

Gabriel Martí Amengual

**EL SUICIDIO CONSUMADO
EN LAS ISLAS BALEARES**

Barcelona

1982

Edita: Seminario Pedro Mata.

**Departamento de Medicina Legal y Toxicología
Universidad de Barcelona**

©: Gabriel Martí Amengual

I.S.B.N.: 84-600-2631-0

Depósito Legal: B-13.420-82

Imprime: REPROSER, S.L., Rosellón 136, Barcelona. Tel. 323 31 20

PRESENTACION

Este texto del doctor Gabriel Martí Amengual, incide en una de las líneas más fértiles de trabajo del departamento de Medicina Legal de la Universidad de Barcelona: el estudio del suicidio consumado. Precisamente la amplia recopilación que ha efectuado el doctor Martí en las islas Baleares constituye el primer fruto, en forma de monografía, dentro de esta línea de investigación epidemiológica de la realidad social de nuestro país, tan desconocida en muchas de sus parcelas. Se trata de un trabajo realizado con gran rigor metodológico, utilizando los datos "oficiales", que en estos casos suelen acercarse mucho a los reales. Las cifras negras sobre el suicidio son muy dispares en los casos de intento, pero poco en los casos que llegan a su fin. El autor los ha encontrado en una búsqueda laboriosa y tenaz en los archivos judiciales. Al igual que lo hace el Dr. Martí, he de expresar aquí el reconocimiento de nuestro departamento por la magnífica colaboración que han prestado las autoridades judiciales de la zona estudiada.

El estudio del suicidio constituye uno de los temas de mayor interés sociológico y ya epidemiológico en nuestro medio, en sus dos grandes vertientes, los intentos de suicidio, que son objeto de la atención del psiquiatra, y el suicidio consumado, que es estudiado primariamente por el médico forense. El doctor Gabriel Martí, miembro activo del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses, ha volcado aquí su laboriosidad e interés en una investigación de indudable trascendencia. Pensemos que los datos seguros que se poseen en nuestro país sobre el suicidio consumado son escasos, y que no pasan de una mera relación numérica en la mayor parte de compi-

laciones. Podemos saber las cifras globales, pero no se hace un análisis detallado. Esto es lo que ha hecho el doctor Martí, en la parcela geográfica, que por afinidad personal escogió, aplicando un método ordenado que ha dado como fruto la publicación de este trabajo, un verdadero retrato de esta parte de la realidad balear en un período cronológico concreto. Este es su valor, que le da un carácter duradero. Los datos que aporta son tan interesantes hoy mismo como lo serán en años posteriores, adquiriendo entonces el valor de documento histórico.

Se trata además de una comunidad que tiene unas características particulares bien definidas y que ha experimentado en pocos años una evolución muy marcada. Ha pasado desde ser un medio relativamente cerrado, por su insularidad, a ser quizá, el más abierto, por su contacto internacional de nuestro país. Este hecho debe plasmarse forzosamente en el texto, y prueba de ello son las páginas que el autor dedica a estudiar la diversa incidencia de la autolisis según el origen —balear, español o extranjero— de los suicidas. Asimismo nos demuestra como incluso en una comunidad que podía parecer compacta es posible hallar diferencias importantes según se trate de una u otra islas o comarca, en los más diversos aspectos, desde las características personales del suicida a los medios empleados. Se trata pues de un trabajo médico legal, y sociológico, que tendrá una buena perspectiva histórica y cuyo valor se acrecentará con el paso de los años.

Para realizar este trabajo el doctor Martí además de su labor de archivo ha recogido una abundante bibliografía, citada solo parcialmente en apéndice, y que constituye la base de un núcleo de información sobre el suicidio que puede ser de gran utilidad a investigaciones posteriores. Así ha abierto una vía, señalando el camino para estudios similares en otras zonas, por ejemplo el Panadés, ya realizado.

El doctor Gabriel Martí, profesor universitario, joven, activo, con buen impulso vital, ve plasmada así su primera monografía —que indudablemente no debe ser ni será la última— como fruto de un trabajo bien hecho. Reciba por ello nuestra felicitación.

Dr. Jacinto Corbella
Decano de la Facultad de Medicina
Universidad de Barcelona

AGRADECIMIENTOS

Desearía en primer lugar, desde estas líneas rendir tributo a la memoria del Prof. Miguel Sales Vazquez quien con sus enseñanzas, ejemplo y amistad, hizo despertar en mi el interés y la dedicación a la Medicina Legal.

Pero esta publicación no es algo aislado, que haya surgido por azar, si no que se encuentra ubicada dentro de una línea de trabajo que sobre el tema del suicidio se ha realizado en la Cátedra de Medicina Legal y toxicología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, que dirige el Prof. Jacinto Corbella y al cual quiero agradecer su labor de dirección que abarca desde la sugerencia y el planteamiento, al consejo, ayuda y estímulo para la elaboración y génesis de esta obra. También expreso mi gratitud a los magistrados, jueces, secretarios y médicos forenses de todos los partidos judiciales de Baleares por las facilidades concedidas para la búsqueda de los datos utilizados en este estudio.

Al Prof. Juan Martí Lloret y Manuel Rodriguez Pazos les agradezco sus recomendaciones e instrucciones las cuales han contribuido, en gran medida, a que este libro pudiera ultimarse.

1. INTRODUCCION

1.1. Objeto de este libro

Pocos actos realizados por el hombre han recibido tratamiento tan diverso como el suicidio, según cual fuera la cultura dominante en la que acontecía; pues mientras en ocasiones eran considerados mártires o héroes y por tal acción enaltecidos, en otras ocasiones se les privaba de sepultura y se les confiscaba los bienes; llegándose al extremo en alguna ocasión en que el suicidio no se consumaba, por haberse impedido su realización, que se le castigaba con la pérdida de su vida.

Las denominaciones y adjetivos que hacen referencia a quien se quita la vida han sufrido también importantes cambios a través de los tiempos, pero con una tendencia casi constante hacia una mayor tolerancia, aunque este hecho no ha sido siempre uniforme, de tal suerte que mientras a principios de este siglo veinte se les denominaba "Asesinos suicidas" por parte de Valentí Vivo, o de "Homicidio voluntario de sí mismo" por parte de Carlos Salicru, algunos volterianos cien años antes consideraban que España empezaba a civilizarse a causa del incremento de los suicidios que acontecieron a inicios del siglo XIX. En la actualidad, por parte de algunos sectores, se defiende el derecho al suicidio con similar postura a lo acontecido dos siglos atrás..

Hasta hace pocos años la mayoría de los trabajos sobre el suicidio exponían algunas estadísticas parciales destacando de manera especial los grandes suicidios colectivos o los de personajes famosos concluyendo casi siempre en la importancia de la irreligiosidad como factor predisponente al suicidio junto con los malos ejemplos y malas lecturas, pero algunos autores atribuyeron una gran importancia a la herencia entre los que sobresale Gall por su relato acerca un hombre de considerable fortuna que dejó a siete hijos todos los cuales conservaron o aumentaron dicho patrimonio

y, gozando todos de buena salud, se suicidaron entre los treinta y cuarenta años.

Nuestro interés por el tema del suicidio en una etapa inicial recaía de manera especial en su mecanismo y en su diagnóstico diferencial con la etiología accidental y homicida, es decir en sus aspectos médico-legales. Al analizar los datos recogidos en las Baleares y compararlos con la población de dichas islas observamos que era posible calcular aquellos grupos con mayor riesgo suicida de manera mucho más fácil que en cualquiera de las provincias de la península pues la unidad geográfica está más perfectamente delimitada.

Pocos trabajos existen en nuestro país donde se estudie la realidad del suicidio en una provincia y se compare con sus cifras de población en la búsqueda de los grupos de riesgo suicida; la mayoría de las obras publicadas en España son traducciones de autores extranjeros que reflejan la realidad de unas comunidades distintas a las nuestras y cuya experiencia no es directamente aplicable a una sociedad con unas características diferentes como es la de aquí. Por todo ello el objeto de este libro además de aportar unos datos concretos sobre el suicidio consumado en las Baleares, identificando aquellos grupos de más elevado riesgo es la de ofrecer una sistemática de trabajo y un método de análisis que creemos será útil para el estudio del suicidio en otras zonas geográficas.

1.2. Límites geográficos y cronológicos

Nuestro trabajo tiene por objeto el estudio del suicidio consumado en las islas Baleares, hemos elegido dicha provincia por nuestra condición de mallorquín, así como por la casi total ausencia de información actual en relación al suicidio consumado de las islas Baleares.

No hemos querido ceñirnos exclusivamente al límite geográfico de la isla de Mallorca porque conllevaba la imposibilidad de relacionar los datos obtenidos relativos al suicidio con aquellos fenómenos socio-culturales, cuya casuística hacía referencia a toda la provincia en su conjunto.

El límite cronológico del período estudiado abarca desde el 1 de Enero de 1971 hasta el 31 de Diciembre de 1975. Esta elección es en base a nuestro propósito de efectuar una visión lo más actual posible del suicidio consumado en Baleares, subordinado a la necesidad de revisar sumarios cuyas investigaciones hubieran ya concluido. Esto último ha imposibilitado la descripción completa y exhaustiva de los años 1976 a 1980; los años 1970 y anteriores no han sido analizados porque hemos creído que un período quinquenal nos da una visión suficiente de la realidad del suicidio en Baleares.

1.3. Fuentes utilizadas y su valor

Las fuentes utilizadas son los sumarios y diligencias previas que se encuentran en los Juzgados de Instrucción de Palma, Inca, Manacor, Ibiza y Mahon, los cuales se encontraban sobreseidos y archivados pues ya habían concluido las investigaciones sumariales.

Si hubiéramos investigado sólo los suicidios que constan como tales en el libro de registros de cada uno de los Juzgados de Instrucción y posteriormente con su número de diligencias previas, preparatorias o sumariales hubiéramos examinado su expediente se habría cometido un importante error por defecto, pues este procedimiento deja al margen de la indagación todos aquellos casos que inicialmente parecían ser accidentales u homicidas y como tales se inscriben en el libro de registros, pues aunque en el transcurso de las investigaciones judiciales se pueda comprobar la existencia de una etiología suicida la inscripción ya no se cambia; por lo que en ocasiones observábamos en el registro "Muerte por caída accidental" y al indagar en las diligencias previas comprobábamos que era un suicidio.

Para soslayar este importante problema con el libro de registros anotamos el número de las diligencias previas o sumariales de todos los casos de muerte que precisaban investigación judicial, y que incluye los casos de muerte accidental, homicida, suicida y los casos de muerte natural sospechosa, a continuación recogimos sus expedientes y en base a las indagaciones policiales sobre las circunstancias que rodearon a la muerte, las declaraciones de testigos y familiares, el resultado de la autopsia, la existencia de documentos o cartas escritas o de antecedentes personales, familiares, profesionales y judiciales y demás documentaciones que obraban en dichos expedientes decidimos considerar o no cada caso como suicidio, en el primer supuesto rellenábamos la ficha correspondiente acerca sus datos personales y circunstancias de interés.

Este modo de realizar la recopilación de los datos relativos al suicidio no incluye aquellos casos en que el médico de cabecera o el médico del registro civil certificaron la muerte como causa natural y en consecuencia dicho cadaver no pasó a disposición judicial, todos los demás casos fueron tomados en consideración y analizados individualmente de tal suerte que pudimos hacer un balance para aquellos casos sospechosos, las situaciones que mayores problemas planteaba era el decidir si había sido accidente o suicidio, especialmente en los casos de precipitación y de asfixia por sumersión, en ocasiones nos ayudó el médico forense del partido señalándonos diligencias previas que aparecían como claros accidentes o cuando menos se señalaba su posibilidad y que con toda seguridad habían sido suicidios. Por todo lo cual creo que una profunda reflexión sobre las fuentes utilizadas nos permite afirmar que los casos aportados como suicidios lo son con toda certeza, las situaciones en que había duda razonable sobre el hecho de que no se tratara de un suicidio no fueron incluidas como ta-

les. Por otra parte, en algunas ocasiones suicidios por medicamentos es posible que hayan sido silenciados e inhumados como muertes naturales. Pero lo que podemos afirmar con toda certeza es que los datos que aportamos representan la cifra mínima de suicidios ocurridos en las Baleares para el período analizado y que ni uno solo puede ser negado.

Hasta ahora hemos comentado las fuentes primarias o materiales de primera mano que no han sido interpretados por otra persona, pero para elaborar el presente libro se han utilizado también fuentes secundarias, tales como datos del Instituto Nacional de Estadística, del Ayuntamiento de Palma y otros datos de población aportados por el doctor Quintana.

1.4. Recopilación y selección bibliográfica

La bibliografía sobre suicidio es muy abundante, especialmente en otras lenguas, algunos de dichos trabajos no son fácilmente asequibles o tratan de algunos aspectos del suicidio que no coinciden con los nuestros. De ahí que nos limitemos a una bibliografía selectiva de aquellas obras que consideramos mejores, más recientes o más cercanas a nosotros; en especial las que hacen referencia al suicidio consumado.

En nuestra Bibliografía no recogemos exclusivamente trabajos relativos al suicidio, sino que algunos estudios que recogían aspectos sociales, demográficos, económicos, geográficos o estadísticos de las Baleares en su conjunto o de cualquiera de sus islas han sido también utilizados para investigar las relaciones entre los distintos grupos suicidas, por ello citamos estos trabajos en la Bibliografía.

Como consecuencia de la recopilación Bibliográfica realizada, hemos recogido más de 3.500 fichas de trabajos publicados, la mayoría de ellos correspondían a los últimos años, de ellos hemos seleccionado una séptima parte cuyos trabajos citamos en la Bibliografía y donde hacemos especial hincapié en los aspectos médico-legales, epidemiológicos, estadísticos, sociológicos, así como las relaciones entre suicidio, homicidio y accidente; también recogemos muchos de aquellos trabajos que hacen referencia a los intentos de prevención del suicidio y cuyo número se ha visto incrementado espectacularmente en estos últimos.

1.5. Método utilizado para la elaboración de este libro

Al pretender hacer algo más que otro estudio sobre el suicidio consumado e intentar identificar aquellos grupos con un mayor riesgo suicida, lo que según la OMS es indispensable¹ para un programa de preven-

1. Véase "El suicidio y los intentos de suicidio", *Cuadernos de Salud Pública*, núm. 58, O.M.S., pág. 15.

ción del suicidio; es por lo que ha sido necesario emplear una sistemática de trabajo distinta a la utilizada hasta ahora en nuestro país, creemos que conocer la realidad del suicidio consumado en una zona es importante pero proyectamos, además, identificar algo tan necesario para una futura prevención, como son aquellos grupos con un alto riesgo suicida, su búsqueda es lo que ha precisado relacionar la realidad de los grupos sociales, económicos y demográficos de las Baleares con las tasas de suicidio que les corresponden.

La recopilación de los datos que se referían a cada uno de los suicidios acaecidos en las islas Baleares durante el período 1971-1975, siguiendo el método descrito en el capítulo de las fuentes, nos sirvió para confeccionar una ficha de cada caso. Era posible, entonces, mediante un programa de ordenadores obtener unas clasificaciones estadísticas; pero no ha sido este camino el escogido y de ello nos congratulamos a medida que avanzábamos en nuestra elaboración, pues así pudimos aperebirnos de un elevado número de nuevas matizaciones con las que no contábamos, al comienzo de nuestro análisis. Sin duda alguna esta elaboración estadística personal permitirá a posteriores estudios sobre el suicidio una programación mediante computadoras, lo cual simplificará enormemente el trabajo, pero creemos que era preciso efectuar antes este análisis de los aspectos principales que del suicidio pueden estudiarse.

En una primera etapa hemos analizado el suicidio consumado estricto, tanto de las Baleares en su conjunto como de sus tres sectores integrados respectivamente por Mallorca, Menorca e Ibiza y Formentera, posteriormente, y en una segunda etapa de estudio del suicidio como fenómeno social relacionamos nuestros datos con aquellos acontecimientos económicos, geográficos, demográficos, turísticos, culturales, sociales, etc..., que afectaron a las islas Baleares en su conjunto o a cualquiera de sus partes. En la tercera etapa que podríamos denominar de indagación histórica del suicidio, intentamos relacionar la realidad actual con la de otras épocas pretéritas con el propósito de conocer la evolución del fenómeno.

La exposición de nuestro trabajo va a diferir del método de investigación utilizado, pues nos referiremos en una primera fase a aquellos aspectos históricos y jurídicos del suicidio, después a la realidad del suicidio en cada una de las islas y en una tercera fase estudiaremos el suicidio consumado en Baleares de una manera global.

En el desarrollo de nuestro estudio atribuimos a dos grupos unas diferencias estadísticamente significativas cuando obtenemos un valor de P inferior a 0,05; ello hace que nuestras afirmaciones tengan una certeza superior al 95% o lo que es lo mismo un error inferior al 5%. El método estadístico utilizado en lo que se refiere a la valoración de diferencias estadísticamente significativas recae en la T de Student, X^2 y el coeficiente de correlación, hablaremos a continuación más extensamente de cada uno de dichos tests.

La T de Student nos ha servido para comprobar la existencia o no de diferencias estadísticamente significativas entre las edades de dos grupos cualesquiera. El test de X^2 , nos ha permitido conocer cuándo el valor observado presenta diferencias significativas o no en relación al valor que cabía esperar. Mediante el coeficiente de correlación hemos relacionado el número de habitantes con el de suicidios en las diversas zonas geográficas de Baleares y en los distritos de Palma.

En repetidas ocasiones vamos a utilizar la expresión "número de suicidios por 100.000 habitaciones y año", lo hacemos porque ello viene siendo la norma habitual de expresión de la tasa de suicidios, en todo el mundo, y así pueden relacionarse las cifras de suicidio de todos los países de manera más rápida y cómoda que si se expresaran en cifras absolutas o si cada localidad lo expusiera de modo distinto. Otra ventaja importante es la de poder identificar fácilmente aquellos grupos de población que obtienen una tasa más alta y que son los de mayor riesgo suicida.

1.6. Dificultades planteadas

La existencia de amplias variaciones en el número de suicidios por 100.000 habitantes y año en los diferentes países, puede tener una explicación en la variación de factores sociales, culturales, económicos o religiosos, pero según muchos autores estas discordancias no siempre son exactas y vienen influidas por las diferencias que existen de uno a otro país en los métodos utilizados normalmente para llegar al dictamen de suicidio, o al diferente criterio entre las personas encargadas de certificar que una defunción se debe al suicidio².

Cuando las tasas de defunción por suicidio son inferiores a las reales será necesario buscar dentro de qué categoría se han clasificado dichas muertes y parece ser que la alternativa más probable sería que estuvieran en el grupo de muertes violentas accidentales. Si algunas defunciones debidas al suicidio se clasifican en el otro grupo el conjunto de ambos será igual, por lo que si el total de tasas es análogo en varios países, pero varían los componentes relativos al suicidio y a "otras causas", habrá que buscar una explicación no sólo en la realidad del país, sino también en la manera como se determinó si una defunción se debía o no al suicidio.

Un estudio de la OMS acerca de los medios que permiten afirmar que una muerte puede atribuirse a suicidio entre 24 países que respondieron a un cuestionario revela una falta general de uniformidad no sólo en lo que se refiere a quién tomó la decisión, sus títulos, preparación, a quién lo nombra y controla, sino también a la asistencia con que cuenta para adop-

2. Véase "El suicidio y los intentos de suicidio", *Cuadernos de Salud Pública*, núm. 58, O.M.S., pág. 17.

tar su decisión, el carácter público o privado de la misma y a la posibilidad de revocarla. Creemos que todos estos factores pueden influir sobre la decisión final, creemos que para los médicos más acostumbrados a trabajar con probabilidades les es más fácil atribuir a suicidio una muerte que a un jurista, el cual, en el ejercicio de su profesión, no acostumbra a aceptar nada sin tener certeza de ello.

A continuación comentaremos el mecanismo que se sigue en España para dictaminar sobre si una muerte se considera suicidio o no. Cuando fallece una persona con un tipo de muerte no natural es decir sin que haya mediado enfermedad y donde no puede emitir certificado médico de defunción su médico de cabecera, se comunica dicha muerte al Juzgado de Instrucción del partido Judicial en que se encuentra el cadáver, a continuación y previo levantamiento de cadáver en el cual el médico forense ha determinado signos inequívocos de muerte se traslada el finado a un Instituto anatómico forense o a un depósito judicial habilitado para la práctica de autopsias.

Es decir, todas las muertes violentas y todas aquellas de tipo natural que acontecen de modo súbito sin que el médico de cabecera conozca la causa de la muerte, son de competencia judicial y entre ellas se encontrarán todos los suicidios, salvo aquellas ocasiones en las que por engaño o mala fe el médico certifique la muerte como de causa natural. Estos supuestos, aunque posibles, y por ello los citamos, es muy difícil que se produzcan y, caso de ocurrir alguna vez, sería más bien la excepción y sin que numéricamente tenga importancia.

Es pues el médico forense, a través de los datos de la autopsia, antecedentes y a veces tras los análisis toxicológicos o anatomo-patológicos, quien dictamina si la muerte es de tipo natural o violenta y, en este último supuesto, si es accidental, suicida u homicida. Pero el médico forense es un perito al servicio de la administración de justicia y sus opiniones como tal no vinculan al Juez de tal suerte que este último puede declarar que la muerte ha sido de tipo accidental, aunque según opinión médica haya sido un suicidio. Estas diferencias de opinión que rara vez tienen lugar cuando existe un culpable que debe ser castigado como es en los casos de homicidio, son frecuentes para las situaciones en que los únicos perjudicados son los familiares que a veces dejan de percibir algún seguro de vida, por todo lo cual, y con esta finalidad de ayuda a los que quedarían desamparados, ante los casos de duda razonable, suelen cerrarse las diligencias judiciales como muerte de tipo accidental ante hechos en que es casi seguro que fueron suicidios. Estas situaciones numéricamente sí que son importantes y, para soslayar este posible error es por lo que investigamos los datos de cada una de las muertes violentas según describimos en el capítulo de fuentes.

Cada una de las muertes violentas inscritas en el Juzgado fue sometida a crítica para dictaminar si la considerábamos suicidio o no. La crítica externa o de procedencia no ofrecía ninguna dificultad; los problemas apa-

recían al analizar la credibilidad o crítica interna de las diversas declaraciones, atribuimos mayor valor a las declaraciones de aquellas personas que convivían con el suicida, comparando los diversos testimonios; posiblemente por el respeto que merece para el habitante medio de Baleares, una declaración hecha en el Juzgado creemos fue excepcional la ocasión en que desfiguraron voluntariamente los hechos.

La Bibliografía utilizada ha tenido que ser selectiva, pues el enorme número de publicaciones que existen en la actualidad hacía inviable una revisión exhaustiva.

La elaboración personal de las fichas de cada suicidio nos permitió en su momento, además de efectuar una crítica de credibilidad, anotar todas aquellas circunstancias de interés que "a priori" no habíamos previsto encontrar.

Por último citaremos que hemos tenido también dificultades para obtener algunos datos demográficos, sociales y económicos que no están publicados en la actualidad y que han sido elaborados gracias a las informaciones facilitadas por el I.N.E. y el Ayuntamiento de Palma.

2. EL SUICIDIO EN LA LEGISLACION

2.1. El suicidio en las Partidas y Novísima Recopilación

En ninguno de dichos códigos aparece la palabra "suicidio", pues cuando fueron promulgadas dichas leyes, no estaba admitida la utilización de dicho término, por lo que al referirse a dicho concepto utilizan la expresión "matar a sí mismo"¹.

Nos referiremos en primer lugar al Código de las Siete Partidas" y más extensamente a la Ley XXIII, Títulos I de la VII partida, porque a pesar de haber sido comentada ya por Pedro Mata en su Tratado de Medicina y Cirugía Legal, ha caído en el olvido por numerosos autores, incluso a veces por monografías dedicadas a comentar los aspectos jurídicos del suicidio, como la extensa y detallada obra publicada por Narciso Sicars y Salvadó. En dicha ley se castigaba a los condenados a muerte que, por miedo a la muerte, se suicidaban, con la confiscación de sus bienes, los cuales pasaban al Rey. La ley X, Título VIII, Partida VII, es citada por la casi totalidad de los trabajos sobre suicidios publicados en nuestro país, que estudien aspectos jurídicos del suicidio, dicha ley castiga a aquel que diese armas a otro para que se suicide, como si de un homicidio se tratase.

Con gran extensión es comentada por Narciso Sicars y Salvadó la ley XV, Títulos XXI, libro 12, de la Novísima Recopilación, la cual dice textualmente: "Todo hombre o mujer que se mata a sí mismo pierde todos sus bienes y sean para nuestra cámara, no teniendo herederos descendientes"; vemos que es similar a la Ley XXIII de las partidas anteriormente comentadas con la salvedad de no aplicarse cuando existan herederos descendientes. Según diversos autores², esta disposición legal dejó de usarse en el

1. Véase: PEDRO MATA, *Tratado de Medicina y Cirugía Legal*, Tomo II, 2.^a Edición, 1846, pág. 462.

2. NARCISO SICARS Y SALVADO: *El suicidio Jurídicamente Considerado*, pág. 141.

primer tercio del siglo XIX, pues se suponía que quien se suicidaba había perdido el juicio y porque aquella pena sólo recaía sobre los familiares, ascendientes o colaterales. En la práctica sólo se colgaba el cadaver de aquellos acusados y sentenciados a muerte que se suicidaron antes de aplicarles la pena.

2.2. El suicidio en la legislación canónica

El primer Concilio de la Iglesia Católica que se ocupó del suicidio fue el de Arlés, en el año 452, calificándolo de crimen. Más adelante, en el Concilio de Braga, celebrado en el año 561, se trató nuevamente de dicho tema y a resultas del cual se prohibió cantar los salmos en el entierro de los cadáveres de los suicidas y evocar su memoria en la misa³.

Resumiremos la disciplina eclesiástica actual, según lo que dispone el Código Canónico en los siguientes términos:

- A) "Los que atentan contra la propia vida y de dicho acto se sigue la muerte, si antes de morir no ha dado alguna señal de penitencia y el acto de quitarse la vida no ha sido provocado por la demencia, deben ser privados de sepultura eclesiástica"⁴.
- B) "Si de dicho atentado no se sigue la muerte, deben ser excluidos de los actos legítimos"⁵.
- C) "Si, en el caso B, el sujeto es un clérigo, se le debe suspender por el tiempo que parezca al Ordinario, y remover de los beneficios u oficios que tengan aneja cura de almas, en el fuero interno o externo"⁶.
- D) "Al suicida a quien se ha negado sepultura eclesiástica, se le ha de negar también toda misa exequial aún en el aniversario, y todo otro oficio"⁷.

2.3. El suicidio en el Código Penal

El Código Penal de 1822 no contiene disposición alguna que haga especial referencia a los actos de inducción o auxilio al suicidio.

En 1848 el Código Penal introduce en su artículo 326,⁸ la incriminación del auxilio al suicidio en las dos formas que hoy recoge el vigente Có-

3. Véase: NARCISO SICARS Y SALVADO: *El suicidio jurídicamente considerado*, pág. 119.

4. Canon 1.240, 1,3

5. Canon 2.256, 2^o

6. Canon 2.350, 2.

7. Canon 1.241.

8. "El que prestare auxilio a otro para que se suicide será castigado con la pena de prisión mayor: si le prestare hasta e punto de ejecutar él mismo la muerte, será castigado con la pena de reclusión temporal en su grado mínimo". (Artículo 326 del Código Penal Español de 1848).

digo Penal, simple auxilio y auxilio hasta el punto de ejecutar la muerte. Es de destacar que el primero se castiga con la pena de prisión mayor y el segundo con la pena de reclusión temporal en su grado mínimo.

El Código Penal de 1850 reproducé literalmente en su artículo 335, el artículo 326 del código anterior.

El Código Penal de 1870⁹ mejora la precisión sintáctica, pero en nada altera la incriminación y penalización del auxilio no ejecutivo del suicidio. La conminación de la forma complementaria de auxilio sufre también modificación al imponerse reclusión temporal en toda la extensión y no, como en los códigos anteriores, tan sólo en su grado mínimo.

El artículo 517 del Código Penal de 1928¹⁰ introduce, junto a la prestación de auxilio, la inducción. La forma de auxilio ejecutivo no sufre variaciones en la figura, si, por el contrario, en la penalidad, que refleja nuevamente, como en los Códigos de 1848 y 1850, carácter atenuado.

El Código Penal de 1932 reproduce en su artículo 415¹¹ el párrafo primero del artículo 517 del Código Penal de 1928, salvo una levísima corrección de estilo¹², y la penalidad, que vuelve a ser la del Código de 1870, o sea, prisión mayor para el auxilio simple, ahora también para la inducción y reclusión menor para el auxiliador que llega al punto de ejecutar la muerte.

No incorporó el Código Penal de 1932 la autorización a los tribunales para imponer menor pena (último párrafo del artículo 517), o para sustituir, también a su arbitrio, la pena de prisión por la de reclusión, medida imposible dado el valor sistemático de prisión y reclusión en el Código de 1932.

El artículo 409 del vigente Código penal establece: "El que preste auxilio o induzca a otro para que se suicide, será castigado con la pena de prisión mayor; si se le prestase hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, será castigado con la pena de reclusión menor".

En este precepto coexisten pues dos tipos de incriminación constituidos, ya sea por el acto de inducir a otro para que se suicide, o el de prestar auxilio a otro para que se quite la vida, siendo complementario de este último el supuesto legal de que la prestación de auxilio alcance hasta el extremo de ejecutar la muerte el propio auxiliador.

9. El que prestare auxilio a otro para que se suicide será castigado con la pena de prisión mayor; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, será castigado con la pena de reclusión temporal". (Artículo 421 del Código Penal Español de 1870).

10. "El que prestare auxilio o indujera a otro para que se suicide, será castigado con la pena de cuatro a ocho años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de seis a quince años". Esto no obstante, en todos los casos del párrafo anterior, los tribunales apreciando las condiciones personales del culpable, los móviles de su conducta y las circunstancias del hecho, podrán a su prudente arbitrio imponer una pena inferior a la señalada para el delito". (Artículo 517 del Código Penal Español de 1928).

11. "El que prestare auxilio o induzca a otro para que se suicide, será castigado con la pena de prisión mayor; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, será castigado con la pena de reclusión menor". (Código Penal Español de 1932).

12. Se sustituye la expresión indujera que aparecía en el Código Penal de 1928 por induzca.

el extremo de ejecutar la muerte el propio auxiliador.

La pena conminada es, en los dos supuestos fundamentales, la de prisión mayor, y en el complementario, la de reclusión menor.

Sin embargo el suicidio no se halla incriminado en el Código Penal, tampoco a quienes intenten suicidarse y no lo consigan no se les aplicará conminación penal alguna, esto en cuanto a la legislación española, pero existen otros códigos penales como el Boliviano, cuyo artículo 519 reprime su tentativa no con propias y verdaderas penas, sino con arresto de un mes a un año en un hospital y con la sujección, por el mismo tiempo, a la vigilancia especial de su administrador y de un médico.

Sin embargo, el problema de la licitud del suicidio no puede deducirse, en forma puramente negativa, de la imposibilidad de aplicar la sanción, que hace en todo caso inoperante el precepto penal. Tampoco de la relación de la conminación penal ante quien intentó suicidarse, vista su situación psicológica o social.

Ante la imposible sanción penal del suicidio consumado, y ante la inconveniencia social de penar a quien intentó suicidarse, la voluntad de protección penal se manifiesta en la única forma en que puede hacerlo, o sea castigando a los partícipes.

Queremos por último señalar que la inducción abstracta, (como la que provocó Goethe con su "Werther"), no está incluida en el artículo 409, ha de ser pues una inducción concreta.

3. CONSIDERACIONES HISTORICAS SOBRE EL SUICIDIO EN LAS BALEARES

3.1. Antecedentes

El suicidio es un fenómeno conocido desde muy antiguo, su realidad es, sin duda alguna, anterior a las primeras referencias escritas que describen el acto de quitarse voluntariamente la vida. Entre los primeros documentos que describen dicho acto podemos citar un papiro egipcio del siglo XX a. de C., a pesar de que hoy día se discute su interpretación. En la antigüedad clásica aparecen, ya de manera amplia hechos de este tipo, bien documentados y relativamente numerosos.

Durante muchos siglos el interés primario del suicidio fue de tipo crítico y no descriptivo, se valoraba desde el punto de vista moral y ético; hasta el siglo XIX no despertó un interés médico y prácticamente hasta entonces no se publican datos recogidos de forma sistemática y que reflejan la realidad del fenómeno en comunidades concretas. La culminación de esta línea de trabajos tuvo lugar con la publicación de "El Suicidio" por Emilio Durkheim en 1897, importantísima obra que, a nuestro parecer, señala el inicio de una nueva etapa en lo que al estudio del tema respecta; pero, en nuestro país, hasta mediados del siglo XX, no se apreció un cambio importante en el contenido de las diversas publicaciones.

Entre las más importantes obras que sobre el suicidio en el siglo XIX se editaron en nuestro país cabe citar las obras de Bernaldo de Quirós y de Ambrosio Tapia; así como diversas menciones al tema en la mayor parte de los textos medico-legales del país, entre los que destacan los de Mata. Con un carácter mucho más local y limitados a las Baleares, existe una aportación del Archiduque austríaco Luis Salvador de Habsburgo Lorena, del que hablaremos más extensamente; con un carácter también local cabe citar los discursos de los académicos barceloneses Rafael Nadal y Nicolas Homs, de 1841 y 1870 respectivamente, algunas citas en textos frenológicos y algunos datos más de tipo disperso entre los que destacan las referencias a casos aislados por diversos historiadores locales.

3.2. El Archiduque Luis Salvador de Habsburgo-Lorena

Este archiduque patrocinó la publicación de una extensa obra sobre las Baleares que se editó en alemán; en la cual existe un pequeño capítulo donde analizó el suicidio en dichas islas durante los años 1860, 1861, 1862 y 1869, y con una gran minuciosidad relata el sexo, edad, estado civil y año en que ocurrió la autolisis, añadiendo el mecanismo, profesión, posible causa y partido judicial cuando describen el año 1869; creemos que este estudio es el que describe con mayor rigor y exactitud el suicidio acontecido en las Baleares en un período concreto del siglo XIX.

En primer lugar nos referiremos al trienio 1860-1862, durante el cual ocurrieron 7 suicidios, con la siguiente distribución según sexo y año:

	VARONES	HEMBRAS	TOTAL
1860	3	1	4
1861	1	1	2
1862	1	—	1
TOTAL	5	2	7

La edad media no hemos podido conocerla por cuanto ésta viene expresada por grupos de edad, pero sí sabemos que la de los varones estaba comprendido entre 30 y 50 años y dicho sexo representaba el 71% del total, correspondiendo el 29% restante a las mujeres.

En la descripción del estado civil, se precisa además que había dos solteros, dos casados con hijos, un casado sin hijos, un viudo con hijos y una cuyo estado civil era desconocido.

Hemos podido relacionar las cifras de autolisis descritas con el número de habitantes que había entonces en la provincia y se ha comprobado que el coeficiente medio durante el trienio analizado fue de 0,89 suicidios por 100.000 habitantes y año.

En la mencionada publicación el Archiduque aporta también los datos de los suicidios acaecidos en las islas Baleares durante el año 1869, introduciendo los intentos junto con una mayor sistematización y detalle en la descripción de los consumados; los dos suicidios representados en las gráficas corresponden a dos mujeres que utilizaron como mecanismo la asfixia por sumersión; una era menorquina y la otra ibicenca, mientras, respecto a sus edades, nos dicen que estaban comprendidas entre 26 y 60 años y ambas eran solteras. Añade también que la mujer de Menorca está incluida dentro del estrato económico de terrateniente, achacando la causa de su autolisis a la locura; mientras la mujer de Ibiza estaba sin ocupación y dice que la causa de su suicidio era desconocida. El intento a que nos referíamos anteriormente corresponde a un varón de Palma de Mallorca, de

edad comprendida entre los 26 y 60 años, que mediante una intoxicación (no se cita el tipo), quiso quitarse la vida; estaba casado con hijos, era un jornalero y se catalogan de desconocidos los motivos que le impulsaron a ello.

Tenemos pues dos suicidios durante el año 1869 que, para el conjunto de los habitantes de las Baleares de dicho año, supone un coeficiente de 0,72 suicidios por 100.000 habitantes y año. Si consideramos el período de 4 años en su conjunto, representa un coeficiente de 0,84 suicidios por 100.000 habitantes y año, casi diez veces inferior al de hoy día.

3.3. El origen de la palabra suicidio

Hemos observado cómo numerosos trabajos, y de modo especial los publicados en lengua francesa, atribuyen el origen de la palabra suicidio a Pedro Francisco Guyot, Abad de Desfontaines; el cual utilizó dicho término en el año 1737, si bien hasta 1782 no fue admitido por la Academia francesa.

Por otra parte se ha podido comprobar cómo la palabra suicidio fue utilizado por Thomas Browne, y al parecer por primera vez, en su libro "Religio medici", escrito en 1635 y publicado en 1642; asimismo también fue empleado por Walter Charleton en 1651 y por Edward Phillips en 1662. Vemos pues que en numerosas ocasiones aparece dicho término en la literatura inglesa del siglo XVII. Pero ningún texto francés ni español atribuyen a aquel país su origen, señalando como su creador al Abad de Desfontaines y destacando que cuando se crea un neologismo es porque un hecho nuevo lo reclama para expresar una determinada acción, justificando así la influencia del Goethe con su "Werther" al incremento del suicidio en Alemania primero y a otros países después, durante el segundo tercio del siglo XVIII, porque así se creó la necesidad del nuevo neologismo. Lo cierto es que en aquellas fechas y con pocos años de diferencia, las tasas de suicidio se multiplicaron así en el ducado de Baden y con 150 suicidios en el quinquenio 1851-55, se pasa a más del doble en el 1876-80, mientras en Baviera se triplicaba la cifra, incrementos similares se observaban en Italia, Prusia, Suiza, Bélgica, etc...

En España parece ser que aparece el término suicidio por primera vez en un libro de crítica sobre la obra de Voltaire, escrito por Fray Fernando de Ceballos y titulado "La falsa filosofía o el ateísmo" publicado en 1772, no generalizándose su uso hasta el primer decenio del siglo XIX y quedando sancionada al aceptarla la 5ª edición del Diccionario de la Real Academia Española en 1817.

3.4. El suicidio en Baleares desde 1906 hasta 1980

Hemos examinado los datos publicados por el I.N.E. que hacen referencia a los intentos y suicidios consumados ocurridos en Baleares desde 1906 hasta 1970. En dichas publicaciones, y para la mayoría de los años, se citan los suicidios consumados junto con las tentativas, sin diferenciar unos de otros, pero diferenciando los varones de las hembras. Considerando el período de 65 años en su conjunto obtenemos una media de 30 suicidios y tentativas por año, de los que 21,1 corresponden a varones y 8,9 a hembras. Si lo expresamos en porcentaje el 70,4% son varones, mientras que el 29,6% son mujeres.

Los datos correspondientes a los años 1934 y 1935 no se poseían íntegramente, por ello se calcularon las cifras correspondientes mediante una proporción basada en las cifras de los dos años inmediatamente anteriores y posteriores, hechos que rara vez son tomados en consideración por quienes han utilizado las cifras del I.N.E. El período que corresponde a los años 1939-1942 presentan unos valores máximos que, sin embargo, no pueden estimarse como representativos sólo de la medida del fenómeno en dichos años, sino que se hallan afectados por inscripciones de hechos que no pudieron registrarse en el momento de su acaecimiento, producido en los años de la guerra civil. Por ello consideramos como mejor representativo de la evolución del suicidio en los años de la guerra civil y períodos anteriores y posteriores, nuestro trabajo realizado sobre Menorca, donde relatamos la evolución de dicho fenómeno durante los años 1925-1944, y que describiremos posteriormente.

4. EL SUICIDIO EN MALLORCA DURANTE EL PERIODO 1971-75

4.1. Generalidades

La isla de Mallorca está dividida actualmente en tres Partidos Judiciales, con similar extensión pero desigual población; correspondiendo sus capitales a Palma, Inca y Manacor. En ellas se encuentran los Juzgados de Instrucción, lugar donde hemos recogido el material objeto de este análisis.

El Partido Judicial de Palma consta de tres Juzgados de Prima Instancia e Instrucción y extiende su jurisdicción sobre los municipios de Algaida, Andratx, Banyalbufar, Bunyola, Calvià, Deià, Esporles, Estellencs, Fornalutx, Llucmajor, Marratxí, Palma, Puigpunyent, Santa Eugènia, Santa Maria del Camí y Sóller. Corresponden al Partido Judicial de Inca las poblaciones de: Alaró, Alcúdia, Binissalem, Búger, Campanet, Consell, Costitx, Escorca, Inca, Lloret de Vista Alegre, Lloseta, Llubí, Manacor, María de la Salut, Muro, Pollença, Sa Pobla, Sencelles, Santa Margarida, Selva y Sineu. Mientras el Partido Judicial de Manacor estaba integrado por los municipios de Artá, Campos del Port, Capdepera, Felanitx, Manacor, Montuïri, Petra, Porreres, Sant Joan, Sant Llorenç des Cardessar, Santanyi, Ses Salines, Son Servera y Vilafranca de Bonany.

4.2. Demografía de la isla de Mallorca

En nuestro análisis, al hacer referencia al número de habitantes, nos basaremos en el Censo de 1980 y en la Población Padronal de 1975, según la renovación del Padrón Municipal. Por todo ello cuando relacionemos los suicidios ocurridos en Mallorca durante el quinquenio 1971-1975 con el número de habitantes, lo haremos tomando como cifras de cada municipio la media aritmética del censo de 1980 y la Población Padronal de 1975.

Destaca la ciudad de Palma con un número de habitantes superior al

resto de la isla de Mallorca en su conjunto, por ello hemos estudiado este municipio dividiéndolo en 10 distritos cuyos límites expondremos más adelante.

4.3. Distribución anual del suicidio

Durante el quinquenio estudiado se registraron en Mallorca 183 suicidios, correspondió a 1981 la cifra más reducida con 30, mientras el año 1972 fue quien alcanzó la más alta, con 49. En los años siguientes su número se mantuvo casi constante, con mínimas oscilaciones según podemos advertir en la tabla I, donde podemos observar las cifras de los diferentes Juzgados de Primera Instancia e Instrucción de la isla y corresponden 34 suicidios a los de Inca y Manacor, perteneciendo los 115 restantes a los de Palma y, entre estos últimos, la más alta frecuencia se registró en el Juzgado número tres, con 38 suicidios consumados.

Atendiendo al sexo, los varones que se suicidaron en Mallorca representan el 74,3% del total, mientras las mujeres suponen poco más de una cuarta parte, con un porcentaje del 25,7%. En ninguno de los años estudiados el número de mujeres que se suicidaron superó al de varones. Fue en el año 1972 cuando la tasa femenina alcanzó su cifra más elevada, con un porcentaje que apenas alcanzó el 30,6%, mientras el año con su índice más reducido fue 1975, con sólo el 17,1%. En la Tabla II podemos observar la casuística según sexo durante los años 1971-1975. En dicho período las curvas de frecuencia del suicidio entre varones y mujeres transcurren paralelas, los años en que disminuye lo hace de manera parecida entre la población femenina y masculina y cuando aumentó lo hace semejante en ambas. En la Gráfica 1, representamos estas curvas de frecuencia.

Clasificando a quienes se quitaron la vida en Mallorca en dos grandes grupos según naturaleza, destaca el de españoles con 144 suicidios, mientras el de extranjeros era muy inferior con sólo 39 casos. Atendiendo a la frecuencia anual de cada grupo aparece en 1973 la más alta cifra de extranjeros registrado en un solo año con 15 suicidios, que suponen el 34,4% de dicho año, mientras fue 1971 cuando su número absoluto fue inferior con sólo 6. Entre los españoles aparece en 1972 la más alta tasa, con 42, mientras en 1973 se registra la menor, con 23 (véase Tabla II). Las curvas de frecuencia del suicidio entre españoles y extranjeros no ofrece el paralelismo observado anteriormente al referirnos a la distribución según sexo (véase Gráfica 2).

