparece en los expedientes judiciales, o la forma imprecisa de hacerlo, lo que limita grandemente su estudio. Se agrupan como:

- 37) agricultura
- 38) pesca
- 39) industria
- 40) construcción
- 41) servicios
- 42) situación de jubilación
- 43) sus labores
- 44) estudiante
- 45) ninguna específica o no ha podido conocerse.

Comunidad autónoma de origen: referida al lugar de nacimiento.

- 77) Madrid
- 78) Castilla- La Mancha
- 79) Extremadura
- 80) Andalucía
- 81) Murcia
- 82) Valencia
- 83) Cataluña
- 84) Aragón
- 85) Castilla- León
- 86) Navarra
- 87) La Rioja
- 88) País Vasco
- 89) Cantabria
- 90) Asturias
- 91) Galicia
- 92) Ceuta y Melilla
- 93) Canarias
- 94) procedencia no española
- 95) casos en que no ha quedado registrado.

Provincia gallega de origen: se agrupa en las cuatro existentes.

- 18) La Coruña
- 19) Lugo
- 20) Orense
- 21) Pontevedra

Municipio de origen. Limitado al partido judicial de Cambados.

- 26) Cambados
- 27) San Martín de O Grove
- 28) Sanxenxo
- 29) Meis
- 30) Meaño
- 31) Ribadumia

5.2.2. RELATIVAS A LOS HECHOS

Hora: la recogida en el expediente como de fallecimiento.

Intervalo horario: agrupación de horas para facilitar su estudio.

- 14) 0 a 7
- 15) 8 a 15
- 16) 16 a 23
- 17) no consta

Día de la semana:

- 26) lunes
- 27) martes
- 28) miércoles
- 29) jueves
- 30) viernes
- 31) sábado
- 32) domingo
- 33) no consta

Día del mes

Mes:

- 41) enero
- 42) febrero
- 43) marzo
- 44) abril
- 45) mayo
- 46) junio
- 47) julio
- 48) agosto
- 49) septiembre

- 50) octubre
- 51) noviembre
- 52) diciembre
- 53) no consta

Año: abarcando la década objeto de estudio 1989-1998.

- 35) 1989
- 36) 1990
- 37) 1991
- 38) 1992
- 39) 1993
- 40) 1994
- 41) 1995
- 42) 1996
- 43) 1997
- 44) 1998
- 45) desconocido

Estación:

- 17) primavera
- 18) verano
- 19) otoño
- 20) invierno
- 21) no consta

Fase lunar:

- 21) cuarto menguante
- 22) luna nueva
- 23) cuarto creciente
- 24) luna llena
- 25) no consta.

Carácter laboral: Queda deficientemente recogido en los expedientes, por lo que únicamente se han considerado como tales aquellos en que halla quedado acreditado de una manera suficiente.

- 13) laboral
- 14) no laboral
- 15) no consta

Lugar del fallecimiento: entendido como el sitio donde tiene ocurre la muerte, independientemente de su eventual traslado.

- 29) vivienda (propia o ajena)
- 30) agua (mar, río, pozo)
- 31) local de trabajo
- 32) vía pública
- 33) campo o playa (caso de ahogamiento se recoge en el apartado 2)
- 34) centro sanitario (hospital, sanatorio, centro de salud, centro privado)
- 35) otros (sólo se especificaran en algunos tipos de muerte concreta, dada su baja presentación)

Lugar del levantamiento: realizado por la Comisión judicial o persona en quien delegue (con frecuencia el médico forense).

- 29) vivienda (propia o ajena)
- 30) agua
- 31) local de trabajo
- 32) vía pública
- 33) campo o playa
- 34) centro sanitario (hospital, sanatorio, centro de salud, centro privado)
- 35) otros (sólo se especificaran al estudiar tipos de muerte concreta, dado su baja presentación)

Patologías previas: quedan registradas de forma deficitaria, por lo que se agrupan en grandes apartados.

- 17) enfermedades físicas
- 18) enfermedades psíquicas

- 19) ambas
- 20) no se conocieron durante la investigación.

Antecedentes de dependencia a sustancias de abuso: se estudian independientes del anterior por su interés intrínseco.

- 17) alcohol
- 18) drogas de abuso (excluyendo alcohol)
- 19) alcohol y drogas
- 20) no existieron o no se conocieron durante la investigación.

5.2.3. ACTIVIDAD AUTOPSICA

Práctica de examen autopsico:

- 13) se realizó
- 14) no se realizó
- 15) no queda recogido

Lugar donde se realiza la autopsia:

- 13) Hospital Provincial de Pontevedra (servicio utilizado conjuntamente con el Departamento de Anatomía Patológica, por convenio llevado a cabo entre las delegaciones oficiales de Justicia y Sanidad
- 14) Tanatorio
- 15) Depósito del cementerio
- 16) No consta

Forenses intervinientes: participantes durante los 10 años de la actividad necrópsica.

Realización de estudios complementarios: recogiendo aquí únicamente.

- 13) se realizan
- 14) no se realizan
- 15) no consta.

Tipo de estudio:

- 21) anatomo-patológico
- 22) toxicológico
- 23) anatomo-patológico y toxicológico
- 24) otros (fundamentalmente incluyen biológicos o criminalísticos)
- 25) no consta la naturaleza del estudio

Resultados toxicológicos: de acuerdo con las sustancias detectadas.

- 33) alcohol
- 34) drogas (excluyendo alcohol)
- 35) fármacos
- 36) alcohol y drogas
- 37) alcohol y fármacos
- 38) drogas y fármacos
- 39) resultado negativo
- 40) no consta el resultado.

5.2.4 RELATIVAS A LA MUERTE

Intentos de suicidio previos:

- 17) conocidos
- 18) no conocidos

Documentos de “despedida”:

- 8) encontrados
- 9) no encontrados

Mecanismo de producción (adaptado de la clasificación CIE-9-MC):

- 10) intoxicación
- 11) ahorcadura

- 12) sumersión
- 13) arma de fuego
- 14) precipitación
- 15) quemaduras
- 16) no consta

Suicidio por sumersión (lugar):

- 1) mar
- 2) río
- 3) pozo o pilón
- 4) otros
- 5) no consta

Suicidio por intoxicación

Tipo de tóxico

- drogas de abuso
- fármacos
- otros
- no consta

Suicidio por arma de fuego:

Tipo de arma

- arma larga
- arma corta
- arma de fabricación "casera"
- no consta

Suicidio por ahorcadura:

Tipo de ahorcadura

- completa
- incompleta
- no consta

Naturaleza del lazo

- cuerda
- sábana
- camiseta

no consta

Situación del nudo

asimétrico

simétrico típico

simétrico atípico

no consta

Punto de sujeción del lazo

árbol

puerta o ventana

viga

alambre de viñedo

cancha de baloncesto

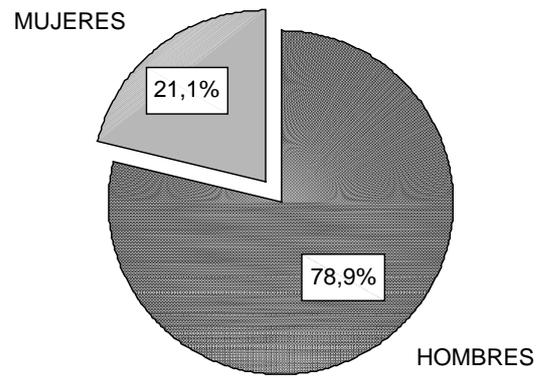
no consta

5.3. RESULTADOS RELATIVOS A LA FILIACIÓN

5.3.1. *Sexo*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de sectores.

distribución por sexos

	Frecuencia	Porcentaje
hombres	30	78,9
mujeres	8	21,1
Total	38	100,0



5.3.2. *Edad*. Tamaño de la muestra. Medidas de centralización. Medidas de dispersión.

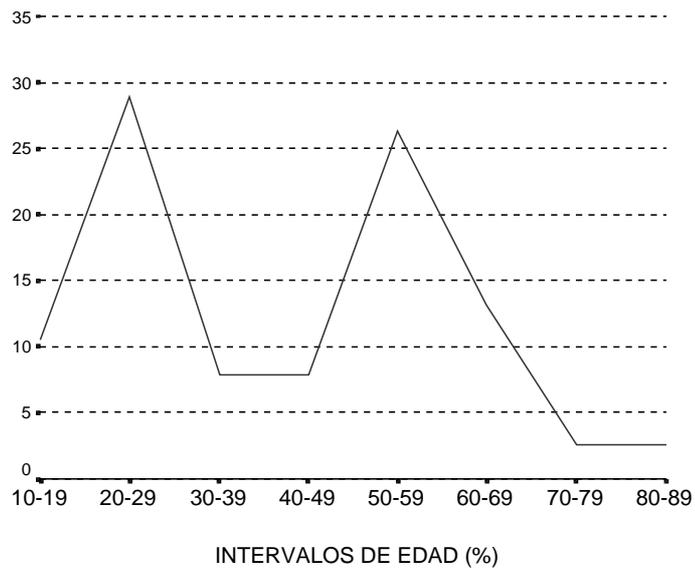
estadísticos de la variable edad

		EDAD
Casos	conocida	38
	desconocida	0
Media		42,63
Mediana		49,00
Desv. típ.		19,47
Varianza		379,00
Asimetría		,260 ,383
Curtosis		-,894 ,750
Rango		75
Mínimo		14
Máximo		89

5.3.3. *Edad en décadas*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

edades agrupadas en décadas

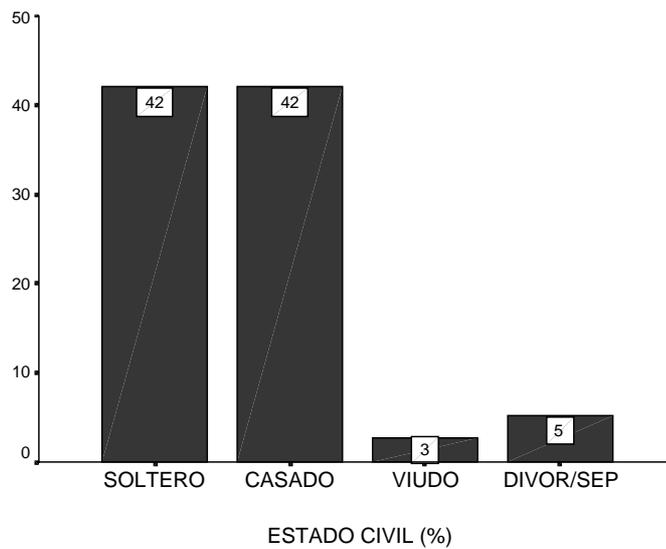
	Frecuencia	Porcentaje
10 a 19 años	4	10,5
20 a 29	11	28,9
30 a 39	3	7,9
40 a 49	3	7,9
50 a 59	10	26,3
60 a 69	5	13,2
70 a 79	1	2,6
80 a 89	1	2,6
Total	38	100,0



5.3.4. *Estado Civil*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

estado civil

	Frecuencia	Porcentaje
soltero	16	42,1
casado	16	42,1
viudo	1	2,6
divor./sep.	2	5,3
no consta	3	7,9
Total	38	100,0



5.3.5. *Profesión.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

ocupación profesional

	Frecuencia	Porcentaje
agricultura	1	2,6
pesca	1	2,6
industria	1	2,6
construcción	3	7,9
servicios	1	2,6
jubilado	1	2,6
otros	2	5,3
no consta	28	73,7
Total	38	100,0

5.3.6. *Comunidad autónoma de origen.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

procedencia autonómica

	Frecuencia	Porcentaje
Madrid	1	2,6
Extremadura	1	2,6
Galicia	36	94,7
Total	38	100,0

5.3.7. *Provincia gallega de origen.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

provincia gallega de origen

	Frecuencia	Porcentaje
Pontevedra	36	100,0

5.3.8. *Municipio de origen del Partido Judicial de Cambados.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

Juzgado de inscripción del nacimiento (partido judicial de Cambados)

	Frecuencia	Porcentaje
Cambados	10	27,8
S. Martín de O Grove	8	22,2
Sangenjo	3	8,3
Meis	4	11,1
Meaño	8	22,2
Ribadumia	3	8,3
Total	36	100,0

5.4. RELATIVOS A LOS HECHOS

5.4.1. *Hora de fallecimiento:* Tamaño de la muestra. Medidas de centralización. Medidas de dispersión.

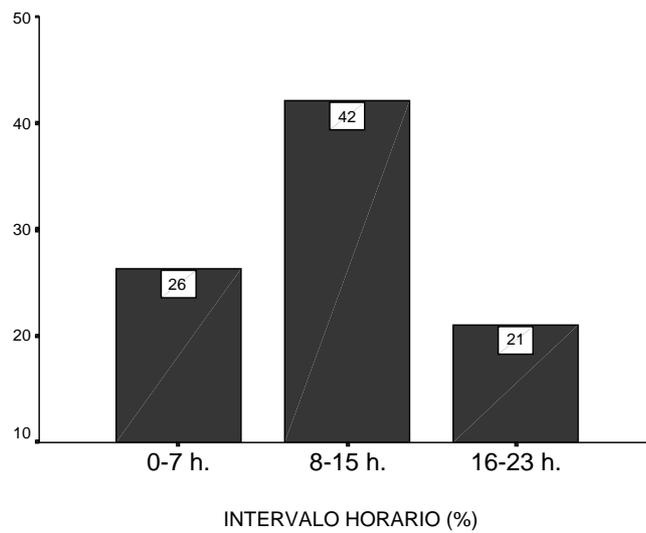
estadísticos de la variable hora

		HORA
Nº casos	conocida	34
	desconocida	4
Media		11,3947
Mediana		12,0000
Desv. típ.		5,9540
Rango		20,30
Mínimo		1,00
Máximo		21,30

5.4.2. *Intervalo horario*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráficas en diagrama de barras.

intervalos de horas

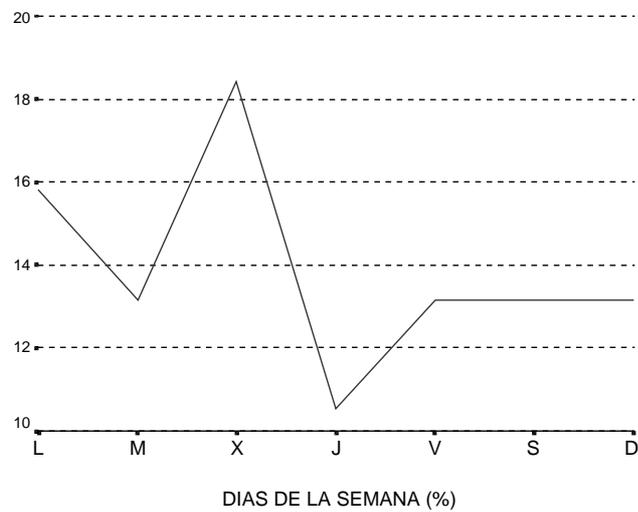
	Frecuencia	Porcentaje
0 a 7 horas	10	26,3
8 a 15 horas	16	42,1
16 a 23 horas	8	21,1
no consta	4	10,5
Total	38	100,0



5.4.3. *Día de la semana.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

días de la semana

	Frecuencia	Porcentaje
lunes	6	15,8
martes	5	13,2
miércoles	7	18,4
jueves	4	10,5
viernes	5	13,2
sábado	5	13,2
domingo	5	13,2
no consta	1	2,6
Total	38	100,0



5.4.4. *Día del mes.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

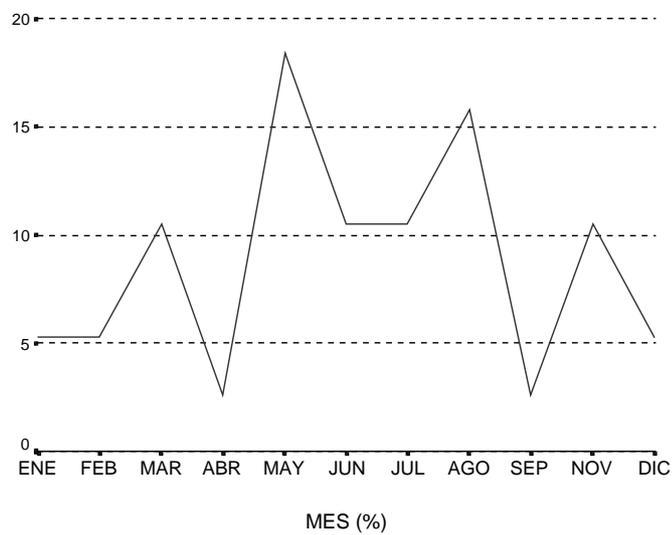
día del mes

	Frecuencia	Porcentaje
1	3	7,9
3	3	7,9
4	2	5,3
5	3	7,9
6	1	2,6
7	1	2,6
8	2	5,3
9	2	5,3
11	1	2,6
13	1	2,6
16	1	2,6
17	1	2,6
18	3	7,9
21	2	5,3
23	3	7,9
24	3	7,9
25	1	2,6
29	3	7,9
31	1	2,6
descono.	1	2,6
Total	38	100,0

5.4.5. *Mes*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

distribución por meses

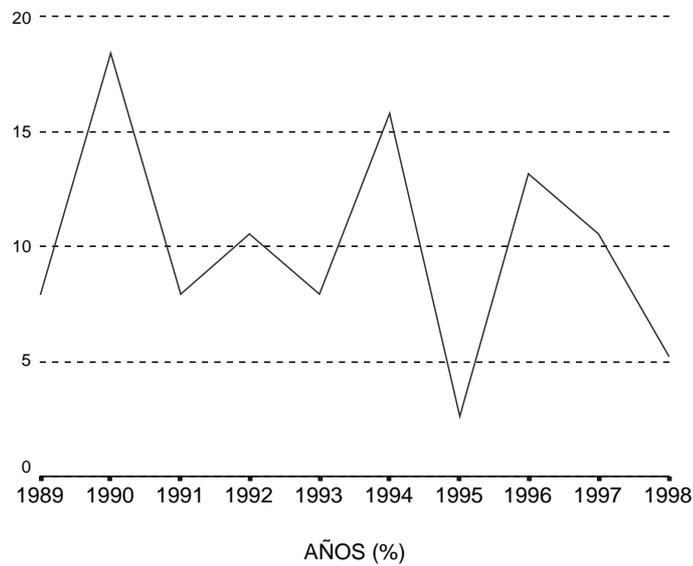
	Frecuencia	Porcentaje
enero	2	5,3
febrero	2	5,3
marzo	4	10,5
abril	1	2,6
mayo	7	18,4
junio	4	10,5
julio	4	10,5
agosto	6	15,8
septiembre	1	2,6
noviembre	4	10,5
diciembre	2	5,3
no consta	1	2,6
Total	38	100,0



5.4.6. *Año*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

distribución por años

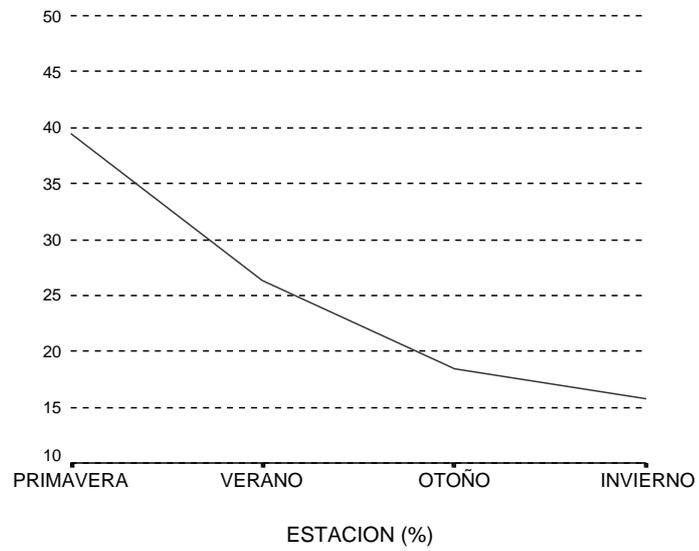
	Frecuencia	Porcentaje
1989	3	7,9
1990	7	18,4
1991	3	7,9
1992	4	10,5
1993	3	7,9
1994	6	15,8
1995	1	2,6
1996	5	13,2
1997	4	10,5
1998	2	5,3
Total	38	100,0



5.4.7. *Estación del año.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

distribución estacional

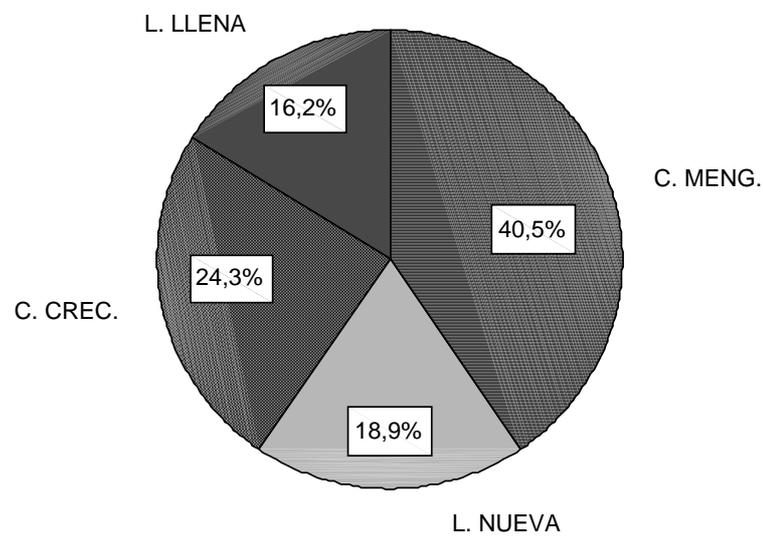
	Frecuencia	Porcentaje
primavera	15	39,5
verano	10	26,3
otoño	7	18,4
invierno	6	15,8
Total	38	100,0



5.4.8. *Fase lunar durante los hechos.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de sectores.

frecuencia según las fases de la luna

	Frecuencia	Porcentaje
Cuarto menguante	15	39,5
Luna nueva	7	18,4
Cuarto creciente	9	23,7
Luna llena	6	15,8
no consta	1	2,6
Total	38	100,0



5.4.9. *Lugar del fallecimiento*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

lugar del fallecimiento		
	Frecuencia	Porcentaje
vivienda	20	52,6
agua	7	18,4
vía pública	2	5,3
campo/playa	2	5,3
otros	6	15,8
no consta	1	2,6
Total	38	100,0

5.4.10. *Lugar del levantamiento de cadáver*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

lugar del levantamiento		
	Frecuencia	Porcentaje
vivienda	16	42,1
agua	7	18,4
vía pública	1	2,6
campo/playa	2	5,3
centro sanitario	4	10,5
otros	6	15,8
no consta	2	5,3
Total	38	100,0

5.4.11. *Existencia de patologías previas.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

antecedentes de enfermedad

	Frecuencia	Porcentaje
enfermedad física	5	13,2
enfermedad psíquica	13	34,2
enf. física y psíquica	2	5,3
no/ no consta	18	47,4
Total	38	100,0

5.4.12. *Antecedente de dependencia a sustancias de abuso.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

antecedentes de dependencia a sustancias de abuso

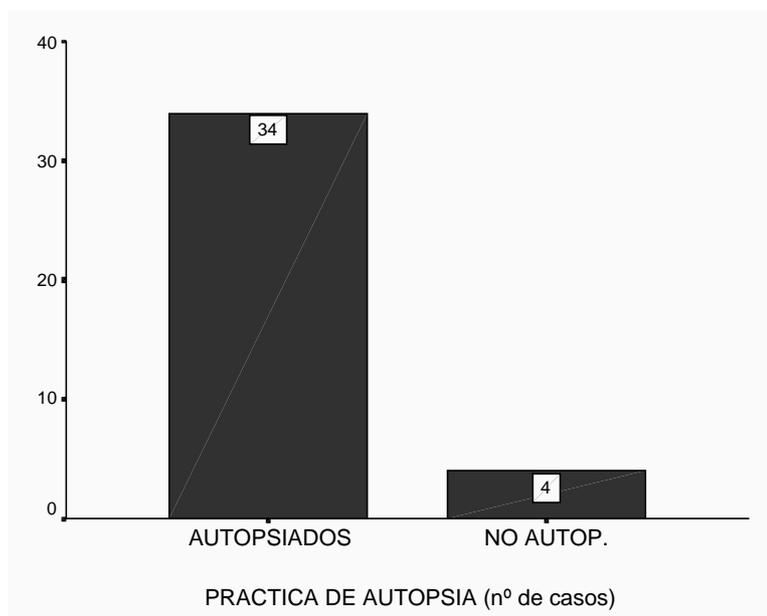
	Frecuencia	Porcentaje
alcohol	3	7,9
drogas	5	13,2
no/ no consta	30	78,9
Total	38	100,0

5.5. ACTIVIDAD AUTOPSICA

5.5.1. *Práctica de autopsia.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

práctica de autopsia

	Frecuencia	Porcentaje
autopsiados	34	89,5
no autopsiados	4	10,5
Total	38	100,0



5.5.2. *Realización de estudios complementarios.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

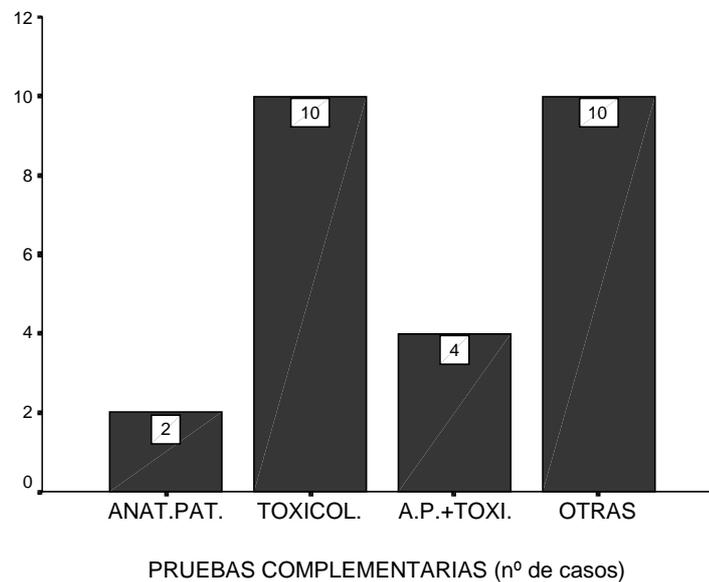
realización de pruebas complementarias

	Frecuencia	Porcentaje
si	26	68,4
no	12	31,6
Total	38	100,0

5.5.3. *Tipo de estudios complementarios practicados.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

naturaleza de las pruebas

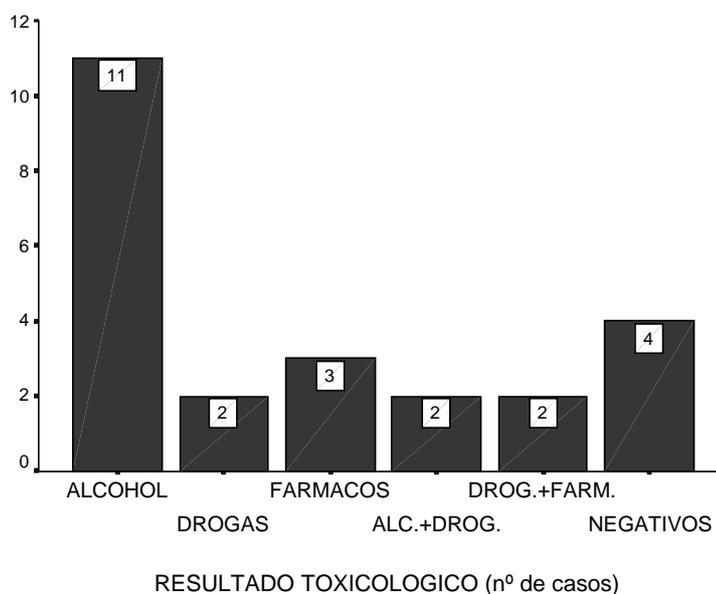
	Frecuencia	Porcentaje
Anato. Patol.	2	7,7
Toxicológicas	10	38,5
Anato. Patol.+Toxi.	4	15,4
Otras	10	38,5
Total	26	100,0



5.5.4. *Resultados toxicológicos*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

resultado de los análisis toxicológicos

	Frecuencia	Porcentaje
alcohol	11	45,8
drogas	2	8,3
fármacos	3	12,5
alcohol+drogas	2	8,3
drogas+fármacos	2	8,3
negativo	4	16,7
Total	24	100,0



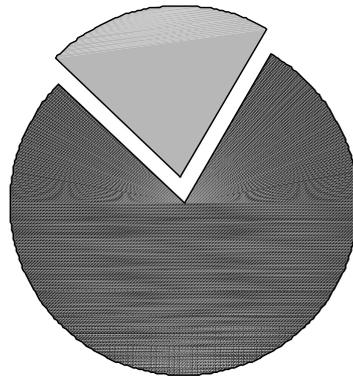
5.6. RELATIVOS A LA ETIOLOGÍA

5.6.1. *Intentos previos de suicidio*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de sectores.

intentos previos de suicidio

	Frecuencia	Porcentaje
conocidos	7	18,4
no conocidos	31	81,5
Total	38	100,0

CONOCIDOS 18,4%



DESCON. 81,5 %

5.6.2. *Documentos de despedida.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

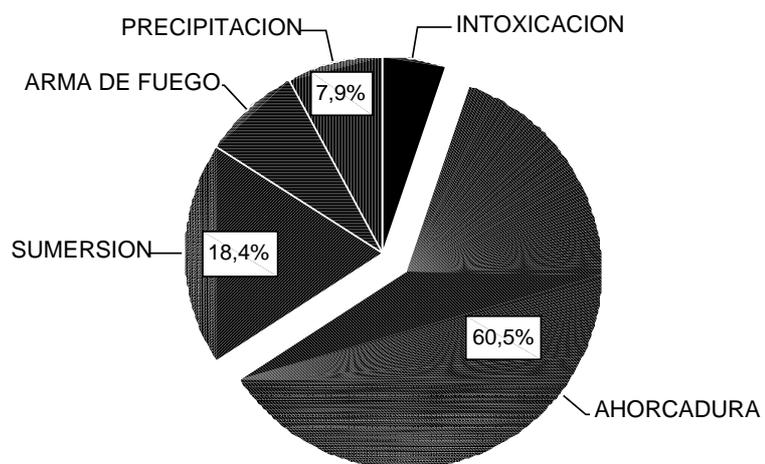
documentos de despedida

	Frecuencia	Porcentaje
encontrados	3	7,9
no encontrados	35	92,1
Total	38	100,0

5.6.3. *Mecanismo de producción.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de sectores.

mecanismo de producción

	Frecuencia	Porcentaje
intoxicación	2	5,3
ahorcadura	23	60,5
sumersión	7	18,4
arma de fuego	3	7,9
precipitación	3	7,9
Total	38	100,0



5.6.4. *Suicidio por sumersión (lugar)*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

lugar de la sumersión suicida

	Frecuencia	Porcentaje
mar	1	14,3
río	2	28,6
pozo/pilón	4	57,1
Total	7	100,0

5.6.5. *Suicidio por intoxicación (tipo de tóxico)*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

tóxicos empleados en el suicidio

	Frecuencia	Porcentaje
drogas de abuso	1	50,0
otros	1	50,0
Total	2	100,0

5.6.6. *Suicidio por arma de fuego (tipo de arma)*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

tipo de arma de fuego

	Frecuencia	Porcentaje
arma larga	2	66,7
arma de "fabricación casera"	1	33,3
Total	3	100,0

5.7. RELACIONES BIFACTORIALES

5.7.1 CON EL SEXO

Sexo – edad. Medidas de centralización y dispersión.

Valor medio (media estadística):

Hombres: 39,03 años

Mujeres: 56,13 años

Valor más frecuente de edad (moda estadística)

Hombres: polimodal (23, 51)

Mujeres: 58

Edades mayor y menor (rango estadístico)

Hombres: 14 - 89 años

Mujeres: 18 - 75 años

Sexo – década de edad. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia sexo-década de edad

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
10 a 19 años	3 10,0%	1 12,5%	4 10,5%
20 a 29 años	11 36,7%		11 28,9%
30 a 39 años	3 10,0%		3 7,9%
40 a 49 años	3 10,0%		3 7,9%
50 a 59 años	6 20,0%	4 50,0%	10 26,3%
60 a 69 años	3 10,0%	2 25,0%	5 13,2%
70 a 79 años		1 12,5%	1 2,6%
80 a 89 años	1 3,3%		1 2,6%
Total	30 100,0%	8 100,0%	38 100,0%

Sexo – intervalo horario. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia sexo-intervalo horario

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
0 a 7 horas	9 30,0%	1 12,5%	10 26,3%
8 a 15 horas	12 40,0%	4 50,0%	16 42,1%
16 a 23 horas	6 20,0%	2 25,0%	8 21,1%
no consta	3 10,0%	1 12,5%	4 10,5%
Total	30 100,0%	8 100,0%	38 100,0%

Sexo – día de la semana. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia sexo-día de la semana

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
Lunes	4 13,3%	2 25,0%	6 15,8%
Martes	4 13,3%	1 12,5%	5 13,2%
Miercoles	5 16,7%	2 25,0%	7 18,4%
Jueves	2 6,7%	2 25,0%	4 10,5%
Viernes	4 13,3%	1 12,5%	5 13,2%
Sábado	5 16,7%		5 13,2%
Domingo	5 16,7%		5 13,2%
No consta	1 3,3%		1 2,6%
Total	30 100,0%	8 100,0%	38 100,0%

Sexo – estación del año. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia sexo-estación del año

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
Primavera	11	4	15
	36,7%	50,0%	39,5%
Verano	7	3	10
	23,3%	37,5%	26,3%
Otoño	6	1	7
	20,0%	12,5%	18,4%
Invierno	6		6
	20,0%		15,8%
Total	30	8	38
	100,0%	100,0%	100,0%

5.7.2. CON LA DECADA

Década – Intervalo horario. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia década-intervalo horario

	INTERVALO HORARIO				Total
	0-7 h.	8-15 h.	16-23 h.	n/c	
10-19 años	2	2			4
	20,0%	12,5%			10,5%
20 a 29 años	4	2	2	3	11
	40,0%	12,5%	25,0%	75,0%	28,9%
30 a 39 años	1	1	1		3
	10,0%	6,3%	12,5%		7,9%
40 a 49 años	1	2			3
	10,0%	12,5%			7,9%
50 a 59 años	2	4	4		10
	20,0%	25,0%	50,0%		26,3%
60 a 69 años		3	1	1	5
		18,8%	12,5%	25,0%	13,2%
70 a 79 años		1			1
		6,3%			2,6%
80 a 89 años		1			1
		6,3%			2,6%
Total	10	16	8	4	38
	100,0%	100,0%	100,0%	100%	100%

5.7.3. CON EL ESTADO CIVIL

Estado Civil - Sexo. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia estado civil-sexo

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
soltero	13 43,3%	3 37,5%	16 42,1%
casado	14 46,7%	2 25,0%	16 42,1%
viudo		1 12,5%	1 2,6%
divor./sep.	1 3,3%	1 12,5%	2 5,3%
no consta	2 6,7%	1 12,5%	3 7,9%
Total	30 100,0%	8 100,0%	38 100,0%

5.7.4. CON INTENTOS PREVIOS DE SUICIDIO

Intentos previos - Década de edad. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia intentos previos-década de edad

	INTENTOS PREVIOS		Total
	SI	NO, N/C	
10-19 años	1	3	4
	25,0%	75,0%	100,0%
20-29 años	1	10	11
	9,1%	90,9%	100,0%
30-39 años		3	3
		100,0%	100,0%
40-49 años	2	1	3
	66,7%	33,3%	100,0%
50-59 años	1	9	10
	10,0%	90,0%	100,0%
60-69 años	1	4	5
	20,0%	80,0%	100,0%
70-79 años	1		1
	100,0%		100,0%
80-89 años		1	1
		100,0%	100,0%
Total	7	31	38
	18,4%	81,5%	100,0%

Intentos previos - Sexo. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia intentos previos-sexo

		SEXO		Total
		hombre	mujer	
INTENTOS PREVIOS	Conocidos	5	2	7
		16,7%	25,0%	18,4%
	Desconocidos	25	6	31
		83,4%	75,0%	52,6%
Total		30	8	38
		100,0%	100,0%	100,0%

Intentos previos – Mecanismo suicida. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia intentos previos-mec. suicida

	INTENTOS PREVIOS		Total
	SI	NO o N/C	
intoxicación	1	1	2
	50,0%	50,0%	100,0%
ahorcadura	4	19	23
	17,4%	82,6%	100,0%
sumersión	1	6	7
	14,3%	85,7%	100,0%
arma fuego		3	3
		100,0%	100,0%
precipitación	1	2	3
	33,3%	66,6%	100,0%
Total	7	31	38
	18,4%	81,5%	100,0%

5. 7.5. CON LOS DOCUMENTOS DE DESPEDIDA

Documentos de despedida - Sexo. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia documentos de despedida-sexo

		SEXO		Total
		hombre	mujer	
DOCUMENTOS	SI	3		3
		10,0%		7,9%
	NO, N/C	27	8	34
		90,0%	100,0%	89,5%
Total		30	8	38
		100,0%	100,0%	100,0%

Documentos de despedida – Mecanismo suicida. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia documentos despedida -mec. suicida

	DOCUMENTOS DESPEDIDA			Total
	SI	NO, N/C	3	
intoxicación		2		2
		100,0%		100%
ahorcadura	2	20	1	23
	8,7%	87,0%	4,3%	100%
sumersión		7		7
		100,0%		100%
a. fuego		3		3
		100,0%		100%
precipitación	1	2		3
	33,3%	66,7%		100%
Total	3	34	1	38
	7,9%	89,5%	2,6%	100%

5.7.6. CON EL MECANISMO SUICIDA

Mecanismo suicida - Sexo. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia- mec. suicida-sexo

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
intoxicación	2		2
	6,7%		5,3%
ahorcadura	21	2	23
	70,0%	25,0%	60,5%
sumersión	3	4	7
	10,0%	50,0%	18,4%
a. fuego	3		3
	10,0%		7,9%
precipitación	1	2	3
	3,3%	25,0%	7,9%
Total	30	8	38
	100,0%	100,0%	100,0%

Mecanismo suicida - Década. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia mec. suicida-década edad

	MECANISMO SUICIDA				
	INTOX	AHORC	SUMER	A. FUEG	PRECIP
10-19	2	1	1		
	100,0%	4,3%	14,3%		
20-29		9		2	
		39,1%		66,7%	
30-39		2		1	
		8,7%		33,3%	
40-49		2			1
		8,7%			33,3%
50-59		5	3		2
		21,7%	42,9%		66,7%
60-69		3	2		
		13,0%	28,6%		
70-79			1		
			14,3%		
80-89		1			
		4,3%			
Total	2	23	7	3	3
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Mecanismo suicida - Estación. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia mec. suicida-estación del año

	ESTACION				Total
	primavera	verano	otoño	invierno	
INTOXI.	2				2
	13,3%				5,3%
AHORC.	8	6	5	4	23
	53,3%	60,0%	71,4%	66,7%	60,5%
SUMER.	2	3	2		7
	13,3%	30,0%	28,6%		18,4%
A. FUEGO	2			1	3
	13,3%			16,7%	7,9%
PRECIP.	1	1		1	3
	6,7%	10,0%		16,7%	7,9%
Total	15	10	7	6	38
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100%

Mecanismo suicida – Fase lunar. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia mecanismo suicida-fase lunar

	FASE LUNAR					Total
	C. MENG.	L. NUE.	C. CREC.	L. LLENA	N/C	
INTOX.		1	1			2
		50,0%	50,0%			100%
AHORC.	9	4	7	2	1	23
	39,1%	17,4%	30,4%	8,7%	4,3%	100%
SUMER.	4			3		7
	57,1%			42,9%		100%
A.FUEGO		2		1		3
		66,7%		33,3%		100%
PRECIP.	2		1			3
	66,7%		33,3%			100%
Total	15	7	9	6	1	38
	39,5%	18,4%	23,7%	15,8%	2,6%	100%

Mecanismo suicida – Enfermedad previa. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia mecanismo suicida-enfermedad previa

	ENFERMEDAD PREVIA				Total
	Física	Psíquica	Fís.+Psíqu.	no,n/c	
INTOX.		1		1	2
		50,0%		50,0%	100%
AHORC.	4	5	2	12	23
	17,4%	21,7%	8,7%	52,2%	100%
SUMER.	1	4		2	7
	14,3%	57,1%		28,6%	100%
ARMA FUEGO		1		2	3
		33,3%		66,7%	100%
PRECIP.		2		1	3
		66,7%		33,3%	100%
Total	5	13	2	18	38
	13,2%	34,2%	5,3%	47,4%	100%

Mecanismo suicida – Resultados toxicológicos. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia mec. suicida-resultados toxicológicos

	MECANISMO SUICIDA					Total
	INTOX	AHORC	SUMER	ARMA FUEGO	PRECIP	
alcohol		7	1	3		11
		50,0%	20,0%	100,0%		45,8%
drogas		1			1	2
		7,1%			100,0%	8,3%
fármacos			3			3
			60,0%			12,5%
alcoh+drog.		2				2
		14,3%				8,3%
drog+fárm	1	1				2
	100%	7,1%				8,3%
negativo		3	1			4
		21,4%	20,0%			16,7%
Total	1	14	5	3	1	24
	100%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

5.7.7. CON EL LUGAR DE LA SUMERSION

Lugar de sumersión – Estación del año. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia lugar de sumersión-estación del año

	LUGAR SUMERSION			Total
	Mar	Río	Pozo/Pilón	
Primavera		1	1	2
		50,0%	25,0%	28,6%
Verano		1	2	3
		50,0%	50,0%	42,9%
Otoño	1		1	2
	100,0%		25,0%	28,6%
Total	1	2	4	7
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

6. SUICIDIOS POR AHORCADURA

6.1. INTRODUCCIÓN

Se incluye un apartado diferenciado para las muertes suicidas por ahorcadura. Su interés viene determinado por el alto número de casos que esta forma de suicidio representa en todas las poblaciones, siendo la predominante en el partido judicial cambadés.

Siguen siendo válidas las palabras de gran médico legista Thoinot, fallecido en 1919, “suicidarse es un medio fácil de procurarse una muerte rápida, y de aquí que constituya uno de los procedimientos más usados en todos los países para quitarse la vida”.

Por tanto, está justificado el estudio diferenciado de las distintas variables que afectan a esta forma suicida.

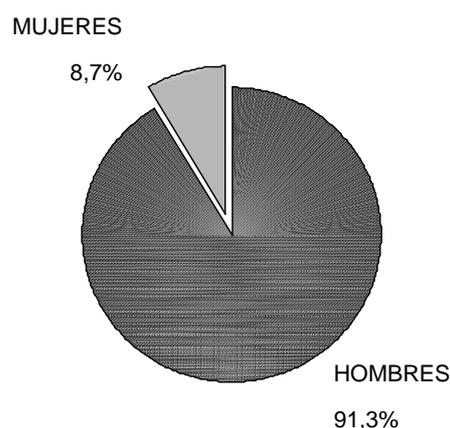
Se omite la numeración de las variables objeto de estudio ya que quedan recogidas al presentar las variables dentro del suicidio en general.

6.2. RESULTADOS RELATIVOS A LA FILIACIÓN

6.2.1. *Sexo*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de sectores.

distribución por sexos

	Frecuencia	Porcentaje
hombres	21	91,3
mujeres	2	8,7
Total	23	100,0



6.2.2. *Edad*. Tamaño de la muestra. Medidas de centralización. Medidas de dispersión.

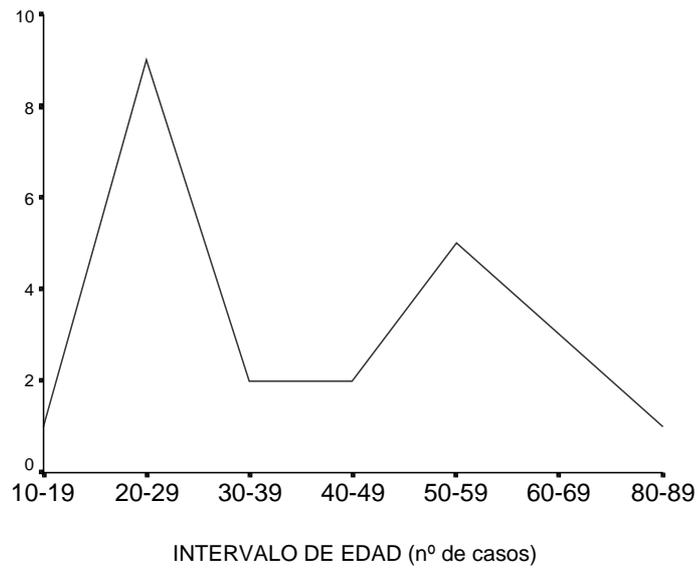
Estadísticos de la variable edad

	EDAD
Nº de casos	23
Media	41,35
Mediana	36,00
Desv. típ.	19,56
Varianza	382,69
Asimetría	,676 ,481
Curtosis	-,283 ,935
Rango	71
Mínimo	18
Máximo	89

6.2.3. *Edad en décadas*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

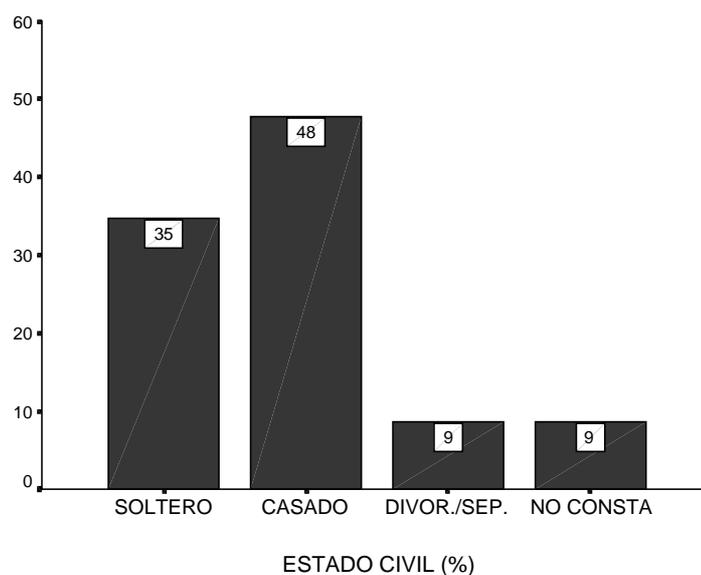
edades agrupadas en décadas

	Frecuencia	Porcentaje
10-19 años	1	4,3
20-29 años	9	39,1
30-39 años	2	8,7
40-49 años	2	8,7
50-59 años	5	21,7
60-69 años	3	13,0
80-89 años	1	4,3
Total	23	100,0
Total	23	100,0



6.2.4. *Estado Civil*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

estado civil		
	Frecuencia	Porcentaje
soltero	8	34,8
casado	11	47,8
divor./sep.	2	8,7
no consta	2	8,7
Total	23	100,0
Total	23	100,0



6.2.5. *Profesión.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

ocupación profesional

	Frecuencia	Porcentaje
pesca	1	4,3
industria	1	4,3
construcción	1	4,3
servicios	1	4,3
otras	1	4,3
no consta	18	78,3
Total	23	100,0
Total	23	100,0

6.2.6. *Comunidad autónoma de origen*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

procedencia autonómica

	Frecuencia	Porcentaje
Galicia	23	100,0
Total	23	100,0

6.2.7. *Provincia gallega de origen*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

provincia gallega de origen

	Frecuencia	Porcentaje
Pontevedra	23	100,0
Total	23	100,0

6.2.8. *Municipio de origen en el Partido Judicial de Cambados*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

Juzgado de inscripción del nacimiento (partido judicial de Cambados)

	Frecuencia	Porcentaje
Cambados	8	34,8
San Martín O Grove	4	17,4
Sangenjo	2	8,7
Meis	3	13,0
Meaño	4	17,4
Ribadumia	2	8,7
Total	23	100,0

6.3. RESULTADOS RELATIVOS A LOS HECHOS

6.3.1. *Hora de fallecimiento*: Tamaño de la muestra. Medidas de centralización. Medidas de dispersión.

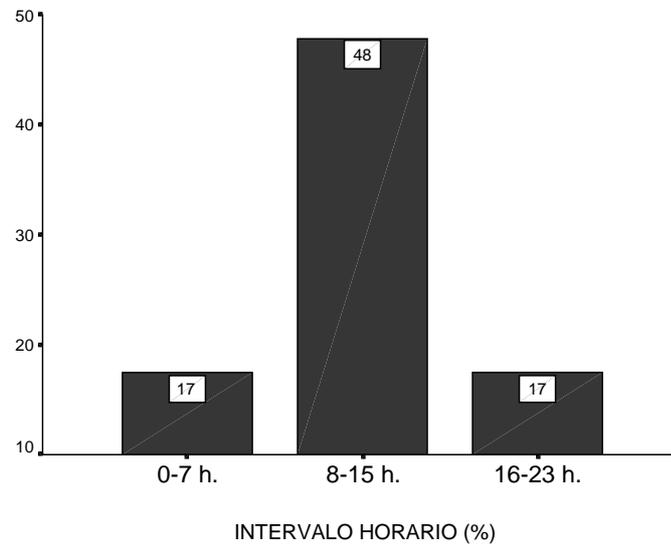
estadísticos de la variable hora

		HORA
Nº de casos	conocida	19
	desconocida	4
Media		11,2958
Mediana		11,3000
Desv. típ.		5,7375
Rango		19,30
Mínimo		1,00
Máximo		20,30

6.3.2. *Intervalo horario*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráficas en diagrama de barras.

intervalo de horas

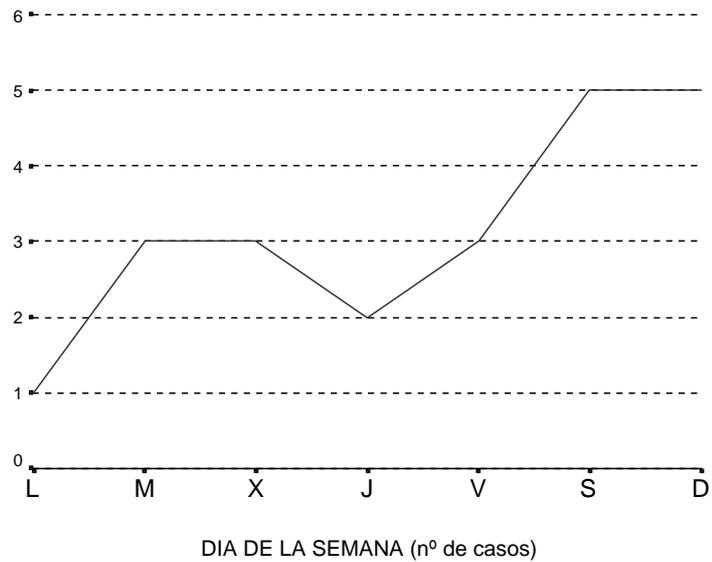
	Frecuencia	Porcentaje
0 a 7 horas	4	17,4
8 a 15 h.	11	47,8
16 a 23 h.	4	17,4
no consta	4	17,4
Total	23	100,0



6.3.3. *Día de la semana.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

días de la semana

	Frecuencia	Porcentaje
lunes	1	4,3
martes	3	13,0
miercoles	3	13,0
jueves	2	8,7
viernes	3	13,0
sábado	5	21,7
domingo	5	21,7
no consta	1	4,3
Total	23	100,0



6.3.4. *Día del mes.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

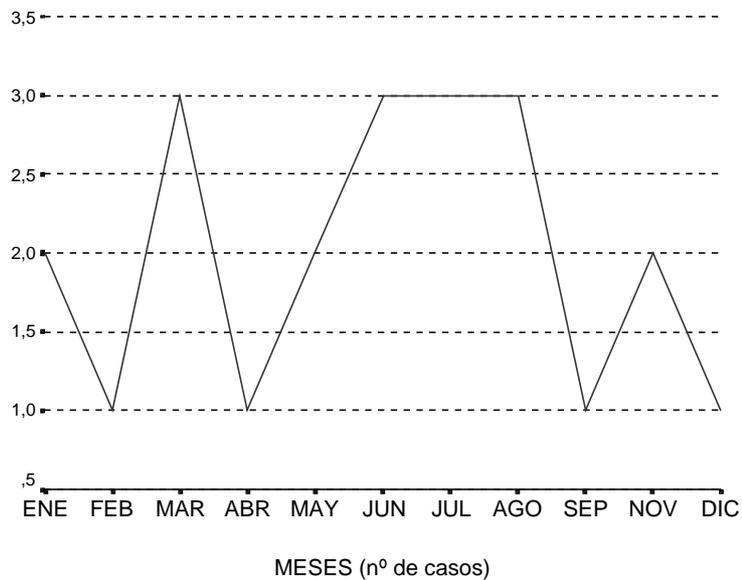
día del mes

	Frecuencia	Porcentaje
1	2	8,7
3	3	13,0
4	1	4,3
5	2	8,7
7	1	4,3
8	2	8,7
9	2	8,7
11	1	4,3
16	1	4,3
18	2	8,7
21	1	4,3
23	1	4,3
24	1	4,3
29	1	4,3
31	1	4,3
desconocido	1	4,3
Total	23	100,0

6.3.5. Mes. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).
Representación gráfica en diagrama de líneas.

distribución por meses

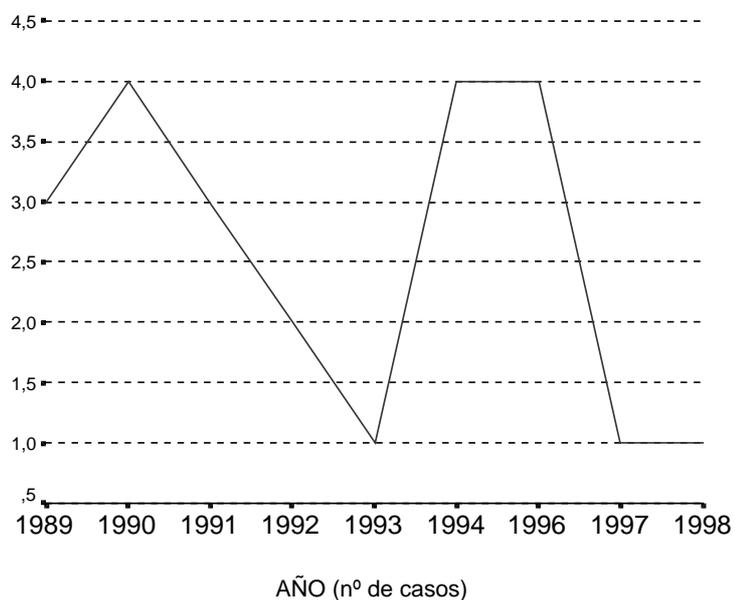
	Frecuencia	Porcentaje
enero	2	8,7
febrero	1	4,3
marzo	3	13,0
abril	1	4,3
mayo	2	8,7
junio	3	13,0
julio	3	13,0
agosto	3	13,0
septiembre	1	4,3
noviembre	2	8,7
diciembre	1	4,3
no consta	1	4,3
Total	23	100,0
Total	23	100,0



6.3.6. Año. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

distribución por años

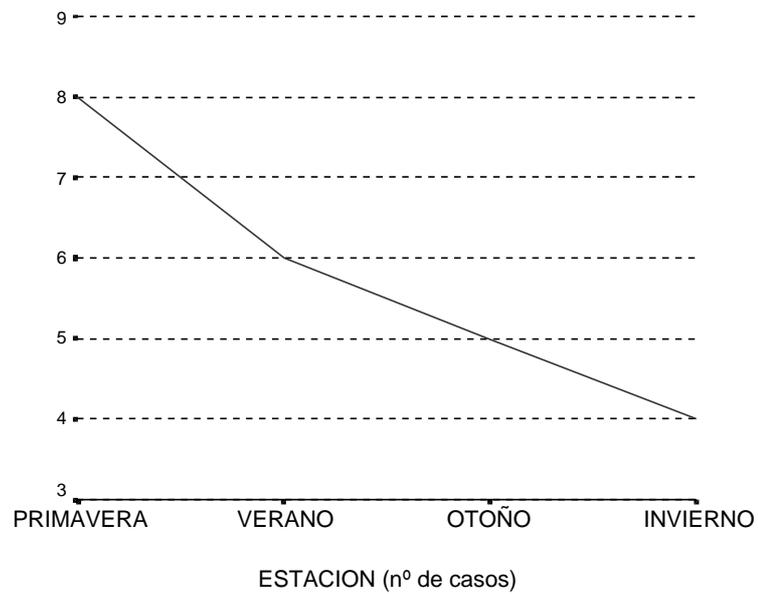
	Frecuencia	Porcentaje
1989	3	13,0
1990	4	17,4
1991	3	13,0
1992	2	8,7
1993	1	4,3
1994	4	17,4
1996	4	17,4
1997	1	4,3
1998	1	4,3
Total	23	100,0



6.3.7. *Estación del año.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

distribución estacional

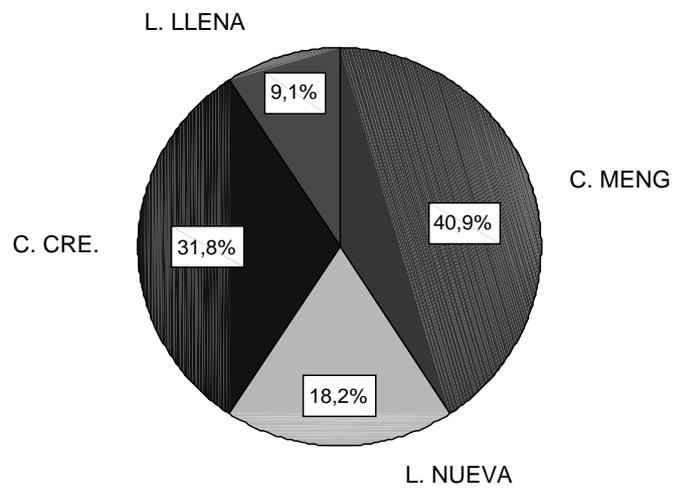
	Frecuencia	Porcentaje
primavera	8	34,8
verano	6	26,1
otoño	5	21,7
invierno	4	17,4
Total	23	100,0
Total	23	100,0



6.3.8. *Fase lunar durante los hechos.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de sectores.

frecuencia según las fases lunares

	Frecuencia	Porcentaje
Cuarto menguante	9	39,1
Luna nueva	4	17,4
Cuarto creciente	7	30,4
Luna llena	2	8,7
No consta	1	4,3
Total	23	100,0



6.3.9. *Lugar del fallecimiento*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

lugar del fallecimiento		
	Frecuencia	Porcentaje
vivienda	14	60,9
vía pública	1	4,3
campo	2	8,7
otro	5	21,7
no consta	1	4,3
Total	23	100,0

6.3.10. *Lugar del levantamiento de cadáver*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

lugar del levantamiento		
	Frecuencia	Porcentaje
vivienda	13	56,5
vía pública	1	4,3
campo	2	8,7
centro sanitario	1	4,3
otro	5	21,7
no consta	1	4,3
Total	23	100,0

6.3.11. *Existencia de patologías previas.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

antecedentes de enfermedad

	Frecuencia	Porcentaje
enfermedad física	4	17,4
enfermedad psíquica	5	21,7
enf. física y psíquica	2	8,7
no/ no consta	12	52,2
Total	23	100,0

6.3.12. *Antecedente de dependencia a sustancias de abuso.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

antecedentes de dependencia a sustancias de abuso

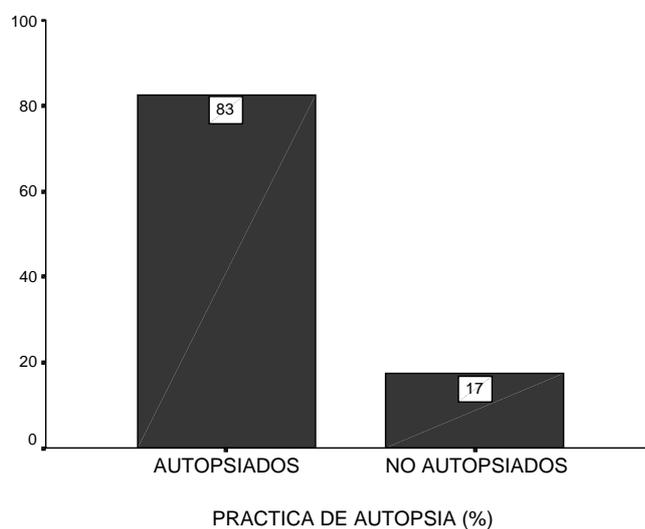
	Frecuencia	Porcentaje
alcohol	1	4,3
drogas	4	17,4
no/ no consta	18	78,3
Total	23	100,0

6.4. ACTIVIDAD AUTOPSICA

6.4.1. *Práctica de autopsia.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

práctica de autopsia

	Frecuencia	Porcentaje
autopsiados	19	82,6
no autopsiados	4	17,4
Total	23	100,0



6.4.2. *Realización de estudios complementarios.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

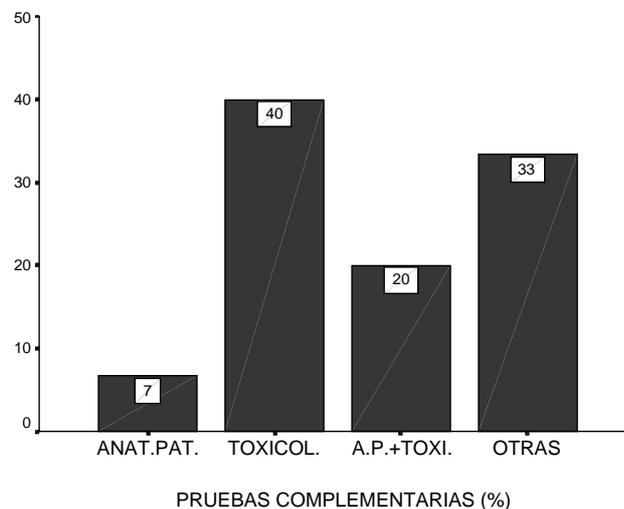
realización de pruebas complementarias

	Frecuencia	Porcentaje
SI	15	65,2
NO	8	34,8
Total	23	100,0

6.4.3. *Tipo de estudios complementarios practicados.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

naturaleza de las pruebas

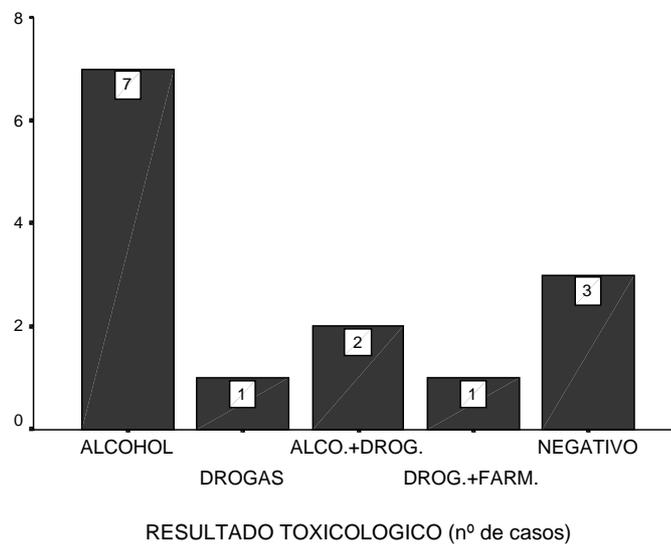
	Frecuencia	Porcentaje
Anato. Patol.	1	6,7
Toxicológicas	6	40,0
Anato. Patol.+Toxi.	3	20,0
Otras	5	33,3
Total	15	100,0



6.4.4. *Resultados toxicológicos.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

resultado de los análisis toxicológicos

	Frecuencia	Porcentaje
alcohol	7	50,0
drogas	1	7,1
alcohol+drogas	2	14,3
drogas+fármacos	1	7,1
negativo	3	21,4
Total	14	100,0



6.5. RESULTADOS RELATIVOS A LA ETIOLOGÍA

6.5.1. *Intentos previos de suicidio.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

intentos previos de suicidio		
	Frecuencia	Porcentaje
conocidos	4	17,4
no conocidos	19	82,6
Total	23	100,0

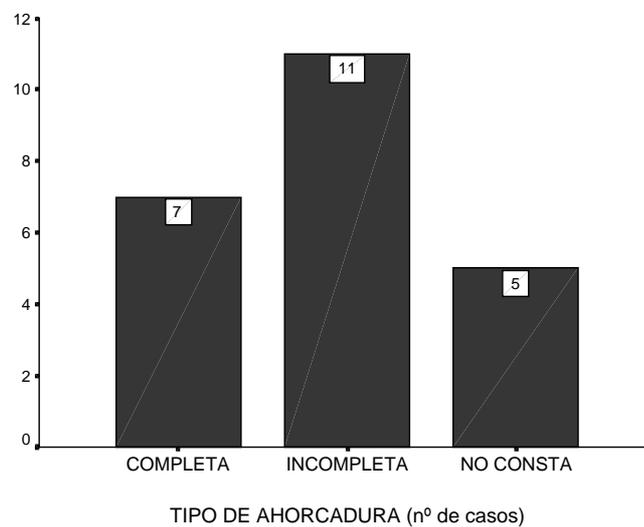
6.5.2. *Documentos de despedida.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

documentos de despedida		
	Frecuencia	Porcentaje
encontrados	2	8,7
no encontrados	21	91,3
Total	23	100,0

6.5.3. *Tipo de ahorcadura*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentajes). Representación gráfica en diagrama de barras.

tipo de ahorcadura

	Frecuencia	Porcentaje
completa	7	30,4
incompleta	11	47,8
no consta	5	21,7
Total	23	100,0



6.5.4. *Tipo de lazo*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

naturaleza del lazo

	Frecuencia	Porcentaje
cuerda	18	78,3
sábana	1	4,3
camiseta	1	4,3
no consta	3	13,0
Total	23	100,0

6.5.5. *Situación del nudo*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

situación del nudo

	Frecuencia	Porcentaje
asimétrico	15	65,2
simétrico típico	4	17,4
simétrico atípico	1	4,3
no consta	3	13,0
Total	23	100,0

6.5.6. *Punto de sujeción del lazo*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

punto de sujeción del lazo

	Frecuencia	Porcentaje
árbol	2	8,7
puerta/ventana	2	8,7
viga	16	69,6
alambre de un viñedo	1	4,3
cancha de baloncesto	1	4,3
no consta	1	4,3
Total	23	100,0

6.6. RELACIONES BIFACTORIALES

6.6.1. CON EL SEXO

Sexo – edad. Medidas de centralización y dispersión.