4.4. El suicidio en los municipios de Mallorca

Estudiaremos aquí aquellos municipios de la isla de Mallorca que registraron suicidios en su término municipal durante el período 1971-75,

así como su número; también analizaremos los Partidos Judiciales de Mallorca y su casuística, según los diferentes municipios que los constituyen.

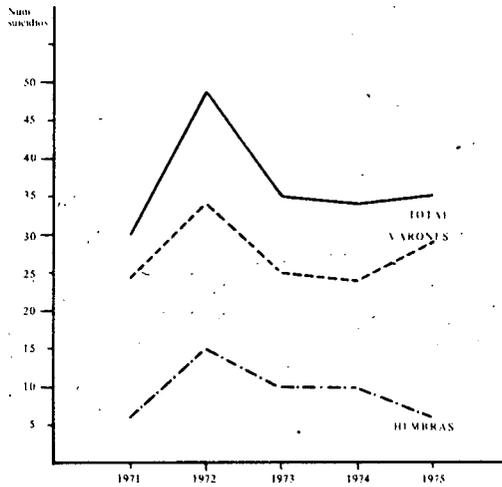
En el Partido Judicial de Palma, durante el período estudiado, recogimos 115 suicidios, distribuidos de la siguiente suerte: 89 en Palma, con más de las tres cuartas partes de su Partido Judicial, mientras en los demás municipios se registraron cifras sensiblemente inferiores, con el siguiente orden decreciente: Calvià 8, Lluçmajor 6, Sóller 4, Mrratxí 3, Esporles 2, Santa Maria 2, Andratx 1, mientras que no ocurrió ninguno en los de Algaida, Banyalbufar, Bunyola, Deià, Estellencs, Fornalutx, Puigpunyent y Santa Eugènia.

Al referirnos a la distribución de los 34 suicidios del Partido Judicial de Inca según municipios donde acontecido el hecho, lo que llamó nuestra atención es la distribución más uniforme que la observada en Palma. Ocupa el primer lugar Inca, con 8 suicidios y el 23,5% del total de su Partido Judicial; le siguen también con 8 Pollença; Maria de la Salut y Sa Pobla con 3, Lloseta, Costitx, Muro, Santa Margarita y Alcúdia con 2, Binissalem, Búger, Campanet, Consell, Sencelles y Sineu con 1; y no se registró ningún suicidio en los municipios de: Alaró, Escorca, Lloret de Vista Alegre, Llubí, Mancor y Selva.

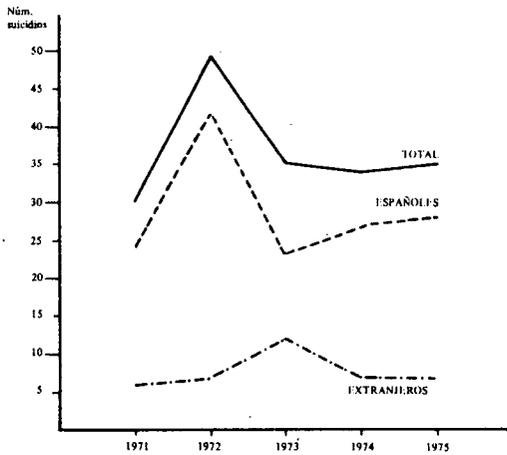
En el Partido Judicial de Manacor la distribución del suicidio es semejante al de Inca; fue el municipio de Manacor el que registró mayor número de suicidios con 12, lo que representa el 35% de su partido judicial, le seguían Felanitx con 5, Campos del Port y Son Servera con 4, Capdepera 3, Artá, Sant Llorenç, Ses Salines, Montuiri y Petra con 1; mientras no registraron ningún suicidio: Porreres, Sant Joan, Santanyi y Vilafranca.

4.5. Distribución según zonas geográficas

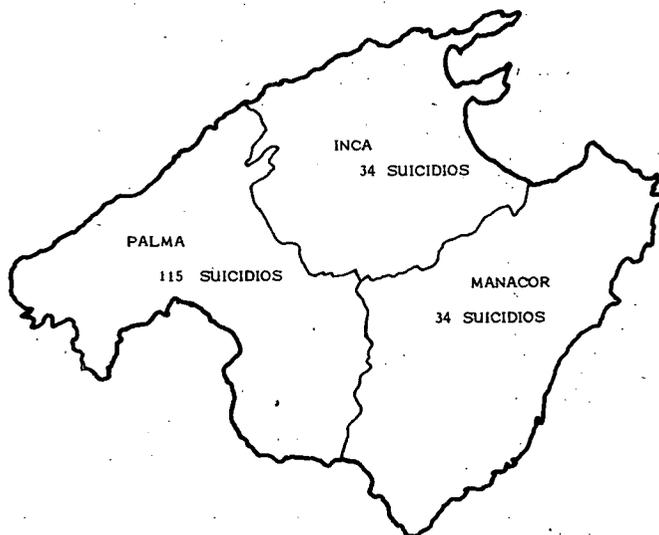
Hemos dividido la isla de Mallorca en 10 zonas geográficas siguiendo el criterio de B. Barceló Pons, la finalidad de esta parcelación es intentar relacionar los grupos que se suicidaron en las diversas zonas, buscando unas posibles relaciones o diferencias entre ellas, tanto en lo relativo a su número como a sus diversas características. Corresponde a la Ciudad de Palma (zona 1) una cifra de 89 suicidios, lo que representa el 48,6% del total; posteriormente la estudiaremos con una mayor extensión y detalle. La zona 2. contigua a Palma abarca los municipios de Andratx y Calvià; registró un elevado número de suicidios en relación a su baja población, a causa de su gran afluencia turística sobre la que recayó la mayoría de los suicidios. En la zona 3 incluimos los municipios de Banyalbufar, Deià, Esporles, Estellencs, Puigpunyent y Valldemossa. La zona 4 comprende Alaró, Bunyola, Consell, Fornalutx, Marratxí, Santa Maria y Sóller. La zona 5 abarca Binissalem, Inca, Lloseta, Mancor, Selva, Campanet, Búger y Escorca. La zona 6 Alcúdia, Muro, Sa Pobla, Pollença y Santa Margarida. La zona 7 Artá, Capdepera, Sant Llorenç y Son Servera. La zona 8 com-



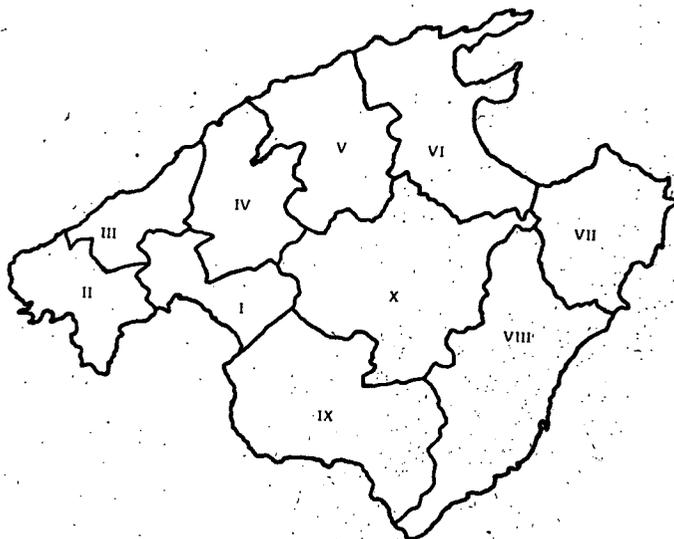
Gráfica 1.- *El Suicidio en Mallorca según sexo y año*



Gráfica 2.- *El Suicidio en Mallorca según naturaleza*



Gráfica 3.— *Número de Suicidios en los diferentes partidos judiciales de Mallorca durante el período 1971-75*



Gráfica 4.— *Zonas geográficas de la isla de Mallorca (según criterio de B. Barceló Pons)*

prende Felanitx, Manacor, Santanyí. La zona 9 con Campos, Lluçmajor y Ses Salines. La zona 10 abarca Algaida, Costitx, Lloret, Llubí, Maria de la Salut, Montuïri, Petra, Porreres, Sant Joan, Santa Eugènia, Sencelles, Sineu y Vilafranca (véase Tabla III).

Hemos mencionado ya el alto número de suicidios ocurridos en Palma, con 89 casos, y un porcentaje sobre el total de la isla próximo a la mitad, en orden decreciente le sigue la zona 8, con 17 suicidios; las zonas 5 y 6 con 13 cada una; la zona 9 con 11; las zonas 4 y 7 con 10 cada una; las zonas 2 y 10 con 9 cada una y, en último lugar, la zona 3 con dos suicidios (véase Tabla IV).

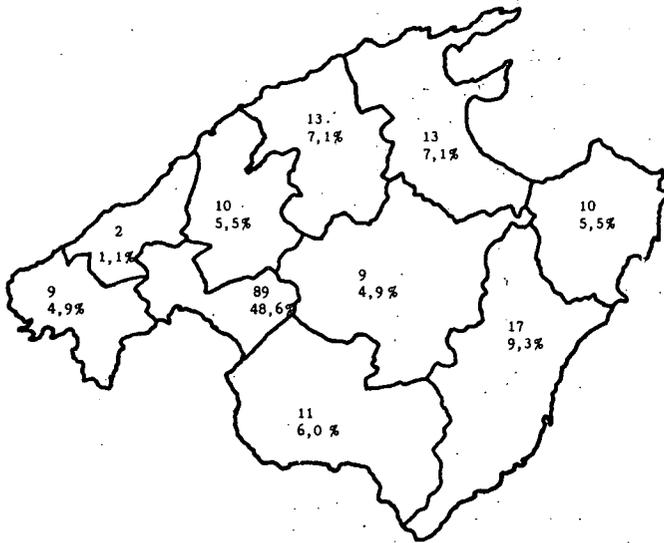
Los 183 suicidios recogidos para el conjunto de la isla de Mallorca durante el quinquenio analizado suponen una media de 7,86 suicidios por 100.000 habitantes y año. Hemos calculado este índice para cada una de las zonas geográficas, que es de 7,40 para la zona 1, de 15,43 (el más elevado) para la zona 2, que es la que proporcionalmente tiene mayor afluencia turística; de 7,07 para la zona 3; de 6,96 para la 4; de 7,91 para la 5; de 7,58 para la 6; de 11,34 para la 7; de 8,11 para la 8; de 10,38 para la 9 y de 5,95, es decir, la tasa más baja, para la zona 10, la cual en el momento estudiado era predominantemente agrícola y prácticamente sin hoteles (véase Tabla IV).

Creemos tiene interés conocer cuál es aquel grupo de personas que se han suicidado en la misma zona geográfica donde han nacido y residen. Más interés que las cifras absolutas lo tiene el porcentaje bajísimo (11,1%), mientras la zona 8 obtuvo el más elevado (76,5%); el resto de los datos se encuentran expresados en la Gráfica 12, por lo que no vamos a repetirlos, sólo añadiremos que la media aritmética de los porcentajes fue de 49,67%.

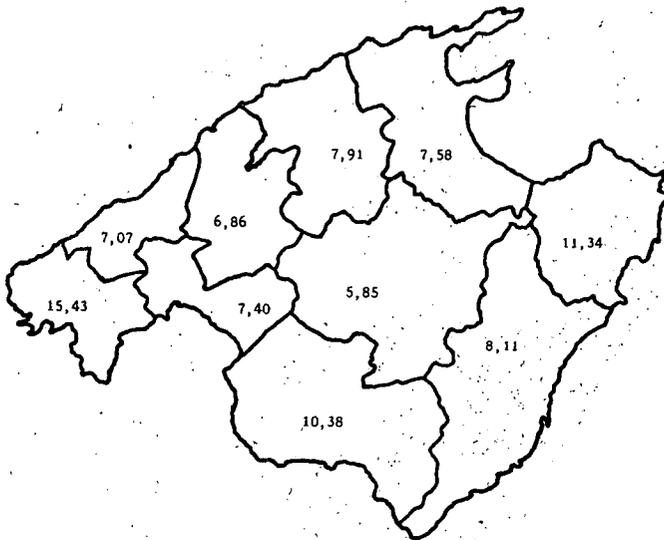
Podemos referirnos a la zona geográfica de Mallorca, donde nacieron las personas que se suicidaron en la isla (véase Tabla IV), la finalidad de esta clasificación es la de observar cuáles zonas pudieron tener un cifra de nacidos en ellas superior a la de suicidios que registraron, destaca de una manera especial la zona 10, pues fue la única en que habían nacido más personas suicidadas en Mallorca durante el período 1971-1975 que las que se quitaron la vida en dicha zona, ésta es eminentemente agrícola y además la que registró la tasa de suicidios por 100.000 habitantes y año más baja, hecho que ya hemos resaltado anteriormente.

4.6. Lugar del suicidio

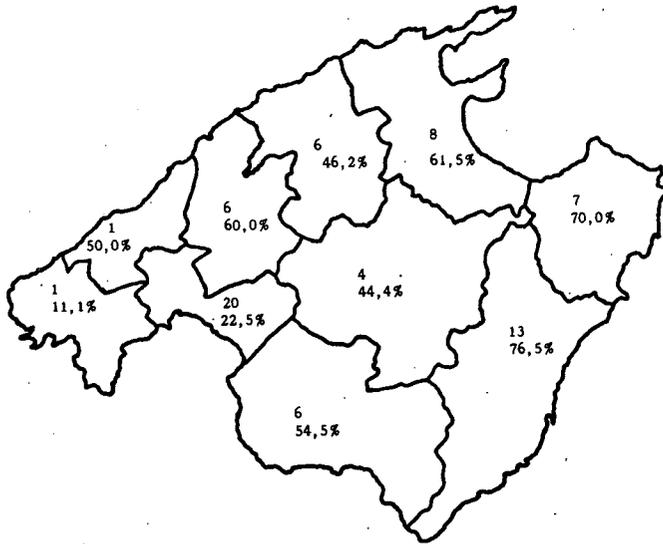
La mayoría de los suicidios consumados se efectuaron en el propio domicilio; 76 en el Partido de Palma, 22 en el de Manacor y 18 en el de Inca; en su conjunto 116, frente a los 183 ocurridos en total. Pocas personas se suicidaron en el lugar de trabajo, hubo tan sólo tres, distribuidas



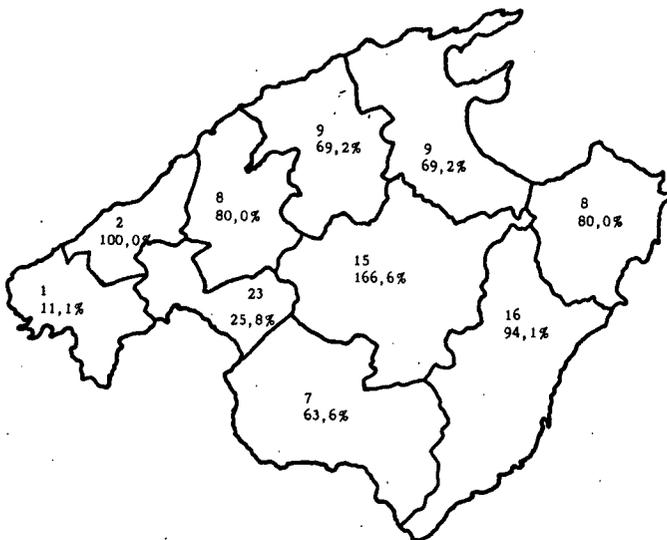
Gráfica 5.— *Número de Suicidios en cada zona geográfica de Mallorca y su porcentaje sobre el conjunto de los ocurridos en la isla durante el periodo 1971-75*



Gráfica 6.— *Número de Suicidios por 100.000 habitantes y año en cada zona geográfica de Mallorca durante el periodo 1971-75*



Gráfica 7.— Relación de Suicidios en cada zona geográfica que corresponden a vecinos y nacidos en la misma, y porcentaje sobre el total de suicidios ocurridos en la zona durante el periodo 1971-75 en Mallorca



Gráfica 8.— Zona geográfica de Mallorca donde nacieron las personas que se suicidaron en la isla durante el periodo 1971-75, y porcentaje sobre el total de suicidios ocurridos en la zona

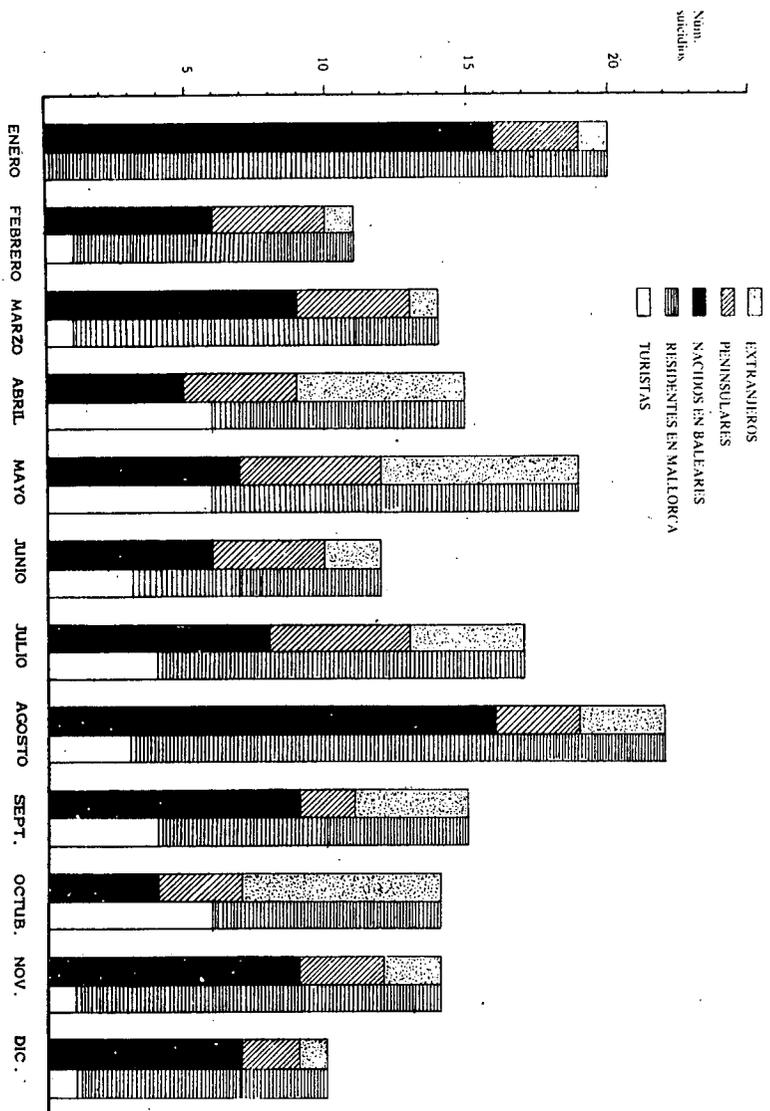
de la siguiente suerte: 2 en el Partido de Palma y 1 en el Manacor. Un tercer grupo internados en asilos, hospitales o centros psiquiátricos, formando un conjunto de 8 personas que se suicidaron en el recinto donde se hallaban ingresados. En el asilo (casa de misericordia) se suicidaron 1 varón y 2 hembras, con una edad media de 71,6 años. En hospitales hubo 2 varones y 1 hembra, con 67 años de media, mientras en el centro psiquiátrico, clínica mental Jesús, se quitaron la vida 1 varón y 1 hembra, con una edad media de 59,5 años. El resto de los suicidios se realizaron en un lugar poco habitado, distribuidos como sigue: 29 en el Partido de Palma, 11 en Manacor y 16 en Inca, en su conjunto fueron 56, lo que representa un porcentaje sobre el total de la isla del 30,6%.

Algunas personas, que se suicidaron en Mallorca durante el período 1971-75, habían hecho algún intento anterior, si bien este último extremo sólo se ha conocido cuando aquél revistió gravedad médica y los parientes o conocidos de la víctima lo mencionaban cuando se les interrogó en tal sentido, por ello las cifras que exponremos serán las mínimas reales. Hubo pues al menos seis personas que efectuaron 1 intento anterior al suicidio (4 varones y 2 hembras), un varón que hizo 2 y otro que había hecho 3. Ello no quiere decir que los intentos fueran más frecuentes entre los varones, pues nosotros nos estamos refiriendo a aquellos intentos anteriores al suicidio consumado y el grupo estudiado está formado en sus tres cuartas partes por varones y tan sólo una cuarta parte está integrado por mujeres. Estas cifras posiblemente son más elevadas, pues los familiares de los suicidas podrían no haberlo mencionado, pero por ser una pregunta que se hizo sistemáticamente a todos y viendo el detalle con que están hechas las declaraciones y la inutilidad de esconderlo para una mejor memoria de las víctimas, pues éstas ya se sabe que se han suicidado, hace que pensemos que el número de respuestas falseadas en los casos de intentos serios son muy pocas.

4.7. Distribución mensual

Estudiamos aquí el suicidio en Mallorca durante el período 1971-1975, según su distribución mensual, tanto de manera global como siguiendo los criterios de nacionalidad y atendiendo a su presencia fija o no en la isla (distinguiendo así los residentes y turistas). Considerando todos los suicidios en su conjunto es Agosto el que registró mayor número, con 22, mientras el que menos fue Diciembre, con 10 (véase Tabla V). Según nacionalidad, entre los españoles fueron los trimestres de Enero - Marzo y Julio - Septiembre los períodos que registraron mayor incidencia de suicidios, con 42 y 43 casos respectivamente, mientras Abril - Junio obtuvo 31 y Octubre - Diciembre 28.

Entre los extranjeros fueron los meses de Abril y Mayo quienes registraron mayor número de suicidios con 13, que supone una cifra que dobla



Gráfica 9. — Número de suicidios

a los meses de Noviembre, Diciembre, Enero, Febrero y Marzo considerados en su conjunto, que sólo registraron 6, aunque fue más numerosa la presencia de extranjeros en Mallorca durante los meses de primavera que en los de invierno, por lo que no debería extrañarnos que la tasa absoluta de suicidios fuera mayor, más numerosa fue aún la presencia de turistas en verano, sin que las cifras de suicidio se hayan incrementado por ello, vemos pues, que el suicidio entre los extranjeros es más acusado en primavera.

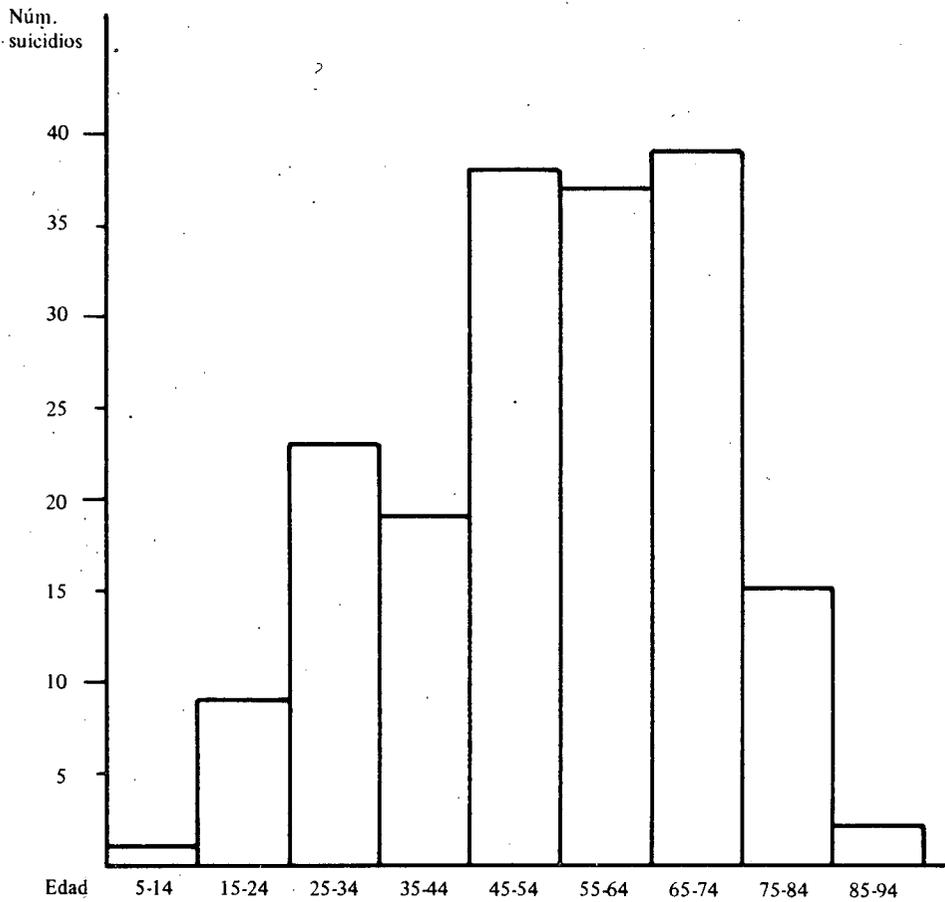
Designamos con el término residente aquel conjunto de personas, ya sean españolas o extranjeras, que radican todo el año en la isla; agrupando bajo la denominación de turista aquéllos de cualquier nacionalidad cuando su estancia en la isla era ocasional. Entre el grupo de residentes se obtuvo la cifra de suicidios más elevada en los meses de Enero con 20 y Agosto con 19, mientras entre los turistas fueron Abril y Mayo, con 6 cada uno. Para este último grupo los meses de Noviembre a Mayo en su conjunto registraron apenas 4 suicidios, muy de acuerdo con su baja afluencia turística, pero en los meses de Julio y Agosto, sin duda alguna los de mayor movimiento turístico sólo registraron 8, es decir, bastantes menos que durante Abril y Mayo. Creemos pues que entre los turistas es muy marcado el incremento del suicidio en primavera (véase Gráfico 9).

4.8. Distribución según naturaleza

Hasta el presente hemos hablado de los suicidios según el municipio donde han ocurrido; a continuación estudiaremos su naturaleza. De los 183 casos recogidos en Mallorca durante nuestro período 1971-1975, el grupo más numeroso correspondía a los 98 mallorquines, con un porcentaje del 53,6% del total; le seguían los peninsulares con 42 y un porcentaje de 22,9%; a continuación los extranjeros en número de 39, que suponen el 21,3%; y en un cuarto grupo incluimos aquellos nacidos en las restantes islas de Baleares, que en número de cuatro, presentan tan sólo el 2,2%.

Observando los municipios donde habían nacido aquellos 98 mallorquines que se quitaron la vida en la isla, como era de esperar, Palma ocupó el primer lugar, con 23, cifra muy baja si la relacionamos con el elevado número de suicidios registrado en dicha ciudad; únicamente una cuarta parte de quienes se suicidaron en Palma habían nacido en dicha ciudad, en orden decreciente le siguen Manacor con 10, Felanitx e Inca con 6, Son Servera 4, Sóller, Sa Pobla, Campos del Port, Maria de la Salut, Consell, Lluçmajor y Sencelles con 3; Artá, Muro, Marratxí, Santa Maria del Cami, Esporles y Pollença con 2; Sant Llorenç, Ses Salines, Montuïri, Petra, Santa Margarida, Alcúdia, Costitx, Campanet, Mancor, Porreres, Algaida, Selva, Capdepera, Sineu, Sant Joan y Andratx con 1.

La distribución de los 42 peninsulares que se suicidaron en Mallorca en orden decreciente, según provincia donde nacieron, es como sigue: Gra-



Gráfica 10.— *Edad de las personas que se suicidaron en Mallorca durante los años 1971-75*

nada con 6, Málaga y Murcia con 4, Almería y Valencia con 3. Albacete, Barcelona, Jaén, Sevilla y Zamora con 2 y 1 nacido en Avila, Badajoz, Cáceres, Cádiz, Castellón, Ciudad Real, Córdoba, Huelva, León, Orense, Oviedo y Zaragoza. Si agrupamos a los peninsulares según la región donde nacieron (véase Tabla VI), corresponde a Andalucía y Murcia, 26 suicidios con un porcentaje del 61,9%, le siguen la región formada por Castilla la Vieja, Galicia, León y Asturias, con 6 y un 14,3%; con igual tasa Cataluña y Valencia; con sólo 3 Castilla la Nueva y Extremadura y 1 sólo en la región formada por Vascongadas, Navarra y Aragón en su conjunto.

Los extranjeros suicidados en Mallorca corresponden a 15 naciones distintas que encabezan los alemanes con 8, en cifras absolutas, y un 20,5% del total; le siguen los suecos con 6, e ingleses con 4; Dinamarca y Finlandia con 3; Argentina, Francia, Holanda, Italia y Noruega con 2, mientras con uno sólo están Austria, Filipinas, Marruecos, Uruguay y USA (véase Tabla VII).

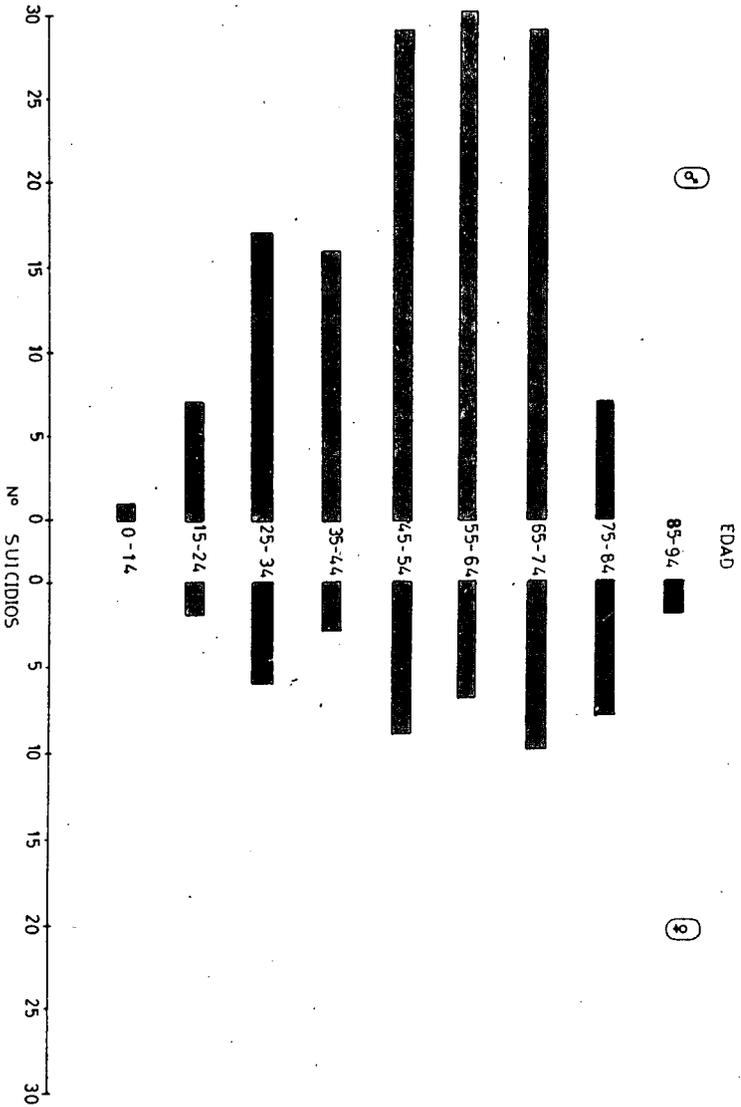
Hemos mencionado anteriormente un cuarto grupo según su naturaleza que comprende a los nacidos en una isla del archipiélago Balear distinta a Mallorca y que se suicidaron en esta última, abarca exclusivamente 4 casos; 2 nacidos en Ibiza, 1 en Formentera y otro en Menorca.

4.9. Distribución según edad

Atendiendo a la edad de quienes se suicidaron en Mallorca durante el período estudiado elaboramos la gráfica 10, según grupos de edad de 10 años cada uno, excepción del primero que agrupa hasta los 15, podemos observar cómo la mayor frecuencia del suicidio afecta al grupo de personas de edad comprendida entre 45 y 74 años, pero no hemos diferenciado el sexo, por todo lo cual elaboramos la gráfica 11, donde además de expresar el número de suicidios en grupos de 10 años. Según edad, a nuestra derecha situamos las mujeres y a la izquierda los varones, en estos últimos podemos observar que con una mayor frecuencia su edad está comprendida entre los 45 y 74 años, mientras para las mujeres el grupo más numeroso está localizado entre los 45 y 84 años de edad.

Los 173 suicidios recogidos en Mallorca durante el quinquenio 1971-1975 tenían una edad media de 53,37 años; atendiendo al sexo, corresponde a los varones una edad media de 51,18 años, mientras las mujeres obtenían una media de 56,83.

Mediante la T de Student podemos saber si estas diferentes edades según sexo son estadísticamente significativas; para lo cual hemos de establecer dos hipótesis. La primera, H_0 , de no existencia de diferencias significativas y la segunda, H_1 , según la cual sí existen diferencias significativas. Por ello, en primer lugar, buscaremos la desviación estándar de las edades de los varones y mujeres, que es respectivamente, de 16,02 y 19,07. Hemos obtenido un valor de $T = 1,50$. que para nuestro grado de libertad,



Gráfica 11. — El Suicidio en Mallorca según edad y sexo durante el período 1971-75

que es 181 (136 + 47 - 2), nos da $P < 0,2$, lo que representa un error del 20% y nosotros precisamos que éste alcance a lo sumo el 5%, para así eliminar el azar; por todo ello debemos aceptar la hipótesis H_0 y decir que las edades de los hombres y mujeres que se suicidaron en Mallorca durante el período estudiado no presentan diferencias estadísticamente significativas.

Dentro del conjunto de varones hay un grupo que corresponde a 28 varones extranjeros con una edad media de 42,25 años y 108 españoles con 54,96 años de media. Utilizaremos el mismo método: después de buscar las desviaciones standard, que para los extranjeros es de 14,54 y para los españoles de 15,91, obtenemos una T de 3,70, que para nuestro grado de libertad 134 corresponde $P < 0,001$, es decir, muy significativo, podemos decir entonces que la diferente edad media que tenían los varones extranjeros y españoles que se suicidaron durante el quinquenio 1971-1975 ofrece diferencias estadísticamente muy significativas.

Para las mujeres diferenciaremos las 11 extranjeras, con una edad media de 37,64 años, de los 36 españoles, las cuales poseían una edad media de 62,64. A simple observación se ve claramente que la edad de las españolas es casi el doble de las extranjeras, pero, no obstante, buscaremos las desviaciones standard de las extranjeras, que es de 15,54 y de las españolas, que es 17,29. Obteniendo una T de 4,30, que para nuestro grado de libertad de 45 corresponde a $P < 0,001$, que denota unas diferencias estadísticamente muy significativas entre la edad de las mujeres extranjeras y españolas.

Hemos puesto de manifiesto unas diferencias estadísticamente significativas entre las edades de los españoles y extranjeros que se suicidaron en Mallorca. Corresponde a los extranjeros una edad inferior que a los españoles; hemos apreciado también la presencia de unas diferencias estadísticamente significativas entre los varones españoles y extranjeros, se repite al relacionar la edad de las mujeres españolas y extranjeras, pero no aparecen al comparar la edad de los hombres con la de las mujeres. Creemos trascendente este hallazgo porque nos permite identificar aquellas edades con un mayor riesgo suicida y lo que es más importante aún, que varía aquella edad según la naturaleza del grupo considerado.

4.10. Distribución según estado civil

El grupo de casados representaba más de la mitad de los que se quitaron la vida, fue éste el estado civil mayoritario entre varones y mujeres; mientras los solteros y viudos ofrecieron desigual proporción según sexo.

Observando el estado civil de los varones que se suicidaron en Mallorca, según grupos de edad (véase Tabla VIII), aparece para los viudos la mayor tasa, entre los 65 y 74 años; entre los casados, en el grupo de 55 a 64 años; mientras el predominio entre los solteros se obtiene para el grupo de

45 a 54 años. Atendiendo a su frecuencia, según estado civil, y sin diferenciar por grupos de edad, apreciamos una mayoría de casados, que suponen el 54,4%, le siguen los solteros con el 27,2%, mientras los viudos representan el 11,8%, existe un grupo del que se desconocía su estado civil y que alcanzó el 6,6% restante.

Considerando el grupo de mujeres que se suicidaron en Mallorca, entre las viudas obtenemos una mayor frecuencia para el grupo 65-74 años, para las casadas aparece en edad más temprana y entre las solteras su distribución es uniforme en todos los grupos de edad y no aparece ningún predominio reseñable (véase Tabla VIII). Si nos referimos a la frecuencia según estado civil, apreciamos un grupo de casadas que supone el 46,8%, mientras las viudas y solteras obtenían idéntico porcentaje de 25,5%, siendo el restante 2,2% desconocido.

Hemos comprobado que numéricamente cualquiera que sea el sexo considerado aparece un predominio de casados, pero el grupo de solteros dobla al de viudos, mientras entre las mujeres las solteras y viudas obtenían idéntico porcentaje.

Nos referiremos a continuación a los varones y mujeres residentes en Mallorca según estado civil y edad y posteriormente a los grupos nacidos en Baleares, Península y extranjero.

Para el grupo de varones residentes en Mallorca y atendiendo a su estado civil según edad, aparece como grupo mayoritario el de casados en número de 64 y con un porcentaje del 58,7%, predominando entre los 45 y 74 años, mientras el grupo de solteros era 30, alcanzando la máxima frecuencia entre los 45 y 54 años, si bien aparece un grupo de 15 a 24 años bastante numeroso, en lo que se refiere a los varones viudos fueron un número más reducido de 15 y alcanzaron su tasa más alta entre los 65 y 74 años.

Al referirnos a las mujeres residentes en Mallorca que se suicidaron, lo primero que destacaremos es la existencia de un grupo de viudas más numeroso que el de solteras, al contrario de lo que ocurría entre los varones, el grupo de las casadas continuaba siendo el más numeroso. Si observamos la diferente frecuencia de cada estado civil en relación a la edad, para las solteras las oscilaciones son poco importantes, mientras para las casadas entre los 45 y 74 recogen el 77,77% de su grupo, en lo que se refiere a las viudas corresponde el mayor porcentaje entre los 65 y 94, lo que supone el 81,82% del total de las viudas.

A continuación trataremos del estado civil de aquéllos que se suicidaron en Mallorca según su sexo, edad y naturaleza. Comenzaremos por el grupo de varones extranjeros y destacaremos en primer lugar la reducida cifra de viudos en relación a la de solteros y casados, así como el alto número del que no ha sido posible saber su estado civil después de quitarse la vida. Resaltaremos de estos varones extranjeros que el 60,7% tenía menos de 44 años; si nos referimos a cada uno de los estados civiles, poco diremos de los viudos, con 1 solo caso, salvo su escasa presencia; y de los ca-

sados, cuya distribución según edad es uniforme, pero sí merece destacar el grupo de suicidas solteros, pues todos presentan una edad inferior a 44 años y para el 50% entre 25 y 34 años. El conjunto de las mujeres extranjeras repiten el predominio de solteras y casadas en relación al de viudas, al igual que ocurría entre los varones extranjeros. También el grupo de solteras ofrece en todos los casos una edad inferior a los 44 años, considerando a las mujeres extranjeras en su conjunto el 72,73% tenía una edad inferior a los 44 años.

Podemos referirnos a continuación a aquellos varones y mujeres nacidos en Baleares y que se suicidaron en Mallorca, según edad y estado civil, lo primero que les diferencia de los extranjeros antes estudiados, es su edad media más alta; entre los varones el 83,56% tenía más de 44 años, mientras entre las mujeres el 93,1% eran mayores de dicha edad. Entre los varones nacidos en Baleares, su estado civil predominante era el de casados, con el 54,8%, le siguen el de solteros, con el 31,5% y el de viudos con 13,7% se sitúa en último lugar. Según su edad, entre los solteros alcanzamos la máxima frecuencia entre los 45 y 54 años, para los casados entre los 55 y 74 y para los viudos entre los 65 y 74. Entre las mujeres nacidas en Baleares y suicidadas en Mallorca destacamos la presencia de un número de viudas semejante al de solteras, mientras este último estado civil entre los varones doblaba al de viudos, el grupo mayoritario para las mujeres continúa siendo el de casadas, con la mitad del total, mientras la mayor frecuencia de dicho estado civil se obtiene entre los 45 y 74 años, con el 60% de dicho grupo, entre las solteras y viudas y por ser unos grupos poco numerosos carecen de valor sus oscilaciones según edad.

El conjunto de mujeres nacidas en la Península y suicidadas en Mallorca es el único cuyo estado civil predominante no es el de casadas, sino el de viudas, pero la poca casuística de dicho grupo nos induce a no conceder gran valor a este hecho. Entre los varones españoles nacidos en la Península y suicidados en Mallorca predominan los casados, con un porcentaje del 62,9%, al igual que lo observado en los demás grupos analizados; el de solteros superó también a los viudos, como en los otros grupos de varones, mientras la edad predominante aparece entre los 45 y 64 años, edad inferior al de los nacidos en Baleares, pero superior a la de los extranjeros.

Por último, haremos referencia al estado civil de aquellos españoles suicidados en Mallorca durante el período 1971-1975. Entre los varones apreciamos un número de casados que dobla al de solteros; a su vez la cifra de estos últimos dobla a la de viudos. En lo relativo a la diferente edad de este conjunto de varones españoles considerados globalmente aparece como mayoritario el grupo de 45 a 74 años, presentando el 71,3% (véase Tabla IX); entre los solteros la edad más frecuente es la de 45-54 años, entre casados la de 55-64 y entre los viudos de 65-74 años, estos últimos de una manera más notoria, pues representan el 46,66% de dicho estado civil. El grupo de mujeres españolas suicidadas en Mallorca equivale numéricamen-

te a una tercera parte del grupo de varones (véase Tabla IX); entre las casadas la edad que predomina es la de 45 a 74 años, que supone el 82,4% de su grupo; entre las viudas aparece la máxima frecuencia entre los 75 y 84 años y que afecta a un porcentaje del 36,4%, mientras entre las solteras no predomina ninguna edad concreta, creemos que a causa de su casuística más reducida que los otros grupos.

Resumiendo los datos sobre el estado civil de quienes se quitaron la vida en Mallorca destacaremos la presencia de una mayoría de casados entre varones y mujeres, un cifra de solteros superior a la de viudos entre los varones mientras para las mujeres ambos grupos son muy semejantes. Los solteros alcanzan mayor frecuencia a menor edad que los casados y éstos a menor edad que los viudos. Más adelante, cuando hablemos de Baleares, relacionaremos las cifras absolutas de suicidios según estado civil con el número de habitantes de cada grupo.

4.11. Mecanismo del suicidio

4.11.1. *Frecuencia global*

El mecanismo del suicidio más utilizado en Mallorca durante el período estudiado fue la Ahorcadura, con 78 casos (42,6% del total); le sigue la Precipitación (19,69%); la Asfixia por Sumersión (12,6%); la Intoxicación por Barbitúricos (7,1%); la Intoxicación por Gas (5,5%); el disparo por Arma de Fuego (Escopeta 4,9%, Pistola 2,7%); Ingesta de Caústicos (2,7%); lesión por Arma Blanca (2,1%); Atropello por tren (1,1%) y, por último, con el 0,6% cada uno, la Intoxicación por Arsénico, Sofocación y la Intoxicación por Hipoglucemiantes (véase Tabla X). Los tres mecanismos más frecuentes: Ahorcadura, Precipitación y Asfixia por Sumersión representan en su conjunto el 72%, de los suicidios ocurridos en Mallorca durante el período estudiado. A continuación nos referiremos a los mecanismos utilizados en cada zona geográfica, luego los diferentes mecanismos empleados por los varones y hembras, según sean españoles o extranjeros, después veremos la edad, según sexo y naturaleza del grupo que utilizó cada uno de los principales mecanismos de suicidio y, por último, la presencia o no de diferencias estadísticamente significativas entre las edades de quienes utilizaron cada uno de los mecanismos más frecuentes.

4.11.2. *Diferencias según zona geográfica*

Hemos visto cómo la ahorcadura era el mecanismo de suicidio predominante en Mallorca, considerado en su conjunto. Intentaremos a continuación estudiar qué tipo de suicidio fue empleado en las distintas zonas geográficas de la isla.

La ahorcadura fue el mecanismo más empleado en 7 zonas, en 5 de ellas representa más del 50%, la precipitación fue predominante sólo en una zona, mientras la asfixia por sumersión, que fue mayoritaria también en otra zona, y registró igual casuística que la ahorcadura en otra (véanse Tablas XI y XII).

En la zona 1, que corresponde a la Ciudad de Palma, la precipitación fue el mecanismo más utilizado, con un porcentaje del 29,2% y le sigue la ahorcadura con el 28,1%. La precipitación con una casuística global para Mallorca de 31 suicidios, registró 26 en Palma y sólo 5 en las otras 9 zonas geográficas. Esta enorme diferencia parece deberse en gran medida al escaso número de edificios altos que existen en los pueblos de la isla, sin embargo en la Ciudad de Palma la mayoría de las viviendas están ubicadas en edificios de varios pisos de altura, desde donde es factible el suicidio por precipitación. Si nos referimos a la asfixia por sumersión ocurre el fenómeno contrario, mientras en Palma hubo sólo 5 suicidios por este mecanismo, en el resto de la isla fueron 18 los recopilados, parece ser que estas diferencias estriban en el reducido número de cisternas y pozos que existen en Palma, frente a su gran difusión en el resto de la isla; si bien 9 zonas geográficas tenían límites marítimos, el suicidio arrojándose al mar ha sido mucho menos frecuente que echándose a pozos y cisternas. Otro mecanismo de suicidio que presenta grandes oscilaciones en su distribución por las distintas zonas es la intoxicación por barbitúricos, con 10 casos que se recopilaron en Palma y sólo 3 en el resto de la isla. Más acusada aún es la diferente distribución del suicidio por ingesta de cáusticos, el 80% se registró en Palma, si bien su casuística global en número fue menor. Por último destacaremos la intoxicación por gas, cuyos 10 casos ocurrieron todos ellos en Palma, ninguno en el resto de la isla, ello se debe a que sólo en dicha ciudad existe gas ciudad, en el resto de Mallorca existe el gas butano, y no fue empleado para ningún suicidio consumado, si bien otras circunstancias como son el mayor tamaño de las casas de los pueblos, su casi constante presencia de chimeneas en las cocinas y el a menudo defectuoso cierre de puertas y ventanas que facilita la difusión hacia el exterior del gas, dificultan la utilización de dicho mecanismo de suicidio. En la Tabla XI podemos observar los diferentes mecanismos de suicidio utilizados en Palma, mientras en la tabla XII aparecen los empleados en las 9 restantes zonas geográficas de Mallorca durante el período 1971-1975.

4.11.3. *Diferencias según sexo*

El mecanismo de suicidio utilizado por los hombres difiere del empleado por las mujeres. Entre los primeros la ahorcadura fue el método usado por más de la mitad de los varones, concretamente el 51,5%; entre las mujeres dicho mecanismo fue utilizado por el 17% por ellas, mientras predominaba la asfixia por sumersión, con el porcentaje del 34,1% de ellas

y para los varones sólo afectó al 5,2%. El suicidio por precipitación fue el segundo mecanismo más frecuente entre los dos sexos, no obstante, para las mujeres representó un porcentaje mucho más alto, doblando a los varones. Pero otros mecanismos tienen un predominio masculino, incluso más acentuado, como en los casos de suicidio por arma de fuego, con 14 casos entre los varones y ninguno entre las mujeres, igual ocurre con el suicidio por arma blanca, el cual con una casuística más reducida en cifras absolutas, sólo acontecido entre varones.

Algunos mecanismos de suicidio, como son la intoxicación por barbitúricos, por gas y la ingestión de cáusticos, alcanzaron porcentajes relativos semejantes dentro del grupo de varones y mujeres, aunque sus cifras absolutas fueran superiores entre los varones, este predominio estaba en clara concordancia con la mayor tasa masculina (véanse Tablas XIII y XIV).

4.11.4. *Diferencias según naturaleza*

Atendiendo a la naturaleza de las personas que se quitaron la vida en Mallorca durante el período 1971-1975, distinguimos dos grupos, los españoles, que en número de 144 suponen un porcentaje sobre el total de 78,7%, y el de los extranjeros, que forman el grupo restante. Analizaremos aquí las diferencias existentes entre el mecanismo de suicidio utilizado por ambos grupos. Entre los españoles aparece la ahorcadura en lugar muy destacado (véase Tabla XI), con 73 casos y un porcentaje del 50,7%; este mecanismo entre los extranjeros apenas representa el 12,8% (véase Tabla XVI); situación parecida ocurre con la asfixia por sumersión, con el 14,6% entre los españoles, con 21 casos, mientras entre los extranjeros sólo aparecen el 5,1% de su grupo. Al contrario ocurre con la precipitación e intoxicación por gas, cuyo porcentaje respectivamente de 12,5% y 4,1% entre los españoles, es ampliamente superado por los extranjeros. Otros mecanismos de suicidio que precisan especial atención son la intoxicación por cáusticos, que con un porcentaje entre los españoles de 3,5%, no aparece entre el grupo de extranjeros, al igual que en el atropello por tren, la intoxicación por arsénico y la intoxicación por hipoglucemiantes, mientras la sofocación, con un sólo caso entre los extranjeros, no aparece entre los españoles. Los demás mecanismos poseen un porcentaje similar en ambos grupos.

4.11.5. *Diferencias según sexo y naturaleza*

Hasta el presente nos hemos referido al mecanismo de suicidio según sexo y últimamente según naturaleza, intentaremos ahora hacerlo según sexo y naturaleza de modo conjunto, obteniendo de esta suerte cuatro grupos: varones españoles, varones extranjeros, hembras españolas y hem-

bras extranjeras.

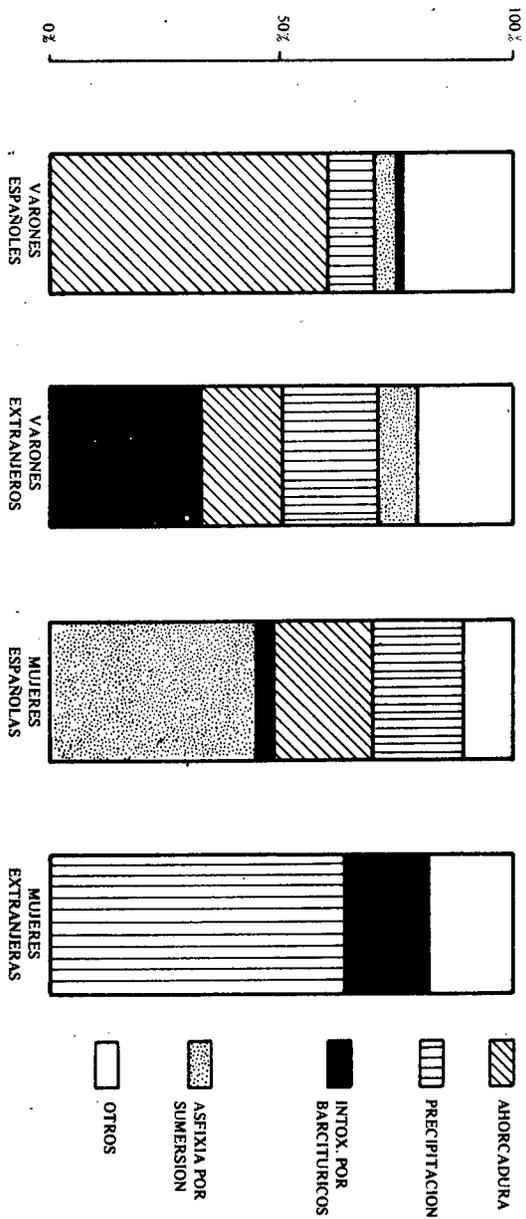
Estudiaremos a continuación estos grupos destacando las diferencias que aparecen entre ellas. El mecanismo de suicidio más frecuente es diferente para cada uno de los grupos antes descritos; entre los varones españoles aparece como predominante la ahorcadura, 60,2% (véase Tabla XVII); que entre las mujeres españolas obtuvo un porcentaje del 22,2% entre los varones extranjeros el 17,9%, y no hubo ningún suicidio de este tipo entre las mujeres extranjeras. Las diferentes tasas de suicidios por ahorcaduras entre los varones españoles y los demás grupos nos dan un $X^2 = 7,8179$ que para nuestro grado de libertad corresponde a $P < 0,01$, lo que es estadísticamente significativo. Entre los varones extranjeros tenemos 9 casos de intoxicación por barbitúricos, con un porcentaje del 32,2% de su grupo (véase Tabla XVIII), mientras que entre los varones españoles obtenemos solamente un 0,9% y entre las hembras españolas y extranjeras respectivamente un 2,8% y un 18,2%, relacionando el grupo de varones extranjeros que se suicidaron mediante barbitúricos con los que utilizaron este mecanismo en los restantes grupos obtenemos un valor de $X^2 = 24,711$, que para nuestro grado de libertad corresponde a $P < 0,0001$, lo que es una diferencia altamente significativa.

Entre las mujeres españolas la asfixia por sumersión afectó al 44,4% de su grupo (véase Tabla XIX) y sólo un 4,6% entre varones españoles, un 7,1% entre varones extranjeros y a ninguna mujer extranjera, por medio del Chi Cuadrado relacionando las tasas de las mujeres españolas con los restantes grupos; en conjunto, obtenemos un valor de $X^2 = 29,1043$ que es altamente significativo.

Si nos referimos a las mujeres extranjeras que se suicidaron en Mallorca, fueron 7 las que utilizaron la precipitación, lo que representa el 63,6% de su grupo (véase Tabla XX); frente al 21,4% de los varones extranjeros, el 19,4% de las hembras españolas y el 10,2% de los varones españoles. Relacionando las mujeres extranjeras que se suicidaron mediante precipitación con los que utilizaron este mecanismo en los demás grupos, obtenemos $X^2 = 14,1593$, que para nuestro grado de libertad corresponde a un valor de $P < 0,001$, que es estadísticamente muy significativo.

Hemos puesto de manifiesto una mayor frecuencia estadísticamente significativa, de ahorcadura entre los varones españoles, de intoxicación por barbitúricos entre los varones extranjeros, de asfixia por sumersión entre las mujeres españolas y de precipitación entre las mujeres extranjeras (Gráfico 12).

El suicidio por arma de fuego ha sido utilizado exclusivamente por varones; 12 españoles y 2 extranjeros, mientras ningún caso aparece entre las mujeres, relacionando los varones españoles que se quitaron la vida por este mecanismo con el resto de los grupos obtenemos una $X^2 = 1,691$, que para nuestro grado de libertad corresponde a $P < 0,5$ con lo cual obtenemos diferencias no significativas si relacionamos el conjunto de varones cualquiera que sea su nacionalidad que se suicidaron mediante arma de



Gráfica 12.— Mecanismo del suicidio en Mallorca según sexo y naturaleza durante el periodo 1971-75

fuego con el de mujeres obtenemos diferencias que tampoco son estadísticamente significativas ($X^2 = 1,242$ grado de libertad = 1, $P < 0,5$).

Creemos haber demostrado que es distinto el mecanismo de suicidio utilizado, según sean españoles o extranjeros y, dentro de dichos grupos, según su sexo. A continuación estudiaremos los grupos que utilizaron cada uno de los principales mecanismos de suicidio, analizaremos su edad media y la posible existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las edades de los grupos que emplearon cada uno de los distintos mecanismos de suicidio, en unas tablas estadísticas expondremos además el sexo y naturaleza según grupos de edad de quienes se suicidaron mediante cada uno de los principales mecanismos.

Las personas que se suicidaron en Mallorca durante el período 1971-1975, mediante la ahorcadura tenía una edad media de 55,7 años; en la tabla XXI podemos observar como mayoría está comprendida entre los 45 y 74 años. Hemos relacionado la edad de las personas que utilizaron este mecanismo con la de los demás. No aparecen diferencias estadísticamente significativas al relacionarlo con la precipitación y arma de fuego, sin embargo existen diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad de quienes utilizaron la intoxicación por gas, la asfixia por sumersión y la intoxicación por barbitúricos. Podemos decir, pues, que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la edad de aquellas personas que se suicidaron mediante ahorcadura respecto a quienes lo hicieron por precipitación o arma de fuego; pero tenían una edad más alta demostrada estadísticamente quienes utilizaron la asfixia por sumersión y una edad menor estadísticamente significativa los grupos que emplearon la intoxicación por gas y la intoxicación por barbitúricos.

Es el grupo de personas que se suicidaron en Mallorca mediante la asfixia por sumersión; aquél cuya edad media es más alta, con 64,3 años; casi todos tenían una edad superior a los 55 años (véase Tabla XXII).

Aquellos grupos numéricamente importantes y que utilizaron un mecanismo de suicidio distinto a la asfixia por sumersión presenta respecto a este último una edad media inferior y estas diferencias según comprobaremos posteriormente son estadísticamente significativas; respecto a la ahorcadura que acabamos de citar. En relación a la precipitación, cuya edad media era de 53,54 años sus diferencias son estadísticamente significativas. En relación a la intoxicación por gas, cuya edad media fue de 41 años y que muestra también diferencias estadísticamente significativas; relacionando la edad media de quienes utilizaron la intoxicación por barbitúricos, que fue de 41,53 años, con la de quienes emplearon la asfixia por sumersión sus diferencias son también estadísticamente significativas; por último relacionando la edad media del grupo que se quitó la vida mediante arma de fuego que fue de 53,5 años, con la de quienes se suicidaron mediante asfixia por sumersión obtenemos diferencias estadísticamente significativas.

El conjunto de las personas que se suicidaron en Mallorca durante el período 1971-75 mediante la intoxicación por barbitúricos tenía una edad media de 41,53. En la Tabla XXV podemos observar cómo su núcleo más importante está comprendido entre los 25 y 44 años, abarcando dicho grupo el 61,5% de los que se suicidaron mediante este mecanismo, y también podemos observar cómo la mayoría eran varones extranjeros, según hemos ya comentado anteriormente. Relacionando la edad media del grupo que se quitó la vida mediante este mecanismo con la que tenían los que utilizaron otro, no aparecen diferencias estadísticamente significativas con relación a la edad de aquellas personas que se suicidaron utilizando la intoxicación por gas, cuya edad media era de 41 años; pero sí fue una edad inferior demostrada estadísticamente al relacionarla con los grupos que se suicidaron mediante la ahorcadura, asfixia por sumersión, la precipitación y mediante arma de fuego.

En la tabla XXIV vemos el grupo de personas que se suicidó en Mallorca mediante un arma de fuego, todos fueron varones, con una edad media de 53,5 años y observando cómo el 78,6% tenían una edad superior a los 45 años. No aparecen diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad de los que se suicidaron mediante intoxicación por gas, precipitación y ahorcadura.

Unicamente aparecen diferencias significativas al relacionarlo con la asfixia por sumersión y la intoxicación barbitúrica. La primera con una edad media mayor y la segunda inferior.

El suicidio por precipitación, según grupos de edad, su sexo y naturaleza, lo exponemos en la Tabla XXIII, en donde podemos observar que, aunque son numerosos los varones o hembras sean españoles o extranjeros, para los últimos predomina el grupo de 25 a 34 años, mientras entre los españoles el grupo más numeroso tiene una edad de 55 a 64 años; la media aritmética de las edades es 53,54. Mediante la T de Student sabemos que no existen diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad de quienes se suicidaron mediante la intoxicación por gas, la ahorcadura y el arma de fuego, pero sí existen diferencias significativas respecto al grupo que utilizó la asfixia por sumersión o la intoxicación por barbitúricos. Los primeros de mayor edad y los segundos más jóvenes.

Por último nos referiremos a la intoxicación mediante gas, cuya edad media fue de 41 años. No existen diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad de los que se suicidaron utilizando la precipitación, la intoxicación barbitúrica o el arma de fuego, pero sí existen diferencias significativas en relación a la edad de los que utilizaron la ahorcadura, o la asfixia por sumersión, ambos con una edad superior.

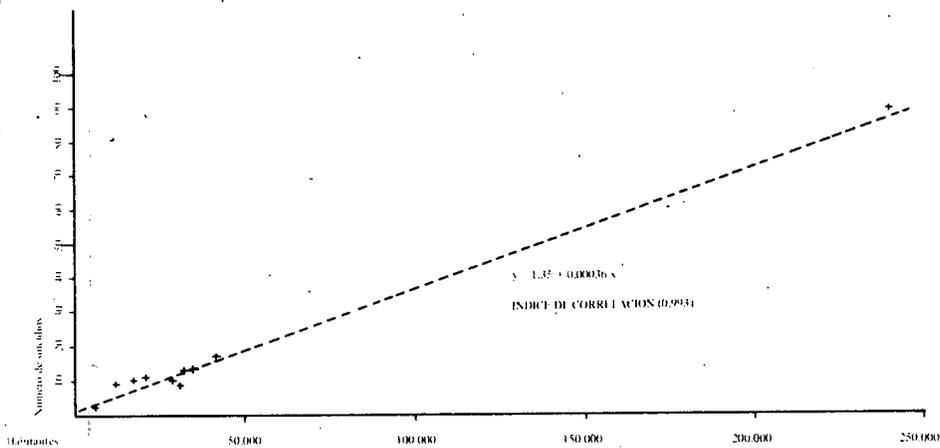
4.12. Coeficiente de suicidios según grupos de edad y coeficiente de correlación entre suicidios y habitantes de las zonas geográficas de Mallorca

Hemos elaborado la Tabla XXVI, donde podemos observar la edad de las personas que se suicidaron en Mallorca, según sexo y naturaleza, y donde vemos que predominan los españoles con edad superior a los 45 años, mientras la mayoría de los extranjeros poseían una edad inferior, cualquiera que sea su sexo. Hemos investigado los habitantes de Mallorca según el Censo de 1970 y, reunidos según los mismos grupos de edad que habíamos utilizado al describir los suicidios, hemos separado también los sexos, buscando la tasa de suicidios por 100.000 habitantes y año en cada uno de los diferentes grupos de edad considerados.

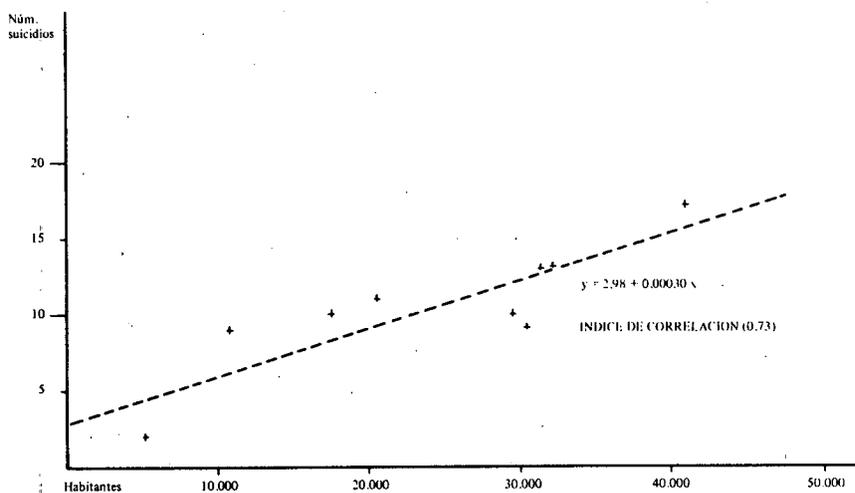
A continuación relacionaremos el número de suicidios ocurridos en cada uno de los grupos de edad de los españoles, con el número de habitantes.

El número de españoles que se suicidaron por cada 100.000 habitantes y año en la isla durante el período analizado aparece más elevado entre los varones que entre las mujeres, para cualquier edad, excepto para los mayores de 85 años, donde las mujeres superaron a los hombres. Si observamos los diferentes coeficientes de suicidio podemos ver cómo entre los varones aumenta a medida que lo hace la edad del grupo considerado, hasta alcanzar su máxima tasa entre los 65 y 74 años, con 35,59 suicidios por 100.000 habitantes y año, para disminuir a continuación. Fenómeno semejante ocurre entre las mujeres, pero con un coeficiente sensiblemente inferior y un incremento que no cesa hasta alcanzar su máxima tasa en el grupo de edad superior a los 85 años. Posiblemente a causa de poseer el grupo de mujeres una tasa de suicidios tres veces inferior a la alcanzada por los varones, en algunos grupos de edad aparece un coeficiente de suicidios por 100.000 habitantes y año similar al que le precede en menor edad, pero a continuación se produce un incremento más acentuado. Podemos resumir diciendo que el coeficiente de suicidios de los españoles en Mallorca durante el período 1971-1975, se incrementa con la edad hasta alcanzar su máximo entre los 65-74 años para el grupo de varones y para 84 o más años entre las mujeres.

En la Tabla XXVII exponemos los coeficientes de suicidio por 100.000 habitantes y año según grupos de edad, incluyendo ahora los acaecidos en Mallorca, cualquiera que sea la nacionalidad de quien lo realizó, pero continuamos separando los sexos. Comentaremos en primer lugar los varones, cuyo coeficiente de suicidios se incrementa con la edad hasta alcanzar los 39,7 suicidios por 100.000 habitantes y año entre los 65 a 74 años. Este incremento sólo faltó para el grupo de edad comprendido entre los 35 a 44 años, que fue superado por el de 25 a 34 años; asimismo en las edades más altas disminuye la tasa para el grupo de 75-84 años y es nulo para el grupo de 85 años o más. Entre las mujeres aparece también



Gráfica 13.— *Índice de correlación de Suicidios-Habitantes, en Mallorca según zonas geográficas, durante el periodo 1971-75*



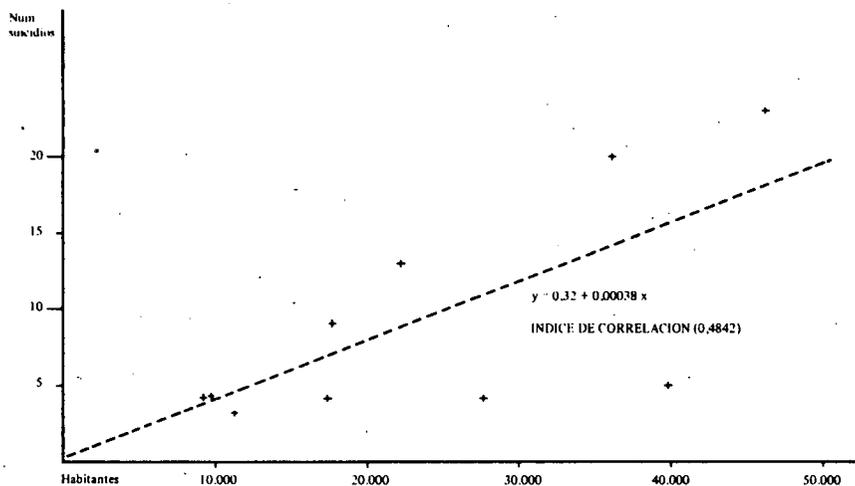
Gráfica 14.— *Índice de correlación de Suicidios-Habitantes, en Mallorca según zonas geográficas, excepto Palma, durante el periodo 1971-75*

este incremento de la tasa de suicidios con la edad, si bien es muy alta entre los 25 y 34 años en relación a las edades anteriores y posteriores, gracias al elevado número de extranjeras que tenían esta edad al quitarse la vida. Para el resto de los grupos existe un incremento de coeficiente a medida que aumenta la edad hasta alcanzar el máximo para las de más de 85 años, que alcanzan así un coeficiente de 16,76 suicidios por 100.000 habitantes y año.

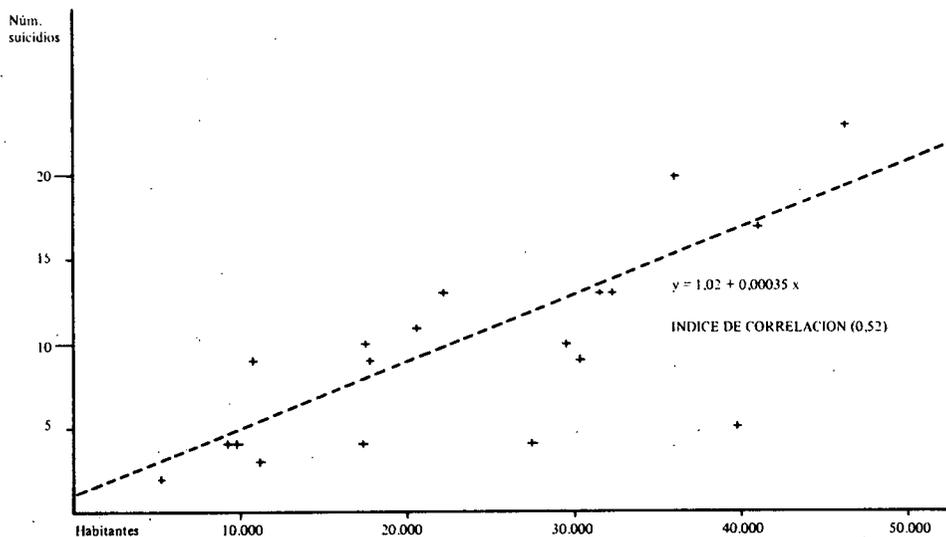
Existen en Mallorca 10 zonas geográficas (según criterio de B. Barceló Pons), buscaremos el coeficiente de correlación entre el número de suicidios de cada zona y el número de habitantes de ellas, así como la ecuación que represente las oscilaciones de suicidios de acuerdo con el número de habitantes. En la Gráfica 13 representamos por X los habitantes y por Y los suicidios; vemos cómo para Mallorca, según sus 10 zonas geográficas, la relación entre suicidio y población corresponde a la ecuación $Y = 1,35 + 0,00036X$ y su coeficiente de correlación es de 0,993 con una $P > 0,001$, es decir, aparece una correlación muy significativa. Caso de referirnos a toda la isla, excepto la zona 1 (Palma) (véase Gráfica 14), obtenemos la ecuación $Y = 2,98 + 0,00030X$ con un coeficiente de correlación de 0,73 que corresponde a una $P > 0,02$ que sigue siendo significativa, pero menos que la anterior. Esta disminución es causada por haber prescindido de los datos de Palma, que tienen una población casi igual al resto de las 9 zonas geográficas y con un coeficiente de suicidios muy próximo a la media de éstas. Más adelante estudiaremos a Palma según sus distritos.

4.13. El suicidio según rama de actividad

Recogemos en la Tabla XXVIII la estructura de la población de Mallorca según rama de actividad, estableciendo tres sectores con 2 grupos en el primario, 6 en el secundario y otros 6 en el terciario; agrupando así la población activa según la Pirámide de Gaston Bardet. A continuación relacionaremos la población de cada grupo según actividad económica con el número de suicidios que corresponde a cada grupo, buscando en cada caso el coeficiente de suicidios por 100.000 habitantes y año. Es en el sector primario donde el coeficiente alcanzó su valor más elevado, con 12,02; le sigue el terciario, con 6,01 y el secundario, con 4,62. Dentro del sector primario el grupo B (extractivas), es el de más alto índice, lo cual parece deberse en gran medida al reducido número de trabajadores dedicados a dicha rama de actividad. Mayor importancia en nuestro criterio concedemos al coeficiente de suicidios del grupo A, que abarca las actividades de Agricultura, Ganadería y Pesca, porque su elevado índice es en base a su alto número de suicidios y trabajadores de dicha rama de actividad y no por el hecho casual de pocos casos de suicidios para un grupo pequeño de productores. Dentro del sector secundario cabe destacar su



Gráfica 15.— *Indice de correlación de Suicidios-Habitantes, en Palma según distritos, durante el período 1971-75*



Gráfica 16.— *Indice de correlación de Suicidios-Habitantes, en Mallorca según zonas geográficas y distritos de Palma, durante el período 1971-75*

reducido coeficiente global 4,62 suicidios por 100.000 habitantes y año, si bien el grupo C que corresponde a Empresarios y Técnicos industriales presentó el elevado coeficiente de 21,22; para el resto de grupos de dicho sector es similar, excepto para el H, dentro del cual no hubo ningún suicidio. El sector terciario registró un coeficiente superior al secundario, pero muy inferior al primario, alcanzando sólo el 6,01. Los grupos con mayor índice son los de Servicios Personales, Comunicaciones y Transportes, Medicina y Asistencia, mientras los de menor índice son los de Comercio, Empleados Administrativos, Cultura, culto y profesiones liberales y defensa y orden (véase Tabla XXIX).

Estudiaremos a continuación la Ciudad de Palma, que por su elevado número de habitantes, próximo al resto de la isla de Mallorca, merece especial consideración. En primer lugar investigamos la estructura de la población de Palma, según sus ramas de actividad, donde además de los sectores primario, secundario y terciario, introducimos los grupos de no activos independientes y no activos dependiente. En aquella época el paro en Mallorca era prácticamente nulo, por ello no recogemos ningún grupo de parados. En la Tabla XXX citamos el número de suicidios de cada sector y grupo según su rama de actividad económica, así como el coeficiente de suicidios de cada uno por 100.000 habitantes y año, entre los que más destacaron por su elevado coeficiente citaremos los del sector primario, con 55,15 y los no activos independientes, con 23,85. Estos últimos forman un grupo numéricamente importante, por consiguiente su alta tasa se debe a una alta cifra de suicidios en números absolutos. La bajísima tasa de suicidios entre los no activos dependientes se debe al numerosísimo grupo de niños. El sector secundario experimentó un aumento muy importante en relación al coeficiente de Mallorca en su conjunto. Observamos un incremento en la tasa de prácticamente todos los grupos, cualquiera que sea la rama de su actividad; la única excepción recae en el grupo B (Extractivas), con un solo suicidio, que ocurrió fuera de Palma.

A continuación analizamos la estructura de población de la isla de Mallorca, excluida Palma, según rama de actividad económica y en la tabla XXXI esponemos el número de suicidios y su coeficiente por 100.000 habitantes y año en cada sector y grupo de los anteriormente descritos. A excepción de las extractivas del sector primario, todos los demás grupos disminuyeron sensiblemente su coeficiente. Esta elevada disminución de tasas en la casi totalidad de las actividades económicas se acompañó de un incremento entre los grupos no activos, en especial el de los independientes, que en su mayoría son jubilados, pues el coeficiente global de Palma y el resto de la isla es muy similar. El único sector que continúa en Palma con una tasa alta es el primario, que aquí dobla al terciario y triplica al secundario.

4.14. El suicidio entre los turistas

Existe en Mallorca un grupo muy importante numéricamente del que hasta ahora no hemos hablado al referirnos a las ramas de actividad, porque pensábamos hacerlo de manera más amplia. Nos estamos refiriendo al grupo de turistas. Existen algunas dificultades para conocer su número y la población a que equivalen; el grupo mejor controlado es el de los turistas extranjeros y que durante el quinquenio estudiado representaron la mayoría absoluta. En base a diversas fuentes, hemos podido conocer el número de turistas que nos visitaron así como el número de días que residieron en Mallorca, de tal suerte que hemos podido conocer el número de estancias por día y turista habidas en Mallorca durante cada año. Dividiendo estas cifras por los días del año obtenemos su equivalencia a una población con un número de habitantes que oscila entre los 67.035 en 1971 y los 79.633 en 1973; que equivalían durante el quinquenio estudiado a una población de 75.431 habitantes de media, obtenemos el coeficiente de suicidios por 100.000 habitantes ocurridos cada año entre los turistas extranjeros, que excepción del año 1975, que obtuvo el coeficiente más alto, con 15,07, fue muy uniforme en los demás años y su media del quinquenio fue de 10,28 suicidios por 100.000 habitantes y año.

4.15. El suicidio en Palma según distritos

Intentaremos analizar ahora de manera particular los suicidios ocurridos en la zona 1, que corresponde a la Ciudad de Palma. De modo semejante a lo efectuado para el conjunto de Mallorca averiguamos el incremento de la población de Palma durante el período 1971-1975 y parece ser que estas oscilaciones anuales se deben más al diferente modo como se llevaron a cabo los censos que a variaciones reales de la Población de Palma. Desde el censo de 1970 y hasta 1974 los incrementos se debían a inscripciones voluntarias, hasta el año 1975, en que se realizó el Padrón Municipal. Por ello hacemos valer como población media del quinquenio 1971-1975; la media de los dos valores extremos del período estudiado, Diciembre de 1970 y Diciembre de 1975. Hemos dividido la Ciudad de Palma en 10 distritos y buscando la población en cada uno de ellos desde 1970 a 1975, apreciando el fenómeno descrito para el conjunto de la Ciudad; por consiguiente al referirnos a los habitantes de cada distrito durante el período 1971-1975 será empleada la media aritmética de los censos de 1970 y 1975.

En la Tabla XXXII indicamos los suicidios ocurridos en cada distrito de Palma durante el quinquenio 1971-1975, así como su coeficiente por 100.000 habitantes y año. En cifras absolutas sobresalen los distritos VII con 23 suicidios y IX con 20; el primero era el más habitado, sin embargo el distrito IX era superado en población por el V, donde apenas

apreciamos 5 suicidios, estas diferencias repercutirán sobre el coeficiente lo cual comentaremos posteriormente con mayor extensión, obtenemos así los coeficientes más altos en los distritos IX y X, es decir en los distritos periféricos, cabe destacar que en ellos y en sus zonas costeras están ubicadas la mayoría de las plazas hoteleras, les siguen los distritos VII, VIII, I y III, y con notable disminución aparecen los distritos II, IV, V y VI. Estos tres distintos grupos de distritos aparecen formando 3 áreas diferentes.

Podemos relacionar el número de suicidios de cada distrito con el de habitantes, como habíamos anteriormente efectuado con las zonas geográficas de Mallorca obteniendo una ecuación $Y = 0,32 + 0,00038X$ (véase Gráfica 15), obteniendo un coeficiente de correlación de 0,4842 y una $P < 0,5$, con lo cual podemos decir que no existe correlación estadísticamente significativa entre el número de suicidios ocurridos en cada distrito y el de habitantes, esta falta de correlación creemos que viene condicionada por factores tales como la ubicación de las plazas hoteleras, de los centros hospitalarios o psiquiátricos. Pues si bien un grupo numeroso se suicidaba en su domicilio, habíamos visto que otros lo hacían en lugares muchas veces despoblados, creemos contribuyó esto último al alto coeficiente de las zonas periféricas de Palma.

Si además de considerar la relación de suicidios - habitantes de los distritos de Palma añadimos los datos de las 9 restantes zonas geográficas de Mallorca (véase Gráfica 16), obtenemos una ecuación $Y = 1,02 + 0,00035X$ y un coeficiente de correlación 0,52; que corresponde a una $P < 0,02$, con lo cual sí podemos afirmar que existe una correlación entre los suicidios y habitantes estadísticamente significativa, pero muchísimo menor a lo que obteníamos comparando sólo las zonas geográficas de Mallorca.

200

5. EL SUICIDIO EN MENORCA

5.1. Generalidades

Muchas características diferencian a la isla de Menorca y a sus pobladores del resto del archipiélago, ya sea en su forma de hablar, de expresarse en sus costumbres y tradiciones, no en balde existió un largo dominio inglés sobre ella. Con una economía más diversificada que las otras islas, también la evolución de la población en Menorca ofrece una peculiar imagen, pues hasta 1960 la fuerte emigración absorbía a todo el crecimiento vegetativo; a partir de entonces la situación se corrigió con una leve inmigración que se hizo muy importante durante el quinquenio 1965-70. Pero más diferentes son aún si cabe sus características geográficas y meteorológicas y a estas últimas se les atribuye con gran frecuencia por parte de los menorquines el origen del su elevado número de suicidios, del que son conscientes o creen al menos poseer. Lo cierto es que este tipo de muertos tiene una mayor difusión y transcendencia que cualquier otra.

Recuerdo que un auxiliar de Mahón me comentó que la mayor parte de las veces en que había un suicidio se enteraba antes de llegar al Juzgado por vecinos o conocidos.

En Menorca, además de analizar el suicidio durante el período 1971-1975, pudimos indagar este fenómeno durante el período 1925-44, por ello la exposición sobre dicha isla constará de estas dos partes, según su orden cronológico.

Los datos relativos al suicidio ocurrido en Menorca fueron recogidos personalmente en el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción de Mahón, cuyo Partido Judicial abarca a todos los municipios de la isla, que son: Alayor, Ciudadela, Ferrerías, Mahón, Mercadal, San Luís y Villacarlos.

5.2. El suicidio en Menorca durante el período 1925- 1944

La indagación del suicidio ocurrido en la isla de Menorca durante el período 1925 - 1944, creemos reviste especial interés, por abarcar la Gue-

rra Española junto con sus años anteriores y posteriores.

Hemos observado durante los años 1925 - 1944 un total de 109 suicidios con una media de 5,45 suicidios por año, al analizar la casuística de cada año, así como su índice según habitantes¹, para el conjunto de los 20 años estudiados obtenemos una media de 12,92 suicidios por 100.000 habitantes y años, superior a lo registrado durante el quinquenio 1971-1975.

Las cifras máximas en lo que a número de suicidios se refiere se obtuvieron en 1943 con 11 y 1928 y 1936 con 10, mientras no aparece ningún suicidio en 1933 y 1938. Hemos observado pocas diferencias según se trate de los años de la guerra, anteriores o posteriores. Si centramos nuestra atención en los primeros días de la contienda civil y exactamente desde el 18 de Julio de 1936 hasta primeros de Agosto, fue cuando se registró la cifra más elevada de suicidios para un período de 15 días, concretamente 5; que tuvieron lugar los siguientes días: 19 de Julio (1 varón), el 21 (1 varón), el 25 de Julio (1 varón y 1 mujer), el día 4 de Agosto (1 varón). Esta importante cifra de 5 suicidios en 15 días para tan limitado número de habitantes no fue observada en ningún otro período similar de los 20 años analizados.

A la entrada de las tropas franquistas el 8 de Febrero de 1939, le siguieron dos suicidios, los demás años analizados registraron siempre en dicho mes menor número de suicidios.

Atendiendo a la distribución según sexo de los 109 suicidios aparece un claro predominio masculino con 77 casos que suponen el 70,64%, las mujeres en número de 32 representan el 29,36% restante. En los diferentes años del período 1925 a 1944 la distribución de varones y mujeres que se quitaron la vida es semejante a la proporción global expresada anteriormente, sólo en el año 1932 las mujeres superaron a los varones; los 19 años restantes son de predominio masculino.

Por medio del Test de Chi Cuadrado podemos saber si el número de suicidios en los diversos años presenta una distribución uniforme o si ofrece eferencias estadísticamente significativas, una vez eliminadas las oscilaciones debidas al azar. Hemos obtenido un valor de $X^2 = 27,07$ que para $n = 19$ (disponíamos de 20 datos pero uno ha sido invalidado para obtener el total), nos da un valor de $P < 0,1$, que por ser superior a 0,05 supone la no eliminación de las oscilaciones debidas al azar y por consiguiente no podemos invalidar la hipótesis de una distribución uniforme de los suicidios en Menorca durante el período 1925 - 1944 por lo cual podemos afirmar que la distribución de los suicidios durante dichos años presenta oscilaciones que pueden ser a causa del azar.

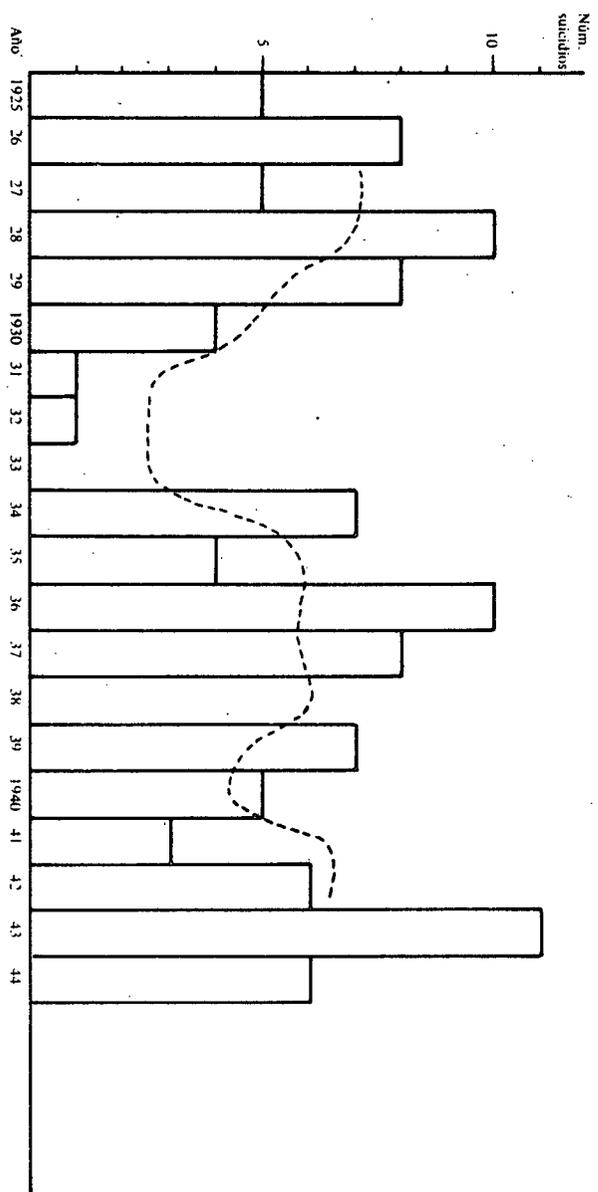
1. Hemos tomado como habitantes de Menorca las cifras que B. Barceló cita en su obra "Evolución reciente y estructura actual de la Población en las islas Baleares", pág. 63.

En el Gráfico 17 representamos las medias móviles en base a 5 años, que nos permite observar la tendencia.

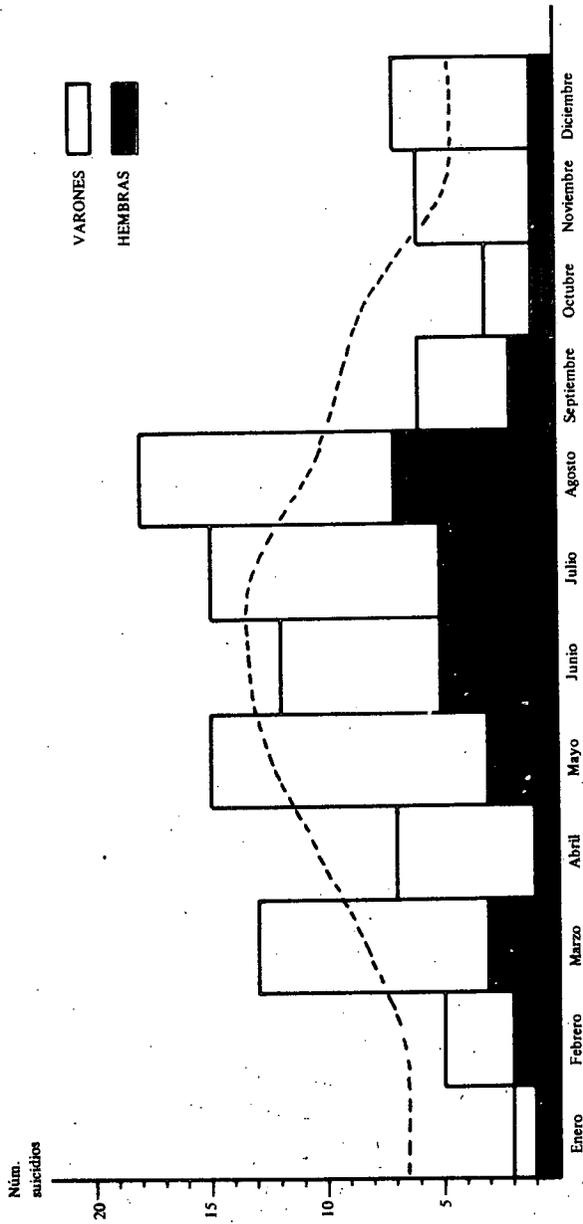
Hemos representado en la Gráfica 18 los suicidios según distribución mensual; sólo en Enero el número de varones y hembras que se quitaron la vida fue igual, en los demás fueron superiores siempre los primeros. Durante el cuatrimestre de Mayo a Septiembre, se registraron 60 suicidios cifra superior a los otros dos cuatrimestres juntos, en porcentaje representa el 55% del total. En la Gráfica 18 mediante las medias móviles en base a cinco meses podemos observar la tendencia y este incremento en el cuatrimestre central. Mediante el Test de Chi Cuadrado podemos analizar si las diferentes cifras obtenidas en cada mes del año, en lo que a suicidios se refiere, presentan diferencias estadísticamente significativas, o si las oscilaciones que aparecen son debidas al azar, para ello previamente establecemos la hipótesis de que el número de suicidios esperado para cada mes será la media aritmética. Obtenemos un valor de $X^2 = 33,58$ que para $n = 11$ (teníamos 12 datos, pero uno ha sido invalidado preceptivamente), nos da un valor de $P 0,005$, que es muy significativo. Podemos, pues, afirmar que las variaciones que aparecen en el transcurso de los diversos meses del año nos permiten invalidar la hipótesis antes expuesta y reafirmar que la distribución de los suicidios en los diversos meses del año presentan diferencias estadísticamente significativas, mediante las medias móviles en base a cinco meses, podemos observar como la máxima frecuencia corresponde a los meses del verano.