Valor medio (media estadística):

Hombres: 41,24 años

Mujeres: 42,50 años

Valor más frecuente de edad (moda estadística)

Hombres: polimodal (23, 51)

Mujeres: 18, 67 (dos únicos valores)

Edades mayor y menor (rango estadístico)

Hombres: 20 - 89 años

Mujeres: 18 - 67 años

Sexo – década de edad. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia sexo-década de edad

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
10 a 19 años		1	1
		50,0%	4,3%
20 a 29 años	9		9
	42,9%		39,1%
30 a 39 años	2		2
	9,5%		8,7%
40 a 49 años	2		2
	9,5%		8,7%
50 a 59 años	5		5
	23,8%		21,7%
60 a 69 años	2	1	3
	9,5%	50,0%	13,0%
80 a 89 años	1		1
	4,8%		4,3%
Total	21	2	23
	100,0%	100,0%	100,0%

Sexo – intervalo horario. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia sexo-intervalo horario

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
0 a 7 horas	4 19,0%		4 17,4%
8 a 15 horas	10 47,6%	1 50,0%	11 47,8%
16 a 23 horas	4 19,0%		4 17,4%
no consta	3 14,3%	1 50,0%	4 17,4%
Total	21 100,0%	2 100,0%	23 100,0%

Sexo – día de la semana. Tabla de contingencia. Estadísticos. Gráfico de línea

tabla de contingencia sexo-día de la semana

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
lunes	1		1
	4,8%		4,3%
martes	3		3
	14,3%		13,0%
miércoles	2	1	3
	9,5%	50,0%	13,0%
jueves	2		2
	9,5%		8,7%
viernes	2	1	3
	9,5%	50,0%	13,0%
sábado	5		5
	23,8%		21,7%
domingo	5		5
	23,8%		21,7%
no consta	1		1
	4,8%		4,3%
Total	21	2	23
	100,0%	100,0%	100,0%

Sexo – estación del año. Tabla de contingencia. Estadísticos.

tabla de contingencia sexo-estación del año

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
primavera	7	1	8
	33,3%	50,0%	34,8%
verano	5	1	6
	23,8%	50,0%	26,1%
otoño	5		5
	23,8%		21,7%
invierno	4		4
	19,0%		17,4%
Total	21	2	23
	100,0%	100,0%	100,0%

6.6.2 CON LA DECADA

Década – Intervalo horario. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia década-intervalo horario

	INTERVALO HORARIO				Total
	0-7 h.	8-15 h.	16-23 h.	n/c	
10-19 años		1 9,1%			1 4,3%
20-29 años	2 50,0%	2 18,2%	2 50,0%	3 75,0%	9 39,1%
30-39 años	1 25,0%	1 9,1%			2 8,7%
40-49 años	1 25,0%	1 9,1%			2 8,7%
50-59 años		3 27,3%	2 50,0%		5 21,7%
60-69 años		2 18,2%		1 25,0%	3 13,0%
80-89 años		1 9,1%			1 4,3%
Total	4 100,0%	11 100,0%	4 100,0%	4 100%	23 100,0%

6.6.3. CON EL ESTADO CIVIL

Estado Civil - Sexo. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia estado civil-sexo

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
soltero	7 33,3%	1 50,0%	8 34,8%
casado	11 52,4%		11 47,8%
divor./sep.	1 4,8%	1 50,0%	2 8,7%
no consta	2 9,5%		2 8,7%
Total	21 100,0%	2 100,0%	23 100,0%

6.4.4. CON INTENTOS PREVIOS DE SUICIDIO

Intentos previos - Década de edad. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia intentos previos-década de edad

	INTENTOS PREVIOS		Total
	SI	NO, N/C	
10-19 años		1	1
		100,0%	100,0%
20-29 años	1	8	9
	11,1%	88,9%	100,0%
30-39 años		2	2
		100,0%	100,0%
40-49 años	2		2
	100,0%		100,0%
50-59 años		5	5
		100,0%	100,0%
60-69 años	1	2	3
	33,3%	66,6%	100,0%
80-89 años		1	1
		100,0%	100,0%
Total	4	19	23
	17,4%	82,6%	100,0%

Intentos previos - Sexo. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia intentos previos-sexo

		SEXO		Total
		hombre	mujer	
INTENTOS PREVIOS	conocidos	4		4
		19,0%		17,4%
	desconocidos	17	2	19
		80,9%	100,0%	82,6%
Total		21	2	23
		100,0%	100,0%	100,0%

6.6.5. CON LOS DOCUMENTOS DE DESPEDIDA

Documento de despedida - Sexo. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia documento de despedida-sexo

		SEXO		Total
		hombre	mujer	
DOCUMENTOS	SI	2		2
		9,5%		8,7%
	NO, N/C	19	2	21
		90,5%	100,0%	91,3%
Total		21	2	23
		100,0%	100,0%	100,0%

6.6.6. CON TIPO DE AHORCADURA

Tipo de ahorcadura - Sexo. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia tipo de ahorcadura-sexo

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
completa	7		7
	33,3%		30,4%
incompleta	10	1	11
	47,6%	50,0%	47,8%
no consta	4	1	5
	19,0%	50,0%	21,7%
Total	21	2	23
	100,0%	100,0%	100,0%

Tipo de ahorcadura – Década de edad. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia tipo de ahorcadura-década

	TIPO DE AHORCADURA			Total
	completa	incompleta	n/c	
10-19 años			1	1
			100,0%	100,0%
20-29 años	2	5	2	9
	22,2%	55,6%	22,2%	100,0%
30-39 años	1		1	2
	50,0%		50,0%	100,0%
40-49 años		2		2
		100,0%		100,0%
50-59 años	2	2	1	5
	40,0%	40,0%	20,0%	100,0%
60-69 años	1	2		3
	33,3%	66,7%		100,0%
80-89 años	1			1
	100,0%			100,0%
Total	7	11	5	23
	30,4%	47,8%	21,7%	100,0%

Tipo de ahorcadura – Lugar del fallecimiento. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia tipo de ahorcadura-lugar del fallecimiento

	TIPO DE AHORCADURA			Total
	completa	incompl.	n/c	
vivienda	3	8	3	14
	21,4%	57,1%	21,4%	100,0%
vía pública	1			1
	100,0%			100,0%
campo	1		1	2
	50,0%		50,0%	100,0%
otro	2	3		5
	40,0%	60,0%		100,0%
no consta			1	1
			100,0%	100,0%
Total	7	11	5	23
	30,4%	47,8%	21,7%	100,0%

Tipo de ahorcadura – Situación del nudo. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia tipo de ahorcadura-situación del nudo

	TIPO DE AHORCADURA			Total
	completa	incompl.	n/c	
asimétrico	5 71,4%	7 63,6%	3 60,0%	15 65,2%
sim. típico	2 28,6%	2 18,2%		4 17,4%
sim. atípico			1 20,0%	1 4,3%
no consta		2 18,2%	1 20,0%	3 13,0%
Total	7 100,0%	11 100,0%	5 100,0%	23 100,0%

6.6.7. CON LA SITUACION DEL NUDO

Situación del nudo - Sexo. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia situación del nudo-sexo

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
asimétrico	15 71,4%		15 65,2%
sim. típico	4 19,0%		4 17,4%
sim. atípico		1 50,0%	1 4,3%
no consta	2 9,5%	1 50,0%	3 13,0%
Total	21 100,0%	2 100,0%	23 100,0%

6.6.8. CON EL PUNTO DE SUJECCION DEL LAZO

Punto de sujeción del lazo - Sexo. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia punto de sujeción del lazo-sexo

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
árbol	2		2
	9,5%		8,7%
puerta/ ventana	2		2
	9,5%		8,7%
viga	14	2	16
	66,7%	100,0%	69,6%
alambre de viñedo	1		1
	4,8%		4,3%
cancha de baloncesto	1		1
	4,8%		4,3%
no consta	1		1
	4,8%		4,3%
Total	21	2	23
	100,0%	100,0%	100,0%

7. MUERTES VIOLENTAS ACCIDENTALES

7.1. INTRODUCCIÓN

Constituyen el capítulo más numeroso dentro de las muertes violentas. De gran interés en su conocimiento desde un punto de vista preventivo. El profesor Castilla las define como “muertes en que la fuerza venida de fuera que las origina ha tenido lugar sin la intervención de voluntad humana alguna. Incluso puede deberse a fuerzas desbocadas de la Naturaleza”

A su vez, el grupo más importante lo constituyen los accidentes de tráfico, en sus diferentes modalidades.

En este capítulo se contemplan estas muertes de forma global, con independencia de un análisis pormenorizado separado de sus grupos más destacados.

Para la clasificación general, utilizamos una modificación de la recogida en el CIE-9-MC, que se adapta a los hallazgos reales en la población y facilita al tiempo su cotejo con otros trabajos.

7.2. VARIABLES ANALIZADAS

7.2.1. RELATIVAS A LA FILIACIÓN

Sexo:

11) hombre

12) mujer

Edad: cuantificada en el número de años.

Década de edad: para facilitar el tratamiento estadístico, y posteriores estudios comparativos, las edades se agrupan en décadas.

- 57) 0 a 9 años
- 58) 10 a 19 años
- 59) 20 a 29 años
- 60) 30 a 39 años
- 61) 40 a 49 años
- 62) 50 a 59 años
- 63) 60 a 69 años
- 64) 70 a 79 años
- 65) 80 a 89 años
- 66) 90 a 99 años
- 67) casos en que no es conocida.

Estado Civil:

- 26) soltero
- 27) casado
- 28) viudo
- 29) separado o divorciado (se recogen conjuntamente por su baja presentación individual).
- 30) casos en que no llega a conocerse.

Profesión: no se ha encontrado una clasificación que se adapte de forma completa a la población objeto de estudio. Las cuatro primeras categorías se corresponden con la clasificación que utiliza el Xunta de Galicia. El resto se han incluido para poder recoger la mayoría de los casos. Sin embargo, es de reseñar la baja frecuencia con que este dato aparece en los expedientes judiciales, o la forma imprecisa de hacerlo, lo que limita grandemente su estudio. Se agrupan como.

- 46) agricultura
- 47) pesca
- 48) industria

- 49) construcción
- 50) servicios
- 51) situación de jubilación
- 52) sus labores
- 53) estudiante
- 54) ninguna específica o no ha podido conocerse.

Comunidad autónoma de origen: referida al lugar de nacimiento.

- 96) Madrid
- 97) Castilla- La Mancha
- 98) Extremadura
- 99) Andalucía
- 100) Murcia
- 101) Valencia
- 102) Cataluña
- 103) Aragón
- 104) Castilla- León
- 105) Navarra
- 106) La Rioja
- 107) País Vasco
- 108) Cantabria
- 109) Asturias
- 110) Galicia
- 111) Ceuta y Melilla
- 112) Canarias
- 113) procedencia no española
- 114) casos en que no ha quedado registrado.

Provincia gallega de origen: se agrupa en las cuatro existentes.

- 1) La Coruña
- 2) Lugo
- 13) Orense
- 14) Pontevedra.

Municipio de origen. Limitado al partido judicial de Cambados.

- 32) Cambados
- 33) San Martín de O Grove
- 34) Sanjengo
- 35) Meis
- 36) Meaño
- 37) Ribadumia

7.2.2. RELATIVAS A LOS HECHOS

Hora: la recogida en el expediente como de fallecimiento.

Intervalo horario: agrupación de horas para facilitar su estudio.

- 18) 0 a 7
- 19) 8 a 15
- 20) 16 a 23
- 21) no consta

Día de la semana:

- 34) lunes
- 35) martes
- 36) miércoles
- 37) jueves
- 38) viernes
- 39) sábado
- 40) domingo
- 41) no consta

Día del mes.

Mes:

- 54) enero
- 55) febrero

- 56) marzo
- 57) abril
- 58) mayo
- 59) junio
- 60) julio
- 61) agosto
- 62) septiembre
- 63) octubre
- 64) noviembre
- 65) diciembre
- 66) no consta

Año: abarcando la década objeto de estudio 1989-1998.

- 46) 1989
- 47) 1990
- 48) 1991
- 49) 1992
- 50) 1993
- 51) 1994
- 52) 1995
- 53) 1996
- 54) 1997
- 55) 1998
- 56) desconocido

Estación:

- 22) primavera
- 23) verano
- 24) otoño
- 25) invierno
- 26) no consta

Fase lunar:

- 26) cuarto menguante
- 27) luna nueva
- 28) cuarto creciente
- 29) luna llena
- 30) no consta

Carácter laboral: Queda deficientemente recogido en los expedientes, por lo que únicamente se han considerado como tales aquellos en que halla quedado acreditado de una manera suficiente.

- 16) laboral
- 17) no laboral
- 18) no consta

Lugar del fallecimiento: entendido como el sitio donde tiene ocure la muerte, independientemente de su eventual traslado.

- 36) vivienda (propia o ajena)
- 37) agua (mar, río, pozo)
- 38) local de trabajo
- 39) vía pública
- 40) campo o playa (caso de ahogamiento se recoge en el apartado 2)
- 41) centro sanitario (hospital, sanatorio, centro de salud, centro privado)
- 42) otros (sólo se especificaran en algunos tipos de muerte concreta, dada su baja presentación)

Lugar del levantamiento: realizado por la Comisión judicial o persona en quien delegue (con frecuencia el médico forense).

- 36) vivienda (propia o ajena)
- 37) agua
- 38) local de trabajo
- 39) vía pública
- 40) campo o playa
- 41) centro sanitario (hospital, sanatorio, centro de salud, centro privado)

- 42) otros (sólo se especificaran al estudiar tipos de muerte concreta, dado su baja presentación)

Patologías previas: quedan registradas de forma deficitaria, por lo que se agrupan en grandes apartados.

- 21) enfermedades físicas
- 22) enfermedades psíquicas
- 23) ambas
- 24) no se conocieron durante la investigación

Antecedentes de dependencia a sustancias de abuso: se estudian independientes del anterior por su interés intrínseco.

- 21) alcohol
- 22) drogas de abuso (excluyendo alcohol)
- 23) alcohol y drogas
- 24) no existieron o no se conocieron durante la investigación

7.2.3. ACTIVIDAD AUTOPSICA

Práctica de examen autópsico:

- 16) se realizó
- 17) no se realizó
- 18) no queda recogido

Lugar donde se realiza la autopsia:

- 17) Hospital Provincial de Pontevedra (servicio utilizado conjuntamente con el Departamento de Anatomía Patológica, por convenio llevado a cabo entre las delegaciones oficiales de Justicia y Sanidad)
- 18) Tanatorio
- 19) Depósito del cementerio
- 20) No consta

Forenses intervinientes: participantes durante los 10 años de la actividad necrópsica.

Realización de estudios complementarios: recogiendo aquí únicamente.

- 16) se realizan
- 17) no se realizan
- 18) no consta

Tipo de estudio:

- 26) anatomo-patológico
- 27) toxicológico
- 28) anatomo-patológico y toxicológico
- 29) otros (fundamentalmente incluyen biológicos o criminalísticos)
- 30) no consta la naturaleza del estudio

Resultados toxicológicos: de acuerdo con las sustancias detectadas

- 41) alcohol
- 42) drogas (excluyendo alcohol)
- 43) fármacos
- 44) alcohol y drogas
- 45) alcohol y fármacos
- 46) drogas y fármacos
- 47) resultado negativo
- 48) no consta el resultado

7.2.4. RELATIVAS A LA ETIOLOGÍA

Tipo de accidente (adaptado de la clasificación CIE-9-MC):

- 19) Accidente de vehículos a motor
- 20) Accidente de medio de transporte acuático
- 21) Accidente de vehículos no clasificados en otros
- 22) Intoxicación accidental
- 23) Precipitación

- 24) Caída
- 25) Sumersión
- 26) Electrocuición
- 27) Efecto del fuego y llamas
- 28) Accidente por maquinaria
- 29) Accidente por objeto que cae desde maquinaria
- 30) Golpe por animal
- 31) No consta

Accidentes por sumersión. Lugar.

- 1) Mar
- 2) Río
- 3) Pozo/Pilón
- 4) Otros
- 5) No consta

Accidentes por intoxicación. Tipo de tóxico de abuso:

- 1) Opiáceos
- 2) Cocaína
- 3) Alcohol
- 4) Opiáceos y cocaína
- 5) Otros
- 6) No consta

Accidentes por electrocuición:

Voltaje de la fuente

- 1) Bajo voltaje
- 2) Alto voltaje
- 3) No consta

Origen de la fuente:

- 1) Doméstica
- 2) Laboral
- 3) Otras

Accidentes de tráfico:

Lugar que ocupaba el fallecido:

- Conductor de turismo
- Ocupante en turismo
- Conductor de moto o motocicleta
- Ocupante en moto o motocicleta
- Conductor de tractor
- Ciclista
- Peatón
- Otro
- No consta

Mecanismo del accidente:

- Salida de la vía
- Colisión frontal
- Colisión lateral
- Colisión posterior
- Colisión no especificada de otra manera (NEOM)
- Atropello
- Vuelco
- Otro
- No consta

Estado de la calzada:

- Seca
- Mojada
- Hielo
- Nieve
- No consta

Vehículo que interviene en el atropello:

- Turismo/furgoneta
- Moto/motocicleta
- Camión/autobús

Bicicleta
Otros
No consta

Existencia de lesionados (independiente de los fallecimientos):

Si
No
No consta

Número de fallecidos:

Uno
Más de uno
No consta

Localización de las lesiones mortales:

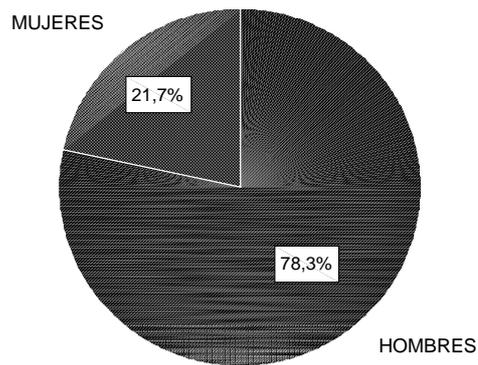
Cabeza
Cuello
Tórax
Abdomen-pelvis
Miembros superiores
Miembros inferior
Varios
No consta

7.3. RESULTADOS RELATIVOS A LA FILIACIÓN

7.3.1. *Sexo*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de sectores.

distribución por sexos

	Frecuencia	Porcentaje
hombres	126	78,3
mujeres	35	21,7
Total	161	100,0



7.3.2. *Edad*. Tamaño de la muestra. Medidas de centralización. Medidas de dispersión.

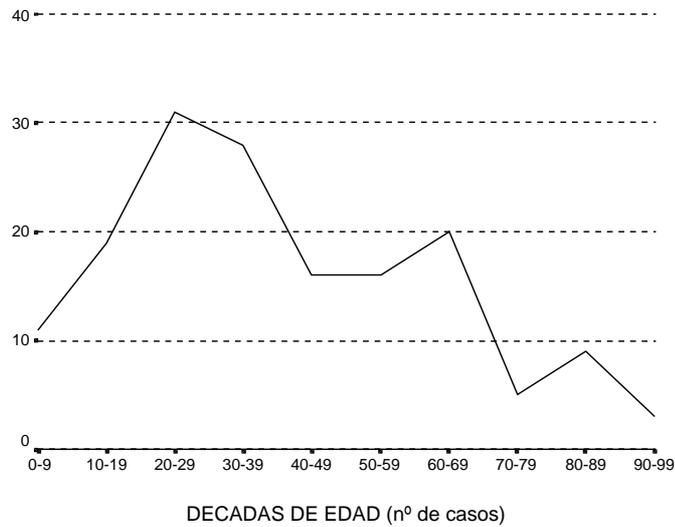
estadísticos de la variable edad

		EDAD
Nº de casos	conocida	157
	desconocida	4
Media		40,37
Mediana		37,00
Moda		27
Desv. típ.		22,79
Varianza		519,25
Asimetría		,408
		,194
Curtosis		-,727
		,385
Rango		93
Mínimo		1
Máximo		94

7.3.3. *Edad en décadas*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

edades agrupadas en décadas

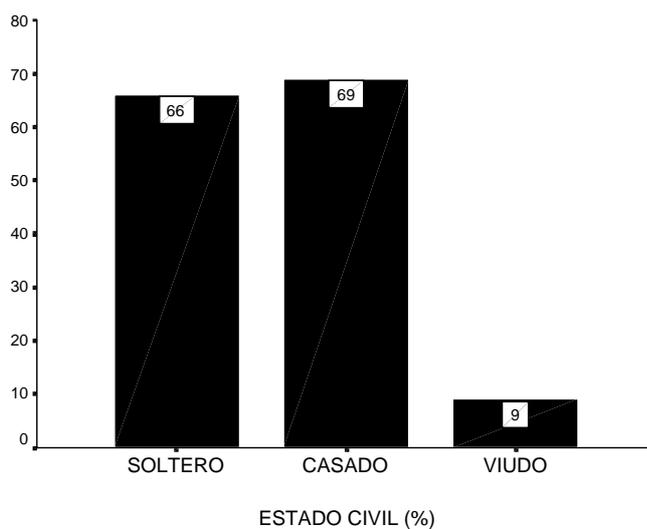
	Frecuencia	Porcentaje
0-9 años	11	6,8
10-19 años	19	11,8
20-29 años	31	19,3
30-39 años	28	17,4
40-49 años	16	9,9
50-59 años	16	9,9
60-69 años	20	12,4
70-79 años	5	3,1
80-89 años	9	5,6
90-99 años	3	1,9
no consta	3	1,9
Total	161	100,0
Total	161	100,0



7.3.4. *Estado Civil*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

estado civil

	Frecuencia	Porcentaje
soltero	66	41,0
casado	69	42,9
viudo	9	5,6
no consta	17	10,6
Total	161	100,0



7.3.5. *Profesión.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

ocupación profesional

	Frecuencia	Porcentaje
agricultura	3	1,9
pesca	15	9,3
industria	8	5,0
construcción	9	5,6
servicios	9	5,6
jubilado	5	3,1
sus labores	6	3,7
estudiante	2	1,2
otras	4	2,5
no consta	100	62,1
Total	161	100,0

7.3.6. *Comunidad autónoma de origen.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

procedencia autonómica

	Frecuencia	Porcentaje
Madrid	4	2,5
Andalucía	2	1,2
Castilla-León	1	,6
País Vasco	1	,6
Asturias	1	,6
Galicia	142	88,2
extranjero	7	4,3
no consta	3	1,9
Total	161	100,0

7.3.7. *Provincia gallega de origen.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

provincia gallega de origen

	Frecuencia	Porcentaje
La Coruña	4	2,8
Lugo	1	,7
Orense	4	2,8
Pontevedra	133	93,7
Total	142	100,0

7.3.8. *Municipio de origen* del Partido Judicial de Cambados. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

Juzgado de inscripción del nacimiento (partido judicial de Cambados)

	Frecuencia	Porcentaje
Cambados	24	25,5
San Martín o Grove	15	16,0
Sangenjo	22	23,4
Meis	11	11,7
Meaño	13	13,8
Ribadumia	9	9,6
Total	94	100,0

7.4. RESULTADOS RELATIVOS A LOS HECHOS

7.4.1. *Hora de fallecimiento*: Tamaño de la muestra. Medidas de centralización. Medidas de dispersión.

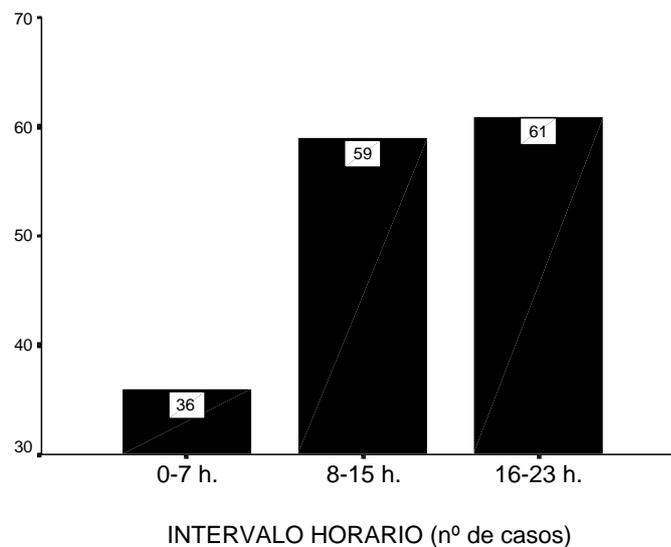
estadísticos de la variable hora

		HORA
Nº de casos	conocida	156
	desconocida	5
Media		13,0934
Moda (polimodal)		11, 14, 17
Mínimo		,00
Máximo		23,50

7.4.2. *Intervalo horario.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

intervalos horarios

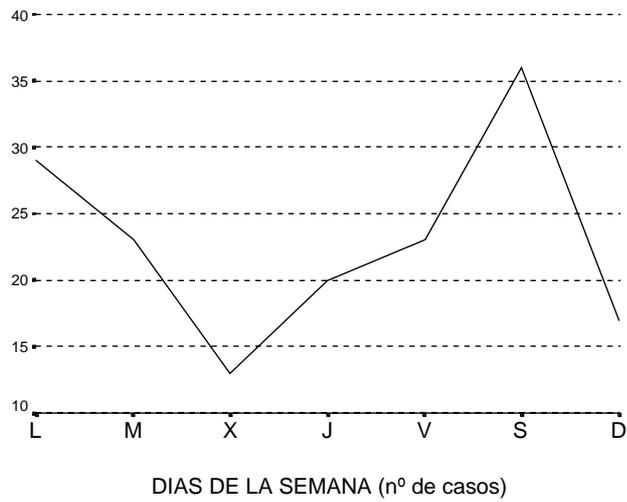
	Frecuencia	Porcentaje
0 a 7 horas	36	22,4
8 a 15 horas	59	36,6
16 a 23 horas	61	37,9
no consta	5	3,1
Total	161	100,0



7.4.3. *Día de la semana.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

días de la semana

	Frecuencia	Porcentaje
lunes	29	18,0
martes	23	14,3
miercoles	13	8,1
jueves	20	12,4
viernes	23	14,3
sábado	36	22,4
domingo	17	10,6
Total	161	100,0



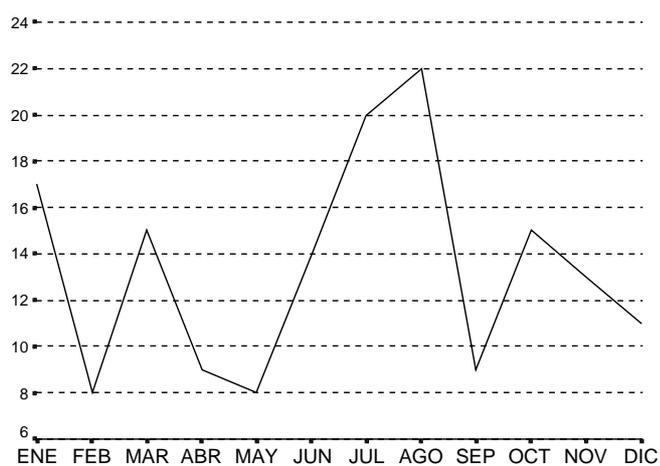
7.4.4. *Día del mes.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

día del mes		
	Frecuencia	Porcentaje
1	11	6,8
2	6	3,7
3	4	2,5
4	5	3,1
5	6	3,7
6	4	2,5
7	3	1,9
8	10	6,2
9	4	2,5
10	2	1,2
11	4	2,5
12	6	3,7
13	6	3,7
14	11	6,8
15	6	3,7
16	4	2,5
17	2	1,2
18	6	3,7
19	7	4,3
20	2	1,2
21	3	1,9
22	3	1,9
23	6	3,7
24	10	6,2
25	6	3,7
26	8	5,0
27	1	,6
28	3	1,9
29	5	3,1
30	7	4,3
Total	161	100,0

7.4.5. Mes. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

distribución mensual

	Frecuencia	Porcentaje
enero	17	10,6
febrero	8	5,0
marzo	15	9,3
abril	9	5,6
mayo	8	5,0
junio	14	8,7
julio	20	12,4
agosto	22	13,7
septiembre	9	5,6
octubre	15	9,3
noviembre	13	8,1
diciembre	11	6,8
Total	161	100,0

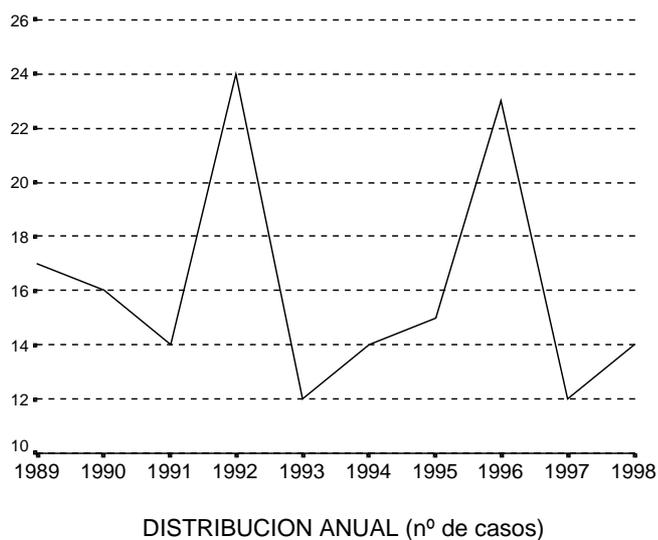


DISTRIBUCION MENSUAL (nº de casos)

7.4.6. Año. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

distribución anual

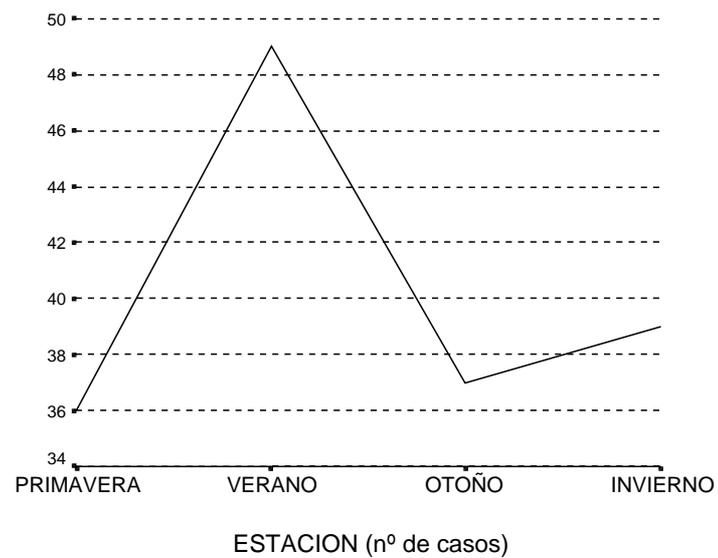
	Frecuencia	Porcentaje
1989	17	10,6
1990	16	9,9
1991	14	8,7
1992	24	14,9
1993	12	7,5
1994	14	8,7
1995	15	9,3
1996	23	14,3
1997	12	7,5
1998	14	8,7
Total	161	100,0



7.4.7. *Estación del año*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

distribución estacional

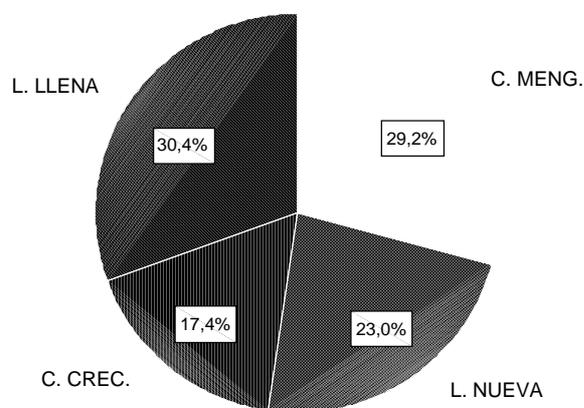
	Frecuencia	Porcentaje
primavera	36	22,4
verano	49	30,4
otoño	37	23,0
invierno	39	24,2
Total	161	100,0



7.4.8. *Fase lunar durante los hechos.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de sectores.

frecuencia según las fases lunares

	Frecuencia	Porcentaje
Cuarto menguante	47	29,2
Luna nueva	37	23,0
Cuarto creciente	28	17,4
Luna llena	49	30,4
Total	161	100,0
Total	161	100,0



7.4.9. *Carácter laboral de la muerte*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

carácter laboral		
	Frecuencia	Porcentaje
SI	22	13,7
NO, N/C	139	86,3
Total	161	100,0
Total	161	100,0

7.4.10. *Lugar del fallecimiento*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

lugar del fallecimiento

	Frecuencia	Porcentaje
vivienda	13	8,1
local de trabajo	12	7,5
agua	26	16,1
vía pública	101	62,7
campo/playa	3	1,9
centro sanitario	1	,6
otro	1	,6
no consta	4	2,5
Total	161	100,0

7.4.11. *Lugar del levantamiento de cadáver*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

lugar del levantamiento judicial

	Frecuencia	Porcentaje
vivienda	10	6,2
local de trabajo	5	3,1
agua	21	13,0
vía pública	16	9,9
campo/playa	1	,6
centro sanitario	100	62,1
otro	4	2,5
no consta	4	2,5
Total	161	100,0

7.4.12. *Existencia de patologías previas*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

antecedentes de enfermedad

	Frecuencia	Porcentaje
enfermedad física	13	8,1
enfermedad psíquica	3	1,9
enf. física y psíquica	1	,6
no/ no consta	144	89,4
Total	161	100,0

7.4.13. *Antecedente de dependencia a sustancias de abuso.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

antecedentes de dependencia a sustancias de abuso

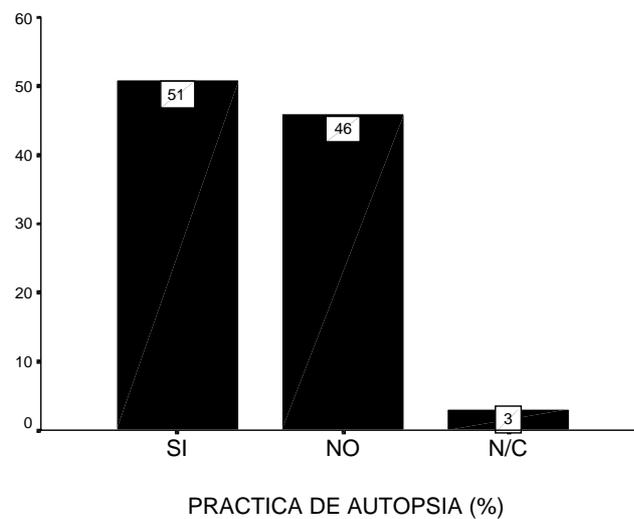
	Frecuencia	Porcentaje
alcohol	4	2,5
drogas	4	2,5
no/ no consta	153	95,0
Total	161	100,0

7.5. ACTIVIDAD AUTOPSICA

7.5.1. *Práctica de autopsia.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

práctica de autopsia

	Frecuencia	Porcentaje
autopsiados	82	50,9
no autopsiados	74	46,0
no consta	5	3,1
Total	161	100,0



7.5.2. *Realización de estudios complementarios.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

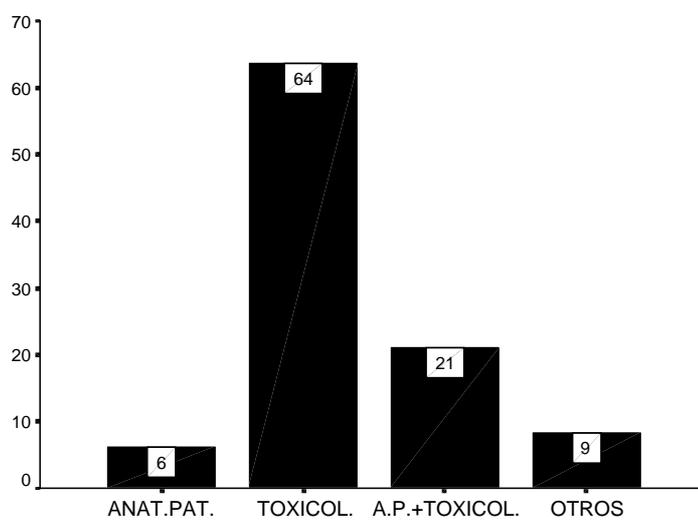
realización de pruebas complementarias

	Frecuencia	Porcentaje
SI	47	29,2
NO	109	67,7
NO CONSTA	5	3,1
Total	161	100,0

7.5.3. *Tipo de estudios complementarios practicados.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

naturaleza de las pruebas

	Frecuencia	Porcentaje
Anato. Patol.	3	6,4
Toxicológicas	30	63,8
Anato.Pat.+Toxi.	10	21,3
Otras	4	8,5
Total	47	100,0

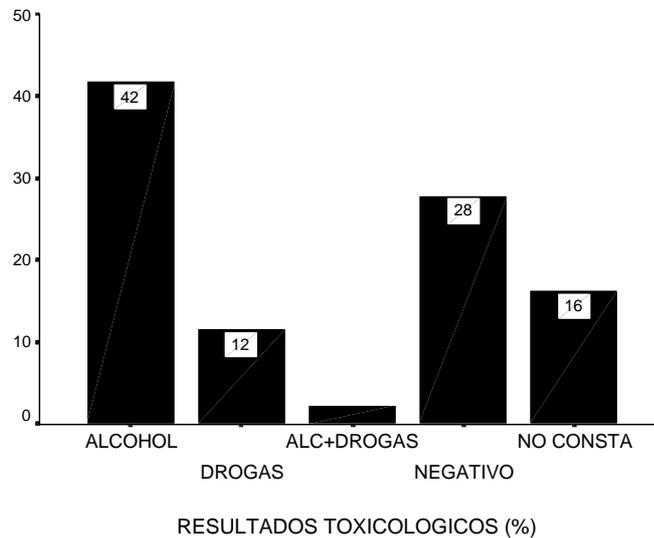


PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (%)

7.5.4. *Resultados toxicológicos.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

resultado de los análisis toxicológicos

	Frecuencia	Porcentaje
alcohol	18	41,9
drogas	5	11,6
alcohol+drogas	1	2,3
negativo	12	27,9
no consta	7	16,3
Total	43	100,0

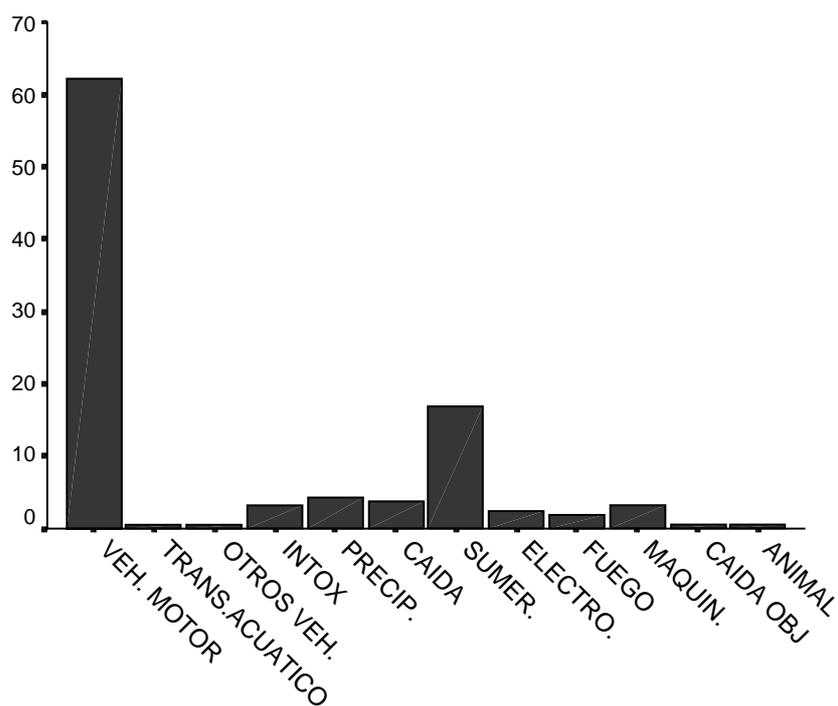


7.6. RELATIVOS A LA ETIOLOGÍA

7.6.1. *Tipo de accidente.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Según la clasificación CIE-9-MC adaptada. Representación gráfica en diagrama de barras.

tipo de accidente

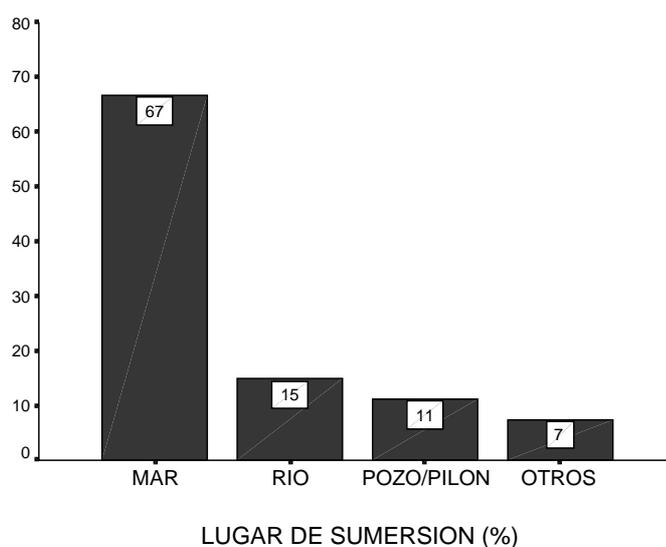
	Frecuencia	Porcentaje
vehículos a motor	100	62,1
vehículos de transporte acuático	1	0,6
vehículos NEOM	1	0,6
intoxicación	5	3,1
precipitación	7	4,3
caída	6	3,7
sumersión	27	16,8
electrocución	4	2,5
fuego y llamas	3	1,9
maquinaria	5	3,1
objeto que cae desde maquinaria	1	0,6
golpe por animal	1	0,6
Total	161	100,0



7.6..2. *Accidentes por sumersión. Tipo.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

lugar de la sumersión

	Frecuencia	Porcentaje
mar	18	66,7
río	4	14,8
pozo/pilón	3	11,1
otros	2	7,4
Total	27	100,0



7.6.3. *Accidente por intoxicación. Tipo de tóxico de abuso.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

tóxico de abuso		
	Frecuencia	Porcentaje
opiáceos	3	60,0
opiáceos y cocaína	2	40,0
Total	5	100,0

7.6.4. *Accidente por electrocución. Voltaje.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

voltaje de la fuente

	Frecuencia	Porcentaje
alto voltaje	1	25,0
no consta	3	75,0
Total	4	100,0

7.6.5. *Accidente por electrocución. Origen de la fuente.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

origen de la fuente

	Frecuencia	Porcentaje
doméstica	1	25,0
laboral	3	75,0
Total	4	100,0

7.7. RELACIONES BIFACTORIALES

7.7.1. CON EL SEXO

Sexo – edad. Medidas de centralización y dispersión.

Valor medio (media estadística):

Hombres: 38,75 años

Mujeres: 46,03 años

Valor más frecuente de edad (moda estadística)

Hombres: polimodal (17, 27, 35 años)

Mujeres: polimodal (62, 69, 73, 80, 85 años)

Edades mayor y menor (rango estadístico)

Hombres: 1 - 91 años

Mujeres: 1 - 94 años

Sexo – intervalo horario. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia sexo-intervalo horario

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
0 a 7 horas	30 23,8%	6 17,1%	36 22,4%
8 a 15 horas	45 35,7%	14 40,0%	59 36,6%
16 a 23 horas	48 38,1%	13 37,1%	61 37,9%
no consta	3 2,4%	2 5,7%	5 3,1%
Total	126 100,0%	35 100,0%	161 100,0%

Sexo – década de edad. Tabla de contingencia.

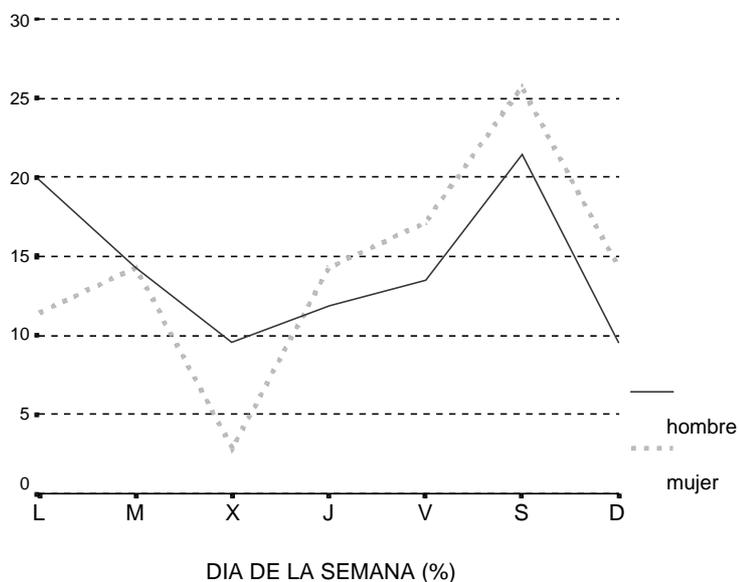
tabla de contingencia sexo-década de edad

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
0 a 9 años	7 5,6%	4 11,4%	11 6,8%
10 a 19 años	14 11,1%	5 14,3%	19 11,8%
20 a 29 años	26 20,6%	5 14,3%	31 19,3%
30 a 39 años	25 19,8%	3 8,6%	28 17,4%
40 a 49 años	14 11,1%	2 5,7%	16 9,9%
50 a 59 años	14 11,1%	2 5,7%	16 9,9%
60 a 69 años	16 12,7%	4 11,4%	20 12,4%
70 a 79 años	3 2,4%	2 5,7%	5 3,1%
80 a 89 años	3 2,4%	6 17,1%	9 5,6%
90 a 99 años	1 ,8%	2 5,7%	3 1,9%
no consta	3 2,4%		3 1,9%
Total	126 100,0%	35 100,0%	161 100,0%

Sexo – día de la semana. Tabla de contingencia. Estadísticos. Gráfico de línea.

tabla de contingencia sexo-día de la semana

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
lunes	25 19,8%	4 11,4%	29 18,0%
martes	18 14,3%	5 14,3%	23 14,3%
miércoles	12 9,5%	1 2,9%	13 8,1%
jueves	15 11,9%	5 14,3%	20 12,4%
viernes	17 13,5%	6 17,1%	23 14,3%
sábado	27 21,4%	9 25,7%	36 22,4%
domingo	12 9,5%	5 14,3%	17 10,6%
Total	126 100,0%	35 100,0%	161 100,0%



Sexo – Estación. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia sexo-estación del año

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
primavera	27 21,4%	9 25,7%	36 22,4%
verano	38 30,2%	11 31,4%	49 30,4%
otoño	26 20,6%	11 31,4%	37 23,0%
invierno	35 27,8%	4 11,4%	39 24,2%
Total	126 100,0%	35 100,0%	161 100,0%

7.7.2. CON EL ESTADO CIVIL

Estado civil – Mecanismo accidental. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia estado civil-tipo de accidente

	ESTADO CIVIL				Total
	soltero	casado	viudo	n/c	
veh. a motor	44	44	3	9	100
	66,7%	63,8%	33,3%	52,9%	62,1%
medio de transporte acuático		1			1
		1,4%			,6%
vehículos NEOM				1	1
				5,9%	,6%
intoxicación	2			3	5
	3,0%			17,6%	3,1%
precipitación	2	5			7
	3,0%	7,2%			4,3%
caída		2	2	2	6
		2,9%	22,2%	11,8%	3,7%
sumersión	13	10	2	2	27
	19,7%	14,5%	22,2%	11,8%	16,8%
electrocución	1	3			4
	1,5%	4,3%			2,5%
fuego y llamas	1		2		3
	1,5%		22,2%		1,9%
maquinaria	3	2			5
	4,5%	2,9%			3,1%
objeto caído desde maquinaria		1			1
		1,4%			,6%
golpe por animal		1			1
		1,4%			,6%
Total	66	69	9	17	161
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Estado civil – Sexo. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia estado civil-sexo

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
soltero	52 41,3%	14 40,0%	66 41,0%
casado	54 42,9%	15 42,9%	69 42,9%
viudo	5 4,0%	4 11,4%	9 5,6%
no consta	15 11,9%	2 5,7%	17 10,6%
Total	126 100,0%	35 100,0%	161 100,0%

7.7.3. CON EL MUNICIPIO DE ORIGEN

Municipio de origen – Tipo de accidente. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia juzgado de origen (partido de Cambados)-tipo accidente

	PARROQUIA						Total
	Cambados	San. M. Grove	Sange njo	Meis	Meaño	Ribadumia	
veh. motor	14	8	9	8	9	5	53
	58,3%	53,3%	40,9%	72,7%	69,2%	55,6%	56,4%
trans. acuatico	1						1
	4,2%						1,1%
intoxicación	1				2		3
	4,2%				15,4%		3,2%
precipitación	1	2	2	1			6
	4,2%	13,3%	9,1%	9,1%			6,4%
caída		1	2		1		4
		6,7%	9,1%		7,7%		4,3%
sumersión	5	4	5		1	1	16
	20,8%	26,7%	22,7%		7,7%	11,1%	17,0%
electrocución			1	1		1	3
			4,5%	9,1%		11,1%	3,2%
fuego/llamas	1					1	2
	4,2%					11,1%	2,1%
maquinaria	1		2			1	4
	4,2%		9,1%			11,1%	4,3%
objeto maquinaria			1				1
			4,5%				1,1%
golpe de animal				1			1
				9,1%			1,1%
Total	24	15	22	11	13	9	94
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

7.7.4. CON LA DECADA DE EDAD

Década de edad – Intervalo horario. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia década de edad-intervalo horario

	INTERVALO HORARIO				Total
	0-7 h.	8-15 h.	16-23 h.	n/c	
0 a 9 años	3 27,3%	5 45,5%	2 18,2%	1 9,1%	11 100,0%
10 a 19 años	4 21,1%	4 21,1%	11 57,9%		19 100,0%
20 a 29 años	10 32,3%	12 38,7%	8 25,8%	1 3,2%	31 100,0%
30 a 39 años	7 25,0%	10 35,7%	9 32,1%	2 7,1%	28 100,0%
40 a 49 años	4 25,0%	6 37,5%	6 37,5%		16 100,0%
50 a 59 años	1 6,3%	6 37,5%	9 56,3%		16 100,0%
60 a 69 años	4 20,0%	8 40,0%	8 40,0%		20 100,0%
70 a 79 años	1 20,0%	3 60,0%	1 20,0%		5 100,0%
80 a 89 años		3 33,3%	6 66,7%		9 100,0%
90 a 99 años		1 33,3%	1 33,3%	1 33,3%	3 100,0%
no consta	2 66,7%	1 33,3%			3 100,0%
Total	36 22,4%	59 36,6%	61 37,9%	5 3,1%	161 100,0%

7.7.5. CON LA FASE LUNAR

Fase lunar – Tipo de accidente. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia fase lunar-tipo de accidente

	FASE LUNAR				Total
	Cuar. Meng.	Luna Nueva	Cuarto Crec.	Luna Llena	
veh. motor	23 23,0%	24 24,0%	18 18,0%	35 35,0%	100 100,0%
trans. acuatico			1 100%		1 100,0%
vehículo NEOM	1 100%				1 100,0%
intoxicación	1 20,0%	1 20,0%		3 60,0%	5 100,0%
precipitación	1 14,3%	2 28,6%	3 42,9%	1 14,3%	7 100,0%
caída	2 33,3%	2 33,3%		2 33,3%	6 100,0%
sumersión	13 48,1%	5 18,5%	2 7,4%	7 25,9%	27 100,0%
electrocución	1 25,0%	3 75,0%			4 100,0%
fuego y llamas	1 33,3%		2 66,7%		3 100,0%
maquinaria	4 80,0%		1 20,0%		5 100,0%
objeto desde maquinaria			1 100%		1 100,0%
golpe de animal				1 100,0%	1 100,0%
Total	47 29,2%	37 23,0%	28 17,4%	49 30,4%	161 100,0%

7.7.6. CON LOS RESULTADOS TOXICOLOGICOS

Resultado toxicológico – Tipo de accidente. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia resultados toxicológicos-tipo de accidente

	RESULTADOS TOXICOLOGICOS					Total
	ALCO HOL	DROG AS	ALC.+ DRO.	NEGA TIVOS	N/C	
veh. motor	10		1	5	3	19
	52,6%		5,3%	26,3%	15,8%	100%
veh. NEOM	1					1
	100%					100%
intox.		5				5
		100%				100%
precip.	1			1	1	3
	33,3%			33,3%	33,3%	100%
sumersión	5			4	2	11
	45,5%			36,4%	18,2%	100%
electroc.	1			1		2
	50,0%			50,0%		100%
fuego				1	1	2
				50,0%	50,0%	100%
Total	18	5	1	12	7	43
	41,9%	11,6%	2,3%	27,9%	16,3%	100%

7.7.7. CON PATOLOGÍAS PREVIAS

Patologías previas - Tipo de accidente. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia enfermedad previa-tipo de accidente

	ENFERMEDAD PREVIA				Total
	física	psíquica	fís+psí.	no/n.c.	
veh. motor	4			96	100
	4,0%			96,0%	100,0%
trans. acuatico				1	1
				100,0%	100,0%
veh. NEOM				1	1
				100,0%	100,0%
intoxicación	3			2	5
	60,0%			40,0%	100,0%
precipit.		1		6	7
		14,3%		85,7%	100,0%
caída	1	2		3	6
	16,7%	33,3%		50,0%	100,0%
sumersión	4		1	22	27
	14,8%		3,7%	81,5%	100,0%
electroc.				4	4
				100,0%	100,0%
fuego	1			2	3
	33,3%			66,7%	100,0%
maquinaria				5	5
				100,0%	100,0%
objeto desde maquinaria				1	1
				100,0%	100,0%
golpe de animal				1	1
				100,0%	100,0%
Total	13	3	1	144	161
	8,1%	1,9%	,6%	89,4%	100,0%

7.7.8. CON EL TIPO DE ACCIDENTE

Tipo de accidente - Sexo. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia tipo de accidente-sexo

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
veh. motor	83	17	100
	65,9%	48,6%	62,1%
trans. acuatico	1		1
	,8%		,6%
veh. NEOM	1		1
	,8%		,6%
intoxicación	4	1	5
	3,2%	2,9%	3,1%
precipit.	4	3	7
	3,2%	8,6%	4,3%
caída	2	4	6
	1,6%	11,4%	3,7%
sumersión	21	6	27
	16,7%	17,1%	16,8%
electroc.	4		4
	3,2%		2,5%
fuego		3	3
		8,6%	1,9%
maquinaria	4	1	5
	3,2%	2,9%	3,1%
objeto desde maquinaria	1		1
	,8%		,6%
golpe de animal	1		1
	,8%		,6%
Total	126	35	161
	100,0%	100,0%	100,0%

Tipo de accidente – década de edad. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia tipo de accidente-década de edad

	DECADA											Total
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	n/c	
veh motor	8	14	20	16	13	8	11	2	4	1	3	100
	72,7%	73,7%	64,5%	57,1%	81,3%	50,0%	55,0%	40,0%	44,4%	33,3%	100%	62,1%
trans. acuatico					1							1
					6,3%							,6%
veh. NEOM				1								1
				3,6%								,6%
intoxi.			3	2								5
			9,7%	7,1%								3,1%
precip.			1		1	2	1		2			7
			3,2%		6,3%	12,5%	5,0%		22,2%			4,3%
caída				1		1	1	1		2		6
				3,6%		6,3%	5,0%	20,0%		66,7%		3,7%
sumer.	2	4	5	4	1	3	6	1	1			27
	18,2%	21,1%	16,1%	14,3%	6,3%	18,8%	30,0%	20,0%	11,1%			16,8%
electroc.			2	1			1					4
			6,5%	3,6%			5,0%					2,5%
fuego	1							1	1			3
	9,1%							20,0%	11,1%			1,9%
maquinaria		1		2		2						5
		5,3%		7,1%		12,5%						3,1%
obj. desde maquinaria				1								1
				3,6%								,6%
golpe de animal									1			1
									11,1%			,6%
Total	11	19	31	28	16	16	20	5	9	3	3	161
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tipo de accidente – Intervalo horario. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia tipo de accidente-intervalo horario

	INTERVALO HORARIO				Total
	0-7 h.	8-15 h.	16-23 h.	n.c.	
veh. motor	28 77,8%	36 61,0%	35 57,4%	1 20,0%	100 62,1%
trans. acuatico	1 2,8%				1 ,6%
veh. NEOM			1 1,6%		1 ,6%
intoxicación	1 2,8%	2 3,4%	1 1,6%	1 20,0%	5 3,1%
precipit.	1 2,8%	3 5,1%	3 4,9%		7 4,3%
caída		3 5,1%	1 1,6%	2 40,0%	6 3,7%
sumersión	3 8,3%	11 18,6%	12 19,7%	1 20,0%	27 16,8%
electrocución			4 6,6%		4 2,5%
fuego	1 2,8%	2 3,4%			3 1,9%
maquinaria	1 2,8%	1 1,7%	3 4,9%		5 3,1%
obj. desde maquinaria		1 1,7%			1 ,6%
golpe por animal			1 1,6%		1 ,6%
Total	36 100,0%	59 100,0%	61 100,0%	5 100,0%	161 100,0%

Tipo de accidente– Día de la semana. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia tipo de accidente-día de la semana

	DIA DE LA SEMANA							Total
	L	M	X	J	V	S	D	
veh. motor	19	16	9	10	12	25	9	100
	65,5%	69,6%	69,2%	50,0%	52,2%	69,4%	52,9%	62,1%
trans. acuatico	1							1
	3,4%							,6%
veh. NEOM						1		1
						2,8%		,6%
intoxicación			1	1	1	1	1	5
			7,7%	5,0%	4,3%	2,8%	5,9%	3,1%
precipit.	2	1			2		2	7
	6,9%	4,3%			8,7%		11,8%	4,3%
caída		1		3	2			6
		4,3%		15,0%	8,7%			3,7%
sumersión	4	4	3	3	4	5	4	27
	13,8%	17,4%	23,1%	15,0%	17,4%	13,9%	23,5%	16,8%
electrocuc.	1			2		1		4
	3,4%			10,0%		2,8%		2,5%
fuego					2		1	3
					8,7%		5,9%	1,9%
maquinaria	2	1				2		5
	6,9%	4,3%				5,6%		3,1%
obj. desde maquinaria				1				1
				5,0%				,6%
golpe por animal						1		1
						2,8%		,6%
Total	29	23	13	20	23	36	17	161
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tipo de accidente – Estación. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia tipo de accidente-estación del año

	ESTACION				Total
	PRIM.	VER.	OTOÑO	INV.	
veh. motor	23	29	21	27	100
	23,0%	29,0%	21,0%	27,0%	100,0%
trans. acuatico			1		1
			100,0%		100,0%
veh. NEOM	1				1
	100,0%				100,0%
intoxicación	2	1	1	1	5
	40,0%	20,0%	20,0%	20,0%	100,0%
precipit. caída	2	1	2	2	7
	28,6%	14,3%	28,6%	28,6%	100,0%
caída	1	1	1	3	6
	16,7%	16,7%	16,7%	50,0%	100,0%
sumersión	3	13	8	3	27
	11,1%	48,1%	29,6%	11,1%	100,0%
electrocución	1	1	2		4
	25,0%	25,0%	50,0%		100,0%
fuego	2	1			3
	66,7%	33,3%			100,0%
maquinaria		2		3	5
		40,0%		60,0%	100,0%
obj. desde maquinaria			1		1
			100,0%		100,0%
golpe por animal	1				1
	100,0%				100,0%
Total	36	49	37	39	161
	22,4%	30,4%	23,0%	24,2%	100,0%

8. MUERTES VIOLENTAS POR ACCIDENTES DE TRAFICO

8.1. INTRODUCCIÓN

Se justifica su análisis individual respecto al conjunto de muertes violentas accidentales, por su elevado número de presentación, en ésta y otras poblaciones, y el interés preventivo que este tipo de muertes suscita.