Únicamente ha sido posible conocer el mecanismo suicida de 35 personas, lo cual supone casi una tercera parte del total; pero los conocidos no son casos aislados, que podrían corresponder sólo a determinado tipo de mecanismo que permitiese cerciorarse más fácilmente del acto suicida, sino que son consecuencia de un diferente método de trabajo por parte del Juzgado de Mahon, pues hubo periodos en los que sistemáticamente venía reflejado el mecanismo de suicidio seguido de otros en los que estaba ausente; esto es importante destacarlo, porque si sólo estuviera señalado el mecanismo de aquellos más fácilmente atribuibles al suicidio no podríamos deducir del grupo conocido cual era el mecanismo suicida predominante en dicha época. La distribución según sexos de los 35 casos con mecanismos de suicidio conocidos era similar al conjunto general concretamente 26 varones y 9 mujeres.

El mecanismo mayoritario entre los varones fue la ahorcadura, utilizada por el 61,5%. Entre las mujeres predominó la asfixia por sumersión afectando el 66,6% de estas; mientras entre los varones sólo suponía el 26,9%. Otros mecanismos como el arma de fuego tienen presencia exclusiva entre los varones.



Gráfica 17. — Suicidios en Menorca durante el periodo 1925-1944



Gráfica 18.— El Suicidio en Menorca durante el periodo 1925-1944 según sexo y mes

5.3. El suicidio en Menorca durante el período 1971 - 1975

Durante el quinquenio 1971 - 75 recopilamos 20 suicidios, de ellos 14 correspondían a varones cuyo porcentaje era del 70%, mientras los 6 restantes eran mujeres y suponían el 30% restante. Su distribución anual marcadamente uniforme alcanzó sus máximos en los años 1971 y 1973, con 5 suicidios cada uno, mientras 1972 registró sólo 2, correspondiendo a los restantes 1974 y 1975, 4 suicidios cada uno. En ningún año el número de mujeres que se quitaron la vida superó al de varones y sólo en el transcurso de 1972 hubo un equilibrio entre ambos sexos.

Todos los suicidios recogidos en Menorca durante el período analizado corresponden a nacidos y residentes en la isla, por consiguiente todos españoles; 11 se quitaron la vida en Mahon, es decir, el 55% del total, 8 de ellos, es decir el 72,7%, habían nacido en este mismo municipio, el segundo municipio en número de suicidios fue San Luis, con 5 (25% del total), todos ellos habían nacido en el mismo pueblo; en orden decreciente les siguen: Alayor, con 2, ambos nacidos allí, y Ciudadela y Mercadal con 1.

Los suicidios recopilados, en su mayoría, se llevaron a cabo en el propio domicilio, concretamente el 65%; sólo uno se quitó la vida en el lugar de trabajo habitual, mientras el resto lo hizo en diversas zonas despobladas, que no citaremos al no presentar ninguna reiteración.

La distribución mensual del suicidio en Menorca durante el período 1971-1975, presenta su máxima frecuencia en Mayo, con un porcentaje del 25% del total; le sigue Diciembre, con el 20% y Enero con el 15%.

La edad media de aquellas personas que se quitaron la vida en la isla de Menorca durante el quinquenio estudiado alcanzó los 64,45 años, superando a las observadas en las demás islas. La edad media de las mujeres que se suicidaron en Menorca fue superior a la de los varones, con 65,3 años para las primeras y una desviación estándar de 6,8605, mientras los segundos tenían 64,1 años y su desviación estándar fue de 18,006; mediante la T de Student podremos saber si estas diferencias son estadísticamente significativas; hemos obtenido una T de 0,226, que para nuestro grado de libertad de 18 supone la no existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las edades de los varones y mujeres que se suicidaron en Menorca, durante el período 1971 - 1975. Por tener el grupo estudiado la nacionalidad española y, además, habiendo nacido todos en Menorca, no podemos establecer diferentes grupos según edad y naturaleza.

En la Tabla XXXIII hemos clasificado los varones y mujeres que se suicidaron en Menorca durante el quinquenio analizado, según grupos de edad, podemos observar que la máxima frecuencia aparece entre los 65 y 84 años, y dicho grupo de edad representa el 50% de la casuística global. Vemos pues que la edad, tanto de los varones como de las mujeres era muy alta, únicamente el 10% de los suicidios se referían a personas de menos de 45 años.

Atendiendo al estado civil de quienes se quitaron la vida aparece un predominio de solteros y casados frente al de viudos, pero también las cifras de población de los dos primeros grupos es más numeroso que el tercero. En la Tabla XXXIII, además de las cifras absolutas totales de los suicidios, según su estado civil, ofrecemos la frecuencia de éstos, según el grupo de edad al que pertenecen; donde podemos observar un predominio de casados entre los 75 y 84 años, que representan el 42,9% de aquéllos; los solteros alcanzan su mayor frecuencia entre los 65 y 84 años, con un porcentaje en su grupo de 57,1%; y para los viudos al grupo de 55 a 74 años representa el 80%.

Hemos podido observar cómo la mayor frecuencia corresponde en el grupo de casados a una edad superior que la alcanzada por los viudos, entre los solteros aparece un predominio en un grupo de edad inferior al de casados y superior al de viudos.

Entre las personas que se suicidaron en Menorca durante el período objeto de nuestro estudio el 35% habían efectuado anteriormente intento de suicidio conocido. Este es el Partido Judicial de las Baleares donde un mayor porcentaje de personas suicidadas poseía un antecedente de un intento de quitarse la vida. Predominan las mujeres en número de 4 frente a 3 varones; entre las primeras una había efectuado dos intentos de suicidio. Las cifras ofrecidas son indudablemente las mínimas, quizás los datos reales sean más elevados, pues en muchas ocasiones, cuando alguien ha realizado un intento de suicidio, los familiares y amigos intentan ocultarlo, posiblemente al ser Menorca una población pequeña resulta difícil ocultar hechos conocidos por todos y creemos que por ello estas cifras mínimas citadas son muy cercanas a las reales, a diferencia de la casuística recogida en las otras islas, que es sensiblemente inferior.

El método de suicidio más empleado en Menorca durante el quinquenio estudiado es, sin duda alguna, la ahorcadura. Fue utilizado por el 70% de los suicidas, sin embargo es mucho más marcado su predominio entre los varones afectando el 85,7%, mientras entre las mujeres sólo representó el 33,3%. La edad media de quienes se quitaron la vida mediante la ahorcadura fue de 65,9 años, con una desviación standard de 17,73, el grupo que se suicidó utilizando otro mecanismo tenía una edad media de 61 años y una desviación standard de 7,321. Al obtener una T de Student de 0,157 podemos observar que para nuestro grado de libertad corresponden a unas edades que no presentan diferencias estadísticamente significativas. Vemos pues que las diferentes edades de los grupos que se suicidaron mediante ahorcadura y otros mecanismos presentan unas diferencias que pueden ser debidas al azar.

Analizando la frecuencia en cada grupo de edad según sexo de aquéllos que se suicidaron en Menorca mediante la ahorcadura, aparece un claro predominio entre los varones para el grupo de 75 a 84 años, mientras entre las mujeres el grupo de 65 a 74 años recoge la totalidad de las que se suicidaron mediante la ahorcadura. En cifras absolutas aparecen un total

de 12 varones y 2 mujeres.

Hubo otros mecanismos de suicidio además de la ahorcadura. En la Tabla XXXIV ofrecemos sus cifras según sexo, destacaremos únicamente el predominio de la intoxicación medicamentosa entre las mujeres e igual casuística en ambos sexos en los de precipitación y asfixia por sumersión, a pesar de representar el sexo femenino, tan sólo el 30% de las cifras de suicidio totales ocurridas en Menorca, a causa sin duda de este gran predominio de la ahorcadura entre los varones que ya hemos citado anteriormente.

Para el conjunto de la isla de Menorca durante el quinquenio estudiado se obtuvo un índice de 7,81 suicidios por 100.000 habitantes y año. Atendiendo a cada uno de los diversos años del período fueron 1971 y 1973 los que alcanzaron la tasa más alta con 9,77, mientras en 1972 sólo se alcanzó 3,97, correspondiendo a 1974 y 1975 un índice de 7,82.

Durante el período analizado fue San Luis el municipio que registró el índice de suicidios por 100.000 habitantes y año más alto, con 43,49, mientras Mahon obtenía 11,24, Alayor 7,55, Mercadal 7,20 y Ciudadela 1,25; y no registraron ningún suicidio y en consecuencia una tasa nula, los municipios de Ferrerías y Villacarlos.

Entre las características más reseñables del suicidio ocurrido en Menorca durante el período 1971 - 1975 destacaremos el origen menorquín de todos aquéllos que se suicidaron, con unas tasas más altas que en las otras islas, un mecanismo de suicidio con un alto predominio de la ahorcadura, que destacaba de manera especial entre los varones, así como un elevado número de intentos previos al suicidio consumado.

6. EL SUICIDIO EN IBIZA Y FORMENTERA DURANTE EL PERIODO 1971 - 1975

Las islas de Ibiza y Formentera, llamadas también Pitiusas, tienen una estructura de población similar a la de Menorca, con una emigración importante hasta el quinquenio 55-60, que no llega a anular completamente el crecimiento. Pero cambia bruscamente en el período 60-65 y, paralelamente a un brusco despegue turístico, conoce una inmigración superior al propio crecimiento vegetativo. La distribución de la población entre los municipios es bastante uniforme a excepción de Ibiza capital, que con más del 40% de la población de la isla supone una macrocefalia similar a la de Mallorca.

Para analizar el suicidio en las islas de Ibiza y Formentera nos desplazamos a la primera de ellas, donde está situado el Juzgado de Instrucción con jurisdicción sobre las dos islas y en cuyos archivos se encuentran guardados los datos relativos a los suicidios ocurridos a su Partido Judicial; para lo cual se siguió la sistemática descrita al referirnos al método.

El Partido Judicial de Ibiza extiende su Jurisdicción sobre las poblaciones de: San Antonio, San José, San Juan, Santa Eulalia del Río e Ibiza, en la isla de dicho nombre, así como la vecina de Formentera.

Durante el período 1971-1975 (5 años) recogimos datos relativos a 14 suicidios, que en su mayoría corresponden a varones, 11 casos que suponen el 78,6%, mientras sólo tres eran mujeres, perteneciendo a este grupo un porcentaje del 21,4%, poco más de la quinta parte. Los dos últimos años del quinquenio estudiado suponen la mayoría de los suicidios con un número de 13, mientras a través de los tres primeros años examinados (1971 - 1973) sólo recogimos uno, este gran incremento no lo observamos en ninguna otra isla. Pero podría deberse al azar, ya que las cifras globales no son muy altas.

Hemos averiguado el número de habitantes de Ibiza y Formentera en su conjunto, así como los de cada uno de sus municipios, pero a pesar de conocer las cifras de los cinco años sólo valoraremos las de 1970 y 1975, porque, mientras la población de 1970 corresponde al Censo Oficial, durante los años 1971 a 1974 estas cifras sólo aumentaban en base a las perso-

nas que por propia iniciativa se inscribían, y éstas eran pocas, hasta la llegada del 31 de Diciembre de 1975, cuando los Municipios elaboran la población padronal según renovación; esta última de exactitud parecida a la del Censo recoge todos aquéllos que no se habían inscrito durante los cinco años anteriores. Son pues los dos únicos censos fiables y, por corresponder el primero al inicio de nuestro estudio y el segundo a su final, cuando comparemos nuestras tasas de suicidio del período 1971 - 1975 con la población lo haremos utilizando la media aritmética del censo de 1970 y la población padronal de 1975.

Siempre que comparamos el número de suicidios con los habitantes de una población utilizamos (como viene siendo norma habitual en todo el mundo) la tasa de suicidios por 100.000 habitantes y año. Corresponde a Ibiza y Formentera, consideradas en su conjunto, durante el período analizado, una tasa de 5,75; consigue pues este Partido Judicial la más baja de la provincia, tan sólo el Municipio de Sant Joan de Portmany, con 12,03, alcanza una tasa superior a la media de Baleares. Las demás poblaciones: Formentera con 6,05, Eivissa con 4,46, Sant Antoni de Portmany con 4,57, Sant Josep con 7,21 y Santa Eulàlia del Riu con 6,32, obtuvieron una tasa inferior a la media de la provincia.

Clasificamos en tres grupos según naturaleza a quienes se suicidaron en Ibiza y Formentera durante el período estudiado. El primero y más numeroso corresponde a los seis que habían nacido en Ibiza (42,8% del total), en un segundo grupo incluimos a todos aquéllos nacidos en el resto de España, el cual está formado en su totalidad por personas cuyo origen corresponde a la Península, los reunimos bajo esta última denominación, representando el 28,6% del total con una cifra absoluta de 4. Por último agrupamos a los extranjeros en número también de 4 formando el tercer grupo con un porcentaje sobre el total de 28,6%. Vemos pues que los nacidos en Ibiza y Formentera suponen menos de la mitad.

Los 14 suicidios recogidos en Ibiza y Formentera no se distribuyeron de manera uniforme a través de los 12 meses del año. En Junio, Julio, Octubre y Noviembre no se registró ningún suicidio, mientras en Septiembre hubo tres, al igual que Diciembre; los dos meses considerados en conjunto representaron el 43% del total; en segundo lugar en orden decreciente aparecen Marzo y Agosto, con dos suicidios cada uno, mientras en los demás meses no citados hubo uno solo, pero estas diferencias no son estadísticamente significativas.

La edad media de los suicidas fue el 41,6 años, pero si separamos los varones de las hembras, para los primeros obtenemos una edad de 45,1 y una desviación standard de 20,403, mientras las mujeres tenían una edad media de 29 años y una desviación standard de 7,937. Pero estas diferencias no son estadísticamente significativas al obtener una T de Student de 2,0977, que para nuestro grado de libertad de 12 supone una $P < 0,1$. Si comparamos los cuatro extranjeros con una edad media de 24,5 años y una desviación standard de 5,446, con los 10 españoles que tienen una me-

dia de 48,5 años y una desviación standard de 18,75, obtendremos una T de Student de 3,6783, que para nuestro grado de libertad, que es 12, equivale a una $P < 0,001$, que es altamente significativa. Vemos pues que las edades de los españoles y extranjeros tienen diferencias estadísticamente muy significativas. Por último relacionamos la edad de los nacidos en Ibiza, con una media de 56 años y una desviación standard de 19,483, con la edad de los nacidos fuera de Ibiza, cuya media fue de 30,87 años y su desviación standard de 10,934 y obtenemos una $T = 5,0369$, que para nuestro grado de libertad de 12 supone una $P < 0,001$. Hemos comprobado pues que las edades de los nacidos en Ibiza y Formentera que se suicidaron ofrecen diferencias estadísticamente muy significativas respecto a los que nacieron fuera y se quitaron la vida allí.

Observando el estado civil de aquéllos que se suicidaron en Ibiza y Formentera, hemos podido comprobar que no había ningún viudo, mientras los solteros y casados eran numéricamente iguales. Estos últimos con una edad algo superior a la de los solteros y con un predominio para el grupo de 25 a 34 años de edad, pero esta mayor presencia no es estadísticamente significativa.

Agrupando los suicidas en grupos de edad de diez años cada uno, con la excepción del primero, que incluye a los de menos de quince y observando dicha clasificación podemos destacar la diferente edad de las mujeres y los varones, así como el grupo más numeroso de suicidios entre los hombres, que ocurrió entre los 25 y 34 años, al igual que entre las mujeres. Agrupando los dos sexos dicho grupo de edad supone el 35,8% del total de los suicidios.

El mecanismo de suicidio más utilizado en Ibiza y Formentera durante el período estudiado fue la precipitación, con 4 casos y un porcentaje del 28,6% del total, afectando a dos varones y dos hembras, repartidos por igual entre nacidos en Ibiza y en la península. Ningún extranjero se suicidó utilizando dicho mecanismo, creemos que esta circunstancia se debe al bajo número de casos recogidos pues en Mallorca con una casuística más numerosa, la precipitación fue muy frecuente entre los extranjeros. El segundo lugar en orden decreciente lo ocupa la ahorcadura, con tres casos recogidos, todos ellos varones y nacidos en Ibiza; con tendencia similar a la observada en Mallorca y Menorca es el mecanismo más utilizado por los varones y en especial por los españoles. Dos suicidas utilizaron el arma de fuego, igual número emplearon la intoxicación medicamentosa, los cuatro fueron varones, si bien los dos primeros eran extranjeros y los dos últimos eran peninsulares. El resto de los mecanismos, asfixia por sumersión, intoxicación por CO y por plaguicidas, registraron un sólo caso.

Entre las circunstancias personales y sociales de aquéllos que se quitaron la vida en Ibiza y Formentera destacaremos la presencia de tres Hippis; una persona de edad avanzada que se suicidó delante del cementerio, otro aquejado de una enfermedad incurable y que decidió poner fin a sus días, un hombre que se quitó la vida por sus deudas de juego y una chica a la

que su novio había dejado.

Entre las características del suicidio consumado en Ibiza y Formentera que las diferencian del resto de las islas Baleares destacaremos las bajas tasas obtenidas entre la población autóctona de las islas, con una mayoría de casos entre la población extranjera o peninsular, asimismo hemos de destacar una edad media distinta entre la población de las islas y la de extranjeros y peninsulares que se suicidaron.

7. EL SUICIDIO EN BALEARES DURANTE EL PERIODO 1971 - 1975

7.1. Introducción

Hasta ahora hemos realizado un análisis del suicidio consumado acaecido en cada una de las islas Baleares; intentaremos a continuación efectuar un estudio global del suicidio ocurrido en dicha Provincia; pretendemos además establecer una relación entre las diferentes casuísticas ya descritas, destacando las particularidades de cualquier isla o zona geográfica, junto con las características que les sean comunes. Pero el interés fundamental de este capítulo dedicado a Baleares en su conjunto creemos que radica en la identificación de aquellos grupos de edad según sexo y estado civil de más alto riesgo suicida, pues esto último no ha sido posible efectuarlo aisladamente en cada una de las islas o zonas descritas. Intentaremos también estudiar con mayor amplitud a este importante grupo de turistas que se quitaron la vida en las islas Baleares que suponen un 19,8% de la casuística global de la Provincia.

7.2. Distribución anual y mensual

Durante el período 1971-1975 hubo una media de 43,4 suicidios anuales; las oscilaciones más amplias aparecieron durante los dos primeros años, mientras el último trienio fue más uniforme. En lo referente a la distribución según sexo, en nuestro quinquenio aparece un claro predominio masculino, 74,2%, mientras el 25,8% restante corresponde a mujeres; esta proporción no fue siempre uniforme durante los 5 años analizados, la participación masculina, duplicando siempre a la femenina, alcanzó el año 1975 el 80% del total de suicidios, observando cómo las oscilaciones anuales del suicidio de varones y mujeres no transcurren paralelos para ambos sexos, en ocasiones al aumentar los primeros disminuyen las segundas o viceversa, a diferencia de lo observado en Mallorca la estudiar dicho fenómeno.

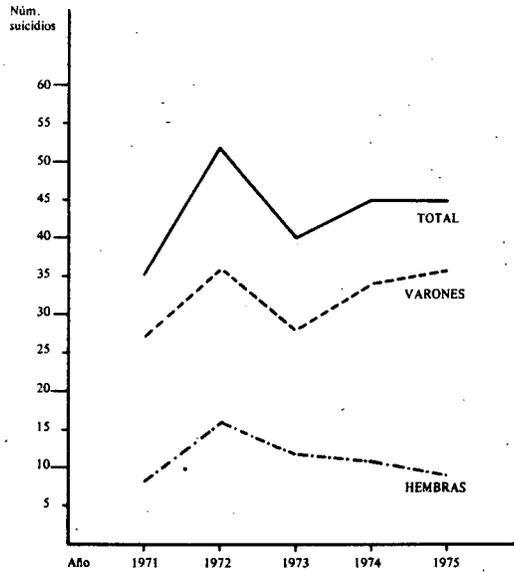
Atendiendo a la distribución mensual del suicidio en las islas Baleares fue el mes de Agosto el que registró la máxima frecuencia, con 26 casos y un porcentaje del 12%; le seguían Mayo, con 25 y Enero, con 24, mientras los meses que menor número de suicidios registraron fueron Febrero y Junio, con 12 cada uno. Según trimestre fue el de Julio a Septiembre el que mayor tasa obtuvo y el que menos Octubre-Diciembre.

7.3. Distribución según naturaleza

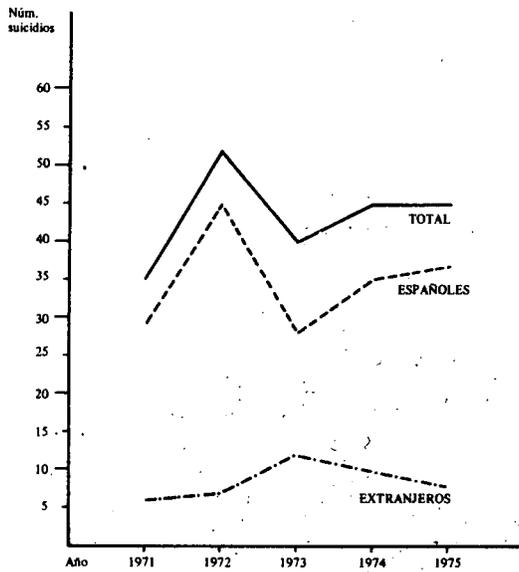
Analizando los grupos de españoles y extranjeros según el año en que se suicidaron, prácticamente ninguna similitud se observa en cuanto a las oscilaciones de dichos conjuntos; más bien parece todo lo contrario, pues el año 1973, cuando la cifra de extranjeros que se suicidaron, alcanzó la cúspide se acompaña del número más reducido de españoles y al sobrepasar estos últimos durante 1972 fue la cifra de extranjeros una de las más bajas del lustro estudiado.

Atendiendo a la naturaleza de quienes se quitaron la vida en Baleares durante el quinquenio estudiado, hemos elaborado la tabla XXXV, donde establecemos 6 orígenes distintos: Mallorca, Menorca, Ibiza, Formentera, Península y un sexto grupo que lo constituyen los extranjeros; los nacidos en Mallorca forman el conjunto mayoritario, tanto en lo que se refiere a varones como hembras; le sucede para el grupo de hombres los peninsulares seguidos de los extranjeros, mientras entre las mujeres se invierte el orden y son las extranjeras seguidas de las peninsulares quienes ocupan los lugares segundo y tercero, según puede observarse en la Tabla, Menorca se sitúa en 4.º lugar, tanto de manera global como considerando a cualquiera de los dos sexos, por último les siguen Ibiza y Formentera. Nos referiremos con mayor extensión a los extranjeros, que en número de 43 correspondían a 15 naciones distintas (véase Tabla XXXVI), donde predominan los alemanes, suecos e ingleses, los cuales en su conjunto representan el 46,5% de los extranjeros que se suicidaron en Baleares, más adelante relacionaremos estas cifras con las de quienes visitaron dicha Provincia; atendiendo al sexo fueron 31 varones y 12 mujeres, estas últimas con un porcentaje del 27,9%, superior por consiguiente al que alcanzarían las mujeres españolas entre esta nacionalidad, pero en ambos casos era muy próximo a una cuarta parte del total.

Los nacidos en la Península forman un conjunto de 46 casos, de los cuales sólo 8 correspondía a mujeres, es decir, el 17,4%, mientras los 38 restantes fueron varones (82,6%), con un predominio masculino bastante marcado en relación al grupo de extranjeros. Atendiendo a la provincia de origen de los nacidos en la Península ocupa el primer lugar de manera destacada Granada con 7 casos y le siguen Málaga, Murcia y Valencia con 4 y, en su conjunto, las cuatro provincias abarcan el 41,3% de los nacidos en la Península. Agrupados por regiones (véase Tabla XXXVII) correspon-



Gráfica 19.— *El Suicidio en Baleares según sexo y año*



Gráfica 20.— *El Suicidio en Baleares según naturaleza*

de a Andalucía y Murcia el porcentaje del 58,7%, le siguen Cataluña y Valencia, con el 17,4%, Castilla la Vieja, Galicia, León y Asturias con el 15,2%, Castilla la Nueva y Extremadura con el 6,5% y Vascongadas, Navarra y Aragón con el 2,2%. Corresponde a la primera región mencionada, Andalucía y Murcia, la mayor inmigración de Baleares; es lógico pues este alto porcentaje.

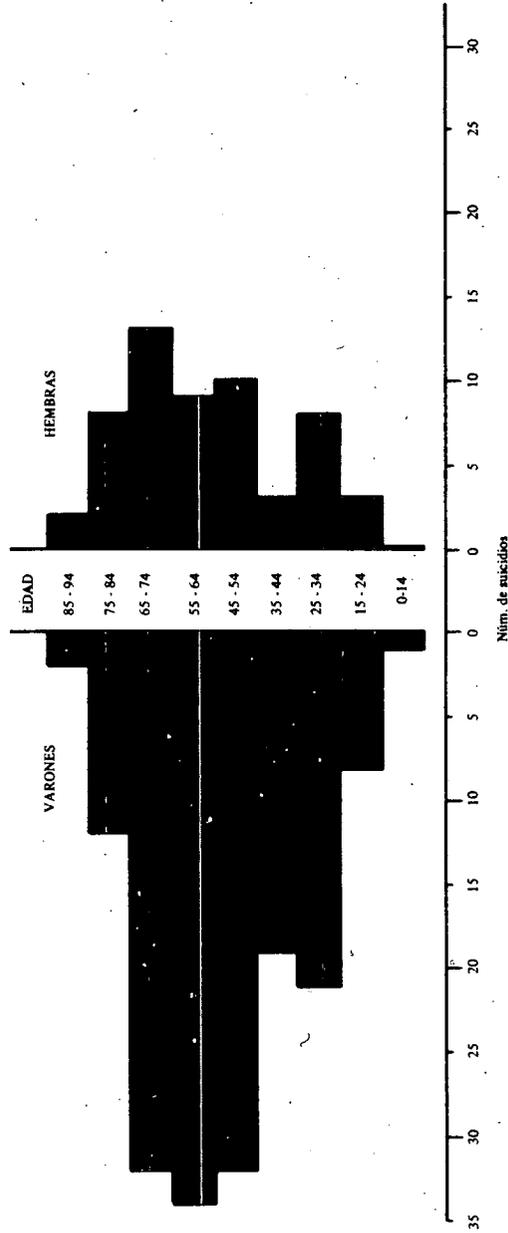
7.4. Distribución según edad

La edad media de quienes se suicidaron en Baleares durante el período 1971-1975 fue de 53,6 años. En el Gráfico 31 agrupamos por períodos de 10 años de edad a las personas que se quitaron la vida en Baleares y situamos a nuestra derecha las mujeres y a la izquierda los varones, para estos últimos la mayoría se encuentran entre los 45 y 74 años. La edad media de los varones fue de 52,74 años de edad, con una desviación standard de 16,15, mientras la media entre las mujeres fue de 56,25 y su desviación standard de 18,990; mediante la T de Student podemos saber si estas edades poseen diferencias estadísticamente significativas y obtenemos una $T = 1,2398$, que para nuestro grado de libertad que es de 215 corresponde a $P < 0,5$ y por consiguiente podemos decir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la edad de las mujeres y la de los hombres que se suicidaron en Baleares durante el período estudiado.

Para el conjunto de españoles la edad media fue de 56,99 y la desviación standard de 16,306, mientras para los extranjeros la media fue de 40,06 años y la desviación standard de 15,57, mediante la T de Student obtenemos un valor $T = 6,3204$ que para nuestro grado de libertad de 215 corresponde a $P < 0,001$, que es inferior al 0,05 exigido para un 95% de certeza y por consiguiente podemos afirmar que existen diferencias estadísticamente significativas entre la edad de los españoles y la de los extranjeros que se suicidaron en Baleares.

El hallazgo de estas diferencias nos ha estimulado a la búsqueda de unas posibles relaciones entre las edades de los varones extranjeros y españoles en primer lugar y entre las mujeres posteriormente.

Los varones extranjeros tenían una edad media de 41,58 años con una desviación standard de 14,82, mientras entre los españoles era de 55,34 y 16,30 respectivamente, si buscamos la T de Student obtenemos un valor $T = 4,55998$, que para nuestro grado de libertad corresponde a una $P < 0,001$, que permite invalidar la hipótesis y afirmar que existen diferencias estadísticamente significativas entre la edad de ambos grupos. Por último hacemos referencia a la edad media de las mujeres españolas que fue de 61,72, con una desviación standard de 15,55 y las extranjeras con una media de 36,166 y la desviación standard de 17,25, buscaremos también la T de Student a pesar de que la simple observación permite apreciar una diferencia muy marcada; obtenemos una $T = 4,643$, que para



Gráfica 21.- El Suicidio en Baleares según sexo y edad durante el periodo 1971-75

nuestro grado de libertad de 54 corresponde a una $P < 0,001$, que al ser inferior a 0,05 permite invalidar la hipótesis y afirmar que existen diferencias estadísticamente significativas entre las edades de las mujeres españolas y extranjeras que se suicidaron en Baleares durante el lustro estudiado.

En la tabla XXXVIII podemos observar el número de españoles y de extranjeros que según sexo corresponde a cada uno de los distintos grupos de edad, entre los varones españoles se alcanzó la mayor frecuencia para el grupo de 45 a 74 años. Este predominio entre las mujeres españolas afectó al grupo de 65 a 74 años mientras la máxima frecuencia se alcanza entre los extranjeros y para los dos sexos entre los 25 a 34 años.

7.5. Distribución según estado civil

Nos referiremos a continuación al estado civil de los distintos grupos de edad que se suicidaron en Baleares, según sexo el conjunto de varones supone 161 casos de los que en 9 se desconocía el estado civil, observamos en la tabla XXXIX una masiva presencia de casados con 89 casos, le sigue la de solteros con 48 y en último lugar la de viudos con 17, más adelante compararemos estos datos con el número de habitantes de cada uno de los diversos grupos de edad. Entre las mujeres aparece un grupo más reducido de 55 casos de entre las cuales sólo en 1 el estado civil era desconocido, en el resto aparece una manifiesta mayoría de casadas, le sigue en cifras absolutas el de viudas y con un número cercano, pero inferior, el de solteras; entre los varones ocurrió el fenómeno contrario, era el grupo de varones solteros el que doblaba al de viudos.

Estudiaremos a continuación el estado civil, según edad y sexo de los españoles, comenzando por el grupo de varones, observamos un manifiesto predominio de casados, que representan el 58,5% del total; le sigue el número de solteros con 38 y el viudos con 16. Según grupos de edad aparecen la mayoría de solteros entre los 45 y 55 años. El grupo de casados no ofrece un predominio tan marcado en su máxima frecuencia, sino que vemos su predominio entre los 45 y 74 años, recogiendo así el 71% de los de dicho estado civil, corresponde al grupo de viudos la mayor edad para su máxima frecuencia, alcanzándose entre los 65 y 74 años.

Entre los varones extranjeros parece un grupo porcentualmente importante, cuyo estado civil es desconocido, mientras los solteros, con 10 casos y los casados con 11 son los grupos más numerosos, frente a un solo viudo. Este hecho creemos guarda relación con la edad de los extranjeros que generalmente era inferior a la de los españoles, alcanzando según podemos observar su máxima frecuencia entre los 25 y 34 años para el grupo de varones extranjeros en su conjunto.

Nos referiremos a continuación a las mujeres españolas, según su estado civil y edad. Observamos un grupo de viudas muy numeroso, que alcanza el 34,1% del total; éste es un porcentaje más alto que entre las sol-

teras y muy cercano, aunque inferior al de casadas; sus edades muy similares para ambos grupos, entre las solteras alcanzaba su mayor frecuencia entre los 65 y 74 años, siendo la misma edad que para las viudas. Hemos señalado también anteriormente la elevada edad media de este grupo de mujeres españolas.

Entre las mujeres extranjeras observamos un claro predominio de solteras y casadas de modo similar a como habíamos puesto de manifiesto entre los varones extranjeros; la edad predominante es entre los 15 y 44 años, que abarca al 75% del grupo y afectando a la totalidad de las solteras y al 60% de las casadas.

Analizamos el número de habitantes de cada grupo de edad según sexo y estado civil, según los datos del Censo de 1970, ello nos permitirá relacionar los suicidios según edad, sexo y estado civil con los de la Población y expresarlo mediante tasas por 100.000 habitantes cada grupo y año, pudiendo así identificar aquéllos que obtengan el coeficiente más elevado. Estos grupos serán los de mayor riesgo suicida.

Observamos en la Tabla XLI los coeficientes de suicidio por 100.000 habitantes y año de cada grupo de edad, según sexo y estado civil, tanto en lo que se refiere a varones como a mujeres y corresponde para casi todas las edades unos coeficientes para los casados inferiores al de solteros, mientras para grupos de más de 45 años los viudos y viudas superan también a los casados. Entre los varones observamos unos coeficientes más altos que entre las mujeres; era ello de esperar a causa de tener el conjunto de las Baleares 1 suicidio femenino para cada 3 masculinos. Existen tres grupos de varones con un riesgo suicida realmente elevadísimo, corresponde a un coeficiente de más de cien suicidios por 100.000 habitantes de dicho grupo y año; éstos son los varones viudos de 45 a 55 años y los solteros de 75 a 84 y los de más de 85 años. Son pues los viudos más jóvenes y los solteros de mayor edad las personas de riesgo suicida más elevado, es decir, aquellos varones que no dependen de nadie. Entre las mujeres se alcanzan las tasas más altas entre las solteras y viudas de mayor edad, siendo de 5 a 6 veces inferior a la observada para los varones. Los grupos señalados de alto riesgo suicida lo son no por el hecho casual de un año sino por el promedio del quinquenio estudiado.

7.6. Distribución según zonas geográficas

Dividimos las islas Baleares en 12 zonas geográficas, diez de ellas corresponden a Mallorca, mientras las 2 restantes se refieren a Menorca, Ibiza y Formentera. Analizando el número de suicidios consumados ocurridos en zona de Baleares así como su porcentaje sobre el total de la Provincia, sobresale la zona 1 de Mallorca, que corresponde a la Ciudad de Palma, la cual alcanzó el 41% de los suicidios de Baleares. ...

Cuando comentábamos cada una de las islas Baleares citábamos el número de habitantes de sus zonas geográficas y los motivos por los que utilizábamos la media aritmética de los Censos de 1970 y 1975 para referirnos a la población del quinquenio, mientras en la Gráfica 22 citábamos el número de suicidios ocurridos en cada zona geográfica, los cuales ahora relacionaremos con el de habitantes obteniendo así la ecuación $Y = 0,94 + 0,00036 X$ y cuyo coeficiente de correlación entre los habitantes y suicidios de las zonas geográficas es de 0,9889, que corresponde a $P < 0,001$, (véase Gráfica 23). Es este índice muy alto y denota una alta correlación entre el número de habitantes y suicidios de cada una de las zonas geográficas, pero la casuística que se refiere a Palma es excesivamente alta en relación a las demás zonas, por lo que vamos a subdividirla en sus 10 distritos ya descritos ampliamente anteriormente, obteniendo así 21 sectores cuyos suicidios y población vamos a relacionar (véase Gráfica 24), donde la ecuación que obtenemos es $Y = 1,33 + 0,00033 X$ y el coeficiente de correlación 0,58 muy inferior al anterior, y que corresponde a un valor de $P < 0,01$, que sigue indicando una relación estadísticamente significativa entre la población de cada sector y el número de suicidios ocurridos en ellos.

7.7. Mecanismo del suicidio

7.7.1. Frecuencia global

El mecanismo de suicidio más utilizado en Baleares fue la ahorcadura, empleado por el 43,8% de las personas que se quitaron la vida en dicha provincia durante el intervalo 1971-1975; le sigue la precipitación, con un porcentaje del 17%; la asfixia por sumersión, con el 12%; intoxicación por barbitúricos, con el 7,8% y arma de fuego, con el 7,3%; mientras los demás mecanismos de suicidio así como sus cifras absolutas porcentuales pueden observarse en la Tabla XLIII.

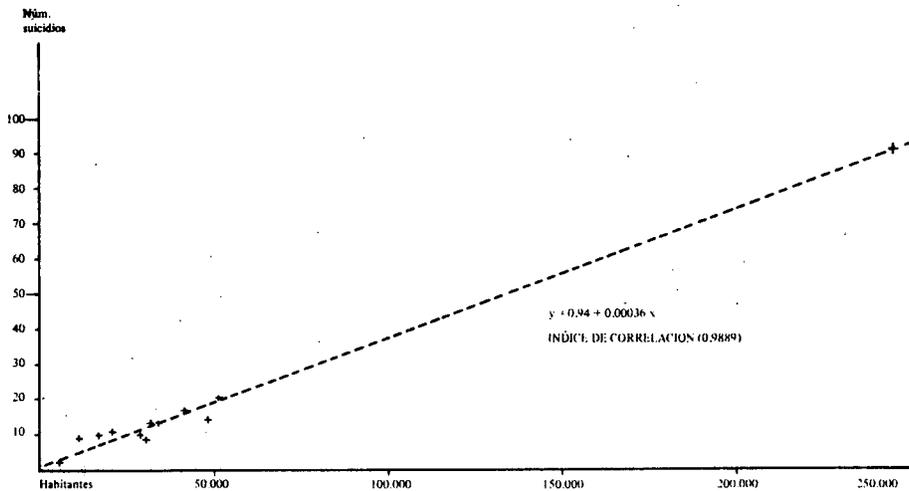
A continuación vamos a dividir el conjunto de las personas que se suicidaron en la provincia en dos grupos atendiendo a su sexo y más adelante según su naturaleza; mediante este procedimiento podremos conocer el mecanismo que utilizaron los distintos grupos, así como la existencia o no de diferencias estadísticamente significativas entre éstos. En una segunda fase reuniremos las personas que utilizaron cada uno de los diversos mecanismos y mediante la T de Student buscaremos la posible existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las edades medias de cada grupo en relación a los demás.

7.7.2. Distribución según sexo y naturaleza

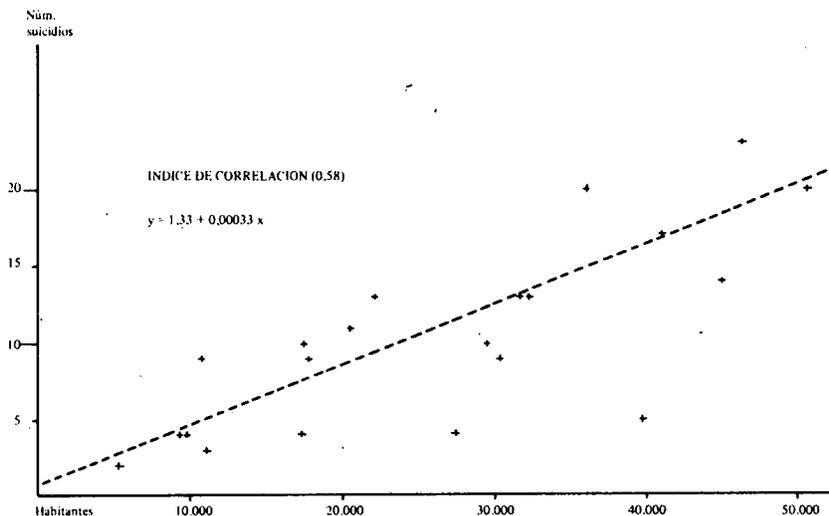
Al referirnos al mecanismo empleado por los varones, aparece la



Gráfica 22.— Suicidios en cada zona geográfica de Baleares durante el período 1971-75 y porcentaje de suicidios sobre el conjunto de los de la provincia



Gráfica 23.— Índice de correlación de Suicidios-Habitantes, en Baleares según zonas geográficas, durante el periodo 1971-75



Gráfica 24.— Índice de correlación de Suicidios-Habitantes, en Baleares según zonas geográficas y distritos de Palma durante el periodo 1971-75

ahorcadura con el 52,8%, seguido de precipitación, con un porcentaje de 9,9%, este último mecanismo, al igual que los suicidios por arma blanca, fueron utilizados exclusivamente por varones, creemos que ello manifiesta una marcada relación entre la violencia del mecanismo y su predominante utilización masculina (véase Tabla XLIV).

Los mecanismos de suicidio con más elevado porcentaje dentro del grupo de mujeres durante el período 1971-1975 fueron la precipitación y la asfixia por sumersión, ambos con 17 casos y un porcentaje del 30,3%; le siguen la ahorcadura, con 10 casos y un 17,9%, cifra muy inferior a la obtenida entre los varones (véase Tabla XLV).

La presencia de ahorcadura entre la población masculina no es estadísticamente significativa en relación a su frecuencia entre mujeres, pero sí son estadísticamente significativas la existencia de 17 suicidios por asfixia por sumersión entre las mujeres y un porcentaje del 30,3%, frente a 9 casos entre los varones y un porcentaje del 5,6%, pues obtenemos un valor de $X^2 = 9,365$, que para nuestro de libertad corresponde a $P < 0,01$.

Atendiendo al mecanismo según naturaleza y sexo hemos elaborado 4 grupos distintos: en el primero de ellos recogemos el mecanismo del suicidio entre los varones españoles, donde aparece en lugar muy destacado la ahorcadura con 80 casos y con un porcentaje del 61,5% del total (véase Tabla XLVI); le sigue la precipitación y el Arma de Fuego con 14 cada uno. Hemos relacionado también el número de ahorcados entre los varones españoles frente a la frecuencia de dicho mecanismo entre los otros grupos que se suicidaron en Baleares, apareciendo unas diferencias entre ambos grupos que son estadísticamente significativas $X^2 = 11,9992$, y para nuestro grado de libertad corresponde a $P < 0,001$.

Entre los varones extranjeros aparece en primer lugar la intoxicación por barbitúricos, la presencia de dicho mecanismo en nuestro grupo es estadísticamente significativo respecto a los demás grupos, puesto de manifiesto mediante el Test de Chi Cuadrado al obtener una $X^2 = 30,252$, y una $P < 0,001$. Los otros mecanismos empleados podemos observarlos en la tabla XLVII.

En el grupo de las mujeres españolas aparece como mecanismo de suicidio predominante la Asfixia por Sumersión (véase Tabla XLIV), con 17 casos y un porcentaje del 38,6%, seguido de ahorcadura y precipitación, con un 22,7% en cada uno, con un porcentaje global para los tres mecanismos del 84%. La presencia de la asfixia por sumersión en dicho grupo no tan sólo ocupa el primer lugar sino que además estas diferencias son estadísticamente significativas respecto a los demás con un $X^2 = 26,09$, que para nuestro grado de libertad corresponde a $P < 0,001$.

La precipitación fue mayoritaria entre las mujeres extranjeras, con 7 casos y un porcentaje del 58,3%. Esta presencia es estadísticamente significativa, con un $X^2 = 11,994$ y $P < 0,001$; el resto de suicidios se repartió entre intoxicación por gas e intoxicación por barbitúricos (véase Tabla XLVIII).

Hemos visto pues que existe una mayor presencia estadísticamente significativa de ahorcadura entre los varones españoles, de intoxicación por gas entre varones extranjeros, de asfixia por sumersión entre las mujeres españolas y de precipitación entre las mujeres extranjeras (véase Gráfica 25).

Analizando los mecanismos utilizados por los españoles, cualquiera que fuera su sexo, aparece como enormemente mayoritaria la ahorcadura, con el 51,7%, seguido de la precipitación con el 13,8% y de asfixia por sumersión con 12,2%. Entre los tres mecanismos abarcan el 78,7% de los suicidios de personas españolas.

Podemos observar el mecanismo utilizado por los extranjeros que se suicidaron en Baleares. Aparecen en primer lugar con igual número de casos la precipitación y la intoxicación por barbitúricos, cada uno afectando al 30,3% de los extranjeros. Destacaremos el bajísimo porcentaje de ahorcadura con sólo el 11,6%, mientras entre los españoles alcanzaba el 51,7%.

7.7.3. *Diferencias según edad*

Hasta ahora nos hemos referido a los diferentes mecanismos de suicidio utilizados por los grupos según sexo y naturaleza, a continuación veremos la distinta edad que tenían al suicidarse, mediante los mecanismos de suicidio más frecuentes según sexo y naturaleza.

Empezaremos describiendo el suicidio por ahorcadura (véase Tabla L), hemos recogido 80 casos entre varones españoles, 10 entre los extranjeros y 5 entre mujeres españolas y ningún caso entre las extranjeras. El 67,4% de los suicidios por este mecanismo tuvieron lugar entre los 45 y 74 años. La media aritmética de las edades de quienes se quitaron la vida mediante ahorcadura fue de 58,1 años y su desviación standard 16,5217. Mediante la T de Student hemos puesto de manifiesto la existencia de diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad de los suicidas que utilizaron la intoxicación por CO con una edad media mucho menor, 39,09 años y una desviación standard de 18,683 obteniendo $T = 3,2328$, que supone para nuestro grado de libertad $P < 0,002$. También existen diferencias respecto a la edad de quienes utilizaron la intoxicación por barbitúricos, los cuales con una edad media de 41,76 y una desviación standard de 16,2923 nos da una $T = 3,802$, que para nuestro grado de libertad equivale a una $P < 0,001$. No aparecen diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad de las personas que se suicidaron mediante arma de fuego, asfixia por sumersión o precipitación.

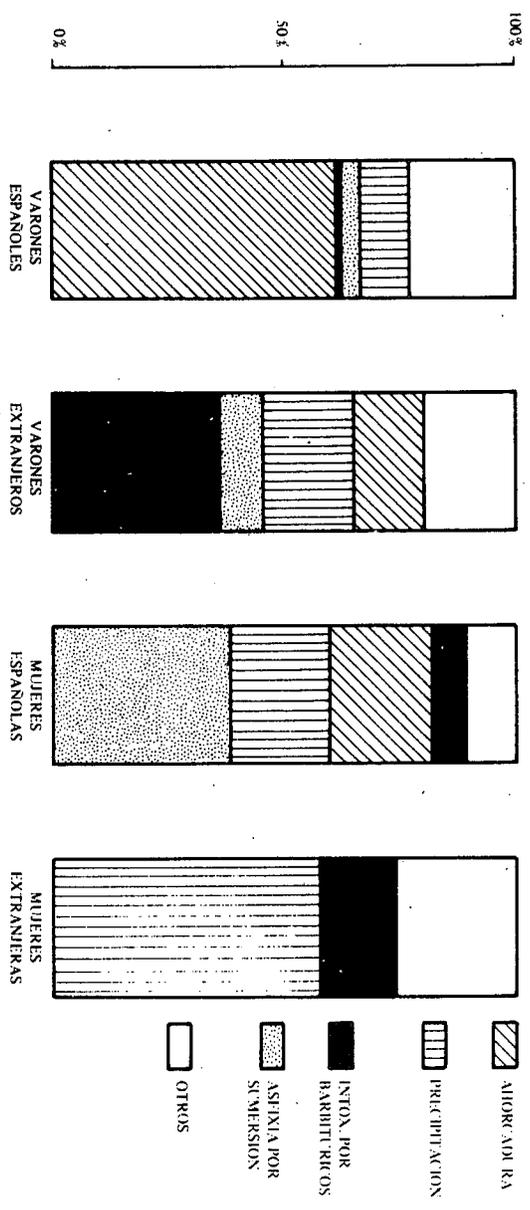
El suicidio mediante asfixia por sumersión presenta su más alta frecuencia entre las mujeres españolas (véase Tabla LI), con 17 casos y un porcentaje de 65,4% de los que emplearon este mecanismo, le siguen los varones españoles con 6 y los extranjeros con 3, no apareciendo ningún

suicidio por dicho mecanismo entre las mujeres extranjeras. Atendiendo a los diversos grupos de edad es entre los 65 y 74 años donde aparece la mayor frecuencia de dicho mecanismo, representando este grupo de edad el 42,3% de todos los suicidas que lo emplearon. La media aritmética de las edades de las personas que utilizaron la asfixia por sumersión fue de 62,3 años, con una desviación standard de 15,825. La edad de las personas que se suicidaron mediante la asfixia por sumersión es superior a las de aquellas personas que lo hicieron mediante arma de fuego, intoxicación por CO, intoxicación por barbitúricos, precipitación o ahorcadura. Mediante la T de Student hemos evidenciado diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad de quienes se suicidaron mediante ahorcadura.

Hablaremos ahora del suicidio por intoxicación barbitúrica, el cual afecta en gran medida a extranjeros, 13 casos de ellos 11 eran varones y 2 mujeres; los 4 restantes se refieren a 1 varón español y 3 mujeres de la misma nacionalidad (véase Tabla LIII). Según edad es entre los 25 y 44 años cuando aparece la mayor frecuencia de suicidios por este mecanismo abarcando el 44,4%. La edad media de quienes utilizaron este mecanismo fue de 41,7 años con una desviación standard de 16,29. Aparecen diferencias estadísticamente significativas en relación a la edad de quienes lo hicieron mediante arma de fuego, asfixia por sumersión y ahorcadura. No hemos apreciado diferencias estadísticamente significativas respecto a quienes lo hicieron utilizando la intoxicación por CO o la precipitación.

Fue la intoxicación por CO un mecanismo casi exclusivo de la Ciudad de Palma (véase Tabla LV), sólo un caso se registró fuera de ella. Hemos observado la máxima frecuencia, 36,4%, para una edad tempranísima, entre los 15 y 24 años, creemos de gran interés a nuestro juicio efectuar dentro de unos años un nuevo estudio para comprobar si dicho mecanismo continúa predominando entre las edades jóvenes o es más bien una nueva tendencia la elevación de dicho mecanismo de suicidio, en cuyo caso se desplazará hacia edades superiores. No observamos el predominio de ningún sexo ni naturaleza; parece no obstante algo superior el número de varones, 7 frente a las 5 mujeres, también el de españoles, 6 en relación a los 5 extranjeros, pero equivalen ambos más bien a un predominio del grupo numéricamente inferior, ya que dentro del conjunto general de suicidios tan sólo una cuarta parte eran mujeres, y según naturaleza los extranjeros equivalían a algo menos de la cuarta parte. La edad media del grupo de personas que se suicidaron mediante la intoxicación por CO es la más baja, con 39,1 años, con una desviación standard de 18,683, edad inferior a los grupos que emplearon arma de fuego, intoxicación por barbitúricos, asfixia por sumersión, ahorcadura y precipitación. Con diferencias estadísticamente significativas respecto a quienes emplearon arma de fuego, ahorcadura y asfixia por sumersión, pero no es estadísticamente significativa respecto a quienes emplearon barbitúricos o precipitación.

Fue el suicidio por arma de fuego un mecanismo utilizado exclusivamente por varones y más frecuente aún entre los españoles (véase Tabla



Gráfica 25.— Mecanismo del Suicidio en Baleares según sexo y nacionalidad durante el periodo 1971-75

LIV), alcanzando la máxima frecuencia entre los 45 y 54 años. La edad media de quienes emplearon este mecanismo fue de 52,6 años, con una desviación standard de 12,909, obteniendo diferencias estadísticamente significativas respecto a los grupos que utilizaron la intoxicación por CO, intoxicación por barbitúricos y asfixia por sumersión. No aparecen diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad de quienes utilizaron la ahorcadura o la precipitación.

Al último mecanismo que nos referiremos será la Precipitación (véase Tabla LII), cuya mayor frecuencia aparecía entre los 55 y 64 años, registrando dicho grupo de edad 11 casos, es decir el 29,7% del total. La edad media de este suicidio fue de 58,105 años, con una desviación standard de 16,521, hallándose diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad de quienes emplearon asfixia por sumersión, pero no aparecen diferencias respecto a la edad de quienes se suicidaron mediante arma de fuego, intoxicación por CO, intoxicación por barbitúricos o ahorcadura.

7.7.4. Mecanismos poco frecuentes de suicidio

La mayoría de los suicidios acaecidos en Mallorca durante el período estudiado fueron realizados utilizando un sólo mecanismo. El suicidio por mecanismo doble es excepcional. Es por esta poca frecuencia que vamos a hablar más extensamente del suicidio realizado por un varón mallorquín valiéndose de dos métodos, ambos "muy violentos": la ahorcadura y el arma de fuego.

Describiremos dónde fue encontrada la víctima, cómo suponemos cometió el suicidio y el resumen de la autopsia, así como los demás datos obtenidos que creemos pueden tener interés y que haya sido posible obtener.

En Enero de 1972, apareció en una finca rústica cercana a un pueblo de Mallorca, un hombre que colgaba de una higuera, cuya muerte ocurrió unas doce horas antes. En el suelo había una escopeta de un cañón con un cartucho vacío en la recámara (por disparo), propiedad del suicida, el cual con 52 años de edad, soltero, natural y vecino del pueblo donde se quitó la vida y de profesión agricultor, padecía frecuentes crisis depresivas que su médico de cabecera trataba con antidepresivos.

En la tierra que rodeaba la higuera sólo aparecieron pisadas del suicida, creemos que subió al árbol por sus medios (no había ninguna escalera). Debió atar la cuerda en una rama y el otro extremo por el cuello. Así dispuesto debió preparar su escopeta de manera que se disparó con entrada por el púmulo derecho y con salida hacía el parietal izquierdo, con casi total desprendimiento de la masa encefálica, que apareció sobre la superficie de la tierra.

Después de disparar la escopeta quedó suspendido de la cuerda, donde fue encontrado con un nudo corredizo en la parte anterior del cuello.

En la autopsia que le fue efectuada aparece una enorme herida en la cabeza, que abarca desde la región temporal derecha hasta la región temporo-occipital izquierda; aparecen totalmente destruidas las cavidades orbitarias y hueso esfenoides, así como el hueso frontal, del que sólo se conservan algunas porciones adheridas a las partes blandas. Esta herida se continúa por su línea de fractura alcanzando la parte posterior del occipital, pérdida casi total de la masa encefálica, de la cual sólo se conservan pequeñas porciones. En el lado derecho de la cabeza, a pesar de la enorme herida, se aprecia una quemadura con tatuaje de pólvora de un diámetro aproximado de unos cinco centímetros. El cuello aparece rodeado por una raya con un nudo corredizo en su parte anterior, que dejó un surco de unos tres milímetros de grosor y de bordes apergaminados.

7.8. Coeficiente de suicidios según grupos de edad y rama de actividad económica

Identificada la cifra de habitantes que integran cada uno de los grupos de edad y conocido el número de personas que se quitaron la vida en cada uno de dichos grupos a través del período 1971-1975, estamos en condiciones de conocer el coeficiente de suicidios por 100.000 habitantes y año. Salvo unas raras excepciones podemos decir que la tasa de suicidios aumenta con la edad del grupo considerado, alcanzando su máximo entre los varones para el grupo de 65-74 años, mientras para las mujeres era entre los 75 y 84 años, y luego disminuye la tasa de suicidios para los grupos de mayor edad, pero este descenso es poco pronunciado; a nuestro parecer es algo más que una simple casualidad el hecho de que coincidan para los varones la edad de la jubilación con el coeficiente de suicidios por 100.000 habitantes más elevado de todos los grupos.

Anteriormente habíamos comentado que la tasa de suicidios aumenta con la edad, pero que habíamos observado algunas excepciones; veámos a continuación cuáles son estos grupos con un coeficiente de suicidios por 100.000 habitantes y año inferior al que le precede con menor edad. Para varones y mujeres es el grupo de 35 a 44 años el que consigue una tasa inferior al de 25 a 34 años, porque este último es el que recoge a gran número de extranjeros y por dicho motivo aparece esta interrupción en el crecimiento de la tasa de suicidios con la edad.

Si nos referimos al coeficiente de suicidios por 100.000 habitantes y año atendiendo a los tres grandes grupos de edad y según sexo, es el grupo de más de 65 años el que obtiene la tasa más elevada, cualquiera que sea el sexo considerado; le siguen los adultos cuyo grupo de edad es de 55 a 65 años y en último lugar el de 14 años o menos.

Atendiendo a la actividad económica que desarrollaban en Baleares, las personas que se quitaron la vida durante el período 1971-1975 las cifras de población activa de los tres sectores, el número de suicidios de ca-

da uno y el coeficiente de suicidios por 100.000 habitantes y año; es el sector primario el que obtiene el coeficiente más elevado con 12,19 y fueron semejantes las de los sectores secundario y terciario que obtuvieron respectivamente unas tasas de 5,85 y 6,46 suicidios por 100.000 habitantes y año.

7.9. El suicidio entre los extranjeros

Vamos a relacionar a continuación las cifras de turistas extranjeros que visitaron las islas Baleares con las de aquéllos que se suicidaron. Investigamos el porcentaje de estancias en cada isla sobre el total de turistas que visitaron Baleares y el porcentaje de extranjeros que se suicidaron en cada isla sobre el total de los que lo hicieron en Baleares. Podemos así observar si el porcentaje de suicidios en cada isla es superior o inferior al de estancias; corresponde a la isla de Mallorca un porcentaje de suicidios más alto que el de estancias, lo mismo que en Formentera y al contrario que ocurre en Ibiza y Menorca, donde los porcentajes de suicidios son inferiores a los de estancias.

Hemos conseguido conocer el número de visitantes de las islas Baleares según su nacionalidad, sabiendo la media de estancias en días podemos averiguar la población a que equivalen y así conocer el coeficiente de suicidios por 100.000 habitantes y año según nacionalidad. Existen algunos grupos como son los hispano-americanos, los africanos y asiáticos, que no vamos a valorar, pues el bajo número de visitantes ha hecho que obtengamos una tasa de suicidios desmesurada. Para las demás nacionalidades obtendremos un coeficiente de suicidios por 100.000 habitantes y año de 66,59 para los finlandeses, de 50,69 para los noruegos, de 40,69 para los italianos, de 36,83 para los austríacos, de 33,44 para los suecos, etc., siendo la cifra más reducida para los ingleses, con una tasa de 3,13 (véase Tabla LVI).

Hemos podido conocer la población a la que equivalían los turistas que visitaron Baleares, así como el número de estancias por día y turista para toda la provincia, la población a la que equivalen y el coeficiente de suicidios. Este último alcanzó su máxima en 1973, con 11,67 suicidios por 100.000 habitantes y año y el mínimo en 1971, con 6,96 y la media para el quinquenio 1971-1975 fue para los extranjeros de 8,9 suicidios por 100.000 habitantes y año.

8. LAS CAUSAS DEL SUICIDIO

8.1. Motivos desencadenantes del suicidio

Resulta imposible conocer a posteriori con exactitud las causas que impulsaron a suicidarse a aquéllos que lo hicieron en Baleares durante el periodo analizado, pero sí podemos intentar averiguar cuáles fueron los motivos desencadenantes y su correlación con determinados rasgos. Pero al contar con dos grupos, el de extranjeros y el de españoles, con unas características muy diferenciadas en edad y mecanismo conforme hemos expresado ya anteriormente, serán ambos grupos comparados según sexo y naturaleza, para de esta suerte estudiar una posible coincidencia o tal vez discordancia entre los motivos desencadenantes de ambos grupos.

Después de las tentativas de suicidio el interesado puede explicar a veces las causas que cree le han inducido a efectuar dicho intento, muchos de ellos no pretendían quitarse la vida, sino llamar la atención sobre algunos problemas que les afectan, citan a veces algunos motivos de su suicidio frustrado que distan mucho de la realidad. El grupo estudiado por nosotros se refiere exclusivamente a suicidios consumados en los cuales el interesado no puede hacer declaraciones a posteriori, pero muchas veces las han hecho antes a familiares o amigos, aunque puede que los hechos conocidos por aquéllos no les hubiera sido confiado de una manera explícita; en ocasiones dejaron una nota escrita donde citan inquietudes que les aquejan y motivos por los que se quitan la vida. La fiabilidad hacia estas declaraciones no siempre la catalogamos de absoluta, pero al ser el único medio de conocer los motivos desencadenantes del grupo que se quitó la vida es por lo que lo estudiaremos aquí, pero vamos a valorar no aquellas situaciones aisladas y especiales sino aquellos grupos y características que más se repiten.

De los 217 suicidios estudiados ocurridos en Baleares durante el período 1971-1975 hubo 66 casos en los cuales no se conoció ningún motivo desencadenante que justificase o explicara su acto; nos referiremos pues a los 151 restantes, es decir, el 69,6%; en ellos vemos unas caracterís-

ticas que sobresalen como son la depresión y otras enfermedades. Existen otros porcentualmente menos numerosos, como son los antecedentes psiquiátricos, crisis nerviosas anteriores, discusiones familiares, problemas conyugales, manifestaciones anteriores de un deseo de autolisis, problemas económicos, embarazo en solteras, alcoholismo, celos, demencia senil, consumo de drogas, manías persecutorias, neurosis obsesiva, epilepsia, esquizofrenia, homosexualismo y soledad, cuya presencia innegable en el grupo estudiado será tratada más adelante.

Ya hemos comentado anteriormente cómo el grupo de depresivos era el numéricamente mayoritario, afectando a 32 personas de las cuales 30 eran españolas y 2 extranjeras, y con un predominio entre los varones, con 24 entre los españoles y uno sólo extranjero. Comparando estas cifras con los grupos totales de suicidas según sexo y naturaleza; entre los varones españoles eran depresivos el 18,5%, entre las mujeres españolas el 13,6% y entre los varones extranjeros el 3,2%, siendo su porcentaje del 8,3%, entre las mujeres extranjeras. Vemos pues como la depresión es más frecuente entre los españoles y más aún entre los varones. Existen además para el conjunto de deprimidos un subgrupo que sobresale aún más entre los varones españoles son los casos en los que la depresión es consecutiva a la muerte de la esposa, con cinco casos recogidos, mismo número que para los maniacodepresivos.

Otra circunstancia que afectó a gran número de personas que se quitaron la vida, es la existencia de una enfermedad grave muchas veces neoplásica y que en ocasiones provoca gran dolor, observado en 17 ocasiones de las que 14 corresponden a varones españoles con un porcentaje del 10,8% de su grupo, en dos ocasiones eran mujeres españolas con un porcentaje del 4,5% y en una sola ocasión el afectado era un varón extranjero. Se repite aquí la misma situación observada para la depresión, predominio en españoles y más entre varones.

Algunas circunstancias de las personas que se suicidaron aparecen como exclusivamente masculinas, tales como los problemas económicos, con 7 casos, donde todos excepto uno era español y el alcoholismo con 5 casos, tres de ellos españoles y dos extranjeros. El consumo de drogas aparece sólo entre los varones extranjeros en número de tres casos.

Los antecedentes psiquiátricos conocidos sí que obtienen unos más altos coeficientes entre las mujeres, siendo del 11,4% entre las españolas y del 8,3% entre las extranjeras, mientras era del 4,6% entre los varones españoles y 6,4% entre los varones extranjeros.

Hemos observado dos epilépticos que correspondían a mujeres y dos esquizofrénicos, uno de cada sexo y sólo un varón español homosexual.

Aparecen proporcionalmente más marcados los problemas con el esposo, amante o novio entre las mujeres con un porcentaje del 12,5%, que entre los hombres con un porcentaje del 7,4% de su grupo. Al igual que las discusiones familiares también más frecuentes entre las mujeres que se suicidaron con tres casos y un porcentaje del 6,8%, mientras los dos casos de

varones españoles suponían el 1,5%, y ningún problema de este tipo aparecía entre los extranjeros.

Existen unas personas de las que eran conocidas frecuentes crisis nerviosas si bien esto era más frecuente entre los varones, con 8 casos ello representa el 4,9%, mientras los tres casos de las mujeres significan el 5,4%, algo superior proporcionalmente entre las mujeres.

Las manías persecutorias eran más frecuentes numérica y porcentualmente entre los varones 6 casos y porcentaje del 3,7%, frente a un solo caso y 1,8% entre las mujeres.

Resumiremos destacando la presencia predominante de depresión en todos los grupos, pero en especial entre los varones españoles. Los problemas económicos y alcoholismo sólo aparecen entre los varones. Entre las mujeres predominan los antecedentes de tratamiento psiquiátrico y los problemas familiares y conyugales.

8.2. Notas o cartas que dejaron las personas que se suicidaron en Baleares durante el quinquenio 1971-1975

Durante el período que nos ocupa recopilamos 40 notas o cartas escritas pertenecientes a 24 personas distintas, lo que equivale a decir que el 11,1% de los 217 suicidios ocurridos en Baleares dejaron una nota escrita. De ellos 19 eran varones, que corresponden al 11,8% de su grupo y las 5 mujeres representan el 8,9% de su sexo, vemos pues que la proporción de varones y mujeres que dejaron alguna nota escrita es semejante porcentualmente, no obstante el grupo masculino supera al femenino.

El número de cartas no fue uniforme a través del quinquenio estudiado oscilando según el año a que hagamos referencia entre un 6,7% para 1974 o un 15% para 1973. Con diferencias considerables a pesar de coincidir para un mismo año (1972) el mayor número de cartas y suicidios, y el menor de ambos para 1971 (véase Tabla LVII).

La mayor parte de los suicidas que dejaron algún documento escrito corresponden a Palma en número de 17 con un porcentaje del 70,8% de la provincia, entre los restantes 2 pertenecían a Inca, 3 a Mahón, 2 a Ibiza y ninguno al Partido Judicial de Manacor.

Según naturaleza los extranjeros en número de 12 y con el 27,9% de su grupo representan la mitad de las cartas escritas en Baleares, mientras el grupo de españoles, con otras 12, suponen la otra mitad de las cartas y representaron tan sólo el 6,9% de los de dicha nacionalidad. Por el Test de Chi Cuadrado hemos puesto de manifiesto una mayor frecuencia de extranjeros que escribieron cartas y ésta es estadísticamente significativa. Entre los extranjeros 3 eran mujeres y 9 varones, estos últimos con un porcentaje del 75% y las mujeres extranjeras con el 25% restante, mientras entre los españoles había 10 varones y sólo 2 mujeres con un

porcentaje del 83,3% de varones y sólo 16,7% mujeres, pero el predominio de estas últimas en el grupo de extranjeros no es estadísticamente significativo.

Según estado civil aparece un predominio claro de casados entre los varones, 12 frente a 3 solteros, 1 viudo y 3 de estado civil desconocido, en el grupo de mujeres había 2 casadas, 1 soltera y 2 viudas.

La edad media del grupo de personas que se quitaron la vida en Baleares dejando alguna nota escrita fue de 47,79 años con una desviación standard de 17,961 y por medio de la T de Student hemos comprobado que no existen diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad del conjunto que se suicidó. Tampoco aparecen cuando comparamos la edad media de 41,166 años con una desviación standard de 16,224 de nuestros 12 extranjeros con la edad del total de éstos, el mismo fenómeno de no aparición de diferencias estadísticamente significativas se repite al compararlos con la edad media de los 12 españoles que fue de 54,416 y su desviación standard de 17,763 con la edad media de los de su naturaleza. Dentro de nuestro grupo de personas que dejaron algún documento escrito la edad media de varones y mujeres es muy similar, 47,89 para los primeros y 47,4 para las segundas. Si relacionamos el grupo de extranjeros con una edad media de 41,16 y una desviación standard de 16,224 con la de los españoles con 54,41 de edad y una desviación de 17,76, que corresponde para nuestro grado de libertad a una $P < 0,1$, que no es estadísticamente significativo, a pesar de obtener el grupo de españoles una edad bastante superior.

En la Tabla LVIII describimos el mecanismo de suicidio utilizado en Baleares durante el período 1971-1975 por aquéllos que dejaron alguna nota escrita. Observamos una disminución muy acentuada del empleo de la ahorcadura, dicho mecanismo para nuestro grupo representa un porcentaje del 20%, mientras para el conjunto de suicidios de las Baleares suponía el 43,8%, pero esta disminución no es estadísticamente significativa, los mecanismos que más se incrementan son la intoxicación por gas y la intoxicación por barbitúricos; este último a causa del elevado número de extranjeros, mientras la elevación de la intoxicación por gas supone el mismo fenómeno observado al estudiar el suicidio consumado en Barcelona, en aquella ocasión el incremento fue estadísticamente significativo, a pesar de que en la presente ocasión no podemos afirmarlo, pero en base a nuestros trabajos anteriores parece que sí existe una cierta relación entre el suicidio por gas y el dejar una nota escrita, hechos que indicamos para unos futuros y más amplios estudios de dicho fenómeno.

Según la rama de actividad pertenecen la mayoría a los no activos independientes y concretamente al grupo de turistas; es lógico por el elevado porcentaje de extranjeros que dejaron una nota escrita, pues la mayoría de estos corresponde al grupo de turistas. Entre el resto no predomina ninguna otra rama de actividad.

Hasta ahora hemos hablado muy extensamente del grupo de personas

que dejaron alguna nota o carta escrita antes de quitarse la vida, veremos a continuación lo que dicen éstas y cómo fueron escritas, destacando las posibles diferencias entre el grupo de españoles y el de extranjeros, pues numéricamente son idénticos.

La mayoría de quienes dejaron una nota o carta escrita lo hacen para describir en ella su estado de ánimo o los motivos por los que se quitan la vida. Estos fueron 17, con un porcentaje del 70,8% y con una proporción semejante de extranjeros y españoles; mientras son apenas un 29,2% los que dan indicaciones diversas de lo que quieren que se haga después de suicidarse, sin dar importancia al acto que van a realizar.

En lo referente al contenido sólo dos, 1 extranjero y 1 español amenazan y culpan a la vez a alguien, más frecuente es culpar de su suicidio a una o varias personas con intención muchas veces de ocasionarles problemas. Eran 3 españoles y 3 extranjeros los que correspondían a estas características; más raro era cuando sólo culpaban a la sociedad y que sólo ha sido observado en una carta. Fueron pues 9 con un porcentaje del 37,5 las personas que en sus notas culpan a alguien de su suicidio. Un grupo numéricamente más pequeño efectuó un frío análisis de lo realizado por ellos, llegando a la conclusión que no vale la pena seguir adelante, sin culpar por ello a nadie; corresponden a éstos 4 extranjeros y sólo 1 español.

Fueron 6 los españoles que pedían a sus familiares perdón por los problemas que creían iban a provocarles con su suicidio y sólo 2 extranjeros. Existe pues entre los primeros más acentuada la creencia de que el suicidio es mal considerado socialmente o, cuanto menos, representa una carga emocional negativa para los amigos y familiares. Un grupo pequeño, 3 extranjeros y 1 español, dicen que se quitan la vida para beneficiar a un ser querido, diciéndole que será más feliz sin él. Otro grupo numéricamente pequeño, 2 extranjeros y 1 español, dice que ha sido humillado de tal suerte que le es imposible seguir viviendo.

En ocasiones algunos extranjeros expresan su deseo de dónde y cómo ser enterrados, todos ellos correspondían al grupo que calificaremos con el apelativo común de "Fin Balance". Sólo en un caso de los recopilados dice a los familiares que disimulen y así cobrarán la póliza de seguro de vida.

Sólo una mínima parte de las personas que se quitaron la vida, 20,8%, dejaron escrita una frase tópica diciendo que lo hacían en plenas facultades y que por ello no debían culpar a nadie. La mayor parte, 79,2% no manifiesta nada al respecto.

Hasta ahora nos hemos referido al motivo de escribir la nota y de su contenido, hablaremos a continuación a cómo y dónde lo escribieron.

La totalidad de las notas eran manuscritas, en 15 casos era escritura correcta y sin faltas de ortografía, las cuales eran muy manifiestas en 9 notas. El papel donde estaban escritas en su mayoría era folio de cartas mientras en 11 ocasiones era un trozo de papel cualquiera, desde un trozo

de revista a un sobre de carta ya utilizado. La mayor parte de las cartas, concretamente 16, estaban escritas en castellano, 2 en inglés, 2 en alemán, 1 en sueco, 1 en finlandés y 1 en holandés; sólo hubo un suicidio que dejó dos cartas en idiomas distintos, 1 en francés y otra en inglés. Los cuatro extranjeros que dejaron sus cartas en castellano corresponden a 1 filipino, 2 sudamericanos y 1 nacido en Marruecos que llevaba mucho tiempo viviendo en Baleares.

9. CONCLUSIONES

1.— Durante los años 1860, 1861, 1862 y 1869 hemos recopilado en Baleares una media de 0,84 suicidios por 100.000 habitantes y año, tasa nueve veces inferior a la alcanzada durante el quinquenio 1971-1975.

2.— Durante el período 1906-1970, según los datos del I.N.E. hubo una media de 30 casos anuales entre suicidios y tentativas, de los que el 70,4% eran varones y el 29,6% mujeres. No pueden compararse estos datos en los que están agrupados los suicidios y las tentativas, con la casuística obtenida en Baleares durante el período 1971-1975 y que se refiere exclusivamente al suicidio consumado.

3.— Durante el período 1925-1944 se registraron en la isla de Menorca un total de 109 suicidios que suponen una media anual de 5,45, y corresponden a 12,93 suicidios por 100.000 habitantes y año, tasa superior a la obtenida durante el quinquenio 1971-1975.

4.— La distribución del suicidio ocurrido en Menorca durante el período 1925-1944 ofrece unas oscilaciones anuales poco acentuadas, que pueden ser debidas al azar, sin embargo las variaciones mensuales presentan diferencias estadísticamente significativas y corresponde a los meses del verano la mayor frecuencia de suicidios.

5.— En la isla de Menorca la distribución del suicidio según sexo fue similar durante los períodos 1925 a 1944 y 1971 a 1975. Sin embargo el mecanismo de suicidio predominante entre los varones fue siempre la ahorcadura, mientras entre las mujeres durante el período 1925-1944 fue la asfixia por sumersión y en el quinquenio 1971-1975 la intoxicación medicamentosa.

6.— A lo largo del quinquenio 1971-1975 el número de suicidios según habitantes fue similar para las islas de Mallorca y Menorca, mientras

para Ibiza y Formentera fue bastante inferior; para el conjunto de las islas Baleares se ha observado una tasa media de 7,45 suicidios por 100.000 habitantes y año. Atendiendo a las diversas zonas geográficas de Mallorca corresponde el coeficiente de suicidios más elevado a la zona 2, que es la de mayor afluencia turística, mientras la zona 10, que es predominantemente agrícola, registró la tasa más baja.

7.— En Mallorca, durante el quinquenio estudiado, las curvas de frecuencia del suicidio consumado de varones y de mujeres transcurren paralelas; los años en que disminuye el suicidio lo hace de manera parecida entre la población femenina y masculina y cuando aumenta lo hace semejante en ambas. Al añadir la casuística de Menorca, Ibiza y Formentera disminuye este paralelismo en las oscilaciones anuales de ambos sexos.

8.— En la distribución según sexo del suicidio ocurrido en las islas Baleares durante el período 1971-1975, observamos un claro predominio masculino, que supone el 74,2%, mientras el 25,8% restante correspondía a las mujeres, cifras prácticamente idénticas se obtuvieron en Mallorca, esta vez el 74,3% eran varones, mientras el 25,7% restante correspondían a mujeres. Oscilaciones más acusadas aparecen en Menorca, Ibiza y Formentera. Podemos pues resumir diciendo que para el conjunto de las islas Baleares por cada mujer que se suicidó lo hicieron tres varones.

9.— Según distribución mensual hemos observado en las islas Baleares la presencia de la más alta tasa de suicidios entre los turistas durante la primavera, mientras los nacidos en Baleares registraron sus más elevadas frecuencias en los meses de Enero y Agosto.

10.— La mayoría de los suicidios consumados se llevaron a cabo en el propio domicilio, con unos porcentajes muy similares en las diferentes islas; como segundo lugar, entre los más utilizados para el suicidio figuran las zonas poco pobladas, con unos porcentajes notoriamente inferiores.

11.— El lugar de nacimiento de las personas que se quitaron la vida en las islas Baleares ofrecía importantes diferencias, según cuál sea la isla considerada, pues mientras en Menorca la totalidad de aquéllos que se suicidaron durante el quinquenio 1971-1975 eran menorquines, en Mallorca el 21,3% eran extranjeros, el 22,9% peninsulares y el 55,8% restante habían nacido en las Baleares, mientras en Ibiza y Formentera fueron aún mayores los grupos de peninsulares y extranjeros.

12.— En ninguna de las islas analizadas aparecen diferencias estadísticamente significativas entre las edades de varones y mujeres, pero sí las obtenemos al relacionar la edad de los españoles con la de los extranjeros en las islas en que ha existido casuística de este último grupo, pero en Ma-

llorca, donde el conjunto de extranjeros era numeroso, hemos observado además diferencias estadísticamente significativas entre las edades de varones españoles y extranjeros y también entre las edades de las mujeres españolas y extranjeras, es decir, las edades de riesgo son distintas para los dos grupos.

13.— En ambos sexos al estado civil que numéricamente registró más suicidios fue el de casados, los solteros entre los varones casi triplicaban a los viudos, mientras entre las mujeres los grupos de solteras y viudas eran similares. Pero al relacionar los números absolutos de suicidios con las cifras de población según sexo, estado civil y edad observamos que los grupos de mayor riesgo suicida son los solteros de 75 o más años y aquellos viudos de 45 a 55 años, que alcanzan un coeficiente de suicidio por 100.000 habitantes y año superior a cien; son pues los viudos más jóvenes y los solteros de mayor edad, las personas de riesgo suicida más elevado.

14.— El coeficiente de correlación entre el número de suicidios y la cifra de población es muy alta para las zonas geográficas de Mallorca o de las islas Baleares en su conjunto, pero baja para los distritos de Palma, lo que nos indica que para estos últimos el número de suicidios depende además de la cifra de población de sus distritos, de otros factores como puedan ser la ubicación de hoteles, hospitales, asilos y centros psiquiátricos, o el tipo de habitantes que integran cada distrito, según sea su actividad socioeconómica o su origen; lo cierto es que son los distritos periféricos los que obtienen la tasa de suicidios por 100.000 habitantes y año más elevada.

15.— El mecanismo de suicidio más utilizado en Mallorca y Menorca fue la Ahorcadura, mientras en Ibiza y Formentera fue la Precipitación. Considerando las islas Baleares en su conjunto la ahorcadura fue empleada por el 43,8%, la precipitación por el 17%, la asfixia por sumersión por el 12%, la intoxicación por barbitúricos por el 7%, y el arma de fuego por el 7,3%, mientras los otros mecanismos de suicidio obtenían más reducidos porcentajes. Entre los varones predominaba la ahorcadura, seguida de la precipitación y entre las mujeres eran la asfixia por sumersión junto con la precipitación los mecanismos mayoritarios.

16.— Atendiendo al mecanismo de suicidio según sexo y naturaleza, hemos puesto de manifiesto una mayor frecuencia, estadísticamente significativa por el Test de X^2 de ahorcadura entre varones españoles, de intoxicación por barbitúricos entre varones extranjeros, de asfixia por sumersión entre mujeres españolas y de precipitación entre las mujeres extranjeras.

17.— Hemos observado en ocasiones diferencias estadísticamente sig-

nificativas entre las edades de quienes utilizaron en Baleares cada uno de los diversos mecanismos de suicidio; otras veces las edades medias eran muy similares, como es en el caso de quienes se suicidaron mediante precipitación y arma de fuego; también ocurre entre la intoxicación por barbitúricos y la intoxicación por CO, este último mecanismo fue el utilizado por el grupo de edad más joven, mientras entre los de mayor edad destacaba la utilización de la asfixia por sumersión; pero el mecanismo de suicidio más empleado en Baleares fue la ahorcadura y su edad media de 58,1 años.

18.— En la isla de Mallorca hemos observado como el número de suicidios por 100.000 habitantes y año aumentaba para los dos sexos, con la edad del grupo considerado. Entre los varones se alcanzaba la máxima tasa entre los 65 y 74 años, es decir con la edad de la jubilación y para las mujeres con el grupo de más de 85 años. Fenómeno semejante ocurre en las islas Baleares consideradas en su conjunto donde para los varones con el mismo grupo de edad se obtiene también la más alta tasa, mientras entre las mujeres correspondía al grupo de 75 a 85 años.

19.— Considerando la rama de actividad económica a la que pertenecían aquéllos que se quitaron la vida en Mallorca durante el quinquenio 1971-1975, es en el sector primario, donde el coeficiente de suicidios por 100.000 habitantes y año alcanzó su valor más alto, con 12,02, seguido del terciario con 6,01 y del secundario con 4,62. Semejantes fueron las tasas obtenidas para las Baleares en su conjunto, con 12,19 para el primario, 6,46 para el terciario y 5,85 para el secundario.

Si nos referimos a la Ciudad de Palma observamos cómo el sector primario ocupa el primer lugar, con una tasa de 55,15 suicidios por 100.000 habitantes y año, seguido del secundario, con 12,76 y del terciario con 7,12; analizando el grupo de no activos aparece una alta tasa entre los no activos independientes con 23,85, mientras los no activos dependientes consiguen tan sólo 4,09 suicidios por 100.000 habitantes y año.

20.— Las estancias de los extranjeros que visitaron Baleares durante el período 1971-1975, equivalen a una población media de 95.604 habitantes y para ellos una tasa de 8,9 suicidios por 100.000 habitantes y año. Atendiendo a las diversas nacionalidades hemos observado entre los filandeses una cifra equivalente a 66,54 suicidios por 100.000 habitantes y año, de 50, 69 para los noruegos, de 40,69 para los italianos, de 36,83 para los austríacos, de 33,44 para los suecos, mientras para los ingleses la tasa era tan sólo de 3,13 suicidios por 100.000 habitantes y año.

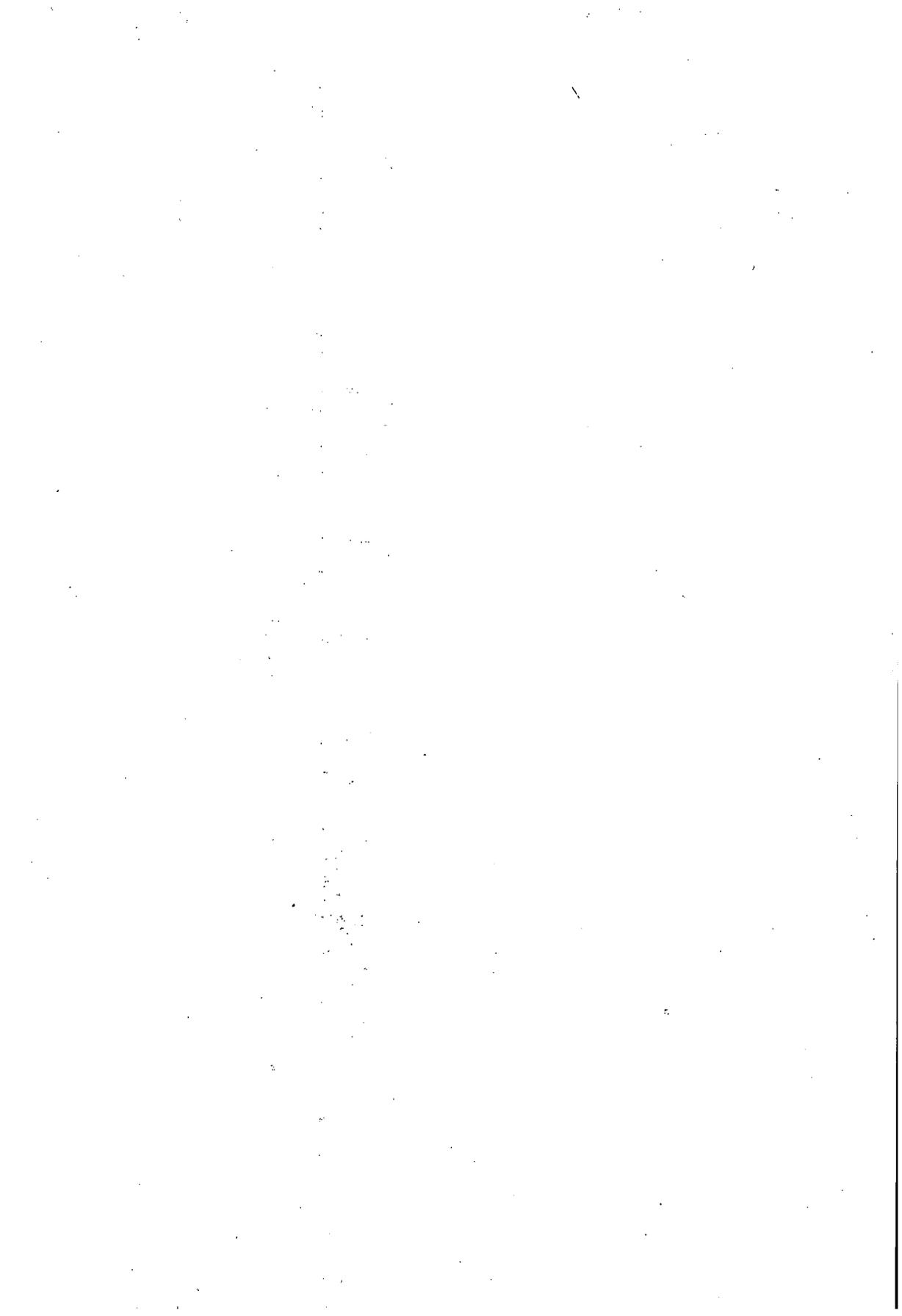
21.— El suicidio por mecanismo doble es excepcional. Es por su rara frecuencia que destacamos el suicidio realizado por un mallorquín valiéndose de dos métodos, ambos "muy violentos", la ahorcadura y el arma de fuego.

22.— Entre los principales motivos desencadenantes del suicidio, cuando constan en los datos utilizados, destacan la depresión y las enfermedades crónicas, que afectaron de modo destacado a todos los grupos, si bien predominaron entre los varones españoles. Los problemas económicos y alcoholismo sólo han sido advertidos entre los varones, mientras para las mujeres sobresalen los problemas familiares y conyugales, juntamente con los antecedentes de tratamiento psiquiátrico.

23.— Hemos recogido en Baleares durante el quinquenio analizado 40 notas o cartas escritas que pertenecían a 24 personas distintas, la mitad de ellas eran extranjeras. Hemos advertido una presencia muy acusada de intoxicación por barbitúricos y por gras como mecanismo de suicidio entre aquéllos que dejaron alguna nota escrita.

24.— La mayoría de quienes dejaron una carta describen en ella su estado de ánimo o los motivos por los que se quitan la vida, el resto citan solamente lo que desean se haga después de su muerte, sin dar importancia al acto que van a realizar. Un grupo numeroso culpan a alguien de su suicidio, mientras algunos expresan un frío balance de su vida, y su conclusión de que no vale la pena seguir adelante.