No se describe previamente las variables analizadas, pues quedaron recogidas en el capítulo de las muertes violentas accidentales.

En su tipificación se han tenido en cuenta otras de estudios semejantes, que facilitan al tiempo los estudios comparativos.

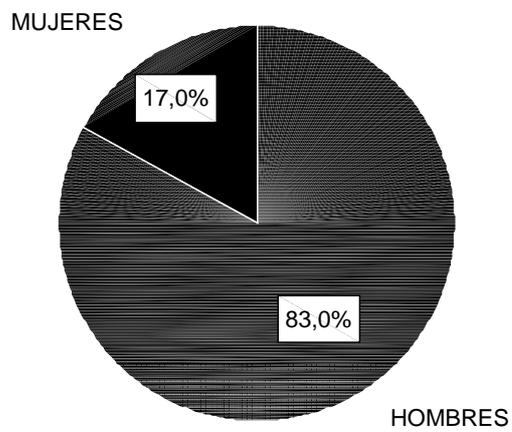
La clasificación del lugar que ocupaba el fallecido se ha adaptado de la recogida en la CIE-9-MC, en las subdivisiones para el cuarto dígito de la categorías E810 a E819.

8.2. RESULTADOS RELATIVOS A LA FILIACIÓN

8.2.1. *Sexo*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de sectores.

distribución por sexos

	Frecuencia	Porcentaje
hombres	83	83,0
mujeres	17	17,0
Total	100	100,0



8.2.2. *Edad.* Tamaño de la muestra. Medidas de centralización. Medidas de dispersión.

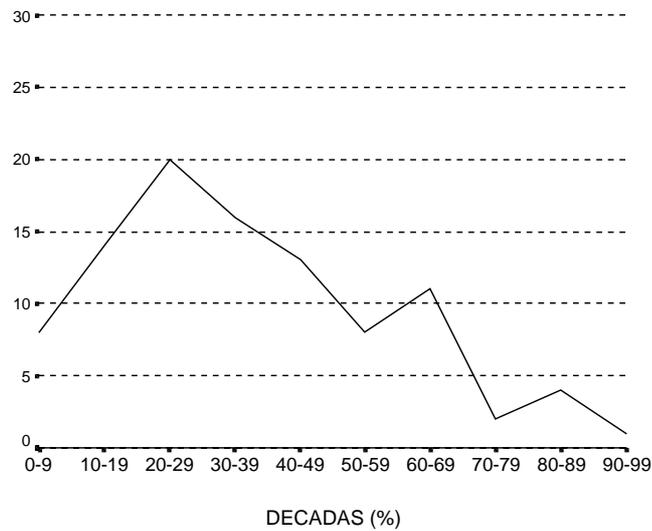
estadísticos de la variable edad

		EDAD
Nº de casos	conocida	97
	desconocida	3
Media		37,18
Mediana		32,00
Moda		17
Desv. típ.		21,75
Asimetría		,545
		,245
Curtosis		-,492
		,485
Rango		90
Mínimo		1
Máximo		91

8.2.3. *Edad en décadas*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

edades agrupadas en décadas

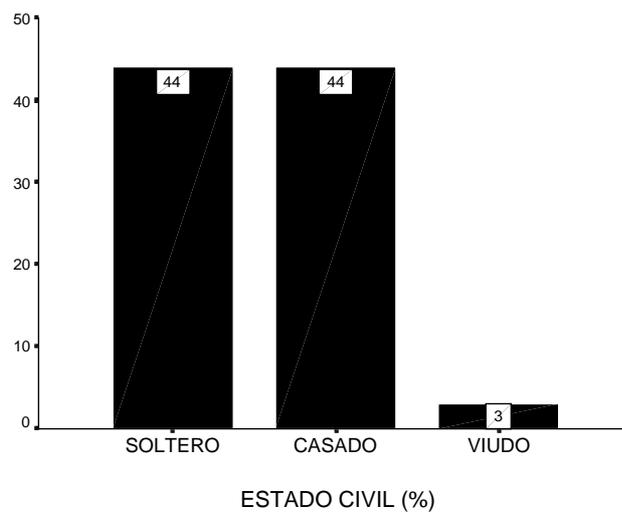
	Frecuencia	Porcentaje
0-9 años	8	8,0
10-19 años	14	14,0
20-29 años	20	20,0
30-39 años	16	16,0
40-49 años	13	13,0
50-59 años	8	8,0
60-69 años	11	11,0
70-79 años	2	2,0
80-89 años	4	4,0
90-99 años	1	1,0
no consta	3	3,0
Total	100	100,0



8.2.4. *Estado Civil*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

estado civil

	Frecuencia	Porcentaje
soltero	44	44,0
casado	44	44,0
viudo	3	3,0
no conta	9	9,0
Total	100	100,0



8.2.5. *Profesión.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

ocupación profesional

	Frecuencia	Porcentaje
agricultura	1	1,0
pesca	7	7,0
industria	3	3,0
construcción	6	6,0
servicios	4	4,0
jubilado	1	1,0
sus labores	3	3,0
estudiante	2	2,0
otras	2	2,0
no consta	71	71,0
Total	100	100,0

8.2.6. *Comunidad autónoma de origen.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

procedencia autonómica

	Frecuencia	Porcentaje
Madrid	1	1,0
Andalucía	2	2,0
Castilla-León	1	1,0
País Vasco	1	1,0
Asturias	1	1,0
Galicia	86	86,0
extranjero	6	6,0
no consta	2	2,0
Total	100	100,0

8.2.7. *Provincia gallega de origen.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

provincia gallega de origen

	Frecuencia	Porcentaje
La Coruña	2	2,3
Lugo	1	1,2
Orense	4	4,7
Pontevedra	79	91,9
Total	86	100,0

8.2.8. *Municipio de origen del Partido Judicial de Cambados.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

Juzgado de inscripción del nacimiento (partido judicial de Cambados)

	Frecuencia	Porcentaje
Cambados	14	26,4
San Martín O Grove	8	15,1
Sangenjo	9	17,0
Meis	8	15,1
Meaño	9	17,0
Ribadumia	5	9,4
Total	53	100,0

8.3. RESULTADOS RELATIVOS A LOS HECHOS

8.3.1. *Hora de fallecimiento:* Tamaño de la muestra. Medidas de centralización. Medidas de dispersión.

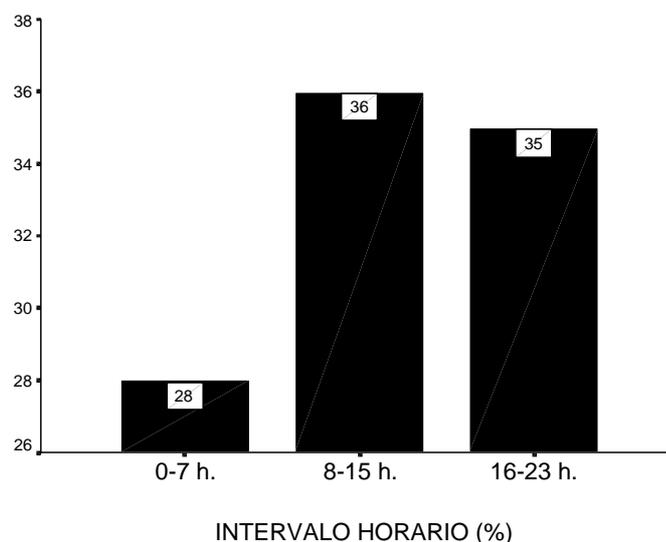
estadísticos de la variable hora

		HORA
Nº de casos	conocida	99
	desconocida	1
Media		12,6633
Mediana		12,1500
Moda		12,00
Mínimo		,10
Máximo		23,50

8.3.2. *Intervalo horario.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

intervalos horarios

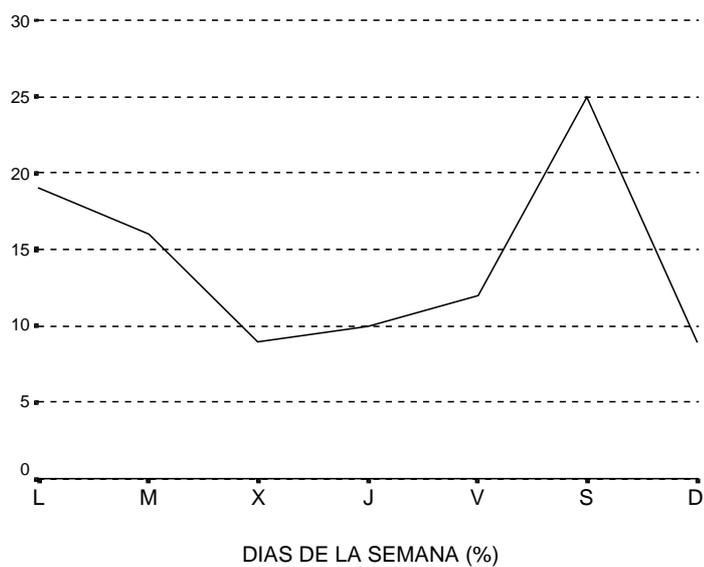
	Frecuencia	Porcentaje
0 a 7 horas	28	28,0
8 a 15 horas	36	36,0
16 a 23 horas	35	35,0
no consta	1	1,0
Total	100	100,0



8.3.3. *Día de la semana.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

días de la semana

	Frecuencia	Porcentaje
lunes	19	19,0
martes	16	16,0
miércoles	9	9,0
jueves	10	10,0
viernes	12	12,0
sábado	25	25,0
domingo	9	9,0
Total	100	100,0



8.3.4. *Día del mes.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

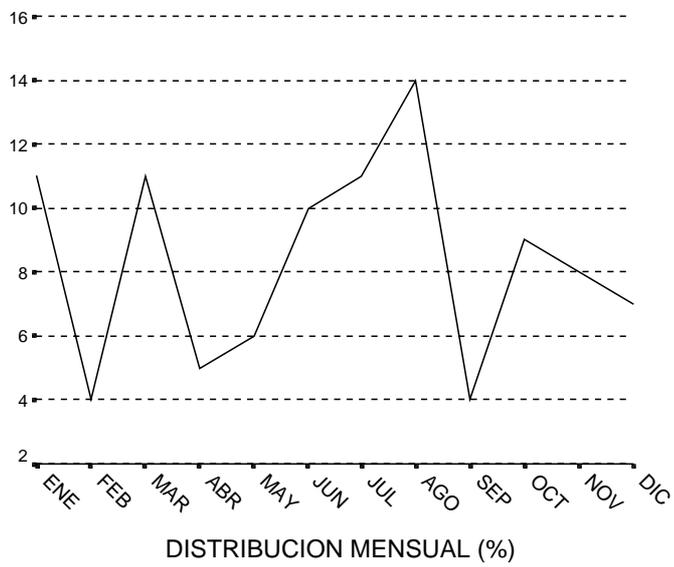
día del mes

	Frecuencia	Porcentaje
1	8	8,0
2	2	2,0
3	3	3,0
4	3	3,0
5	4	4,0
6	2	2,0
7	1	1,0
8	9	9,0
9	2	2,0
10	1	1,0
11	3	3,0
12	3	3,0
13	6	6,0
14	8	8,0
15	4	4,0
16	2	2,0
17	2	2,0
18	4	4,0
19	3	3,0
20	2	2,0
21	2	2,0
22	2	2,0
23	3	3,0
24	5	5,0
25	2	2,0
26	4	4,0
28	3	3,0
29	4	4,0
30	3	3,0
Total	100	100,0

8.3.5. *Mes*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

distribución mensual

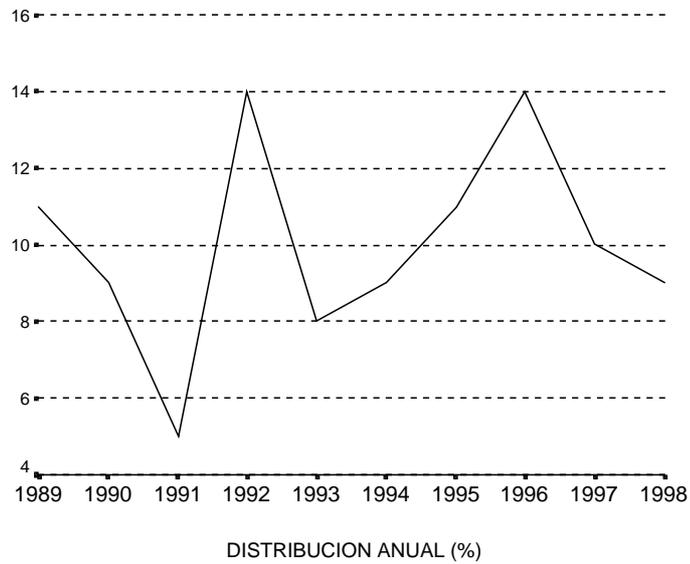
	Frecuencia	Porcentaje
enero	11	11,0
febrero	4	4,0
marzo	11	11,0
abril	5	5,0
mayo	6	6,0
junio	10	10,0
julio	11	11,0
agosto	14	14,0
septiembre	4	4,0
octubre	9	9,0
noviembre	8	8,0
diciembre	7	7,0
Total	100	100,0



8.3.6. Año. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

distribución anual

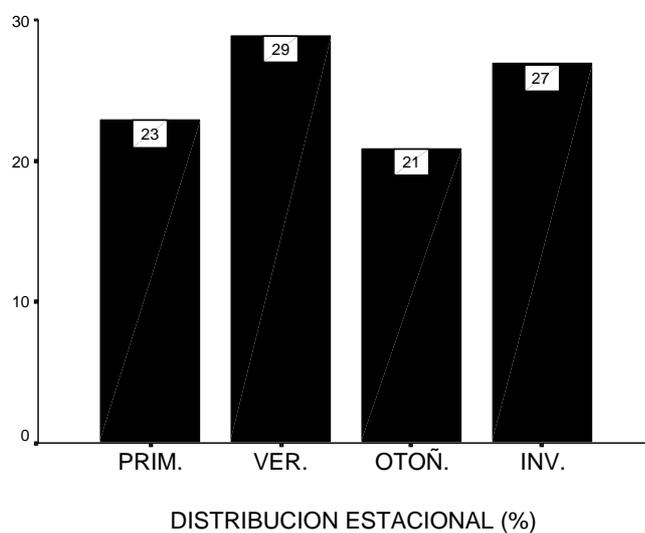
	Frecuencia	Porcentaje
1989	11	11,0
1990	9	9,0
1991	5	5,0
1992	14	14,0
1993	8	8,0
1994	9	9,0
1995	11	11,0
1996	14	14,0
1997	10	10,0
1998	9	9,0
Total	100	100,0



8.3.7. *Estación del año.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

distribución estacional

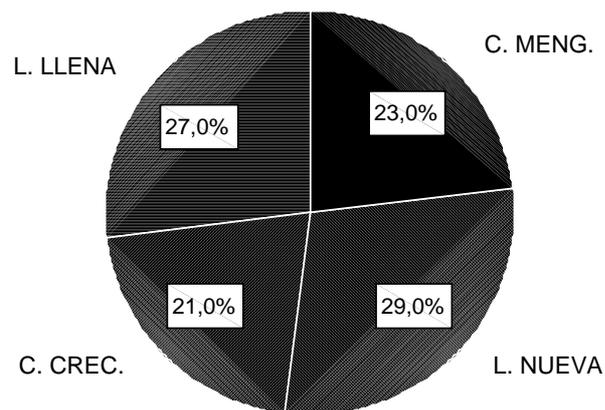
	Frecuencia	Porcentaje
primavera	23	23,0
verano	29	29,0
otoño	21	21,0
invierno	27	27,0
Total	100	100,0



8.3.8. *Fase lunar durante los hechos.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de sectores.

frecuencia según las fases lunares

	Frecuencia	Porcentaje
Cuarto menguante	23	23,0
Luna nueva	29	29,0
Cuarto creciente	21	21,0
Luna llena	27	27,0
Total	100	100,0



8.3.9. *Carácter laboral de la muerte*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

carácter laboral

	Frecuencia	Porcentaje
SI	2	2,0
NO, N/C	98	98,0
Total	100	100,0

8.3.10. *Lugar del fallecimiento*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

lugar del fallecimiento

	Frecuencia	Porcentaje
local de trabajo	1	1,0
agua	1	1,0
vía pública	97	97,0
no consta	1	1,0
Total	100	100,0

8.3.11. *Lugar del levantamiento de cadáver.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

lugar del levantamiento judicial		
	Frecuencia	Porcentaje
vivienda	2	2,0
agua	1	1,0
vía pública	15	15,0
centro sanitario	78	78,0
no consta	4	4,0
Total	100	100,0

8.3.12. *Existencia de patologías previas.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

antecedentes de enfermedad		
	Frecuencia	Porcentaje
física	4	4,0
no, no consta	96	96,0
Total	100	100,0

8.3.13. *Antecedente de dependencia a sustancias de abuso.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

antecedentes de dependencia a sustancias de abuso

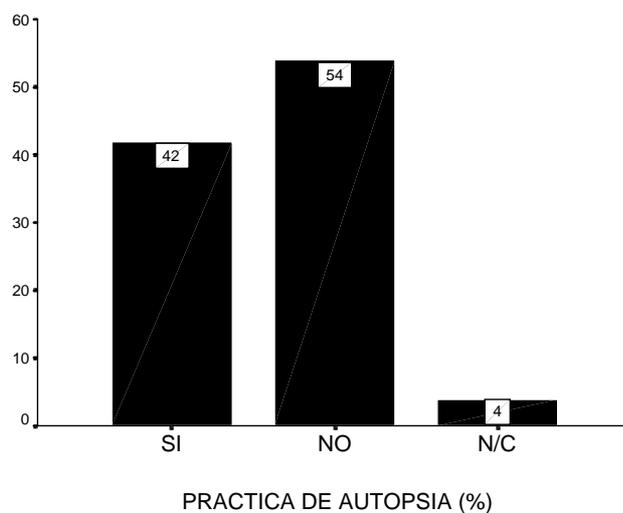
	Frecuencia	Porcentaje
No o no consta	100	100,0
Total	100	100,0

8.4. ACTIVIDAD AUTOPSICA

8.4.1. *Práctica de autopsia.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

práctica de autopsia

	Frecuencia	Porcentaje
autopsiados	42	42,0
no autopsiados	54	54,0
no consta	4	4,0
Total	100	100,0



8.4.2. *Realización de estudios complementarios.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

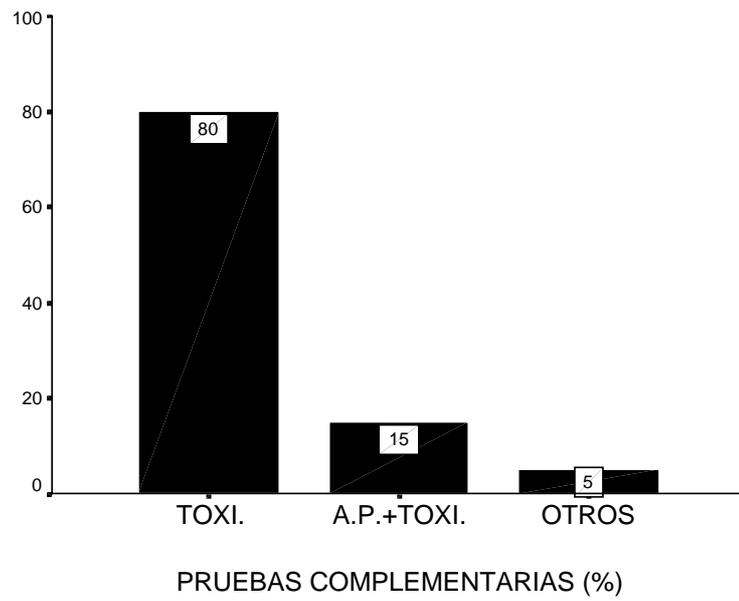
realización de pruebas complementarias

	Frecuencia	Porcentaje
SI	20	20,0
NO	76	76,0
NO CONSTA	4	4,0
Total	100	100,0

8.4.3. *Tipo de estudios complementarios practicados.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

naturaleza de las pruebas

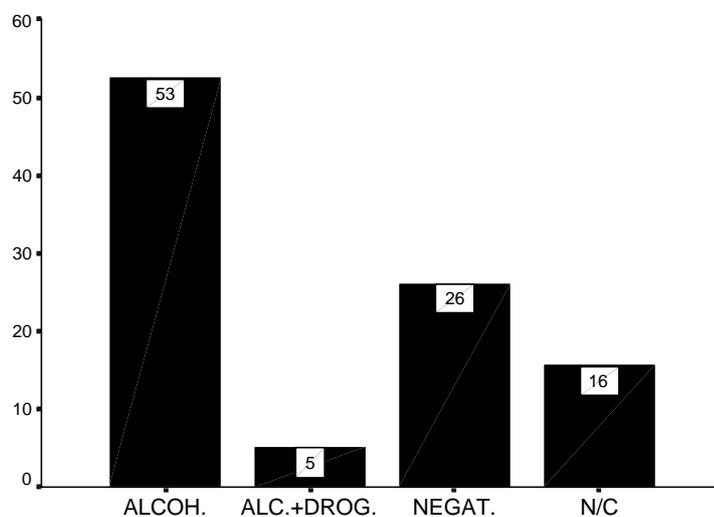
	Frecuencia	Porcentaje
Toxicológicas	16	80,0
Anato.+Toxi.	3	15,0
Otras	1	5,0
Total	20	100,0



8.4.4. *Resultados toxicológicos.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

resultado de los análisis toxicológicos

	Frecuencia	Porcentaje válido
alcohol	10	52,6
alcohol+drogas	1	5,3
negativo	5	26,3
no consta	3	15,8
Total	19	100,0



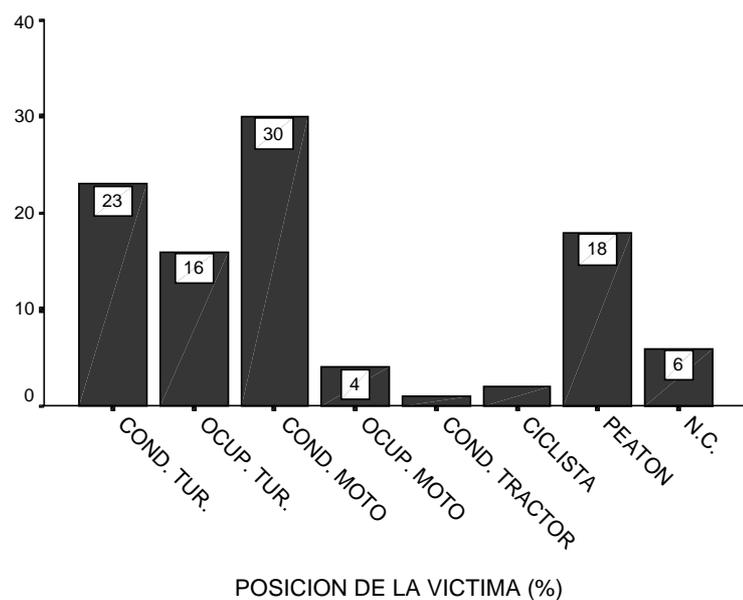
RESULTADOS TOXICOLOGICOS (%)

8.5. RESULTADOS RELATIVOS A LA ETIOLOGÍA

8.5.1. *Lugar que ocupaba el fallecido.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Según la clasificación CIE-9-MC adaptada. Representación gráfica en diagrama de barras.

lugar que ocupaba el fallecido

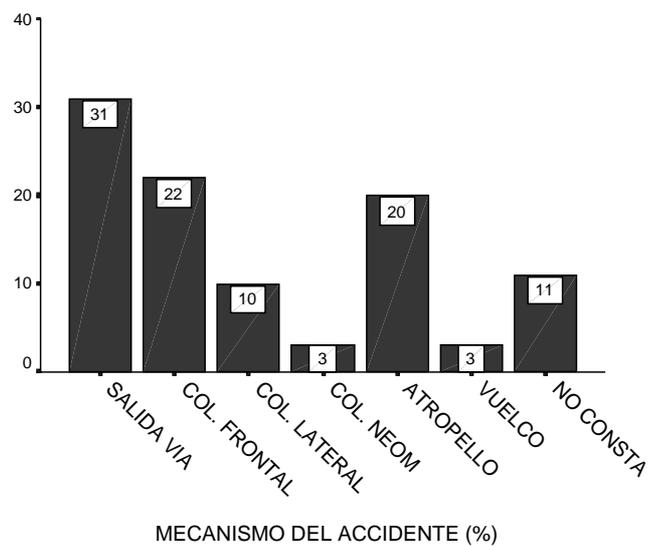
	Frecuencia	Porcentaje
conductor turismo	23	23,0
ocupante turismo	16	16,0
conductor moto/motoc.	30	30,0
ocupante moto/motoc.	4	4,0
conductor tractor	1	1,0
ciclista	2	2,0
peatón	18	18,0
no consta	6	6,0
Total	100	100,0



8.5.2. *Mecanismo del accidente. Tipo.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

mecanismo del accidente de tráfico

	Frecuencia	Porcentaje
salida de vía	31	31,0
colisión frontal	22	22,0
colisión lateral	10	10,0
colisión NEOM	3	3,0
atropello	20	20,0
vuelco	3	3,0
no consta	11	11,0
Total	100	100,0



8.5.3. *Estado de la calzada.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

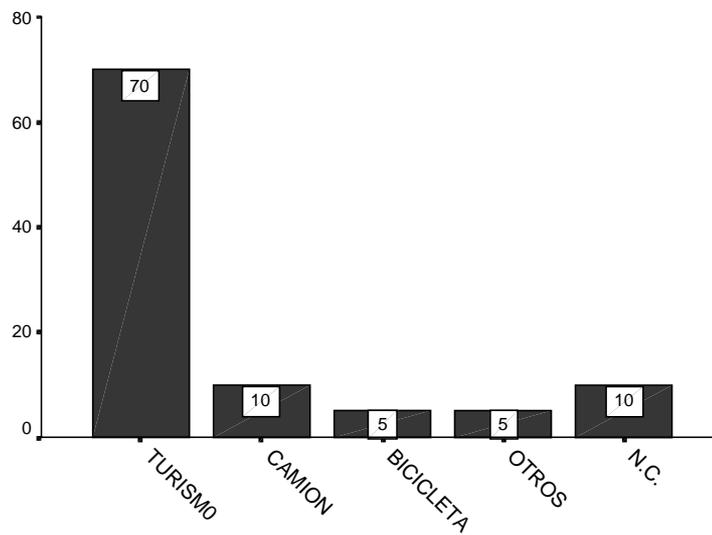
estado de la calzada

	Frecuencia	Porcentaje
seca	34	34,0
mojada	11	11,0
no consta	55	55,0
Total	100	100,0

8.5.4. *Vehículo que interviene en el atropello.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

vehículo causante del atropello

	Frecuencia	Porcentaje
turismo/furgoneta	14	70,0
camión	2	10,0
bicicleta	1	5,0
otros	1	5,0
no consta	2	10,0
Total	20	100,0



VEHICULO CAUSANTE DE ATROPELLO (%)

8.5.5. *Existencia de lesionados (independiente de los fallecidos).* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

existencia de lesionados

	Frecuencia	Porcentaje
SI	41	41,0
NO	54	54,0
N.C.	5	5,0
Total	100	100,0

8.5.6. *Número de fallecidos.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

número de fallecidos

	Frecuencia	Porcentaje
uno	77	77,0
más de uno	19	19,0
no consta	4	4,0
Total	100	100,0

8.5.7. *Localización de la lesión principal.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

localización de la lesión principal

	Frecuencia	Porcentaje
cabeza	45	45,0
cuello	4	4,0
tórax	12	12,0
abdomen-pelvis	7	7,0
miembros inferiores	1	1,0
varias	27	27,0
no consta	4	4,0
Total	100	100,0

8.6. RELACIONES BIFACTORIALES

8.6.1. CON EL SEXO

Sexo – edad. Medidas de centralización y dispersión.

Valor medio (media estadística):

Hombres: 36,90 años

Mujeres: 38,47 años

Valor más frecuente de edad (moda estadística)

Hombres: 17 años

Mujeres: 69 años

Edades mayor y menor (rango estadístico)

Hombres: 1 - 91 años

Mujeres: 3 - 85 años

Sexo – intervalo horario. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia sexo-intervalo horario

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
0 a 7 horas	25 30,1%	3 17,6%	28 28,0%
8 a 15 horas	29 34,9%	7 41,2%	36 36,0%
16 a 23 horas	28 33,7%	7 41,2%	35 35,0%
no consta	1 1,2%		1 1,0%
Total	83 100,0%	17 100,0%	100 100,0%

Sexo – década de edad. Tabla de contingencia.

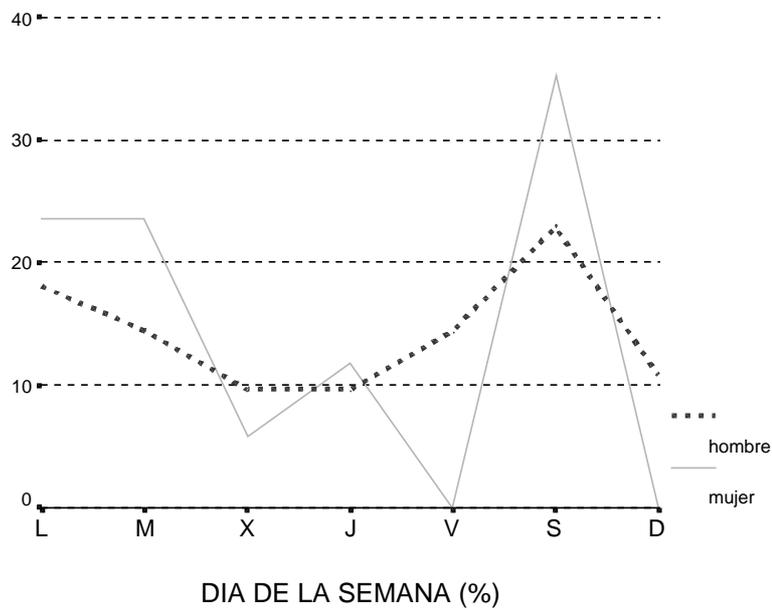
tabla de contingencia sexo-década de edad

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
0 a 9 años	6 7,2%	2 11,8%	8 8,0%
10 a 19 años	11 13,3%	3 17,6%	14 14,0%
20 a 29 años	17 20,5%	3 17,6%	20 20,0%
30 a 39 años	14 16,9%	2 11,8%	16 16,0%
40 a 49 años	11 13,3%	2 11,8%	13 13,0%
50 a 59 años	8 9,6%		8 8,0%
60 a 69 años	8 9,6%	3 17,6%	11 11,0%
70 a 79 años	2 2,4%		2 2,0%
80 a 89 años	2 2,4%	2 11,8%	4 4,0%
90 a 99 años	1 1,2%		1 1,0%
no consta	3 3,6%		3 3,0%
Total	83 100,0%	17 100,0%	100 100,0%

Sexo – día de la semana. Tabla de contingencia. Estadísticos. Gráfico de línea.

tabla de contingencia sexo-día de la semana

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
lunes	15 18,1%	4 23,5%	19 19,0%
martes	12 14,5%	4 23,5%	16 16,0%
miércoles	8 9,6%	1 5,9%	9 9,0%
jueves	8 9,6%	2 11,8%	10 10,0%
viernes	12 14,5%		12 12,0%
sábado	19 22,9%	6 35,3%	25 25,0%
domingo	9 10,8%		9 9,0%
Total	83 100,0%	17 100,0%	100 100,0%



Sexo – Estación. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia sexo-estación del año

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
primavera	18 21,7%	5 29,4%	23 23,0%
verano	25 30,1%	4 23,5%	29 29,0%
otoño	16 19,3%	5 29,4%	21 21,0%
invierno	24 28,9%	3 17,6%	27 27,0%
Total	83 100,0%	17 100,0%	100 100,0%

8.6.2. CON EL ESTADO CIVIL

Estado civil – Sexo. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia estado civil-sexo

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
soltero	36 43,4%	8 47,1%	44 44,0%
casado	36 43,4%	8 47,1%	44 44,0%
viudo	2 2,4%	1 5,9%	3 3,0%
no consta	9 10,8%		9 9,0%
Total	83 100,0%	17 100,0%	100 100,0%

8.6.3. CON LA DECADA DE EDAD

Década de edad – Intervalo horario. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia década de edad-intervalo horario

	INTERVALO HORARIO				Total
	0-7 h.	8-15 h.	16-23 h	n.c.	
0 a 9 años	2 25,0%	4 50,0%	1 12,5%	1 12,5%	8 100,0%
10 a 19 años	3 21,4%	4 28,6%	7 50,0%		14 100,0%
20 a 29 años	9 45,0%	7 35,0%	4 20,0%		20 100,0%
30 a 39 años	5 31,3%	7 43,8%	4 25,0%		16 100,0%
40 a 49 años	3 23,1%	5 38,5%	5 38,5%		13 100,0%
50 a 59 años	1 12,5%	2 25,0%	5 62,5%		8 100,0%
60 a 69 años	2 18,2%	4 36,4%	5 45,5%		11 100,0%
70 a 79 años	1 50,0%		1 50,0%		2 100,0%
80 a 89 años		1 25,0%	3 75,0%		4 100,0%
90 a 99 años		1 100,0%			1 100,0%
no consta	2 66,7%	1 33,3%			3 100,0%
Total	28 28,0%	36 36,0%	35 35,0%	1 1,0%	100 100,0%

8.6.4. CON LA UBICACIÓN DEL FALLECIDO

Ubicación del fallecido – Resultado toxicológico. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia ubicación del fallecido-resultados toxicológicos

	RESULTADOS TOXICOLOGICOS				Total
	alcohol	alcoh.+ drogas	negativ os	n.c.	
conductor turismo	3 42,9%	1 14,3%	2 28,6%	1 14,3%	7 100,0%
conductor moto/motoc.	4 57,1%		1 14,3%	2 28,6%	7 100,0%
ciclista			1 100,0%		1 100,0%
peatón	2 100,0%				2 100,0%
no consta	1 50,0%		1 50,0%		2 100,0%
Total	10 52,6%	1 5,3%	5 26,3%	3 15,8%	19 100,0%

Ubicación del fallecido – Sexo. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia ubicación del fallecido-sexo

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
conductor turismo	22 26,5%	1 5,9%	23 23,0%
ocupante turismo	8 9,6%	8 47,1%	16 16,0%
conductor moto/motoc	27 32,5%	3 17,6%	30 30,0%
ocupante moto/motoc.	3 3,6%	1 5,9%	4 4,0%
conductor tractor		1 5,9%	1 1,0%
ciclista	2 2,4%		2 2,0%
peatón	15 18,1%	3 17,6%	18 18,0%
no consta	6 7,2%		6 6,0%
Total	83 100,0%	17 100,0%	100 100,0%

8.6.5. CON EL MECANISMO DEL ACCIDENTE DE TRAFICO

Mecanismo del accidente – Resultado toxicológico – Tipo de accidente. Tabla de contingencia.

Tabla de contingencia mecanismo accidental-resultados toxicológicos

	RESULTADOS TOXICOLOGICOS				Total
	alcohol	alc.+dro gas.	negativ os	n.c.	
salida de vía	5 62,5%		1 12,5%	2 25,0%	8 100,0%
colisión frontal			1 50,0%	1 50,0%	2 100,0%
colisión lateral	1 50,0%		1 50,0%		2 100,0%
atropello	3 75,0%		1 25,0%		4 100,0%
vuelco		1 100,0%			1 100,0%
no consta	1 50,0%		1 50,0%		2 100,0%
Total	10 52,6%	1 5,3%	5 26,3%	3 15,8%	19 100,0%

8.6.6. CON EL ESTADO DE LA CALZADA

Estado de la calzada – ubicación del fallecido. Tabla de contingencia.

Tabla de contingencia ubicación del fallecido-estado de la calzada

	ESTADO DE LA CALZADA			Total
	seca	mojada	n.c.	
conductor turismo	8 34,8%	5 21,7%	10 43,5%	23 100,0%
ocupante turismo	3 18,8%	3 18,8%	10 62,5%	16 100,0%
conductor moto/motoc.	13 43,3%	3 10,0%	14 46,7%	30 100,0%
ocupante moto/motoc.			4 100,0%	4 100,0%
conductor tractor			1 100,0%	1 100,0%
ciclista	1 50,0%		1 50,0%	2 100,0%
peatón	9 50,0%		9 50,0%	18 100,0%
no consta			6 100,0%	6 100,0%
Total	34 34,0%	11 11,0%	55 55,0%	100 100,0%

Estado de la calzada – Mecanismo del accidente. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia estado de la calzada-mecanismo del accidente

	ESTADO DE LA CALZADA			Total
	seca	mojada	n.c.	
salida de vía	10 32,3%	5 16,1%	16 51,6%	31 100,0%
colisión frontal	10 45,5%	2 9,1%	10 45,5%	22 100,0%
colisión lateral	3 30,0%	2 20,0%	5 50,0%	10 100,0%
colisión NEOM		1 33,3%	2 66,7%	3 100,0%
atropello	10 50,0%		10 50,0%	20 100,0%
vuelco	1 33,3%	1 33,3%	1 33,3%	3 100,0%
no consta			11 100,0%	11 100,0%
Total	34 34,0%	11 11,0%	55 55,0%	100 100,0%

8.6.7. CON LA LOCALIZACIÓN DE LAS LESIONES MORTALES

Localización de las lesiones – Mecanismo del accidente. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia localización de las lesiones-mecanismo del accidente

LOCALIZACION DE LAS LESIONES								
	cabe- za	cue- llo	tórax	abd.- pelvis	mm. ii.	diver- sas	n.c.	Total
salida de vía	14 45,2%	1 3,2%	7 22,6%	1 3,2%		7 22,6%	1 3,2%	31 100%
colisión frontal	12 54,5%	2 9,1%	2 9,1%	2 9,1%		4 18,2%		22 100%
colisión lateral	3 30,0%	1 10,0%		1 10,0%	1 10,0%	4 40,0%		10 100%
colisión NEOM	2 66,7%		1 33,3%					3 100%
atropello	7 35,0%		2 10,0%	2 10,0%		7 35,0%	2 10,0%	20 100%
vuelco	2 66,7%						1 33,3%	3 100%
no consta	5 45,5%			1 9,1%		5 45,5%		11 100%
Total	45 45,0%	4 4,0%	12 12,0%	7 7,0%	1 1,0%	27 27,0%	4 4,0%	100 100%

Localización de las lesiones – Ubicación del fallecido. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia localización de las lesiones-ubicación del fallecido

	LOCALIZACION DE LAS LESIONES							Total
	cabe-za	cue-llo	tórax	abd.-pelvis	mm. ii.	diver-sas	n.c.	
conductor turismo	6 26,1%	1 4,3%	5 21,7%	1 4,3%		9 39,1%	1 4,3%	23 100%
ocupante turismo	8 50,0%	2 12,5%	2 12,5%		1 6,3%	2 12,5%	1 6,3%	16 100%
conductor moto/motoc.	19 63,3%	1 3,3%	2 6,7%	3 10,0%		5 16,7%		30 100%
ocupante moto/motoc.	2 50,0%					2 50,0%		4 100%
conductor tractor			1 100%					1 100%
ciclista	1 50,0%					1 50,0%		2 100%
peatón	7 38,9%		2 11,1%	2 11,1%		5 27,8%	2 11,1%	18 100%
no consta	2 33,3%			1 16,7%		3 50,0%		6 100%
Total	45 45,0%	4 4,0%	12 12,0%	7 7,0%	1 1,0%	27 27,0%	4 4,0%	100 100%

9. MUERTES ACCIDENTALES POR SUMERSION

Las muertes por sumersión tienen lugar en un medio líquido, interviniendo diversos mecanismos en la producción de la muerte.

Adquiere una importancia especial dentro de las muertes accidentales en poblaciones costeras, como la que es objeto del presente estudio.

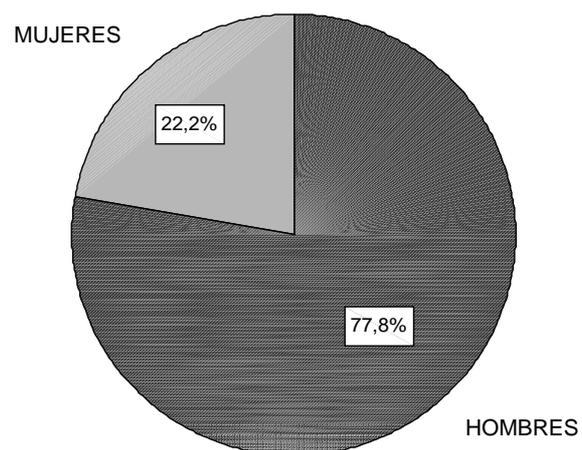
No se describen previamente las variables analizadas, pues quedaron recogidas en el capítulo de las muertes violentas accidentales.

9.1. RESULTADOS RELATIVOS A LA FILIACIÓN

9.1.1. *Sexo*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de sectores.

distribución por sexos

	Frecuencia	Porcentaje
hombres	21	77,8
mujeres	6	22,2
Total	27	100,0



9.1.2. *Edad*. Tamaño de la muestra. Medidas de centralización. Medidas de dispersión.

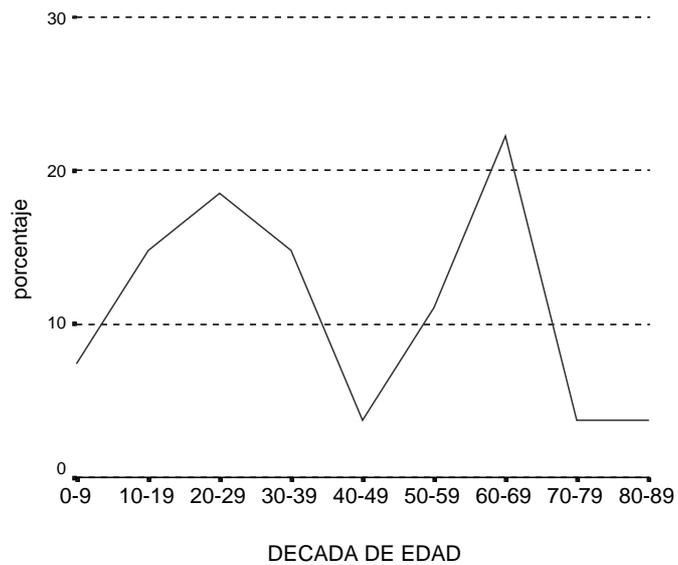
estadísticos de la variable edad

		EDAD
Nº de casos	conocida	26
	desconocida	1
Media		40,38
Mediana		37,00
Moda		63
Desv. típ.		22,94
Asimetría		,044
		,456
Curtosis		-1,355
		,887
Rango		79
Mínimo		1
Máximo		80

9.1.3. *Edad en décadas*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

edades agrupadas en décadas

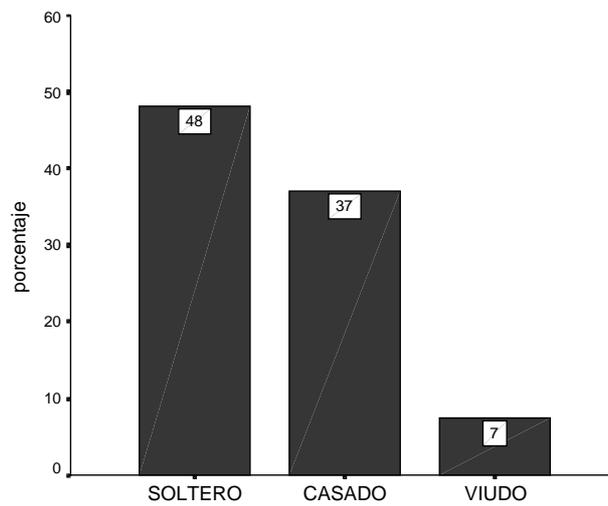
	Frecuencia	Porcentaje
0-9 años	2	7,4
10-19 años	4	14,8
20-29 años	5	18,5
30-39 años	4	14,8
40-49 años	1	3,7
50-59 años	3	11,1
60-69 años	6	22,2
70-79 años	1	3,7
80-89 años	1	3,7
Total	27	100,0



9.1.4. *Estado Civil*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

estado civil

	Frecuencia	Porcentaje
soltero	13	48,1
casado	10	37,0
viudo	2	7,4
no consta	2	7,4
Total	27	100,0



9.1.5. *Profesión.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

ocupación profesional

	Frecuencia	Porcentaje
pesca	5	18,5
construcción	1	3,7
servicios	3	11,1
jubilado	2	7,4
otras	2	7,4
no consta	14	51,9
Total	27	100,0

9.1.6. *Comunidad autónoma de origen*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

procedencia autonómica

	Frecuencia	Porcentaje
Madrid	2	7,4
Galicia	25	92,6
Total	27	100,0

9.1.7. *Provincia gallega de origen*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

provincia gallega de origen

	Frecuencia	Porcentaje
La Coruña	1	4,0
Pontevedra	24	96,0
Total	25	100,0

9.1.8. *Municipio de origen del Partido Judicial de Cambados*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

Juzgado de inscripción del nacimiento (partido judicial de Cambados)

	Frecuencia	Porcentaje
Cambados	5	31,3
San Martín O Grove	4	25,0
Sangenjo	5	31,3
Meaño	1	6,3
Ribadumia	1	6,3
Total	16	100,0

9.2. RESULTADOS RELATIVOS A LOS HECHOS

9.2.1. *Hora de fallecimiento*: Tamaño de la muestra. Medidas de centralización. Medidas de dispersión.

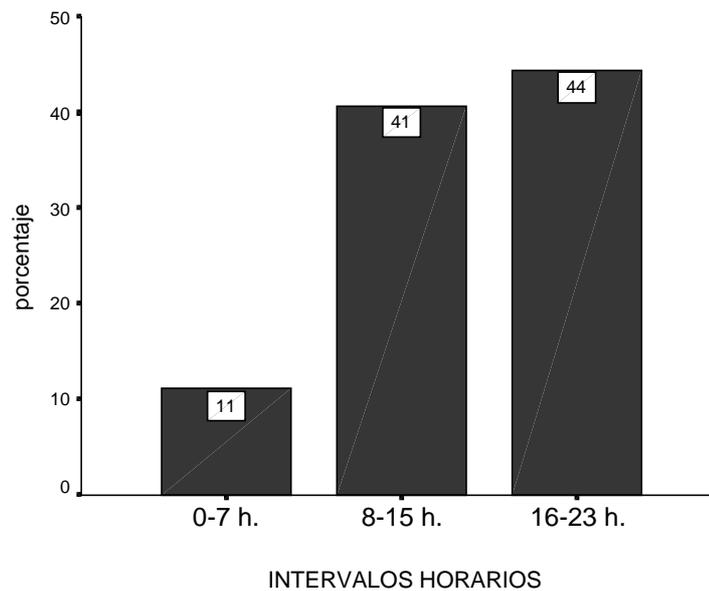
estadísticos de la variable hora

		HORA
Nº de casos	conocida	26
	desconocida	1
Media		14,5212
Mediana		15,1500
Moda		17,00
Mínimo		5,00
Máximo		22,00

9.2.2. *Intervalo horario*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráficas en diagrama de barras.

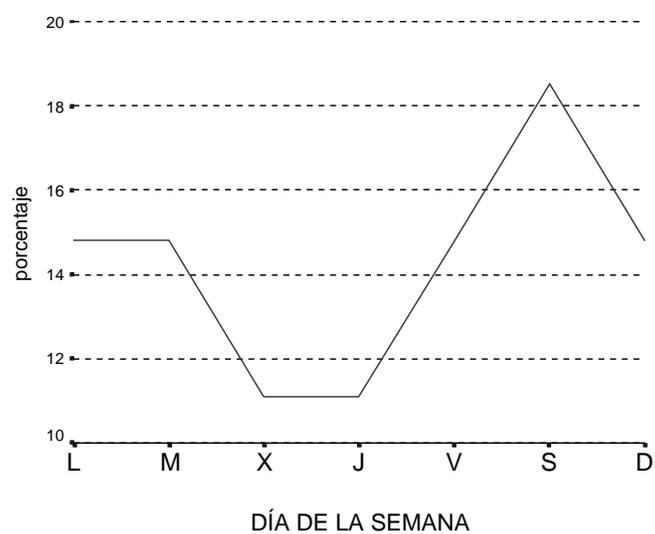
intervalos horarios

	Frecuencia	Porcentaje
0 a 7 horas	3	11,1
8 a 15 horas	11	40,7
16 a 23 horas	12	44,4
no consta	1	3,7
Total	27	100,0



9.2.3. *Día de la semana.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

día de la semana		
	Frecuencia	Porcentaje
lunes	4	14,8
martes	4	14,8
miércoles	3	11,1
jueves	3	11,1
viernes	4	14,8
sábado	5	18,5
domingo	4	14,8
Total	27	100,0



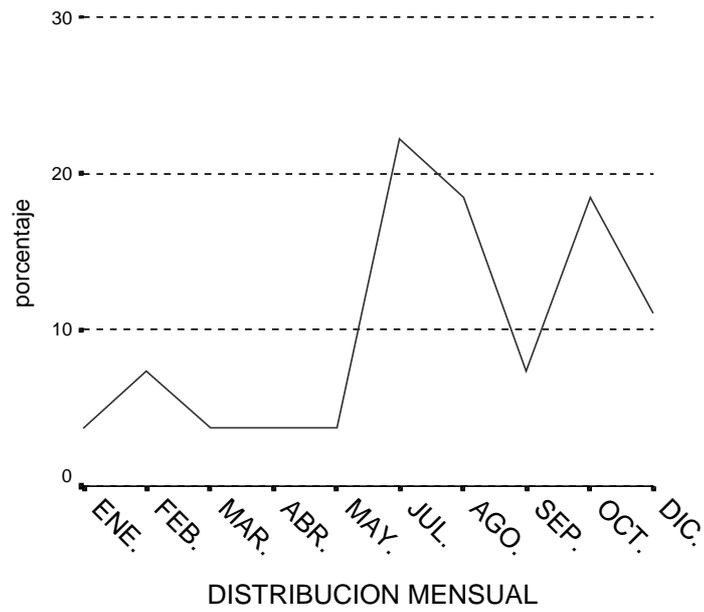
9.2.4. *Día del mes*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

día del mes		
	Frecuencia	Porcentaje
1	2	7,4
2	2	7,4
3	1	3,7
4	1	3,7
5	1	3,7
6	1	3,7
7	1	3,7
10	1	3,7
12	2	7,4
15	2	7,4
16	1	3,7
19	2	7,4
22	1	3,7
23	1	3,7
24	2	7,4
25	3	11,1
26	1	3,7
27	1	3,7
30	1	3,7
Total	27	100,0
Total	27	100,0

9.2.5. *Mes*. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

distribución mensual

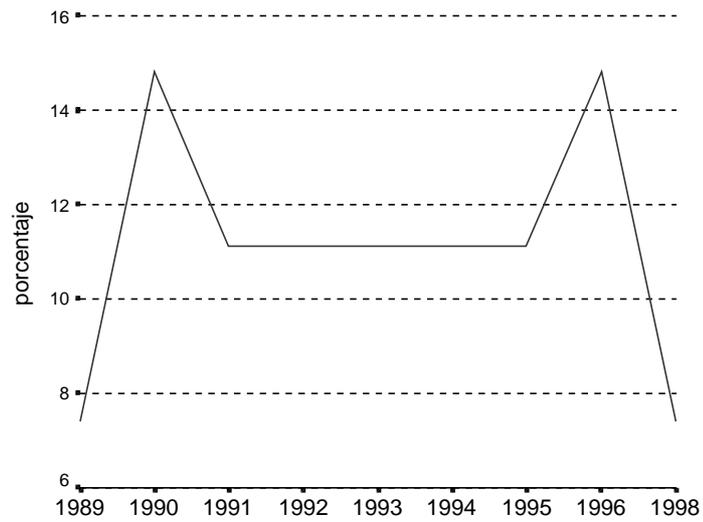
	Frecuencia	Porcentaje
enero	1	3,7
febrero	2	7,4
marzo	1	3,7
abril	1	3,7
mayo	1	3,7
julio	6	22,2
agosto	5	18,5
septiembre	2	7,4
octubre	5	18,5
diciembre	3	11,1
Total	27	100,0



9.2.6. Año. Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de líneas.

distribución anual

	Frecuencia	Porcentaje
1989	2	7,4
1990	4	14,8
1991	3	11,1
1992	3	11,1
1993	3	11,1
1994	3	11,1
1995	3	11,1
1996	4	14,8
1998	2	7,4
Total	27	100,0

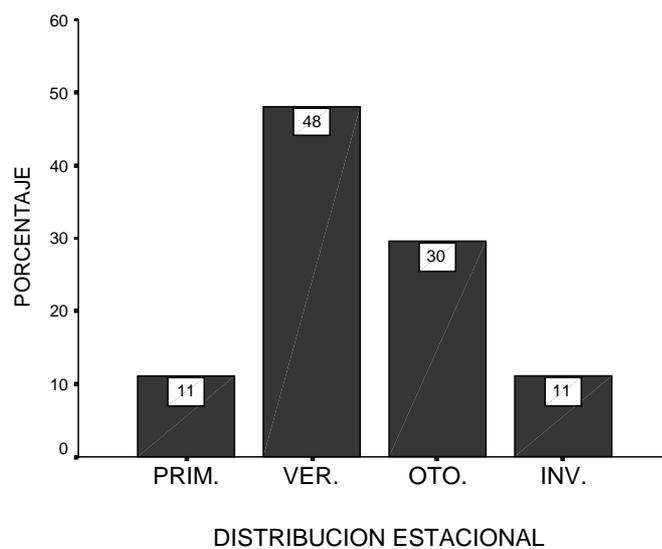


DISTRIBUCION ANUAL

9.2.7. *Estación del año.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

distribución estacional

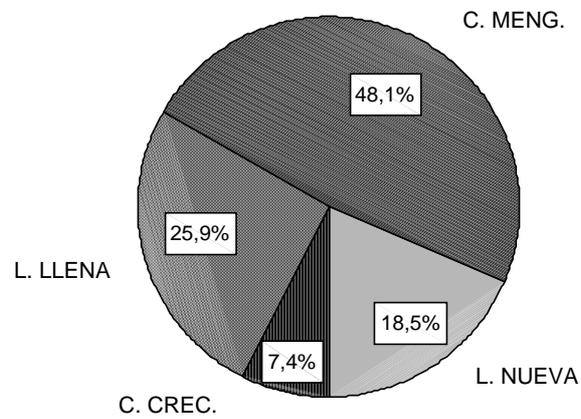
	Frecuencia	Porcentaje
primavera	3	11,1
verano	13	48,1
otoño	8	29,6
invierno	3	11,1
Total	27	100,0



9.2.8. *Fase lunar durante los hechos.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de sectores.

frecuencia según las fases lunares

	Frecuencia	Porcentaje
Cuarto menguante	13	48,1
Luna nueva	5	18,5
Cuarto creciente	2	7,4
Luna llena	7	25,9
Total	27	100,0



9.2.9. *Carácter laboral de la muerte.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

carácter laboral		
	Frecuencia	Porcentaje
SI	7	25,9
NO, N/C	20	74,1
Total	27	100,0

9.2.10. *Lugar del levantamiento de cadáver.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

lugar del levantamiento judicial		
	Frecuencia	Porcentaje
local de trabajo	1	3,7
agua	20	74,1
vía pública	1	3,7
centro sanitario	3	11,1
otro	2	7,4
Total	27	100,0

9.2.11. *Existencia de patologías previas.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

antecedentes de enfermedad		
	Frecuencia	Porcentaje
física	4	14,8
física+psíquica	1	3,7
no, no consta	22	81,5
Total	27	100,0

9.2.12. *Antecedente de dependencia a sustancias de abuso.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales).

antecedentes de dependencia a sustancias de abuso

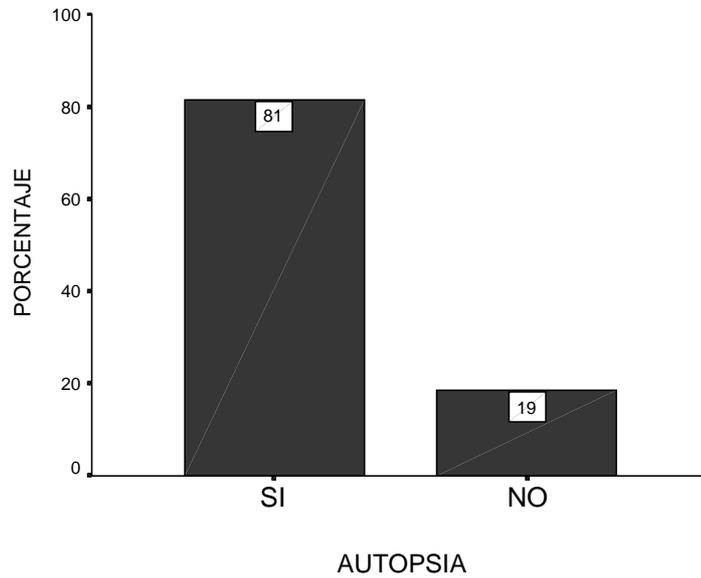
	Frecuencia	Porcentaje
alcohol	2	7,4
no, no consta	25	92,6
Total	27	100,0

9.3. ACTIVIDAD AUTOPSICA

9.3.1. *Práctica de autopsia.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

práctica de autopsia

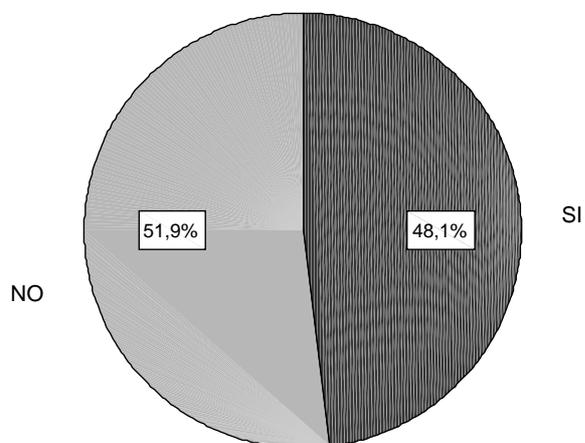
	Frecuencia	Porcentaje
autopsiados	22	81,5
no autopsiados	5	18,5
Total	27	100,0



9.3.2. *Realización de estudios complementarios.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de sectores.

realización de estudios complementarios

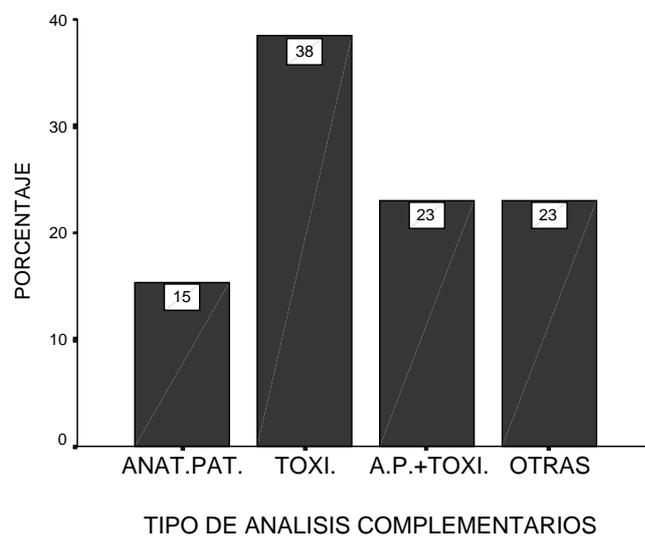
	Frecuencia	Porcentaje
si	13	48,1
no	14	51,9
Total	27	100,0



9.3.3. *Tipo de estudios complementarios practicados.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

naturaleza de las pruebas

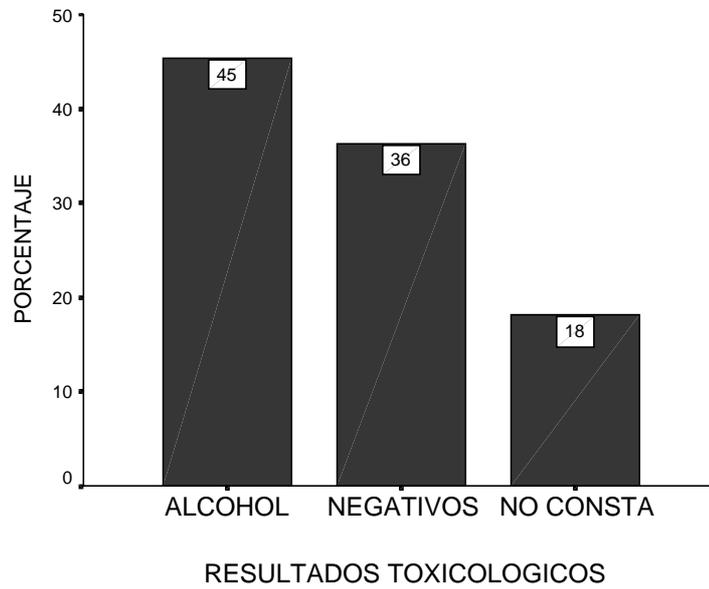
	Frecuencia	Porcentaje
Anatomopatológicas	2	15,4
Toxicológicas	5	38,5
Anatomo.+Toxi.	3	23,1
Otras	3	23,1
Total	13	100,0



9.3.4. *Resultados toxicológicos.* Tabla de distribución de frecuencias (valores absolutos y porcentuales). Representación gráfica en diagrama de barras.

resultado de los análisis toxicológicos

	Frecuencia	Porcentaje
alcohol	5	45,5
negativo	4	36,4
no consta	2	18,2
Total	11	100,0

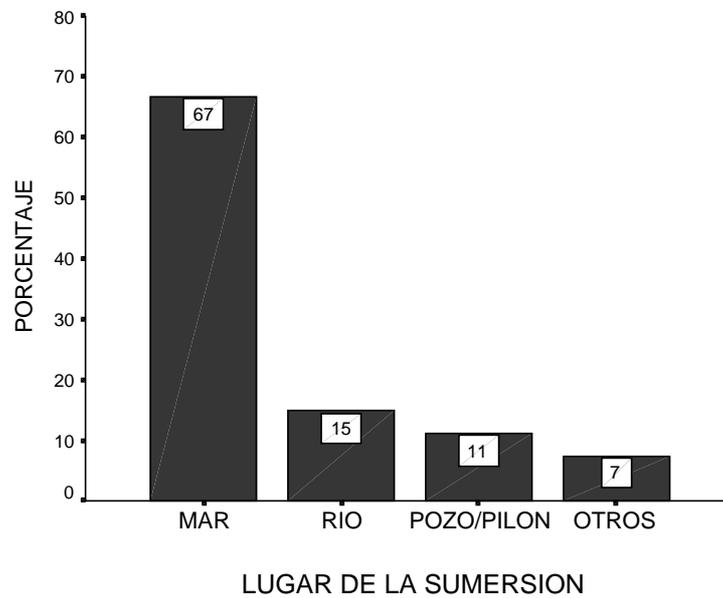


9.4. RELATIVOS A LA ETIOLOGÍA

9.4.1. *Lugar de la sumersión.* Representación gráfica en diagrama de barras.

lugar de la sumersión accidental

	Frecuencia	Porcentaje
mar	18	66,7
río	4	14,8
pozo/pilón	3	11,1
otros	2	7,4
Total	27	100,0



9.5. RELACIONES BIFACTORIALES

9.5.1. CON EL SEXO

Sexo – edad. Medidas de centralización y dispersión.