25.— Hemos advertido faltas de ortografía importantes en el 37,5% de aquéllos que dejaron notas escritas. El papel utilizado en la mayoría de las veces era folio para cartas, mientras en las otras ocasiones era un trozo de papel cualquiera. La frase tópica diciendo que se quitan la vida voluntariamente y que por ello no deben culpar a nadie sólo ha sido observada en el 20,8% de los casos.



10. BIBLIOGRAFIA

- 1.- AALBERG, VEIKKO: *SOS-service, the suicide prevention center in Helsinki*; Suicide Research, Psychiatria Fennica; 67-73, Finland 1977.
- 2.- AALBERG, V - HAMALAINEN, K: *On the suicidal behaviour of young adults*; Suicide Research, Psychiatria Fennica; 169-77, Finland 1977.
- 3.- ACHTE, KALLE: *On some psychodynamic mechanisms associated with suicide*; Suicide Research, Psychiatria Fennica; 101-109, Finland 1977.
- 4.- ADJUTANTIS, G - COUTSELINIS, A - DRITSAS, C: *Suicidal strangulation*; Forensic Science; 3:283-284, 1974.
- 5.- AITKEN, RC - DALY, RJ - KREITMAN, N - MATTHEW, H - PROUD-FOOT, AT: *Coal gas and the brain*; Brit Med J; 1:706-7, 1968.
- 6.- ALANEN YRJO, O: *Family studies and suicide prevention*; Suicide Research, Psychiatria Fennica; 83-69, Finland 1977.
- 7.- *Alcoholism and suicide*; Med J Aust; 1:620-1, 1971.
- 8.- ALDERSON, MR: *Self-poisoning-what is the future?*; Lancet; 1:1040-3, 1974.
- 9.- ALMOG, C - TAL, E: *Death from paraquat after subcutaneous injection*; Brit Med J; 3:721, 1967.
- 10.- ANDREASEN, NC - NOYES, R: *Suicide attempted by self immolation*; Am J Psychiatry; 132(5):554-6, 1975.
- 11.- ANSELINE, PAUL: *Attempted suicide by drug overdose in a country town*; Med J Aust; 2:782-3, 1973.
- 12.- AOUN, M - VINCENT, V - ROCHE, L: *Tentatives de suicide par moyens mecaniques; Statistique de 348 cas observes au Service Medical d'Urgence de Lyon*; Med Leg et Dommage Corp; 2:407-408, 1969.
- 13.- ARLABOSE: *Agressivité et mass media*; in Suicide et Mass Media; III^e Réunion de groupement d'études et de prévention du suicide; 39-44, Masson & C; Paris, 1971.
- 14.- ARNOLD PETER, C: *Rise and fall of suicide rates in Australia: relation to sedative availability*; Med J Aust; 2:1439, 1972.
- 15.- AUSTIN, RG: *Suicide as catharsis*; Lancet; 2:757, 1972.
- 16.- BAGLEY, C: *Suicide prevention: a myth or a mandate?*; Br J Psychiatry; 123:130, 1973.
- 17.- BAGLEY, C - GREER, S: *Clinical and social predictors of repeated attempted suicide: a multivariate analysis*; Br J Psychiatry; 119:515-21, 1971.
- 18.- BAGUENIER DESORMEAUX, L.: *Quelques chiffres sur les suicides et ten-*

tatives de suicide survenus dans le departement de la sarthe; V^e Réunion du Groupement d'études et de prevention du suicide (Le Mans - 5 Mai 1973); Epidemiologie du suicide: réalisation pratique incidences prophylactiques; 9-24; Masson & C.

19.- BALFOUR SCLARE, A - HAMILTON, CM: *Attempted suicide in Glasgow*; Brit J Psychiat; 109:609-615, 1963.

20.- BARBER, JH: *Effect of teaching on students' attitudes to self poisoning*; Br Med J; 2:431-4, 1975.

21.- BARCELO PONS, B: *Evolución Reciente y Estructura actual de la población en las Islas Baleares*; Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 399 páginas; Madrid-Ibiza, 1970.

22.- BARLOW, SM: *Suicide and Samaritan cliente*; Lancet; 2:1091, 1970.

23.- BIRRAUX, A - BRUNET, M - BOURDAIRES, S - DUJARIER, S - SMIEJAN, F - BARRABAND, G - BILLION, A - FROWIRTH, C - FORTINEAU, F - DE MADEIROS, P - ROUILLE, P - GRIVOIS, H: *Les limites de l'action du psychiatre face aux tentatives de suicide, à partir d'une garde psychiatrique dans un grand Hôpital Général*; Psychologie Medicale; 9:37-44, 1977.

24.- BARRACLOUGH, BM - SEHA, MARIAN: *Suicide prevention*; Lancet; 2:365, 1970.

25.- BARRACLOUGH, BM - SHEA, MARIAN: *Suicide and Samaritan cliente*; Lancet; 2:868-70, 1970.

26.- BARRACLOUGH, BM - SHEA, MARIAN: *A comparison between "Samaritan suicides" and living Samaritan clients*; Br J Psychiatry; 120:79-84, 1972.

27.- BARRACLOUGH, BM: *Are the Scottish and English suicide rates really different?*; Br J Psychiatry; 120:267-73, 1972.

28.- BARRACLOUGH, BM: *Suicide prevention, recurrent affective disorder and lithium*; Br J Psychiatry; 121:391-2, 1972.

29.- BARRACLOUGH, BM: *Differences between national suicide rates*; Br J Psychiatry; 122:95-6, 1973.

30.- BARRACLOUGH, BM: *Scottish and English suicide rates*; Br J Psychiatry; 124:105-6; 1974.

31.- BARRACLOUGH, BM: *Poisoning cases: suicide or accidents*; Br J Psychiatry; 124:526-30, 1974.

32.- BARRACLOUGH, BM - BUNCH, J - NELSON, B - SAINSBURY, P: *A hundred cases of suicide: clinical aspects*; Br J Psychiatry; 125:355-73, 1974.

33.- BARTHOLOMEW, AA - OLIJNYK, E: *An analysis of suicide calls received by a personal emergency telephone advisory service after ten years of operation*; Med J Aust; 2:929-32, 1972.

34.- BARTSCH, WOLFGANG: *El suicidio*; Galicia Clínica; 45:1148-55, 1973.

35.- BECK, AT - BECK, R - KOVACS, M: *Classification of suicidal behaviors: I. Quantifying intent and medical lethality*; Am J Psychiatry; 132:285-7, 1975.

36.- BECK, AT - KOVACS, M - WEISSMAN, A: *Hopelessness an suicidal behavior*; Jama; 234:1146-49, 1975.

37.- BENASSI, E: *Convegno sul suicidio*; Min Med; 59:4845-46, 1968.

38.- BENITO ARRANZ, S - LASA ZULUETA, A - COLINA PEREZ, F - FRANCH VALVERDE, J - ORTIZ TRIGOL, G: *Aspectos clínicos y genéticos del suicidio en la senectud*; in I Congreso Nacional de Geronto Psiquiátrico Preventivo; 361-365; Liade - Madrid, 1972.

39.- BERLYNE, N - STRACHAN, M: *Neuropsychiatric sequelas of attempted hanging*; Brit J Psychiat; 114:411-22, 1968.

- 40.- BIRTCHNELL, J: *The relationship between attempted suicide, depression and parent death*; Brit J Psychiat; 116:307-13, 1970.
- 41.- BIRTCHNELL, J - ALARCON, JOSE: *Depression and attempted suicide: a study of 91 cases seen in a casualty department*; Br J Psychiatry; 118:289-96, 1971.
- 42.- BLOOM, V: *An analysis of suicide at a training center*; Amer J Psychiat; 123:918-25, 1967.
- 43.- BLUMBERG, E: *Legality of ignoring suicidal patient's request for no resuscitation*; Jama; 218:1712, 1971.
- 44.- BOURGEOIS, MARC: *Suicidios al estilo bonzo*; América Clínica; 714-722; 1969.
- 45.- BOURNE, HR - BUNNEY, WE Jr - COLBURN, RW - DAVIS, JM - DAVIS, JN - SHAW, DM - COPPEN, AJ: *Noradrenaline 5-hydroxytryptamine, and 5-hydroxyindoleacetic acid in hindbrains of suicidal patients*; Lancet; 2:805-8, 1968.
- 46.- BRAUN, M: *Suicide in psychiatry*; Jama; 223:81, 1973.
- 47.- BRAVO MORENO, FERNANDO - VILARRASA ARENYAS, JOSE: *Tres asesinatos y un suicidio*; Eusebio Hidalgo, Barcelona, (sin fecha).
- 48.- BREWER, C: *Suicide with tricyclic antidepressants*; Br Med J; 2:110, 1976.
- 49.- BROWN, NJ: *Attempted suicide*; Med J Aust; 2:1309, 1971.
- 50.- BRUNO, V: *Il tentativo di suicidio negli adolescenti*; Minerva Pediat; 19:251-4, 1967.
- 51.- BRUNO, V: *Il suicidio nell'età infanto-giovanile*; Min Med; 59:4883-7, 1968.
- 52.- BRURSTON, GR: *Severe self-poisoning in Sunderland*; Brit Med J; 1:679-81, 1969.
- 53.- BUCIC, MA: *Le symbolisme dans le diagnostic différentiel du suicide*; Acta Medicinas Legalis et Socialis; Vol XXI, nº 1, 2, 3, 4; 251-256, 1968.
- 54.- BUGLASS, D - MCCULLOCH, JW: *Further suicidal behaviour: the development and validation of predictive scales*; Brit J Psychiat; 116:483-91, 1970.
- 55.- BUGLASS, D - HORTON, JOHN: *A scale for predicting subsequent suicidal behaviour*; Br J Psychiatry; 124:573-8, 1974.
- 56.- BUGLASS, D - HORTON, JOHN: *The repetition of parasuicide: a comparison of three cohorts*; Br J Psychiatry; 125:168-74, 1974.
- 57.- BUNCH, J - BARRACLOUGH, B: *The influence of parental death anniversaries upon suicides dates*; Br J Psychiatry; 118:621-6, 1971.
- 58.- BURCKEL MARCEL, LOUIS: *Diagnostic entre le suicide et l'homicide*; (Tesis para el Doctorado en Medicina); 221 páginas; JEAN KUSTES; KAYSERSBERG (MONT-RHIN); 1936.
- 59.- BURKE, AW: *Clinical aspects of attempted suicide among women in Trinidad and Tobago*; Br J Psychiatry; 125:175-6, 1974.
- 60.- BURKE, AW: *Socio cultural aspects of attempted suicide among women in Trinidad and Tobago*; Br J Psychiatry; 125:374-7, 1974.
- 61.- BURVILL, PW: *Methods of suicide in Western Australia*; Med J Aust; 2:411-4, 1970.
- 62.- BURVILL, PW: *Age-sex variations in suicide in Western Australia 1901-1967*; Med J Aust; 2:1113-6, 1970.
- 63.- BURVILL, PW - MCCALL, MG - REID, TA - STENHOUSE, NS: *Methods of suicide of English and Welsh immigrants in Australia*; Br J Psychiatry; 123:285-94, 1973.

64.- CALCEDO ORDOÑEZ, A: *Conductas suicidas y actitudes psiquiátrico-asis-tenciales*; Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr; 3: 139-46, 1975.

65.- CANDIOTTI, MM - DEROBERT, L - MOINE, CL: *Considerations statis-tiques sur le suicide en France et a l'etranger ses repercussions sociales*; Ann Med Leg; 1-53, 1948.

66.- CARO, F: *El suicidio y la civilización*; Agustín Avrial; Madrid (sin fecha).

67.- CARSON, JL - CARSON, ED: *The increasing use of paraquat as a suicidal agent*; Forensic Science; 7: 151-160, 1976.

68.- CARROLL, BJ: *5-hydroxytryptamine in the hindbrain of depressive sui-cide*; Brit J Psychiat; 114: 782-3, 1968.

69.- CAZZULLO, CL - CAMPANELLA, F - INVERNIZZI, G: *Elaborazione automatica ed analisi statistica del fenomeno "tentativo de suicidio"*; Min Med; 64: 525-528, 1973.

70.- *Censo de la Población de España*; (Según la inscripción realizada el 31 de di-ciembre de 1970); Instituto Nacional de Estadística; Provincia de Baleares; Caracterís-ticas de la población; Tomo II-7; Artes Gráficas, Madrid.

71.- *Censo de la Población de España de 1970*; Nomenclator de las ciudades, vil-las, lugares, aldeas, y demás entidades de población; Presidencia del Gobierno, Institu-to Nacional de Estadística; Tomo IV-I; Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Esta-do; Madrid, 1973.

72.- CODA, G: *Profilassi del suicidio*; Min Med; 59: 4888-93, 1968.

73.- COHEN, E: *Melancholy and suicide*; Jama; 212: 2121; 1970.

74.- COHEN, E: *Suicide in physicians*; Jama, 222: 489, 1972.

75.- COLIN, MM - VAUTERIN, C - MICHAUD, JL: *La tentative de suicide: approche psychiatrique a propos de 236 observations recueillies dans un centre de pa-thologie toxique*; Rev Lyonnaise de Med; 31-51, 1962.

76.- COLIN, M - DUCOTTET, F - ROUSSILLON, J - VEDRINNE, J: *Attitudes et resistances a l'egard de l'enquete epidemiologique: désir du soignant et suicide*; in V^e Réunion du groupment d'études et de prevention du suicide. (Le Mans - 5 Mai 1973); Epidemiologie du suicide: réalisation pratique incidences prophylactiques; 59-78; Masson & C.

77.- COLIN, M: *Conclusions*; V^e Réunion du groupment d'études et de preven-tion du suicide. (Le Mans - 5 Mai 1973); Epidemiologie du suicide: réalisation pratique incidences prophylactiques; 153-154, Masson & C.

78.- COLIN, M - GONIN, D - DUCOTTET, F: *Le suicide en prison*; Psychologie Medicale; 9: 115-122, 1977.

79.- *Comparabilidad de las estadísticas sobre el suicidio*; Crónica de la OMS; 29: 201-207, 1975.

80.- CONCHEIRO, L: BEIRAS, A: *Suicidio por instrumentos cortantes. Dós casos de localización infrecuente de las heridas*. Rev. Esp. Med. Leg, n^o 5; 40-43; 1975.

81.- CORBELLA CORBELLA, J - JORNET LOZANO, J: *Situación actual de la incidencia de intoxicaciones que requieren investigación judicial*; Liade, 1.^a Jornadas Toxicológicas Españolas, 149-153, 1971.

82.- CORBELLA, JACINTO: *Contribución al estudio de las circunstancias de la muerte por ahorcadura en Barcelona*; An Cli Med For Barcelona; n.º 5, 1974.

83.- CORBELLA CORBELLA, J - MARTI LLORET, J - MARTI AMEN-GUAL, G: *Estado actual del suicidio en Barcelona*; Ponencia presentada a las X Jorna-das Médico Forenses Españolas; 9-11 diciembre 1976; (en prensa).

84.- *Coroners and suicide*; Br Med J; 3: 238-9, 1975.

- 85.- COSTA, E: *Aspetti morali del suicidio*; Min Med; 59:4910-3, 1968.
- 86.- COSTA MOLINARI, JM - MIRO AGUADE, E - GALLART CAPDEVILA, JM - PUJOL DOMENECH, J: *El suicidi monografies mèdiques*; nº 15; Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya y Balears; Barcelona 1977; 193 pág.
- 87.- COUTIS, WE: *El instinto sexual y la vida contemporánea*; Rev de Med Leg de Cuba; 7:625-647, 1930.
- 88.- CRAWFORD, JP - WILLIS, JH: *Double suicide in psychiatric hospital patients*; Brit J Psychiat; 112:1231-5, 1966.
- 89.- CROCKETT, GS: *Effect of junior doctors' action on self poisoning*; Br Med J; 1:92, 1976.
- 90.- CSOSZ, K - PETRAS, S: *Suicide liable to suspicion of violence*; Acta Medicinæ Legalis et Socialis; Vol XXI, nº 1, 2, 3, 4, 1968; 219-221.
- 91.- CROCQ, LOUIS: *Epidémies de conduites suicidaires et facteurs de presse*; Suicide et Mass Media; III^e Réunion du groupement d'études et de prevention du suicide; 49-53; Paris, Masson & C; 1971.
- 92.- CURTES, JP - MICHAUX, P - MAREC, LE: *Etude epidemiologique des tentatives de suicide hospitalisées en 1971 dans le service accueil urgences du C.H.R. de Rennes hotel dieu*; in V^e Réunion du groupement d'études et de prevention du suicide. (Le Mans - 5 Mai 1973); Epidemiologie du suicide; réalisation pratique incidences prophylactiques; 99-123; Masson & C.
- 93.- CHANDULAL, R: *Medicine, murder and suicide*; Acta Medicinæ Legalis et Socialis; Vol XXIII, 507-520, 1975.
- 94.- *Changing concepts of suicide*; Jama; 199:752, 1967.
- 95.- CHAUCHARD, PAUL: *Les destins de la vie et de l'homme*; Presse Médicale; 67:1763-1764, 1959.
- 96.- CHAUVOT, B - DELISLE, JP - PASCALIS, G: *Etude du milieu familial des suicidaires adolescents et adultes jeunes de la region de Reims*; V^e Réunion du groupement d'études et de prevention du suicide, (Le Mans - 5 Mai 1973); Epidemiologie du suicide: réalisation pratique incidences prophylactiques; 135-139; Masson & C.
- 97.- CHAUVOT, B - PASCALIS, G - CHAMPANIER, JP: *Abord du suicidaire en garde de psychiatrie du C.H.U.*; Psychologie Médicale; 9:51-54, 1977.
- 98.- CHESNAIS, JEAN CLAUDE: *Les morts violentes en France depuis 1826*; Comparaison Internationales Cahier nº 75; Presses Universitaires de France; 346 pág; 1976.
- 99.- CUAQUI, C - LEMKAU, PU - LEGANETA, A - CONTRERAD, MA: *El suicidio en Santiago de Chile*; Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana; Sep 1967, pág 212-222; Publicado también en Inglés con el título "Suicide in Santiago Chile" en Public Health Rep, 81:1109-1117, 1966.
- 100.- DAGNELIE, PIERRE: *Theorie et methodes statistiques*; DUCULOT, BELGIQUE, 1970.
- 101.- DAUMEZON: *Langage, suicide et mass media*; in Suicide et Mass Media; III^a Réunion du groupement d'études et de prevention du suicide; 55-58; Paris, 1971; Masson & C.
- 102.- DAVID, NF - ROCKPORT, MD: *To be or not to be*; Jama; 226:468; 1973.
- 103.- DAVIDSON, F - ETIENNE, M - DIMIER, R: *Etude de 1177 tentatives de suicide*; in V^e Réunion du groupement d'études et de prevention du suicide, (Le Mans - 5 Mai 1973); Epidemiologie du suicide: réalisation pratique incidences prophylactiques; 35-47; Masson & C.

104.- DAVIDSON, F - TALEGHNI, M - COURTECUISSÉ, N - CHOQUET, M: *Etudes des durées d'hospitalisation et des orientations thérapeutiques dans 143 cas de tentatives de suicides d'adolescents*; *Psychologie Médicale*; 9:57-64, 1977.

105.- DE BOOR, W: *Nenere arbeiten über Psychologie und Psychopathologie des silbstmordes und der sebstbeschädigungen*; *Neurologie Psychiatrie*; 11:483-503, 1949.

106.- DE CARO, D: *Storia e problema del suicidio*; (Relazione introduttiva); *Min Med*; 59:4847-57, 1968.

107.- DE CASTRO, D: *Sociologie e statistica del suicidio*; *Min Med*; 59:4858-65, 1968.

108.- DE MIGUEL, JOSE JESUS, M: *Suicidio en España*; *Doctor*; 78-92, 1970.

109.- *Demografía de las Baleares 1900-1970*; Consejo económico social sindical de Baleares; Director: Bartolomé Barceló Pons; Palma 1976; 114 pág. sin numerar.

110.- DEROBERT, L - HA DENGUE, A - CECCALDI, PF: *Suicide, accident ou crime?*; *Acta Medicinæ Legalis et Socialis*; Vol XXI, nº 1-2-3-4; 207-217; 1968.

111.- DESCOTES, J: *Analyse des intoxications medicamenteuses aigues volontaires admises dans un service de réanimation*; *Bull Med Leg*; 19-2:144, 1976.

112.- DES ETANGS, A: *Suicide politique en France depuis 1789 jusqu'a nos jours*; Victor Masson, Paris, 1860.

113.- DE OYA, JC - VILLANUEVA - NOYA, M - DEL RIO, A: *Intoxicación medicamentosa con propósitos de autoexterminio en los enfermos deprimidos*; *Rev Clin Esp*; 118:247-50, 1970.

114.- DIAZ CONTY, RICARDO: *El suicidio: punto de vista psicológico*; *Prensa Med Mex*; 36:364-366, 1971.

115.- DIAZ JIMENEZ, ELOY: *Memoria del Instituto Anatómico Forense de Valencia 1975*; *Revista Española de Medicina Legal*; Segundo número extraordinario; 59-66; 1976.

116.- DIESPECKER, DD - TAYLOR, LJ: *Some characteristics of attempted suicide*; *Med J Aust*; 2:349-51, 1973.

117.- *Doctors who suicide*; *Med J Aust*; 2:349-51, 1973.

118.- DODDS, A: *Attempted suicide: nomenclature*; *Br J Psychiatry*; 117:121, 1970.

119.- DOIG, RJ: *Self poisoning and relationships with medical, practitioners*; *Practitioner*; 210:268-70, 1973.

120.- DRIPPS, RO - LINDEN, ME - MORRIS, HH - PHILLIPS, WA: *Medical social and legal aspects of suicide*; *Jama*; 171:523-7, 1959.

121.- DUNCAN, DR - O'GORMAN, JG - FLEMING, KJA - SALAS, RG: *Suicidal behaviour in the Australian army: Incidence, methods, and outcome*; *Med J Aust*; 2:736-9, 1974.

122.- DURKHEIM, EMILE: *Le suicide*; Presses Universitaires de France; Paris, 1973; 463 pág.

123.- DURKHEIM, EMILE: *El suicidio*; Akal, Madrid, 1976; 450 pág.

124.- DUSSAUCY, E - SOUBRIER, JP: *Note epidemiologique sur une question: que peut-on dire ou faire des recidivistes*; in V^e Réunion du groupement d'études et de prevention du suicide. (Le Mans - 5 Mai 1973); *Epidemiologie du suicide; réalisation pratique incidences prophylactiques*; 147-151; Masson & C.

125.- EASTWOOD, MR - HENDERSON, S - MONTGOMERY, IM: *Personality and parasuicide: methodological problems*; *Med J Aust*; 1:170-5, 1972.

- 126.- EDWARDS, JE - WHITLOCK, FA: *Suicide and attempted suicide in Brisbane*; 1; Med J Aust; 1: 932-8; 1968.
- 127.- EDWARDS, JE - WHITLOCK, FA: *Suicide and attempted suicide in Brisbane*; 2; Med J Aust; 1: 989-95, 1968.
- 128.- ELIS, B: *Prise en charge des suicidants et prévention du suicide à l'Hôpital Général. (A propos d'une expérience d'une à l'hôpital Cochin (Paris))*; Psychologie Médicale; 9: 47-50; 1977.
- 129.- ELORRIAGA MAGUREGUI, H: *Breve estudio sobre el problema del suicidio en la década 1960-1969*; Salud Pública Mex; 14: 487-98, 1972.
- 130.- ELSARRAG, ME: *Suicide in the Northern Sudan*; Brit J Psychiat; 114: 1057-8, 1968.
- 131.- ENRIQUEZ DE SALAMANCA, R: *Higiene y suicidio*; Medicamenta; 26: 220-27; 1968.
- 132.- *Estadística del suicidio en España, años 1951-1955*; Presidencia del Gobierno, Instituto Nacional de Estadística; Madrid, 1958.
- 133.- *Estadística del suicidio en España, años 1961-1965*; Instituto Nacional de Estadística; Madrid, 1966.
- 134.- *Estadística del suicidio en España, años 1966-1970*; Instituto Nacional de Estadística; Madrid, 1972.
- 135.- *Estadística del suicidio en España, años 1971-1975*; Instituto Nacional de Estadística; Madrid, 1976.
- 136.- ETTLINGER, RUTH: *Evaluation of suicide prevention after attempted suicide*; Acta Psychiatrica Scandinavica Supp nº 260; Copenhagen 1975; 135 pág.
- 137.- EUNGPRABHANTH, V: *Combined suicide by cut throat and caustic soda ingestion*; Forensic Science; 2: 471-474, 1973.
- 138.- *Evolució econòmica 1975, Les Balears*; Catalana d'estudis econòmics; Barcelona, 1976; 164 pág.
- 139.- FABIAN, JJ - MALONEY, MP - WARD, MP: *Self destructive and suicidal behaviors in a neuropsychiatric inpatient facility*; Am J Psychiatry; 130: 1383-5, 1973.
- 140.- FAIGEL HARRIS, C - CAPTAIN - USAF, MC: *Suicide among young persons: a review of its incidence and causes, and methods for its prevention*; Clinical Pediatrics; 5-3: 187-190, 1966.
- 141.- FARBEROW NORMAN, L - MCKELLIGOTT, JW - DARBONNE, A - COHEN, S: *Suicide among patients with cardiorespiratory illnesses*; Jama; 195-422-8, 1966.
- 142.- FARBEROW NORMAN, L - SHNEIDMAN EDWIN, S - NEURINGER, C: *Case history and hospitalization factors in suicides of neuropsychiatric hospital patients*; Journal of Nervous and Mental Disease; 142: 32-44, 1966.
- 143.- FARBEROW NORMAN, L: *Suicide: past, present and perspective*; pág 13-21; Suicide Research; Psychiatria Fennica; Finland, 1977.
- 144.- FARBEROW NORMAN, L: *Research in suicide, 1971-1973, a review*; 23-47; Suicide Research; Psychiatria Fennica; Finland, 1977.
- 145.- FARBEROW NORMAN, L - MACKINNON, DOUGLAS: *Prediction of suicide: a replication study*; 141-145; Suicide Research; Psychiatria Fennica; Finland, 1977.
- 146.- FAU, R - CHATEAU, R - MACHU, M: *Le suicide chez l'adolescent a propos de 23 observations medico psychologiques*; Annales Medico Psychologiques; Paris; 1: 1-20, 1965.

- 147.- FAWCETT, J: *Suicidal depression and physical illness*; *Jama*; 219: 1303-6, 1972.
- 148.- FERNANDEZ, J: *Fatal self injurious behaviour - a preliminary communication*; *Br J Psychiatry*; 123: 613, 1973.
- 149.- FERRIO, L - VERCELLINO, F: *Aspetti psicopatologici e psichiatrici del suicidio*; *Min Med*; 59: 4870-82, 1968.
- 150.- FINLAY JONES, RA - KIDD, CB: *The clients of the telephone samaritan service Western Australia*; *Med J Aust*; 1: 690-4, 1972.
- 151.- FISHER, DP: *Attempted suicide by black widow spider bite*; *Jama*; 235: 2718-9, 1976.
- 152.- FLOOD, RA - SEAGER, CP: *A retrospective examination of psychiatric case records of patients who subsequently committed suicide*; *Brit J Psychiat*; 114: 443-50, 1968.
- 153.- FOL, V - VEDRINNE, J - VITANI, CH: *Le suicide dans le departement de l'ain quelque aspects socio-psychiatriques*; *Med Leg et Dommage Corp*; 4: 344-346, 1971.
- 154.- FOURNIER, A: *Quelques dimensions sociologiques d'un suicide a travers une analyse de contenu de moyens d'information*; in *Suicide et Mass Media*; III^e Réunion du groupement d'études et de prevention du suicide; Masson & C; Paris, 1971.
- 155.- FOX, R: *Suicide in Brighton*; *Br J Psychiatry*; 122: 116, 1973.
- 156.- FREEMAN, W: *Psychiatrists who kill themselves: a study in suicide*; *Amer J Psychiat*; 124: 846-7, 1967.
- 157.- FREEMAN, JW - RYAN, CA - BEATTIE, RR: *Epidemiology of drug overdose in Southern Tasmania*; *Med J Aust*; 2: 1168-72, 1970.
- 158.- FREJAVILLE, JP: *Surveillance somatique d'une population de sujets suicidants*; *Psychologie Medicale*; 9: 65-70, 1977.
- 159.- GAMNA, G: *Antiropfenomenologia del suicidio*; *Min Med*; 59: 4866-9, 1968.
- 160.- GARCIA DE VIEDM, DEHES - DE FRUTOS HERRANZ, M: *Clinica y tratamiento de la intoxicación aguda por barbitúricos, estudio de 132 casos*; *Rev Esp Anestesiol Reanim*; 19: 224-35, 1972.
- 161.- GAULTIER, M - SOUBRIER, JP: *Réflexions médico légales sur deux cas de suicide*; *Med Leg et Dommage Corp*; 4: 223-224, 1971.
- 162.- GAZZARD, BG: *Why do people use paracetamol for suicide?*; *Br Med J*; 1: 212-3, 1976.
- 163.- GHACHEM, A - AMMAR, S - HASSEN, M: *Le suicide en Tunisie*; *Med Leg et Dommage Corp*; 7: 245, 1974.
- 164.- GHACHEM, A - HASSEN, M: *La fréquence des intoxications aiguës volontaires par le parathion*; *Med Leg et Dommage Corp*; 7: 246-248; 1974.
- 165.- GITTLESON, NL: *The relationship between obsessions an suicidal attempts in depressive psychosis*; *Brit J Psychiat*; 112: 889-90, 1966.
- 166.- GOBAR, AH: *Suicide in Afghanistan*; *Brit J Psychiat*; 116: 493-6, 1970.
- 167.- GOMINET, P - CULOT, D - MONNIER, JP - LAVILLAT, D - DUGOURD, M: *Quantification du fait suicidaire dans le cadre d'une activité psychiatrique sectorielle (possibilités et limites de la prise en charge)*; *Psychologie Medicale*; 9: 137-140, 1977.
- 168.- GONIN, DANIEL: *L'expression suicidaire: nouvelle proposition de langage. Sa traduction par les media*; in *Suicide et Mass Media*; III^e Réunion du groupement d'études et de prevention du suicide; 25-34; Masson & C; Paris, 1971.

- 169.- GONZALEZ BUSTAMANTE, D: *El suicidio: enfoque legal*; Prensa Med Mex; 36:369-72; 1971.
- 170.- GOODHART, CB: *Suicide in pregnancy*; Brit Med J; 1:318, 1968.
- 171.- GORCEIX, A: *Le suicide, l'adolescence et le poison*; Sem Hosp Paris; 2371-2374, 1963.
- 172.- GORCEIX, A: *Le corps, le temps, la mort dans la toxicomanie et le suicide*; Med Leg et Dommage Corp; 4:229, 1971.
- 173.- GORCEIX, A - PEYRON: *Le dit le non dit dans les conduites suicidaires*; in *Suicide et Mass Media*; III^e Réunion du groupement d'études et de prevention du suicide; 35-38; Masson & C; Paris, 1971.
- 174.- GOSSOP, MR - COBB, JP - CONNELL, PH: *Self destructive behavior in oral and intravenous drug dependent groups*; Br J Psychiatry; 126:266-9, 1975.
- 175.- GOULON, M: *Las intoxicaciones agudas por los tranquilizantes*; Rev Clin Esp; 123:567-72, 1971.
- 176.- GREER, S - GUNN, JC: *Attempted suicides from intact and broken parental homes*; Brit Med J; 2:1355-7, 1966.
- 177.- GREER, S - GUNN, JC - KOLLER, KM: *Actiological factors in attempted suicide*; Brit Med J; 2:1352-5, 1966.
- 178.- GREER, S - BAGLEY, CHRISTOPHER: *Effect psychiatric intervention in attempted suicide: a controlled study*; Br Med J; 1:310-2, 1971.
- 179.- GREIST, JH - GUSTAFSON, DAVID H - STAUSS, FRED F - ROWSE, GLEN L - LAUGHRENZ, THOMAS P - CHILES, JOHN A: *A computer interview for suicide risk prediction*; Am J Psychiatry; 130:1327-32, 1973.
- 180.- GROS, ANDRE JEAN: *La pendaison accidentelle*; (Tesis para el Doctorado en Medicina); Labor; 81 pág; Paris, 1935.
- 181.- GREENHOUSE, AH: *Attempted suicide with clofibrate*; Jama, 204:402-3, 1968.
- 182.- GUERRA, R: *El suicidio: aspectos fisiológicos*; Prensa Med Mex; 36:372-4, 1971.
- 183.- GUZE, SB - ROBINS, ELI: *Suicide and primary affective disorders*; Br J Psychiatry; 117:437-8; 1970.
- 184.- GUZE, SB: *Suicide, hysteria, and conversion symptoms*; Jama; 225:65, 1973.
- 185.- HABERLANDT, WF: *Aportación a la genética del suicidio (datos en gemelos y hallazgos familiares)*; Folia Clin Int (Barc); 17:319-22, 1967.
- 186.- HABSBURGO-LORENA Y DE BORBON, LUIS SALVADOR DE: *Die Balearen*; pág 391-392; Vol II; Brodhous, Leipzig, 1871.
- 187.- HAIM, ANDRE: *Les suicides d'adolescents*; Payot, 303 pág; Paris, 1970.
- 188.- HANKOFF, LD: *When is suicide preventable?*; Am J Psychiatry; 132:874-5, 1975.
- 189.- HASSALL, C - TRETOWAN, WH: *Suicide in Birmingham*; Br Med J; 1:717-8, 1972.
- 190.- HAWTON, K: *Excessive use of psychiatric services by suicidal patients*; Br Med J; 3:595-6, 1975.
- 191.- HEADLEY, LEE: *Jewish suicide in Israel*; in *Suicide in Different Cultures*; pág 215-230; University Park Press, Baltimore.
- 192.- HEDDY, WRH: *Methods of suicide*; The Practitioner; 160:392-397, 1948
- 193.- HEMINGWAY, L: *A statement on abortion in Victoria*; Med J Aust; 1:608, 1972.

- 194.- HERSHON, HI: *Attempted suicide in a largely rural area during an eight year period*; Brit J Psychiat; 114: 279-84, 1968.
- 195.- HILL, O: *Some psychiatric non sequels of childhoos bereavement*; Brit J Psychiat; 116: 679-80, 1970.
- 196.- HILL, OSCAR W: *The association of childhood bereavment with suicidal attempt in depressive illness*; Brit J Psychiat; 115: 301-4, 1969.
- 197.- HILLMAN, JAMES: *Suicide and the soul*; Harpes, 191 pág, New York, 1973.
- 198.- HIRSCH, CS - RUSHFORTH, NB - FORD, AB - ADELSON, L: *Homicide and suicide in a metropolitan county. I. Long-term trends*; Jama; 223: 900-5, 1973.
- 199.- HOBSON, JD - ZETTNER, A: *Digoxin serum half-life following suicidal digoxin poisoning*; Jama; 223: 147-9, 1973.
- 200.- HOFFMAN, FREDERICK L: *Suicide Problems*; Prudential Press; 220 pags; New Jersey, 1927.
- 201.- HOLDING, TA: *The B.B.C. "befrienders" series and its effects*; Br J Psychiatry; 124: 470-2, 1974.
- 202.- HOLDING, TA: *Suicide and "The Befrienders"*; Br Med J; 3: 751-2, 1975.
- 203.- HROVATIN, G - PASCALIS, B: *Punto di vista ospedaliero su tentati suicidi, suicidi, intossicazioni accidentali, autolesionismi e tossicosi etiliche*; Min Med; 61: 5871-5878, 1970.
- 204.- HUGUETTE, AUBRY: *La fréquence du suicide tardif chez les anciens patients psychiatriques*; Arch Suisses de Neurochi et de Psychiatric; 114-2: 303-337, 1974.
- 205.- HURIEZ, IVONNE: *Mi niño se ha suicidado*; Granica; 119 pag; Buenos Aires, 1974.
- 206.- IGA, MANORU - TATAI, KICHINOSOKE: *Characteristics of suicides and attitudes toward suicide in Japan*; in *Suicide in Different Cultures*; pág. 255-280; University Park Press, Baltimore.
- 207.- JACOBSON, S - JACOBSON, DM: *Suicide in Brighton*; Br J Psychiatry; 121: 369-77, 1972.
- 208.- JACOBSON, S - TRIBE, P: *Deliberate self-injury (attempted suicide) in patients admitted to hospital in Mid-Sussex*; Br J Psychiatry; 121: 379-86, 1972.
- 209.- JAMES, IP: *Self-poisoning and alcohol*; Lancet; 2: 1260-1, 1972.
- 210.- JIMENEZ HERRERO, FERNANDO: *El suicidio en la vejez*; Ponencia presentada en el IX Congreso Nacional de Geontología; pág 15-19; Benalmádena (Málaga), 1975.
- 211.- JOHNSON, HR - KOUMIDES, O: *Unusual case of mercury poisoning*; Brit Med J; 1: 340-1, 1967.
- 212.- JOHNSON, HRM: *Delayed air embolism*; Forensic Science; 2: 375-377, 1973.
- 213.- JOKINEN, KARI - LEHTINEN, VILLE: *Poisoning patients followed up 5 to years later*; pág. 147-148; *Suicide Research*; Psychiatria Fennica; Finland, 1977.
- 214.- JOLIBOIS, M - WARTEL, R: *La présence d'un psychiatre dans un service de réanimation médicale*; Psychologie Medicale; 9: 141-146, 1977.
- 215.- JORGENSEN, GUNNAR - ERLING, INGE: *Substances used with suicidal intent*; Dan Med Bull; 10-4: 114.
- 216.- KEARNEY, TR: *Psychiatric consultations in a general hospital*; Brit J Psychiat; 112: 1237-40, 1966.
- 217.- KEEKER, MH - REIFLER CLIFFORD, B: *Suicide during an LSD reaction*; Amer J Psychiat; 123: 884-5, 1967.

- 218.- KENNEDY, PF - PHANJOO, AL - SHEKIN, WO: *Risk taking in the lives of parasuicides (attempted suicides)*; Br J Psychiatry; 119:281-6, 1971.
- 219.- KENNEDY, P: *Efficacy of a regional poisoning treatment centre in preventing further suicidal behaviour*; Br Med J; 4:255-7, 1972.
- 220.- KENNEDY, P: *Poisoning treatment centers*; Br Med J; 4: 670, 1972.
- 221.- KENNEDY, P - KREITMAN, NORMAN: *An epidemiological survey of parasuicide ("attempted suicide") in general practice*; Br J Psychiatry; 123:23-34, 1973.
- 222.- KENNEDY, P - KREITMAN, N - OVENSTONE, IRENE MK: *The prevalence of suicide and parasuicide ("attempted suicide") in Edinburgh*; Br J Psychiatry; 124:36-41, 1974.
- 223.- KIRSTEIN, L - WEISSMAN, MM: *Utilization review of treatment of suicide attempters chart review as patient care evaluation*; Am J Psychiatry; 132: 851-5, 1975.
- 224.- KOLLER, KM - CASTANOS, JN: *Attempted suicide and alcoholism*; Med J Aust; 2:835-7, 1968.
- 225.- KOLLER, KM - CASTANOS, JN: *Parental deprivation and attempted suicide in prison populations*; Med J Aust; 1:858-61, 1969.
- 226.- KOLLER, KM - CASTANOS, JN: *The influence of childhood parental deprivation in attempted suicide*; Med J Aust; 1:396-9, 1968.
- 227.- KRAUS, J: *Use of Bayes's Theorem in clinical decision. Suicidal risk, differential diagnosis, response to treatment*; Br J Psychiatry; 120:561-7, 1972.
- 228.- KRAUS, J: *Suicidal behaviour in New South Wales*; Br J Psychiatry; 126: 313-8, 1975.
- 229.- KREITMAN, N - PHILIP, AE: *Parasuicide*; Brit J Psychiat; 115:746-7, 1969.
- 230.- KREITMAN, N - SMITH, PETER - ENG SEONG, TAN: *Attempted suicide as language: an empirical study*; Brit J Psychiat; 116:465-73, 1970.
- 231.- KREITMAN, N: *Attempted suicide as language*; Br J Psychiatry; 117: 476, 1970.
- 232.- KREITMAN, N: *Suicide in Scotland in comparison with England and Wales*; Br J Psychiatry; 121:83-7, 1972.
- 233.- KREITMAN, N - CHOWDHURY, NILIMA: *Distress behaviour: a study of selected Samaritan clients and parasuicides ("attempted suicide" patients). I. General aspects*; Br J Psychiatry; 123:1-8, 1973.
- 234.- KREITMAN, N - CHOWDHURY, NILIMA: *Distress behaviour: a study of selected Samaritan clients and parasuicides ("attempted suicide" patients). II. Attitudes and choice of action*; Br J Psychiatry; 123:9-14, 1973.
- 235.- LAST, PM: *Attempted suicide*; Med J Aust; 1:708-10, 1967.
- 236.- LAUNAY, C - COL, C: *Suicide et tentative de suicide chez l'enfant et l'adolescent*; Revue du Praticien; XIV-6:619-626, 1964.
- 237.- LAXENAIRE, M - MARCHAND, P: *Le désir de mort dans l'anorexie mentale abord psychothérapique*; Psychologie Médicale; 9:79-84, 1977.
- 238.- LEESE STEPHANIE, M: *Suicide behaviour in twenty adolescents*; Brit J Psychiat; 115:479-80, 1969.
- 239.- LEMANISSIER, AF - MALBOS, J - VANNETZEL, P - RADIGUET, C - COMBES, M: *Statistiques des suicides observés à l'hôpital du MANS en 1972*; V^e Réunion du groupement d'études et de prévention du suicide. (Le Mans - 5 Mai 1973). *Epidémiologie du suicide: réalisation pratique incidences prophylactiques*; Pág. 25-33; Masson & C.

- 240.- LE MOAL, P: *El niño excitado, deprimido*; Editorial Planeta, 196 pág.; Barcelona, 1976.
- 241.- LERY, N - VEDRINNE, J - COLIN, M: *Intoxications et suicidologie: Experience Lyonnaise*; Bull Med Leg et Toxicol; 18-6:415-422, 1975.
- 242.- LESTER, D: *The antisuicide pill*; Jama; 208:1908, 1969.
- 243.- LESTER, D: *Fetal suicide*; Jama; 209:1367, 1969.
- 244.- LESTER, D: *Suicidal behaviour after restoration of sight*; Jama; 214:916, 1970.
- 245.- LESTER, D - ALEXANDER, M - BUFALO, NY: *Suicide and dangerous sports: parachuting*; Jama, 215:485, 1971.
- 246.- LESTER, D: *Niagara Falls suicides*; Jama; 215:797-8, 1971.
- 247.- LESTER, D: *Suicide after restoration of sight*; Jama; 216:678-9, 1971.
- 248.- LESTER, D: *Seasonal variation in suicidal death*; Br J Psychiatry; 118:627-8, 1971.
- 249.- LESTER, D: *Suicide after restoration of sight*; Jama; 219:757, 1972.
- 250.- LESTER, D: *Migration and suicide*; Med J Aust; 1:941-2, 1972.
- 251.- LESTER, D: *Suicide rate*; Br Med J; 4:612, 1972.
- 252.- LESTER, D - MAYS LANDING, NJ: *Hysteria and suicide*; Jama; 224:902, 1973.
- 253.- LESTER, D - PAMONA, NJ: *Suicide in released prisoners of war*; Jama; 225:747, 1973.
- 254.- LESTER, D: *Prevention of suicide*; Jama; 225:992, 1973.
- 255.- LESTER, D - POMONA, NJ: *Suicide prevention efforts*; Jama; 227:77-8, 1974.
- 256.- LESTER, D - POMONA, NJ: *The suicide capital of America*; Jama; 229:1637, 1974.
- 257.- LESTER, D: *Suicide prevention centers: data from 1970*; Jama; 229:394, 1974.
- 258.- LEVI, DAVID - FALES, CATHERINE H - STEIN, MARVIN - SHARP, VER: *Separation and attempted suicide*; Arch Gen Psychiat; 15:158-164, 1966.
- 259.- LEVY, NB: *Care of the critically ill*; Lancet; 2:1082, 1974.
- 260.- LITMAN, RE - CURPHEY, T - SHNEIDMAN, ES - FARBEROW, NL - TABACHNICH, MD: *Investigations of equivocal suicides*; Jama; 184:924-9, 1963.
- 261.- LITMAN, RE - FARBEROW, NL - SHNEIDMAN, ES - HEILING, SM - KRAMER, JA: *Suicide prevention telephone service*; Jama, 192:21-25, 1965.
- 262.- LONNQVIST, JOUKO: *Suicide in Helsinki*; Monografía de Psychiatria Fennica nº 8; Finland 1977; 182 pág.
- 263.- LONNQVIST, JOUKO - ACHTE, KALLE - AALBERG, VEIKKO: *On suicide prevention*; pág. 59-66; Suicide Research, Psychiatria Fennica; Finland, 1977.
- 264.- LONNQVIST, JOUKO: *On the epidemiology of suicide in Finland*; pág. 75-78; Suicide Research, Psychiatria Fennica; Finland 1977.
- 265.- LONNQVIST, JOUKO: *Psychotropic drugs and self destructive behaviour*; pág. 117-123; Suicide Research, Psychiatria Fennica; Finland, 1977.
- 266.- LOPEZ GÓMEZ, LEOPOLDO - GISBERT CALABUIG, JUAN ANTONIO: *Tratado de Medicina Legal*; 3 tomos; Edit. Saber; Valencia, 1970.
- 267.- LOPEZ NARVAEZ, FM: *El suicidio: Punto de vista existencial cristiano*; Prensa Med Mex; 36:367-9, 1971.