Valor medio (media estadística):

Hombres: 41,35 años

Mujeres: 37,12 años

Valor más frecuente de edad (moda estadística)

Hombres: 63 años

Mujeres: misma frecuencia en los 6 casos

Edades mayor y menor (rango estadístico)

Hombres: 1 - 69 años

Mujeres: 9 - 80 años

Sexo – década de edad. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia sexo-década de edad

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
0-9 años	1 4,8%	1 16,7%	2 7,4%
10-19 años	2 9,5%	2 33,3%	4 14,8%
20-29 años	4 19,0%	1 16,7%	5 18,5%
30-39 años	4 19,0%		4 14,8%
40-49 años	1 4,8%		1 3,7%
50-59 años	3 14,3%		3 11,1%
60-69 años	6 28,6%		6 22,2%
70-79 años		1 16,7%	1 3,7%
80-89 años		1 16,7%	1 3,7%
Total	21 100,0%	6 100,0%	27 100,0%

Sexo – intervalo horario. Tabla de contingencia.

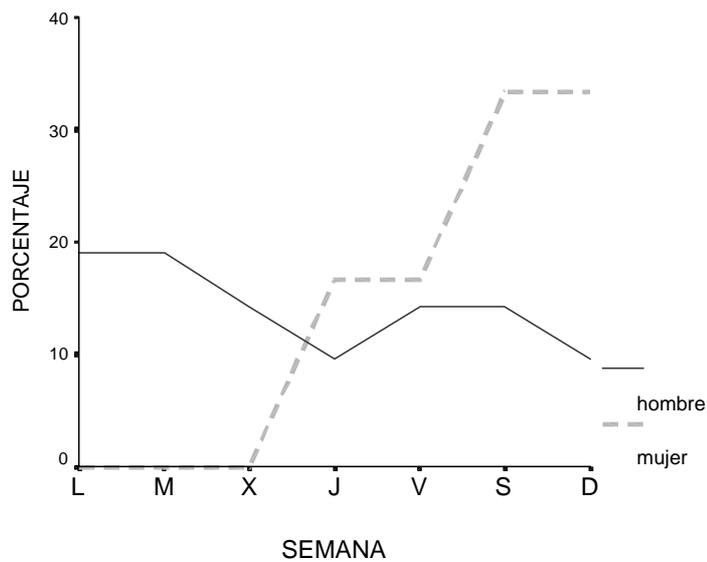
tabla de contingencia sexo-intervalo horario

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
0 a 7 horas	1 4,8%	2 33,3%	3 11,1%
8 a 15 horas	9 42,9%	2 33,3%	11 40,7%
16 a 23 horas	10 47,6%	2 33,3%	12 44,4%
no consta	1 4,8%		1 3,7%
Total	21 100,0%	6 100,0%	27 100,0%

Sexo – día de la semana. Tabla de contingencia. Estadísticos. Gráfico de línea.

tabla de contingencia sexo-día de la semana

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
lunes	4		4
	19,0%		14,8%
martes	4		4
	19,0%		14,8%
miercoles	3		3
	14,3%		11,1%
jueves	2	1	3
	9,5%	16,7%	11,1%
viernes	3	1	4
	14,3%	16,7%	14,8%
sábado	3	2	5
	14,3%	33,3%	18,5%
domingo	2	2	4
	9,5%	33,3%	14,8%
Total	21	6	27
	100,0%	100,0%	100,0%



Sexo – Estación. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia sexo-estación del año

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
primavera	3		3
	14,3%		11,1%
verano	9	4	13
	42,9%	66,7%	48,1%
otoño	6	2	8
	28,6%	33,3%	29,6%
invierno	3		3
	14,3%		11,1%
Total	21	6	27
	100,0%	100,0%	100,0%

9.5.2. CON EL ESTADO CIVIL

Estado civil – Sexo. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia estado civil-sexo

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
soltero	9	4	13
	42,9%	66,7%	48,1%
casado	9	1	10
	42,9%	16,7%	37,0%
viudo	2		2
	9,5%		7,4%
no consta	1	1	2
	4,8%	16,7%	7,4%
Total	21	6	27
	100,0%	100,0%	100,0%

9.5.3. CON LA DECADA DE EDAD

Década de edad – Intervalo horario. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia década de edad-intervalo horario

	INTERVALO HORARIO				Total
	0-7 horas	8-15 horas	16-23 horas	n.c.	
0-9 años		1	1		2
		50,0%	50,0%		100%
10-19 años	1		3		4
	25,0%		75,0%		100%
20-29 años	1	2	2		5
	20,0%	40,0%	40,0%		100%
30-39 años		2	1	1	4
		50,0%	25,0%	25,0%	100%
40-49 años			1		1
			100%		100%
50-59 años		1	2		3
		33,3%	66,7%		100%
60-69 años	1	3	2		6
	16,7%	50,0%	33,3%		100%
70-79 años		1			1
		100%			100%
80-89 años		1			1
		100%			100%
Total	3	11	12	1	27
	11,1%	40,7%	44,4%	3,7%	100%

9.5.4. CON LOS RESULTADOS TOXICOLOGICOS

Resultados toxicológicos - Sexo. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia resultados toxicológicos-sexo

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
alcohol	5		5
	50,0%		45,5%
negativo	3	1	4
	30,0%	100,0%	36,4%
no consta	2		2
	20,0%		18,2%
Total	10	1	11
	100,0%	100,0%	100,0%

9.5.5. CON LAS PATOLOGIAS PREVIAS

Patología previa - Sexo. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia enfermedad previa-sexo

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
física	3 14,3%	1 16,7%	4 14,8%
física+psíquica	1 4,8%		1 3,7%
no, no consta	17 81,0%	5 83,3%	22 81,5%
Total	21 100,0%	6 100,0%	27 100,0%

9.5.6. CON EL LUGAR DE LA SUMERSION

Lugar de la sumersión - sexo. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia lugar de sumersión-sexo

	SEXO		Total
	hombre	mujer	
mar	15 71,4%	3 50,0%	18 66,7%
río	3 14,3%	1 16,7%	4 14,8%
pozo/pilón	1 4,8%	2 33,3%	3 11,1%
otros	2 9,5%		2 7,4%
Total	21 100,0%	6 100,0%	27 100,0%

Lugar de la sumersión – intervalo horario. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia lugar de sumersión-intervalo horario

	INTERVALO HORARIO				Total
	0-7 horas	8-15 horas	16-23 horas	n.c.	
mar	3 16,7%	5 27,8%	9 50,0%	1 5,6%	18 100,0%
río		1 25,0%	3 75,0%		4 100,0%
pozo/pilón		3 100,0%			3 100,0%
otros		2 100,0%			2 100,0%
Total	3 11,1%	11 40,7%	12 44,4%	1 3,7%	27 100,0%

Lugar de la sumersión – día de la semana. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia lugar de sumersión-día de la semana

	LUGAR DE SUMERSION				Total
	mar	río	pozo/p.	otros	
L	4 22,2%				4 14,8%
M	3 16,7%	1 25,0%			4 14,8%
X	3 16,7%				3 11,1%
J	1 5,6%	1 25,0%		1 50,0%	3 11,1%
V		1 25,0%	2 66,7%	1 50,0%	4 14,8%
S	3 16,7%	1 25,0%	1 33,3%		5 18,5%
D	4 22,2%				4 14,8%
Total	18 100,0%	4 100,0%	3 100,0%	2 100,0%	27 100,0%

Lugar de la sumersión –mes. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia lugar de sumersión-mes

	LUGAR DE SUMERSION				Total
	mar	río	pozo/p.	otros	
enero	1 5,6%				1 3,7%
febrero	1 5,6%	1 25,0%			2 7,4%
marzo				1 50,0%	1 3,7%
abril	1 5,6%				1 3,7%
mayo			1 33,3%		1 3,7%
julio	4 22,2%	2 50,0%			6 22,2%
agosto	4 22,2%	1 25,0%			5 18,5%
septiembre	2 11,1%				2 7,4%
octubre	3 16,7%		1 33,3%	1 50,0%	5 18,5%
diciembre	2 11,1%		1 33,3%		3 11,1%
Total	18 100,0%	4 100,0%	3 100,0%	2 100,0%	27 100,0%

Lugar de la sumersión – estación del año. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia lugar de sumersión-estación del año

	LUGAR DE SUMERSION				Total
	mar	río	pozo/p.	otros	
primavera	1		1	1	3
	5,6%		33,3%	50,0%	11,1%
verano	10	3			13
	55,6%	75,0%			48,1%
otoño	5		2	1	8
	27,8%		66,7%	50,0%	29,6%
invierno	2	1			3
	11,1%	25,0%			11,1%
Total	18	4	3	2	27
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Lugar de la sumersión – resultados toxicológicos. Tabla de contingencia.

tabla de contingencia lugar de sumersión-resultados toxicológicos

	LUGAR DE SUMERSION			Total
	mar	río	otros	
alcohol	4	1		5
	50,0%	50,0%		45,5%
negativo	4			4
	50,0%			36,4%
no consta		1	1	2
		50,0%	100,0%	18,2%
Total	8	2	1	11
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

IV. DISCUSIÓN

1. MUERTES JUDICIALES

Se han estudiado en primer lugar de forma global las muertes judiciales, para posteriormente desglosar su análisis en diferentes capítulos, de acuerdo con la etiología de la muerte (violenta, natural, homicida, suicida, accidental).

FRECUENCIA

En los 10 años de actividad médico legal, entre 1989 y 1998, se contabilizan un total de 278 casos de muerte judicial. Lo que supone una frecuencia media anual de 27,8 casos/ año, y una tasa media anual (tasa de incidencia) de 51,72 casos/100.000 habitantes/ año. Siendo 1996 el año que menos casos registró, 41 (14,7 %), y el menor 1995, con 19 casos (6,8 %).

SEXO

El sexo predominante de los fallecidos ha sido el masculino, en un 78,4% de los casos, representando el femenino el 21,6%. Lo cual es concordante con las diversas series judiciales consultadas.

Esta proporción, significa que por cada fallecimiento de una mujer, han acaecido 3,62 en varones. Esta relación se mantiene en las diferentes forma etiológicas de muerte, de la manera siguiente: en las muertes naturales 4:1, en el conjunto de las muertes violentas 3,5:1, en los suicidios 3,73:1, en las muertes accidentales 3,6:1, y

en los accidentes de tráfico 4,8:1. No es valorable en los homicidios, por la baja incidencia de éstos (4 en total).

La preponderancia masculina es pues manifiesta, y se ha observado en todas las series, españolas y extranjeras, consultadas.

Así, en el IAF de Cartagena [5-7] en los años 1994, 1996 y 1998 resultaron las frecuencias siguientes:

1994: hombres: 81,13% - mujeres: 18,87%

1996: hombres: 77,70% - mujeres: 22,30%

1998: hombres: 79,00% - mujeres: 21,00%

Por su parte, en el IAF de Badajoz [18] entre 1990-1995 los varones concentraron el 76,88% de los fallecimientos, y las mujeres el 23,12%.

En Granada [16], los porcentajes ofrecen un 70,02 % de varones y un 29,98% de mujeres.

Los varones fueron el 73,61%, y las mujeres el 26,39%, en el IAF D. Orfila, en Palma de Mallorca [15].

En el Partido de Liria, Fenollosa [8] contabiliza un 77,6% de varones y un 22,4% de mujeres. Dicho autor cita también el estudio de Verdú [42] sobre la ciudad de Valencia, que abarca un periodo de 24 años, donde aparece un 71,6% de hombres y 28,4% de mujeres, así como el estudio de Arroyo [43] sobre Madrid con un 70% de varones y un 30% de mujeres.

Gómez [14] contabiliza en Alcalá un 81,23% de varones y un 18,76% de mujeres.

En un estudio [49] limitado a las muertes de menores de 18 años, autopsiados en el IAF de Zaragoza, también los varones fueron mayoría, con un 67,47%, mientras el sexo femenino supuso un 32,52%.

En la tabla adjunta se exponen algunas de las proporciones señaladas:

Distribución de las muertes según el sexo en diversos Partidos judiciales españoles

	% hombres	% mujeres
Cartagena, 1994	81,13	18,83
Cartagena, 1996	77,70	22,30
Cartagena, 1998	79	21
Badajoz, 1990-95	76,88	23,12
Granada, 1991-98	70,02	29,98
Palma, 1989-98	73,61	26,39
Lliria, 1981-96	77,6	22,4
Valencia	71,6	28,4
Madrid, 1980-85	70	30
Alcalá, 1985-89	81,23	18,76
Zaragoza, 1974	67,47	32,52
Cambados, 1989-98	78,4	21,6

EDADES

La edad media ha resultado 44 años (44,03 en sistema decimal), si bien la más frecuente ha sido los 31 años, con un rango de edades desde menores de 1 año hasta los 94 como edad máxima.

En su examen según el sexo, la más frecuente en el varón se mantiene en los 31 años, con un rango entre los 1 y 91 años, mientras en la mujer es notablemente más alta, también en concordancia con otras series, con una moda estadística de 73 años, y un rango entre menos de 1 año y 94 años.

Si agrupamos las edades en décadas, la más frecuente corresponde a los 20 a 29 años (18%), seguida de los 60 a 69 años (16,2%), con la frecuencia más baja para los mayores de 90 años.

Igualmente por décadas varía su presentación por sexos, de forma que en los varones la más usual ha sido los 20 a 29 años, seguida de los 60 a 69 y en similar proporción los 30 a 39. Mientras, en la mujer la presentación más numerosa se advierte en la década 50 a 59, seguida de los 60 a 69 años.

En el IAF de Cartagena [5], en el año 1994, las décadas de más alta presentación fueron los 31-40 y 61-70 años (16,98% cada una) seguidas de los 21-30 años (14,47%). En el año 1996 [6], igualmente es más frecuente la década 61-70 años (19,59%), seguida de los 31-40 años (17,57). Y nuevamente, en el año 1998 [7], la década 61-70 es la preferente (20%), seguida de los 31-40 años (18,50%).

También por décadas, en el IAF de Badajoz [18] la mayor incidencia se recoge entre los 20-30 años (22,61%), seguida de los 10-20 años (13,73%), los 60-70 años (13,04%), y los 30-40 años (12,76%). Sin embargo, la observación diferenciada por sexos muestra una evolución diferente, siendo más frecuente para los varones los 20-30 años y los 30-40 años, mientras en la mujer lo fueron los 60-70 y 70-80 años.

En la muestra judicial barcelonesa [36] en el examen entre los años 1989 y 1991, la mayor presentación aparece entre los 71 y 80 años ((16,92%), seguida de los 61-70 años (16,11%) y los 21-30 años (15,81%). Mientras, en el cómputo conjunto de los años 1994 y 1995 la más alta se sitúa entre los 61-70 años (17,55%) seguida de los 71-80 años (13,68%) y los 51-60 años (12,54%).

En la mencionada población valenciana de Llíria [8] las edades más frecuentes han estado entre los 15 y 30 años (23,1%), seguido de los 61-75 (22,6%), los 46-60 (19,3%) y los 31-45 años (15,5%).

Por otra parte, en Alcalá de Henares[14] las décadas más frecuentes fueron los 20-29 años (23,7%), seguidas de los 50-55 años (15,28%), los 30-39 años (14,11%) y los 40-49 años (13,15%).

En la tabla adjunta se exhiben algunos de los valores reseñados:

Décadas de edad más frecuentes (1º y 2º) en diferentes muestras judiciales españolas

	Intervalo 1º	Intervalo 2º
Cambados, 1989-98	20-29	60-69
IAF Cartagena, 1994	31-40/61-70	21-30
IAF Cartagena, 1996	61-70	31-40
IAF Cartagena, 1998	61-70	31-40
Badajoz, 1990-95	20-30	60-70
IAF Barcelona, 1989-91	71-80	61-70
IAF Barcelona, 1994-95	61-70	71-80
Lliria, 1981-96	15-30	61-75
Alcalá de H., 1985-89	20-29	50-55

ESTADO CIVIL

El Estado Civil es asimismo concordante con otras poblaciones judiciales. Ocupando el primer lugar los casados, que agrupan el 43,5% de los casos, seguido de los solteros en el 37,4%, y a gran distancia los viudos con el 6,5%.

De forma diferenciada según el sexo, las proporciones permanecen similares en ambos, siendo más frecuente el estado de casado seguido por el de soltero. La inferencia estadística Chi-cuadrado, únicamente valorando las categorías de casado y soltero (el resto son muy escasas y dan un resultado impreciso), concluye:

N (muestra): 243 casos

Chi-cuadrado: 3,540 (2 g.l)

$p = 0,170$ ($p > 0,05$).

por tanto, sin significación estadística con límites del 95 %.

En todas las formas de muerte judicial ha predominado el estado de casado, o el de casado y soltero en la misma proporción. Así, en las muertes naturales, los casados son el 45,3 %, en las violentas el 42,9 % y en las accidentales el 42,9 %. Mientras, en igual proporción que los solteros, se registran en los suicidios (42,1%), los accidentes de tráfico (44 %), y los homicidios (50 %).

Fenolosa [8], de forma análoga, contabiliza una mayor proporción de casados, que comprenden el 44%, seguido de solteros en el 39,9% y los viudos en un 13,1%.

También Gómez [14] observa un 47% de casados, seguido de solteros en un 39%, viudos en un 10%, y separados únicamente en el 2%.

PROFESIÓN

Con respecto a la profesión, la deficiente recogida de este dato en los expedientes judiciales impide su estudio estadístico, ya que en el 68% de los casos no queda reflejada. Entre los casos en que sí se recoge, predomina el sector de la pesca (6,5%), seguido de la industria y construcción (4,3%), en lógica relación con la tradición marinera de la zona.

Es de reseñar, con estas premisas, la mayor presentación de la pesca (7,9 %) en las formas violentas; de la situación de jubilado (5,3 %) en las naturales; de la construcción (7,9 %) en las suicidas; de la pesca (9,3 %) en las accidentales; e igualmente de la pesca (7 %) en los accidentes de tráfico.

En Lleria [8] la mayor proporción corresponde a los jubilados (29%), seguido de trabajos de agricultura (16%).

En Alcalá de Henares [14] la profesión más frecuente se recoge como “empleados” (21,08%), seguida de estudiantes (13,34%) y jubilados (13,15%).

PROCEDENCIA GEOGRAFICA

La procedencia geográfica de los fallecidos muestra un resultado esperado. De forma que la mayoría son originarios de la comunidad autónoma gallega (86%), siendo escasa y muy repartida en las otras. A su vez, entre las provincias gallegas, prevalece Pontevedra (94,6%), donde se localiza el Partido cambadés.

Considerando de forma restringida los fallecidos con inscripción del nacimiento en los municipios que integran el Partido judicial cambadés, las frecuencias se hallan repartidas, si bien hay que valorar también la diferente población de cada uno de ellos, ocupando el primer puesto Cambados, con el 23,4% de los fallecidos, seguido por Sanxenxo con el 22,9%.

Asimismo, en los fallecidos de etiología natural el municipio más representado resulta Sanxenxo (34,1 %), en las muertes violentas Cambados (26 %), en los suicidios Cambados (27,8 %), en las accidentales Cambados (25,5 %), en los accidentes de tráfico Cambados (26,4 %) y en los homicidios Meaño (100 %, 1 caso).

A su vez, la autonomía gallega es la mayoritaria en todas las formas etiológicas, correspondiendo el valor más bajo a las muertes naturales, con el 77,3 % de la muestra, y el mayor a los suicidios, donde son gallegos el 94,7 %. Se excluye valorar los homicidios por su baja incidencia. Se resume en la siguiente tabla:

Procedencia geográfica de las víctimas (valor preferente), según la forma etiológica de muerte

	Autonomía	Provincia	Municipio
M. judiciales	Galicia 86%	Ponte. 94,6%	Cambados 23,4 %
M. naturales	Galicia 77,3%	Ponte. 93,1%	Sanxenxo 34,1%
M. violentas	Galicia 89,2%	Ponte. 95%	Cambados 26%
M. homicidas	Galicia 75%	Ponte. 100%	Meaño 100%
M. suicidas	Galicia 94,7%	Ponte. 100%	Cambados 27,8%
M. accidentales	Galicia 88,2%	Ponte. 93,7%	Cambados 25,5%
M. acc. tráfico	Galicia 86%	Ponte. 91,9%	Cambados 26,4%

Se ha realizado al respecto la prueba Chi-cuadrado para ver la significación estadística entre el juzgado de origen y la etiología de la muerte, exceptuando los supuestos de homicidio por su baja presentación. Resultando:

N (muestra): 274

Chi-cuadrado: 11,046 (11 g.l.)
 $p = 0,354$ ($p > 0,05$)
por tanto sin significación estadística.

DATA DE LA MUERTE

La hora de fallecimiento preferente ha sido las 12 horas, con un rango que abarca prácticamente todas las posibles del día, y una media estadística (sistema decimal) de 12,42 horas.

Agrupadas las horas en intervalos de ocho, el más observado ha sido entre las 8 y las 15 horas (38,5%).

Su análisis diferenciado según el sexo da igualmente, en ambos, el mismo orden de frecuencia de intervalos: 8 a 15 horas, seguido de las 16 a 23, y en último lugar entre las 0 y 7 horas. Se ha realizado la prueba Chi-cuadrado, siendo:

N (muestra): 260
Chi-cuadrado: 2,238 (2 g.l.)
 $p = 0,327$ ($p > 0,05$)
por tanto sin significación estadística con límites de confianza del 95 %.

Igualmente, se ha llevado a cabo el estudio diferenciado del intervalo horario según la década de edad. La proporción de casos resultada entonces variable, aunque sin la suficiente dispersión, siendo la Chi-cuadrado (exclusión de las categorías 0-9 años y 90-99 años por su baja frecuencia):

N (muestra): 243 casos
Chi-cuadrado: 22,033 (14 g.l.)
 $p = 0,078$ ($p > 0,05$)

Si se observa la frecuencia de los intervalos teniendo en cuenta la etiología de la muerte, "p" resulta aún mayor. Siendo la inferencia estadística (se excluye la categoría homicidio por baja frecuencia):

N (muestra): 256

Chi-cuadrado: 5,665 (4 g.l.)

$p = 0,226$ ($p > 0,05$)

sin significación estadística

El día de la semana con más fallecimientos ha sido el lunes (20,5%). En su estudio por períodos, el más elevado corresponde al viernes-sábado-domingo-lunes.

Su análisis diferenciado según el sexo, no muestra significación estadística:

N (muestra): 277

Chi-cuadrado: 6,229 (6 g.l.)

$p = 0,398$

Tampoco se encuentra diferencia estadística en la observación comparada del día semanal según la forma etiológica de muerte, resultando (se excluye la categoría homicidio):

N (muestra): 273

Chi-cuadrado: 20,276

$p = 0,062$

si bien la presentación más alta en las muertes naturales es el lunes, en las suicidas el miércoles y en las accidentales el sábado.

En el IAF de Cartagena, los días más frecuentes han sido: 1994 [5]: martes (24,53%), y lunes (16,35%). En 1996 [6] lunes (25,68%) y domingo (15,54%). Mientras, en 1998 [7] fue el miércoles (20,5%), seguido en igual proporción (15%) por el sábado y el domingo.

En Alcalá de Henares[14] el día más frecuente resultó el sábado (19,53%), seguido del viernes (16,44%), el domingo (13,73%), el jueves (13,15%), el miércoles (12,76%), el martes (11,79% y finalmente el lunes (11,60%).

El día del mes en la muestra cambadesa aparece muy repartido, siendo el más frecuente el día 24.

Atendiendo a los meses más comunes, han sido éstos agosto (14,3%) y julio (12,6%), y el más bajo febrero (4%).

Por períodos mensuales, el más usual corresponde a junio-julio-agosto, seguido de octubre-noviembre. Destaca pues la alta presentación en los meses de verano, con influencia del aumento de la población "de hecho" que se registra durante este periodo vacacional, con notable afluencia del turismo.

El estudio de la prueba Chi-cuadrado respecto a unos valores teóricos esperados iguales para todos los meses resulta:

N (muestra): 277

Chi-cuadrado: 34,870 (11 g.l.)

p = 0,000

por tanto, significativo para unos límites de confianza del 99 %.

La distribución estacional, de cuerdo con lo reseñado según los meses, revela el mayor porcentaje en verano (29,9%), y el menor en invierno (21,2%).

El estudio diferenciado por sexos muestra sin embargo una mayor presentación para los varones de la estación veraniega, mientras en la mujer se muestran con igual frecuencia la primavera y el otoño, seguidos a escasa distancia por el verano.

El análisis de ésta diferencia estadística, resulta:

N (muestra): 278

Chi-cuadrado: 8,050 (3 g.l.)

$p = 0,045$ ($p < 0,05$, $p > 0,01$)

por tanto sí hay significación estadística para unos límites de confianza del 95 %, si bien no suficiente si los límites se establecen para el 99%.

El estudio de la mortalidad por meses en el IAF de Cartagena [5] [6] [7], entre los años 1990 y 1998 ofrece los siguientes resultados, por orden de frecuencia:

MESES	%
Julio	13,78
Agosto	13,24
Junio	9,5
Diciembre	7,8
Marzo	7,67
Abril	7,6
Noviembre	7,4
Septiembre	7,2
Mayo	6,99
Enero	6,65
Octubre	6,52
Febrero	5,57

Coincidente, pues, en la mayor presentación en los meses veraniegos.

Análogamente, en Valencia [17] el mes de preferencia fue agosto, con el 10,70% de los casos, seguido de enero y abril, con el 9,90 y 9,06% de las muertes. Su relación:

MESES	%
Enero	9,90
Febrero	7,68
Marzo	8,97
Abril	9,06
Mayo	7,86
Junio	6,48
Julio	7,06
Agosto	10,70

Septiembre	8,26
Octubre	7,46
Noviembre	7,99
Diciembre	8,57

Mensualmente, en el IAF de Barcelona [36], entre los años 1989 y 1995 (excluyendo 1992 en el que no se ha tenido acceso a este dato) el mes con mayor número de fallecimientos fue diciembre (9,82%). Su cómputo general:

MESES	%
Enero	9,26
Febrero	8,46
Marzo	8,05
Abril	7,45
Mayo	8,18
Junio	7,67
Julio	7,96
Agosto	8,69
Septiembre	7,65
Octubre	7,86
Noviembre	8,60
Diciembre	9,82

También el mes de enero fue el que registró mayor incidencia en el IAF de San Sebastián [19], con el 9,77% de las muertes, seguido de diciembre (9,23%). Su orden de preferencia figura:

MESES	%
Enero	9,77
Diciembre	9,23
Mayo	8,80
Febrero	8,53
Julio	8,37
Agosto	8,27
Marzo	8,27
Abril	8,16

Noviembre	8,16
Septiembre	8,05
Octubre	7,03
Junio	5,90

En el IAF de Granada (1991-1998) [16] las proporciones fueron:

MESES	%
Enero	9,83
Diciembre	9,57
Febrero	9,21
Agosto	9,10
Junio	8,81
Mayo	8,41
Octubre	7,87
Noviembre	7,76
Marzo	7,72
Julio	7,65
Agosto	6,74
Abril	12

Respecto a la distribución estacional en esta muestra resulta: Invierno (27,41%), Primavera (24,43%), Otoño (24,23%) y Verano (23,93%).

La distribución mensual en Palma [15] guarda el siguiente orden:

MESES	%
Julio	9,27
Marzo	9,12
Agosto	8,73
Mayo	8,66
Enero	8,61
Junio	8,24
Abril	8,03
Febrero	7,80
Octubre	7,72
Diciembre	7,52
Septiembre	7,31
Noviembre	6,97

Por su parte, el partido judicial de Alcalá de Henares (Madrid), entre 1985-1989 [14] registra:

MESES	%
Diciembre	11,02
Julio	10,83
Enero	9,28
Septiembre	9,28
Marzo	9,09
Octubre	8,12
Abril	7,93
Mayo	7,93
Junio	7,35
Febrero	6,57
Agosto	6,38
Noviembre	5,99

Y por estaciones, en la misma población: Invierno (27%), Verano (26%), Otoño (24%) y Primavera (23%).

Algunos de los datos referidos se contemplan en la tabla siguiente:

Distribución mensual (tres primeros meses en orden decreciente) en diversas muestras judiciales

	1º-2º-3º mes (decreciente)
Cartagena, 1990-98	julio - agosto - junio
Cambados, 1989-98	agosto - julio - marzo
Valencia, 1989-98	agosto - enero - abril
Barcelona, 1989-95	diciembre - enero - agosto
S. Sebastian, 1990-98	enero - diciembre - mayo
Granada, 1991-98	abril - enero - diciembre
Palma, 1989-98	julio - marzo - agosto
Alcalá, 1985-89	diciembre - julio - enero

En la citada muestra de Zaragoza [49] el verano fue la estación predominante, en el 34,94% de los casos

La fase lunar recoge una distribución proporcionada de todas las fases, con un mayor porcentaje en cuarto menguante (29,9%) y menor en cuarto creciente (21,6%).

En el análisis al respecto diferenciado por sexos tampoco las diferencias entre ambos aparecen significativas, con unos resultados de:

N (muestra): 277

Chi-cuadrado: 3,825 (3 g.l.)

$p = 0,281$ ($p > 0,05$)

Igualmente, se ha considerado el registro lunar según la existencia de patologías previas, dada la creencia popular sobre un aumento de la mortalidad en la fase de luna llena, no encontrándose tampoco diferencia significativa:

N (muestra): 271

Chi-cuadrado: 8,270 (6 g.l.)

$p = 0,219$ ($p > 0,05$)

Análogamente, también sin diferencia estadística significativa, se han analizado las muertes según su etiología en relación con la fase lunar, exceptuando la categoría de homicidio (baja frecuencia) dando como resultado:

N (muestra): 273

Chi-cuadrado: 8,192 (6 g.l.)

$p = 0,224$ ($p > 0,05$)

LUGAR DEL FALLECIMIENTO

Han sido escasos los fallecimientos que han podido relacionarse de una forma clara con la actividad laboral (7,9%)l fundamentalmente por ocurrir durante la realización de la misma, o durante el trayecto a la misma "in itinere".

El lugar del fallecimiento ha sido predominantemente la vía pública (39,9%), seguido de la vivienda (31,3%). Más en relación el primero con las muertes accidentales, y el segundo con las muertes naturales y los suicidios.

Lógicamente el lugar del levantamiento varía, en tanto el cadáver puede haber sido desplazado ya a un centro sanitario, resultando de hecho éste el sitio preeminente, en el 42,8% de los casos.

En Alcalá [14] los lugares más frecuentes fueron análogamente la carretera (32,30%) y la vivienda (31,91%).

PATOLOGÍAS PREVIAS

El registro de las patologías previas ha resultado mayoritariamente, en el 67,3% de los casos, negativo (es decir, o bien no existían, o no se conoció durante la investigación judicial). Predominando, en los supuestos positivos, las enfermedades físicas, en el 23,7%, seguido de las psíquicas en el 6,8% únicamente.

Su estudio diferenciado por sexos conserva el orden referido, si bien varían las proporciones. El estudio estadístico de la Chi-cuadrado, sin incluir los casos con patologías física y psíquica al tiempo (escasa frecuencia) y los casos negativos muestra:

N (muestra): 85

Chi-cuadrado: 6,355 (1 g.l.)

$p = 0,12$ ($p > 0,05$)

es decir, sin significación estadística con límites de confianza del 95%.

Se ha estudiado su relación con las sustancias de abuso en los estudios de toxicología, sin embargo es muy pequeña la muestra para sacar conclusiones, habiéndose detectado en los casos positivos únicamente alcohol.

Los antecedentes de dependencia fueron mayoritariamente negativos, o bien no se conocieron, en el 86,7% de las ocasiones.

ESTUDIO AUTOPSICO

La autopsia se practicó en el 61,9% de los casos, aunque en clara relación con el tipo de muerte, de forma que en las muertes homicidas se llevó a cabo en todas, en las suicidas en el 89,5%, en las naturales en el 69,3%, y en las accidentales únicamente en el 50,9%. Lo que se relaciona lógicamente con la profundidad y precisión de estudio que exige cada una de ellas.

De hecho, en el estudio de la Chi-cuadrado esta diferencia resulta evidente (eliminando la categoría homicida):

N (muestra): 268

Chi-cuadrado: 20,310 (2 g.l.)

$p = 0,00$ ($p < 0,001$)

es decir, existe diferencia significativa con límites de confianza del 99%.

Se realizaron en el Hospital Provincial prácticamente todas (95,9%), desde el establecimiento del convenio entre las consejerías de Justicia y Sanidad.

Han sido hasta 17 los forenses contabilizados que han participado en las actividades tanatológicas, clasificándose a otros 8 como facultativos sin relación con la Administración de Justicia, que actúan en un momento determinado por falta de disponibilidad de perito oficial.

Gómez [14] registra la práctica de autopsia en el 45,06% de las ocasiones.

Los estudios complementarios se realizan en el 41%, si bien, considerando sólo los casos que fueron autopsiados, se eleva al 64%. Estudios que han sido fundamentalmente toxicológicos de forma exclusiva, seguido de toxicológicos y patológicos al tiempo.

El resultado de los análisis toxicológicos muestra esencialmente resultados negativos (36%) y casi en la misma proporción presencia de alcohol (34%). El estudio diferenciado según la etiología médico legal, revela que el resultado fue

esencialmente negativo en las muertes naturales, predominando el alcohol en las formas suicida y accidentales (45,8 y 41,9% respectivamente).

ETIOLOGÍA DE LA MUERTE

La etiología más común de muerte judicial ha sido la accidental (57,9%), seguida de la natural (27%), la suicida (13,7%) y la homicida (1,4 %). La comparación pormenorizada con otras series judiciales se realiza en el capítulo de las muertes violentas.

De forma global, en Cambados las muertes violentas agrupan el 73 % de los fallecimientos, y las muertes naturales el 27 %. Lo que representa 2,70 muertes violentas por cada una natural (2,70:1).

En este sentido, se han analizado otras publicaciones españolas, que se recogen en la tabla adjunta; encontrándose la mayor incidencia de formas violentas en Badajoz, con una proporción de 5,58:1, y la menor en Alcalá de Henares, con 0,78:1.

En el IAF de Cartagena, examinando los años 1994, 1996 y 1998 [5-7] las proporciones de muertes natural y violenta se mostraron:

1994: natural: 33,33% - violenta: 66,66%

1996: natural: 33,78% - violenta: 66,22%

1998: natural: 32,50% - violenta: 67,50%

En el IAF de Badajoz [18], entre 1990 y 1995, las muertes naturales fueron el 15,59%, frente a las violentas en un 84,81%.

A su vez, en Valencia [17], entre los años 1989 y 1997 las formas naturales conforman el 39,54% y las violentas el 60,46%.

Las muertes judiciales en Barcelona [36] correspondieron, entre 1989 y 1998, a un 48,94% de media las naturales, y un 51,05% las violentas.

Entre los años 1991 y 1998, en el IAF de Granada [16], la etiología natural agrupó el 34,88%, y un 65,12% las violentas.

Con otros resultados, en el IAF Profesor Orfila (Palma) [15] las proporciones fueron de 55,87% de muertes naturales, frente a un 44,13% de violentas.

En Liria [8] las muertes violentas aparecieron mayoritarias, en el 73,8% de las ocasiones, y las naturales en el 26%. En el mismo trabajo, se citan asimismo otras muestras como la de Verdú [44], que indica un 82,4% de formas violentas y un 17,5% de naturales; la estadística del IAF de Sevilla (1990-1994) con un 78,5% de violentas y 22,5% de naturales; el Partido de Alcoy (Alicante) [46], con igual proporción que la anterior; o el estudio de Arroyo en Madrid (1980-1985) [43] con un 62,5% de muertes violentas y un 37,47% de formas naturales.

En el partido de Alcalá de Henares [14] Gómez, entre 1985 y 1989 describe un 75% de formas violentas y un 25% de naturales.

En Zaragoza, entre menores de 18 años [49], fueron muertes violentas en el 90,7% de los casos y naturales en el 9,24%.

En otro estudio, se recoge la evolución de las muertes en el Partido judicial de Málaga, entre los años 1986 y 1995 [53], registrando un 64,37% de formas naturales, y un 35,63% de muertes violentas.

En las Memorias del IAF de Valladolid, correspondientes a 1974 [51], las muertes naturales conforman el 15,48% y las violentas el 84,52%.

En otro trabajo, sobre las actividades en el IAF de Valencia [52] en 1974, se manifestaron un 16,46% de formas naturales, y un 83,54% de violentas.

En la tabla adjunta se resumen algunos de los hallazgos mencionados:

Porcentajes de muertes naturales y violentas en diferentes partidos judiciales españoles

	Muertes naturales	Muertes violentas
Cambados, 1989-1998	27%	73%
Cartagena (Murcia), 1994	33,33%	66,66%
Granada, 1991-1998	34,88%	65,12%
San Sebastian, 1993-1998	34,84%	65,16%
Palma de Mallorca, 1989-1998	55,87%	44,13%
Valencia, 1989-1997	39,54%	60,46%
Badajoz, 1990-1995	15,19%	84,81%
Barcelona, 1989-1998	48,94%	51,05%
Lliria (Valencia), 1981-1996	26%	73,8%
Alcalá (Madrid), 1985-1989	25%	75%

La serie de Adelson et al [54], sobre un periodo de 30 años, registra un 67% de muertes naturales.

En el año 1990, en la ciudad de Charleston (Carolina del Sur) [48], si bien es un estudio que abarca la totalidad de la población (no exclusivamente judicial), las muertes naturales son el 91,48%, frente a únicamente un 8,52% las violentas.

En el Departamento de Medicina Leal de la Universidad de Kurume (Japón) [50], entre 1963 y 1987 las muertes naturales son un solamente el 6,40%, mientras las violentas suman un 93,60%. [50]

En un análisis reducido a las muertes de intervención forense en supuestos de enfermos esquizofrénicos (1994-1996), Chute [1] describe un 58% de muertes naturales, y un 42% de muertes violentas.

El análisis de la etiología según sea el sexo, en Cambados, revela unas proporciones muy similares de formas etiológicas. La prueba Chi-cuadrado resulta:

N (muestra): 278
 Chi-cuadrado: 2,028 (3 g.l.)

$p = 0,567$ ($p > 0,05$)

por tanto, sin significación estadística.

El estudio respectivo de las formas etiológicas atendiendo a la década de edad, sí va a revelar marcadas diferencias, con un aumento lógico y paulatino de la prevalencia de muertes naturales con la edad, mientras en el suicidio se observan dos picos de frecuencia, entre los 20-29 años y 50-59 años. Las formas accidentales tienen una mayor presentación en las décadas más jóvenes, hasta los 40-49 años, decayendo posteriormente para experimentar una nueva subida a los 80-89 años.

De forma coherente con lo expuesto, el análisis de la Chi-cuadrado, exceptuando por su baja frecuencia la categoría de homicidio y las décadas extremas (0-9 y 90-99 años), aparece:

N (muestra): 255

Chi-cuadrado: 41,532 (14 g.l.)

$p = 0,00$ ($p < 0,01$)

por tanto, significativo estadísticamente con límites de confianza del 99%.

Igualmente, se obtienen resultados diferentes de las formas etiológicas al relacionarlas con las patologías previas. De forma que, cuando ha existido enfermedad física, han predominado en las muertes naturales (72,7%); las patologías psíquicas se relacionan fundamentalmente con las etiologías suicidas (68,4%); y el desconocimiento de estos antecedentes ha sido más elevado para las muertes accidentales. Estas diferencias quedan patentes en la inferencia estadística (se excluyen las categorías homicidio, enfermedad negativa, o física y psíquica al tiempo):

N (muestra): 84

Chi-cuadrado: 36,671 (2 g.l.)

$p = 0,00$ ($p < 0,01$)

por tanto con diferencia significativa para límites de confianza del 99 %.

2. MUERTES NATURALES

FRECUENCIA

Al referirnos a las muertes judiciales en su conjunto, quedó reseñado el importante papel que ocupan los fallecimientos por causa natural, que han conformado un 27 % del total en el partido cambadés (75 casos). Lo que corresponde a una frecuencia media anual de 7,5 casos/ año, y una tasa de 13,95 casos/ 100.000 habitantes/ año.

Al tiempo, se correlacionó con diversas muestras judiciales, encontrando en todas ellas, excepto en la del partido de Palma de Mallorca, un predominio de las muertes violentas sobre las naturales en el cómputo total de las muertes judiciales.

En la siguiente tabla se sintetizan los resultados:

Porcentajes de muertes naturales y violentas en diferentes partidos judiciales españoles

	Muertes naturales	Muertes violentas
Cambados, 1989-1998	27%	73%
Cartagena (Murcia), 1994	33,33%	66,66%
Granada, 1991-1998	34,88%	65,12%
San Sebastian, 1993-1998	34,84%	65,16%
Palma de Mallorca, 1989-1998	55,87%	44,13%
Valencia, 1989-1997	39,54%	60,46%
Badajoz, 1990-1995	15,19%	84,81%
Barcelona, 1989-1998	48,94%	51,05%
Lliria (Valencia), 1981-1996	26%	73,8%
Alcalá (Madrid), 1985-1989	25%	75%

SEXO

En la muestra cambadesa el sexo predominante ha sido el masculino, en un 80 %. Si bien, hay que considerar la preponderancia de la población masculina en todas las formas de muerte judiciales.

En este mismo sentido, Gómez [14], en el partido de Alcalá, describe una proporción similar, con un 73,64% de hombres frente a un 26,36 % de mujeres.

Fenollosa [8], en su estudio en el partido de Liria (1981-1996), encuentra proporciones muy semejantes, del 78,4 de hombres frente a un 21,6 % mujeres.

Distribución del sexo en muertes naturales judiciales

	Varón	Mujer
Cambados, 1989-98	80%	20%
Valencia, 1989-1997	65,43%	34,57%
Alcalá de H., 1985-89	73,64%	26,36%
Liria, 1981-96	78,4%	21,6%

EDAD

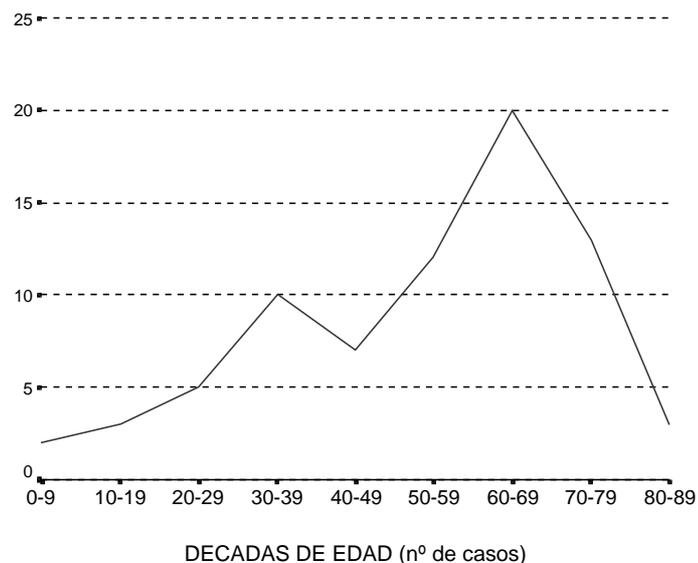
La edad media obtenida ha resultado 54 años (53,66 en sistema decimal), siendo la más frecuente los 61 años, y abarcando edades desde el nacimiento hasta los 84 años.

Considerada por sexos, la media de edad en el varón resulta 55 (54,62 decimal) y en la mujer 50 años (49,93). Y las edades más frecuentes, los 61 años en el varón y 59 en la mujer.

La agrupación en décadas, para facilitar su estudio, demuestra la mayor frecuencia entre los 60 y 69 años (26,7 %), lógico teniendo en cuenta que la causa de muerte son patologías naturales que aumentarían su desarrollo o presentación con la edad.

Seguido de los 70 a 79 años (17,3 %) y los 50 a 59 (16%), siendo la presentación más baja en las dos primeras décadas. Se reproduce el gráfico evolutivo.

Por sexos, la década con más incidencia en el varón ha sido los 60-69 años, y en la mujer los 50-59 años.



Por su parte, Fenollosa en Llíria [8] describe frecuencias semejantes, estando la mayor entre los 61 a 75 años (31,72%), seguida por los mayores de 75 años (27,74) y los comprendidos entre los 46 y 60 años (20,8%). Igualmente, hasta los 14 años la presentación es mínima.

También con una distribución semejante, Gómez [14] en Alcalá establece la mayor frecuencia entre los 50-59 (25,58%) y los 60-69 (20,16%) años, siguiendo con un 12,40% las décadas 80-89 y 40-49 años. La menor presentación se sitúa en la década 10-19 años (0,78%).

En el Instituto Anatómico Forense de Granada [16], considerando las autopsias realizadas entre 1991 y 1998, se observa la mayor preponderancia en la década 71-80 años, que es prácticamente igual para los 61-70 años (209 y 207 casos respectivamente). Seguido por los mayores de 80 años y los 51-60 años (165 y

136 casos). Entre los 6 y los 20 años es donde se encontró un menor número de casos.

En otro estudio, sobre los fallecimientos naturales en la ciudad de Huesca en 1996 [3], se recoge como década más frecuente los 61-70 años, seguida por los 71-80 y los mayores de 80 años.

ESTADO CIVIL Y PROCEDENCIA

El estado civil predominante ha sido el de casado, en el 45,3 %, seguido por el de soltero, con un 26,7%. A cierta distancia, aparecen los viudos, con el 10,7 %.

El estudio estadístico de la Chi-cuadrado, considerando únicamente las clases soltero y casado para ambos sexos (la baja presentación en las categorías restantes impiden su realización global), da un resultado de:

N (muestra): 54

Chi-cuadrado: 0,254

p = 0,614 (p > 0,054)

por tanto sin significación estadística.

En Alcalá, Gómez [14] aporta datos muy similares, con la situación de casado en primer lugar, (52,71 %), seguido de soltero (25,58 %) y viudo (15,50 %).

En la muestra de Cambados han sido muy minoritarios los divorciados y los separados, con un 5,3 % del total.

El análisis de la profesión resulta viciado por la escasa recogida de este dato en los expedientes judiciales, de forma que en el 77,3 % no queda reflejado, lo que impide un análisis estadístico fiable. Entre los registrados, aparece una mayor

presentación de los jubilados (4 casos), lógico por otra parte teniendo en cuenta las edades más elevadas de los fallecidos.

Gómez [14] registra como más frecuentes los estados de ama de casa y jubilado.

La procedencia geográfica de los fallecidos muestra un resultado previsible, en el sentido de que en el partido cambadés fallecen de muerte natural fundamentalmente los nacidos en este término. Así, resultan un 77,3 % los oriundos gallegos, con muy escasa representación del resto de las comunidades autónomas, y entre éstas fundamentalmente Castilla-León y Madrid, con 4 y 3 casos respectivamente. Dentro de la autonomía gallega, la gran mayoría proceden de la provincia de Pontevedra, el 93,1 %, en la que se sitúa el partido judicial de Cambados.

El municipio de origen en el Partido con mayor representación corresponde a Sanxenxo (34,1 %), seguido por O Grove (20,5 %) y Cambados (15,9 %). Siendo los menos contabilizados Meis y Ribadumia.

DATA DE LA MUERTE

La hora de fallecimiento tiene de media (utilizando el sistema decimal) las 11,85 horas, es decir las 12 horas del mediodía, que es a su vez la hora que más veces aparece recogida (moda).

En un análisis por intervalos, el comprendido entre las 8 y 15 horas es el más usual (42,7%) seguido de las 16 a 23 horas y las 0 a 7 horas (22,7% en ambos). Por sexos, en ambos se mantiene como intervalo más frecuente las 8 a 15 horas.

En el trabajo antes referido, Gómez [14], de los 105 casos en que se conoció la hora de la muerte, registra como más frecuente las 16 a 23 horas, seguido de las 0 a 7 horas, con el 36,19 y 35,24 % respectivamente. Como en Cambados, las 0 a 7 horas es el menos representado, siendo aquí un 28,57 %.

El día de la semana que aparece más contabilizado en el partido cambadés es el lunes (29,3 %), seguido del viernes (22,7 %) y el domingo (16%). Por sexos, el lunes es el preferente en el hombre, y el viernes en la mujer.

La muestra de Gómez [14] coincide en la alta presentación el viernes y domingo (18,9% ambos), si bien el lunes resulta aquí menor (10,24%). Ambas muestras coinciden en el día con menor número de casos el martes.

Los días del mes 3 y 16 han sido los más frecuentes.

En el análisis por meses, predominan los periodos octubre-noviembre y junio-julio-agosto. Aparece pues una alta incidencia en los meses de verano, que en otras series es menor, en relación con la mayor incidencia de patologías comunes en la estación invernal. Sin embargo, ha de tenerse en cuenta el importante aumento de la población en el partido cambadés en los meses de verano por el turismo, incluyendo frecuentes viajes organizados para la tercera edad, que ayuda a explicar esta incidencia.

En consonancia con lo comentado, en el estudio de la ciudad de Huesca [3], referente al año 1996, la mayor presentación recae en los meses de noviembre-diciembre-enero, y la menor en junio (0 casos) y abril (1 caso).

En el trabajo sobre la mortalidad en Llíria [8], se presentan con igual frecuencia los meses de septiembre, diciembre, marzo y abril, con el 9,82 % de los casos en cada uno. Siendo julio y agosto los menos representados, con el 5,78% cada uno.

Gómez [14] registra más usual el mes de diciembre (17,83%), seguido de julio (18,85 %) y junio (9,30%); siendo el menor septiembre (4,65%).

En el Instituto Anatómico Forense de Granada [16] entre 1991 y 1998 aparecen como más frecuentes los meses de enero (99 casos), diciembre (98 casos) y febrero (84 casos). Y el menor septiembre, con 47 casos.

Los diez años de estudio en el Partido judicial cambadés, demuestran un aumento de las muertes naturales desde 1995 a 1998. Al respecto, hay que considerar también las características que concurren en los peritos forenses. Aquellos que menos autopsias han realizado previamente a 1995 se ha constatado que ejercían al tiempo la medicina clínica y,, ante casos que observaban claros como muerte natural, en ocasiones certificaban la defunción, no iniciándose el caso para la vía judicial.

Las estaciones de verano y otoño, en consonancia con la distribución mensual referida, resultan preeminentes, con el 32 % de los casos cada una; si bien por sexos, es mayor la frecuencia en otoño para las mujeres (46,7 %), y ligeramente mayor en verano para los hombres (36,7 %). Resultando prácticamente iguales la primavera y el invierno con el 17,3 y el 18,7 respectivamente.

La realización de la prueba Chi-cuadrado, respecto a unos valores teóricos iguales para todas las estaciones, resulta:

N (muestra): 75

Chi-cuadrado: 5,907 (3 g.l.)

$p = 0,116$ ($p > 0,05$)

por tanto sin significación estadística.

En el I.A.F. de Granada [16] resultó predominante el invierno (271 casos), seguido del otoño (224), la primavera (213) y el verano (195).

En el estudio sobre el partido madrileño de Alcalá [14], figura en primer lugar el otoño (31,01 %), seguido del verano (25,58 %), el invierno (20,16 %) y la primavera (20,16 %).

Concordantes pues, los trabajos referidos, en la alta presentación en la estación otoñal.

La fase lunar en cuarto creciente es la que más veces aparece en los 10 años considerados. Si bien, con presentaciones no distantes del resto. El estudio de la Chi-cuadrado, respecto a unos valores teóricamente iguales tiene como valor:

N (muestra): 75

Chi-cuadrado: 1,747 (3 g.l.)

$p = 0,627$ ($p > 0,05$)

por tanto sin preferencia estadística estacional con unos límites de confianza del 95 %.

LUGAR DE FALLECIMIENTO

Ninguna de las muertes registradas ha podido enmarcarse dentro del ámbito laboral.

El lugar de fallecimiento, ha sido esencialmente un domicilio o vivienda (que incluye los alojamientos hoteleros), que agrupan el 72% de los casos, estando el resto muy repartido.

El lugar del levantamiento judicial del cadáver sigue siendo primordialmente el domicilio, en el 60 %, si bien una parte considerable se lleva a cabo en un centro sanitario, a donde habrían sido trasladados, en un 18,7%.

El domicilio es el lugar lógico de fallecimiento en este tipo de muertes, cuando adquieren un carácter judicial. Es inusual que aquellas que acaecen durante la estancia del enfermo en un centro médico requieran la actuación médico legal.

En este sentido, en el citado estudio de Huesca [3], aparece como primer lugar el centro hospitalario, en el 75 %, seguido del domicilio, en el 21 %. Lo que se explica porque la muestra abarca el conjunto de las muertes naturales, no solo las judiciales.

ANTECEDENTES. ESTUDIO AUTÓPSICO

El estudio de las patologías previas, en la amplia clasificación seguida, concluye con un 64% de casos (63,3% en varones, 66,7% en mujeres) en que se conocieron antecedentes de enfermedad física, siendo muy escasos los de carácter psíquico, y no pudiendo acreditarse ninguna patología en el 29,3%. La escasa precisión etiológica con que quedaron recogidas estos antecedentes impide un estudio más pormenorizado.

Por otra parte, destaca como estos antecedentes de enfermedad física aparecen en todas las formas etiológicas de muerte: en el 62,8% de las muertes cardíacas, en 66,7% para las del SN, en el 66,7% de las vasculares, en el 83,3% para las del aparato respiratorio, y en un 62,5% cuando la causa de la muerte corresponde al aparato digestivo.

En el estudio de Gómez [14], igualmente se manifiestan las patologías físicas claramente predominantes, en el 48,06%, si bien los casos en que no consta este dato alcanzan un porcentaje cercano.

Parece lógico este tipo de prevalencia, pues se tratan de muertes naturales que afectan esencialmente a edades avanzadas, con mayor probabilidad de padecimientos crónicos conocidos, entre ellos los implicados en el mecanismo final de la muerte.

En este tipo de mortalidad, como antecedentes de dependencia, aparece casi exclusivamente al alcohol, si bien predominan los casos en que no se ha podido acreditar. Siendo muy bajo, un 26,7 %, a otras drogas de abuso.

El estudio autopsico se llevó a cabo en la mayoría de las ocasiones, en un 69,3%, con cifras similares a las descritas por Gómez [14] de un 62,02%.

La realización de estudios complementarios, en los casos autopsiados, tuvo lugar en el 69,2%, siendo más habituales los análisis toxicológicos y anatómopatológicos al tiempo (45,9%), mientras de forma única se solicitaron más los anatomopatológicos (21,6%) que los químicos (13,5%).

Los resultados de las pruebas toxicológicas fueron más frecuentemente negativos, en el 65,5%, seguido por la detección de alcohol en el 13,8%.

ETIOLOGÍA DE LA MUERTE

La causa de que la muerte tenga interés judicial fue mayoritariamente, en el 72%, el encontrar al fallecido ya cadáver. Siendo en el 20%, por ingreso del fallecido, cadáver, en el centro sanitario. Dicha prevalencia se mantiene para ambos sexos (70% en los hombres y 80% en las mujeres)

De forma distinta, Gómez [14] registra como causa más habitual el desconocimiento por parte del médico de los antecedentes del fallecido (43,41%), seguida del hallazgo ya cadáver en el 31,78%, mientras únicamente en el 22,48% sería por el ingreso ya cadáver en un centro sanitario. Tendría interés al respecto conocer los criterios de clasificación seguidos.

La causa fundamental de la muerte ha sido las enfermedades cardio vasculares, en el 58,7%, seguido a gran distancia por las del aparato digestivo o las enfermedades “mal definidas” (siguiendo el modelo de clasificación CIE-9-MC) [38]. Lo cual encuentra su lógica en que uno de los motivos que provoca la judicialización de la mortalidad es su carácter súbito, imprevisto, y ésta obedece generalmente a un mecanismo cardiovascular.

etiología de la muerte CIE-9-MC

	Frecuencia	Porcentaje
neoplasias	2	2,7
trast. mentales	1	1,3
enf. sistema nervioso	4	5,3
enf. ap. circulatorio	44	58,7
enf. ap respiratorio	6	8,0
enf. ap digestivo	8	10,7
mal definidos	8	10,7
no consta	2	2,7
Total	75	100,0

En otra clasificación similar, según el aparato o sistema implícito, aparecen las patologías cardíacas como responsables de la muerte en un 57,3 %, seguido por las digestivas en el 10,7 %.

La etiología cardíaca se mantiene como predominante en el estudio diferenciado según el estado civil del fallecido.

Igualmente en el estudio por décadas de edad, las patologías cardíacas son mayoritarias a partir de los 30 años; entre los 20 y 29 años se detectaron únicamente dos casos atribuibles a patología del SN, otros dos al aparato respiratorio y uno solo catalogado como “muerte blanca”. Por debajo de esta década, es muy baja esta mortalidad.

A su vez, la diferenciación entre diferentes patologías cardíacas o vasculares no puede realizarse, dado lo escueto de lo recogido en los informes de autopsia. Una justificación hay que buscarla en la dinámica de la Medicina forense española, que requiere el envío de las muestras hasta centros de referencia, con un inusitado retraso en recibir los resultados, a veces estando el asunto ya archivado. Y, al tiempo, la falta de especialización de los propios facultativos forenses, sin una suficiente formación en Patología.

Colabora igualmente la misma dinámica judicial, ya que en el momento en que se acredita que la muerte es de origen natural, cesan todas las averiguaciones. Con todo ello, de forma errónea a nuestro entender, no llega a profundizarse las causas orgánicas o fisiopatológicas, siendo muy pobres así las clasificaciones consultadas de los diferentes centros forenses.

La segunda causa de mortalidad, han sido las enfermedades del aparato digestivo, y aquellas que permanecen “mal definidas” o de causa desconocida, con el 10,7% de los fallecimientos cada una. El cuarto lugar, con el 8%, lo ocupan las enfermedades del aparato respiratorio. Las neoplasias, únicamente son responsables del 2,7% de los decesos “judiciales”.

De forma global, en España son igualmente las enfermedades cardiovasculares la primera causa de muerte. Tomando como ejemplo el año 1995, según datos del INE [35], la mortalidad global fue de 346.227 personas, de ellas 184.488 varones y 161.739 mujeres. La tasa bruta fue de 883 fallecidos por cada 100.000 habitantes, siendo las enfermedades cardiovasculares, responsables del 38% de las defunciones, la principal causa de muerte. Galicia destaca en ese año como la Comunidad con más accidentes de tráfico e Insuficiencia cardiaca (tasa 84,2).

El conjunto de las muertes fue, en tasas por 100.000 habitantes, de 101,6 por enfermedad cerebrovascular, 94,3 por isquemia cardiaca, 54,8 debido a insuficiencia cardiaca, y 42 por cáncer de bronquios y pulmón; seleccionando sólo a las primeras causas. Por sexos, aparece en las mujeres como primera causa la enfermedad cerebrovascular con una tasa de 116,5, seguida de la isquemia cardiaca con 80,7 y la insuficiencia cardiaca con 70,3. En los varones, ocupa el primer lugar, con 112,2 muertes, la isquemia cardiaca; le sigue con 86,7 enfermedad cerebrovascular; y, con 85,7, el cáncer de pulmón y bronquios.

En otro estudio [57] acerca de la mortalidad debida a enfermedad cerebrovascular en España, entre 1951 y 1994, y tomando como ejemplo el último de los años, la

tasa anual de mortalidad en varones por 100.000 habitantes fue 86,87, y en mujeres 122,81.

Los mismo autores [56], analizando la mortalidad por enfermedad isquémica, en ese mismo año encuentran una tasa de 106,32 fallecidos varones por 100.000 habitantes, y 76,21 mujeres.

La Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia publica de forma anual los resultados sobre mortalidad, de los que se han consultado diferentes años, en consonancia con los que abarca la presente tesis. Las causas de muerte natural se recogen de acuerdo con la clasificación CIE.

Se ha considerado como más interesante, el contraste con las muertes naturales acontecidas en toda la provincia de Pontevedra. Se citan [9-13] seguidamente los resultados de algunos años.

- *Etiología de las muertes naturales en la provincia de Pontevedra- año 1990*

Enfermedades infecciosas y parasitarias	1,26%
Neoplasias	24,44%
Enfermedades endocrinas, nutritivas, del met	3,40%
Enfermedades de la sangre	0,40%
Trastornos mentales	1,81%
Enfermedades del S. N.	1,40%
<u>Enf. del sistema circulatorio</u>	<u>46,28%</u>
Enf. del aparato respiratorio	10,39%
Enf. del aparato digestivo	4,89%
Enf. del aparato genito-urinario	1,69%
Enf. del embarazo, parto, puerperio.....	0,00%
Enf. de la piel y tejido subcutáneo	0,18%
Enf. osteo-mioarticulares y del tej. conectivo	0,63%

Anomalías congénitas	0,26%
Síntomas, signos y estados mal definidos	2,58%

- Etiología de las muertes naturales en la provincia de Pontevedra- año 1993

Enfermedades infecciosas y parasitarias	1,27%
Neoplasias	26,19%
Enfermedades endocrinas, nutritivas, del met ...	3,28%
Enfermedades de la sangre	0,37%
Trastornos mentales	2,32%
Enfermedades del S. N.	1,34%
Enf. del sistema circulatorio	44,76%
Enf. del aparato respiratorio	10,06%
Enf. del aparato digestivo	5,07%
Enf. del aparato genito-urinario	1,56%
Enf. del embarazo, parto, puerperio.....	0,00%
Enf. de la piel y tejido subcutáneo	0,24%
Enf. osteo-mioarticulares y del tej. conectivo	0,54%
Anomalías congénitas	0,36%
Síntomas, signos y estados mal definidos	2,37%

- Etiología de las muertes naturales en la provincia de Pontevedra- año 1994

Enfermedades infecciosas y parasitarias	1,29%
Neoplasias	26,99%
Enfermedades endocrinas, nutritivas, del met	3,30%

Enfermedades de la sangre	0,31%
Trastornos mentales	2,26%
Enfermedades del S. N.	1,51%
Enf. del sistema circulatorio	43,87%
Enf. del aparato respiratorio	10,58%
Enf. del aparato digestivo	4,79%
Enf. del aparato genito-urinario	1,44%
<u>Enf. del embarazo, parto, puerperio.....</u>	<u>0,00%</u>
Enf. de la piel y tejido subcutáneo	0,13%
Enf. osteo-mioarticulares y del tej. conectivo	0,50%
Anomalías congénitas	0,30%
Síntomas, signos y estados mal definidos	2,11%

- Etiología de las muertes naturales en la provincia de Pontevedra- año 1995

Enfermedades infecciosas y parasitarias	1,51%
<u>Neoplasias</u>	<u>25,95%</u>
<u>Enfermedades endocrinas, nutritivas, del met</u>	<u>3,50%</u>
Enfermedades de la sangre	0,39%
Trastornos mentales	2,87%
Enfermedades del S. N.	1,57%
Enf. del sistema circulatorio	43,31%
Enf. del aparato respiratorio	11,51%
Enf. del aparato digestivo	4,69%
Enf. del aparato genito-urinario	1,39%
Enf. del embarazo, parto, puerperio.....	0,00%
Enf. de la piel y tejido subcutáneo	0,13%
Enf. osteo-mioarticulares y del tej. conectivo	0,62%
Anomalías congénitas	0,19%
Síntomas, signos y estados mal definidos	2,06%

- Etiología de las muertes naturales en la provincia de Pontevedra- año 1996

Enfermedades infecciosas y parasitarias	1,50%
Neoplasias	26,56%
Enfermedades endocrinas, nutritivas, del met	3,31%

Enfermedades de la sangre	0,27%
Trastornos mentales	3,13%
Enfermedades del S. N.	1,57%
<u>Enf. del sistema circulatorio</u>	<u>42,84%</u>
Enf. del aparato respiratorio	11,49%
Enf. del aparato digestivo	4,62%
Enf. del aparato genito-urinario	1,57%
Enf. del embarazo, parto, puerperio.....	0,00%
Enf. de la piel y tejido subcutáneo	0,13%
Enf. osteo-mioarticulares y del tej. conectivo	0,61%
Anomalías congénitas	0,25%
Síntomas, signos y estados mal definidos	1,84%

Como se observa, la causa mayoritaria de muerte en todos los años consultados, en la provincia pontevedresa, corresponde a las enfermedades del aparato circulatorio, entre el 46,28% y el 42,84% según el año. Como segunda causa de muerte aparecen los tumores, sin concordancia con las series médico legales, lo que se explica porque son estadísticas referidas a las muertes de toda la población, la mayoría lógicamente sin carácter judicial. La tercera causa de muerte corresponde a las enfermedades del aparato respiratorio, y la cuarta la ocupan las enfermedades del aparato digestivo.

Existen pues, evidentes diferencias entre la mortalidad global poblacional y la judicial. En ésta última las causas de muerte más frecuentes, en más de un 80%, son cardíacas, pues son éstas las responsables mayoritarias de las formas súbitas de mortalidad, que a su vez justifican la intervención médico legal. Análogamente, son raras las neoplasias en la casuística médico legal, dado su curso crónico y antecedentes suficientes que excluyen la sospecha de criminalidad, mientras en la población general alcanzan la segunda causa de muerte tras las patologías cardiovasculares.

Por otra parte, los censos oficiales calculan la mortalidad por 100.000 habitantes, pero sobre la población de “derecho”. Sin embargo, determinadas circunstancias, como los movimientos en periodo vacacional, hacen variar considerablemente

dicha población (población de “hecho”). A su vez, son estadísticas que recogen la mortalidad de las personas censadas, independientemente del lugar geográfico de la muerte, lo que las hace más imprecisas para su uso desde el punto de vista médico legal.

De donde se deduce la importancia de mantener un registro preciso sobre esta mortalidad en los Institutos Anatómico Forenses o equivalentes, ya que es son una fuente de primera mano tanto para conocer la casuística médico legal como para proporcionar los datos de forma óptima para la elaboración de los censos oficiales. La codificación más adecuada corresponde a la clasificación CIE, que es la seguida por los organismos sanitarios oficiales, y que de hecho vienen utilizando algunos centros de Medicina Legal.

En un interesante estudio [55] sobre la mortalidad cardiovasculares en España en las diferentes comunidades autónomas, entre los años 1975 y 1992, se constata una disminución por estas patologías, pero fundamentalmente a consta de las enfermedades cerebrovasculares. En concreto, la comunidad gallega registró un cambio medio anual en su evolución para las enfermedades del aparato circulatorio de $-2,5$ ($-2,4$ en varones, $-2,6$ mujeres). Referido de forma exclusiva a la enfermedad isquémica cardíaca, la disminución media fue de $0,6$ en Galicia ($-0,5$ en hombres, y $-1,0$ en mujeres).

Otros datos comparativos de interés, es que en el año 1992, respecto a la tasa de fallecidos varones por enfermedad del aparato circulatorio y por 100.000 habitantes, Galicia ocupaba el séptimo puesto en el conjunto de comunidades autónomas (octavo en enfermedad isquémica y sexto en enfermedad cerebrovascular). Los mismo datos referidos al sexo femenino, sitúan a la comunidad en el octavo puesto (treceavo por enfermedad isquémica y sexto por enfermedad cerebrovascular)

En la serie de Gómez [14], las enfermedades cardiovasculares son responsables del 64,34 % de las muertes, seguido por las enfermedades del aparato respiratorio, con el 20,93 %, y las digestivas en el 6,20 % de los casos. Las tumorales, únicamente se recogen para el 0,78 %.

En el estudio de la mortalidad en Llíria, Fenollosa [8], reúne como causas cardio vasculares hasta en el 64,16 % de los fallecimientos, seguido por las patologías neurológicas en el 12,5 % y las enfermedades del aparato respiratorio igualmente en el 12,5 %. A este respecto, sería de interés conocer en que grupo se han catalogado, como vasculares o nerviosas, las enfermedades vasculares del sistema nervioso.

En el I.A.F. de Palma de Mallorca [15], entre los años 1989 y 1998, aparecen también las patologías cardio vasculares como primera causa de muerte, quedando recogidas principalmente como infarto de miocardio, fibrilación cardiaca, insuficiencia cardiaca, insuficiencia cardiorrespiratoria o insuficiencia coronaria.

En el citado estudio sobre la mortalidad natural global en Huesca [3], la primera causa de mortalidad es la cardiovascular, en el 45% de los casos, que a su vez comprende esencialmente coronariopatías (29,2%), cardiopatía hipertensiva (13,86%) y rotura de neurisma de aorta (2%). La segunda causa de muerte la ocupan las enfermedades del sistema nervioso, el 28% de los casos, incluyendo aquí los accidentes cerebro vasculares. Y la tercera causa, en el 20%, implica las patologías del aparato respiratorio.

En las autopsias realizadas en el Instituto Anatómico Forense de Barcelona [36], en un análisis de las causas de mortalidad entre los años 1996 y 1998, aparecen en primer lugar, en todos ellos, las causas cardiacas, con el 57,18, el 61,95 y el 55,93% de los casos respectivamente. En segundo lugar, se registran con mayor frecuencia, igualmente en todos los años, el epígrafe de “no especificadas”. Siendo las menos frecuentes las patologías renales y hepáticas.

Un interesante estudio [37], objeto de Tesis doctoral [39], llevado a cabo sobre las muertes súbitas en menores de 19 años en la provincia de Vizcaya, entre los años 1990 y 1997, encuentra como primera causa de muerte el grupo de patologías extracardiacas (13 casos sobre 34), y entre estas fundamentalmente las recogidas como “muertes súbitas en pacientes asmáticos” y las hemorragias subaracnoideas. Las causas cardiacas (10 sobre 34), son fundamentalmente la

cardiopatía arritmogénica y la miocardiopatía hipertrófica. Un amplio número (11 sobre 34) permanecen como muertes inexplicadas.

Al tiempo, estas muertes súbitas en menores de 19 años han representado el 9% de todas las muertes no violentas en el periodo del estudio, y proporcionan una mortalidad de 1,7 por 100.000 habitantes.

En una población de 66 esquizofrénicos, autopsiados en la Office of the Chief Medical Examiner (Maryland), entre 1994 y 1996, Chute [1] describe como primera causa de muerte las enfermedades cardio vasculares, de tipo arteriosclerótico en el 50% y como arritmia cardiaca en el 13%.

Di Maio [4] en una revisión sobre 1000 autopsias forenses de muertes naturales, encuentra como primera etiología las enfermedades cardiovasculares, en el 60,9% de los casos, distribuyéndose éstas en orden decreciente de frecuencia en:

- 1º- enfermedades de las arteras coronarias
- 2º- miocardiopatías
- 3º- disección de aneurisma de aorta
- 4º- enfermedad hipertensiva
- 5º- patología valvular
- 6º- enfermedades congénitas
- 7º- miocarditis
- 8º- ruptura aneurisma de aorta arteriosclerótico
- 9º- otras causas cardiacas

La segunda causa de muerte lo ocuparon las enfermedades del sistema nervioso (8,7%), y la tercera las patologías del aparato respiratorio (8,6%), seguido a distancia por el resto de aparatos y sistemas.

En otra revisión, sobre las causas de muerte en 1990 en la ciudad de Charleston, abarcando a toda la población, Cina et al. [48] recogen como primera causa las enfermedades cardiacas, seguidas del cáncer y las enfermedades

cerebrovasculares. Al tiempo, exponen de forma comparativa cuales fueron las primeras causas en la misma localidad en el año 1820, que ocuparon en el primer lugar la tuberculosis, seguido de diarreas, la edad avanzada, las convulsiones y las enfermedades cardiacas.

3. MUERTES VIOLENTAS

Como ha quedado señalado, son las de mayor interés médico legal, al mediar comúnmente la participación de un tercero, o la propia víctima, en el mecanismo que origina la muerte. Aquí se estudian de forma global el conjunto de las muertes violentas, y posteriormente se desarrollarán de forma sucesiva cada una de ellas (homicidas, suicidas, accidentales).

FRECUENCIA

El total de muertes violentas en el partido cambadés, en la década de estudio, ha sido de 203 casos; lo que representa una frecuencia media anual de 20,3 casos/año, y una tasa de incidencia media de 37,77 muertes violentas/ 100.000 habitantes/año.

Esta forma de muerte agrupa en Cambados el 73 % de los fallecimientos judiciales; en tanto las muertes naturales suponen el 27 %.

En el capítulo anterior se comparaba este porcentaje con el de otros partidos judiciales españoles, sintetizándolo en la siguiente tabla

Porcentajes de muertes naturales y violentas en diferentes partidos judiciales españoles

	Muertes naturales	Muertes violentas
Cambados, 1989-1998	27%	73%
Cartagena (Murcia), 1994	33,33%	66,66%
Granada, 1991-1998	34,88%	65,12%
San Sebastian, 1993-1998	34,84%	65,16%
Palma de Mallorca, 1989-1998	55,87%	44,13%
Valencia, 1989-1997	39,54%	60,46%
Badajoz, 1990-1995	15,19%	84,81%
Barcelona, 1989-1998	48,94%	51,05%
Lliria (Valencia), 1981-1996	26%	73,8%
Alcalá (Madrid), 1985-1989	25%	75%

El mayor número anual de fallecimientos se registró en 1992 y 1996, con un 13,8 % en cada uno de ellos; siendo el menor en 1993, con el 7,4 %.

SEXO

El sexo continúa siendo, como en el conjunto de las muertes judiciales, preferentemente masculino, con el 77,8% frente al 22,2% de mujeres.

Fenollosa [8] describe en el partido de Lliria un porcentaje de 77,23% de varones y un 22,67% de mujeres

En Valencia [17] el porcentaje fue de un 74,11 varones y un 25,89% mujeres.

En un estudio sobre la mortalidad infanto juvenil en Zaragoza (1970-1982) [49] resultó igualmente más frecuente el sexo masculino, con el 67,47% de las muertes, quedando el femenino con el 32,52%.

En el Departamento de Patología de la Universidad de Tromso [58], en Noruega, entre 1972 y 1992, sobre un total de 2004 autopsias médico legales, fueron varones un 82,6%, y un 17,4% mujeres.

EDAD

La edad media ha resultado 40 años (40,5 años en sistema decimal), recogiendo casos desde 1 año hasta los 94. Por décadas, se aprecia un pico importante para los 20 a 29 años, que agrupa el 22,2% de los casos. Por sexos, la edad media es discretamente superior en la mujer (46,89 frente a 38,63 años, en el sistema decimal).

En el IAF de Granada [16] las edades agrupadas resultan:

EDADES	%
0-5 años	2,37
6-10 años	0,59
11- 15 años	1,63
16-20 años	8,01
21-30 años	20,91
31-40 años	16,39
41-50 años	10,01
51-60 años	11,12
61-70 años	9,86
71-80 años	9,64
>80 años	9,42

coincidente pues en la mayor frecuencia en la década 20 a 30 años.

Por su parte, en un país de características muy distintas, en el IML de Salvador-Bahía (Brasil) [34], la distribución en décadas se mostró:

EDADES	%
0-4 años	1,19
5-9- años	2,41
10-14 años	2,51
15-19 años	14,14
20-29 años	35,96
30-39 años	19,82
40-49 años	11,12
50-59 años	6,35
60-69 años	3,77
>70 años	2,47

donde nuevamente la década 20-30 años es la más frecuente, aún siendo las características poblaciones muy diferentes a la española.

En la anteriormente citada población judicial en Noruega [58], la edad media fue de 40 años (40,2 en sistema decimal), si bien, agrupadas, la mayor presentación estuvo entre los 20 y 24 años.

ESTADO CIVIL. PROCEDENCIA

El estado civil ha resultado muy similar en el número de solteros, 41,4%, y de casados, 42,9%.

La profesión, ha permanecido desconocida en la mayoría de los casos.

La mayor parte de los fallecidos, como en el conjunto de las muertes judiciales, eran oriundos de la comunidad Gallega, y dentro de ésta de la provincia pontevedresa (95%).

DATA DE LA MUERTE

La hora del fallecimiento tiene como media estadística las 12. 30 horas (12,6 en sistema decimal), permaneciendo la moda muy repartida. Por intervalos, el más

frecuente corresponde a las 8-15 horas (36,9 %), si bien sin diferencias significativas con el resto. Asimismo, en el análisis diferenciado del intervalo horario según el sexo, no se aprecian diferencias significativas, siendo la prueba Chi-cuadrado:

N (muestra): 194

Chi-cuadrado: 0,637 (2 g.l.)

$p = 0,727$ ($p > 0,05$)

Tampoco el análisis horario de acuerdo con las formas etiológicas de muerte violenta muestra significación estadística:

N (muestra): 190 (se excluyen los homicidios por baja frecuencia)

Chi-cuadrado: 2,931 (2 g.l.)

$p = 0,231$ ($p > 0,05$)

El día de la semana que más veces se ha recogido ha sido el sábado (20,2%), seguido del lunes (17,2%). En el análisis al respecto según el sexo, no se reflejan diferencias significativas:

N (muestra): 202

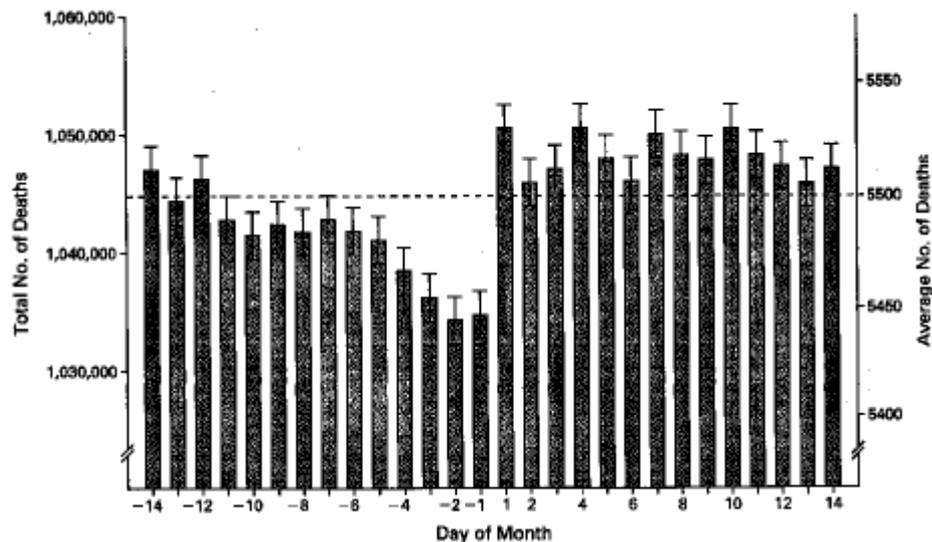
Chi-cuadrado: 2,638 (6 g.l.)

$p = 0,853$ ($p > 0,05$)

El estudio evolutivo durante el mes, revela una leve mayor incidencia en la primera mitad (107 casos frente a 94).

En un trabajo llevado a cabo en EEUU [60] para determinar la distribución de los fallecimientos a lo largo del mes, basándose en todas las muertes certificadas entre 1973 y 1988, se evidenció una diferencia significativa, de forma que las muertes fueron más frecuentes en la primera semana del mes respecto a la última, afectando a todos los tipos de muerte. Lo que se atribuye según los autores, entre otros factores, a la mayor disponibilidad económica en la primera semana para el

consumo de sustancias de abuso. Se reproduce el gráfico de la publicación, correspondiendo el día 1 al primero de la primera semana, y el -1 al día precedente. La línea discontinua indica el nivel medio de muertes si no hubiera fluctuaciones.



Por meses los más frecuentes, siguiendo la tónica de distribución general para todas las muertes judiciales en el Partido, han sido agosto (13,8%) y julio (11,8%).

En San Sebastián la distribución media mensual, entre los años 1993 y 1998 fue:

MESES	%
Enero	8,64
Febrero	9,06
Marzo	7,16
Abril	7,49
Mayo	9,06
Junio	7,99
Julio	8,56
Agosto	9,39
Septiembre	8,64
Octubre	6,67
Noviembre	8,15
Diciembre	9,14

por tanto, el mes con mayor número de incidencias correspondió a agosto, seguido de diciembre. Ha de considerarse también en este partido judicial el aumento importante poblacional en los meses de verano.

El reparto de los meses, entre 1991 y 1998 en el IAF de Granada [16] fue:

MESES	%
Enero	9,34
Febrero	8,93
Marzo	8,11
Abril	7,28
Mayo	8,52
Junio	8,81
Julio:	7,81
Agosto:	8,75
Septiembre	7,34
Octubre	8,05
Noviembre	8,05
Diciembre	8,93

con mayor presentación del periodo diciembre-enero-febrero.

La estación más observada en el partido de Cambados ha sido el verano, de acuerdo con la distribución mensual mencionada, en el 29,1%, y la menor el otoño en el 21,7%. El estudio de la Chi-cuadrado respecto a unos valores teóricos iguales para todas las estaciones resulta:

N (muestra): 203

Chi-cuadrado: 3,246 (3 g.l.)

$p = 0,355$ ($p > 0,05$)

por tanto, sin diferencia significativa para unos límites del 95%.

Las diferentes formas etiológicas muestran sus propias proporciones estacionales. Siendo los suicidios mas frecuentes en primavera y verano, y los accidentes en

verano e invierno. Sin embargo, no existe una diferencia entre ambas formas de suficiente grado estadístico

N (muestra): 199 (se excluye el suicidio)

Chi-cuadrado: 4,945 (3 g.l.)

$p = 0,176$ ($p > 0,05$)

En el IAF de Granada [16] la estación más frecuente fue el invierno (26,16%), seguido de la primavera (25,18%), el otoño (25,13%) y finalmente el verano (23,51%).

El análisis citado anteriormente [49], sobre muertes infanto juveniles indica también una mayor prevalencia del verano, con el 34,94% de los casos.

La fase lunar, popularmente relacionada con el aumento de las muertes violentas, ha resultado mayor en el cuarto menguante (30,5%) y menor en el cuarto creciente (18,7%). La inferencia estadística Chi-cuadrado, respecto a los valores teóricos iguales esperados resulta:

N (muestra): 202

Chi-cuadrado: 6,356 (3 g.l.)

$p = 0,095$ ($p > 0,05$)

por tanto, sin significación estadística.

Asimismo, el reparto de las diferentes formas etiológicas de muerte violenta no mantiene diferencias significativas con las diferentes fases de la Luna. La inferencia se realiza excluyendo los casos de homicidio y con fase lunar desconocida,

N (muestra): 198

Chi-cuadrado: 4,424 (3 g.l.)

$p = 0,219$ ($p < 0,05$)

En un estudio sobre la influencia de diferentes factores en la agresividad humana [61], entre ellos la fase lunar, y para el que se utilizaron los expedientes judiciales del año 1994 del partido judicial de Cornellà (Barcelona), se encontró una asociación muy significativa entre el fin de semana y el verano, y del lunes con el invierno. Al tiempo, se evidenció una fuerte relación entre el alcohol y la heteroagresividad por una parte, y por otra el consumo de drogas de abuso y fármacos con la autoagresividad.

LUGAR DE FALLECIMIENTO

Sólo en una minoría, el 10,8%, se pudo establecer algún tipo de relación con la actividad laboral.

De forma contraria a las muertes naturales, aquí el lugar más frecuente del fallecimiento lo constituye la vía pública (52,7%), en relación con los accidentes de tráfico, que a su vez conforman el contingente principal de las muertes accidentales. El lugar del levantamiento será más comúnmente un centro sanitario, a adonde habrá sido trasladado el cadáver antes de la inspección judicial.

Sí se observa una lógica diferencia en el estudio individualizado según la etiología, de forma que las muertes accidentales ocurren mayoritariamente como se ha señalado en la vía pública (62,7%) mientras en las suicidas corresponde a las viviendas (52,6%).

ANTECEDENTES

De manera diferente a las muertes naturales, aquí no se ha conocido en la mayoría de los casos la existencia de una patología previa (18,7 %). Si bien hay que considerar al respecto que la investigación, al quedar clara la causa de la muerte por un agente externo, no llega a profundizarse en la mayor parte de los casos. En

el mismo sentido, no se tuvo constancia de dependencia al alcohol o sustancias de abuso (18,7 %).

La autopsia se practicó en el 59,1% de las ocasiones. Lo que se correlaciona con los frecuentes accidentes de tráfico que en ocasiones sólo son objeto de un examen externo. Cuando se practicó, en una mayoría de los casos (61,7 %) se realizaron estudios complementarios, y entre éstos, los toxicológicos en el 70,1 %.

El resultado de los análisis detectó fundamentalmente alcohol (42,3%), seguido de resultado negativo (23,9%). A su vez, en el sexo masculino fue dicha sustancia la más detectada (52,6% de las mismas), mientras en el femenino predominaron los fármacos (21,4%) y el resultado negativo (42,9 %).

ETIOLOGÍA MEDICO LEGAL

La etiología más frecuente fue la accidental, en el 79,3% (161 casos), seguida de la suicida en el 18,7 % (38 casos), y la homicida en el 2% (4 casos).

Se ha utilizado paralelamente la clasificación internacional CIE, observándose dentro de los accidentes una mayor proporción de los causados por vehículos a motor (49,3% de los casos totales), seguido por los ahogamientos accidentales (14,8% del total). Entre los suicidios, mayoritariamente se observan ocasionados por ahorcadura.

En Liria [8] las proporciones fueron de un 2,2% de homicidios, 28,1% de suicidios y 70% de accidentes.

En la muestra de Alcalá de Henares, Gómez [14] describe un 3,6% de homicidios, 23,71% de suicidios y 72,68% de accidentes.

El partido judicial de Barcelona, entre los años 1989 y 1998 [36], mostró un 3,20% de homicidios, 23,34% de suicidios y 73,45% de formas accidentales.

De igual forma, en Badajoz [18] las formas homicidas fueron el 1,42%, las suicidas el 14,73% y las accidentales el 83,83%.

El porcentaje en el partido de Palma de Mallorca [15], ente 1989 y 1998 comprenden un 2,03% de homicidios, 19,48% de suicidios y un 78,48% de muertes accidentales.

En el IAF de Cartagena (Murcia) [5-7], entre 1990 a 1998, las formas homicidas fueron el 5,68%, las suicidas el 25,62% y las accidentales el 69,59%.

Entre los años 1989 y 1997, el porcentaje de muertes violentas en el IAF de Valencia [17] fue de 3,01% de homicidios, 15,27 % de suicidios, y 81,70% accidentes.

Un estudio sobre la misma ciudad, limitado al año 1974 [52] muestra un índice del 0,78% de homicidios, 11,45% de suicidios y 87,76% de accidentes.

Los porcentajes en el IAF de San Sebastián [19] resultaron: 3,45% homicidios, 25,70% suicidios y 70,84% forma accidentales.

En el IAF de Granada [16] se recogen entre 1991 y 1998 un 3,76% de homicidios, 18,93% de suicidios y 77,30% de accidentes.

En Zaragoza [49], entre menores de 18 años, la forma más frecuente fue la accidental, con el 96,65%, seguida de la suicida en el 2,89%, y la homicida en el 0,44%.

Castilla [53] cita un estudio doctoral realizado en el partido judicial de Málaga entre 1986 y 1995, reflejándose un 4,66% de homicidios, 26,81% de suicidios y 68,51% de accidentes.

Una población de características muy diferentes a las españolas, como es la estudiada en el Instituto de Medicina Legal Nina Rodrigues, en la ciudad de Salvador-Bahía (Brasil) [34] ofrece unos llamativos resultados, donde la proporción mayor corresponde a los homicidios, en un 53,42%, seguido de los accidentes, en el 41,01%, y los suicidios en un 5,55%.

En la ciudad de Charleston (Carolina del Sur, USA), Cina et al [48] describen como formas violentas de muerte, en el conjunto global de la población, un 1,4% de formas homicidas, un 1,5% suicidas y un 5,6% de formas accidentales. Si bien, son porcentajes menores debido a que no es una población exclusiva judicial, siendo por tanto mayoritarias las formas de muerte natural (91,48% del total considerado).

En otro estudio sobre los casos estudiados en el Departamento de Medicina Legal de Kurume (Japón) [50], de un total de 1157 autopsias judiciales practicadas en un periodo de veinte años, dentro del grupo de muertes violentas estas se repartieron en un 45,79% de muertes homicidas, un 4,06% suicidas y un 50,13% accidentales.

En Noruega [58], entre 1972 y 1992 el porcentaje resultó en 4,4% de homicidios, 24,9% suicidios y 70,7 accidentes.

Restringido a instituciones de carácter estatal, en el Marion County, estado de Oregon (USA) [59], entre 1988 y 1992, sobre un total de 507 autopsias fueron por homicidios el 7,10%, por suicidios el 27,81% y por accidentes el 63,51%. Si bien se trata de poblaciones de características diferentes a la población general, que engloba el Hospital del estado, la población incluida en el programa psiquiátrico forense y de instituciones correccionales.

Igualmente sobre una población restringida, también extranjera, en este caso sesenta y seis enfermos esquizofrénicos, Chute [1] encuentra las proporciones etiológicas siguientes: Naturales 58%, Homicidas 1%, Suicidas 20%, Accidentales 8%, y quedan indeterminadas el 14%.

En la tabla se muestran algunos de los datos referidos a poblaciones españolas.

Distribución de muertes violentas en diversos partidos judiciales españoles (cifras porcentuales)

	Homicidios	Suicidios	Accidentes
Cambados, 1989-98	2	18,7	79,3
Lliria, 1981-96	2,2	28,1	70
Alcalá de H., 1985-89	3,6	23,71	72,68
Barcelona, 1989-98	3,2	23,34	73,45
Badajoz, 1990-95	1,42	14,73	83,83
Palma, 1989-98	2,03	19,48	78,48
Cartagena, 1990-98	5,68	25,62	69,59
Valencia, 1989-97	3,01	12,57	81,70
San Sebastian, 1993-98	3,45	25,70	70,84
Granada, 1991-98	3,76	18,93	77,30
Málaga, 1986-95	4,66	26,81	68,51

Diferenciando por sexos, en la muestra de Cambados no se han observado diferencias en la proporción de las diferentes etiologías de muertes violentas:

N (muestra): 203

Chi-cuadrado: 1,840 (2 g.l.)

p = 0,398 (p > 0,05)

De igual forma, se mantienen proporciones muy similares al realizar el estudio de acuerdo con el estado civil. La inferencia estadística se hace excluyendo los casos de homicidio y divorciados/ separados, por su baja frecuencia:

N (muestra): 177

Chi-cuadrado: 0,535 (2 g.l.)

$p = 0,765$ ($p > 0,05$)

Tampoco se ha encontrado una diferencia significativa en el reparto del tipo de muerte violenta en los distintos municipios del Partido cambadés. Excluyendo la categoría homicida por su baja frecuencia, resulta:

N (muestra): 130

Chi-cuadrado: 4,888 (5 g.l.)

$p = 0,430$ ($p > 0,05$)

La localización de las lesiones mortales ha sido más usualmente la cabeza, en el 31%. No se observaron en el 19,2 %, si bien se refiere únicamente a los signos externos de violencia, frecuentemente ausentes en los ahogados.

De acuerdo con la etiología, en los accidentes, comúnmente por vehículos a motor, el lugar que más frecuentemente resultó lesionado fue la cabeza (36,6%). Mientras en los suicidios, donde predomina la ahorcadura, aparece el cuello (63,2%).

En la citada serie noruega [58], el lugar más afectado en las muertes violentas también resultó ser la cabeza, en un 26,3% de los fallecidos.

4. HOMICIDIOS

Aún cuando forman el capítulo probablemente más trascendente de la Medicina Legal, sin embargo, son las menos frecuentes en las estadísticas médico legales. De hecho, en la muestra cambadesa únicamente se recogieron, durante los diez

años que abarca el estudio, cuatro muertes por homicidio. Asimismo, tres de ellas tuvieron lugar en el mismo acto criminal, mediando las mismas circunstancias, lo cual limita el valor de la muestra.

Todo ello impide realizar inferencias de tipo estadístico, limitándose el estudio a su aspecto descriptivo y comparativo.

Otro inconveniente añadido reside en que hay una serie de datos que habitualmente no quedan reflejados en las memorias anuales que realizan los Institutos médico legales, como son los personales del agresor, la causa o móviles del crimen, hora del suceso, ni en ocasiones otros antecedentes tan significativos como son la edad del fallecido o el método correspondiente según el sexo.

Se ha perseguido realizar también una comparación con muestras de países diferentes a España, como EEUU, Francia, Nueva Zelanda, o Brasil. Si bien, hay que valorar las diferentes circunstancias que influyen en los resultados, como las diferencias raciales (marcadas en algunos países), o la facilidad de obtención de armas de fuego, que motiva que en EEUU o Brasil el método más utilizado sea precisamente el arma de fuego, mientras en Europa predomina el arma blanca.

FRECUENCIA

Como se ha dicho, el número de homicidios registrado ha sido bajo, cuatro en los diez años, lo que representa una media anual de 0,4 casos/ año, y una tasa de incidencia 0,74 homicidios/ 100.000 habitantes/ año. Sucediendo todos los casos en un mismo año (1997).

En el análisis anual de la mortalidad en Galicia, que realiza la Dirección General de Salud Pública de la Xunta [9-13], se recogen los siguientes datos, relativos a los años comprendidos en la Tesis.:

Año 1990: 1,8 casos / 100.000 habitantes.

Año 1993: 1,5 casos / 100.000 habitantes.

Año 1994: 1,5 casos / 100.000 habitantes.

Año 1995: 0,8 casos / 100.000 habitantes.

Año 1996: 0,7 casos / 100.000 habitantes.

Observándose una disminución progresiva en el número de homicidios, con un rango entre los 1,8 y 0,7 casos/ 100.000 habitantes/ año.

Fenollosa [8], sobre un periodo de 16 años, de las muertes acaecidas en el partido judicial de Liria, 1981 a 1996, encuentra igualmente una baja proporción de 11 homicidios, siendo el 2,2% del total de muertes judiciales.

En un estudio de Dolado et al. [33] sobre los homicidios en la ciudad de Barcelona, entre los años 1982 y 1996, se expone un porcentaje del 2,4% respecto al número total de autopsias practicadas, y se destaca su progresiva disminución, con una media de 32,9 homicidios año y un rango entre 54 (1983 y 1984) y 14 (1996) homicidios anuales.

En Alicante [32], en los años 1989 y 1990, la tasa de incidencia de homicidios, en ambos, fue de 0,0159 por 1000 habitantes (1,5 por 100.000).

Se han consultado series extranjeras, entre ellas un amplio estudio sobre los métodos homicidas en el Estado de Victoria (Australia) [26], que abarca los años 1947 a 1989. Se observa un sostenido aumento paulatino en el número de homicidios, con tasas que varían entre 0,78 por 100.000 habitantes (1947) y 2,42 por 100.000 habitantes (1987).

En el mismo trabajo, se recogen a su vez los índices en diversos estados australianos, en los años 1990-1991, entre ellos:

Nueva Gales del Sur: 2,3 casos/ 100.000

Victoria: 1,8 casos / 100.000

Queensland: 2,1 casos/ 100.000

Northern Territory: 17,3 casos / 100.000

South Australia: 1,8 casos/ 100.000

Western Australia: 1,4 casos / 100.000

Tasmania: 1,1 casos/ 100.000

Australia Capital Territory: 1,1 casos / 100.000

Siendo la media para el conjunto de los estados australianos 2,1 casos/ 100.000 habitantes/ año.

En Jefferson Couty (Birmingham) [23], entre 1981 y 1995, en la población mayor de 65 años se registraron entre 6 y 21 homicidios (rango) por 100.000 habitantes y año, que en los menores de 65 años se eleva a 16-33 homicidios/ 100.000 habitantes/ año.

En la misma población [25], pero referido al conjunto de homicidios entre 1978 y 1989, la tasa media fue de 18,9 por 100.000 habitantes y año.

Para el mismo periodo, en Alabama [25] la tasa se situó en 11,3 por 100.000, y en el conjunto de los EEUU 9,3 /100.000 habitantes/ año.

En el estado de Oregon, Marion County [27], entre los años 1963 y 1990 se registra un rango por 100.000 habitantes entre 0,67 y 8,6 homicidios. Con una media de 4,61.

En Newfoundland (Canadá) [29], entre 1985 y 1993, la tasa media de homicidios por 100.000 habitantes se situó en 0,74.

En Auckland (Nueva Zelanda) [28,41], entre 1976 y 1989 la media resultó de 1,5 homicidios/ 100.000 habitantes/ año

En Nueva Orleáns [41], en 1988 se alcanza un índice muy alto, de 36,2 /100.000 habitantes/ año.

Cifras igualmente elevadas aparecen en Nuevo Méjico [41], de 8,9 en 1983.

También una elevada incidencia se presenta en Idaho [41], en 1983, con 3,5 por 100.000 habitantes/ año.

En la ciudad de Ribeiro Preto (Sao Paulo, Brasil), con altos índices de delincuencia, y situación con características predisponentes muy especiales (alto consumo y tráfico de droga, elevada inmigración, facilidad en la consecución de armas, pobreza), la tasa de homicidios es altísima. En un estudio [22] referido a los años 1993 a 1997 se observa un incremento sostenido, con una tasa máxima en 1996 de 46,9 homicidios/ 100.000 habitantes/ año.

En la ciudad de París [21], entre 1991 y 1993 se registraron 138 homicidios, siendo la tasa media de 2,4 por 100.000/ año.

En Copenhague [30], en un periodo de diez años, 1985 a 1994, la tasa media de homicidios anual fue de 1,6/ 100.000/ habitantes (rango entre 1,1 y 2,3).

En el mismo periodo, en Oslo (Noruega) [30], la tasa de homicidios fue 1,8/ 100.000 habitantes.

SEXO

No ha aparecido en la muestra cambadesa diferencia en la frecuencia de presentación según el sexo, siendo los fallecidos dos varones y dos mujeres, de forma distinta al resto de las poblaciones, donde es claro el predominio masculino. Sin duda hay que relacionarlo con el escaso número de casos, cuatro en diez años, y, como se ha señalado anteriormente, tres de ellos en el mismo acto. Cualquier conclusión al respecto no sería por tanto fiable.

En todos los registros mencionados del análisis anual realizado por la Consellería de Sanidade gallega [9-13], se observa el predominio masculino (varón/mujer):

Año 1990..... 2,2:1,5

Año 1993..... 2,0:1,1

Año 1994..... 2,0:1,0

Año 1995..... 1,1:0,5

Año 1996..... 0,9:0,6

En el I.A.F. de Barcelona [36] de la misma forma se registra un predominio del sexo masculino, que resulta (hombre/mujer):

1989..... 63,50%:36,80%

1990..... 84,00%:16,00%

1991..... 81,48%:18,51%

1993..... 62,51%:34,48%

En Liria (Valencia) [8] resultó igualmente superior la proporción de varones, que agruparon el 63,63% de las víctimas, frente al 36,36% de mujeres.

En el I.A.F. de Granada [16], intervalo de tiempo 1991-1998, hubo un 67,18% de varones, frente al 32,81% de mujeres.

En Alcalá, 1985-1989, Gómez [14] registra un 79% de varones y 21% de mujeres, sobre una muestra total de 14 casos.

En el citado estudio de Dolado [33], en Barcelona, el 74% de los fallecidos son varones, y el 26% mujeres.

En Alicante [32], de nueve casos, siete fueron varones (77,7%), frente a dos mujeres (22,2%).

En el mencionado trabajo sobre la población de Marion County [27], la proporción fue de 76,19% varones y 23,81% mujeres.

En el estado canadiense de Newfoundland [29], los fallecidos fueron un 55,55% varones y un 44,44% mujeres.

En el mencionado estudio llevado a cabo en Auckland [41] entre 1976 y 1989, los porcentajes resultaron de un 65% de varones y un 35% de mujeres.

En Ribeiro Preto (Brasil) [22] la presentación fue 14,7 veces más frecuente en los varones.

En París [21], en el trabajo anteriormente referido, la incidencia en el sexo masculino fue del 75%, frente al 25% en el femenino.

EDAD

En Cambados, la edad de los fallecidos fue conocida en los cuatro casos, con una media de 25 años (25,25 en sistema decimal), estando todas ellas comprendidas en el rango entre los 20 y 30 años, y siendo el intervalo más frecuente (75%) los 20-29 años. Intervalo igualmente frecuente en otras series.

El análisis al respecto de los datos aportados por la Consellería de Sanidade para los años reseñados [9-13] ha de realizarse forzosamente según el sexo, pues existe una marcada diferencia entre ambos que enmascara los resultados. De esta forma, se observa un predominio en las mujeres de edades más altas, habitualmente por encima de los 84 años. En los varones, se encuentran más repartidas las edades, con ligero predominio del intervalo 35-44 años.

Por su interés, se recoge el intervalo de edad más frecuente por 100.000 habitantes/ año, y sexo:

Año 1990: Varón: 45-54 años (4,7), seguido de 25-34 (3,7). Mujer: >84 años (10,9), seguido de 65-74 años (2,8).

Año 1993: Varón: 35-44 años (4,6), seguido de 75-84 (3,4). Mujer: >84 años (10,1), seguido de 65-74 años (3,4).

Año 1994: Varón: >84 años (6,9), seguido de 25-34 (3,5). Mujer: >84 años (3,1), seguido de 75-84 años (3).

Año 1995: Varón: 35-44 años (3,3), seguido de 45-54 (1,8). Mujer: 25-34 (1,7), seguido de >84 (1).

Año 1996: Varón: 15-24 años (1,8), seguido de 65-74 y los 75-84 (1,7 cada uno). Mujer: >84 (2,9), seguido de 65-74 (1,3).

En las memorias del I.A.F. de Barcelona [36] hubo un predominio en 1994 de los 30-39 años, y en 1995 del intervalo 50-59.

En las citadas memorias entre 1991 y 1998 del I.A.F. de Granada [16], el intervalo más frecuente se sitúa entre los 31 y 40 años, seguido por los 21 a 30 años.

Por décadas igualmente, en Alcalá [14] aparece como más habitual los 30-39 años (57,14% de casos), seguido por el intervalo 20-29 (28,57%).

En el trabajo sobre los años 1989-1990 en Alicante [32], las décadas más frecuentes fueron los 20-30 años (33,3%, tres casos), y los mayores de 40 años (33,3%, tres casos).

En Jefferson County [25], entre 1978 y 1989, la década de presentación más usual fue los 25-34 años, seguido de los 35-44, y en tercer lugar los 15-24 años. En un análisis por sexos en ambos, aunque en diferentes proporciones, se mantiene el orden de frecuencia en las décadas descritas.

En Marion County [27], en los varones la década más frecuente fueron los 20-29 años (32,37%), seguida de los 30-39 años (32,37%), y los 40-49 años (16,55%).

En las mujeres, igualmente los 20-29 años (27,50%), seguido de los 30-39 años (22,50%), y los 0-9 años (13,75%).

En Newfoundland [29] la década de mayor presentación fueron los 31-40 años, seguido de los 21-30 años, en tercer lugar los 11-20 años, y en el cuarto el intervalo 61-70 años.

En Auckland (Nueva Zelanda) [41] el mayor porcentaje de homicidios tuvo lugar entre los 25-29 años (17,8%), seguido de los 20-24 (12,3%), y los 35-39 años (10,4%).

El I.M.L. Nina Rodriguez (Salvador-Bahía, Brasil) [34] recoge entre 1994 1996 una mayor presentación de la década 20-29 años (46,92%), seguida de los 30-39 (18,98%), los 15 a 19 (18,83%) y los 40-49 años (7,76%).

También por edades, en París [21], entre 1991 y 1993, el intervalo más frecuente fueron los 25-29 años, seguido de los 20-24, y en tercer lugar los 15-19. La misma distribución, aunque con diferentes proporciones, se conserva en el análisis individual por sexos.

En Copenhague [30], la máxima presentación fue la década 30-39 años, seguida de los 40-49 años y los 20-29 (22,5, 22,2 y 21,9% respectivamente). Por sexos, en la mujer se observó mayor incidencia en los 30-39 años (10,9%), y en los varones en los 40-49 (13,8%).

En el mismo periodo, en Oslo [30], la frecuencia más alta estuvo entre los 30 y 39 años (25,7%) seguida, con el 21,8%, de los 20 a 29 y los 40 a 49 años. Por sexos, en la mujer fue más frecuente los 30-39 años (10,3%), e igualmente en los hombres (15,4%).

En la tabla siguiente se resumen los datos expuestos.

Intervalo de edad más frecuente en las víctimas de homicidio

	Intervalo
Cambados, 1989-98	20 a 29 años
IAF de Barcelona, 1994	30 a 39 años
IAF de Barcelona, 1995	50 a 59 años
IAF de Granada, 1991-98	21-a 30 años
Alcalá de H., 1985-89	30 a 39 años
Alicante, 1989-90	20 a 30 y > 40 años
Marion County, 1963-90	20 a 29 años
Newfoundland (Canadá), 1985-93	31 a 40 años
Auckland (N Zelanda), 1976-89	25 a 29 años
Salvador-Bahía (Brasil), 1994-96	20 a 29 años
París, 1991-93	25 a 29 años
Copenhage, 1985-94	30 a 39 años
Osolo, 1985-94	30 a 39 años

ORIGEN Y ESTADO CIVIL

El estado civil en la muestra cambadesa se ha presentado con igual frecuencia, de un 50 %, para los casados y solteros.

No se conoció en tres de los casos (75%) profesión específica. En un de ellos (25%), una mujer, trabajaba en la hostelería.

La comunidad autónoma de origen es preferentemente la gallega (75%), con un sólo caso, procedente de Castilla-León (Astorga). Los tres casos gallegos, procedían todos ellos de la provincia de Pontevedra, con registro de nacimiento en un municipio del Partido cambadés únicamente en uno de los casos (Meaño, 25%).

INTERVALO HORARIO

La hora en que transcurrieron los hechos tiene como media las 5 horas (4,55 en sistema decimal), con un rango entre las 2.30 y 5.30 a.m.. Por intervalos, se sitúan todos los homicidios entre las 0 y 7 horas (100%).

El mismo intervalo aparece en las distintas series contrastadas. Gómez [14] en Alcalá recoge un 64,28% de estos sucesos entre las 0 y las 7 horas. Seguido de las 16-23 horas en 3 casos (21,42%), ninguno registrado entre las 8 y 15 horas, y permaneciendo desconocida en 2 casos.

En Alicante, Cardona et al. [32] describen un 55,55% de las muertes ocurridas después de las 12 horas.

En Auckland (Nueva Zelanda) [41], la proporción mayor de homicidios se registró entre las 8 p.m. y las 1 a.m. (40,8%), seguido de intervalo 2 p.m. a 8 p.m. (25,5%), y las 1 a.m. a 8 a.m. (24,5%).

En Copenhague [30], el intervalo más frecuente estuvo entre las 6 p.m. y las 12 a.m., seguido por 12 a.m. a 6 a.m.

En Oslo [30] fueron más frecuente los homicidios entre las 12 a.m. y 6 a.m., seguido por las 6 p.m. a 12 a.m.

DATA DE LA MUERTE

El día de la semana en que sucedieron los hechos ha sido prioritariamente el viernes (75%), pero carece de significado estadístico al producirse en ese mismo día tres de los fallecimientos. En Alcalá [14] la mayor frecuencia tuvo lugar en miércoles (28,57%), y la menor (ningún caso) en lunes y martes.

En Newfoundland [29], el día de preferencia fue el jueves, seguido del viernes y el sábado. Por meses, la máxima frecuencia correspondió a junio y noviembre, en

igual porcentaje, seguido de abril y mayo. Siendo febrero el mes en que menos homicidios se cometieron.

Tanto en Oslo como Copenhague [30], en el periodo objeto del estudio hubo un predominio del fin de semana, siendo el día preferido, en ambas ciudades, el sábado seguido del viernes y el domingo.

En Auckland [41] el día más observado fue el lunes (18,7%), seguido del domingo (16,9%) y el sábado (15,8%). Por intervalos mensuales, hay ligero predominio en el periodo julio-septiembre (26,5%), seguido de enero-marzo y abril-junio, con un 25% cada uno. El menos frecuente fue octubre-diciembre con un 22,6%.

En el mismo sentido, en Cambados los tres casos suceden el día 28 del mes, y el cuarto restante el día 20. En el mes de marzo tuvieron lugar los tres asesinatos (75%). El cuarto se cometió en abril.

Por años, las cuatro muertes se tienen lugar en 1997. Igualmente la estación, en todos, fue la primavera.

En Alcalá [14] predominó el mes de octubre, con el 28,57% de los casos, y por estaciones el invierno (50%), seguido del otoño (28,57%), la primavera (14,28%) y el verano (7,14%).

La fase lunar en la población de Cambados tuvo dos presentaciones, en luna nueva ocurre el triple crimen, y en cuarto creciente el restante.

El lugar de los hechos fue en el caso del triple crimen una vía pública situada en el campo, correspondiente a una carretera sin asfaltar. El cuarto, por arma blanca, sucede en la calle, si bien el herido alcanza un bar donde fallece. El levantamiento de cadáver se realiza en el primero de los casos en el lugar de los hechos, y en el cuarto en un centro sanitario a donde fue trasladado ya cadáver.

En el mencionado estudio de los años 1989 y 1990 en el partido judicial de Alicante [32], el 44,4% de los sucesos ocurrieron en establecimientos públicos (bar, prisión), y el 33,33% en la calle; sólo un 22,2% tuvo lugar en un domicilio.

En un estudio del homicidio en relación a la edad, en Jefferson County [23], en los mayores de 65 años como lugar de más frecuente figura el domicilio del finado (70%), seguido de un local de negocio (7%), y otros domicilios (6%). Mientras, en los menores de 65 años, el lugar más habitual resultó el domicilio particular (27%), seguido de la calle (24%), y otros domicilios (17%).

En Auckland [41], el lugar más usual fue igualmente el domicilio particular de la víctima (55,9%).

En París [21], asimismo ocupa el domicilio el lugar preeminente, seguido de la calle, y el resto con gran diferencia.

De la misma forma, tanto en Oslo como en Copenhague [30] el lugar más habitual de los hechos fue el domicilio de la víctima (más de un 40% en ambas).

PATOLOGÍAS Y SUSTANCIAS DE ABUSO

Únicamente se registró la existencia de patologías previas en uno de los casos, en relación con un trastorno de la personalidad.

No se recoge la existencia de dependencia a sustancias de abuso como tal, si bien los estudios toxicológicos practicados a los cadáveres sólo resultaron negativos en uno (mujer), detectándose en otro alcohol, en otro alcohol y drogas y en el restante (mujer) alcohol y fármacos (ansiolíticos). Todas las situaciones, por tanto, representadas en un 25% del conjunto.

En Newfoundland [29], en el 53,8% de los casos analizados resultó positiva la detección de alcohol.

En Copenhague [30], la búsqueda de alcohol fue positiva en el 36,2% de las víctimas, y en el 52,4% en Copenhague. Asimismo, el escrutinio de otras drogas de abuso, en los casos en que se practicó, se mostró positivo en el 19% de las ocasiones en la primera de las ciudades, y en el 41% en la segunda. Siendo la sustancia más frecuente las benzodiacepinas.

METODO HOMICIDA

En Cambados el mecanismo usado en tres de los casos fue el arma de fuego, en concreto un arma corta con disparos a corta distancia, certeros, afectando a la en la cabeza. El cuarto, corresponde a herida por arma blanca, con varios cortes y una herida penetrante en cavidad torácica que rompe la víscera cardíaca.

Como ya se ha comentado, sin significación estadística, pues los tres por arma de fuego se cometieron en el mismo acto y por la misma persona. Sería más propio tal vez hablar de dos episodios, uno por arma blanca y otro por arma de fuego.

Es clara la diferencia en la utilización del método según el país al que corresponde de la población analizada. En USA, con gran permisividad en algunos estados para la adquisición de armas de fuego, ocupa este método el primer lugar, mientras en España no figura así en la mayoría de las muestras estudiadas.

En Liria (Valencia) [8], entre los años 1981-1996), resultó en igual proporción el uso de arma blanca (45,45%) y el uso de arma de fuego, siendo minoritario (1 caso) el estrangulamiento.

En los datos aportados por el Instituto Anatómico Forense de Barcelona [36], correspondientes a los años 1989 a 1998, se observa un claro predominio del arma blanca como instrumento homicida, seguida por el uso de arma de fuego, y en tercer lugar un objeto contuso. Siendo las siguientes proporciones anuales para los principales métodos (excepto 1992, 1994 y 1995 en que no se especifica):

1989: arma blanca (42,10%), arma de fuego (42,10%)

1990: arma blanca (60%), arma de fuego (20%), objeto contuso (16%)

1991: arma blanca (40,74%), arma de fuego (22,22%), objeto contuso (22,22%)

1993: arma blanca (51,72%), arma de fuego (37,93%), asfixia (6,89%), objeto contuso (3,44%)

1996: arma blanca (50%), arma de fuego (50%)

1997: arma blanca (53,8%), objeto contuso (23,19%) arma de fuego (7,7%)

1998: arma blanca (41,7%), arma de fuego (16,7%), objeto contuso (16,7%), asfixia (16,7%).

En otro estudio, igualmente sobre la ciudad de Barcelona [33], pero abarcando los años 1982-1996, se recogen datos muy similares, siendo el principal método el arma blanca (45%), seguido del arma de fuego (30,3%) y el objeto contuso (11,3%).

En las memorias del I.A.F. Dr. Orfila (Palma de Mallorca), correspondientes a 1989-1998 [15] el método de elección fue el arma blanca, con un promedio del 50% de los casos para los años abarcados, seguido del uso de un objeto contuso en el 19,23%, y en tercer lugar del arma de fuego en un 17,30%. Mucho más repartidos y minoritarios aparecen la sofocación, la omisión, la estrangulación o el atropello.

En el I.A.F. de San Sebastián periodo 1990-1998 [19], figura como método más empleado el arma de fuego, entre el 83,33% y el 40% según el año, si bien en relación con el importante problema del terrorismo que afecta a la población, con uso de armas de fuego y explosivos. Se registran así como principales métodos:

en primer lugar el arma de fuego, seguido del arma blanca, y en tercer lugar los traumatismos craneo encefálicos y las explosiones.

Son sus proporciones las siguientes (se indican únicamente los métodos principales):

1990: arma de fuego (83,33%), arma blanca (8,33%), TCE (8,33%)

1993: arma de fuego (66,66%), arma blanca (16,66%), TCE (16,66%)

1994: arma de fuego (40%), arma blanca (20%), TCE (40%)

1995: arma de fuego (54,54%), arma blanca (45,45%)

1996: arma de fuego (66,66%), explosivos (11,11%)

1997: arma de fuego (70%)

1998: arma de fuego (40%), explosivos (40%), arma blanca (20%)

En el I.A.F. de Granada, entre los años 1991 y 1998 [16], el método predilecto para cometer el homicidio fue también un arma blanca (42,18%), seguido por un arma de fuego (35,93%), las asfixias (7,81%), los politraumatismos (3,12%), las contusiones (3,12%), quedando el resto muy repartido con un 1,56% de presentación en cada uno (sumersión, infanticidio, estrangulación, explosión y quemaduras).

Los métodos registrados sobre las víctimas de homicidio en el I.A.F. de Valencia [17], entre 1989 y 1998, muestran igualmente como método de elección el arma blanca. Por orden de frecuencia se calculan: arma blanca (37,22%), arma de fuego (29,92%), contusiones (20 quemaduras y precipitación (1% cada uno), y las explosiones (0,9%):

Analizados según el sexo, continúa el arma blanca como método preferente en ambos, si bien el segundo corresponde en el varón al arma de fuego (32,72%) y en la mujer al estrangulamiento (22,22%).

De forma diferente, en los homicidios estudiados en el I.M.L. de Cartagena (Murcia), entre los años 1990 y 1998, predominó como forma homicida el arma de fuego, seguida del arma blanca. Se contabilizan las siguientes proporciones: arma de fuego (40,35%), arma blanca (31,57%), traumatismo (no especificado de otra manera) (17,54%). Y finalmente, en una frecuencia conjunta del 10,52%, los TCE, las explosiones, la estrangulación y la sofocación.

Gómez [14] recoge en el partido madrileño de Alcalá de Henares, entre 1985 y 1989 el mayor uso del arma blanca (50%), seguido del arma de fuego (21,42%), y los traumatismos y quemaduras en un 14,28% cada uno.

En Alicante [32], el método más empleado fue el arma blanca (66,6%), seguido de un agente contusivo (22,2%) y heridas por arma de fuego (11,1%, un caso). Sobre series extranjeras, en las autopsias practicas en el Victorian Institute of Forensic Pathology [26], correspondientes al estado de Victoria, entre los años 1950 y 1989, ocupa el primer lugar las armas de fuego (media de 39,5%), seguido de los objetos contusos (25,25%), y en tercer lugar las armas blancas (20%). En el cuarto lugar, se sitúan los estrangulamientos (7%).

En un estudio [24] sobre homicidios que se siguieron del suicidio del agresor, acaecidos en los Estados Unidos entre los años 1990 y 1995, se describe como primer método el arma de fuego (90%).

En otro trabajo [23], en que se comparan los homicidios entre los grupos de mayores y menores de 65 años en Jefferson County (Birmingham) entre los años 1981 y 1995, se muestran las diferentes tendencias en el mecanismo

homicida, con el siguiente orden de frecuencia:

en menores de 65 años: arma de fuego (76%), arma blanca (14%), objeto contuso (6%) y asfixia (1%).

en mayores de 65 años: arma de fuego (50%), objeto contuso (19%), arma blanca (14%) y asfixia (1 %).

En Jefferson County, en el trabajo citado [25], entre los años 1978 y 1989, el método de elección homicida fue: armas de fuego (72,1%), seguido a gran distancia por armas blancas (16,7%), objetos contusos (5,9%), siendo el resto poco frecuente y muy distribuido.

Un análisis diferenciado según el sexo, en la misma población, muestra:

varones: armas de fuego (76%), armas blancas (16,6%), objetos contusos (4,2%).

mujeres: armas de fuego (56,4%), armas blancas (17,1%), objetos contusos (12,8%).

En Marion County, Oregón [27], entre 1963 1990, el método preferido fue el arma de fuego, seguido de golpes contusos, el uso de arma blanca, y en cuarto lugar la asfixia (fundamentalmente por estrangulación).

En el citado trabajo sobre Newfoundland, Canadá [29], 1985-1993, el método preferente fue el arma blanca, seguido de objeto contuso, las armas de fuego en tercer lugar y las asfixias en cuarto.

En Auckland [41] los métodos más empleados, en igual porcentaje, fueron un objeto contuso y el arma blanca, ocupando un tercer lugar las armas de fuego, y el cuarto las asfixias.

En Ribeiro Preto (Brasil) [22] el primer método fue el arma de fuego.

En París [21] se eligió como método homicida en primer lugar el arma blanca (39,13% de las ocasiones), seguido por el arma de fuego (en un 33,33%), y en tercer lugar la estrangulación (13,04%); si bien este último en cuarto lugar en el varón y segundo en la mujer.

En dos estudios realizados, comparando los homicidios en las ciudades nórdicas de Copenhague (Dinamarca) y Oslo (Noruega), entre los años 1985 y 1994 [30] [31], aparece el arma blanca como el método preferido en ambas, con un 36% y un 26,9%, respectivamente, del total de homicidios. En la primera de las capitales el segundo método fue la estrangulación, seguido de arma de fuego y las contusiones en cuarto lugar. En Oslo, el segundo método fue el objeto contuso, seguido de las armas de fuego y la estrangulación.

En el mismo trabajo, en un estudio diferenciado por sexos, aparece en el femenino, en ambas ciudades, la estrangulación como método más habitual, manteniéndose en los varones el arma blanca .

5. MUERTES VIOLENTAS SUICIDAS

El suicidio ha constituido siempre una forma de muerte relativamente común entre las personas. Suicidio deriva de la palabra “sui caedere”, que significa matarse a sí mismo. Dicho término fue utilizado por primera vez por el abate Desfontaines [105], en 1737, término por tanto relativamente reciente.

El suicidio implica siempre la intencionalidad o voluntariedad para terminar con la propia vida. Sin embargo, su estudio admite diferentes enfoques. Así, Corbella [125] habla de suicidio consumado, intento de suicidio, ideación suicida, y detección precoz de la ideación suicida.

En el presente trabajo doctoral únicamente nos centramos en el suicidio consumado, ya que es el único en el que se habrá producido la muerte efectiva del sujeto, y que acaparará así el mayor interés judicial.

En el este sentido, Alonso Fernández [105] distingue entre suicidios básicos, que incluyen los consumados, las tentativas y los frustrados; y marginales o discutibles, englobando éstos los suicidios encubiertos, los pasivos, los equivalentes suicidas y las auto mutilaciones.

En el suicidio se imbrican numerosos factores, que incluyen desde patologías propiamente dichas hasta elementos sociales, culturales, religiosos, económicos y otros. De esta forma se asiste en los países industrializados a un aumento en la frecuencia de esta forma de muerte, llegando a constituir un auténtico problema sanitario.

Durkheim y Halbwachs [110] han estudiado de forma minuciosa los factores sociales del suicidio, mencionando como formas opuestas los comportamientos de la tribu de los Jagans, de la Tierra de Fuego, donde es desconocido, a las tribus Hos de la India donde constituye un acto frecuente incluso por motivos triviales.

Las estadísticas oficiales del suicidio ofrecen cifras menores a los datos reales. Entre los motivos, cabe mencionar la dificultad para calificar una muerte como suicida dentro del diagnóstico diferencial con las formas accidentales de muerte, y ocasionalmente incluso con las homicidas. La falta de certeza de la intencionalidad suicida hace así que muertes de esta etiología queden encubiertas, y recogidas oficialmente como fallecimientos accidentales.

Se han citado como formas suicidas que pueden solaparse más fácilmente como eventos accidentales las muertes en vehículos a motor, las intoxicaciones por gas, los atropellos y algunas precipitaciones. Rojas [104] habla del "autocidio" como una forma de suicidio moderna, de muy difícil demostración.

Al tiempo, hay que pensar en el silenciamiento de datos que podrían acreditar el suicidio por parte de familiares, que desean ocultar este hecho por las implicaciones sociales e incluso económicas que conlleva; incluso por el propio rechazo psicológico a aceptar esta forma de muerte en un ser próximo. Ocasionalmente también se encuentra la falta de colaboración de testigos para evitar su implicación en la investigación judicial.

De esta forma se ha llegado a decir que las estadísticas con altos índices de algunos países, más que demostrar un número mayor de suicidios, lo que expresan es simplemente su elaboración más meticulosa. Como ejemplo, Milne et al [119] resaltan las diferencias entre las tasas suicidas de Inglaterra y Gales, menores que en Escocia, relacionándolo con una mayor exigencia en los primeros para etiquetar una muerte como suicida.

Los primeros datos sobre el suicidio consumado en España los refieren Martí y Corbella [107] a finales del siglo XIX, en las obras de Constancio Bernaldo de Quirós y Ambrosio Tapia. Actualmente existen las estadísticas oficiales específicas que publica con carácter anual el Instituto Nacional de Estadística.

Por los motivos expuestos, los registros médico forenses constituyen una fuente más precisa para determinar el verdadero índice de suicidio de las poblaciones. De hecho, los estudios que se realizan siempre proporcionan tasas considerablemente mayores que las oficiales. Alonso Fernández habla incluso de una infra estimación de hasta un 40%. Valga como ejemplo un estudio de Aso [92], sobre la ciudad de Zaragoza, a cerca de los suicidios entre los años 1988 y 1991, que recoge un índice de 15,01 suicidios por 100.000 habitantes, frente al 4,3 por 100.000 habitantes de los registros oficiales del INE.

Los motivos que pueden llevar al suicidio son muy diferentes, en relación también con la complejidad del ser humano. De forma genérica podrían dividirse las causas de estos actos autolíticos en patologías mentales, fundamentalmente las depresiones y en mucho menor grado las esquizofrenias, el llamado suicidio-balance, el suicidio en "corto circuito" y los suicidios inducidos.

Dentro de las formas depresivas, con mucho las más frecuentes, sea como causa única o como sustrato en las otras, Rojas [104] enumera como estadios previos a la ejecución suicida, la aparición de ideas de muerte, la posibilidad suicida, el estadio de ambivalencia, la fase de influencias informativas, y la etapa de decisión suicida.

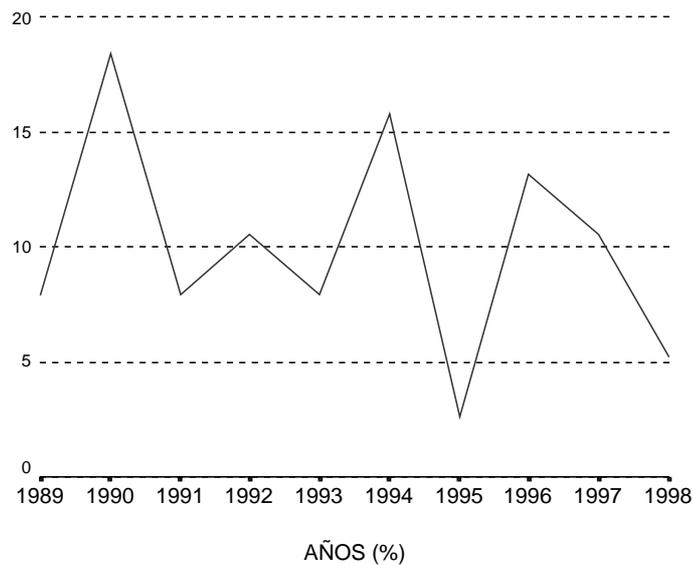
Para Alonso Fernández [105] la constelación suicidógena por excelencia vendría dada por la depresión unida a la soledad y la enfermedad corporal.

De la importancia del fenómeno suicida, y del interés en su prevención, nos habla la ingente cantidad de publicaciones actuales, algunas incluso periódicas dedicadas de forma monográfica al suicidio. Baste como ejemplo una simple consulta a través del Medline, que muestra 27.505 referencias (septiembre de 2000).