- 268.- LORIOT, JN - ELIAKIS, E - FULLY, G - BRETON, J - CAROFF, J - HADENGUE, A - DEROBERT, L: *La strangulation suicide: (A propos de II observations)*; Med Leg et Dommage Corp; 4:385-397, 1971.
- 269.- LUKIANOWICZ, N: *Suicidal behaviour: an attempt to modify the environment*; Br J Psychiatry; 121:387-90, 1972.
- 270.- LLANOS, R: *Consideraciones sobre una ficha estadística para el estudio del suicidio*; Rev Neuropsiquiatr; 33:305-21, 1970.
- 271.- MACKINNON DOUGLAS, R: *Suicide research: cautions and precautions in analysis*; Suicide Research, Psychiatria Fennica; pág. 49-57; Finland, 1977.
- 272.- MADDISON, D - MACKEY, KH: *Suicide: the clinical-problem*; Brit J Psychiat; 112:693-703, 1966.
- 273.- MALLESON, A: *Suicide prevention: a myth or a mandate?*; Br J Psychiatry; 122:238-9, 1973.
- 274.- MALLIE, D - DAVID, JJ: *Le suicide et le crime: statistique de l'Institut médico-legal de Lyon 1972-1973*; Med Leg et Dommage Corp; 7-4:380-387, 1974.
- 275.- MANDELL, AJ - MANDELL, MARY P: *Suicide and the menstrual cycle*; Jama; 200:792-3; 1967.
- 276.- MANDON, DANIEL: *Problemes de l'influence des communications de masse sur le suicide. Essai d'approche sociologique*; pág. 12-23; Suicide et Mass Media; III^e Réunion du groupement d'études et de prévention du suicide; Masson & C; Paris, 1971.
- 277.- MAR ZUÑIGA, SANTIAGO: *El suicidio: punto de vista de la prevención*; Prensa Med Mex; 36:375-380, 1971.
- 278.- MARCINKOWSKI, TADEUSZ - PUKACKA SOKOLOWSKA, LYDIA - WOSCIECHOWSKI, TEODOR: *Planned complex suicide*; Forensic Science; 3:95-100, 1974.
- 279.- MARCUS, DC: *Suicide by physicians*; Jama; 229:141, 1974.
- 280.- MAREK, ZDZISLAW - WIDACKI, JAN - ZWARYSIEWICZ, WIKTOR: *Suicides committed by minors*; Forensic Science; 7:103-108, 1976.
- 281.- MARTI LLORET, JUAN - SALES VAZQUEZ, MIGUEL - CORBELLA, J - RODRIGUEZ PAZOS, MANUEL: *Frecuence de suicides dans une population industrielle de niveau moyen*; Act Med Leg et Soc; 23:395-400, 1975.
- 282.- MARTINEZ PARDO, F: *Análisis de las motivaciones en los suicidios familiares*; Comunicación al X Congreso Nacional de Psiquiatría; pág. 323-330; Publicaciones Reunidas; Barcelona, 1969.
- 283.- MARTINEZ PINA, A - FERRERO TOLOSA, R: *Suicidio y determinación psicótica*; Rev Psiquiatrica y Psicol Med; 7:58-67, 1965.
- 284.- MATA, PEDRO: *Vademecum de Medicina y Cirugía Legal*; Tomo II; Marini; Madrid, 1844.
- 285.- MATA, PEDRO: *Tratado de Medicina y Cirugía Legal*; Tomo II; Joaquín Meras y Suárez; 1846.
- 286.- MATA, PEDRO: *Tratado teórico-práctico de Medicina Legal y Toxicología*; Tomo III; Boilly-Boilliere; Madrid, 1912.
- 287.- MATTI, ISOHANNI: *Suicide problem in the therapeutic community*; pág. 91-100; Suicide Research, Psychiatria Fennica; Finland, 1977.
- 288.- MAYER, DY: *A psychotherapeutic approach to the suicidal patient*; Br J Psychiatry; 119:629-33, 1971.
- 289.- MCCARTHY P, DESMOND - WALSH, DERMOT: *Suicide in Dublin*; Brit Med J; 1:1393-6, 1966.

- 290.- MCCARTHY, PD - WALSH, DERMOT: *Suicide in Dublin: I. The under reporting of suicide and the consequences for national statistics*; Br J Psychiatry; 126: 301-8, 1975.
- 291.- MCCULLOCH, JW - PHILIP, AE - CARSTAIRS, GM: *The ecology of suicidal behaviour*; Brit J Psychiat; 113: 313-9, 1967.
- 292.- MCDOWALL, AW - BROOKE, EM - FREEMAN BROWME, DL - ROBIN, AA: *Subsequent suicide in depressed in patients*; Brit J Psychiat; 114: 749-54, 1968.
- 293.- MCLEAN, FA: *An inquest quashed*; Lancet; 2: 146, 1970.
- 294.- MCCLURE, JN Jr - REICH, THEODORE - WETZEL, RICHARD D: *The menstrual cycle and suicide*; Br J Psychiatry; 119: 586-7, 1971.
- 295.- *Medical contributions to suicide*; Brit Med J; 3: 610, 1969.
- 296.- MEER, FATIMA: *Race and suicide in South Africa*; Routledge & Kegan Paul; 319 pág.; London, 1976.
- 297.- MELE, A - RIZZI, A: *L'avvelenamento mortale da aspirina*; Min Med; 86: 292-4, 1966.
- 298.- MENAHEM, R - PICHOT, P: *Enquete sur les conduites suicidaires dans une population de malades mentaux hospitalisés*; V^e Réunion du groupement d'études et de prevention du suicide. (Le Mans - 5 Mai 1973). *Epidemiologie du suicide: réalisation pratique incidences prophylactiques*; pág. 79-85; Masson & C.
- 299.- MERSKEY, H: *Attempted suicide*; Brit J Psychiat; 115: 1227, 1969.
- 300.- MICHAUX, P - CURTES, JP - BORDE, MF: *Premiers resultats d'une prise en charge psychotherapique des tentatives de suicide dans le service "d'accueil et urgences" du C.H.R. de Rennes*; V^e Réunion du groupement d'études et de prevention du suicide. (Le Mans - 5 Mai 1973). *Epidemiologie du suicide: réalisation pratique incidences prophylactiques*; pág. 125-129; Masson & C.
- 301.- MICIC, S: *Il suicidio nei minorenni*; Min Pediat; 19: 255-60, 1967.
- 302.- MILLER, H: *Depression*; Brit Med J; 1: 257-62, 1967.
- 303.- MODAN, B - NISSENKORN, I - LEWKOWSKI, SR: *Suicide in heterogeneous society*; Brit J Psychiat; 116: 65-8, 1970.
- 304.- MODICA, A: *Un caso di suicidio per unezioni di esteri fosforici*; Minerva Medicoleg; 86: 192-4, 1966.
- 305.- MOORE, C: *Management of patients who overdose*; Med J Aust; 2: 870-1, 1975.
- 306.- MORA TERUEL, F: *El suicidio en la depresión (una aproximación existencial analítica)*; Folia Neuropsiq. sur Esp; 4: 399-408, 1969.
- 307.- MORGAN, HG - POCOCK, HELEN - POTTLE, SUSAN: *The urban distribution of non fatal deliberate self harm*; Br J Psychiatry; 126: 319-28; 1975.
- 308.- MORON, P - FABRE, AP - GOLDBERGER, E - CLANET, M - MOU- NIQ, C - DANJOUX, J: *La responsabilité médicale en matière de soins aux suicidants (Du délit d'émission de secours à personne en danger à l'accusation d'internement arbitraire)*; Psychologie Medicale; 9: 123-129, 1977.
- 309.- MORON, P - FABRE, AP - ROUDEZ, M - JARRIQUE, A - CHAC- COUR, C: *Les tentatives de suicide chez les femmes employées des ateliers de confec- tion de Toulouse*; V^e Réunion du groupement d'études et de prevention du suicide. (Le Mans - 5 Mai 1973). *Epidemiologie du suicide: réalisation pratique incidences pro- phylactiques*; pág. 141-146; Masson & C.
- 310.- MORON, PIERRE: *Le suicide*; Presses Universitaires de France; Que sois- je? n° 1569; Paris, 1975.

- 311.- *Mort naturelle et mort violente suicide et sacrifice*; Compte rendu du IV^e Congrès de la Société Française de Thanatologie; Lyon 2 et 3 Juin 1972; 185 pág.; Masson; Lyon, 1972.
- 312.- MOTTO, JA: *Suicide attempts*; Arch Gen Psychiat; 13:516-520, 1965.
- 313.- MOTTO, JA: *Toward suicide prevention in medical practice*; Jama; 210: 1229-32, 1969.
- 314.- MOTTO, JEROME A: *Hope, suicide, and Medical Practice*; Jama; 234: 1168-1169, 1975.
- 315.- MURPHY, GE - ROBINS, E: *Social factors in suicide*; Jama, 199:303-8, 1967.
- 316.- MURPHY, GE - WETZEL, RD - SWALLOW, CS - MCCLURE, JN: *Who calls the suicide prevention-center: a study of 55 persons calling on their own behalf*; Amer J Psychiat; 126:314-24, 1969.
- 317.- MURRAY, RM: *Psychiatric illness in doctors*; Lancet; 1:1211-3, 1974.
- 318.- MURTHY, VN: *Personality and the nature of suicidal attempts*; Brit J Psychiat; 115:791-5, 1969.
- 319.- MYKYTA, LJ: *A case sulthiame overdose*; Med J Aust; 2:118-9, 1968.
- 320.- *Mythologie of suicide*; Brit Med J; 1:770; 1970.
- 321.- NEALE, R: *Attempted suicide in labour*; Br Med J; 1:321-2, 1976.
- 322.- NELSON FRANKLYN, L - FARBEROW, NORMAN L: *Indirect suicide in the elderly chronically III patient*; pág. 125-139; Suicide Research, Psychiatria Fennica; Finland, 1977.
- 323.- NEVILLE, PARKER - BURTON BRADLEY, BG: *Suicide in Papua and New Guinea*; Med J Aust; 2:1125-9, 1966.
- 324.- NIELSEN, J - VIDEBECH, THOMAS: *Suicide frequency before and after introduction of community psychiatry in a Danish Island*; Br J Psychiatry; 133: 35-9, 1973.
- 325.- NIEMI, TIMO - SARNA, SEppo: *Retirement as a psychosocial crisis*; pág. 155-6; Suicide Research, Psychiatria Fennica; Finland, 1977.
- 326.- NIEMI, TIMO: *Can the epidemiology of suicide be considered epidemiological research?*; pág. 79-81; Suicide Research, Psychiatria Fennica; Finland, 1977.
- 327.- NIGRO, SA: *Suicide attitudes*; Jama; 226: 1230, 1973.
- 328.- NISKANEN, PEKKA - RINTA MANTY, RISTO - OLLIKAINEN, LIISA: *A comparison of hospitalized suicidal and non-suicidal psychiatric patients, with a long-term follow-up*; pág. 159-166; Suicide Research, Psychiatria Fennica; Finland, 1977.
- 329.- NOOMEN, PIETER: *Suicide in the metherlanos*; in *Suicide in Diferent Cultures*; University Park Press, Baltimore.
- 330.- *Novísima recopilación de las Leyes de España*; Libro 12, Título 21, Ley XV; Boletín Oficial del Estado; 1976.
- 331.- OLESA MUÑIDO, FRANCISCO FILIPO: *Inducción y auxilio al suicidio*; Bosch; 138 pág.; Barcelona, 1958.
- 332.- OLEZA, JUANA - LORENTE, ELENA: *El suicidio, problema social*; Athena nº 66; pág. 4-18; 1977.
- 333.- OLIVER, RG - KAMINSKI, Z - TUDOR, I - HETZEL, BS: *The epidemiology of attempted suicide as seen in the casualty department, Alfred Hospital, Melbourne*; Med J Aust; 1:833-9, 1971.
- 334.- OLIVER, RG - HETZEL, BS: *Rise and fall of suicide rates in Australia: relation to sedative availability*; Med J Aust; 2:919-23, 1972.

- 335.- OLIVER, RG: *Rise and fall of suicide rates in Australia: relation to sedative availability*; Med J Aust; 2: 1208-9, 1972.
- 336.- ORDOÑEZ SIERRA, J: *El suicidio en la práctica médica*; Trat Med Prac Med; 118-137, 1976.
- 337.- ORDOÑEZ SIERRA, JORGE: *Suicidios y cuadros depresivos*; Act Luso Esp Neurol Psiquiat; 23: 183-202, 1964.
- 338.- ORTIZ RAMOS, P - GRADILLAS REGODON, V: *Consideraciones Clínicas acerca del suicidio*; Actas luso españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines; 4: 219-226, 1976.
- 339.- OSTOJA, A: *Problemi medico-sociali in tema di depressioni*; Minerva Med; 58: 670-2, 1967.
- 340.- OVENSTONE, IM: *A psychiatric approach to the diagnosis of suicide and its effect upon the Edinburgh statistics*; Br J Psychiatry; 123: 15-21, 1973.
- 341.- OVENSTONE, IM - KREITMAN, NORMAN: *Two syndromes of suicide*; Br J Psychiatr; 124: 336-45, 1974.
- 342.- *Padrón Municipal de habitantes el 31 de diciembre del año 1975. Resultados de la inscripción de los Municipios de la Provincia*; Instituto Nacional de Estadística. Delegación Baleares; Palma, 1976.
- 343.- PARE, CM - YEUNG, DPH - PRÍCE, K - STACEY, RS: *5-hydroxytryptamine, noradrenaline, and dopamine in brainstem, hypothalamus, and caudate nucleus of controls and of patients committing suicide by coal-gas poisoning*; Lancet; 2: 133-5, 1969.
- 344.- PALMOVIC, V: *The carboxyhaemoglobin blood level in fatal cases caused by suicide and accident*; Acta Medicinae Legalis et Socialis; Vol XXI, nº 1-2-3-4; pág. 23-28; 1968.
- 345.- PALLIS, DJ: *Excessive use of psychiatric services by suicidal patients*; Br Med J; 3: 216-8, 1975.
- 346.- PALLIS, DJ: *Effect of junior doctors' action on self poisoning*; Br Med J; 1: 342, 1976.
- 347.- PARKIN, D - STENGEL, E: *Incidences of suicidal attempts in an urban community*; Brit Med J; 2: 133-8, 1965.
- 348.- PARNELL, RW - SKOTTOWE, IAN: *Towards preventing suicide*; Lancet; 206-8, 1957.
- 349.- PASCALIS, B: *Suicidio e tentato suicidio a Trieste*; Min Med; 61: 5865-5870, 1970.
- 350.- PASQUIER MOUGIN, M^{me}: *Donnees socio epidemiologiques des conduites suicidaires hospitalisées au centre Henri Mondor de Creteil durant l'année 1972*; V^e Réunion du groupement d'études et de prevention du suicide. (Le Mans - 5 Mai 1973). Epidemiologie du suicide: réalisation pratique incidences prophylactiques; Pág. 87-98; Masson & C.
- 351.- PATEL, NS: *Suicide, the coroner and the declining suicide rate*; Forensic Science; 2: 467-470, 1973.
- 352.- PATEL, NS: *Suicide, the coroner and the declining suicide rate*; Acta Medicinae Legalis et Socialis; Vol XXIII; Pág. 429-435; 1975.
- 353.- PATEL, AR: *Attitudes towards self poisoning*; Br Med J; 2: 426-9, 1975.
- 354.- PATRIS, M - SINGER, L: *Tentative de suicide et avortement thérapeutique. Reflexion à propos de trois observations*; Psychologie Medicale; 9: 97-100, 1977.
- 355.- PATRIS, MF - ZUPNIK, MS - KAMMERER, C: *Suicide manqué. L'impasse et l'échappatoire*; Psychologie Medicale; 9: 103-106, 1977.

1977

356.- PAYKEL, ES - MYERS, JK - LINDENTHAL, JJ - TANNER, J: *Suicidal feelings in the general population: a prevalence study*; Br J Psychiatry; 124:460-9, 1974.

357.- PEREZ PARAMO, V: *Estudio sobre el suicidio*; Archivos de la Facultad de Medicina de Zaragoza. I. Tomo nº 19; 2:85-116, 1971.

358.- PEREZ PARAMO, V: *Estudio sobre el suicidio*; Archivos de la Facultad de Medicina de Zaragoza. II. Tomo nº 19; 3:162-170, 1971.

359.- PETIT, G - PETIT, G - CHAMPEIX: *Panicide réalise par un adolescent avec suicide secondaire*; Ann Med Leg; 47:685-690, 1967.

360.- PETIT, G - PETIT, AG: *Suicide après "pseudo-homicide" involontaire dans un accident de la route*; Med Leg et Dommage Corp; 3:423-425, 1970.

361.- PETIT, G - GEILLE, A - PETIT, AG - LAJOINIE, J: *Suicide ou mort accidentelle par pendaison chez un adolescent*; Med Leg et Dommage Corp; 4:250-251, 1971.

362.- PETROVSKY, CC: *Suicide in a general hospital. Launceston General Hospital*; Med J Aust; 2:669-72, 1967.

363.- PHILIP, AE - MCCULLOCH, JW: *Social pathology and personality in attempted suicide*; Brit J Psychiat; 113:1405-6, 1967.

364.- PHILIP, AE - MCCULLOCH, JW: *Some psychological features of persons who have attempted suicide*; Brit J Psychiat; 114:1299-300, 1968.

365.- PHILIP, AE: *Traits, attitudes and symptoms in a group of attempted suicides*; Brit J Psychiat; 116:475-82, 1970.

366.- PHYLLIS, EPPS - LOND, MD: *Women in prison on "Attempted suicide" charges*; Lancet; 182-4, 1957.

367.- PIATIER, ANDRE: *Estadística*; Bosch; 408 pág.; Barcelona, 1965.

368.- PIGA, A: *Problemas médicos y jurídicos del suicidio, conferencia leída en la Real Academia de Jurisprudencia y Legislación el día 2 de febrero de 1948*; Revista de Medicina Legal; 25:178-183, 1948; 26:229-236, 1948.

369.- PIROZYNSKI, T - SCRIPCARU, GH - GOTTLIEB, H - PIROZYNSKI, M - LICIU, V: *Le problème de la prophylaxie au suicide pathologique*; Annales Médico-Psychologiques; 2:405-414, 1965.

370.- PIROZYNSKI, T - SCRIPCARU, GH - PIROZYNSKI, M - GOTTLIEB, H - LICIU, V: *La psychopathologie des états affectifs dans la crise de conscience du comportement suicidaire*; Acta Medicinæ Legalis et Socialis; Vol XXI, nº 1-2-3-4, 1968.

371.- *Poisoning from paraquat*; Brit Med J; 3:690-1, 1967.

372.- POLDINGER, W: *La tendencia al suicidio*; Ediciones Morato; 163 pág.; Madrid, 1969.

373.- *¿Por qué la gente utiliza Paracetamol para suicidarse?*; Rev Ints Nac Med Leg Colombia; 1-2:89, 1976.

374.- PORTIGLIATTI BARBOS, M: *Aspetti quiridico-forensi del suicidio*; Minerva Med; 59:4894-904, 1968.

375.- PRENDERGAST, FG: *Poisoning and prescribing habits*; Med J Aust; 1:614-5, 1971.

376.- *Prevención del suicidio*; Cuadernos de Salud Pública, nº 35, Organización Mundial de la Salud; 89 pág.; 1969.

377.- *Prevention of suicide*; Br Med J; 1:419, 1971.

378.- PRIMOST, N: *Definition of suicide*; Lancet; 1:326, 1967.

379.- QUIDV, MARGUERITE: *Le suicide, étude clinique, perspectives preventives*; Editions Sociales Françaises; 166 pág.; Paris, 1970.

- 380.- QUINTANILLA ULLA, JAIME: *Meteorología del suicidio*; Revista Médica de Galicia; Vol X, nº 6; 351-355; 1972.
- 381.- RAMON, S - BANCROFT, JH - SKRIMSHIRE, AM: *Attitudes towards self poisoning among physicians and nurses in a general hospital*; Br J Psychiatry; 127: 257-64, 1975.
- 382.- RAUNO, MAKAEALA - RAUHALA, LEENA - JARVENTIE, IRMELI - ANTTINEN, ERIKE: *North hame regional self-destruction survey*; Pág. 149-153; Suicide Research, Psychiatria Fennica; Finland, 1977.
- 383.- RAYMONDIS, I - SCHEKTMAN, S - MORON, P: *Etude de 98 tentatives de suicide*; Ann Med Leg; 45: 60-67, 1965.
- 384.- RAYMONDIS, LM - SCHEKTMAN, Y - MORON, P - GAYRAL, L: *Une enquete psychosociale sur les tentatives de suicide et son exploitation statistique*; Ann Med Psycho; 1-4: 563-608, 1965.
- 385.- RECHARD, E: *The psychodynamic case study*; pág. 111-116; Suicide Research, Psychiatria Fennica; Finland, 1977.
- 386.- REE, GH: *Suicide in Macuata province. Fiji. A review of 73 cases*; Practitioner; 207: 669-71, 1971.
- 387.- REED, DWIGHT - SPIEHLER VINA, R - CRAVEY, RH: *Two cases of heroin related suicide*; Forensic Science; 9: 49-52, 1977.
- 388.- REMON, C - FRONTELA, L - SALIDO, R: *Preparados de cobre como agente etiológico en un suicidio y en un accidente laboral*; in 2ª Jornadas Toxicológicas Españolas (Sevilla); Pág. 78-85; Liade; 1975.
- 389.- REN, G - ROYER, P - DILIGENT, MB - PETIET, G - DILIGENT, N: *A propos de deux cas de suicide a la nicotine*; Med Leg et Dommage Corp; 6: 414-416, 1973.
- 390.- RENDUELES OLMEDO, G - FRANCO VICARIO, JOSE Mª: *Contribución al estudio de las tentativas de suicidio en la provincia de Gerona*; Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr; 3: 237-46, 1975.
- 391.- *Reseña Estadística de la Provincia de Baleares*; Instituto Nacional de Estadística; Ernesto Jiménez; Madrid; 1974.
- 392.- RESNIK, HL: *Suicide prevention and niacin*; Jama; 208: 2164, 1969.
- 393.- RESNIK, HL: *Suicide attempt by a 10 year-old after quadruple amputations*; Jama; 212: 1211-2, 1970.
- 394.- RETTERSTOL, NILS: *Suicide in Norway*; in Suicide in Diferent Cultures; Pág. 77-94; University Park Press, Baltimore.
- 395.- REVILL, MG: *Suicide with tricyclic antidepressants*; Br Med J; 2: 475, 1976.
- 396.- REYNOLDS, DAVID K - KALISH, RICHARD A - FARBEROW, NORMAN L: *A cross-ethnic study of suicide attitudes and expectations in the United States*; in Suicide in Diferent Cultures; pág. 35-50; University Park Press, Baltimore.
- 397.- RIN, HSIEN: *Suicide in Taiwan*; in Suicide in Diferent Cultures; pág. 239-254; University Park Press, Baltimore.
- 398.- RINGEL, E: *La prévention du suicide, un problème mondial*; Hyg Ment; 3: 84-105, 1966.
- 399.- RIOS, SIXTO: *Métodos Estadísticos*; Del Castillo, Madrid, 1975, 498 pág.
- 400.- RIVAILLE, C: *Données sur le devenir d'un groupe d'adolescents suicidaires*; Vº Réunion du groupement d'études et de prévention du suicide. (Le Mans - 5 Mai 1973). Epidemiologie du suicide: réalisation pratique incidences prophylactiques; pág. 131-133; Masson & C.

- 401.- ROBIN, AA - BROOKE, EM - FREEMAN BROWN, DL: *Some aspects of suicide in psychiatric patients in Southern*; Brit J Psychiat; 114: 739-47, 1968.
- 402.- ROBIN, AA - FREEMAN BROWN, DL: *Drugs left at home by psychiatric inpatients*; Brit Med J; 3: 424-5, 1968.
- 403.- ROCKWELL, DA - O'BRIEN, W: *Physicians' knowledge and attitudes about suicide*; JAMA; 225: 1347-9, 1973.
- 404.- RODRIGUEZ, LEOCADIO: *Bioestadística para médicos*; Publicaciones de la Universidad de Sevilla; Sevilla, 1973.
- 405.- ROCHE, DA: *Suicide and euthanasia*; Br Med J; 3: 50, 1971.
- 406.- ROGER RIVIERE, JUAN: *Metodología de la documentación científica*; 94 pág.; Raycar; Madrid, 1969.
- 407.- ROMANO, DAVID: *Elementos y técnicas del trabajo científico*; 147 pág.; Teide; Barcelona, 1973.
- 408.- ROPSHITZ, DH: *Dealing with attempted suicide*; Brit Med J; 2: 117-8, 1968.
- 409.- ROSE, KD - ROSEN, DH - ROSOW, IRVING: *Obituary data*; JAMA, 229-521, 1974.
- 410.- ROSEN, DH: *Suicide rates among psychiatrists*; JAMA; 224: 246-7, 1973.
- 411.- ROSEN, DH: *The serious suicide attempt. Five year follow up study of 886 patients*; JAMA; 235: 2105-9, 1976.
- 412.- ROSEN, DAVID H: *Los intentos serios de suicidio: estudio del curso de 886 pacientes durante cinco años*; JAMA; 2: 417-422, 1976.
- 413.- ROSS, MATHEW: *The practical recognition of depressive and suicidal states*; Ann Of Inter Med; 64: 1079-86, 1966.
- 414.- ROSS, M: *Suicide among college students*; Amer J Psychiat; 126: 220-5, 1969.
- 415.- ROSS, O - KREITMAN, NORMAN: *A further investigation of differences in the suicide rates of England and Wales and of Scotland*; Br J Psychiatry; 127: 575-82, 1975.
- 416.- ROYO VILANOVA, R: *Automovilismo y suicidio*; Arch Fac Med; 8: 447-48, Madrid, 1965.
- 417.- RYAN, HF - MERRILL, BRUCE - SCOTT, GE - KREBS, R - THOMPSON, BL: *Increase in suicidal thoughts and tendencies. Association with diazepam therapy*; JAMA; 203: 1137-9, 1968.
- 418.- RYLE, A: *A repertory grid study of the meaning and consequences of a suicidal act*; Brit J Psychiat; 113: 1393-403, 1967.
- 419.- SAIZ RUIZ, J - MONTEJO IGLESIAS, ML: *La tentativa de suicidio en el Hospital General*; Arch Fac Med; 29: 211-220, Madrid, 1975.
- 420.- SALICRU PUIGVERT, CARLOS: *Análisis del suicidio*; 177 pág.; Imprenta de Eugenio Subirana; Barcelona, 1924.
- 421.- SALMON, JH: *Hanging in childhood*; JAMA; 201: 204-5, 1967.
- 422.- SANCHO LOBO, MANUEL: *Consideraciones generales sobre el suicidio y su aspecto médico legal*; Revista Española de Medicina Legal, nº 1, año 1, pág. 39-48; 1974.
- 423.- SANCHO LOBO, MANUEL: *Consideraciones generales sobre el suicidio y su aspecto médico legal*; Revista Española de Medicina Legal, nº 1, año 1, pág. 59-65; 1975.
- 424.- SANCHO LOBO, MANUEL: *Consideraciones generales sobre el suicidio y su aspecto médico legal*; Revista Española de Medicina Legal, nº 3, año 2, pág. 53-61; 1975.
- 425.- SANCHO LOBO, MANUEL: *Consideraciones generales sobre el suicidio y su aspecto médico legal*; Revista Española de Medicina Legal, nº 4, año 2, pág. 56-63; 1975.

- 426.- SANCHO LOBO, MANUEL: *Consideraciones generales sobre el suicidio y su aspecto médico legal*; Revista Española de Medicina Legal; nº 5, año 2, pág. 90-96, 1975.
- 427.- SANCHO LOBO, MANUEL: *Consideraciones generales sobre el suicidio y su aspecto médico legal*; Revista Española de Medicina Legal, nº 6-7, año 3, pág. 68-87, 1976.
- 428.- SANTO DOMINGO, J - CARRASCO, JJ - LEON, G: *Contribución al estudio de las tentativas de suicidio en España*; Rev Esp Anestesiol; 16: 313-25, 1969.
- 429.- SANTO DOMINGO, J - CARRASCO, J - CARRASCO GOMEZ, JJ - ALONSO, A: *La tentativa de suicidio. (Estudio de un grupo de 94 tentativas de suicidio)*; Arch Neurobiol; 33: 131-69, 1970.
- 430.- SARRO MARTIN, B - ALEA RIERA, E: *Necessitat d'un centre de suïcologia en un Hospital General*; Annals de Medicina; 63: 719-720, 1977.
- 431.- SAULNIER, J: *La tentative de suicide, sa prévention et sa post-cure*; Revue du praticien; 30: 3959-3968, 1965.
- 432.- SCHARBACH, H: *Considérations psychopathologiques à propos d'une tentative de suicide*; Psychologie Medicale; 9: 87-96, 1977.
- 433.- SCHAUB, S - HIVERT, PE - BRETON, J - GRECO, O - JACQUETTE, PH - OLLIVIER, JC - RICHIERO, JC: *Conduites suicidaires, libre arbitre et deontologie medicale*; Med Leg et Dommage Corp; 4: 225-228, 1971.
- 434.- SCHIPKOWENSKY, N - MILENKOV, K - BOGDANOVA, A: *Self destruction in Bulgarian folk songs*; in *Suicide in different cultures*; pág. 205-213; University Park Press, Baltimore.
- 435.- SCHDENBERG, BS: *Imprecise incidents of incidence*; Jama; 229: 1724, 1974.
- 436.- SCHMIDT, EDWIN H - O'NEAL, P - ROBINS, E: *Evaluation of suicide attempts as guide to therapy*; Jama; 155: 549-7, 1954.
- 437.- SCHRUT, A: *Some typical patterns in the behaviour and background of adolescent girls who attempt suicide*; Amer J Psychiat; 125: 69-74, 1968.
- 438.- SCHUCKIT, MA - GUNDERSON, E: *Suicide in the naval service*; Am J Psychiatry; 131: 1328-31, 1974.
- 439.- SEAGER, CP - FLOOD, RA: *Suicide in Bristol*; Brit J Psychiat; 111: 919-932, 1965.
- 440.- SERIN, S: *Il suicidio nell'adolescenza*; Minerva Pediat; 19: 260-3, 1967.
- 441.- SHAW, DM - CAMPS, FE - ECCLESTON, EG: *5-hydroxytryptamine in the hind-brain of depressive suicides*; Brit J Psychiat; 113: 1407-11, 1967.
- 442.- SHAW, DM - FRIZEL, DORIS - CAMPS, FRANCIS E - WHITE, S: *Brain electrolytes in depressive and alcoholic suicides*; Brit J Psychiat; 115: 69-79, 1969.
- 443.- SHEPHERD, D: *The aftermath of suicide*; Br Med J; 2: 600-3, 1974.
- 444.- SICARS Y SALVADO, NARCISO: *El suicidio jurídicamente considerado*; Imprenta Barcelonesa; 187 pág.; Barcelona, 1902.
- 445.- *Las siete partidas*; Partida 7, Título I, Ley 24; Boletín Oficial del Estado, 1974.
- 446.- *Las siete partidas*; Partida 7, Título VIII, Ley X; Boletín Oficial del Estado, 1974.
- 447.- SIGARROA: *Consideraciones clínicas y reflexiones médico legales sobre los mismos*; Rev Med Leg de Cuba; 7: 5-10, 1922.
- 448.- SIHVO, JOUKO: *Self-destructive behaviour and religion*; pág. 167; Suicide Research, Psychiatria Fennica; Finland, 1977.

- 449.- SINGER, L - KAMMERER, C - VIGEE, CL: *Repartition des tentatives de suicide dans le Bas-Rhin*; V^e Réunion du groupement d'études et de prevention du suicide. (Le Mans - 5 Mai 1973). *Epidemiologie du suicide: réalisation pratique incidences prophylactiques*; pág. 49-57; Masson & C.
- 450.- SLORACH, J: *Suicide as catharsis*; *Lancet*; 2:971, 1972.
- 451.- SMITH, JS - DAVISON, K: *Changes in the pattern of admissions for attempted suicide in Newcastle upon Tyne during the 1960*; *Br Med J*; 4:412-5, 1971.
- 452.- SMITH, AJ: *Self-poisoning with drugs: a worsening situation*; *Br Med J*; 4:157-9, 1972.
- 453.- SMITH, SL: *Self poisoning*; *Lancet*, 2:1146-7, 1974.
- 454.- SOLOMON, P: *The burden of responsibility in suicide and homicide*; *Jama*; 199:321-4, 1967.
- 455.- SOTO VAZQUEZ, RODOLFO: *El suicidio entre los "Vaqueiros de Alzada" asturianos*; *Boletín del Instituto de Estudios Asturianos, separata n° 54*; pág. 3-38; 1955.
- 456.- SOUBRIER, JP: *Limites et possibilités de l'abord et des soins aux suicidants*; (Introduction à la 6^e Réunion du G.E.P.S.); *Psychologie Medicale*; 9:33-35, 1977.
- 457.- SOURIS, M: *Prévention du suicide*; Masson; 141 pág.; Paris, 1975.
- 458.- SPEIJER, N: *The attitude of dutch society toward the phenomenon of suicide*; in *Suicide in diferent cultures*; pág. 159-164; University Park Press, Baltimore.
- 459.- SPENCER, JA - GREEN, NM: *Suicide by ingestion of halothane*; *Jama*; 205:702-3, 1968.
- 460.- SPIERS, PS: *Seasonal variation in suicide rates*; *Lancet*; 2:428-9, 1972.
- 461.- STENBACK, ASSER - ACHTE, KA - RIMON, RH: *Physical disease, hypochondria and alcohol addiction in suicides committed by Mental Hospital patients*; *Brit J Psychiat*; 111:933-937, 1965.
- 462.- STENGEL, E: *Attempted suicide: its management in the general hospital*; *Lancet*; 233-5, 1963.
- 463.- STENGEL, ERWIN: *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*; Paidós; 177 pág.; Buenos Aires, 1965.
- 464.- STENGEL, E: *Attempted suicide*; *Brit J Psychiat*; 116:237-240, 1970.
- 465.- STEWART, IAN - LEEDS, MD: *Suicide: the influence of organic disease*; *Lancet*; 919-920, 1960.
- 466.- STOLLER, A - KRUPINSKI, J: *Historical note on completed suicides in Australia introduction*; *Med J Aust*; 1:334-5, 1972.
- 467.- *Suicidios por colgamientos*; *Rev de Med Leg de Cuba*; 1:1-3, 1931.
- 468.- *El suicidio en España durante medio siglo, su carácter, evolución en los años 1906 a 1955*; Presidencia del Gobierno; Instituto Nacional de Estadística; Madrid, 1959.
- 469.- *El suicidio y su prevención*; *Crónica de la OMS*; 22:527-529, 1968.
- 470.- *Suicide*; *Lancet*; 1:508, 1969.
- 471.- *Suicide prevention*; *Brit Med J*; 4:513-4, 1969.
- 472.- *Suicide attempts*; *Br Med J*; 2:483, 1971.
- 473.- *Suicide risk in teenage pregnancy*; *Br Med J*; 2:602, 1971.
- 474.- *Suicide a world problem*; *Lancet*; 2:1411, 1971.
- 475.- *The suicide profile*; *Br Med J*; 2:525-6, 1975.
- 476.- *The suicide profile*; *Br Med J*; 3:230, 1975.
- 477.- *El suicidio y los jóvenes*; *Crónica de la OMS*; 29:207-212, 1975.

- 478.- *El suicidio y los intentos de suicidio*; Cuadernos de Salud Pública nº 58; Organización Mundial de la Salud; 146 pág.; Ginebra, 1976.
- 479.- TAPIA Y GIL, AMBROSIO: *Los suicidios en España*; Victoriano Suárez; Madrid, 1900.
- 480.- TAPIA, AMBROSIO: *Los suicidios en Cataluña y en general en toda España*; Luis Tono; Barcelona, 1900.
- 481.- TENENBUM, L - FLECHER, G - POILUET BOUGAREL, M: *L'asile ou la mort, réflexions sur une série de morts volontaires survenues dans une institution de soins*; Psychologie Medicale; 9: 107-112, 1977.
- 482.- TERRADES, G: *Limites psycho-sociologiques des soins aux suicidants*; Psychologie Medicale; 9: 133-135, 1977.
- 483.- TEITELBAUM, DT: *Organophosphate poisoning*; Jama; 217: 1704, 1971.
- 484.- THILGES, R - BATTEGAY, R: *Pacientes tratados en una policlínica psiquiátrica por intento de suicidio*; Rev Med Suiza; 15: 389-392, 1970.
- 485.- THIRUNAVUKKARASU, K - YOHESWARAN, K: *Coagulation of rubber latex in the stomach*; Brit Med J; 4: 484, 1967.
- 486.- THOMAS UNGERLEIDER, J - FISHER, DD - FULLER, M: *The dangers of L.S.D.*; Jama; 197: 389-2; 1966.
- 487.- THOMAS, KLAUS: *Hombres ante el abismo*; Marfil; 228 pág.; Alcoy, 1971.
- 488.- THOMPSON, IG: *Suicide and mortality in depression*; Proc Fifth Int Conf Suicide Prev; (No esta Bibliot. Col. Med.); London, 1969.
- 489.- THOMPSON, JA: *Attempted suicide as language*; Br J Psychiatry; 117: 121, 1970.
- 490.- TOLLINTON, HJ: *Suicide and attempted suicide: psychiatric aspects*; Practitioner; 211: 685-90, 1973.
- 491.- *Treatment and prevention of poisoning*; Brit Med J; 4: 787-8, 1968.
- 492.- TRONZANO, L: *Suicidio combinato per fendente e velano*; Minerva Medicoleg; 86: 330-1; 1966.
- 493.- TROWELL, H: *Suicide and éuthanasia*; Br Med J; 2: 275, 1971.
- 494.- TUCKER, GJ - GORMAN, ER: *The significance of the suicide gesture in the military*; Amer J Psychiat; 123: 854-61, 1967.
- 495.- UENO, T - KATORI, M: *The real state of suicide in Japan*; Acta Medicinae Legalis et Socialis; Vol XXIII; pág. 463-465; 1975.
- 496.- ULF, OTTO: *Suicidal attempts made by children and adolescents because of school problems*; Acta Paediatrica Scandinavica; 54: 348-356, 1965.
- 497.- *Unemployment and suicide*; Brit Med J; 2: 965, 1966.
- 498.- VAISANEN, E - LEHTINEN, V: *Relationship between ego regression and suicidal behaviour in the general finnish population*; pág. 157; Suicide Research, Psychiatria Fennica; Finland, 1977.
- 499.- VALENTI VIVO, IGNACIO: *Asesinos suicidas, nota de antropografía analítica*; Memoria de la Real Academia de Ciencias y Artes de Barcelona; López Robert; 13 pág.; Barcelona, 1912.
- 500.- VALENTI VIVO, IGNACIO: *Asesinos suicidas, nota de antropografía analítica*; Memoria de la Real Academia de Ciencias y Artes de Barcelona; 17 pág.; 1913.
- 501.- VEDRINNE, JACQUES: *L'intoxication aigüe volontaire*; 126 pág. Masson; Lyon, 1965.
- 502.- VEDRINNE, J: *Le suicide du non-lieu judiciaire aux lieux thérapeutiques*; Bull Med Leg Urg Med Cent Anti-poisons; 19-2: 121-125, 1976.

- 503.- VENKOBA RAO, A: *Suicide in India*; in *Suicide in diferent cultures*; pág. 231-238; University Park Press, Baltimore.
- 504.- VERDERA COSMELLI, JT - GARCIA DEL POZO, JM - LOPEZ MORALES, J: *Intento de suicidio con Practolol*; *Rev Esp Cardiol*; 29: 195-7, 1976.
- 505.- VERDIER, A - DEROBERT, L: *Un cas de strangulation suicide*; *Med Leg et Dommage Corp*; 6: 140, 1973.
- 506.- VIBERT, CH: *Manual de Medicina Legal y Toxicología*; Tomo I; Espasa, Barcelona, (sin fecha).
- 507.- VINODA, KS: *Personality characteristics of attempted suicides*; *Brit J Psychiat*; 112: 1143-50, 1966.
- 508.- WALK, D: *Suicide and community care*; *Brit J Psychiat*; 113: 1381-91, 1967.
- 509.- WALSH, B - WALSH, DERMOT - WHELAN, BRENDAN: *Suicide in Dublin: II. The influence of some social and medical factors on coroners verdicts*; *Br J Psychiatry*; 126: 309-12, 1975.
- 510.- WATANABE, TOMIO - KOBAYASHI, YUTAKA - HATA, SUKENOBU: *Harakiri and suicide by sharp instruments in Japan*; *Forensic Science*; 2: 191-199, 1973.
- 511.- WATKINS, C - GILBERT, JE - BASS, WILLIAM: *The persistent suicidal patient*; *Amer J Psychiat*; 125: 1590-3, 1969.
- 512.- WATSON, AB: *True heartburn*; *Brit Med J*; 4: 279-80, 1967.
- 513.- WATTS, CA: *The suicide profile*; *Br Med J*; 3: 42, 1975.
- 514.- WEBB, JOHN P - WILLARD, WILLIAM: *Six american indian patterns of suicide*; in *Suicide in diferent cultures*; pág. 17-33; University Park Press, Baltimore.
- 515.- WEBER, D: *Le suicidant parmi les autres malades. Expérience de groupe au service d'urgence médicale*; *Psychologie Medicale*; 9: 73-78, 1977.
- 516.- WEINBERG, SHEILA: *Suicidal intent in adolescence: A hypothesis about the role of physical illness*; *Journal of Pediatrics*; 77-4: 579-586, 1970.
- 517.- WETZEL, RD - REICH, T - MCCLURE, JN Jr: *Phase of the menstrual cycle and self-referrals to a suicide prevention service*; *Br J Psychiatry*; 1971.
- 518.- WHITE, HC: *Self-poisoning in adolescents*; *Brit J Psychiat*; 124: 24-35, 1974.
- 519.- WHITLOCK, FA - FAMA, PG: *Hyoscine poisoning in psychiatric practice*; *Med J Aust*; 2: 763-4, 1966.
- 520.- WHITLOCK, FA - SCHAPIRA, KURT: *Attempted suicide in Newcastle upon Tyne*; *Brit J Psychiat*; 113: 423-34, 1967.
- 521.- WHITLOCK, FA: *Suicide in todays society*; *Med J Aust*; 1: 361-2, 1969.
- 522.- WHITLOCK, FA: *The epidemiology of drugs overdosage*; *Med J Aust*; 1: 1195-9, 1970.
- 523.- WHITLOCK, FA: *Migration and suicide*; *Med J Aust*; 2: 840-8, 1971.
- 524.- WHITLOCK, FA: *Suicide in Brisbane, 1956 to 1973: the drug-death epidemic*; *Med J Aust*; 1: 737-43, 1975.
- 525.- WILKINS, J: *Suicide calls and identification of suicidal callers*; *Med J Aust*; 2: 923-9, 1972.
- 526.- WILMOTTE, J - COSYNS, P - DESCHUTTÈS, B - BOON, H - MENDLE WICHZ, J: *Mass Media et creation d'un centre de prevention du suicide*; *Suicide et Mass Media: III^e Réunion de groupement d'études de prevention du suicide*; Masson & C; Paris, 1971.