FRECUENCIA

La frecuencia en el partido de Cambados ha resultado de un total de 38 casos, lo que corresponde a una media anual de 3,8 suicidios por año. Con el mayor índice en 1990, 7 casos, y el menor en 1995, en que se registró solamente uno. Con una tasa media de incidencia de 7,07 suicidios/ 100.000 habitantes/ año.

En la gráfica de líneas se observa la evolución en los diez años en el partido cambadés:

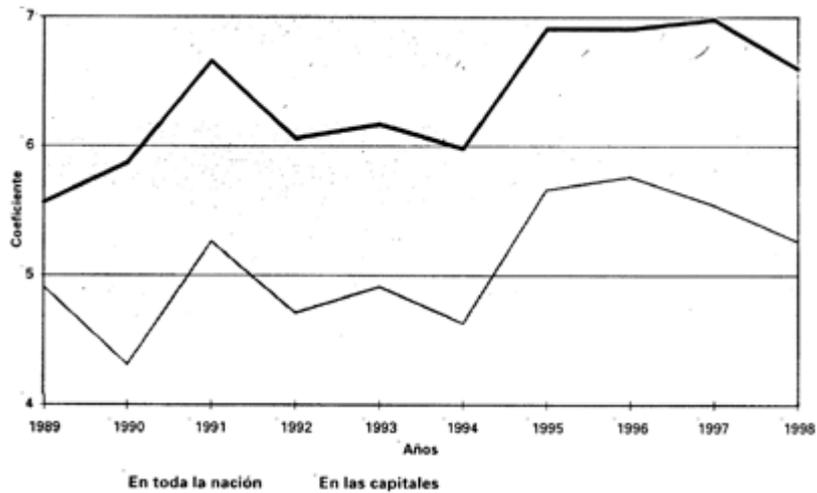


Al tiempo, en el conjunto de España, si bien considerando tanto los suicidios consumados como los intentos, para los mismos años, según fuentes oficiales [40] las tasas han sido:

- 1989: 5,56
- 1990: 5,87
- 1991: 6,66
- 1992: 6,06
- 1993: 6,17
- 1994: 5,98
- 1995: 6,91
- 1996: 6,91
- 1997: 6,98
- 1998: 6,60

con un promedio para los diez años de 6,37/100.000 habitantes/ año. Si únicamente se recogen los resultados de las capitales, la tasa para el mismo periodo ofrece una tasa algo más baja, de 5,09/ 100.000 habitantes/ año. Observándose una elevación paulatina, no superponible a la muestra de Cambados.

En el gráfico adjunto, tomado de la publicación oficial, se observa la evolución del suicidio a lo largo de la década, en el conjunto de España, y limitado a las capitales.



Corbella [125] habla de una media de 10 suicidios/ 100.000 habitantes por año.

Entre 1988 y 1991, Aso [92] calcula en Zaragoza una tasa de 15,01/ 100.000 habitantes por año.

En el IAF de Badajoz [82] la media anual de suicidios entre los años 1990 y 1995 fue de 13,13 por año, y 4,33/ 100.000 habitantes y año.

La tasa de suicidio en los mayores de 60 años en Alicante, fue de 15,63/ 100.00 (1979-1983) y de 14,81/ 100.00 en Elda-Villena, según el estudio de Rodes et al [97].

En el área del Gran Bilbao [99], 1985-1986, se contabilizaron 9,66.

En Sevilla [100] (1953-1977), la tasa fue de 6,2/ 100.000 habitantes.

En Asturias [129], 1983-1987, la tasa resultó 11,13.

En el partido de Alicante [101] se han calculado en 6,84/ 100.000 habitantes.

En Liria [8] tuvo lugar una media de 8,5 casos/ año, lo que representa 8,9 casos/100.000 habitantes.

En EE.UU. [86], en 1991 las tasas por 100.000 habitantes fueron de 14,9 suicidios para edades entre los 20 y 24 años, y de 15,2 entre los 25 y 34 años.

En un estudio sobre el suicidio en Arabia Saudí [90], se recogen las siguientes cifras relativas a otros países:

- Arabia Saudí (1986-1995): 1,1
- Escocia (1987-1991): 9,4
- Inglaterra y Gales (1990): 11,1
- EE.UU. (1991): 12
- Singapur (1986): 13,1
- Dinamarca (1987): 27,8
- Lituania (1993): 42

En Francia [89], en 1990, la tasa oficial fue de 11 suicidios/ 100.000 habitantes.

SEXO

Entre la población suicida cambadesa el sexo masculino ha resultado predominante (común en todas las formas de muerte judicial) constituyendo un 78,9% frente a un 21,1% de mujeres.

En Granada las proporciones fueron [16]: 71,12% varones y 28,88% mujeres.

En el IAF de Valencia (1989-1997) [17] fueron un 63,48% los varones y un 36,52% las mujeres.

La proporción en el IAF de Palma de Mallorca [15] entre 1989 y 1998 excluido 1992 (falta el dato) fue 74,45% de varones y 25,54% de mujeres.

En el IAF de Badajoz [82] fueron un 81,25 los varones y un 18,75 las mujeres.

Entre los suicidas mayores de 65 años en Madrid [84] las proporciones fueron de 61,17% de varones y 38,83% mujeres.

De forma global, en Andalucía (1976-1995) [94], las tasas (por 100.000 habitantes) variaron entre un 13,66 y un 18,19 en los varones, y un 3,81 y 4,36 en la mujer.

Otro trabajo [99] que analiza los suicidios en el área del Gran Bilbao, entre 1985 y 1986, contabiliza 204 casos, siendo el 69,12% hombres, y el 30,88% mujeres.

En la muestra de Alcalá [14], el sexo fue de un 74% de hombres, frente a un 26% de mujeres.

En el análisis sobre la población suicida en Barcelona [108] los varones fueron el 63%, y las féminas el 37%.

Un 58% de varones, y 41,66% de mujeres fue el resultado en la población suicida alicantina. [101]

En Cartagena (Murcia) [5-7] se encuentran las siguientes proporciones en diferentes años: 1994: 85,18% y 14,81%; 1996: 79,31% y 20,68%; 1998: 82,85% y 17,14%.

En Liria (1981-1996) corresponden un 76,8% de varones y un 23,1% de población femenina.

En el IAF de Barcelona [36], entre los años 1989 a 1991, se recogen un 59,59% de varones y un 40,40% de mujeres.

En los partidos de Elda y Villena, Rodes [103] (1977-1986) encuentra un 77,57% de hombres, y 22,42% de mujeres.

Algunas de las cifras referidas se sintetizan en la siguiente tabla.

Incidencia del suicidio según el sexo, en diversas poblaciones judiciales españolas

	% hombres	% mujeres
Cambados, 1989-98	78,90	21,10
Elda-Villena, 1977-86	77,57	22,42
Cartagena, 1996	79,31	20,68
Liria, 1981-96	76,80	23,10
Granada, 1991-98	71,12	28,88
Palma M., 1989-98	74,45	25,54
Alcalá de H., 1985-89	74,00	26,00
Alicante, 1979-83	58,00	41,66
Valencia, 1989-97	63,48	36,52
Barcelona, 1989-91	59,59	40,4
Gran Bilbao, 1985-86	69,12	30,88
Madrid (>60 a.), 1990-94	61,17	38,83
Badajoz, 1990-95	81,25	18,75

El sexo en los suicidas por precipitación desde hoteles en Fulton County [87] fue de 73,68% varones y 26,32% mujeres.

Entre los suicidas de dos hospitales psiquiátricos, Benito Menni y Sant Joan de Deu [98], entre 1986 y 1997, sobre 14 casos totales, el 77,78 fueron varones, y el 22,22% mujeres.

Entre suicidas menores de 18 años, en Carolina del Sur [96], la proporción encontrada fue de 83,9% varones y 16,1% mujeres.

Un estudio sobre el suicidio en el condado de South Yorkshire (Inglaterra), entre 1985 y 1991 [90] registra un 73,98% de hombres y 26,02% de mujeres.

Entre los estudiantes de medicina de EE.UU. años 1989 a 1994 (101 centros), las proporciones fueron de 14 suicidios de varones y 1 suicidio entre las mujeres.

Entre los suicidas de edad mayor o igual a los 65 años, en Florida del Sur [111], se encontraron 72,80% hombres y 27,19% mujeres.

Un total de 392 casos fueron estudiados entre 1989 y 1996, correspondientes a suicidas entre los 15 y 24 años en París [89], con proporciones de 68,11% varones, y 31,89% mujeres.

En la muestra de Arabia Saudí (centro médico legal de Damman, 1986-1995) [91] la tasa de suicidio fue de 4,5 hombres por mujer (4,5:1).

El IML de Coimbra [114], entre los suicidios 1980 y 1985 se registraron un 68,37% de hombres, y 31,62% de mujeres.

EDAD

La edad media del suicida ha sido de 43 años (42,63 en sistema decimal), con un rango entre los 14 y los 89 años. Se conoció la edad en los 38 casos estudiados. No se registró ninguno por debajo de los 14 años.

Por otra parte, como señala Manera [135], por debajo de los seis años el niño no puede entender que una persona se quite la vida, y es incapaz de pensar en su propia muerte.

En una agrupación por décadas ha resultado más frecuente la comprendida entre los 20 y 29 años, con un 28,9% de los casos; seguida por el intervalo 50 a 59 años, que agrupa el 26,3% de los fallecidos.

Los intervalos de edad en el IAF de Granada, 1991-1998, resultaron [16] (se expresa el porcentaje absoluto y los porcentajes relativos hombre/ mujer):

11-15 años	0,31%	(0/0,31)
16-20 años	3,11%	(3,93/1,08)
21-30 años	19,88%	(20,09/19,35)
31-40 años	16,15%	(15,28/18,28)
41-50 años	11,80%	(15,28/3,23)
51-60 años	15,84%	(13,97/20,43)
61-70 años	13,04%	(11,79/16,13)
71-80 años	13,04%	(12,66/13,98)
> 80 años	6,83%	(6,99/6,45)

En el IAF de San Sebastián [19] entre 1993 y 1998 las proporciones fueron:

EDAD	%
11-20 años	4,19
21-30 años	17,74
31-40 años	12,90
41-50 años	9,35
51-60 años	13,23
61-70 años	13,55
71-80 años	13,55
81-90 años	8,71
> 90 años	1,94
No consta	4,84

En el IAF de Badajoz [82] la década preferente fueron los 45 a 54 años (18,75%) y los mayores de 65 años (27,50%).

Rodes et al [97], entre suicidas mayores de 60 años en los partidos judiciales de Alicante y Elda-Villena encuentran en el primero:

60-69 años	37,2%
70-79 años	34,8%
80-89 años	20,9%
>90 años	6,9%

mientras, en Elda-Villena:

60-69 años	50%
70-79 años	32,6%
80-89 años	15,2%
>90 años	2,2%

Asimismo, y considerando de forma completa los partidos de Elda y Villena, el mismo autor [103] describe la mayor proporción en la década 60-69 años, con un 21,69% de casos; seguido por los 50-59 años, con el 17,92%; y los 70-79 años, en el 14,15% de las ocasiones.

En el área del Gran Bilbao [99], la edad media fue 52 años (51,92) años en los varones, y 54 (53,63) en las mujeres.

En la ciudad de Sevilla [100], entre 1953 y 1977, resultaron los siguientes grupos:

EDAD	%
10-20 años	4,7
21-30 años	21,6
31-40 años	8,8
41-50 años	19,5
51-60 años	11,7
61-70 años	11,6
71-80 años	16,4
81-90 años	5,4

En Alcalá [14] se registraron:

EDADES	%
1 a 9 años	0
10 a 19	4,34
20 a 29	18,47
30 a 39	15,21
40 a 49	11,95
50 a 59	17,39
60 a 69	7,60
70 a 79	11,95
80 a 89	8,69
90 a 99	3,26
No consta	1,08

En Barcelona [108], entre 1983 y 1987, el intervalo más frecuente fueron los 61 a 70 años, con similar proporción en los 51-60 años.

Las décadas en Alicante [101], fueron

EDADES	%
56- 65 años	19,6
36-54 años	18,5
46-55 años	16,6
66-75 años	13,9
26-35 años	9,2
16-25 años	6,5

86-95 años	4,6
5-15 años	0,9

Considerando la media de los años 1994, 1996 y 1998, en Cartagena [5-7] se calculan:

EDADES	%
21-30 años	16,48
31-40 años	27,47
41-50 años	12,08
51-60 años	13,18
61-70 años	13,18
71-80 años	8,79
81-90 años	8,79

El intervalo más frecuente en la población suicida de Liria [8] fueron los 46 a 60 años, seguido de los 61 a 75, los 15 a 30 y los 31 a 45.

En Barcelona [36] en 1994 el intervalo preferente fueron los 30 a 39 años (20,11%), seguido de los 20 a 29 y los 60 a 69, con un 14,36% de casos cada uno.

Asimismo, en 1995 fueron los 20 a 29 años (16,66%), seguido de los 30 a 39 (15,43%) y los 60 a 69 años (14,19%).

En Carolina del Sur [96], entre 1988 y 1998 (estudio limitado a menores de 18 años), se contabilizan:

MESES	%
11 años	3,2
12 años	6,4
13 años	3,2
14 años	6,4
15 años:	12,9
16 años	38,7
17 años	29

Los grupos de edad de los casos estudiados en el centro Médico Legal de Damman (Arabia Saudí) [91] entre 1986 y 1995 se distribuyeron:

EDADES	%
< 20 años	1,8
20-29 años	32,6
30-39 años	44,3
40-49 años	14,5
50-59 años	3,6
> 60 años	3,2

En la muestra de jóvenes franceses [89] la edad media fue de 22 años.

En Coimbra [114], la década preferente fueron los 41 a 50 años (20%), seguido de los 21 a 30 (19,06%) y los 51 a 60 (16,74%).

En la siguiente tabla, se recogen algunos de los datos comentados, referidos a poblaciones españolas

Intervalos de edad más frecuentes (1º y 2º) en diferentes muestras españolas de suicidios

	Intervalo 1º	Intervalo 2º
Cambados, 1989-98	20-29	50-59
IAF Granada, 1991-98	21-30	31-40
IAF S. Sebastián, 1993-98	21-30	61-70/71-80
IAF Badajoz, 1990-95	45-54	> 65
Elda-Villena, 1977-86	60-69	50-59
Sevilla, 1953-77	41-50	71-80
Alcalá, 1985-89	20-29	50-59
Barcelona, 1994	30-39	20-29/60-69
Alicante, 1979-83	56-65	36-54
Cartagena, 1994,96,98	31-40	21-30
Liliria, 1981-96	46-60	61-75

ESTADO CIVIL

En Cambados se ha contabilizado con igual frecuencia los estado de soltero y casado, con un 42,1% cada uno (16 casos).

En el IAF de Badajoz [82] resultaron en la misma proporción los solteros y los casados.

El estado civil de los fallecidos mayores de 65 años, autopsiados en el IAF Madrid [84], fue: casados el 46%, viudos el 40,15% y solteros el 12,3% (forma más frecuente en la mujer).

En Andalucía [94] (1976-1995) fueron mayoritarios los viudos.

En la mencionada muestra inglesa [90] predominaron los casados y los solteros, con un 41,06 y un 37,80% respectivamente. Seguido des divorciados o separados con un 10,57%, y los viudos en un 9,35%.

Gómez [14], en los suicidios entre 1985 y 1989, describe un 40,21% de casados e igual proporción de solteros. En los viudos, únicamente un 17,34%.

En Elda-Villena, aparecen en primer lugar los casados, con un 60,74% de casos; seguido de solteros y viudos, con el 17,75% cada uno.

Un estudio de amplia casuística, llevado a cabo por Kposowa [117], encuentra una clara relación entre la mortalidad por suicidio y el estado civil, fundamentalmente de divorciado, pero únicamente en hombre.

PROFESION

La forma deficiente en que ha quedado registrado este dato en los informes judiciales impide su estudio estadístico, ya que sólo se conoció en el 26% de los casos, en los que a su vez aparece muy distribuida.

En la población de Alcalá [14], en primer lugar figuran como jubilados.

Mientras, en la muestra de Elda-Villena [103], fueron sobre todo trabajadores “por cuenta ajena y propia”.

ORIGEN

El 94,7% de los fallecidos tiene como procedencia autonómica la Comunidad gallega, recogándose solamente un caso de la madrileña y un caso de la Comunidad extremeña.

Los 36 fallecidos gallegos procedían de la provincia de Pontevedra, y a su vez todos ellos tienen su inscripción de nacimiento dentro del partido judicial cambadés, resultando con mayor porcentaje los inscritos en el municipio de Cambados, con un 27,8%.

HORA

La hora media del fallecimiento la constituye las 11.30 horas (11:39 en sistema decimal). Agrupadas en intervalos, existe un predominio de las 8 a 15 horas en un 42,1% de los casos, seguido de las 0 a 7 en el 26,3% y las 16 a 23 en el 21,1%. Coincidente en su mayor frecuencia con otras muestras consultadas.

Así, el intervalo entre las 8 y 16 horas es en la muestra de Badajoz el más usual con un 50% de los casos, seguido de las 16 a 24 horas en un 33,75%, y entre las 0 y 8 horas el 16,25%.

El intervalo más observado en Alcalá [14] fueron las 8-15 h. en el 43,33% de las ocasiones, seguido de las 16-23 h. en el 33,33%, y las 0-7 h. en el 23,33% restante.

El intervalo 8 a 16 horas fue el más frecuente en el partido de Alicante [101], con un 50% de casos.

En Elda-Villena [103], predominó el intervalo entre 8 a 15 horas (54,80%), seguido de las 16 a 23 horas (26,92%) y las 0 a 7 horas (18,26%).

La tabla siguiente resume algunos de los hallazgos anteriores

Intervalo horario más frecuente en el suicidio en muestras judiciales españolas

	Intervalo	% suicidios
Cambados, 1989-98	8 a 15 horas	42,1%
IAF Badajoz, 1990-95	8 a 16 horas	50%
Elda-Villena, 1977-86	8 a 15 horas	54,80%
Alcalá de H., 1985-89	8 a 15 horas	43,33%
Alicante, 1979-83	8 a 16 horas	50%

DIA DE LA SEMANA

El día de la semana escogido para el suicidio aparece muy distribuido a lo largo de la misma, sin preferencia estadística significativa. Tampoco es significativa la distribución a lo largo del mes.

El miércoles es, en ambos sexos, y con un 23,75% del total semanal, el día que registra más suicidios en el estudio mencionado sobre Badajoz [82].

Los días de la semana en la muestra de Gómez [14] fueron:

DIA	%
Lunes	18,47
Martes	13,04
Miércoles	5,43
Jueves	16,30
Viernes	14,13
Sábado	16,30
Domingo	9,78

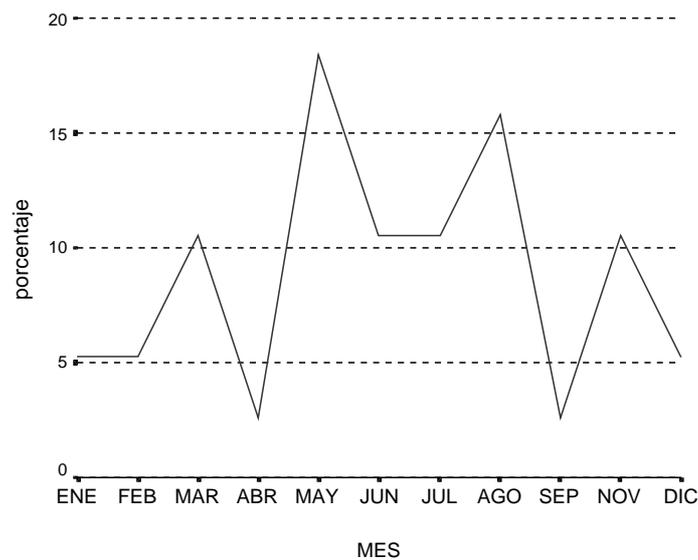
En Barcelona [108] en primer lugar se reparten en igual proporción los lunes, martes, miércoles y jueves.

Rodes describe en Elda-Villena [103] en primer lugar el lunes (17,75%), seguido por el jueves y el sábado (15,88% cada uno).

MESES

El mes con mayor número de suicidios ha sido mayo, con un 18,4%, seguido de agosto con un 15,8%. El menor número de casos se ha registrado en octubre (ningún caso) y septiembre y abril (un caso en cada uno).

Se reproduce el gráfico de distribución.



La distribución mensual en el IAF granadino [16] (1991-1998) fue:

MESES	%
Enero	10,25
Febrero	8,07
Marzo	9,32
Abril	6,52
Mayo	8,39
Junio	10,87
Julio	9,01
Agosto	6,83

Septiembre	5,90
Octubre	9,01
Noviembre	7,45
Diciembre	8,39

Febrero, marzo y mayo se contabilizan en un 12,5% cada uno, en un trabajo sobre el suicidio en Badajoz [82].

El mes de mayo, con un 11,5%, y marzo, con un 10,2%, fueron los meses de elección en la referida muestra de mayores de 65 años de Madrid [84]

En Alcalá [14] resultó la presentación:

MESES	%
Enero	8,69
Febrero	4,34
Marzo	10,86
Abril	10,86
Mayo	8,69
Junio	10,86
Julio	8,69
Agosto	6,52
Septiembre	10,86
Octubre	4,34
Noviembre	7,60
Diciembre	0

En la muestra de Barcelona [108] hubo mayor número en mayo y junio, estando en último lugar agosto y septiembre. Si bien sin diferencias significativas.

En Elda-Villena [103] aparece en primer lugar el mes de julio, en el 13,08%, seguido por mayo en el 12,14%.

En el partido judicial alicantino [101] el mes más frecuente fue septiembre, seguido de febrero (12,9 y 10,1% respectivamente).

En las memorias del IAF de Barcelona [36], considerando la media entre los años 1989 y 1995 (excluido 1992 del que no se dispone dicha información), el mes con

mayor presentación resultó enero, con el 10,17% de casos; seguido de mayo con un 10,07%. Y el menor se reveló septiembre, con un 6,91%.

En la muestra parisina [89] predominaron abril (14%) y junio (12%).

En el IML portugués de Coimbra [114], el mes más frecuente correspondió a junio (13,48%), junto con mayo (11,62%) y abril (11,16%).

ESTACION

La incidencia estacional fue mayor en primavera, con un 39,5% de casos, seguida sucesivamente por el verano, otoño e invierno.

En un estudio inferencia con Chi-cuadrado, respecto a unos valores teóricos esperados iguales para cada estación, aparece un valor de:

N: 38

Chi-cuadrado: 5,158 (3 g.l.)

P = 0,161 ($p > 0,05$)

por tanto, sin significación estadística que indique preferencia estacional.

En el IAF de Granada [16], entre 1991 y 1998, la distribución al respecto fue:

Primavera	24,22%
Verano	24,53%
Otoño	23,60%
Invierno	27,64%

En la muestra de Badajoz aparecen con mayor frecuencia los suicidios en verano y primavera, y la estación con menor número de ellos el otoño.

En la muestra de Sevilla [100], 1953-1977, se registró:

Enero- marzo	22,37%
Abril -junio	27,50%
Julio- septiembre	28%
Octubre- diciembre	22,12%

En Alcalá [14], la estación predominante fue la primavera, con un 30,43% de casos. Seguida por el verano, en un 23,91%; y el invierno y otoño, con el 22,82% en cada uno.

En Alicante [101], en primer lugar figura el verano, con el 30,55%, seguido del invierno, con un 28,70%, la primavera en el 24,07% y el otoño con un 16,66%. Sin diferencia significativa.

En Elda-Villena [103], se obtuvo:

Primavera	24,29%
Verano	33,643%
Otoño	6,82%
Invierno	25,23%

FASE LUNAR

De acuerdo con las mayoría de las publicaciones consultadas, tampoco en el partido cambadés ha podido establecerse una relación suficiente para acreditar una influencia de la fase lunar sobre los actos suicidas.

El análisis inferencial, realizado respecto a una frecuencia teórica igual para cada fase, resulta:

N: 38

Chi-cuadrado: 5,270 (3 g.l.)

P = 0,153 (p > 0,05)

sin establecer por tanto relación estadística significativa.

Se ha encontrado un mayor número de fallecidos en la fase correspondiente al cuarto menguante (39,5%), y un menor número en la fase de luna llena (15,8%).

Rodes et al [127] analizan la influencia de las fases lunares a través de 353 suicidios en los partidos de Elda-Villena, Orihuela, Elche y Alicante, sin encontrar relaciones significativas, salvo con el lugar del suicido y la existencia de patologías previas.

En otro estudio [103], limitado a los partidos de Elda-Villena entre 1977 y 1986, no se encuentra desviaciones significativas, con un 30,84% de casos sucedidos en C. Creciente, un 23,36% en L. Llena, un 23,36 en C. Menguante, y el 22,42% en L. Nueva.

En Asturias, Prieto et al [129], entre los suicidios acaecidos entre 1983 y 1987, no hallan tampoco relación estadística.

Igualmente, a través del análisis de 897 suicidios que correspondieron al I.A.F. de Madrid, Gutiérrez [134] tampoco alcanza a establecer una relación estadística.

En un análisis sobre intentos de suicido, asistidos en el Departamento de Urgencias del Guy's Campus (Reino Unido) a lo largo de un año, no se pudo vincular tampoco relación.

El estudio de Jacobsen et al [128], circunscrito a los casos de intoxicaciones en Oslo, en 1980, sobre un total de 1187 casos, no observa relaciones significativas con las fases de la Luna.

Otro trabajo [126], sobre los suicidios en la ciudad de Sacramento, no acreditó tampoco relación con el momento lunar.

Martin et al [131] llevan a cabo una revisión de 20 trabajos previos al respecto publicados a lo largo de 28 años, sin encontrar suficiente evidencia significativa.

Una revisión sobre las estadísticas vitales en EEUU [132], entre 1972 y 1978, referidas al suicidio, tampoco permite establecer una relación del suicidio con las fases lunares.

Por su parte, Ivonneau [133], abarcando el suicidio en el departamento de Dordoña (Francia), entre los años 1991 y 1992, describe un descenso significativo de los mismos con la fase de luna llena.

LUGAR DE FALLECIMIENTO

Se relaciona con el método suicida empleado. En Cambados la mayor parte de los casos, el 52,6%, sucedieron en una vivienda, seguidos a distancia por el medio líquido en el 18,4% (respectivamente muertes por ahorcadura y sumersión).

En el registro del IAF de Badajoz [82] resultó:

Domicilio propio	57,5
Vía pública	37,5
Hospital	12,5
Lugar de trabajo	2,5
Centro penitenciario	2,5

En otro estudio sobre la ciudad sevillana [100], el 66,5 de suicidios se llevaron a término en el domicilio.

El lugar de los hechos en la población alcalaína [14] fue fundamentalmente el domicilio, en el 52,17% de las ocasiones; seguido a notable distancia por la vía del tren en el 18,47%.

En la población de Alicante [101] el domicilio aparece en primer lugar, en el 58,33% de los casos.

El domicilio fue igualmente el lugar predominante, con un 62,61% de ocasiones, en la muestra de Rodes [103].

El registro de los suicidas entre 15 y 24 años, en París [89], recoge en un 45% de las ocasiones en domicilio.

PATOLOGIAS PREVIAS

Para su conocimiento es fundamental la forma y profundidad con que se desarrolla la investigación judicial, pudiendo distorsionarse fácilmente las cifras reales.

En Cambados, si bien es predominante el número de casos en los cuales no aparecen recogidas (47,4%) ocupa un lugar destacado las enfermedades psíquicas, con el 39,5% de casos en total.

En un 30% se conocieron antecedentes psiquiátricos en la muestra de Badajoz. [82]

El 90,67% de los suicidas mayores de 65 años entre 1990 y 1994 en Madrid [84], presentaban antecedentes de patología psíquica, siendo la más frecuente el estado depresivo en un 49,5%. En la misma muestra existían antecedentes de enfermedad física en el 97,61%, siendo las más frecuente las enfermedades cardio pulmonares en un 38%.

El hallazgo más usual en la muestra de Gómez [14] es la existencia de patología psíquica, en el 55,43%.

En la muestra de Fenollosa [8], sobre la población de Liria recogió en el 42,20% alteraciones psiquiátricas.

Rodes [103], en Elda-Villena encuentra patologías psíquicas en un 32,71% de los suicidas, y en un 14,01% enfermedad física.

Una depresión reciente fue recogida en un 53% de los suicidios por precipitación desde un hotel. [87]

En South Yorkshire, la depresión estuvo presente en el 26,02% de los suicidas, y la enfermedad física en el 12,60%.

En el estudio sobre suicidas con edades entre 15 y 24 años [89], se encontró antecedentes psiquiátricos en el 60 % de ellos, de las cuales un 70% fueron depresiones.

La depresión estuvo presente en el 76% de suicidas mayores de 65 años en otra muestra [111] de suicidios por sumersión.

En un estudio sobre el suicidio en Japón [93], se detectan alteraciones psiquiátricas entre un 30 y un 50 % de las ocasiones.

Algunas de las cifras expuestas se resumen en la tabla adjunta.

Incidencia de patología psiquiátrica en suicidas (autor, población, año)

	%	muestra	patología
Cambados, 1989-98	39,50 %	general	global
Rodes, Elda-Villena (1977-86)	32,71 %	general	global
Casado et al, Badajoz (1990-95)	30,00 %	general	global
Fenollosa, Liria (1981-96)	42,20 %	general	global
Hanzlick et al, Georgia (1967-86)	53,00 %	precipitación desde hotel	depresión
Cooper et al, South Yorkshire (1985-91)	26,02 %	general	depresión
Lecomte et al. París , 1989-96	60,00 %	edad 15 a 24 años	global
Osuna et al, Madrid (1990-94)	90,67 %	edad > 60 años	global

DEPENDENCIA Y RESULTADOS TOXICOLÓGICOS

En la gran mayoría, 78,9%, no pudo demostrarse la adicción a sustancias de abuso.

Asimismo, en una elevada proporción de casos, 45,8%, se determinó la presencia de alguna cantidad de alcohol en sangre, seguido por la presencia de fármacos en un 12,5%.

En la muestra de la población suicida inglesa [90] el alcohol estuvo presente en el 29% de las ocasiones.

En la población portuguesa de Coimbra [114] sobre 117 casos en que se determinó, resultó positivo el alcohol en 31,6%.

En cualquier caso, ha de considerarse que no en todos los casos de suicidio se llevan a cabo investigación de tóxicos.

INTENTOS PREVIOS

Factor difícil de conocer con precisión, dado que fácilmente puede no llegar a saberse durante la fase de investigación judicial, por lo que los valores que se estiman son siempre mínimos de referencia.

En Cambados, sólo se conocieron tentativas previas de suicidio en un 18,4%.

En el IAF de Badajoz [82] se registran en el 13,75% de los suicidios.

La proporción de suicidas en que se registró actos autolíticos previos fue en la mencionada muestra madrileña [84] del 17,2%; recogándose en dicha muestra que en algún momento se había expresado el deseo autolítico por el 20,2%.

En los partidos de Alicante y Elda-Villena [97] se conocieron en el 5,61% de las ocasiones.

En Alcalá [14] se registraron intentos previos en el 23,91% de los casos, no quedando registrados en un 4,34 %, y siendo negativos en el 80,43%.

En los partidos de Elda y Villena [103], se conocieron intentos previos en el 7,47% de los casos.

Los intentos anteriores en el trabajo antes referido sobre 14 casos acaecidos en hospitales psiquiátricos [98], fueron un 44,4%.

Estos actos autolíticos fueron un 21% en la muestra de precipitaciones desde hotel. [87]

En la muestra de South Yorkshire [90] se conocieron en el 35,37% de los casos.

En la muestra francesa [89] lo habían intentado un tercio de los fallecidos.

Entre los suicidas mayores de 65 años, por sumersión [111], se acreditaron antecedentes en 9 casos (36% del total).

En la tabla, se muestran algunos resultados

Intentos de suicidio previos en diferentes muestras	
	%
Cambados, 1989-98	18,4%
IAF Madrid, 1990-94 (>65 años)	17,2%
Sant Boi (Barcelona), 1986-97 (población psiquiátrica)	44,4%
IAF Badajoz, 1990-95	13,75%
Elda-Villena, 1977-86	7,47%
Fulton County (Georgia) , 1967-86 (precipitaciones desde hoteles)	21,00%
Alcalá de Henares, 1985-89	23,91%
South Yorkshire (Inglaterra), 1985-91	35,37%
Florida del Sur (USA), 1994-88 (suicidios por sumersión)	36,00%

DOCUMENTOS DE DESPEDIDA

De gran valor médico legal, al mostrar de una forma directa las intenciones suicidas, y proporcionar información sobre el estado psicológico inmediato previo al acto suicida. Si bien, la proporción en que se encuentran es siempre baja.

Montiel [136] los define como “indicios escriturados, grafiados ante mortem por personas que se privan de la vida, con objeto de hacer aclaraciones, despidos o solicitudes o para deslindar responsabilidades”.

Han sido muy escasos los encontrados en la muestra cambadesa, claramente menor que en ninguna de las otras series consultadas. Únicamente en 3 sucesos, lo que corresponde al 7,9% de los suicidios.

En un 21,25% de los casos se encontraron en los suicidios acaecidos en la ciudad de Badajoz. [82]

En la muestra de Madrid [84] se contabilizaron en el 38%.

En los partidos de Alicante y Elda-Villena [97] se conocieron en el 11,23% de las ocasiones.

En otro estudio sobre los partidos de Elda-Villena, Rodes [103] los describe en un 18,69%.

El mismo autor [124], recoge datos de otros autores y poblaciones, entre ellos:

- Camps (Hospitalet, 1972-1978): 10,5%
- Pamblanco (Alicante, 1979-1983): 15,7%
- Serrulla (Vergara, 1983-1988): 18,7%

Por su parte, en Tarrasa, entre 1970 y 1972 Martí Lloret [122] registra un 17,02% de casos de notas suicidas, sobre un total de 47 suicidios.

En Alcalá [14], únicamente se encontraron en el 16,30%.

En el partido de Alicante [101] se contabilizaron con una media anual de 15,74%.

Las notas suicidas en la población de Liria [8] fueron del 14,4%.

En otro estudio, O'Donnel et al [121] recogen diversas proporciones de notas suicidas a su vez de otros trabajos, y entre ellas

Los Angeles, 1944-1953	15%
Philadelphia, 1951-1955	24%
Gales, 1951-1955	15%
Philadelphia, 1972	24%
Suic. por tren el Sur de Inglaterra, 1979-1980	20%
Suic. de mujeres en Stockholm, 1982	42%
Berlín Oeste, 1981-1985	30%

Se contabilizaron en un 37% de los casos de las muertes por precipitación desde hoteles [87], entre 1967 y 1986 en el estudio antes mencionado.

Un 28,86 % fueron las encontradas en la mencionada muestra inglesa. [90]

En la muestra de la ciudad francesa de París [89], correspondieron un 40%.

Entre los suicidas de dos hospitales psiquiátricos barceloneses [98], no se encontró ninguna nota.

En un 23 % de las ocasiones se descubrieron entre los suicidios acaecidos en la ciudad de Monroe (New York) [123], entre 1950 y 1972.

En la muestra de suicidios por sumersión en mayores de 65 años, en Florida del Sur [111], las notas aparecieron en 8 casos (32% del total).

Lester et al [119] analizan las diferencias en las características de los documentos póstumos de suicidas en Berlín, 20 casos, y describen como los hombres hacen mas referencias a la depresión o la falta de salud corporal como motivos del acto suicida; mientras, la mas mujeres refieren más habitualmente acontecimientos concretos precipitantes.

Los mismos autores, en otro trabajo, [119] sobre la base del total de suicidios ocurridos en Berlín entre 1981 y 1985, encuentran diferencias significativas en una serie de parámetros, como la mayor presentación según el sexo (32,6% en mujer y 28,5% en hombre), la edad (los mayores más que los jóvenes), el estado civil (viudos más que solteros o divorciados), el día de la semana (lunes más que el resto), o el método.

Respecto a este último, las notas fueron más usuales cuando el elegido fue la intoxicación, donde aparecen hasta en el 45,4% si fue por medicamentos, en el 47,5 por otros líquidos o sólidos o el 39,9 por gases; siendo en contraste un 13,5% cuando el mecanismo fue la precipitación.

Algunas de las cifras reseñadas se muestran en la tabla

Frecuencias de notas suicidas, según autores y muestra

	%
Cambados	7,90%
Casado et al (Badajoz)	21,25%
Osuna et al (Madrid)	38,00%
Rodes (Elda-Villena)	18,69%
Martí (Tarrasa)	17,02%
Gómez (Alcalá)	16,30%
Fenollosa (Liria)	14,40%
Hanzlick (Fulton County)	37,00%
Cooper (South Yorkshire)	28,86%
Monroe (New York)	23,00%
Davir (Florida del Sur)	32,00%

MECANISMO

Los mecanismos suicidas puede agruparse, siguiendo a Corbella [125] en:

- 1.- Asfixias: fundamentalmente la ahorcadura y la sumersión.
- 2.- Grandes traumatismos: ya sea proporcionando al propio organismo una intensa fuerza, como en la precipitación; haciendo uso de una violenta fuerza externa, como en los atropellos; o bien mediante el uso de un objeto de gran capacidad intrínseca lesiva, como son las armas blancas o de fuego.
- 3.- Intoxicaciones: incluyendo el uso de gases tóxicos, o bien productos sólidos o líquidos. Son de gran interés los fármacos, los productos domésticos y los plaguicidas.

La ahorcadura en Cambados coincide con otras series consultadas de ámbito rural o poblaciones menores; mientras en las ciudades grandes resulta predominante la precipitación. Asimismo, el segundo método en la muestra cambadesa ha sido la sumersión, también frecuente en el ámbito rural.

El mecanismo mayoritario ha sido la ahorcadura, en el 60,5% de los casos. Si bien en un estudio diferenciado según el sexo, la ahorcadura constituye el 70% de los casos en el hombre, siendo la sumersión el mecanismo preferente en las mujeres, en un 50%.

En cualquier caso ha de considerarse que la muestra femenina en Cambados es muy escasa, por lo que sus resultados han de valorarse con gran prudencia.

De forma general la distribución ha sido:

Ahorcadura	60,5%
Sumersión	18,4%

Arma de fuego	7,9%
Precipitación	7,9%
Intoxicación	5,3%

Su análisis por sexos:

a) Hombres

Ahorcadura	70%
Sumersión	10%
Arma de fuego	10%
Intoxicación	6,7%
Precipitación	3,3%

b) Mujeres

Sumersión	50%
Ahorcadura	25%
Precipitación	25%

No se ha recogido ningún caso por arma blanca, siendo asimismo minoritario en las otras series consultadas, en que afecta sobre todo a los vasos del cuello; aun cuando en ocasiones se han recogido formas atípicas. [81]

Los mecanismos en Granada (1991-1998) [16] fueron:

Ahorcadura	42,55%
Precipitación	31,06%
Arma de fuego	13,04%
Intoxicación	9,01%
Arma blanca	0,62%
Sumersión	0,62%
Atropello tren	0,62%
Asfixia por gas	0,31%
Aplastamiento	0,31%
Electrocución	0,31%
Estrangulación	0,31%
Asfixia	0,31%
Otros	0,93%

Los mecanismos en el IAF de Valencia [17] resultan (se indican el porcentaje absoluto y entre paréntesis los valores en el hombre y la mujer):

Precipitación	42,90%	(36,30/54,37)
Ahorcadura	20,14%	(26,26/9,52)
Ingesta de cáusticos	10,72%	(5,48/19,48)
Arma de fuego	8,26%	(12,56/0,79)
Ingesta de fármacos	5,36%	(3,42/8,73)
Ingesta de plag/herb	3,62%	(5,02/1,19)
Arma blanca	2,17%	(2,97/0,79)
Sumersión	1,01%	(0,91/1,19)
Ingesta de cianuro	1,30%	(2,05/0)
Inhalación de gas	1,30%	(1,83/0,40)
Atropello por tren	1,16%	(1,14/1,19)
Quemaduras	0,87%	(0,91/0,79)
Sobredosis de droga	0,29%	(0,23/0,40)
Sofocación	0,29%	(0,23/0,40)
Electrocución	0,14%	(0,23/0)
Asfixia por oclusión	0,14%	(0,23/0)
Sección de cuello	0,14%	(0,23/0)
Ingesta de metanol	0,14%	(0/0,40)

El método recogido en las memorias del IAF Dr. Orfila de Palma de Mallorca [15] entre 1989 y 1998, muestra:

Precipitación	35,17%
Ahorcadura	30,99%
Ingesta de cáusticos	10,27%
Arma de fuego y explosión	6,46%
Inhalación de gas	5,13%
Ingesta de fármacos	3,61%
Sumersión	2,85%
Arma blanca	2,09%
Fuego	0,76%
Sofocación/ bolsa de plástico	0,57%
Atropello por coche	0,57%
Atropello tren	0,38%
Ingesta de alcohol	0,19%
Ingesta drogas	0,19%
Ingesta herbicidas	0,19%
Ingesta naftalina	0,19%
No consta	0,38%

La distribución por sexos en dicho partido, calculando la media y excluyendo el año de 1992 del que no se ha obtenido este dato, resulta

Precipitación	34,02/43,59
Ahorcadura	38,42/11,97
Ingesta de cáusticos	5,28/25,64
Arma de fuego y expl	8,21/1,71
Inhalación de gas	3,52/3,42
Ingesta de fármacos	2,35/5,98
Sumersión	2,64/3,42
Arma blanca	2,64/1,71
Fuego	0,88/0,85
Sofoc./plástico	0,29/1,71
Atropello	0,88/0
Ingesta de alcohol	0,29/0
Ingesta drogas	0,29/0
Atropello tren	0,29/0

En el IAF de San Sebastián [19] entre 1993 y 1998 se encuentran:

Precipitación	41,29%
Ahorcadura	22,58%
Arma de fuego	9,03%
Atropello tren	8,71%
Sumersión	7,74%
Arma blanca	1,94%
Sofocación	0,65%
TCE	0,32%
Aplastamiento	0,32%

En 1974 las memorias del IAF de Valladolid [51] se describe el siguiente número de casos de suicidio:

Atropello por tren	4
Precipitación	2
Sumersión	2
Ingesta fármaco	1
Ahorcadura	1

El tipo de mecanismo suicida recogido según las memorias del IAF de Barcelona [36], entre 1989 y 1991, consistió en (se indican el porcentaje absoluto y entre paréntesis los valores en el hombre y la mujer):

Precipitación	46,12%	(35,29/62,10)
Intoxicación	15,86%	(14,86/17,35)
Ahorcadura	16,60%	(22,60/7,76)
Arma de fuego	4,42%	(4,95/3,65)
Arma blanca	2,95%	(4,33/0,91)
Atrop.tren/ferr.	8,11%	(10,83/4,10)
Sumersión	3,50%	(4,02/2,73)
Otros	2,39%	(3,09/1,36)

Asimismo, en los años 1996 a 1998, en dicho partido judicial se extraen las siguientes formas suicidas:

Precipitación	50,66%
Intoxicación	14,95%
Ahorcadura	19,41%
Arma de fuego	6,25%
Arma blanca	1,56%
Atropello tren/ferr.	4,01%
Sumersión	1,56%
Otros	0,44%
Bolsa de plástico	0,66%
Electrocución	0,22%
Quemaduras	0,22%

El método suicida preferente en Badajoz [82] fue la ahorcadura en el 32,5% de los casos seguido de la precipitación en el 22,5%.

En esta misma ciudad la distribución del método elegido según el sexo (hombre / mujer) fue:

Precipitación	11,79/46,67
Arma blanca	3,08/0
Arma de fuego	13,85/6,67
Ahorcadura	35,38/20
Sumersión	9,23/6,67
Intoxicación por CO	6,15/0
Otras intoxicaciones	13,85/20
Quemaduras	6,67/0

La elección del método por los suicidas mayores de 65 años en la ciudad de Madrid [84] entre 1990 y 1994 consistió en:

Precipitación	63,6%
Ahorcadura	16,9%
Intoxicación	5,4%
Arma de fuego	4,77%
Atropello tren	3,5%
Sumersión	2,87%
Arma blanca	2,60%
Otros	0,43%

Por sexos el método preferente en la mujer fue la precipitación en un 76,5%, seguido de la ahorcadura en el 10,6% y la intoxicación en el 7,3%. En el varón la precipitación es también el primer método, si bien en menor proporción, con un 55,3% de los casos, seguido en el 20,9% por la ahorcadura y las intoxicaciones en un 4,39%.

En la ciudad de Sevilla [95], entre 1978 y 1987, el mecanismo suicida hizo uso de:

Precipitación	39,16%
Ahorcadura	16,89%
Tóxicos	15,70
Sumersión	10,3%

En otro estudio [100] sobre la misma ciudad, abarcando los años 1953 a 1977, se observa:

Precipitación	28,87%
Sumersión	18,87%
Atropello tren / tranv.	15,37%
Ahorcadura	14,50%
Sustancias tóxicas	10,87%
Arma blanca	5,75%
Arma de fuego	3,25%
Atr.autom/camión	1,12%
Quemaduras	0,25%
Sofocación	0,12%

Y siendo su distribución por sexos (% en el hombre y % en la mujer):

Precipitación	23,7%/45,1%
Sumersión	19,5%/17,1%
Atrop. tren/ tranv.	18,7%/7%
Ahorcadura	18,7%/3,9%
Sustancias tóxicas	7,3%/19,7%
Arma blanca	5,9%/5,2%
Arma de fuego	4,3%/0,4%
Atrop.auto/camión	1,2%/0,8%
Quemaduras	0,1%/0,4%
Sofocación	0,1%/0%

Rodes et al [97] registran en el partido judicial de Alicante (1979-1983), entre los mayores de 60 años:

Precipitación	55,81%
Ahorcadura	25,58%
Arma de fuego	9,30%
Ingesta de cáusticos	4,65%
Ingesta de insecticidas	2,32%
Atropello por tren	2,32%

En la misma población, según el sexo, los autores encuentran (%hombre/ % mujer):

Precipitación	31,82/80,95
Ahorcadura	40,91/9,52
Arma de fuego	18,18/0
Ingesta de cáusticos	0/9,52
Ingesta de insecticidas	4,55/0
Atropello por tren	4,55/0

En el mismo trabajo, pero circunscrito a los partidos de Elda-Villena (1977-1986), los mecanismos fueron:

Precipitación	19,56%
Ahorcadura	54,34%
Arma de fuego	2,17%
Ingesta de cáusticos	4,34%
Ingesta de insect	2,17%
Atropello por tren	4,3%

Sumersión	10,86%
-----------	--------

y su análisis por sexos:

Precipitación	17,65/25
Ahorcadura	58,82/41,67
Arma de fuego	2,94/0
Ingesta de cáusticos	0/16,67
Ingesta de insect.	2,94/0
Atropello por tren	5,88/0
Sumersión	11,76/8,33

En el mencionado trabajo sobre el área del Gran Bilbao [99], entre 204 casos, los mecanismos consistieron en:

Precipitación	41,17%
Ahorcadura	18,62%
Sumersión	17,64%
Atropello por tren	7,35%
Arma de fuego	5,88%
Intoxicación	5,39%
Arma blanca	2,94%
Explosión	0,49%
Quemaduras	0,49%

y su distribución según el sexo (% hombres y % en mujeres)

Precipitación	37,59/49,27%
Ahorcadura	19,86/15,87%
Sumersión	17,73/17,64%
Atropello por tren	7,80/6,35%
Arma de fuego	7,09/3,17%
Intoxicación	6,38/3,17%
Arma blanca	2,84/3,17%
Explosión	0,71/0%
Quemaduras	0/1,59%

Entre 1985 y 1989, en Alcalá Gómez [14] describe:

Precipitación	31,52%
Ahorcadura	29,34%
Atropello por tren	18,47%
Arma de fuego	8,69%
Intoxicación	8,69

Sumersión	2,17%
Quemaduras	1,08%

Las distintas proporciones porcentuales según el sexo resultan:

Precipitación	26,47/45,83
Ahorcadura	33,82/16,66
Atropello por tren	17,64/20,83
Arma de fuego	11,76/0
Intoxicación	7,35/12,5
Sumersión	1,47/4,16
Quemaduras	1,47/0

Martí y Corbella [108] analizan 903 casos de suicidios en Barcelona con los siguientes resultados (%/ % proporción en hombres y mujeres):

Precipitación	33,4%/ 53,9%
Intoxicación	18,1%/ 26%
Ahorcadura	20,9%/ 8,4%
Atropello por tren	4,7%/ 3,6%
Arma de fuego	10% / 0,3%
Arma blanca	3%/ 2,7%
Sumersión	2,6%/ 2,7%
Otros	7,2%/ 2,4%

En su análisis global, aparece en primer lugar la precipitación, en el 41%; seguida de las intoxicaciones, en el 21%; la ahorcadura y el arma de fuego.

En el partido judicial de Alicante [101], entre 1979 y 1983, figuran (se indica la proporción global, y entre paréntesis las proporciones en hombre y mujer):

Ahorcadura	26,85% (39,18/8,89)
Precipitación	41,67% (20,63/71,11)
Arma de fuego	10,19% (17,46/0)
Ingestión insect	5,56% (6,35/4,44)
Atropello tren	4,63% (7,94/0)
Arma blanca	3,70% (6,35/0)
Intox. medica.	5,56% (1,59/11,11)

Quemaduras	0,93% (0/2,22)
Sumersión	0,93% (0/2,22)

Considerando de forma global el método, pero separando Alicante ciudad, respecto al resto de los municipios, los resultados son (Alicante/ resto de municipios)

Ahorcadura	24,05%/ 34,48%
Precipitación	49,37%/ 20,69
Arma de fuego	6,33/20,69
Ing. insect./cáust.	5,06%/ 6,90%
Atropello tren	2,53%/ 10,34%
Arma blanca	5,06%/ 0%
Intox. Medi.	7,59%/ 0%
Quemaduras	0%/ 3,45%
Sumersión	0%/ 3,45%

La media calculada en el estudio de los años 1990 a 1998, en el partido de Cartagena [5-7] recoge:

Ahorcadura	49,80%
Arma de fuego	11,28%
Precipitación	14,78%
Sumersión	4,28%
Cáusticos	7%
Intoxicación CO	1,94%
Arma blanca	2,33%
Intoxicaciones	7,78%
Quemaduras	0,77%

Los mecanismos en la población de Liria, 1981-1996, descritos por Fenollosa [8] son:

Arma blanca	2,17%
Vehículos a motor	2,89%
Sumersión	7,24%
Intoxicación	12,31%
Arma de fuego	14,49%
Contusiones	17,39%
Ahorcadura	43,47%

Rodes, entre 1977 y 1986, sobre un total de 107 casos, contabiliza (se recogen valores porcentuales absolutos y relativos a hombre / mujer):

Ahorcadura	53,27%	(59,03/33,33)
Sumersión	6,54%	(6,02/8,33)
Precipitación	15,88%	(12,04/29,16)
Arma de fuego	5,60%	(7,22/0)
Arma blanca	0,93%	(0/4,16)
Atropello tren	8,41%	(8,43/8,33)
Intox. medic.	0,93%	(0/4,16)
Intox. cáusticos	2,86%	(0,12,5)
Intox. insecticidas	1,86%	(2,40/0)
Intox. gas butano	1,86%	(2,40/0)
Mecanismos dobles	1,86%	(2,40/0)

El análisis de los diferentes mecanismos expuestos, revela la presencia siempre mayoritaria de los mecanismos de ahorcadura y precipitación en las poblaciones españolas. Con preferencia de la ahorcadura en las menores o rurales, como es el caso de Cambados.

Siguiendo en menor frecuencia el uso de armas de fuego, el atropello por tren o ferrocarril y las intoxicaciones. Destaca el contraste en el uso de las armas de fuego en las poblaciones norteamericanas, algunas de las cuales se recogen más adelante, donde la facilidad legal para su obtención en algunos de sus Estados, y la elevada seguridad del método, hacen que frecuentemente constituya el principal mecanismo suicida.

Esta misma relación con la disponibilidad del mecanismo suicida, hace que en Cambados no se registre ningún caso de atropello de ferrocarril, sencillamente porque en el Partido judicial no existe ese medio de transporte.

Asimismo, hay que señalar que las formas de intoxicación quedan recogidas habitualmente en diferentes apartados, según el origen de la sustancia (cáusticos, fármacos, insecticidas, gases u otros). Sin embargo, si se considerase la suma de los mismos aumenta su frecuencia considerablemente.

Se exponen en la tabla adjunta algunos de los principales mecanismos descritos.

Métodos suicidas en poblaciones españolas (se recogen los cuatro más frecuentes en orden decreciente)

	1º	2º	3º	4º
Cambados, 1989-98	Ahorcadura 60,5%	Sumersión 18,4%	Precipitación 7,9%	Arma fuego 7,9%
Elda-Villena, 1977-86	Ahorcadura 53,27%	Precipitación 15,88%	Atropello tren 8,41%	Sumersión 6,54%
Cartagena, 1990-98	Ahorcadura 49,80%	Precipitación 14,78%	Arma fuego 11,28%	Intoxicación 7,78%
Lliria, 1981-96	Ahorcadura 43,47%	Contusiones 17,39%	Arma fuego 14,49	Intoxicación 12,31
Granada, 1991-98	Ahorcadura 42,55%	Precipitación 31,6%	Arma fuego 13,04%	Intoxicación 9,01%
Palma Mall, 1989-98	Precipitación 35,17%	Ahorcadura 30,99%	Ing. cáustic. 10,27%	Arma fuego 6,46%
Alcalá, 1985-89	Precipitación 31,52%	Ahorcadura 29,34%	Atropello tren 18,47%	A. fueg/intox 8,69%
Alicante, 1979-83	Precipitación 41,67%	Ahorcadura 26,85%	Arma fuego 10,19%	
S. Sebastián, 1993-98	Precipitación 41,29%	Ahorcadura 22,51%	Arma fuego 9,03%	Atropello tren 8,71%
Valencia, 1989-97	Precipitación 42,90%	Ahorcadura 20,14%	Ing. cáustic. 10,72%	Arma fuego 8,26%
Barcelona, 1996-98	Precipitación 50,66%	Ahorcadura 19,41%	Intoxicación 14,95%	Arma fuego 6,25%
Barcelona, 1989-91	Precipitación 46,12%	Ahorcadura 16,60%	Intoxicación 15,86%	Atrope. ferro. 8,11%
Gran Bilbao, 1985-86	Precipitación 41,17%	Ahorcadura 18,62%	Sumersión 17,64%	Atrope. tren 7,35%
Madrid (>60) 1990-94	Precipitación 63,6%	Ahorcadura 16,9%	Intoxicación 5,4%	Arma fuego 4,77%
Sevilla, 1978-87	Precipitación 39,16%	Ahorcadura 16,89%	Intoxicación 15,70%	Sumersión 10,3%

Ausina et al [109] analizan las tentativas de suicidio atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Barcelona, entre 1969 y 1971, reseñando como métodos:

Envenenamiento	75,1 %
----------------	--------

Gases	3,7 %
Ahorcadura	1,3%
Arma de fuego	0,3%
Sumersión	0,4%
Arma blanca	5,7%
Precipitación	7,2%
Atropello	3,1%
Mixto	3,1 %

observándose la preponderancia de formas menos violentas o "seguras", que en los suicidios consumados. A su vez, el predominio es femenino, con un 66,33% de los casos, y la década de edad predominante los 20 a 29 años (32,60%). Las sustancias utilizadas como tóxico fueron fundamentalmente fármacos (en primer lugar barbitúricos).

Otro estudio igualmente sobre suicidios no consumados, se llevó a cabo sobre las llamadas realizadas al INT (Servicio de Información Toxicológica) [83], encontrando que el 71,7% lo fueron haciendo uso de fármacos, fundamentalmente benzodiazepinas (53,2%), siendo la edad preferente los 16 a 30 años, el sexo el femenino (66,6%), el día de la semana el viernes, y el intervalo horario entre las 15 y las 18 horas.

En el Hospital Cínico de Barcelona [88], en un estudio sobre 300 ingresos por intentos de suicidio mediante fármacos, predominó en ambos sexos el estado civil de soltero, el sexo femenino (78,67% frente al 21,33%), la edad entre las 16 y 30 años, el intervalo horario entre las 14 y 20 horas (26,6%, si bien con escasa diferencia con el resto), un 20% de reincidencias, y como fármacos de elección los barbitúricos (62,66%).

En dos hospitales psiquiátricos catalanes [98], sobre 14 suicidios los métodos fueron (entre paréntesis los porcentajes en el hombre y la mujer):

Ahorcadura	72,22%	(78,57%/25%)
Precipitación	16,67%	(14,29%/25%)
Estrangulación	5,56%	(7,14%/0%)
Sumersión	11,11%	(0%/50%)

Un trabajo de Maldonado et al [126] ,sobre los suicidios en la ciudad americana de Sacramento, 1925-1983, realizado con objeto de determinar la influencia de los factores ambientales en el suicidio, describe:

Arma de fuego	47,4%
Intoxicaciones	26,4%
Ahorcadura	13,3%
Arma blanca	3,3%
Sumersión	3,2%
Precipitación	2,9%
Vehículos a motor	0,3%
Otros	3,2%

En Monroe (New York) [123], de un total de 1418 sucesos, entre 1950 y 1972, los mecanismos fueron, en orden de frecuencia:

- Varones: disparos, intoxicación CO, ahorcadura, drogas, precipitación, sumersión, arma blanca.
- Mujeres: drogas, intoxicación CO, ahorcadura, arma de fuego/ sumersión, precipitación, arma blanca.

Los métodos recogidos entre los estudiantes de medicina en los EE.UU. [86] consistieron en:

- Arma de fuego: 53,33% (8 casos)
- Sobredosis: 40% (6 casos)
- Precipitación: 6,67% (1 caso)

Otro estudio a cerca del suicidio en South Yorkshire [90] determina los siguientes:

Ahorcadura	52,44%
Precipitación	17,48%
Sumersión	10,16%
Fuego	4,88%
Atropello por tren	4,07%

Arma de fuego	4,07%
Arma blanco	3,25%
Electrocución	2,03%
Atropello coche	1,22%
Estrangulación	0,41%

La misma muestra, dividida según el sexo (hombre / mujer):

Ahorcadura	57,14%/39,06%
Precipitación	11,54%/34,38%
Sumersión	9,34%/12,50%
Fuego	6,04%/1,56%
Atropello tren	4,95%/1,56%
Arma de fuego	4,40%/3,13%
Arma blanca	2,75%/4,69%
Electrocución	2,20%/1,56%
Atropello coche	1,22%
Otros	1,65%/1,56%

Siguiendo con el estudio, los autores determinan el método de elección según la edad, mostrando:

- < 40 años: 54,64% ahorcadura; 21,65% precipitación
- 40 a 59 años: 52,31% ahorcadura; 15,38% precipitación
- > 60 años: 50% ahorcadura; 19,05% sumersión; 14,29% precipitación

Por otra parte, los jóvenes franceses (15 a 24 años) [89] escogieron:

- Ingesta fármacos: 28 % (22% tranquilizantes, 14% antipsicóticos, 13% antidepresivos).
- Precipitación: 22%
- Arma de fuego: 21%
- Ahorcadura: 18%
- Otros: 11%

Entre los menores de 18 años en Carolina del Sur [96], se hizo uso de:

Arma de fuego	77,4%
Sobredosis	6,4%
Ahorcadura	6,4%
Daño térmico	6,4%
Vehículo a motor	3,2%

En un estudio sobre el suicidio en Japón [93], se demostró como método preferente la ahorcadura en ambos sexos. Los autores reseñan cómo es raro en dicho país el uso de armas de fuego como mecanismo suicida.

En el estudio sobre el suicidio en Arabia Saudí [91] se especifican los siguientes:

Ahorcadura	62,90%
Precipitación	11,76%
Arma de fuego	9,05%
Intoxicación	5,88%
Fuego	4,52%
Arma blanca	4,52%
Sumersión	1,36%

En la ciudad de Adelaida (Australia) [112], 1969 a 1998, se analizaron los métodos de suicidio, acaecidos tras cometer un homicidio, siendo (sobre un total de 13 suicidios):

- Arma de fuego: 5 casos (5 hombres, 1 mujeres)
- Intoxicación por CO: 2 casos (0 hombres, 2 mujeres)
- Envenenamiento: 2 casos (0 hombres, 2 mujeres)
- Ahorcadura: 1 caso (1 hombres, 0 mujeres)
- Otros: 2 casos (1 hombres, 1 mujeres)

Los mayores de 50 años, entre 1987 y 1991, en Newfoundland (Canadá) [115] se valieron de:

- Hombres: 29,8% Arma de fuego; 24,6% Ahorcadura; 21% Sumersión; Otros: 24,6%
- Mujeres: 45,5% Sumersión; 27,2% Drogas; 9,1% Arma de fuego; 18,2% Otros.

En la que fuera Berlín Oeste [106], se contabilizaron ente 1981 y 1985 3127 casos suicidas, siendo los métodos (entre paréntesis se recogen los porcentajes hombre / mujer para cada uno de los métodos)

Ahorcadura	27,49%	(73,6/26,4)
Medicamentos	24,39%	(45,4/54,6)
Precipitación	20,67%	(50,5/49,5)
Gases	5,53%	(83,8/16,2)
Sumersión	4%	(40,8/59,2)
Arma de fuego	3,36%	(93,3/6,7)
Electrocución	2,91%	(39,6/60,4)
Transporte público	2,65%	(61,4/38,6)
Otros líquidos / sólidos	2,56%	(73,7/26,3)
Sofocación	2,49%	(46,1/53,9)
Arma blanca	2,20%	(78,3/21,7)
Fuego	1,12%	(77,1/22,9)
Otros	0,57%	(27,8/72,2)

su autor, Heim, encuentra diferencias significativas entre método y sexo, edad y método (sólo en hombres), día de la semana y método (sólo en mujeres).

El medio utilizado en por personas mayores de 65 años en la ciudad de Florida del Sur (EEUU) [111], entre 1994 y 1998 ha sido:

Varones:

Arma de fuego	60,3%
Sobredosis	8%
Precipitación	5,7%
Bolsa de plástico	5,7%
Ahorcadura	4,6%
Asfixia CO	4,6%
Sumersión	4%

y en mujeres:

Sobredosis	26,1%
Precipitación	20%

Sumersión	13,8%
Arma de fuego	12,3%
Bolsa de plástico	12,3%

En el IML de Coimbra, entre 1980 y 1985 se describen:

Intoxicaciones	73,48%	(67,34/86,76)
Ahorcadura	13,02%	(18,36/1,47)
Arma de fuego	7,44%	(9,52/2,94)
Sumersión	2,32%	(1,36/4,41)
Precipitación	1,86%	(1,36/2,94)
Arma blanca	0,93%	(0,68/1,47)
Fuego	0,46%	(0,68/0)
Electrocución	0,46%	(0,68/0)

En un interesante trabajo de Obafunwa et al [116] sobre suicidios acaecidos entre 1987 y 1991 (400 casos), encuentran que entre aquellos que habían solicitado asistencia médica dentro de la semana previa al fallecimiento, el método más elegido fue el uso de drogas (en el 50,9%), mientras entre los que no lo habían hecho, dicho método sólo ocupó el 34,2% de los sucesos.

En el referido trabajo, y ya circunscrito al grupo en que sí habían buscado asistencia, la distribución general del método fue:

- Intoxicación por drogas: 51% (principalmente antidepresivos y analgésicos)
- Ahorcadura: 16%
- Sumersión: 10%
- Precipitación: 10%
- Inhalación de gas: 8%

Un estudio limitado a los suicidios por precipitación desde edificios de hotel en Fulton County (Georgia, EEUU), entre 1967 y 1986, recoge este mecanismo como el 1% del total de suicidios, y el 24% de los lugares de precipitación. Siendo la hora preferente las 6 a.m.-mediodía (8 casos) seguido de la media noche-6 a.m. y el mediodía 6 p.m. con 5 casos cada uno.

En Cambados ha sido muy escaso el número de muertes por intoxicación que se han considerado de etiología suicida, únicamente en dos ocasiones.

En un estudio sobre los fallecimientos por drogas de abuso en la ciudad de Elche entre 1980 y 1993 [79], considerando globalmente las formas accidentales y suicidas, la sustancia más detectada fue la morfina, en un 91,4%; seguido de las benzodiazepinas en el 45,7%; el alcohol etílico en el 22,8% y la cocaína en el 17,1%.

Otro aspecto interesante es la diferencia existente en la elección del método según el sexo. En la muestra cambadesa no se ha realizado una estimación estadística pues la baja cifras de suicidios de mujeres (4 casos) distorsionaría los resultados. Es sin embargo un aspecto puesto de manifiesto frecuentemente en los trabajos sobre el suicidio. En el varón van a destacar métodos con más violencia y seguridad. El más frecuente sigue resultando la ahorcadura.

Asimismo, en las proporciones sobre el uso de arma de fuego, la mayor parte corresponde al uso por el sexo masculino. En las mujeres, aparecen más frecuentes la precipitación y el uso de tóxicos.

En las series que se han ido reflejando ha quedado así patente. Se recogen algunas en la tabla siguiente, circunscribiéndonos al método más usual en cada sexo, y la proporción que representa respecto al conjunto de los métodos utilizados.

Método suicida de elección según el sexo, en diversas poblaciones españolas

	hombres	mujeres
Cambados, 1989-98	Ahorcadura 70,00%	Sumersión 50%
Elda-Villena, 1977-86	Ahorcadura 59,03%	Ahorcadura 33,33%
Palma Mall, 1989-98	Ahorcadura 38,42%	Precipitación 43,59%
Alcalá, 1985-89	Ahorcadura 33,82%	Precipitación 45,83%
Alicante, 1979-83	Ahorcadura 39,18%	Precipitación 71,11%
Valencia, 1989-97	Precipitación 36,30%	Precipitación 54,37%
Badajoz, 1990-95	Ahorcadura 35,38%	Precipitación 46,67%
Barcelona, 1989-91	Precipitación 35,29%	Precipitación 62,10%
Gran Bilbao, 1985-86	Precipitación 37,59%	Precipitación 49,27%
Madrid (>60) 1990-94	Precipitación 55,3%	Precipitación 76,5%

SUMERSION

Finalmente, algunas consideraciones sobre el suicidio mediante la sumersión. De los 7 casos registrados en Cambados, 4 casos (57,1%) lo han sido en un pozo o pilón, 2 casos en el río y 1 en el mar.

Como señalan Pachar et al [113] existe en esta forma etiológica de muerte una gran dificultad, en muchas ocasiones, para hacer un diagnóstico entre las formas accidentales y suicidas, e incluso las homicidas, sobre todo cuando el cadáver ha permanecido un tiempo considerable en el mar. Lo que puede subestimar fácilmente los datos calculados.

En Finlandia se recoge un alto índice de este método suicida, que llegó a alcanzar en 1990 los 20 casos por cada 100.000 habitantes. En una provincia de dicho país, Uusimaa [85], entre 1978 y 1986 se recopilaron 51 casos. Siendo la década preferente los 21 a 30 años, con un 27,5%, seguido de los mayores de 70 años

(19,6%), los 41 a 50 años (17,6%), los 31 a 40 años (15,7%), los 61 a 70 años (11,8%) y los 51 a 60 años (7,8%). Si bien por sexos en el varón resulta sobre todo entre los 21 y 30 años (44,5%), mientras en la mujer son los 41 a 50 años (29,1%).

En dicha muestra los suicidas masculinos fueron el 52,94%, frente al 47,06% de mujeres. Y la estación preferida el invierno, cuando sucedieron el 47,1% de los casos.

En el trabajo sobre esta muestra finlandesa existen antecedentes de tratamiento por enfermedad mental en el 49,02%, y se registraron intentos de suicidios previos en el 37,25%.

Otras tasas de esta forma suicida, recogidas por Gamero et al [95] son (por 100.000 habitantes)

- Japón: 900
- Australia: 5-6
- USA: 2,5
- Noruega: 6
- Gran Bretaña: 4-5
- Holanda: 1
- Dinamarca: 4,2

En Florida del Sur [111], se registraron entre 1994 y 1998 un total de 267 casos de esta forma suicida, lo que supone una tasa de 0,45 por 100.000 habitantes. El mayor porcentaje se encontró entre mayores de 80 años, y el lugar más frecuente fue una piscina (28% de casos).

6. SUICIDIOS POR AHORCADURA

El suicidio por ahorcadura forma parte de los problemas clásicos de la Medicina Legal, tanto por tratarse de una muerte violenta como por su elevada frecuencia.

En Cambados, ha resultado el método más frecuente y, como se ha comentado al hablar del suicidio, sigue siendo en conjunto la forma de suicidio más frecuente en España.

FRECUENCIA

En Cambados ha resultado la forma preferente de suicidio, utilizada en el 60,5 % de las ocasiones (23 casos sobre 38 suicidios en total). En el capítulo general sobre el suicidio, se mostraban diferentes porcentajes correspondientes a poblaciones españolas, resultando Cambados con el mayor valor entre ellas.

Seguidamente se exponen los valores, con su distinta presentación según el sexo cuando se ha podido conocer.

**Uso de la ahorcadura como método suicida
(porcentaje global, y según sexo)**

	total	hombres	mujeres
Cambados, 1989-98	60,50%	70,00%	25,00%
Elda-Villena, 1977-86	53,27%	59,03%	33,33%
Cartagena, 1990-98	49,80%		
Lliria, 1981-96	43,47%		
Granada, 1991-98	42,55%		
Palma M., 1989-98	30,99%	38,42%	11,97%
Alcalá, 1985-89	29,34%	33,82%	16,66%
Alicante, 1979-83	26,85%	39,18%	8,89%
S. Sebastián, 1993-98	22,58%		
Valencia, 1989-97	20,14%	26,26%	9,52%
Barcelona, 1989-91	16,60%	22,60%	7,76%
Gran Bilbao, 1985-86	18,62%	19,86%	15,87%
Madrid (>60 a.), 1990-94	16,90%	20,90%	10,60%
Badajoz, 1990-95		35,38%	20,00%
Sevilla, 1978-87	16,89%		
Sevilla, 1953-77	14,50%	18,70%	3,90%
Alicante (>60 a.), 1979-83	25,58%	40,91%	9,52%
Elda-Vill. (>60 a.), 1977-86	54,34%	58,82%	41,67%

En general, es el método de elección en poblaciones pequeñas o rurales. Mientras, en las ciudades, tiene preponderancia la precipitación.

En el Instituto Anatómico Forense de Valladolid [51] en 1974 sólo se recoge un caso de suicido por ahorcadura, por detrás del atropello por tren (4 casos), la precipitación (2 casos) y la sumersión (2 casos).

Entre poblaciones no españolas, puede citarse el registro del Instituto de Medicina Legal de Coimbra (Portugal) [114], entre 1980 y 1985, con 215 casos de suicidio, donde Santos et al. describen la intoxicación como el primer método empleado, en un 73,48 %, alcanzando la ahorcadura únicamente el 13,02 %.

Heim et al. [106] analizan los suicidios en la antigua Alemania occidental, entre 1981 y 1985, y encuentran como método predilecto la ahorcadura, seguido de la ingesta medicamentosa y la precipitación.

Luke [137], en su registro de la media anual de suicidios en la ciudad de New York (1954-1965) describe como primer mecanismo el uso de hipnóticos, seguido de la precipitación, y en tercer lugar la ahorcadura.

En Inglaterra Bowen, [138] en una revisión sobre el suicidio en el noroeste de Londres, período 1956-1980, señala como, junto a una disminución paulatina en el número total de suicidios (que atribuye a una mejora en la asistencia y tratamiento psiquiátricos), se produce un aumento sostenido en la ahorcadura como forma de consumarlo. Alcanzando, desde un total de 16 ahorcaduras en el período 1956-1960, en continuo incremento, 70 casos en 1976-1980, lo que relaciona con una disminución de la posibilidad de intoxicación por monóxido de carbono, la restricción en la prescripción de barbitúricos y el efecto incierto de los modernos antidepresivos.

En el análisis de Rincón et al. [16] sobre el suicidio en centros hospitalarios en la ciudad de Valencia (1992 a 1997), aparecen dos formas de autolisis: la precipitación (66,7%) y la ahorcadura (33,3%), de un total de 9 casos.

En otro estudio similar de Rincón et al. [119], acerca del suicidio en centros penitenciarios en la misma ciudad y período, registra de un total de 12 casos un 83,2% por ahorcaduras y un 16,8% de precipitaciones. En estos dos últimos estudios es clara la disponibilidad del medio en la elección del mecanismo.

El estudio estadístico de la Chi-cuadrado, muestra la similitud entre las muestras de Cambados y Elda-Villena ($X^2 = 0,595$, $p > 0,05$) en relación al método suicida, y la diferencia significativa entre Cambados y Alcalá de Henares ($X^2 = 11,044$, $p < 0,01$) donde la precipitación es el método más utilizado.

EDAD

La edad media en la muestra estudiada ha sido 41 años (41,35 años sistema decimal), con valores límites de 18 y 89 años. Por décadas la mayor presentación se sitúa entre los 20 y los 29 años (39,1%), seguido de los 50 a 59 años (21,7%). En la tabla adjunta se recogen las décadas más frecuentes en diversas muestras. [2, 6, 21, 14, 24, 20, 12, 15]

Intervalo de edad más frecuente en el suicidio por ahorcadura (autor, muestra)

	Década
Cambados	20-29 años
Luke (Seattle)	20-20 años
Rodes (Elda-Villena)	50-59 años
Gómez (Alcalá)	50-59 años
Paparo (New York)	50-59 años
Bowen (Londres)	50-59 años
Beth (Munich)	51-60 años
Luke (New York)	60-69 años
Santos (Coimbra)	71-80 años

En general, las series estudiadas coinciden en una alta frecuencia en la década 50 a 59 años.

SEXO

Es clara la preferencia del sexo masculino por esta forma suicida en todas las muestras consultadas, como quedó reflejado al comentar el suicidio de forma global. En la tabla anterior se han expuesto los diferentes valores por sexo, cuando han podido calcularse. En el siguiente análisis de distintas series se hace evidente esta diferencia.

En Cambados los varones hicieron uso de la ahorcadura en el 70% de los casos (primer método), y las mujeres en el 25% (tras la sumersión).

En Elda-Villena [103] la ahorcadura es el método más frecuente en ambos sexos, sin embargo en el masculino de forma claramente mayoritaria en el 50,03%, mientras el femenino lo eligió únicamente en el 33,3%, muy próximo a la precipitación (29,16%).

En Alcalá de Henares [14] la ahorcadura fue el método preferido por el varón (23 casos) seguido de la precipitación (18 casos). Mientras, la mujer eligió la precipitación como primera forma en 11 casos, seguido del atropello por tren en 5 y la ahorcadura en 4.

Romero [100] describe en Sevilla la preferencia masculina por la ahorcadura, siendo éste el método usado en el 18,7% de los casos, por detrás de la precipitación y sumersión. En la mujer únicamente se utilizó en el 3,9%, por detrás de la precipitación, el uso de tóxicos, la sumersión, el atropello por tren/tranvía y el arma blanca.

Teijeira [143] en el IAF de Pamplona (1985-1994) muestra la elección de la ahorcadura por el hombre en el 86% de los casos, en contraste con el uso por la mujer únicamente en el 14%.

En los IAF de Valencia y Palma de Mallorca, en sus Memorias, se refleja claramente la preferencia masculina por este método. Así, tomando como ejemplo el año 1994, en Palma entre los varones hubo 16 ahorcaduras seguido de 14 precipitaciones; mientras en la mujer hubo 5 precipitaciones, 5 suicidios por ingesta de cáustico y 3 por ahorcadura.

En el mismo período en el IAF de Valencia [17,15], entre los varones, se registraron 20 precipitaciones seguido de 15 ahorcaduras; y entre las mujeres 16 precipitaciones, seguido de 6 suicidios por ingesta de fármacos, 3 por uso de cáusticos y 3 por ahorcadura.

En su estudio sobre el suicidio en la tercera edad (mayores de 60 años) en el partido judicial de Alicante, Rodes et al. [97] encuentran la precipitación la forma más elegida de suicidio (55,81%), si bien en un análisis por sexos la ahorcadura es el mecanismo preferente en el varón (40,90 %), al tiempo que minoritario en la mujer (9,52 %).

En el I.M.L. de Coimbra [114] (1980-1985) los hombres utilizan la ahorcadura en el 18,36 %, mientras las mujeres únicamente lo hacen en el 1,47 %.

Bowen [138] refiere igualmente en el noroeste de Londres la preferencia por la ahorcadura en el sexo masculino.

ESTADO CIVIL

Predominan los casados, constituyendo un 47,8% (11 casos); seguido de los solteros en un 34,8% (8 casos). Constituyendo los divorciados o separados un 8,7% (2 casos), y no habiendo podido recogerse este dato en el 8,7% de los casos (2 casos). No se registró ningún viudo.

Igualmente Rodes[103], en la población de Elda-Villena recoge una mayor proporción de casados, de un 64,9%, seguido de viudos, solteros y separados.

En la población de Alcalá [14], también los casados ocupan el primer lugar, con el 48,14% de los casos, seguido de solteros y viudos, y no recogándose ningún separado.

Fuera de España, Simonsen [140] describe en su muestra como el estado más frecuente el de casado en las mujeres (56 %), y el de soltero en los varones (62 %).

ESTUDIO AUTÓPSICO. PATOLOGÍAS PREVIAS Y RESULTADOS TOXICOLÓGICOS

El examen autopsico se realizó en el 82,6% de las ocasiones (19 casos). En Alcalá [14] se llevó a cabo en el 81,48%. Resultados lógicos, teniendo en cuenta que son muertes violentas en las que, teóricamente, debería ser realizado siempre el estudio necrópsico.

Se recogieron patologías previas en el 47,8% (11 casos), distribuidos: de carácter físico en el 17,4% (4 casos), psíquico en el 21,7% (5 casos), y ambos en el 8,7% (2 casos). En el 52,2% (12 casos) no figuran, lo cual significa que no existían o no llegaron a conocerse.

Se ha analizado de forma independiente, por motivos prácticos, la dependencia a sustancias de abuso. Estando acreditada al alcohol en el 4,3 %, y a otras drogas en el 17,4 %. En el resto, 78,3 %, no se recoge esta circunstancia. La evidencia de los hechos puede relegar con frecuencia la búsqueda detenida de estos datos.

Por su parte, Gómez [14], en Alcalá de Henares, de los 33 casos estudiados no encuentra antecedentes en 11, siendo en el restante 66% el hallazgo más frecuente la patología psíquica (14 casos).

Rodes [103], en Elda-Villena, considerando patologías físicas, psíquicas y alcoholismo, de 57 casos no encuentra antecedentes en 30 de ellos (52,63%). En el resto, el hallazgo más frecuente es la orgánica (9 casos) y la psíquica (8 casos).

Luke et al. [142], encuentran antecedentes de alcoholismo en 11 casos (18,03%) y de drogas de abuso en 7 (11,47%).

Paparo [141] describe antecedentes psiquiátricos en 18 de 32 casos (56,25%).

En los análisis toxicológicos, el alcohol fue la sustancia más encontrada (en un 50 % de los análisis). Se realizaron investigaciones en 15 casos (65,2%). El estudio

más solicitado fue el toxicológico de forma exclusiva, en un 40%. Del total de hallazgos toxicológicos, fue el alcohol, en un 50%, la sustancia más detectada, siendo en un 21,4 % el resultado negativo.

En el I.M.L. de Santiago [144] únicamente se encuentra el alcohol como droga, dando positivo en el 27,72 % de los casos.

DATA DE LA MUERTE

La frecuencia ha sido mayor en los meses de junio, julio y agosto, así como marzo, con un 13% (3 casos) en cada uno. Enero, mayo y noviembre resultan con un 8,7% (2 casos). Y el resto de los meses, con el 4,3% (1 caso).

Al compararlo con los partidos de Elda-Villena o Alcalá [103] no se encuentran diferencias significativas. En el primero, el mes más escogido fue julio (8 casos), seguido de febrero (7 casos) y abril y agosto (6 en cada uno).

En Alcalá [14] se observó el mayor número en marzo (5, de un total de 27), seguido de septiembre (4), y mayo, junio y julio con 3 casos cada uno.

Coinciden las 3 series en la baja presentación en el mes de diciembre (1 en Cambados, 2 en Elda-Villena y ninguno en Alcalá).

Simonsen [140], no encuentra variaciones estacionales, si bien sí una menor presentación en los meses de marzo, septiembre y noviembre.

En Cambados los días de la semana más elegidos fueron el sábado y el domingo, con un 21,7% de los casos (5 casos) en cada uno. Seguido del martes, miércoles y viernes, con un 13% (3 casos) cada día. El jueves recoge un 8,7 % (2 casos). Y por último, el lunes un 4,3% (1 caso). Igualmente en una ocasión, no pudo precisarse el día.

Gómez [14] encuentra el miércoles como el día más frecuente (6 casos) seguido del jueves y del domingo (5 casos).

En el Instituto de Medicina Legal de Santiago, sobre 101 casos seleccionados entre 1983 y 1997, Muñoz et al. [144] hallan el fin de semana (viernes a domingo) como el periodo más frecuente (45,5 %), aunque en días concretos fue el lunes el más elegido.

Se observa en todos una alta frecuencia del domingo. Será de interés el estudio de muestras mayores para realizar inferencias estadísticas.

Estacionalmente, la primavera ha sido la estación preferida en Cambados, con un 34,8% de los suicidios por ahorcadura (8 casos). Seguida de forma escalonada por el verano (26,1 %, 6 casos), el otoño (21,7 %, 5 casos) y el invierno (17,4 %, 4 casos).

En Alcalá [14] se observaron resultados similares con 8 casos en primavera y verano, 5 en otoño y 6 en invierno.

En Elda-Villena [103] el verano es la primera estación con 20 casos, seguida del invierno (15), primavera (12) y otoño (10 casos).

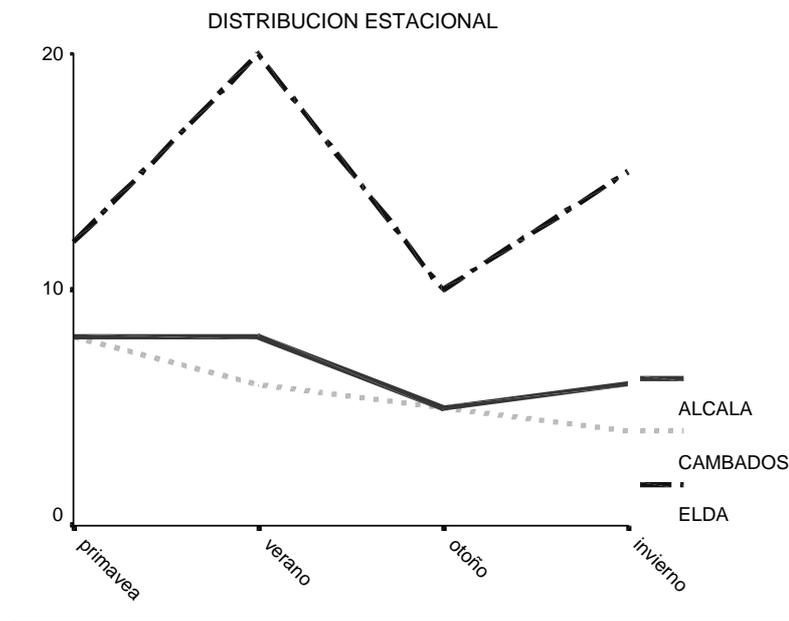
En el I.M.L. de Santiago [144], el verano fue la estación más observada.

En todas, se observa una alta frecuencia en el periodo primavera-verano, sin embargo no en un grado suficiente que permita afirmar estadísticamente diferencia de presentación estacional.

Así, considerando una misma frecuencia para todas las estaciones (hipótesis nula), “distribución esperada”, y comparándola con los valores reales hallados en la muestra cambadesa “distribución observada”, se obtiene una Chi-cuadrado de 1,522, con $p = 0,675$ ($p > 0,05$). Es decir, las variaciones entre una y otra pueden ser explicadas por el azar, con un intervalo de confianza del 95%.

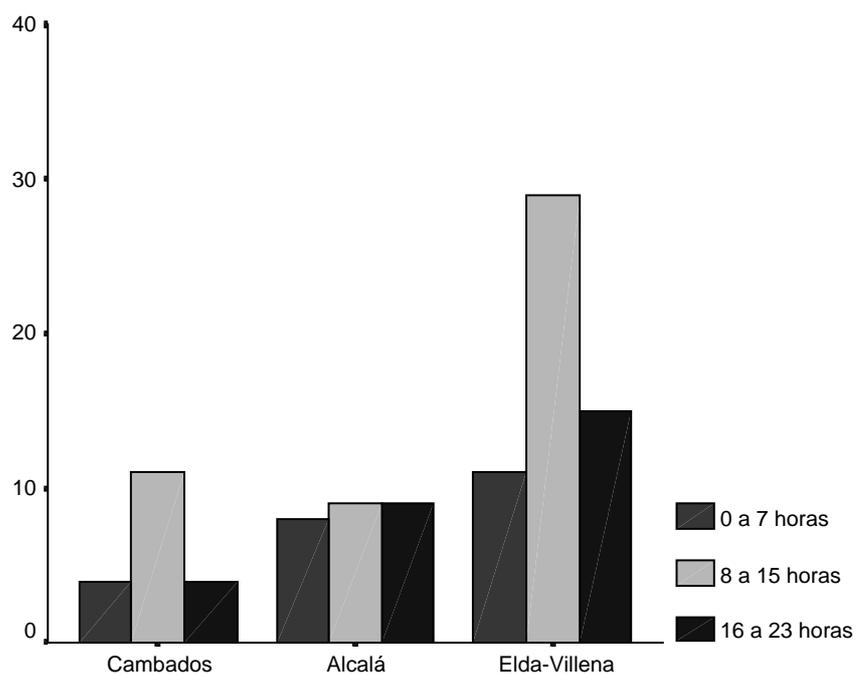
Al tiempo, la Chi-cuadrado realizada entre las muestras de Cambados, Alcalá y Elda-Villena, resulta un valor de 2,2 con una $p > 0,5$ ($p \gg 0,05$). Que indica homogeneidad estadística entre las mismas.

Se representan a continuación gráficamente la distribución en los partidos judiciales reseñados



Respecto a la hora en que acontece el suceso, en la muestra cambadesa el valor medio aritmético ha sido 11 horas (11,29 sistema decimal); siendo la hora más temprana elegida la 1:00 hora y la más tardía las 20:30 horas. Agrupadas por intervalos, el más frecuente ha sido de 8 a 15 horas (47,8 %), coincidente con las muestras de Alcalá y Elda-Villena.

En el gráfico se representan estas frecuencias.



NOTAS DE DESPEDIDA

Se han encontrado únicamente en 2 casos (8,7%).

En general, son escasos en todas las muestras analizadas de suicidio por ahorcadura, no pudiendo descartarse su existencia en otros en que no haya llegado a conocerse durante la investigación judicial. [14, 103, 140, 137, 41]

Documentos póstumos

	frecuencia
Cambados, 1989-1998	8,7 %
Gómez, 1985-1989	22,22 %
Rodes, 1977-1986	22,8 %
Simonsen, 1972-1987	11 %
Luke et al., 1964-1965	11 %
Paparo, 1972-1981	21,87 %

INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS

Sólo se conocieron en 4 casos (17,4%). Como se ha comentado al hablar del suicidio en general, es una variable de difícil estudio. Puede no tenerse conocimiento de los mismos durante la investigación judicial (desconocimiento de los declarantes, ocultación o no mención del hecho). Hay que considerar los condicionantes personales, familiares y sociales que se imbrican en el acto suicida.

En cualquier caso, todas las muestras consultadas [14,142,141] coinciden en la baja frecuencia de estos intentos previos.

La tabla adjunta recoge muestras de diferentes series

Intentos previos de suicidio	
	frecuencia
Cambados, 1989-1998	17,4 %
Gómez, 1985-1989	22,22 %
Luke et al., 1978-1981	36,06 %
Paparo, 1972-1981	12,5 %

LUGAR DEL SUICIDIO

Ha predominado un domicilio particular, en el 60,9% de las ocasiones (14 casos). Ocurriendo al aire libre (campo) en dos ocasiones; y en una en el lugar de trabajo (taller mecánico), en un campo de baloncesto, en una fábrica abandonada, en un almacén y en una vía pública. Asimismo, un caso tuvo lugar durante la estancia en el calabozo. No consta la ubicación en una de las ocasiones.

Gómez [14] obtiene resultados similares en Alcalá, con un 74,07% en domicilio, en gran diferencia sobre el resto.

En la serie de Lucke (New York, 1964 y 1965) [137], se cita como primer lugar el domicilio (84 casos, 79 %), seguido de un centro hospitalario (9 casos, 8,49 %) y el lugar de trabajo (6,60 %).

Bowen [138] también refiere el domicilio como el lugar de preferencia para el acto suicida.

TIPO DE AHORCADURA

Tradicionalmente se clasifica, de acuerdo con el apoyo, o falta del mismo, del cuerpo con el plano subyacente, en completas e incompletas.

No se ha encontrado unanimidad en las diferentes muestras. En Cambados lo más frecuente fue la forma incompleta (47,8%) frente a la completa (30,4%), no recogiendo en el 21,7%.

En el mismo sentido se encuentran los hallazgos de Simonsen [140], con ahorcadura incompleta en el 62,5 % de las ocasiones, y de Luke [141], donde la forma completa aparece únicamente en el 32,78 % de los casos.

Teijeira [143] cita a Davison (1986), quien en su serie observa la preferencia de la forma incompleta en el 53,3%.

Predominan la forma completa en el registro de Rodes [103], con 33 casos, frente a 20 de suspensión incompleta; y en el correspondiente al Instituto de Medicina Legal de Santiago de Compostela [144], donde la forma completa se recogió mayoritariamente en el 71,28 % de los casos estudiados.

En la disparidad de porcentajes, es posible que influya el propio criterio médico forense a la hora de catalogar casos en que el contacto con el suelo es mínimo o leve.

Por su curiosidad histórica, se reseñan las formas de ahorcadura incompleta que en una revisión de 261 casos hiciera el célebre médico legista francés Tardieu [145]: con los pies descansando sobre el suelo en 168 casos, con apoyo en las rodillas en 42, con el cuerpo acostado en 29, 19 sentados y 3 con el cuerpo agachado.

Respecto al punto fijo de sujeción del lazo, de forma mayoritaria fue una viga (69,6 %); un árbol o una puerta fueron utilizados un 8,7 % de veces cada uno; y con una frecuencia del 4,3 % lo fueron un alambre de viñedo y una cancha de baloncesto. En una ocasión se desconoce.

De igual forma, en Elda-Villena [103] la viga aparece en primer lugar (25 casos), seguida de un árbol (17 casos).

En las poblaciones rurales es frecuente disponer de locales o cobertizos anejos a la vivienda, utilizados como almacén o para trabajos, donde existen vigas de fácil acceso (conocidos como “galpones”). En los casos en que el acto se realiza dentro de la vivienda propiamente considerada, se hace uso como punto fijo de elementos internos de la vivienda, como puertas, ventanas, tuberías de agua, elementos de los baños y otros.

La naturaleza del lazo usado casi siempre fue una cuerda (78,3 %, 18 casos), constante en todas las series, y al tiempo lógico por sus propiedades y fácil disponibilidad. Describiéndose simplemente como nylon en ocho casos, plástico en dos y cáñamo en una, del total de las dieciocho ahorcaduras en que es utilizado este material. En una ocasión se utilizó una sábana y en otro una camiseta. En el 13% no se recogió este dato.

En algunas series consultadas se distingue entre la cuerda propiamente dicha y las “cuerdas finas” de uso en el envoltorio o embalajes.

En Elda-Villena, Rodes [103] describe el uso de una cuerda en 43 casos, seguido a gran distancia por el cable eléctrico (4) y un cinturón (4).

Simonsen [140] describe como materiales más frecuentes la cuerda de empaquetar o el cable eléctrico (57,5 %), seguido de la cuerda propiamente (25 %), material de hilo o lino (6,25 %) y el cinturón (6,25 %).

Sobre una serie de 32 casos seleccionados, Paparo [141] encuentra como material predominante la cuerda (20), seguido del cable eléctrico o el cordón de persiana (4) y el cinturón de ropa o de albornoz (3), siendo el resto minoritario.

Por su parte Luke [137], en un estudio sobre 106 casos de ahorcadura, registra en 49 la cuerda, en 15 un cinturón, el cable eléctrico en 8, en 7 una corbata, en otros 7 una sábana o tiras de ellas, y en 5 una cuerda delgada. En una ocasión se utilizaron una correa de perro, una camiseta, la manga de camisa, una bufanda, y un cordel elástico. En dos una cuerda de persiana, y no quedó especificado en 8 de los casos.

Con relación a la localización del nudo en el cuello, tradicionalmente se habla de ahorcaduras simétricas cuando el nudo se localiza en la nuca (s. típica) o en línea media bajo mentón (s. atípica). El resto de localizaciones se agrupan como atípicas.

En la muestra cambadesa el nudo en el cuello se observó en posición asimétrica en el 65,2% (15 casos), seguido a distancia por la forma simétrica típica en 4, y simétrica atípica en uno, y no figura en el 13% restante (3 casos).

7. MUERTES VIOLENTAS ACCIDENTALES

FRECUENCIA

Integra el grupo más numeroso de las muertes violentas, con un total de 161 casos, fundamentalmente por las muertes en accidente de tráfico (100).

Lo que representa una frecuencia media anual de 16,1 casos/ año, y una tasa de media de 29,95 muertes violentas/ 100.000 habitantes/ año.

La proporción que supone, en el conjunto de las muertes judiciales, fue recogida al referirnos a las muertes violentas en su conjunto.

Las muertes por accidente de tráfico se estudian en otro capítulo, de forma individualizada.

SEXO

En la muestra cambadesa, de la misma forma que en todas las muestras consultadas, predomina el sexo masculino, con un 78,3% de los casos, frente al 21,7% de mujeres.

Fenollosa [8] describe, en su estudio que abarca quince años de muertes judiciales en Liria, unas proporciones prácticamente iguales con un 78,1% de varones y un 21,8% de mujeres.

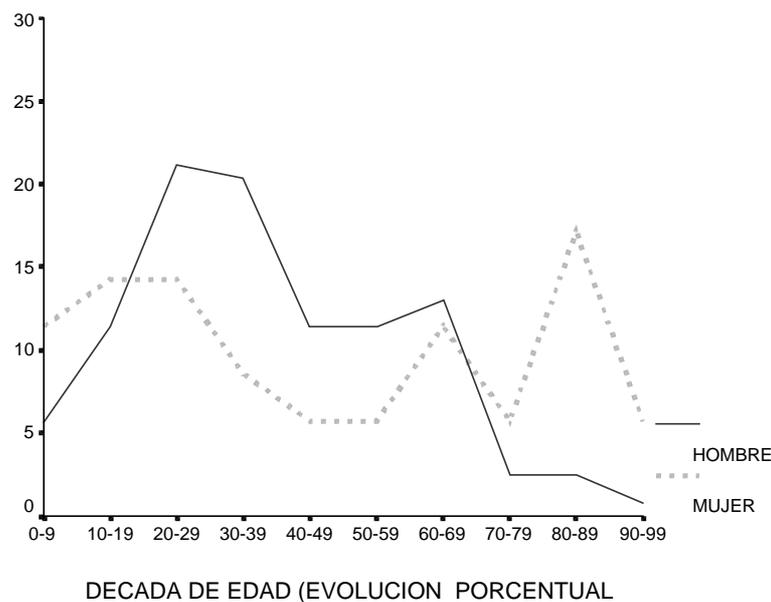
En Alcalá, Gómez [14] encuentra un 86,87 % de varones, y un 13,12 % de mujeres.

EDAD

La edad media en Cambados, en el sistema decimal, ha sido 40 años (40,37 sistema decimal), correspondiendo la edad más frecuente a los 27. Considerada según el sexo, es mayor la media en la mujer, 46 (46,03) años frente a 39 (38,75) en el hombre, y de la misma forma lo son sus presentaciones más frecuentes (moda), abarcando un amplio rango entre los uno y noventa y tres años.

Por grupos, las edades más frecuente se sitúan entre los 20 a 29 años (19,3%), seguido de los 30 a 39 años, y los 60 a 69 años (17,4 y 12,4% respectivamente). Según el sexo, en los varones predominan los 20-29 años, y en las mujeres los 89-89 (20,6 y 17,1% respectivamente).

En el siguiente gráfico se representa la evolución porcentual por décadas en cada sexo:



En el citado trabajo, en Liria [8], las edades más frecuentes se encuentran entre los 15-30 años (32% de los casos), siguiendo en frecuencia los 31-45, 61-75 y 46-60 años.

En Alcalá, Gómez [14] describe las siguientes proporciones:

< 1 años	0,35%
1-9 años	2,12%
10-19 años	11,34%

20-29 años	34,75%
30-39 años	15,24%
40-49 años	14,18%
50-59 años	10,63%
60-69 años	4,60%
70-79 años	4,25%
80-89 años	2,12%
90-99 años	0,35%

observándose como década mas frecuente los 20 y 29 años, seguida de los 30-39 y 40-49 años.

PROCEDENCIA. ESTADO CIVIL

Los estados civiles predominantes en Cambados, con gran diferencia sobre el resto, ha sido el de casado (42,9%) y soltero (41%). Su análisis en función del sexo resulta:

N (muestra): 144

Chi-cuadrado: 2,524 (2 g.l.)

$p = 0,283$ ($p > 0,05$)

sin significación estadística para unos límites de confianza del 95%.

En la muestra de Alcalá [14], también los casados predominaron, en el 46,80%, seguido de los solteros, en un 45,39%, los viudos en el 5,31% y finalmente los separados en el 1,77%.

Al igual que en el resto de muertes judiciales, lo fallecidos eran mayoritariamente gallegos (88,2 %), de la provincia de Pontevedra, predominando aquí los nacidos en el municipio de Cambados (25,5 %).

DATA DEL FALLECIMIENTO

El fallecimiento ha tenido como media aritmética horaria las 13 horas (valor aproximado). El intervalo horario más frecuente ha sido las 16-23 horas, seguido de las 8-15 (en ambos sexos) y las 0-7 horas. El estudio de la Chi-cuadrado respecto a unos valores esperados idénticos para los tres intervalos encuentra:

N (muestra): 156

Chi-cuadrado: 7,423 (2 g.l.)

$p = 0,024$ ($0,05 > p > 0,01$)

es decir, con significación estadística para unos límites de confianza del 95%.

A su vez, el estudio inferencial de la categoría sexo respecto al intervalo horario, da como valor:

N (muestra): 156

Chi-cuadrado: 0,670 (2 g.l.)

$p = 0,715$ ($p > 0,05$)

no evidenciando diferencia significativa en la presentación horaria por intervalos según el sexo.

El intervalo horario en la muestra de Gómez [14] fue igualmente más frecuente para las 16-23 horas (41,48%), seguido de las 8-15 horas (24,82%) y las 0-7 horas (31,20%)

El día de la semana en que tuvieron lugar más muertes accidentales fue el sábado (en ambos sexos), con el 22,4% de los decesos y en relación con la alta incidencia de los accidentes de tráfico, seguido del lunes con el 18%, y el martes y sábado con el 12,4% cada uno.

El análisis inferencial de la distribución semanal según el sexo, arroja como valor:

N (muestra): 161

Chi-cuadrado: 3,778 (6 g.l.)

$p = 0,707$ ($p > 0,05$)

luego sin significación estadística

Los meses predominantes fueron julio y agosto, con el 13,7% y 12,4% respectivamente, en relación con la afluencia turística a la zona (aumenta el número de sumersiones y accidentes de tráfico).

Estacionalmente, la época más frecuente fue el verano (30,4% de los casos), seguida en proporciones similares por el resto de las estaciones. En su estudio según el mecanismo de la muerte, únicamente destaca la alta incidencia de la sumersión en verano (48,1 %), periodo por otra parte en que se frecuenta más este medio como esparcimiento.

En el análisis diferenciado estacional por sexos, en el hombre prevalece el verano, encontrando en la mujer igual frecuencia en verano y otoño. La inferencia estadística presenta:

N (muestra): 161

Chi-cuadrado: 4,651 (3 g.l.)

$p = 0,199$ ($p > 0,05$)

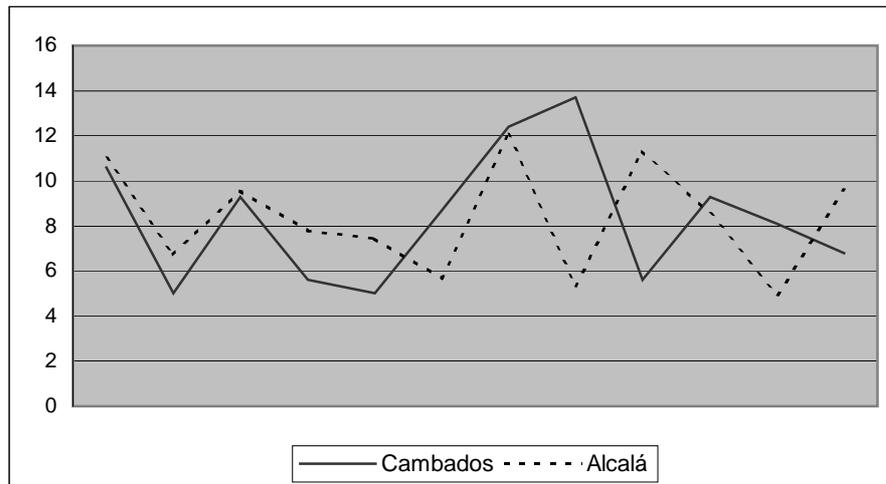
sin significación estadística

En Alcalá [14], la estación invernal fue preferente, en el 28% de las ocasiones, seguida en prácticamente igual proporción por el verano, en el 27%. La primavera y el otoño resultaron en un 23% y 22% respectivamente. Los meses correspondientes en esta muestra fueron:

Enero	10,99%
Febrero	6,73%
Marzo	9,57%
Abril	7,80%
Mayo	7,44%
Junio	5,67%
Julio	12,05
Agosto	5,31
Septiembre	1,34
Octubre	8,51%
Noviembre	4,96%

Diciembre	9,57%
-----------	-------

En el siguiente gráfico se muestra las distintas evoluciones mensuales (referidas a sus porcentajes), en los partidos judiciales de Alcalá (1985-1989) y Cambados (1989-1998):



Asimismo en la muestra alcalina, la distribución semanal refleja los siguientes porcentajes:

Lunes	10,63%
Martes	10,63%
Miércoles	11,70%
Jueves	13,47%
Viernes	15,95%
Sábado	24,46%
Domingo	13,12%

No se aprecia una relación significativa con la fase lunar, aunque sí llama la atención la alta frecuencia de la fase Cuarto menguante con las muertes accidentales por sumersión (48,1 % en ese periodo). Si bien, la baja presentación en muchos de los mecanismos accidentales impide su valoración inferencial estadística.

LUGAR DEL FALLECIMIENTO

En Cambados, únicamente se ha encontrado una relación laboral con la mortalidad en el 13,7% de los casos, que asciende al 25,9 % en el supuesto de las sumersiones.

El lugar preferente del fallecimiento fue la vía pública, debido a los accidentes de circulación, procediéndose al subsiguiente levantamiento del cadáver comúnmente en un centro sanitario (62,1 %). Igualmente en Alcalá [14] aparece en primer lugar la vía pública, en un 60,28%.

ESTUDIO AUTOPSICO

Apenas se recogió en autos la existencia de patologías previas o dependencia a sustancias de abuso, ya que la opción no y no consta alcanzan el 89,4 % y 95 % respectivamente, lo cual se relaciona sin duda con la escasa profundidad de investigación al respecto que se lleva a cabo en los casos de muerte accidental de etiología y mecanismo claros.

La autopsia se llevó a cabo en el 50,9% de los fallecimientos, y se pidieron pruebas complementarias en el 29,2%. Estas últimas fundamentalmente fueron toxicológicas (63,8%), ya que un dato esencial en las muertes de circulación lo constituye la determinación del grado de alcoholemia. Dicha sustancia se detectó en el 41,9% de los casos en que se hicieron estas pruebas.

Cuando se analizan los resultados en función del mecanismo accidental, destaca la alta incidencia de alcoholemias positivas, en el 52,6 %, en los accidentes de tráfico, y, de forma lógica, del 100 % en las muertes relacionadas con el consumo de sustancias de abuso.

En proporciones similares se llevó a cabo la práctica autopsia en la muestra alcalina [14], en un 53,90% de las ocasiones.

MECANISMO ACCIDENTAL

La clasificación de los accidentes se ha realizado de acuerdo con las normas internacionales de clasificación CIE-MC-9, resultando un 62,1% de muertes por vehículos a motor.

tipo de accidente		
	Frecuencia	Porcentaje
vehículos a motor	100	62,1
vehículos de transporte acuático	1	0,6
vehículos NEOM	1	0,6
intoxicación	5	3,1
precipitación	7	4,3
caída	6	3,7
sumersión	27	16,8
electrocución	4	2,5
fuego y llamas	3	1,9
maquinaria	5	3,1
objeto que cae desde maquinaria	1	0,6
golpe por animal	1	0,6
Total	161	100,0

ocupando el segundo lugar, con notable diferencia, las muertes accidentales por sumersión. Lo que coincide con otras series consultadas, lógicamente cuando su geografía es costera. El resto de mecanismos aparece muy repartido, si bien sumando las caídas y precipitaciones resultan un 8% de los casos.

Puede presentar cierta dificultad la comparación con otras series, ya que los criterios clasificatorios difieren. Así, en algunas se recogen de forma individual cada mecanismo, mientras en otras se utiliza de forma genérica tres grandes grupos: los accidentes laborales, los accidentes de tráfico, y uno tercero que agrupa el resto,

denominado “accidentes casuales” o “accidentes comunes”, y donde obviamente caben un sinnúmero de mecanismos. De esta forma un fallecimiento que en una serie queda especificado de forma individual, en otra ese mismo caso se incluye en el grupo genérico laboral; por ejemplo precipitaciones o electrocuciones que suceden en el lugar de trabajo.

De acuerdo con lo expuesto, otra clasificación en la muestra de Cambados será:

Grupos de muertes accidentales

	Frecuencia	Porcentaje
Accidentes de tráfico	98	60,08
Accidentes laborales	22	13,66
Accidentes comunes	41	25,46
Total	161	100,0

a su vez los diferentes tipos de mecanismos implicados en las muertes laborales, han sido:

accidentes laborales

	Frecuencia	Porcentaje
vehículos a motor	2	9,1
vehículos de transporte acuático	1	4,5
vehículos NEOM	1	4,5
precipitación	3	13,6
sumersión	7	31,8
electrocución	3	13,6
maquinaria	4	18,2
objeto que cae desde maquinaria	1	4,5
Total	22	100,0

se observa la sumersión en primer lugar, acorde con la actividad pesquera de la zona. Asimismo, el lugar preferente de este grupo de muertes ha sido el mar, en el 66,7%.

Las muertes accidentales por intoxicación han correspondido a drogas de abuso, que en el 60% (3 casos) fueron opiáceos, y en el resto, el 40% (2 casos) opiáceos y cocaína.

Únicamente se han registrado cuatro casos de muerte por electrocución, tres de ellos en el ámbito laboral.

El mecanismo accidental de muerte presenta matices cuando se analiza de forma separada para cada sexo. En la mujer el más frecuente ha sido el accidente de tráfico, como en el hombre, pero en proporción menor (48,6% del total frente al 65,9% en los varones).

Se sigue en el sexo femenino del mecanismo de sumersión, y en tercer lugar las caídas accidentales. Este último es un mecanismo predominante de este sexo en diversas series consultadas, y si se considera de forma conjunta las caídas y precipitaciones en Cambados constituyen el segundo mecanismo de muerte accidental (20% en conjunto, siendo un 17,1% de sumersiones). De hecho, la caída y la precipitación son los dos únicos mecanismos que aparecen proporcionalmente más en la mujer que en el varón, haciéndolo la sumersión sólo ligeramente.

En el varón, tras los accidentes de tráfico, se encuentra la sumersión, y posteriormente, en igual porcentaje, las intoxicaciones (drogas de abuso), la precipitación y los accidentes por maquinaria, todos ellos en un 3,2%. Sumando caídas y precipitaciones el 4,8 %.

Al observar la prevalencia de los diferentes mecanismos con la edad, es expresivo como las intoxicaciones tienen lugar entre los 20 y 40 años, que es donde incide con más fuerza el consumo de estas sustancias; las caídas suceden fundamentalmente a partir de edades más altas (50 años); o la distribución de las

muerres por sumersión en todas las edades. Siendo las debidas a accidente de tráfico fundamentalmente entre los 20 y 40 años.

En otro estudio doctoral sobre las muertes judiciales en Málaga [53], la distribución etiológica es como sigue:

64,76%: por accidentes de tráfico

30,43%: accidentes casuales

4,79%: accidentes laborales

En el IAF de Barcelona [36], entre los años 1989 y 1998 (1997 con datos parciales), la distribución resulta:

37,90%: por accidentes de tráfico

29,23%: por consumo de drogas de abuso

28,36%: accidentes casuales

5,20%: accidentes laborales

destacando la importante cantidad de muertes derivadas del consumo de sustancias de abuso.

En el IAF de Palma de Mallorca [15], entre 1989 y 1998 (datos parciales de 1992), el computo general es el que se muestra:

Accidentes de tráfico	53,7%
Consumo de drogas de abuso	11,93%
Sumersiones	10,71%
Caídas	10,45%
Precipitaciones	4,48%
Intoxicación por gas	2,32%
Otros	6,41%.

En este último grupo (“otros”), se incluyen heterogéneos mecanismos, entre ellos: acción del fuego, apresamiento por máquina, electrocución, intoxicación medicamentosa, rotura de montacargas, intoxicación por cáusticos o herbicidas,

laborales, atropello por tractor, golpe en caída de cuerpo contuso, intoxicación etílica, arrollamiento por tren, acción del ascensor, accidente aéreo, apresamiento por una roca, apresamiento una farola o arma de fuego.

En el estudio diferenciado por sexos en esta misma población judicial, se encuentran como principales causas.

Mujeres:

Accidentes de tráfico	48,74%
Caídas	23,46%
Sumersiones	9,79%
Drogas	5,69%
Intoxicación por gas:	3,64%
Precipitaciones	2,73%
Resto	5,92%

Hombres:

Accidentes de tráfico	55,25%
Drogas	12,09%
Sumersiones	10,99%
Caídas	6,52%
Precipitaciones	4,94%
Resto	10,21%

En el IAF de Granada [16], entre 1991 y 1998 quedan recogidos:

Accidentes de tráfico	56,45%
Caídas	17,74%
Drogas	9,44%
Accidentes laborales	3,99%
Intoxicaciones	2,30%
Sumersiones	2,07%
Otros	8,01%

Incluyendo este último grupo (“otros”): obstrucción de vías aéreas, precipitaciones (1,07%), carbonización, traumatismos cráneo encefálicos y contusiones, arma de

fuego, compresión torácica, quemaduras, sepultamientos, electrocución, explosivos, accidentes aéreos, asfixias, atropello por tren, congelación.

En las memorias del IAF de San Sebastián, 1993-1998 [19], pueden obtenerse los siguientes datos relativos a las primeras causas de muerte:

Accidentes de tráfico	52,32%
Drogas	12,44%
Accidentes laborales	9,30%
Atropello por tren	0,69%
Resto	24,65%

Referido a la actividad tanatológica en el IAF de Badajoz [18], entre los años 1990 y 1995, se observa:

Accidentes de tráfico	68,99%
Caídas y precipitaciones	5,67%
Intoxicaciones	4,53%
Accidentes laborales	4,15%
Atropellos	3,59%
Drogas	3,21%
Otros	9,86%

Comprendiendo este último grupo mecanismos como: sumersión (0,94%, al carecer geográficamente de costa), ahorcadura, electrocución, carbonización, arma de fuego o picadura de insecto, entre otros.

Entre los años 1989 y 1997, en el IAF de Valencia [17], igualmente los accidentes de tráfico ocupan el primer lugar:

Accidentes de tráfico	55,98%
Caídas	15,41%
Drogas	10,78%
Precipitaciones	4,82%
Accidentes laborales	4,15%
Sumersiones	2,12%
Atropello por tren	1,56%
Resto	5,18%

En este último grupo se recogen dispares mecanismos como: ahorcadura, aplastamiento, golpe de objeto en cabeza, caída por escalera, electrocución, explosión pirotécnica, intoxicación medicamentosa, intoxicación por gas, oclusión de vías aéreas superiores, quemaduras, infección por tétanos, heridas por asta de toro, explosión de una caldera y otros.

Si el análisis en dicho partido y periodo se lleva a cabo de forma diferenciada según el sexo, se obtiene:

Hombres:

Accidentes de tráfico	57,30%
Drogas	12,54%
Caídas	12,11%
Accidentes laborales	4,42%
Precipitaciones	4,59%
Sumersiones	2,06%
Resto	5,98%

Mujeres:

Accidentes de tráfico	57,30%
Drogas	12,54%
Caídas	12,11%
Accidentes laborales	4,42%
Precipitaciones	4,59%
Sumersiones	2,06%
Resto	5,98%

Los mecanismos accidentales en el IAF de Cartagena (Murcia) [5-7] entre los años 1990 y 1998 fueron:

Accidentes de tráfico	55,44%
Asfixias	23,08%
Drogas	9,89%
Traumatismos	2,54%
Accidentes laborales	2,39%
Resto	6,66%

Reuniendo este último grupo: electrocuciones, precipitaciones (0,89%), intoxicaciones por monóxido decarbono, quemaduras y otros.

En el partido de Liria (Valencia), entre 1981 y 1996, Fenollosa [8] recoge:

Accidentes de tráfico	49,85%
Accidentes comunes	37,68%
Accidentes laborales	12,46%

En Alcalá de Henares (Madrid) [14] los mecanismos fueron:

Accidentes de tráfico	64,53%
Drogas	8,86%
Precipitaciones	8,51%
Electrocuciones	5,67%
Sumersiones	2,12%
Aplastamientos	2,12%
Intoxicaciones	1,06%
Explosiones	0,35%
Quemaduras	0,35%
Asfixias	0,07%

En la tabla adjunta se recogen los principales mecanismos indicados:

Mecanismos de muerte accidental más frecuentes en diversos partidos Judiciales

Mecanismos principales	
Cambados 1989-1998	A. T. (62,1%), Sumersión (16,8%), Precipitación (4,3%), Caída (3,7%), Drogas y maquinaria (3,1% cada uno)
Cambados 1989-1998	A.T. (60,08%), Comunes (25,46%), Laborales (13,66%)
Málaga 1986-1995	A.T. (64,76%), Comunes (30,43%), Laborales (4,79%)
Barcelona 1989-1998	A.T. (37,90%), Drogas (29,3%), Comunes (28,36%), Laborales (5,20%)
Palma 1989-1998	A.T. (53,7%), Drogas (11,93%), Sumersión (10,71%), Caída (10,45%), Precipitación (4,48%)
Granada 1991-1998	A.T. 56,45%), Caída (17,74%), Drogas (9,44%), Laborales (3,99%), Intoxicaciones (2,30%)
S. Sebastián 1993-1998	A.T. (52,32%), Drogas (12,44%), Laborales (9,30%), Tren (0,69%)
Badajoz 1990-1995	A.T. (68,99%), Caída y precipitación (5,67%), Intoxicaciones (4,53%), Laborales (4,15%), Atropello (3,59%)
Valencia 1989-1997	A.T. (55,98%), Caída (15,41%), Drogas (10,78%), Precipitación (4,82%), Laborales (4,15%)
Cartagena 1990-1998	A. T. (55,44%), Asfixia (23,08%), Drogas (9,89%), Traumatismo (2,54%), Laborales (2,39%)
Liria 1981 1996	A.T. (49,85%), Comunes (37,68%), Laborales (12,46%)
Alcalá 1985-1989	A.T. (64,53%), Drogas (8,86%), Precipitación (8,51%), Electrocuación (5,67%), Sumersión (2,12%)

Un estudio restringido a las muertes en menores de 18 años en Zaragoza, entre 1970 y 1982 [49] registra como formas de muerte accidental:

Accidentes de tráfico	50,69%
Accidentes casuales	45,39%
Accidentes laborales	3,91%

y a su vez, el grupo de formas casuales se distribuye en:

Sumersiones	37,56%
Aspiración	9,13%
Electrocuciones	4,56%

Precipitaciones	21,82%
Intoxicaciones	8,12%
Quemaduras	6,09%
Caídas	4,06%
Otros (sepultamientos, traumatismo craneo-encefálicos, anafilaxias)	8,12%

En Noruega, en un estudio sobre las muertes violentas en un periodo de veinte años [58] se recogen un 70,7% de formas accidentales, siendo el porcentaje de sus diferentes mecanismos:

Accidentes de tráfico	26,92%
Intoxicaciones	16,61%
Accidentes en embarcación	12,21%
Caídas	7,80%
Quemaduras o fuego	5,60%
Accidentes aéreos	4,70%
Avalanchas	1,70%
Accidentes en buceo	1,50%
Accidentes en motos de nieve	11,71%
Otros	5,40%
No determinados	16,51%

En el Departamento de Medicina Legal en Kurume (Japón) [50], en una investigación que abarca 24 años (1963-1987), los accidentes de tráfico se contabilizan en un 60,96%, y el resto de accidentes en un 39,03%.

En un análisis sobre el fallecimiento de sesenta y seis enfermos esquizofrénicos, Chute et al [1] describen como de muertes accidentales únicamente 5, de ellas tres (60%) por atropello, y las otras por exposición ambiental y “otros”.

SUMERSION

Respecto a las muertes accidentales por sumersión, se conserva una proporción similar al conjunto de muertes violentas respecto al sexo, de un 77,8% varones y 22,2% mujeres (21 y 6 casos respectivamente).

La edad media de estas muertes por sumersión fue 40,38 años (sistema decimal). Si bien en el hombre fue ligeramente mayor, de 41,35 años, que en la mujer, 37,12 años.

Considerada por décadas, las más frecuente fueron entre los 60 y 69 años (22,2%), seguida de los 20 a 29 años (18,5%). De forma diferenciada, en el hombre predominan los 60-69, seguido de los 20-29 y 30-39 años; mientras en la mujer fueron los 10-19 años, si bien la muestra femenina es escasa para obtener conclusiones (6 casos en total).

Apenas se conoció la existencia de enfermedades previas en los fallecidos, en un 18,5 % de los casos o dependencia a sustancias de abuso (en un 7,4 % al alcohol).

En un estudio [65] sobre las muertes por sumersión estudiadas en el Departamento de Medicina Forense del Hospital del Colegio de Médicos de Londres, entre 1988 y 1990, las proporciones fueron 79,5% los varones y 20,5% las mujeres. Por grupos de edad, fue predominante los 20 a 29 años, seguido de los 30 a 39 y de los 50 a 59 años.

En USA [63], en el conjunto de la población en menores de 14 años, entre 1972 y 1973, las sumersiones ocupan el segundo lugar como causa de muerte, tras los originados por vehículos motor, llegando en el grupo de 5 a 14 años a contabilizarse 5,6 fallecimientos por 100.000 habitantes y años entre el sexo masculino, y 1,5 en el femenino.

En el condado de los Angeles, entre 1976 y 1984, el 71,20% fueron hombres, y el 28,79% mujeres. Siendo la mortalidad por esta causa y periodo 2,36 muertes por

100.000 habitantes y año. Por edades, predomina la década 0 a 9 años, seguida de los 20-29 años, los 30-39 y los 10-19 años.

En el Sur de Australia [66], entre 1963 y 1998 se registraron 32 fallecimientos por sumersión entre los 3 y 24 meses de edad citándose al tiempo como estadísticas de muertes pediátricas por esta causa 7,6 por 100.000 habitantes y año en México, 2,5 en Minesota (USA) y 1,5 en el conjunto de Australia.

El estado civil preferente en Cambados fue el de soltero (48,1%), seguido del de casado (37%). La profesión queda deficientemente recogida, predominando en los casos que se conoció un 18,5% en relación con la pesca.

La hora del fallecimiento tiene como media aritmética las 14,52 siendo la más frecuente (moda) las 17 horas. En el mar y en el río, el intervalo predominante fue entre las 16-23 horas, mientras el resto de los casos (pozo o pilón y “otros”) prevaleció el intervalo 8 a 15 horas.

El día de los hechos tiene un pico en el sábado (18,5%), si bien en conjunto se agrupa entre viernes y martes la mayor parte de los casos (77,8 % de casos).

El mes con mayor prevalencia fue julio (22,6 %). En consonancia, la estación predominante resultó el verano (48,1%). Únicamente tienen otra distribución los casos que sucedieron en medios distintos al mar o el río.

En un trabajo sobre las muertes por sumersión en Estado Unidos [63], entre 1972 y 1973, se recoge una mayor frecuencia los fines de semana, los meses veraniegos, y el horario entre las 16 y 18 horas.

Se demostró el carácter laboral únicamente en el 25,9% de las ocasiones.

El lugar marcadamente más habitual del fallecimiento por sumersión fue el mar (66,7%). Sin embargo, en diversos trabajos [63] [64] [66] sobre la mortalidad por

sumersión en otros países, como USA y Australia, se recoge como lugar preferente las piscinas.

Se realizó autopsia en Cambados en la mayor parte de las ocasiones (81,5%), sensiblemente mayor que en el conjunto de las muertes accidentales (50,9 %); con pruebas complementarias en el 48,1% del total (29,2 % en el conjunto de la etiología accidental). Cuando los resultados toxicológicos fueron positivos, la sustancia detectada fue el alcohol (5 casos, 45,5%). En la mujer, no se detectó en ninguno de los supuestos.

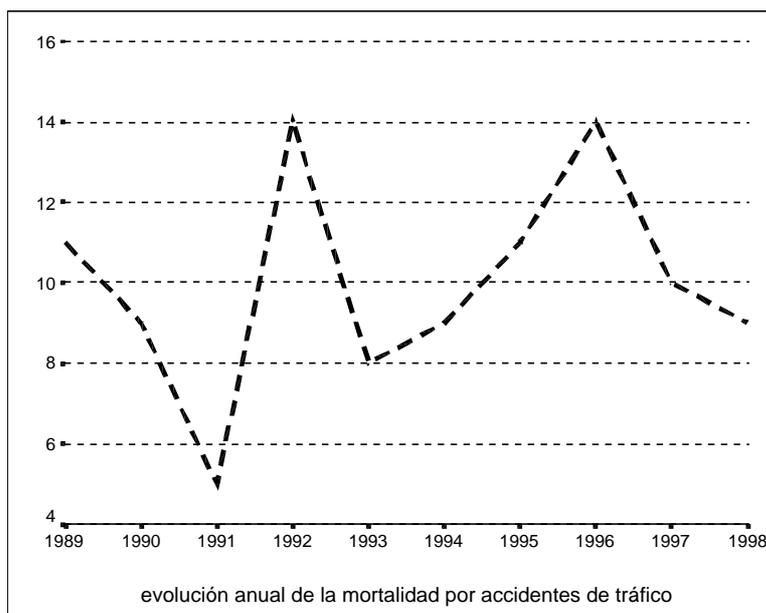
8. MUERTES POR ACCIDENTE DE TRAFICO

Constituyen una de las primeras causas de mortalidad en los países desarrollados, ocupando una parte sustancial de la actividad tanatológica médico forense.

FRECUENCIA

En el partido de Cambados, entre los años comprendidos (1989-1998) se han registrado 100 casos de muertes en accidente de circulación, por tanto una media de 10 accidentes por año, y una tasa anual de 18,60 casos/ 100.000 habitantes/ año.

En el gráfico adjunto se aprecia la evolución anual del número de casos en el partido judicial cambadés:



Anteriormente, han quedado señalados los porcentajes que representa en diversas poblaciones judiciales la mortalidad por accidente de tráfico respecto al total de las muertes violentas accidentales, lo que se sintetiza en la siguiente tabla:

Muertes por accidentes de tráfico (respecto al total de muertes accidentales)

	Porcentajes
Cambados 1989-1998	62,1%
Málaga 1986-1995	64,76%
Barcelona 1989-1998	37,90%
Palma 1989-1998	53,7%
Granada 1991-1998	56,45%
S. Sebastián 1993-1998	52,32%
Badajoz 1990-1995	68,99%
Valencia 1989-1997	55,98%
Cartagena 1990-1998	55,44%
Lliria 1981-1996	49,85%
Alcalá 1985-1989	64,53%

Para obtener una idea global del problema, se escoge como representativo, dentro del periodo que comprende el presente estudio (1989-1998), el año 1995.

El parque automovilístico en dicho año en España [78] estaba constituido por las siguientes unidades (cifras absolutas):

Motocicletas	1.301
Turismos	14.212
Camiones	2.937
Tracto camiones	87
Otros vehículos	262
Autobuses	47
Número total	18.846 vehículos

Los mismos datos, en su valor porcentual representan:

Turismos	75,4
Camiones	15,6
Motocicletas	6,9
Autobuses	0,3
Tracto camiones	0,5
Otros vehículos	1,4

El número total de fallecidos en accidente de tráfico en ese mismo año fue de 5.751 personas, distribuyéndose en las comunidades españolas de la siguiente forma (se refleja el tanto por ciento respecto al total, y el número de fallecidos):

Cataluña	15,93% (916 fallecidos)
Andalucía	14,48% (833 fallecidos)
Castilla-León	10,64% (612 fallecidos)
Galicia	10,03% (577 fallecidos)
Comunidad Valenciana	9,82% (565 fallecidos)
Madrid	6,94% (399 fallecidos)
Castilla-La Mancha	6,40% (368 fallecidos)
País Vasco	4,31% (248 fallecidos)
Aragón	4,14% (238 fallecidos)
Canarias	3,27% (188 fallecidos)

Extremadura	2,99% (172 fallecidos)
Baleares	2,61% (150 fallecidos)
Asturias	2,59% (149 fallecidos)
Murcia	2,14% (123 fallecidos)
Navarra	1,69% (60 fallecidos)
Cantabria	0,87% (50 fallecidos)
Ceuta y Melilla	0,10% (6 fallecidos)

Asimismo, las cifras de víctimas por millón de habitantes en diferentes países, en dicho año, fueron las siguientes:

Austria	150,50
Bélgica	143,03
Rep. Checa	153,68
Suiza	98,59
Alemania	115,95
Dinamarca	111,58
España	146,82
Francia	153,22
Finlandia	86,49
Hungría	155,60
Italia	122,81
Irlanda	120,99
Japón	100,90
Noruega	70,15
Holanda	86,48
Nueva Zelanda	162,43
Portugal	287,62
Suecia	64,87
EEUU	159,08

De la misma manera, pueden citarse como datos orientativos el número de víctimas mortales por 100.000 habitantes en diversos países [67], en el siguiente año 1996:

Noruega	5,8
Suecia	6,1
Reino Unido	6,4
Países Bajos	7,6
Finlandia	7,9
Suiza	8,7
Japón	9,3

Dinamarca	9,8
Canadá	10,3
Alemania	10,7
Australia	10,8
Italia	12,3
República de Irlanda	12,4
Austria	12,7
Hungría	13,4
Bélgica	13,4
España	14
Nueva Zelanda	14,1
Francia	14,7
USA	15,8
Luxemburgo	16,7
Grecia	22,5
Portugal	28,9

SEXO

En los accidentes de tráfico de la muestra cambadesa el sexo predominante ha sido el masculino, en un 83% de los casos, siendo un 17% el femenino. En proporciones muy similares a las de otras poblaciones.

En la comunidad gallega, el porcentaje de fallecidos en accidentes de tráfico según el sexo [10-13] entre los años 1993 y 1996, incluidos ambos, tuvo de media 21,9 fallecidos por 100.000 habitantes y año, siendo un 34,57 hombres y un 10,07 mujeres.

En el IAF de Granada [16] resultaron varones el 76,59% de los fallecidos, y el 23,40% mujeres.

Por su parte, en el IAF de Valencia [17] (1989-1997), el sexo se distribuye en un 76,31% de hombres, y un 23,68% de mujeres.

En Cartagena, entre 1990 y 1998, [5-7], el sexo masculino fue un 80,25%, y el femenino un 19,74%

Las proporciones en el partido judicial de Alicante [77], entre 1990 y 1994, fueron de un 80,81% varones y un 19,91% mujeres.

En el partido judicial de Cervera (Lérida) [70], entre los años 1980 y 1989, fueron hombres el 77% de los fallecidos, y el 23% mujeres.

En la muestra de Alcalá [14], las proporciones fueron 85,71% hombres, y 14,28% mujeres.

El estudio de Fenollosa en Liria [8] contabiliza un 89,7% de varones y un 19,3% de mujeres.

Un estudio sobre las muertes por accidente de tráfico, sobre 613 casos entre 1980 y 1986 en Valladolid [71], registra el 69,33% de varones y el 30,77% de mujeres.

En el Departamento de Medicina Legal de Kurume (Japón) [73], de 278 casos, resultaron varones el 77,70%, y mujeres el 22,30%.

Algunas de las cifras indicadas se representan en la tabla adjunta.

Distribución de sexos en las muertes por accidente de tráfico (%hombres - %mujeres)

	Porcentajes
Cambados 1989-1998	83,00% - 17,00%
IAF Granada 1991-1998	76,59% - 23,40%
IAF Valencia 1989-1997	76,31% - 23,68%
IAF Cartagena 1990-1998	80,25% - 19,74%
IAF Alicante 1991-1994	80,81% - 19,91%
Cervera 1980-1989	77,00% - 23,00%
Valladolid 1980-1986	69,33% - 30,77%
Alcalá 1985-1989	85,71% - 14,28%
Liria 1981-1996	89,97% - 19,3%

EDAD

La edad media de las víctimas ha sido 37 años (37,18 años en sistema decimal), siendo la moda 17 años. Agrupadas las edades en décadas, la mayor representación ha estado entre los 20-29 años (20%), seguida de los 30-39 años (16%), los 10-19 años (14%) y los 40-49 años (13%).

El intervalo 20 a 29 años, como se expone, es la más contemplado en las diferentes muestras.

A su vez, en su análisis según el sexo, la edad media en los hombres es ligeramente menor, de 36,9 años frente a 38,47 en la mujer. Asimismo, la década más afecta en el hombre son los 20-29 años, seguida de los 30-39 (20,5 y 16,9%). Mientras, en la mujer la década preferente está repartida entre los 10-19 años, 20-29 años y 60-69 años.

En el conjunto de España, la distribución por edades de los conductores censados en 1995 [78] fue porcentualmente:

EDADES	%
16 a 17 años	0,1
18 a 24 años	13,7
25 a 44 años	52,9
45 a 64 años	27,4
65 y mayores	6

Respecto al número total de fallecidos en 1995 en España [78], por grupos de edad, se distribuye de la siguiente forma:

EDADES	%
0 a 5 años	1
6 a 9 años	1,1
10 a 14 años	1,9
15 a 17 años	3,9
18 a 20 años	8,3
21 a 24 años	11,4

25 a 44 años	35
45 a 64 años	20,3
65 y mayores	14,5
Desconocida	2,5

En la comunidad gallega [10-13] entre los años 1993 y 1996, el número de fallecidos (media) por accidente de tráfico, referido a 100.000 habitantes y año, se distribuye:

EDADES	%
< 1 año	1,32
1 a 4 años	8,97
5 a 14 años	5,3
15 a 24 años	31,85
25 a 34 años	24,87
35 a 44 años	20,52
45 a 54 años	18,92
55 a 64 años	21,47
65 a 74 años	24,47
75 a 84 años	32,5
> 84 años	30,85

En el IAF de Granada [16], entre 1991 y 1998 la edad en décadas de los fallecidos en estos accidentes fue:

EDADES	%
0 a 5 años	2,04
6 a 10 años	0,95
11 a 15 años	2,72
16 a 20 años	11,42
21 a 30 años	24,08
31 a 40 años	14,82
41 a 50 años	11,56
51 a 60 años	10,74
61 a 70 años	11,15
71 a 80 años	6,80
> 80 años	3,67

Los porcentajes en el IAF de Barcelona [36] entre los años 1989 a 1991, resultaron en los siguientes valores medios (sobre 715 casos):

EDADES	%
0 a 5 años	0,97
6 a 10 años	1,11
11 a 15 años	2,23
16 a 20 años	17,48
21 a 30 años	22,51
31 a 40 años	7,27
41 a 50 años	7,97
51 a 60 años	8,53
61 a 70 años	9,93
71 a 80 años	12,86
81 a 90 años	8,25
91 a 100 años	0,83

En el IAF de Cartagena [5-7], considerando la media para los años 1994, 1996 y 1998, en los que se ha obtenido los datos, se obtiene (sobre 121 casos):

EDADES	%
0 a 10 años	1,65
11 a 20 años	14,04
21 a 30 años	14,04
31 a 40 años	18,18
41 a 50 años	9,91
51 a 60 años	14,87
61 a 70 años	15,70
71 a 80 años	9,91
81 a 90 años	1,65

A su vez, en Alcalá, Gómez [14] describe la siguiente distribución de edades:

EDADES	%
1-9 años	1,64
10-19 años	9,67
20-29 años	36,26
30-39 años	17,58
40-49 años	15,38
50-59 años	: 8,74
60-69 años	4,94
70-79 años	: 4,39
80-89 años	1,09

El partido de Liria, Fenollosa [8] recoge los grupos de edad:

EDADES	%
15-30 años	37,56
31-45 años	21,31
46-60 años	18,27
61-75 años	15,73

En el citado trabajo sobre el partido de Cervera [70], la media de edad fue 39,9 años y la década más frecuente se situó entre los 20 y 30 años.

La edad media en Valladolid (1980-86) fue 40,7 años en el hombre y 46,4 años en la mujer. Por décadas, predominan los 20-29 años, seguido de los 30-49 años.

En el partido alicantino [77] los fallecidos en accidente de tráfico los menores de 30 años agrupan el 40,41% de las víctimas.

En un estudio sobre las autopsias practicadas en las instituciones dependientes de la Sociedad de Medicina Legal de Japón [74], entre 1990 y 1994, se registran 3.185 víctimas mortales de accidentes de tráfico, siendo las edades preferentes:

- en los atropellos: 40 años
- en las colisiones: 70 años
- en los conductores: 50 años.

La tabla siguiente resume los anteriores datos en poblaciones españolas.

Intervalo de edad más frecuente en las muertes por accidente de tráfico

	Intervalo
Cambados 1989-1998	20 a 29 años
IAF Granada 1991-1998	21 a 30 años
IAF Barcelona 1989-1991	21 a 30 años
Lliria 1981-1996	20 a 29 años
Cervera 1980-1989	20 a 30 años
Valladolid 1980-1986	20 a 29 años
Alcalá 1985-1989	20 a 29 años
IAF de Cartagena (años 1994, 1996 y 1998)	31 a 40 años

ESTADO CIVIL Y ORIGEN

El Estado Civil han resultado en la población cambadesa en igual proporción los casados y los solteros, con un 44% ambos. Proporciones que se mantienen similares en ambos sexos.

En Alicante [77] los casados fueron un 46,47% y los solteros el 41,41%.

En Cervera [70] los casados fueron mayoritarios, en el 50%.

En Alcalá (Madrid) [14] los solteros fueron el 46,15%, los casados el 45,60%, y el resto el 8,25%.

El origen geográfico de los fallecidos en la muestra cambadesa sigue siendo predominantemente gallego (86%), si bien en menor proporción que en otros tipos de muerte judicial, en relación con el contingente turístico.

DATA DE LA MUERTE

La hora del fallecimiento tiene de media las 12.30 horas (12,66 horas en sistema decimal), siendo la moda las 12 horas. Por períodos horarios, se presentan en la de forma muy similar las frecuencias 8-15 horas y 16-23 horas (36 y 35% respectivamente).

A nivel nacional (1995) [78], las horas en las que se produjeron mayor número de víctimas de tráfico fueron las 19 y las 20 horas (6,1 y 6%, respectivamente) en carretera, y las 20:00 y 19:00 horas en zona urbana (6,2 y 6%, respectivamente). Agrupadas las horas en intervalos, el más frecuente fue el tramo intervalo comprendido entre las 17 y 24 (38% en carretera y 39,3% en zona urbana), seguido del intervalo 9 a 16 (32,4 y 33,7%) y en último lugar el período 1 a 8 horas (29,7 en carretera y 27% en zona urbana).

El intervalo más frecuente en Valladolid [71] corresponde a las horas de la tarde (37%), seguido de la mañana (36,5%) y la noche (26,5%).

En la Universidad de Kurume (Japón) [73], Departamento de Medicina Legal, se realizaron entre 1963 y 1987 un total de 278 autopsias de fallecidos en accidente de tráfico. En los cuales, el momento de la muerte se situó:

- 18 a 24 horas: 43,91%
- 0 a 6 horas: 28,78%
- 6 a 12 horas: 14,76%
- 12 a 18 horas: 12,55%

Asimismo, los períodos en el partido de Alicante [77] (1991-94) fueron:

- 16 a 24 horas: 50%
- 8 a 15 horas: 35,35%
- 0 a 8 horas: 15,15%

En Alcalá (Madrid) [14], entre 1985 y 1989, los intervalos horarios se distribuyeron:

- 0-7 horas: 38%

- 8-15 horas: 21%
- 16-23 horas: 40%
- no consta: 1%

El día de la semana en que transcurren los hechos ha sido en el partido de Cambados fundamentalmente el sábado (25%), seguido del lunes (19%) y el martes (16%). La presentación menor fue en domingo y en miércoles (9% en ambos). En un análisis por sexos, permanece preferente el sábado seguido del lunes en ambos, si bien en la mujer existe igual proporción en el lunes y el martes.

La distribución semanal general en el ámbito español en 1995 tiene como día de mayor incidencia el domingo, tanto en carretera como en zona urbana (20,2 y 17,3%, respectivamente):

A- En carretera se distribuyen:

DIAS	%
Lunes	13,5
Martes	10,1
Miércoles	10,3
Jueves	11,7
Viernes	14,8
Sábado	19,4
Domingo	20,2

B- En zona urbana, fueron:

DIAS	%
Lunes	13,4
Martes	11,6
Miércoles	12,4
Jueves	13
Viernes	14,9
Sábado	17,3

Domingo	17,3
---------	------

En Alicante [77] se observó sobre todo el viernes (19,19%), seguido del sábado (17,17%) y siendo el domingo el día con menor presentación.

En Alcalá se refleja [14]:

DIAS	%
Lunes	9,34
Martes	10,43
Miércoles	9,34
Jueves	12,63
Viernes	16,48
Sábado	28,02
Domingo	13,73

Por meses, la mayor frecuencia en la muestra objeto de estudio se observa en agosto (14%), seguido en igual proporción por julio, enero y marzo (11%).

Respecto a la distribución mensual global española en el año 1995 [78], se aprecia en el cómputo total un mayor número de fallecimientos en carretera en el mes de julio (11,1), y en el mes de septiembre en zona urbana (9,5%).

Los meses de menor mortalidad a nivel nacional en dicho año han sido febrero en carretera, con un 6,1%, y junio en zona urbana, con un 6,4%.

En carretera:

MESES	%
enero	7,5
febrero	6,1
marzo	7,7
abril	8,7
mayo	7,6
junio	8,3

julio	11,1
agosto	10,4
septiembre	9,5
octubre	7,3
noviembre	7,5
diciembre	8,3

En zona urbana:

MESES	%
enero	7,8
febrero	6,7
marzo	9
abril	7,7
mayo	7,7
junio	6,4
julio	8,5
agosto	8
septiembre	9,5
octubre	9
noviembre	9,2
diciembre	8,9

En el partido judicial de Alicante, Giner et al describen sobre todo la prevalencia de los meses de enero (12,12% de casos), junio y julio (11,11% cada uno).

En el IAF de Barcelona [36], considerando los años 1989, 1990 y 1991, se encuentran

las siguientes proporciones:

MESES	%
enero	6,17 - 6,69 - 4,14
febrero	5,01 - 12,13 - 10,13
marzo	8,10 - 6,27 - 8,75
abril	7,33 - 5,43 - 5,52
mayo	8,10 - 7,11 - 9,67

junio	12,74 - 7,11 - 8,29
julio	6,94 - 10,04 - 9,67
agosto	8,10 - 12,55 - 4,60
septiembre	9,65 - 10,87 - 10,13
octubre	9,26 - 5,85 - 6,91
noviembre	9,26 - 4,60 - 11,05
diciembre	9,26 - 11,29 - 11,05

correspondiendo el más alto al mes de diciembre.

Analizando los años 1994, 1996 y 1998, la media en el IAF de Cartagena [5-7] resultó:

MESES	%
enero	5,78
febrero	7,43
marzo	5,78
abril	6,61
mayo	4,95
junio	6,61
julio	9,91
agosto	15,70
septiembre	10,74
Octubre	9,09
Noviembre	9,91
Diciembre	7,43

mostrándose así preferente el mes de agosto.

Los meses de agosto y septiembre predominaron entre 1980 y 1989 en Cervera [70], aunque sin significación estadística.

En la Universidad de Kurume [73], entre 1963 y 1987 la distribución mensual (número de fallecidos) fue:

MESES	%
enero	31
febrero	26

marzo	26
abril	20
mayo	24
junio	17
julio	26
agosto	16
septiembre	24
octubre	25
noviembre	17
diciembre	26

En partido judicial de Alcalá de Henares [14] mostró:

MESES	%
enero	10,98
febrero	8,24
marzo	10,43
abril	6,59
mayo	7,14
junio	5,49
julio	11,53
agosto	4,94
septiembre	8,24
octubre	10,43
noviembre	4,39
diciembre	11,53

La estación del año correspondiente en el partido cambadés fue predominantemente el verano (29%), seguida del invierno, primavera y otoño. Por sexos, en el hombre es preferente el verano; mientras en la mujer se encuentra muy repartido, si bien es escaso el número de casos de la muestra (primavera 5 fallecidas, verano 4, otoño 5, invierno 3).

En Cervera [70] predominó el verano, con un 30% de los supuestos. De igual forma, fue la estación predominante en los accidentes de tráfico en Valladolid [71].

En Alcalá [14] el invierno registró el 32% de los casos, el verano y otoño un 24 % ambos, y la primavera un 20%.

SITUACIÓN DE LA VICTIMA

En Cambados el lugar del fallecimiento ha sido más comúnmente, en un 97%, la vía pública. Sólo se detectó un caso de muerte por sumersión.

La posición que ocupaba la víctima respecto al vehículo, ha sido en Cambados predominantemente la de conductor de moto o motocicleta en un 30%, seguido de conductor de turismo en el 23%, peatón en el 20% (incluyendo los dos casos de ciclistas) y ocupante de turismo en el 16%, siendo escasa en el resto de las posibilidades contempladas. De forma global, se agrupan en:

Conductores	54%
Pasajeros	20%
Peatones	20%

En el caso de las mujeres, la posición más frecuente ha sido ocupante en turismo (47,1% de los casos); en el hombre, fue predominante la de conductor de moto y conductor de turismo (32,5 y 26,5% respectivamente).

La distribución general al respecto de los fallecidos en 1995 en España [78] en accidentes de tráfico (total de 5.751 personas) fue:

Conductores	54,5% (3.136 fallecidos)
Pasajeros	28,1% (1.615 fallecidos)
Peatones	17,4% (1.000 fallecidos)

En Granada, entre 1991 y 1998, en el IAF [16] las proporciones resultaron:

Conductores	53,87%
Pasajeros	22,85%
Peatones	23,26%

Entre 1994 y 1997, los porcentajes en el IAF de Barcelona [36] son las que siguen:

Ciclistas	0,97%
Pasajero de coche	12,91%
Atropello por coche	31,89%
Pasajero de moto	3,13%
Conductor de moto	21,52%
Conductor de coche	14,67%
Atropello de moto	9,39%
Sin especificar	5,47%

En Liria [8], de un total de 197 fallecidos en accidentes de tráfico entre 1981 y 1996, se recoge:

Conductor	49,74%
Peatón	20,81%
Ocupante	15,73%
Otros	11,67%
Ciclista	2,03%

Los porcentajes en el partido alcañino fueron [14]:

Conductor	55%
Ocupante	29%
Peatón	15%

MECANISMO ACCIDENTAL

El mecanismo del accidente fue en primer lugar la salida de la vía (31%), seguido de la colisión frontal y el atropello. Si bien, si consideramos globalmente todas las formas de colisión, éstas ocupan el primer lugar, con el 35% de los supuestos:

- 1°.- Salida de vía (31%)
- 2°.- Colisión frontal (22%)

- 3°.- Colisión lateral (10%)
- 4°.- Colisión NEOM (3%)
- 5°.- Atropello (20%)
- 6°.- Vuelco (3%)
- 8°.- Sin especificar (11%)

De forma esperada, en las poblaciones judiciales urbanas aumenta la proporción de atropellos.

En el partido judicial de Alicante [77], los mecanismos se distribuyeron en:

- 1°.- Atropellos: 45,56%
- 2°.- Choque entre vehículos: 22,22%
- 3°.- Choque de vehículo con obstáculo: 17,17%
- 4°.- Vuelco: 15,15%

En el referido partido valenciano [8], el porcentaje de presentación de los diferentes mecanismos fue:

- 1°.-Salida de vía: 30,10%
- 2°.- Colisión: 29,59%
- 3°.- Atropello: 18,36%
- 4°.- Resto (incluyendo accidentes aéreos, de ferrocarril, y otros): 21,95%

Gómez [14] en Alcalá registra, referido a los casos en que hubo un mecanismo “simple”:

- 1°.- Colisión: 45,18%
- 2°.- Salida de vía: 34,33%
- 3°.- Atropello: 16,86%
- 4°.- Vuelco: 3,61%

Respecto al mecanismo de accidente en carretera, a lo largo de 1995 en España [78], presenta el siguiente orden:

- 1°.- Salida de vía: 36,9%
- 2°.- Colisión lateral: 20,6%
- 3°.- Colisión frontal: 18,2%
- 4°.- Atropello: 10,9%
- 5°.- Colisión posterior: 7,7%
- 6°.- Colisión con obstáculos: 2,5%
- 7°.- Vuelco: 2,1%
- 8°.- Otros: 1,2%

El mismo análisis referido a los accidentes mortales de tráfico en zona urbana, resulta:

- 1°.- Atropello: 45,4%
- 2°.- Colisión lateral: 18,6%
- 3°.- Salida de vía: 16,3%
- 4°.- Colisión posterior: 6,5%
- 5°.- Colisión frontal: 5,6%
- 6°.- Colisión con obstáculos: 5%
- 7°.- Vuelco: 1,6%
- 8°.- Otros: 1,1%

En la Universidad de Kurume (Japón) [73] entre 1963 y 1987 (278 casos) se describe:

- Atropello: 168 casos (60,43%)
- Caída desde vehículo de dos ruedas: 21
- Colisión de automóvil con vehículo de dos ruedas: 50
- Automóvil: 30
- Aviación: 1
- Tren: 1

- Otros: 2

En el estudio del partido cambadés, el estado de la calzada sólo se registra en el 45% de los casos, y en éstos, en el 34% estaba seca y en el 1% mojada.

ATROPELLOS

El vehículo causante del atropello en esta muestra fue fundamentalmente un turismo o una furgoneta, en el 70% de los casos, estando el resto muy repartido.

A nivel nacional, en 1995, el 66,3% de los atropellos fue por turismos, seguido de furgonetas y camiones.

En España, en ese mismo año, el motivo principal del fallecimiento peatonal se atribuyó a "irrupir o cruzar la vía anti-reglamentariamente" (50,3%), "sin infracción del peatón" (21,6%), seguido de "cruzar fuera de los pasos de peatones" (11,4%), "permanecer en la calzada anti-reglamentariamente" (8,2%), "no respetar los semáforos" (4%), y "otras circunstancias" (2,8%).

El tanto por ciento peatonal de fallecidos respecto al total de muertos en accidente de tráfico en 1995 ofrece una media nacional del 17,4, siendo el valor en las diez provincias con mayor incidencia:

Las Palmas	28,7%
Barcelona	27,1%
Pontevedra	26%
Cantabria	22%
Lugo	20,9%
Orense	20,9%
Asturias	18,8%
Vizcaya	18,8%
La Coruña	18,4%
Málaga	17,9%

por tanto la muestra cambadesa, con un 20% de peatones del global de víctimas en accidentes de tráfico, se encuentra en un rango medio entre los valores medios nacionales (17,4%) y los de la provincia pontevedresa en conjunto (26%).

En Cambados, el intervalo de edad más frecuente entre los muertos por atropello ha sido:

Décadas de edad en los fallecidos por atropello (Cambados 1989-98)

	Frecuencia	Porcentaje
0 a 9 años	4	20,0
10 a 19 años	3	15,0
40 a 49 años	2	10,0
50 a 59 años	3	15,0
60 a 69 años	3	15,0
70 a 79 años	1	5,0
80 a 89 años	3	15,0
no consta	1	5,0
Total	20	100,0

asimismo, en la tabla adjunta se representa el porcentaje en grupos de edad en la muestra cambadesa (1989-1998) y a nivel nacional (año 1995) [78], pudiendo observarse la mayor presencia en edades más tempranas en la muestra de Cambados.

Edades agrupadas en intervalos, en fallecidos por atropello

	Cambados 1989-1998	Nacional 1995
< 15 años	30%	7,6%
15 a 64 años	30%	48,0%
> 65 años	35%	38,3%
no consta	5%	6,1%
Total	100%	100%

En el 77% de las ocasiones, hubo sólo una víctima mortal. En el 41% de los casos se recoge la existencia de heridos (excluyendo las víctimas mortales).

Únicamente se conoció la existencia de patología previa en el 4%.

MUERTE NATURAL DURANTE LA CONDUCCION

El evento de una muerte natural mientras se realiza la conducción de un vehículo, es una realidad poco frecuente, pero posible, y con eventuales repercusiones, como la cobertura económica por pólizas de seguro.

Es presumible una infravaloración de los datos al respecto, derivado de la dificultad para distinguir, en el contexto de un cadáver con múltiples lesiones traumáticas, la evidencia de un daño estructural natural claro.

En Cambados sólo se conocieron dos casos al respecto, lo que representa un 2% del total de las muertes en accidentes de tráfico. En uno de ellos, el fallecimiento se produjo mientras conducía una bicicleta, acreditándose antecedentes de cardiopatía isquémica. En el otro, se trató de un conductor de turismo, varón de 64 años, en que se determinó que había sufrido de un ataque isquémico cardiaco, perdiendo el control y saliendo de la vía, con el antecedente de un infarto agudo de miocardio.

En el registro de las autopsias en Japón [74], en un periodo de cinco años, entre 3.185 casos de accidente de tráfico, sólo el 3% se atribuyó a una patología natural la causa de la muerte.

Otro trabajo [75], centrado en las muertes naturales acaecidas durante la conducción de un vehículo, que abarca 34.554 casos estudiados en el Instituto de Medicina Legal Ludwig-Maximilians University (Munich), encuentra cifras del 0,4% (147 casos). Con una media de edad de 56,8 años, y clara preferencia masculina (134 casos, frente a 13 femeninos). Las causas recogidas incluyen:

- enfermedad isquémica cardiaca: 76,87%
- enfermedad cerebro vascular: 5,44%
- aneurisma de aorta: 4,08%

- asma bronquial: 4,76%
- epilepsia: 1,36%
- diabetes: 1,36%
- embolia pulmonar: 1,36%
- varices esofágicas: 1,36%
- otras: 0,68%

Se recogen cifras netamente superiores en otro trabajo similar, en el país noruego, que sobre una muestra de 230 casos refleja un 11,74% de muertes naturales, fundamentalmente cardíacas. Siendo la edad media de los fallecidos 42,5 años, y el sexo predominante el masculino (85%, frente al 15%).

Otra investigación llevada a cabo en el mismo país, en la Universidad de Bergen, Departamento de Medicina Forense, encuentra entre un total de 137 muertes accidentales, un 10,53% (14 casos) de causas naturales, fundamentalmente isquemia cardíaca.

CONSUMO DE ALCOHOL

En el partido de Cambados no se acreditó ningún caso de dependencia a drogas de abuso.

Se autopsió en el 42% de las ocasiones, y las pruebas complementarias se realizaron en el 20%. De las 19 ocasiones en que estas fueron toxicológicas (el 95 %), en el 57,9% se detectó como sustancia el alcohol (en un caso con drogas de abuso). Cuando el fallecido era conductor, de turismo o de moto, se detectó alcohol en el 57,1%.

Se presentan los valores obtenidos de alcoholemia, con la situación de la víctima respecto al accidente, y se agrupan según sus niveles

Nivel de alcoholemia en víctimas de accidente de tráfico, y situación

	Alcoholemia
conductor de turismo	3,2 gr/L
conductor de turismo	3,19 gr/L
conductor de turismo	1,7 gr/L
conductor de turismo	0,24 gr/L
conductor de turismo	negativa
conductor de turismo	negativa
conductor de turismo	no consta
conductor de moto/motocicleta	1,99 gr/L
conductor de moto/motocicleta	1,77 gr/L
conductor de moto/motocicleta	1,61 gr/L
conductor de moto/motocicleta	0,1 gr/L
conductor de moto/motocicleta	negativa
conductor de moto/motocicleta	no consta
conductor de moto/motocicleta	no consta
ciclista	0,13 gr/L
peatón	3,09 gr/L
peatón	0,4 gr/L
no consta	1,26 gr/L
no consta	no consta

y su agrupación según grados de alcoholemia

Niveles de alcoholemia en víctimas de accidente de tráfico

Niveles de alcoholemia	Porcentaje
> 0,5 gr/L	42,10 %
< 0,5 gr/L	21,05 %
Total positivos	63,15 %
Negativo	15,78%
No consta	21,05 %

En el IAF de Cartagena [5-7] entre los años 1993 y 1998 se detectó alcohol en el 19,47% de las muestras, resultando negativas en el 80,52%.

En un estudio sobre la incidencia del consumo de alcohol y sustancias de abuso entre conductores, entre 1994 y 1996 (muestra de 285, recogidas en el norte de España), del Rio et al encuentran alguna sustancia en el 60% de los casos. [72] De éstas, el alcohol se encontró de forma única en el 44,2%, y en conjunto (añadiendo las combinaciones) en el 50,5%. Las drogas de abuso estuvieron presentes de forma única en el 2,5%, y en conjunto en el 10,2%. Respecto a los medicamentos, se detectaron en el 4,2% como sustancia única, y en conjunto en el 9,1%.

En el citado trabajo japonés [74], sobre los años 1990 a 1994, el alcohol se detecta en el 47,7% de las ocasiones, y los estimulantes en el 3,8%.

Los resultados sobre 230 autopsias en el trabajo noruego [76], también muestran cifras elevadas de alcohol en el 21% de los fallecidos.

Es de trascendental importancia conocer los efectos del alcohol sobre los conductores y peatones, y sus repercusiones sobre los accidentes de tráfico, forma primordial de prevención.

Un dato para este conocimiento lo proporcionan los exámenes toxicológicos que se realizan en los fallecidos por esta causa por parte de los facultativos forenses. Siendo pues conveniente su práctica, como señalan entre otros Vicent et al [69], en todas las ocasiones, para su completo conocimiento y evaluación.

LESIONES MORTALES

Respecto a las lesiones causantes del fallecimiento, recogidas en los informes de autopsia, la cabeza aparece como la zona más implicada, en el 45% de las muertes, seguida por politraumatismos en el 27%, y lesiones torácicas en el 12%.

En los fallecidos conductores de turismo, las lesiones han sido más frecuentemente múltiples (39,1%), seguido de las cefálicas (26,1%). Mientras, en los ocupantes de turismo (no conductores) las lesiones son más comúnmente cefálicas (50%). Asimismo, en los conductores de moto ésta es la localización predominante, en el 63,3% de las ocasiones. En los peatones fueron cefálicas en el 38,9%, y múltiples en el 27,8%.

En el IAF de Cartagena [5-7] la primera causa de muerte fueron los traumatismos cráneo encefálicos (42,85% en 1994, 45,16% en 1996 y 25,45% en 1998).

En otro estudio [67] sobre la patología traumática en accidentes de tráfico, realizado sobre una muestra de 127 fallecidos se recogen como causas fundamentales de muerte:

- Daño cefálico: 31%
- Lesiones torácicas: 23%
- Lesiones en cabeza y tórax: 18%
- Lesiones en tórax y abdomen: 14%
- Lesiones en cuello: 8%
- Lesiones abdominales: 2%
- Otras combinaciones: 1%
- Otras causas: 4%

En el mencionado trabajo en Cervera (Lérida) [70], se presentan como principales causas:

- 49,6% traumatismos cráneo encefálicos
- 30% shock traumático

Las lesiones mortales predominantes en el periodo 1980-1986 en el partido judicial de Valladolid [71], fueron:

- 36% traumatismos cráneo encefálicos
- 34,5% politraumatismos
- 15% traumatismos abdominales

Se registra como daño principal en el partido judicial de Alicante, entre 1991 y 1994 [77]: traumatismos cráneo encefálicos en el 66,67%, y traumatismos torácicos en el 50,57% de los decesos.

El Liria [8] fue también el daño cráneo encefálico la primera causa de muerte, en el 51,67%.

La actividad tanatológica en Japón [74] sobre estas muertes accidentales (1990-94), recoge como causa principal de muerte el daño cerebral.

Coincidentes todas las muestras, pues, en el daño cráneo encefálico como primera causa de muerte en los accidentes de tráfico.

V. CONCLUSIONES

1. La tasa de mortalidad judicial en el partido de Cambados, entre los años 1989 y 1998, ha sido de 51,7 fallecidos/ 100.000 habitantes/ año.
2. Destaca la mayor incidencia sobre el sexo masculino de todas las formas de mortalidad judicial, siendo de presentación global varón:mujer de 3,62:1
3. La década de edad con mayor número de casos corresponde a los 20-29 años, excepto en las muertes naturales, que corresponde a los 60-69 años.
4. Los lugares más habituales de fallecimiento han sido la vía pública (39,9%), en relación con los accidentes de tráfico, y el domicilio (31,3%), vinculado a las muertes naturales y los suicidios.
5. De manera significativa, los antecedentes de patologías físicas inciden fundamentalmente en las muertes naturales, mientras las psíquicas lo hacen sobre los suicidios.
6. La proporción entre muertes violentas y naturales ha sido 2,7:1 (violentas:naturales). Las muertes violentas se distribuyen en: 79,3% accidentales, 18,7% suicidas y 2% homicidas.
7. La incidencia de muertes naturales ha sido de 13,95/ 100.000 habitantes/ año. Las patologías responsables han sido esencialmente cardio-vasculares, en coincidencia con todas poblaciones consultadas. Se constata la falta de profundidad habitual en el estudio judicial de estas muertes, y la necesidad de utilizar el sistema de clasificación internacional de enfermedades CIE.
8. El mecanismo de muerte accidental ha sido preferentemente el accidente de tráfico, coincidente con todas las series analizadas. En el grupo de los accidentes laborales, un 13,66% del total, el más usual ha sido la sumersión, en consonancia

con la actividad pesquera de la zona. Por sexos, sólo se observa un predominio en la mujer de los accidentes por caída y precipitación.

9. La tasa de víctimas en accidente de tráfico ha sido 18,60/ 100.000 habitantes/año. La posición más frecuente de la víctima ha sido conductor de una moto, si bien en el sexo femenino fue preferente la de acompañante en turismo. El mecanismo principal fue la salida de vía (31%).

10. Sólo se describen dos casos de muerte natural durante la conducción (2%); siendo muy probable su infravaloración por la falta de profundidad en los exámenes autopsicos en las muertes por vehículos a motor, que en Cambados corresponde de hecho al número más bajo de autopsias practicadas.

11. *Se encuentra una alta proporción de fallecidos por atropello en el grupo de menores de 15 años.*

12. Las lesiones mortales en los fallecidos en accidentes de tráfico se localizan fundamentalmente en la región cráneo encefálica (45%), en consonancia con todas las series contrastadas. Lo que incide en la necesidad de medidas protectoras, como los cascos para motoristas o los cinturones de seguridad.

13. Sólo se practicaron estudios toxicológicos en el 19 % de las víctimas por accidente de tráfico, siendo deseable su práctica habitual para el conocimiento adecuado de la influencia de los tóxicos. La alcoholemia resultó positiva en el 63,15%, lo que subraya la necesidad de medidas educativas y de control sobre el consumo de bebidas alcohólicas y la conducción.

14. La tasa de suicidios ha sido de 7,07 suicidios/100.000 habitantes/año, acreditándose patología psiquiátrica en el 39,5% de los casos, confirmando la necesidad del seguimiento médico estrechos sobre este tipo de enfermos.

15. El método elegido ha sido esencialmente la ahorcadura, en el 60,5 %. En todas las series españolas analizadas el método preferente ha sido la ahorcadura o

la precipitación, predominando la primera en las poblaciones menores o rurales, como Cambados.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Chute D, Groce C, Rajasekhara B, Smialek JE. Schizophrenia and sudden. Am J Forensic Med Pathol 1999; 20 (2): 131-35.
- 2- Gisbert JA. Medicina Legal y Toxicología, 5ª ed. Barcelona: Masson, 1998.
- 3- Almuzara I, Martínez B, Bolea M, pons. Estudio epidemiológico de los casos de muerte súbita registrados en la ciudad de Huesca durante el año 1996. En: Departamento de Justicia, comp. Jornadas Catalanas de Actualización en Medicina Forense. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departamento de Justicia, 1977.
- 4- Di Maio VJM, Di Maio DJM. Natural death as viewed by medical examiner: a review of 1000 consecutive autopsies of individuals dying of natural disease. J Forensic Sci 1991; 36 (1): 17-24.
- 5- IAF Cartagena. Memoria anual estadística, 1994.
- 6- IAF Cartagena. Memoria anual estadística, 1996.
- 7- IAF Cartagena. Memoria anual estadística, 1998.
- 8- Fenllosa M. Estudio de la actividad tanatológica en el Partido judicial de Llíria desde 1981 a 1996. [Tesis doctoral]. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Valencia, 1999.
- 9- Dirección Xeral de Saúde Publica. Analise da mortalidade en Galicia 1990. Santiago de Compostela. Consellería de Sanidade e Servicos Sociais, 1993.
- 10- Dirección Xeral de Saude Publica. Analise da mortalidade en Galicia 1993. Santiago de Compostela. Consellería de Sanidade e Servicos Sociais, 1996.
- 11- Dirección Xeral de Saude Publica. Analise da mortalidade en Galicia 1994. Santiago de Compostela. Consellería de Sanidade e Servicos Sociais, 1996.
- 12- Dirección Xeral de Saude Publica. Analise da mortalidade en Galicia 1995. Santiago de Compostela. Consellería de Sanidade e Servicos Sociais, 1997.

- 13- Dirección Xeral de Saude Publica. Analise da mortalidade en Galicia 1996. Santiago de Compostela. Consellería de Sanidade e Servicios Sociais, 1998.
- 14- Gómez M^aS. Mortalidad violenta en el partido judicial de Alcalá de Henares, 1985-1989. [Tesis doctoral]. Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá de Henares, 1993.
- 15- IAF Prof. Orfila, Palma de Mallorca. Memorias anuales, 1989-1998.
- 16- IAF de Granada. Memorias anuales, 1991-1998.
- 17- IAF de Valencia. Memorias anuales, 1989-1998.
- 18- IAF de Badajoz. Memorias anuales, 1990-1995.
- 19- IAF de San Sebastián. Memorias anuales, 1990-1998.
- 20- IAF de Madrid. Memorias anuales, 1989-1998.
- 21- Fornes P, Druilhe L, Lecomte D. Homicide among young and young adults, 15 through 29 years of age. a report of 138 cases from Paris and its suburbs, 1991-1993. *J Forensic Sci* 1996; 41(5): 837-840.
- 22- Ciniara C, Damiao JA, Guimaraes MA. Assessment of methods of homicides in a Brazilian city: a preliminary study. *Forensic Sci Int* 1999; 106: 19-25.
- 23- Falzon AL, Davis GG. A 15 year retrospective review of homicide in the elderly. *J Forensic Sci* 1998; 43(2): 371-374.
- 24- Aderibigbe YA. Violence in America: a survey of suicide linked to homicides. *J Forensic Sci* 1997; 42(4): 662-665.
- 25- Fine PR, Roseman JM, Constantinov CM, Brissie RM, Glass JM, Wrigley JM. Homicide among black males in Jefferson county, Alabama 1978-1989. *J Forensic Sci* 1994; 39(3): 674-684.
- 26- Milroy CM, Path MRC, Ranson DL. Homicide trends in the state of Victoria, Australia. *Am J Forensic Med Pathol* 1997; 18(3): 285-289.
- 27- Batten PJ, Hicks LJ, Penn DW. A 28 year (1963-90) study of homicide in Marion County, Oregon. *Am J For Med Pathol* 1991; 12(3): 227-234.
- 28- Christiansen J, Still A, Koelmeyer TD. Homicide offenders in Auckland, New Zealand. *Am J Forensic Med Pathol* 1993; 14(1): 65-69.
- 29- Avis SP. Homicide in Newfoundland: a nine-year review. *J Forensic Sci* 1996; 41(1): 101-105.

- 30-Hougen HP, Rogde S, Poulsen K. Homicides in two Scandinavian capitals. *Am J Forensic Med Pathol* 199; 20(2): 293-299.
- 31-Hougen HP, Rogde S, Poulsen. Homicide by sharp force in two Scandinavian capitals. *Forensic Sci Int* 2000; 109: 135-145.
- 32- Cardona B, Martí JB, Giner S, Rodes F. Estudio de las muertes violentas de etiología médico legal homicida en el Partido judicial de Alicante durante los años 1989-1990. *Acta Medicinae Legalis et Socialis* 1991; Vol XLI.
- 33-Dolado J, Lucena J, Tortosa T, pons. Evolución de las muertes por homicidio en la ciudad de Barcelona, periodo 1982-1996. En: Departamento de Justicia, comp. *Jornadas Catalanas de Actualización en Medicina Forense*. Barcelona: Generalitat de Cataluña, Departamento de Justicia, 1977.
- 34- Da Silva HX. Análisis de las pericias tanatoantropométricas efectuadas en el I.M.L. Nina Rodríguez (Salvador-Bahia). comparación con el resto de las pericias tanatológicas y muertes violentas. *CMFOFA* 1999; 18: 41-53.
- 35- INE. Notas de prensa: estadística de las defunciones según la causa de muerte, 1995. Disponible en: URL: [http:// www.ine.es/prensa](http://www.ine.es/prensa).
- 36- IAF de Barcelona. *Memorias anuales, 1989-1998*.
- 37- Morentín M, Aguilera B, Garamendi PM, Suarez MP. Sudden unexpected non-violent death between 1 and 19 years in northern Spain. *Arch Dis Child* 2000; 82: 456-461.
- 38- Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9-MC. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994.
- 39- Morentín B. Muerte súbita en personas de 1 a 35 años. Estudio epidemiológico, clínico y patológico. [Tesis Doctoral]. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid, 1999.
- 40- INE. *Estadística del suicidio en España, año 1998*. Madrid: INE Artes Gráficas, 1999.
- 41- Lo M, Vuletic JC, Kolmeyer D. Homicides in Auckland, New Zealand. *Am J Forensic Med Pathol* 1992; 13 (1): 44-49.
- 42- Verdú FA. Tipología y distribución de la muerte violenta en el Partido judicial de Valencia en un periodo de 27 años y una muestra de 14.324 autopsias judiciales. [Tesis Doctoral]. Valencia, 1987. Cit en: Fenollosa M. Estudio de la actividad tanatologica en el partido judicial de Liria desde 1981 a 1996. [Tesis Doctoral].
- 43- Arroyo G et al, pons. Estudio de la muerte violenta en Madrid capital durante el periodo 1980-1985. En: *I Jornadas Anuales Sociedad Española de*

- Medicina Legal y Forense. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias SA, 1987. Cit en: Fenollosa M. Estudio de la actividad tanatológica en el partido judicial de Liria desde 1981 a 1996. [Tesis Doctoral].
- 44- FA Verdú et al. Evolución de la muerte violenta de etiología homicida: un estudio longitudinal de 30 años (1960-1989). En: Actes des IX Journées Internationales de Medicine Legale. Edición Colosseum. Isolaa di Capo Rizzuto, 1990. Cit en: Fenollosa M. Estudio de la actividad tanatológica en el partido judicial de Liria desde 1981 a 1996. [Tesis Doctoral]
- 45- Romero et al. El suicidio en el Partido judicial de Sevilla en el quinquenio 1990-1994. CMFOFA 1996; 3. Cit en: Fenollosa M. Estudio de la actividad tanatológica en el partido judicial de Liria desde 1981 a 1996. [Tesis Doctoral]
- 46- Mayans JV. Análisis de las causas de muerte en las autopsias judiciales del Partidío judicial de Alcoi durante el decenio 1975-1984. [Tesina de Licenciatura]. Valencia, 1984. Cit en: Fenollosa M. Estudio de la actividad tanatológica en el partido judicial de Liria desde 1981 a 1996. [Tesis Doctoral].
- 47- INE. Demografía y población. Disponible en: Banco de datos Tempus-Inebase URL:[http://. www.ine.es](http://www.ine.es) .
- 48- Cina SJ, Nichols CA. Death in Charleston, South Caroline. a retrospective. Am J Forensic Med Pathol 1995; 16(4): 344-347.
- 49- Bona MA, Tomas M^aL, Sanz CL, Castellano M^a. Muerte infantojuvenil (estadísticas del Instituto Anatómico Forense de Zaragoza). Rev Med Med Leg 1985; 42-43: 27-34.
- 50- Hara M, Inove T, Tsuda R, Ito Y. A brief statistical survey on medico legal activities during the period of two decades four years. Igaku Kenkyu 1989; 59(1): 1-6.
- 51- López de San Román. Memoria estadística de las actividades del I.A.F. de Valladolid correspondiente a 1974. Rev Esp Med Leg 1975; 3: 81-83.
- 52- Jiménez E. Labor realizada en el I.A.F. de Valencia durante el año 1974. Rev Esp Med Leg 1975; 3: 74-80.
- 53- Santos IM. Estudio sobre la etiología médico legal y localización anatómopográfica de las lesiones en los casos de muerte autopsiados en el Partido judicial de Málaga, 1977-1987. [Tesis Doctoral]. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga, 1989. Cit en: Gisbert Calabuig, JA. Medicina Legal y Toxicología.

- 54- Adelson L, Hirsh Ch. Sudden and unexpected death from natural causes in adults. En: Spitz WV y Fisher RS. Medico legal investigation of death, 2^a ed. Charles L Thomas Springfield, 1980.
- 55- Villar F, Banegas JR, Rodríguez F. Mortalidad cardiovascular en España y sus comunidades autónomas (1975-1992). *Med Clin* 1998; 110: 321-327.
- 56- Olalla MT, Sierra MJ, Medrano MJ. Mortalidad por enfermedad isquémica del corazón. Disponible en: Centro Nacional de Epidemiología URL:<http://193.146.50.130>.
- 57- Olalla MT, Sierra MJ, Medrano J, Almazán J. Mortalidad por enfermedad cerebrovascular. Disponible en: Centro Nacional de Epidemiología URL:<http://193.146.50.130>.
- 58- Nordrum I, Eide TJ, Jorgensen L. Medico legal autopsies of violent deaths in Northern Norway 1972-1992. *Forensic Sci Int* 1998; 92: 39-48.
- 59- Kamara SG, Concannon KW, Butler JF, Batten PJ. The descriptive epidemiology of unnatural deaths in Oregon's state institutions: a 25 year (1963-1987) study. iv. the reduction of unnatural death rates during 1988-1992 in three facilities as a result of planned changes. *J Forensic Sci* 1994; 39(6): 1432-1444.
- 60- Phillips DP, Christenfeld N, Ryan NM. An increase in the number of deaths in the United States in the first week of the month. *The New England Journal of Medicine* 1999; 341(2): 93-98.
- 61- Cuquerella A, Subirana M, Pérez G, Montella N, Rosset PN, pons. ¿Influye la fase lunar en la agresividad humana?. En: Jornadas Catalanas de Actualización en Medicina Forense. Barcelona: Generalitat de Cataluña, Departamento de Justicia, 1977; 263-275.
- 62- Auer A. Qualitative diatom analysis as a tool to diagnose drowning. *Am J Forensic Med Pathol* 1991; 12(3): 213-218.
- 63- Orłowski JP. Drowning, near drowning, and ice-water submersions. *Pediatric Clinics of North America* 1987; 34(4): 75-91.
- 64- O'Carroll PW, Alkon E, Weiss B. drowning mortality in los Angeles county, 1976-1984. *Jama* 1988; 260(3): 380-383.
- 65- Oachar JV, Cameron JM. Submersion cases: a retrospective study, 1988-1990. *Med Sci Lew* 1992:32-44.
- 66- Byard RW, Lipsett J. Drowning deaths in toddlers and preambulatory children in South Australia. *Am J Forensic Med Pathol* 1999; 20(4): 328-332.

- 67- Milroy CM, Clark JC. Injuries and deaths in vehicle occupants. En: Mason JK, Purdue BN, eds. Pathology of Trauma, 3ª ed. Londres: Arnold, 2000; 1-17.
- 68- Giner S, Ramos M, Martí JB, Devesa MA, pons. Estudio de las muertes violentas en la infancia en Elche (Alicante). En: Jornadas Catalanas de Actualización en Medicina Forense. Barcelona: Generalitat de Cataluña, Departamento de Justicia, 1977
- 69- García RV, Gisbert MS, Verdú FA, Gisbert JA, pons. Importancia de la determinación de la alcoholemia de manera sistemática en los cadáveres de los fallecidos en accidente de tráfico. En: XIII Jornadas Españolas de Medicina Forense; 482-483.
- 70- Pérez RM. Muertes por accidente de tráfico en el Partido judicial de Cervera (Lleida), 1980-1989. Orfila 1995; 7.
- 71- Martínez P, López E, Vega J. Estudio de las causas de muerte por accidentes de tráfico en el registro civil de Valladolid. 1980-1986. Orfila 1989; 3.
- 72- Del Río MC, Alvarez FJ. Alcohol use among fatally injured drivers in Spain. Forensic Sci Int 1999; 104: 117-125.
- 73- Tsuda R, Ito Y, Inoue T, Hara M. A statistical survey of medico legal activities for the traffic accidental death. Igaku Kenkyu 1989; 59(1): 29-34.
- 74- Report on medico-legal data from the mass investigation performed by the Medico legal Society of Japan. (XIV). autopsy cases of traffic accidents in Japan (1990-94). Planning and development committee of the Medico-legal Society of Japan. Nippon Hoigaku Zasshi 1997; 51(2): 120-126.
- 75- Bütter A, Heimpel M, Eisenmerger W. Sudden natural death "at the wheel": a retrospective study over a 15-year time period (1982-1996). Forensic Sci Int 1999; 103: 101-112.
- 76- Alvestad M, Haugen OA. Death behind the wheel. Tidsskr Nar Laegeforen 1999; 119 (7): 966-968.
- 77- Giner S, Martí JB, Ramos M, Cardona B, pons. Estudio de las muertes por accidente de tráfico en el Partido judicial de Alicante (1991-1994). En: Jornadas Catalanas de Actualización en Medicina Forense. Barcelona: Generalitat de Cataluña, Departamento de Justicia, 1977.
- 78- Peñas JA. Dirección de Programa de Investigación de Accidentes de la DGT. Disponible en: URL:<http://jpena@dgt.es>.
- 79- Rodes F, Martí JB. ¿Sobredosis, adulteración o acción adversa de las drogas de abuso?. Boletín de la Asociación de Médicos Forenses de la Comunidad Valenciana 1996; 2.

- 80- Rodes F, Alcaide M, Martí JB. Exámenes complementarios en las muertes por drogas de abuso. *Orfila* 1995; 7: 515-524.
- 81- Concheiro L, Beiras A. Suicidio por instrumentos cortantes. Dos casos de localización infrecuente de heridas. *Rev Esp Med Leg* 1975. Año II(5): 40-43.
- 82- Casado M, Sánchez F, Hernández M^aL, Merino JM^a. Análisis del suicidio consumado en el Partido judicial de Badajoz durante el periodo 1990-1995. *CMFOFA* 1998; 13: 77-84.
- 83- Del Río PA, Cabrera R. Intentos de suicidio por fármacos en España (1991-1992). *Rev Esp Med Leg* 1977; XXI(77-78): 25-32.
- 84- Osuna E, Pérez-Cárceles MD, Conejero J, Abenza JM, Luna A. Epidemiology of suicide in elderly people in Madrid, Spain (1990-1994). *Forensic Sci Int* 1997; 87: 73-80.
- 85- Auer A. SUICIDE BY Drowning in Uusumaa province in Southern Finland. *Med Sci Lew* 1990. 30(2): 175-179.
- 86- Hays LR, Cheever T, Patel P. Medical student suicide 1989-1994. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 553-555.
- 87- Hanzlick R, Masterson K, Walker B. Suicide by jumping from high-rise hotels. *Am J Forensic Med Pathol* 1990; 11(4): 294-297.
- 88- Camp J, Borrás A, Millá J, Munné P, Anguita A. Intoxicación medicamentosa aguda voluntaria. Análisis epidemiológico de 300 casos de intento de autolisis por ingesta de medicamentos. *Med Clin* 1977; 69(4): 178-183.
- 89- Lecomte D, Fornes P. Suicide among young and young adults through 24 years of age. A report of 392 cases from Paris, 1989-1996. *J Forensic Sci* 1998; 43(5): 964-968.
- 90- Cooper PN, Milroy CM. Violent suicide in South Yorkshire, England. *J Forensic Sci* 1994; 39(3): 657-667.
- 91- Elfawal MA. Cultural influence on the incidence and choice of method of suicide in Saudi Arabia. *Am J Forensic Med Pathol* 1999; 20(2): 163-168.
- 92- Aso J, Navarro JA, Cobo JA. Suicides in Zaragoza (1988-1991). Epidemiology and outline of suicides. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1993; 21(3): 65-71.
- 93- Yoshioka N. Epidemiological study of suicide in Japan. Is it possible to reduce committing suicide?. *Nippon Hoigaku Zasshi* 1988; 52(5): 286-293.

- 94- Ruiz M, Muñóz J, Ramos JM, Gil J, Ruiz I, Muriel R. The mortality trend in suicides in Andalucía from 1976 to 1995. *Gac Sanit* 1999; 13(2): 135-140.
- 95- Gamero J, Romero JL, Arufe M^{AI}, Vizcaya MA, Balanza E. A Study among the population of Sevilla of death due to submersion. *Am J Forensic Med Pathol* 1997; 18(1): 70-74.
- 96- Jeff C, Collins K. Suicide under the age of eighteen. *Am J Forensic Med Pathol* 1999; 20(1): 27-30.
- 97- Rodes F, Pamblanco E, Martí JB, Navarro M^{AI}. El suicidio en la tercera edad. *Rev Esp Med Leg* 1990; XVII(62-63,64-65): 7-12.
- 98- Font G, Trias E, pons. Estudio de los suicidios acaecidos en los últimos 11 años en los hospitales psiquiátricos de Sant Boi de Llobregat (Barcelona). En: *Jornadas Catalanas de Actualización en Medicina Forense*. Barcelona: Generalitat de Cataluña, Departamento de Justicia 1997; 357-364.
- 99- Entrena JJ, Alcaraz R. Estudio del fenómeno suicida en el área del Gran Bilbao y zonas adyacentes durante los años 1985-1986. *Rev Esp Med Leg* 1987; XIV(50-51): 17-25.
- 100- Romero JL. Aspectos epidemiológicos del suicidio en la ciudad de Sevilla, referido a los años 1953-1977. *Rev Esp Med Leg* 1985; XII(42-43): 35-54.
- 101- Pamblanco E, Martí JB, Cardona A. El suicidio consumado en Alicante y su área metropolitana. *Orfila* 1987; 1: 189-209.
- 102- Rodes F, Martí JB, Vázquez M^A. Muertes por reacción adversa a drogas de abuso. *Rev Esp Drogodependencia* 1996; 21(2): 133-138.
- 103- Rodes F. Estudio del suicidio consumado en los partidos de Elda y Villena (1977-1986). [Tesis Doctoral]. Facultad de Medicina. Universidad de Alicante, 1988.
- 104- Rojas E. Psicopatología de la depresión, 1^a ed. Barcelona: Salvat Editores, 1981; 194-209.
- 105- Alonso-Fernández F. Compendio de psiquiatría, 2^a ed. Madrid: Edit Oteo, 1982.
- 106- Iem N, Lester D. Factor affecting choice of method for suicide. *Eur J Psychiat* 1991; 5(3): 161-165.
- 107- Martí G, Corbella J. Consideraciones sobre el suicidio consumado en España. *Jano* 1979; 399: 71-78.
- 108- Martí G, Corbella J. Evolucion del suicidio consumado en España. *Jano* 1988; 2(9): 667-671.

- 109- Ausina V, Anguera I. Aportación a la epidemiología de las tentativas de suicidio en la ciudad de Barcelona. revisión de 291 casos asistidos en un hospital general. *Med Clin* 1975; 64: 56-66.
- 110- Sancho M. Consideraciones generales sobre el suicidio y su aspecto médico legal. *Rev Esp Med Leg* 1975; II(3): 53-61.
- 111- Davir LG. Suicidal drowning in South Florida. *J Forensic Sci* 1999; 44(5): 902-905.
- 112- Birad RW, Knight D, James RA, Gilbert J. Murder-suicides involving children. *Am J Forensic Med Pathol* 1999; 20(4): 323-327.
- 113- Pachar, Cameron. Medico legal problems in death by drowning. *Med Sci Lew* 1992; 32(1).
- 114- Santos F, Silva JA, Nuno D, Conceição M^a. Suicidio-contributo medico legal. *Psiquiatria Clínica* 1987; 8(2): 63-69.
- 115- Avis SP. Suicidal drowning. *J Forensic Sci* 1993; 38(6): 1422-1426.
- 116- Obafunwa JO, Busuttill A. Clinical contact preceding suicide. *Postgrad Med J* 1994; 70: 428-432.
- 117- Kposowz AJ. Marital status and suicide in the national longitudinal mortality study. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54(4): 254-261.
- 118- Milne S, Matthews K, Ashcroft GW. Suicide in Scotland 1988-1989. *British J of Psychiatry* 1994; 165: 541-544.
- 119- Lester D, Heim N. Sex differences in suicide notes. *Perceptual and motor skills* 1992; 75: 582.
- 120- Heim N, Lester D. DO Suicides who write notes differ from these who do not? a study of suicides in West Berlin. *Acta Psychiatrica scandinavica* 1990; 82(5): 372-373.
- 121- O'Donnell I, Farmer R, Catalan J. Suicide notes. *British J Psychiatr* 1993; 163: 45-48.
- 122- Martí JB. Valoración medico legal de documentos aportados por suicidas. *Rev Esp Med Leg* 1976; III(8-9): 20-26.
- 123- Edland JF, Duncan CE. Suicide notes in Monroe County: a 23 year look (1950-1972). *J Forensic Sci* 1973; 364-369.
- 124- Rodes F, Monera CE, Giner S, Martí JB. Notas suicidas. *Rev Esp Med Leg* 1999; 86-87: 66-74.

- 125- Corbella J. EL SUICIDIO. En: Gisbert JA, ed. Medicina Legal y Toxicología, 5ª ed. Barcelona: Masson, 1998; 276-284.
- 126- Maldonado G, Kraus JF. Variation in suicide occurrence by time of day of the week, month, and lunar phase. *Suicide and life-threatening behavior* 1991; 21(2): 174-187.
- 127- Rodes F, Monera CE, Martí JB. Fase lunar y suicidio. *An Psiquiatría (Madrid)* 1995; II(3): 108-111.
- 128- Jacobsen D, Frderichsen PS, Kputsen K, Soron Y, Talseth T, Odegaard O. Self-poisoning and moon phases in Oslo. *Hum Toxicol* 1986; 5(1): 51-52.
- 129- García-Prieto A, Bobes J, Bousuno M, Suárez L, González JM. Aspectos epidemiológicos del suicidio en Asturias en relación con la climatología, lo estacional y otros factores. *Actas Luso-Esp-Neurol-Psiquitric-cienc-afines* 1991; 19(4): 185-190.
- 130- Mathew VM, Lindesay J, Shanmuganathan N, Eapen V. Attempted suicide and the lunar cicle. *Psychol-Rep* 1991; 68(3): 927-930.
- 131- Martin SJ, Kelly IW, Saklofske DH. Suicide and lunar cycles: a critical review over 28 years. *Psychol-Rep* 1992; 73(1): 787-795.
- 132- MacMahon K. Short-term temporal cycles in the frequency of suicide. United States 1972-1978. *Am J Epidemiol* 1983; 117(6): 744-750.
- 133- Yvonneau M. Views from Dordogne, and the moon, on suicide. *Encephale* 1996; 22(4): 52-57.
- 134- Gutierrez JM, Tussell F. Suicides and the lunar cycles. *Psychol-Rep* 1997; 80(1): 243-250.
- 135- Monera CE, Lucas M^aP. El descubrimiento de la muerte. En: Rodes F, ed. *El Niño Vulnerable*, 1ª ed. Alicante: UMH, 1999;155-179.
- 136- Montiel J. *Criminalística*, 1ª ed.. Tomo 2. México: Limusa, 1987; 130-131.
- 137- Luke JL. Asphyxial deaths by hanging in New York city (1964-1965). *J Forensic Sci* 1967; 12: 359-369.
- 138- Bowen DA. Hangings- a review. *Forensic Sci Int* 1982; 20: 247-249.
- 139- Rincón S, Heredia F, Roig R, Romero MR, Villalaín D. Suicidio realizado en centros hospitalarios de la ciudad de Valencia (1992-1997). *Rev Esp Psq For, Psic For y Criminología* 1999; 8: 71-73.
- 140- Simonsen J. Patho-anatomic findings in neck structures in asphyxiation due to hanging. a survey of 80 cases. *Forensic Sci Int* 1988; 38: 83-91.

- 141- Paparo GP, Siegel H. Neck markings and fractures in suicidal hangings. *Forensic Sci Int* 1984; 24: 27-35.
- 142- Luke JL, Reay DT, Eisele JW, Bonnell HJ. Correlation of circumstances with pathological findings in asphyxial deaths by hanging: a prospective study of 61 cases from Seattle, Wa. *J Forensic Sci* 1985; 30: 1140-1147.
- 143- Teijeira R, pons. Patología de la muerte por ahorcadura. En: Terceres Jornades Catalanes d'actualització en Medicina Forense, 1ª ed. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1997; 115-131.
- 144- Muñoz JL, Suárez JM, Rodríguez MS, Rico R, López Abajo B, Concheiro L. Neck injuries in suicidal hangings. En: XV Triennial Meeting, Libro de Resúmenes. Los Angeles (California), 1999; 167.
- 145- Citado en: Thoinot L. Tratado de Medicina legal (Tomo II). Barcelona: Salvat Editores (sin año); 585-586.
- 146- INE. Población de derecho de los municipios españoles. Rectificación del Padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 1989. Madrid: INE Artes Gráficas, 1990.
- 147- INE. Población de derecho de los municipios españoles. Rectificación del Padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 1990. Madrid: INE Artes Gráficas, 1991.
- 148- INE. Población de derecho de los municipios españoles. Rectificación del Padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 1992. Madrid: INE Artes Gráficas, 1993.
- 149- INE. Población de derecho de los municipios españoles. Rectificación del Padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 1993. Madrid: INE Artes Gráficas, 1994.
- 150- INE. Población de derecho de los municipios españoles. Rectificación del Padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 1994. Madrid: INE Artes Gráficas, 1994.
- 151- INE. Población de derecho de los municipios españoles. Rectificación del Padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 1995. Madrid: INE Artes Gráficas, 1995.
- 152- INE. Población de derecho de los municipios españoles. Renovación del Padrón municipal de habitantes a 1 de mayo de 1996. Madrid: INE Artes Gráficas, 1997.
- 153- INE. Padrón de los municipios españoles. Revisión del Padrón municipal a 1 de enero de 1998. Madrid: INE Artes Gráficas, 1998.

- 154- Instituto Galego de Estadística. Padrón municipal de habitantes e estadística de poboación 1996. Estructura de poboación. Pontevedra. Santiago: Xunta de Galicia, Consellería de Economía e Facenda.
- 155- INE. Nomenclator de las ciudades, villas, lugares, aldeas y demás entidades de población, con especificación de sus núcleos. Pontevedra. Renovación del Padrón municipal de habitantes a 1 de mayo de 1996. Madrid: INE Artes Gráficas, 1997.
- 156- INE. Censo de población de 1991. Poblaciones de derecho y de hecho en los municipios españoles. Madrid: INE Artes Gráficas, 1992.
- 157- Camacho J. Estadística con SPSS para Windows, 1ª ed. Madrid: Ra-Ma, 1998.
- 158- Leaverton DE. ABC de la Bioestadística, 1ª ed. Barcelona: Masson, 1989.
- 159- Carrasco JL. El método estadístico en la investigación médica, 3ª ed. Madrid: Ciencia 3, 1986.