527.- WINEK, CL - COLLOM, WELLOND - WECHT CYRIL, H: *Suicide with plastic bag and athyl ether*; Lancet; 1: 365, 1970.

528.- WORLD HEALTH STATISTICS ANNUAL (1973-1976); Vol I; *Vital statistics and causes of death*; World Health Organisation; Genève 1976.

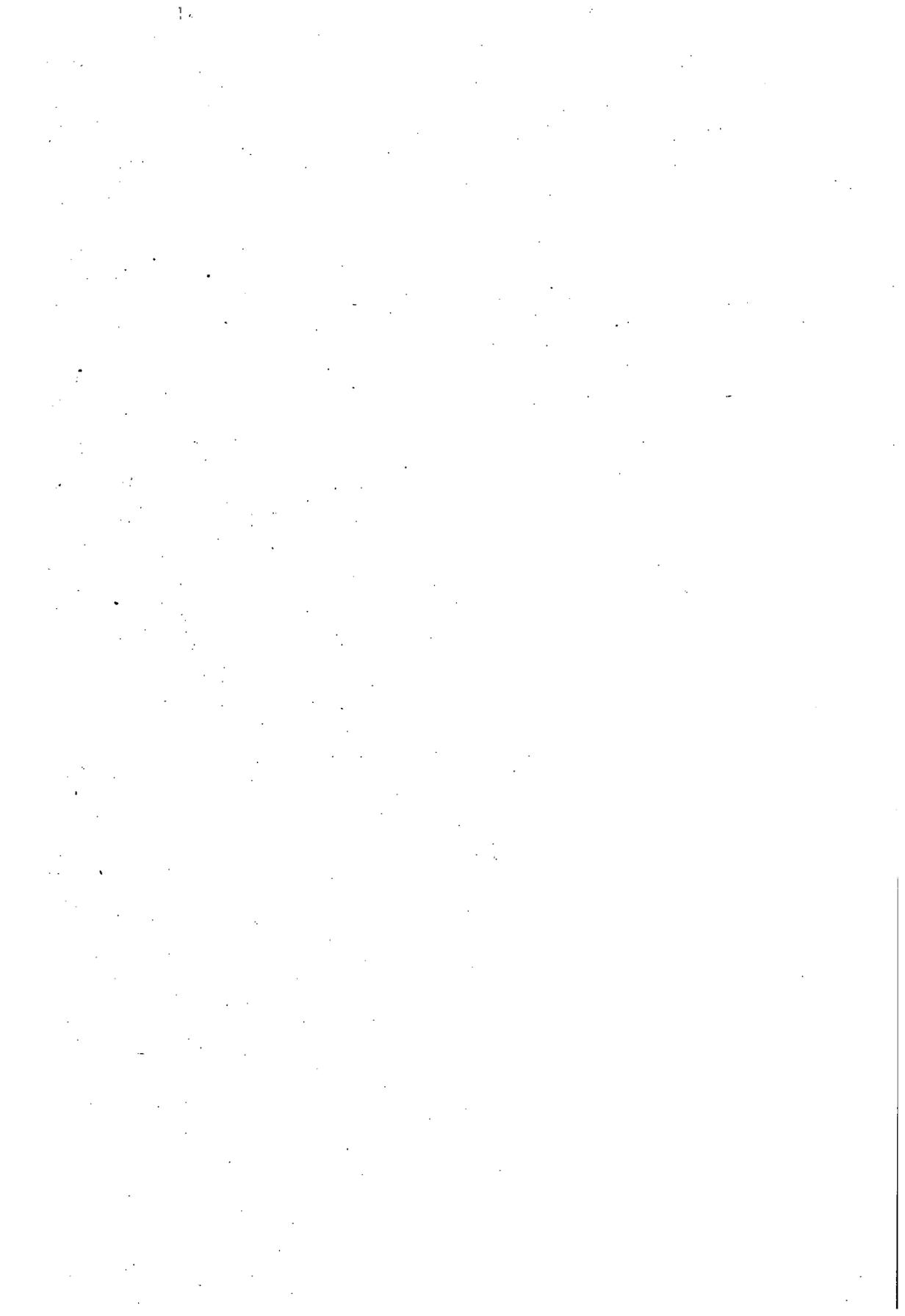
529.- XAMENA FIOL, PERE: *Anys enrera (Segle XIX)*; Felanitx 1963; 112 pág. sin numerar.

530.- YAMPEY, NASIM: *Suicide in Buenos Aires: social and cultural influences*; in *Suicide in diferent cultures*; pág. 51-75; University Park Press, Baltimore.

531.- ZANALDA, A: *Psicobiografia di un suicidio*; Minerva Med; 59:4905-9, 1968.

532.- ZAVILLA, N: *Contribution to the problem of distinguishing suicidal and homicidal hanging. (Statistical evaluation)*; Acta Medicinae Legalis et Socialis; Vol XXI, nº 1-2-3-4; pág. 227-229; 1968.

11. APENDICE



MALLORCA

Tabla I.— Número de suicidios en los diferentes Juzgados y años

Juzgados de 1. ^a Instancia e Instrucción	1971	1972	1973	1974	1975	TOTAL
Inca	5	10	4	8	7	34
Manacor	3	9	8	6	8	34
1. ^o Palma	6	8	5	4	7	30
2. ^o Palma	4	7	6	3	2	22
3. ^o Palma	5	7	8	7	11	38
4. ^o Palma	7	8	4	6	—	25
TOTAL..	30	49	35	34	35	183

Tabla II.— Distribución anual del suicidio durante el periodo 1971-1975

Año	Mallorca		Españ.	Extranj.	Menorca		Ibiza y Formentera		Baleares en su conjunto			
	Varones	Mujeres			Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Españ.	Extranj.
1971	24	6	24	6	3	2	—	—	27	8	29	6
1972	34	15	42	7	1	1	1	—	36	16	45	7
1973	25	10	23	12	3	2	—	—	28	12	28	12
1974	24	10	27	7	4	0	6	1	34	11	35	10
1975	29	6	28	7	3	1	4	2	36	9	37	8
Total	136	47	144	39	14	6	11	3	161	56	174	43

Tabla III.— Municipios de cada una de las 10 zonas de Mallorca

ZONA 1

- PALMA

ZONA 2

- ANDRATX
- CALVIA

ZONA 3

- BANYALBUFAR
- DEIA
- ESPORLES
- ESTELLENC
- PUIGPUNYENT
- VALLDEMOSSA

ZONA 4

- ALARO
- BUNYOLA
- CONSELL
- FORNALUTX
- MARRATXI
- SANTA MARIA
- SOLLER

ZONA 5

- BINISSALEM
- INCA
- LLOSETA
- MANCOR
- SELVA
- CAMPANET
- BUGER
- ESCORCA

ZONA 6

- ALCUDIA
- MURO
- SA POBLA
- POLLENÇA
- SANTA MARGARITA

ZONA 7

- ARTA
- CAPDEPERA
- SANT LLORENÇ
- SON SERVERA

ZONA 8

- FELANITX
- MANACOR
- SANTANYI

ZONA 9

- CAMPOS
- LLUCMAJOR
- SES SALINES

ZONA 10

- ALGAIDA
 - COSTITX
 - LLORET
 - LLUBI
 - MARIA
 - MONTUIRI
 - PETRA
 - PORRERES
 - SANT JOAN
 - SANTA EUGENIA
 - SENCELLES
 - SINEU
 - VILAFRANCA
-

Tabla IV. — El suicidio en Mallorca durante el período 1971-75 según zonas geográficas

Zona geográfica	Número de suicidios	Porcentaje	Número de suicidios por 100.000 hab. y año	Personas que nacieron y se suicidaron en la misma zona	Porcentaje sobre el total de suicidios de la zona	Nacieron en la zona y se suicidaron en Mallorca	Porcentaje sobre el total de suicidios de la zona
ZONA 1	89	48,6%	7,40	20	22,5%	23	25,8%
ZONA 2	9	4,9%	15,43	1	-11,1%	1	11,1%
ZONA 3	2	1,1%	7,07	1	50,0%	2	100,0%
ZONA 4	10	5,5%	6,86	6	60,0%	8	80,0%
ZONA 5	13	7,1%	7,91	6	46,2%	9	69,2%
ZONA 6	13	7,1%	7,58	8	61,5%	9	69,2%
ZONA 7	10	5,5%	11,34	7	70,0%	8	80,0%
ZONA 8	17	9,3%	8,11	13	76,5%	16	94,1%
ZONA 9	11	6,0%	10,38	6	54,5%	7	63,6%
ZONA 10	9	4,9%	5,85	4	44,4%	15	166,6%
	183	100,0%	7,86	72		98	

Tabla V. — Distribución mensual del suicidio durante el período 1971-75

Mes	MALLORCA						BALEARES		
	Nº de suicidios	Residentes	Turistas	Espanoles	Extranjeros	Porcentaje	Nº de suicidios	Porcentaje	
Enero	20	20	-	19	1	10,9%	24	11,2%	
Febrero	11	10	1	10	1	6,0%	12	5,5%	
Marzo	14	13	1	13	1	7,7%	17	7,8%	
Abril	15	9	6	9	6	8,2%	17	7,8%	
Mayo	19	13	6	12	7	10,4%	25	11,5%	
Junio	12	9	3	10	2	6,5%	12	5,5%	
Julio	17	13	4	13	4	9,3%	18	8,3%	
Agosto	22	19	3	19	3	12,0%	26	12,0%	
Septiembre	15	11	4	11	4	8,2%	19	8,7%	
Octubre	14	8	6	7	7	7,7%	14	6,5%	
Noviembre	14	13	1	12	2	7,7%	16	7,4%	
Diciembre	10	9	1	9	1	5,4%	17	7,8%	
TOTAL . . .	183	147	36	144	39	100,0%	217	100,0%	

Tabla VI.— Naturaleza de la población de origen peninsular que se suicidó en Mallorca durante el período 1971 - 75, según regiones

Región	Nº de suicidios	Porcentaje
ANDALUCIA	26	61,9%
MURCIA		
CASTILLA LA NUEVA	3	7,1%
EXTREMADURA		
CASTILLA LA VIEJA		
GALICIA	6	14,3%
LEON		
ASTURIAS		
VASCONGADAS		
NAVARRA	1	2,4%
ARAGON		
CATALUÑA	6	14,3%
VALENCIA		
	42	100,0%

Tabla VII.— Naturaleza de los extranjeros que se suicidaron en Mallorca durante el quinquenio 1971 - 1975

Nacionalidad	Nº de suicidios	Porcentaje
ALEMANIA	8	20,5%
SUECIA	6	15,4%
INGLATERRA	4	10,2%
DINAMARCA	3	7,7%
FINLANDIA	3	7,7%
ARGENTINA	2	5,1%
FRANCIA	2	5,1%
HOLANDA	2	5,1%
ITALIA	2	5,1%
NORUEGA	2	5,1%
AUSTRIA	1	2,6%
FILIPINAS	1	2,6%
MARRUECOS	1	2,6%
URUGUAY	1	2,6%
U.S.A.	1	2,6%
	39	100,0%

Tabla VIII.— El suicidio en Mallorca según sexo, edad y estado civil durante el quinquenio 1971 - 1975

Edad	VARONES					MUJERES				
	Solteros	Casados	Viudos	Desconocidos	Total	Solteras	Casadas	Viudas	Desconocido	Total
75 - 84	1	3	3	0	7	0	0	2	0	2
65 - 74	4	17	7	1	29	2	1	5	0	8
55 - 64	3	22	4	1	30	2	5	3	0	10
45 - 54	9	16	2	2	29	1	5	1	0	7
35 - 44	7	7	0	2	16	2	6	1	0	9
25 - 34	6	8	0	3	17	1	1	0	1	3
15 - 24	6	1	0	0	7	2	4	0	0	6
0 - 14	1	0	0	0	1	2	0	0	0	2
	37	74	16	9	136	12	22	12	1	47

Tabla IX. — Españoles que se suicidaron en Mallorca según edad, sexo y estado civil durante el quinquenio 1971 - 1975

Edad	VARONES				MUJERES			
	Solteros	Casados	Viudos	Total	Solteras	Casadas	Viudas	Total
85 - 94	0	0	0	0	0	0	2	2
75 - 84	1	3	3	7	2	1	4	7
65 - 74	4	15	7	26	2	5	3	10
55 - 64	3	20	3	26	1	4	1	6
45 - 54	9	14	2	25	2	5	1	8
35 - 44	4	5	0	9	0	1	0	1
25 - 34	4	4	0	8	0	1	0	1
15 - 24	5	1	0	6	1	0	0	1
0 - 14	1	0	0	1	0	0	0	0
	32	62	15	108	8	17	11	36

Tabla X.- Mecanismos del suicidio en Mallorca durante el período 1971 - 1975

Mecanismo	Nº de suicidios	Porcentaje
AHORCADURA	78	42,6%
PRECIPITACION	31	16,9%
ASFIXIA POR SUMERSION	23	12,6%
INTOXICACION POR GAS	10	5,5%
INTOX. POR BARBITURICOS	13	7,1%
INTOX. POR ARSENICO	1	0,6%
INTOX. POR HIPOGLUCEMIANTES	1	0,6%
ARMA DE FUEGO (PISTOLA)	5	2,7%
ARMA DE FUEGO (ESCOPEA)	9	4,9%
ARMA BLANCA	4	2,1%
INGESTION DE CAUSTICOS	5	2,7%
SOFOCACION	1	0,6%
ATROPELLO POR TREN	2	1,1%
	183	100,0%

Tabla XI.- Mecanismos del suicidio en Palma (Zona 1) durante el período 1971 - 1975

Mecanismo	Nº de suicidios	Porcentaje
PRECIPITACION	26	29,2%
AHORCADURA	25	28,1%
INTOXICACION POR GAS	10	11,3%
INTOX. POR BARBITURICOS	10	11,3%
ASFIXIA POR SUMERSION	5	5,6%
ARMAS DE FUEGO	5	5,6%
INGESTION DE CAUSTICOS	4	4,5%
ARMA BLANCA	2	2,2%
INTOX. POR ARSENICO	1	1,1%
SOFOCACION	1	1,1%
	89	100,0%

Tabla XII.— Mecanismo del suicidio en Mallorca según zonas geográficas
(Excepto Zona 1)

	A.H.	P.	A.S.	A.F.	I.B.	Ig. C.	I. HIP	A.B.	T.
ZONA 2	5	1	1	2	0	0	0	0	0
ZONA 3	1	0	1	0	0	0	0	0	0
ZONA 4	5	2	1	1	0	0	0	1	0
ZONA 5	6	0	3	1	1	1	0	0	1
ZONA 6	5	0	7	0	1	0	0	0	0
ZONA 7	7	1	0	0	1	0	0	0	1
ZONA 8	11	0	3	1	0	0	1	1	0
ZONA 9	8	1	0	2	0	0	0	0	0
ZONA 10	5	0	2	2	0	0	0	0	0
TOTAL	53	5	18	0	3	1	1	2	2

A.H.: Ahorcadura
P.: Precipitación
A.S.: Asfixia por sumersión
A.F.: Arma de fuego
I.B.: Intoxicación barbitúricos
Ig. C.: Ingestión cáusticos
I. HIP.: Intoxicación por hipoglucemiantes
A.B.: Arma blanca
T.: Atropello tren

Tabla XIII.— Mecanismo del suicidio en Mallorca de los varones durante el período 1971 - 1975

Mecanismo	Nº de suicidios	Porcentaje
AHORCADURA	70	51,5%
PRECIPITACION	17	12,5%
ASFIXIA POR SUMERSION	7	5,2%
INTOXICACION POR GAS	7	5,2%
INTOX. POR BARBITURICOS	10	7,4%
INTOX. POR HIPOGLUCEMIANTES	1	0,7%
ARMA DE FUEGO (PISTOLA)	5	3,7%
ARMA DE FUEGO (ESCOPEA)	9	6,6%
ARMA BLANCA	4	2,9%
INGESTION DE CAUSTICOS	4	2,9%
SOFOCACION	1	0,7%
ATROPELLO POR TREN	1	0,7%
	136	100,0%

Tabla XIV.— Mecanismos del suicidio en Mallorca de las mujeres durante el período 1971 - 1975

Mecanismos	Nº de suicidios	Porcentaje
PRECIPITACION	14	29,8%
ASFIXIA POR SUMERSION	16	34,1%
AHORCADURA	8	17,0%
INTOXICACION POR GAS	3	6,4%
INTOX. POR BARBITURICOS	3	6,4%
INTOX. POR ARSENICO	1	2,1%
INGESTION DE CAUSTICOS	1	2,1%
ATROPELLO POR TREN	1	2,1%
	47	100,0%

Tabla XV.— Mecanismos del suicidio en Mallorca de los españoles durante el período 1971 - 1975

Mecanismo	Nº de suicidios	Porcentaje
AHORCADURA	73	50,7%
PRECIPITACION	18	12,5%
ASFIXIA POR SUMERSION	21	14,6%
INTOXICACION POR GAS	6	4,1%
INTOX. POR BARBITURICOS	2	1,4%
INTOX. POR ARSENICO	1	0,7%
INTOX. POR HIPOGLUCEMIANTES	1	0,7%
ARMA DE FUEGO (PISTOLA)	3	2,1%
ARMA DE FUEGO (ESCOPIETA)	9	6,2%
ARMA BLANCA	3	2,1%
INGESTION DE CAUSTICOS	5	3,5%
ATROPELLO POR TREN	2	1,4%
	144	100,0%

Tabla XVI.— Mecanismos del suicidio en Mallorca de los extranjeros durante el período 1971 - 1975

Mecanismo	Nº de suicidios	Porcentaje
INTOX. POR BARBITURICOS	11	28,2%
PRECIPITACION	13	33,3%
AHORCADURA	5	12,8%
ARMA BLANCA	1	2,6%
INTOXICACION POR GAS	4	10,3%
ARMA DE FUEGO	2	5,1%
SOFOCACION	1	2,6%
ASFIXIA POR SUMERSION	2	5,1%
	39	100,0%

Tabla XVII.— Mecanismos del suicidio en Mallorca de los varones españoles durante el período 1971 - 1975

Mecanismo	Nº de suicidios	Porcentaje
AHORCADURA	65	60,2%
PRECIPITACION	11	10,2%
ASFIXIA POR SUMERSION	5	4,6%
INTOXICACION POR GAS	5	4,6%
INTOX. POR BARBITURICOS	1	0,9%
INTOX. POR HIPOGLUCEMIANTES	1	0,9%
ARMA DE FUEGO (PISTOLA)	3	2,8%
ARMA DE FUEGO (ESCOPIETA)	9	8,4%
ARMA BLANCA	3	2,8%
INGESTION DE CAUSTICOS	4	3,7%
ATROPELLO POR TREN	1	0,9%
	108	100,0%

Tabla XVIII.— Mecanismos del suicidio en Mallorca de los varones extranjeros durante el período 1971 - 1975

Mecanismo	Nº de suicidios	Porcentaje
INTOX. POR BARBITURICOS	9	32,2%
PRECIPITACION	6	21,4%
AHORCADURA	5	17,9%
ARMA BLANCA	1	3,6%
ARMA DE FUEGO	2	7,1%
INTOXICACION POR GAS	2	7,1%
SOFOCACION	1	3,6%
ASFIXIA POR SUMERSION	2	7,1%
	28	100,0%

Tabla XIX.— Mecanismos del suicidio en Mallorca de las mujeres españolas durante el período 1971 - 1975

Mecanismo	Nº de suicidios	Porcentaje
PRECIPITACION	7	19,4%
INTOXICACION POR GAS	1	2,8%
INTOX. POR BARBITURICOS	1	2,8%
ASFIXIA POR SUMERSION	16	44,4%
AHORCADURA	8	22,2%
INTOX. POR ARSENICO	1	2,8%
INGESTION DE CAUSTICOS	1	2,8%
ATROPELLO POR TREN	1	2,8%
	36	100,0%

Tabla XX.— Mecanismos del suicidio en Mallorca de las mujeres extranjeras durante el período 1971 - 1975

Mecanismo	Nº de suicidios	Porcentaje
PRECIPITACION	7	63,6%
INTOXICACION POR GAS	2	18,2%
INTOX. POR BARBITURICOS	2	18,2%
	11	100,0%

Tabla XXI.— El suicidio por ahorcadura en Mallorca según edad
sexo y naturaleza

EDAD	ESPAÑOLES		EXTRANJEROS		TOTAL
	VARONES	MUJERES	VARONES	MUJERES	
85 - 94	0	1	0	0	1
75 - 84	4	0	0	0	4
65 - 74	19	2	0	0	21
55 - 64	15	1	1	0	17
45 - 54	13	3	2	0	18
35 - 44	5	1	1	0	7
25 - 34	6	0	1	0	7
15 - 24	3	0	0	0	3
0 - 14	0	0	0	0	0
	65	8	5	0	78

Tabla XXII.— El suicidio por asfixia por sumersión en Mallorca
según edad, sexo y naturaleza

EDAD	ESPAÑOLES		EXTRANJEROS		TOTAL
	VARONES	MUJERES	VARONES	MUJERES	
85 - 94	0	0	0	0	0
75 - 84	0	4	0	0	4
65 - 74	4	7	0	0	11
55 - 64	1	2	1	0	4
45 - 54	0	2	0	0	2
35 - 44	0	0	0	0	0
25 - 34	0	0	1	0	1
15 - 24	0	1	0	0	1
0 - 14	0	0	0	0	0
	5	16	2	0	23

Tabla XXIII.— El suicidio por precipitación en Mallorca según edad, sexo y naturaleza

EDAD	ESPAÑOLES		EXTRANJEROS		TOTAL
	VARONES	MUJERES	VARONES	MUJERES	
85 - 94	0	1	0	0	1
75 - 84	2	2	0	1	5
65 - 74	0	2	0	0	2
55 - 64	6	1	1	1	9
45 - 54	2	0	0	1	3
35 - 44	0	1	1	0	2
25 - 34	0	0	4	4	8
15 - 24	1	0	0	0	1
0 - 14	0	0	0	0	0
	11	7	6	7	31

Tabla XXIV.— El suicidio por arma de fuego en Mallorca según edad, sexo y naturaleza

EDAD	ESPAÑOLES		EXTRANJEROS		TOTAL
	VARONES	MUJERES	VARONES	MUJERES	
85 - 94	0	0	0	0	0
75 - 84	0	0	0	0	0
65 - 74	2	0	1	0	3
55 - 64	2	0	1	0	3
45 - 54	5	0	0	0	5
35 - 44	2	0	0	0	2
25 - 34	1	0	0	0	1
15 - 24	0	0	0	0	0
0 - 14	0	0	0	0	0
	12	0	2	0	14

Tabla XXV.— El suicidio por intoxicación barbitúrica en Mallorca según edad, sexo y naturaleza

EDAD	ESPAÑOLES		EXTRANJEROS		TOTAL
	VARONES	MUJERES	VARONES	MUJERES	
85 - 94	0	0	0	0	0
75 - 84	0	0	0	0	0
65 - 74	0	0	2	0	2
55 - 64	0	0	0	0	0
45 - 54	0	1	1	0	2
35 - 44	0	0	3	1	4
25 - 34	1	0	3	0	4
15 - 24	0	0	0	1	1
0 - 14	0	0	0	0	0
	1	1	9	2	13

Tabla XXVI.— El suicidio en Mallorca según edad, sexo y naturaleza

EDAD	ESPAÑOLES		EXTRANJEROS		TOTAL
	VARONES	MUJERES	VARONES	MUJERES	
85 - 94	0	2	0	0	2
75 - 84	7	7	0	1	15
66 - 74	26	10	3	0	39
55 - 64	26	6	4	1	37
45 - 54	25	8	4	1	38
35 - 44	9	1	7	2	19
25 - 34	8	1	9	5	23
15 - 24	6	1	1	1	9
0 - 14	1	0	0	0	1
	108	36	28	11	183

Tabla XXVII.— Suicidios en Mallorca por 100.000 habitantes y año según sexo y edad durante el quinquenio 1971 - 1975

EDAD	VARONES	MUJERES
85 y más	—	16,76
75 - 84	23,53	16,42
65 - 74	39,70	10,56
55 - 64	26,23	5,57
45 - 54	21,69	6,35
35 - 44	10,60	1,96
25 - 34	12,02	4,30
15 - 24	4,57	1,38
0 - 14	0,36	—

Tabla XXVIII.— Estructura de la población de la isla de Mallorca según rama de actividad económica

PIRAMIDE DE GASTON BARDET

Ramas de actividad		Población en 1970
Sector Primario		
Grupo A	Agricultura, Ganadería, Pesca	27.561
Grupo B	Extractivas	672
Sector Secundario		
Grupo C	Empresarios y Técnicos Industriales	2.828
Grupo D	Construcción	22.522
Grupo E	Ind. Textil, Confección, Cueros y Calzado	9.829
Grupo F	Ind. Químicas y de Alimentación	3.422
Grupo G	Ind. de Madera y Artes Gráficas	7.429
Grupo H	Industrias Metálicas	9.349
Sector Terciario		
Grupo I	Servicios Personales	22.658
Grupo J	Comunicaciones y Transportes	10.905
Grupo K	Medicina y Asistencia	2.070
Grupo L	Comercio, empleados administrativos	37.741
Grupo M	Cultura, Culto, Profesiones liberales	7.049
Grupo N	Defensa y orden	6.159

RESUMEN DE LA ESTRUCTURA DE LA POBLACION DE MALLORCA POR SU ACTIVIDAD

Sector I	28.233
Sector II	55.409
Sector III	86.582
TOTAL	170.224

Tabla XXIX.— Suicidios en la isla de Mallorca según rama de actividad económica durante el período 1971 - 1975

	Número	Nº de suicidios por 100.000 hab. y año
Sector Primario		
Grupo A	16	11,61
Grupo B	1	29,76
Sector secundario		
Grupo C	3	21,22
Grupo D	10	8,88
Grupo E	4	8,14
Grupo F	1	5,84
Grupo G	2	5,38
Grupo H	—	—
Sector Terciario		
Grupo I	10	8,83
Grupo J	6	11,01
Grupo K	1	9,66
Grupo L	7	3,71
Grupo M	1	2,83
Grupo N	1	3,24
Resumen		
Sector I	17	12,04
Sector II	20	4,62
Sector III	26	6,01

Tabla XXX.— Suicidios en Palma de Mallorca, según rama de actividad económica durante el período 1971- 1975

	Número	Nº de suicidios por 100.000 hab. y año
Sector Primario		
Grupo A	6	56,18
Grupo B	—	—
Sector Secundario		
Grupo C	3	32,80
Grupo D	7	15,77
Grupo E	3	22,05
Grupo F	1	19,66
Grupo G	2	11,70
Grupo H	—	—
Sector Terciario		
Grupo I	6	8,86
Grupo J	5	14,87
Grupo K	1	13,15
Grupo L	6	4,73
Grupo M	1	4,53
Grupo N	1	4,33
No Activos independientes		
Grupo O	20	23,85
No Activos dependientes		
	24	4,09

NOTA: El grupo P corresponde a los turistas, será estudiado posteriormente.

Tabla XXXI.— Suicidios en la isla de Mallorca (excepto Palma) según
rama de actividad económica durante el período 1971-1975

	Número	Nº de suicidios por 100.000 hab. y año
Sector Primario		
Grupo A	10	7,86
Grupo B	1	31,64
Sector Secundario		
Grupo C	—	—
Grupo D	3	4,39
Grupo E	1	2,81
Grupo F	—	—
Grupo G	—	—
Grupo H	—	—
Sector Terciario		
Grupo I	4	8,78
Grupo J	1	4,78
Grupo K	—	—
Grupo L	1	1,61
Grupo M	—	—
Grupo N	—	—
Resumen		
Sector I	11	8,44
Sector II	4	2,64
Sector III	6	3,95

Tabla XXXII.— El suicidio en Palma según distrito donde residían

Distrito	Número suicidas	Nº de suicidios por 100.000 hab. y año
I	4	8,57
II	3	5,11
III	4	8,52
IV	4	4,56
V	5	2,49
VI	4	2,84
VII	23	9,89
VIII	9	9,80
IX	20	11,05
X	13	11,57
	89	

Tabla XXXIII.— El suicidio en Menorca, Ibiza y Formentera según edad, sexo y estado civil durante el quinquenio 1971 - 1975

Edad	MENORCA					IBIZA Y FORMENTERA				
	Varones	Mujeres	Solteros	Casados	Viudos	Varones	Mujeres	Solteros	Casados	Viudos
85 - 94	1	-	-	1	-	1	-	1	-	-
75 - 84	5	-	2	3	-	-	-	-	-	-
65 - 74	2	3	2	1	2	1	-	-	1	-
55 - 64	2	2	1	1	2	2	-	1	1	-
45 - 54	2	1	1	1	1	1	-	-	1	-
35 - 44	1	-	-	1	-	2	-	1	1	-
25 - 34	1	-	1	-	-	3	2	2	3	-
15 - 24	-	-	-	-	-	1	1	2	-	-
0 - 14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	14	6	7	8	5	11	3	7	7	0

Tabla XXXIV. — Mecanismo del suicidio en Menorca, Ibiza y Formentera durante el quinquenio 1971 - 1975

Mecanismos	MENORCA			IBIZA Y FORMENTERA			
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Porcentaje
Precipitación	1	1	2	2	2	4	28,6%
Ahorcadura	12	2	14	3	—	3	21,5%
Intox. Medicamentosa	—	2	2	2	—	2	14,3%
Arma de fuego	—	—	—	2	—	2	14,3%
Asfixia por sumersión	1	1	2	1	—	1	7,1%
Intoxicación por CO	—	—	—	—	1	1	7,1%
Intox. por plaguicidas	—	—	—	1	—	1	7,1%
	14	6	20	11	3	14	100,0%

Tabla XXXV.— El suicidio en Baleares durante el período 1971 - 1975 según su naturaleza

Lugar de nacimiento	Número varones	Porcentaje	Número mujeres	Porcentaje	Total	Porcentaje
Mallorca	69	42,9%	29	51,8%	98	45,2%
Menorca	15	9,3%	6	10,7%	21	9,7%
Ibiza	7	4,3%	1	1,8%	8	3,7%
Formentera	1	0,6%	—	—	1	0,4%
Península	38	23,6%	8	14,3%	46	21,2%
Extranjeros	31	19,3%	12	21,4%	43	19,8%
	161	100,0%	56	100,0%	217	100,0%

Tabla XXXVI.— Naturaleza de los extranjeros que se suicidaron en Baleares durante el quinquenio 1971 - 1975

Nacionalidad	Número	Porcentaje
ALEMANIA	9	21,0%
SUECIA	6	14,0%
INGLATERRA	5	11,6%
FRANCIA	4	9,3%
DINAMARCA	3	6,9%
FINLANDIA	3	6,9%
ARGENTINA	2	4,7%
HOLANDA	2	4,7%
ITALIA	2	4,7%
NORUEGA	2	4,7%
AUSTRIA	1	2,3%
FILIPINAS	1	2,3%
MARRUECOS	1	2,3%
URUGUAY	1	2,3%
U.S.A.	1	2,3%
	43	100,0%

Tabla XXXVII.— Naturaleza de la población de origen peninsular que se suicidó en Baleares durante el período 1971 - 1975

Región	Número	Porcentaje
ANDALUCIA MURCIA	27	58,7%
CASTILLA LA NUEVA EXTREMADURA	3	6,5%
CASTILLA LA VIEJA GALICIA LEON ASTURIAS	7	15,2%
VASCONGADAS NAVARRA ARAGON	1	2,2%
CATALUÑA VALENCIA	8	17,4%
	46	100,0%

Tabla XXXVIII.— El suicidio en Baleares durante el período 1971 - 1975 según edad, sexo y naturaleza

EDAD	ESPAÑOLES		EXTRANJEROS	
	VARONES	MUJERES	VARONES	MUJERES
85 - 94	2	2	—	—
75 - 84	12	7	—	1
65 - 74	29	13	3	—
55 - 64	30	8	4	1
45 - 54	28	9	4	1
35 - 44	12	1	7	2
25 - 34	9	3	12	5
15 - 24	7	1	1	2
0 - 14	1	—	—	—
	130	44	31	12

Tabla XXXIX.— Varones que se suicidaron en Baleares durante el quinquenio 1971-1975, según edad y estado civil

EDAD	SOLTEROS	CASADOS	VIUDOS	DESCONOCIDO	TOTAL
85 - 94	1	1	—	—	2
75 - 84	3	6	3	—	12
65 - 74	5	19	7	1	32
55 - 64	5	24	4	1	34
45 - 54	10	17	3	2	32
35 - 44	7	9	—	2	18
25 - 34	9	10	—	3	22
15 - 24	7	1	—	—	8
0 - 14	1	—	—	—	1
	48	87	17	9	161

Tabla XL.— Mujeres que se suicidaron en Baleares durante el quinquenio 1971 - 1975, según edad y estado civil

EDAD	SOLTERAS	CASADAS	VIUDAS	DESCONOCIDO	TOTAL
85 - 94	—	—	2	—	2
75 - 84	2	1	5	—	8
65 - 74	3	5	5	—	13
55 - 64	1	5	3	—	9
45 - 54	2	7	1	—	10
35 - 44	2	1	—	1	4
25 - 34	2	5	—	—	7
15 - 24	3	—	—	—	3
0 - 14	—	—	—	—	—
	15	24	16	1	56

Tabla XLI.— Suicidios por 100.000 habitantes y año según sexo, edad y estado civil (Baleares)

EDAD	VARONES			MUJERES		
	SOLTEROS	CASADOS	VIUDOS	SOLTERAS	CASADAS	VIUDAS
85 y más	124,22	36,04	—	—	—	18,30
75 - 84	114,50	26,22	28,79	20,71	8,03	14,19
65 - 74	65,70	27,51	58,33	15,99	9,82	11,44
55 - 64	41,34	20,22	67,45	4,70	5,01	10,82
45 - 54	63,03	11,95	138,25	9,65	5,18	8,33
35 - 44	28,30	5,69	—	10,27	0,62	—
25 - 34	17,03	8,31	—	4,66	3,52	—
15 - 24	4,05	8,23	—	2,23	—	—
0 - 14	0,29	—	—	—	—	—

Tabla XLII.— Población de las islas Baleares y coeficiente de suicidios por 100.000 habitantes y año, según sexo y grupos de edad

Grupo de edad	Varones		Mujeres	
	Población	Coefficiente de suicidios	Población	Coefficiente de suicidios
85 y más	1.389	28,79	2.888	13,85
75 - 84	7.203	33,32	11.511	13,90
65 - 74	17.491	36,59	22.817	11,39
55 - 64	27.445	24,78	30.086	5,98
45 - 54	32.162	19,90	33.835	5,91
35 - 44	36.848	9,77	36.964	2,16
25 - 34	34.777	12,65	33.916	4,13
15 - 24	37.043	4,32	35.588	1,69
0 - 14	67.676	0,30	63.371	—

Tabla XLIII.— Mecanismos del suicidio en Baleares durante el período 1971 - 1975

Mecanismo	Número	Porcentaje
AHORCADURA	95	43,8%
PRECIPITACION	37	17,0%
ASFIXIA POR SUMERSION	26	12,0%
INTOX. POR BARBITURICOS	17	7,8%
INTOXICACION POR CO	11	5,1%
ARMA DE FUEGO (ESCOPEA)	9	4,1%
ARMA DE FUEGO (PISTOLA)	7	3,2%
INGESTION DE CAUSTICOS	5	2,3%
ARMA BLANCA	4	1,8%
ATROPELLO TREN	2	0,9%
INTOX. POR PLAGUICIDAS	1	0,5%
INTOX. POR ARSENICO	1	0,5%
INTOX. POR HIPOGLUCEMIANTES	1	0,5%
SOFOCACION	1	0,5%
	217	100,0%

Tabla XLIV.— Mecanismo del suicidio en Baleares de los varones durante el período 1971 - 1975

Mecanismo	Número	Porcentaje
AHORCADURA	85	52,8%
PRECIPITACION	20	12,5%
ASFIXIA POR SUMERSION	9	5,6%
INTOXICACION POR GAS	7	4,3%
INTOX. POR BARBITURICOS	12	7,5%
INTOX. POR HIPOGLUCEMIANTES	1	0,6%
ARMA DE FUEGO (PISTOLA)	7	4,3%
ARMA DE FUEGO (ESCOPEA)	9	5,6%
ARMA BLANCA	4	2,5%
INGESTION DE CAUSTICOS	4	2,5%
ATROPELLO POR TREN	1	0,6%
SOFOCACION	1	0,6%
INTOX. POR PLAGUICIDAS	1	0,6%
	161	100,0%

Tabla XLV.— Mecanismo del suicidio en Baleares de las mujeres durante el período 1971 - 1975

Mecanismo	Número	Porcentaje
AHORCADURA	10	17,9%
PRECIPITACION	17	30,3%
ASFIXIA POR SUMERSION	17	30,3%
INTOXICACION POR GAS	4	7,2%
INTOX. POR BARBITURICOS	5	8,9%
INTOX. POR ARSENICO	1	1,8%
INGESTION DE CAUSTICOS	1	1,8%
ATROPELLO POR TREN	1	1,8%
	56	100,0%

Tabla XLVI.— Mecanismo del suicidio en Baleares de los varones españoles durante el período 1971 - 1975

Mecanismo	Número	Porcentaje
AHÓRCADURA	80	61,5%
PRECIPITACION	14	10,8%
ASFIXIA POR SUMERSION	6	4,6%
INTOXICACION POR GAS	5	3,8%
INTOX. POR BARBITURICOS	1	0,8%
INTOX. POR HIPOGLUCEMIANTES	1	0,8%
ARMA DE FUEGO (PISTOLA)	5	3,8%
ARMA DE FUEGO (ESCOPETA)	9	6,9%
ARMA BLANCA	3	2,3%
INGESTION DE CAUSTICOS	4	3,1%
ATROPELLO POR TREN	1	0,8%
INTOX. POR PLAGUICIDAS	1	0,8%
	130	100,0%

Tabla XLVII.— Mecanismo del suicidio en Baleares de los varones extranjeros durante el período 1971 - 1975

Mecanismo	Número	Porcentaje
AHORCADURA	5	16,1%
PRECIPITACION	6	19,3%
ASFIXIA POR SUMERSION	3	9,7%
INTOXICACION POR GAS	2	6,5%
INTOX. POR BARBITURICOS	11	35,5%
ARMA DE FUEGO	2	6,5%
ARMA BLANCA	1	3,2%
SOFOCACION	1	3,2%
	31	100,0%

Tabla XLVIII.— Mecanismo del suicidio en Baleares de las mujeres extranjeras durante el período 1971 - 1975

Mecanismo	Número	Porcentaje
PRECIPITACION	7	58,3%
INTOXICACION POR GAS	3	25,0%
INTOX. POR BARBITURICOS	2	16,7%
	12	100,0%

Tabla XLIX.— Mecanismo del suicidio en Baleares de las mujeres españolas durante el período 1971 - 1975

Mecanismo	Número	Porcentaje
AHORCADURA	10	22,7%
PRECIPITACION	10	22,7%
ASFIXIA POR SUMERSION	17	38,6%
INTOXICACION POR GAS	1	2,3%
INTOX. POR BARBITURICOS	3	6,8%
INTOX. POR ARSENICO	1	2,3%
INGESTION DE CAUSTICOS	1	2,3%
ATROPELLO POR TREN	1	2,3%
	44	100,0%

Tabla L.— El suicidio por ahorcadura en Baleares durante el quinquenio 1971 - 1975, según edad, sexo y naturaleza

EDAD	ESPAÑOLES		EXTRANJEROS	
	VARONES	MUJERES	VARONES	MUJERES
85 - 94	2	1	—	—
75 - 84	9	—	—	—
65 - 74	22	4	—	—
55 - 64	17	1	1	—
45 - 54	14	3	2	—
35 - 44	6	1	1	—
25 - 34	7	—	1	—
15 - 24	3	—	—	—
0 - 14	—	—	—	—
	80	10	5	0

Tabla LI.— El suicidio por asfixia por sumersión en Baleares durante el período 1971-1975, según edad, sexo y naturaleza

EDAD	ESPAÑOLES		EXTRANJEROS	
	VARONES	MUJERES	VARONES	MUJERES
85 - 94	—	—	—	—
75 - 84	—	4	—	—
65 - 74	4	7	—	—
55 - 64	1	3	1	—
45 - 54	1	2	—	—
35 - 44	—	—	—	—
25 - 34	—	—	2	—
15 - 24	—	1	—	—
0 - 14	—	—	—	—
	6	17	3	0

Tabla LII.— El suicidio por precipitación en Baleares durante el quinquenio 1971-1975, según edad, sexo y naturaleza

EDAD	ESPAÑOLES		EXTRANJEROS	
	VARONES	MUJERES	VARONES	MUJERES
85 - 94	—	1	—	—
75 - 84	2	2	—	1
65 - 74	—	2	—	—
55 - 64	7	2	1	1
45 - 54	3	—	—	1
35 - 44	—	2	1	—
25 - 34	1	—	4	4
15 - 24	1	1	—	—
0 - 14	—	—	—	—
	14	10	6	7

Tabla LIII.— El suicidio por intoxicación barbitúrica en Baleares durante el período 1971-1975, según edad, sexo y naturaleza

EDAD	ESPAÑOLES		EXTRANJEROS	
	VARONES	MUJERES	VARONES	MUJERES
85 - 94	—	—	—	—
75 - 84	—	—	—	—
65 - 74	—	1	2	—
55 - 64	—	—	—	—
45 - 54	—	2	1	—
35 - 44	—	—	3	1
25 - 34	1	—	4	—
15 - 24	—	—	1	1
0 - 14	—	—	—	—
	1	3	11	2

Tabla LIV.— El suicidio por arma de fuego en Baleares durante el quinquenio 1971 - 1975, según edad, sexo y naturaleza

EDAD	ESPAÑOLES		EXTRANJEROS	
	VARONES	MUJERES	VARONES	MUJERES
85 - 94	—	—	—	—
75 - 84	—	—	—	—
65 - 74	2	—	1	—
55 - 64	3	—	1	—
45 - 54	5	—	—	—
35 - 44	2	—	—	—
25 - 34	2	—	—	—
15 - 24	—	—	—	—
0 - 14	—	—	—	—
	14	0	2	0

Tabla LV.— El suicidio por intoxicación por gas en Baleares durante el período 1971 - 1975, según edad, sexo y naturaleza

EDAD	ESPAÑOLES		EXTRANJEROS	
	VARONES	MUJERES	VARONES	MUJERES
85 - 94	—	—	—	—
75 - 84	—	—	—	—
65 - 74	1	—	—	—
55 - 64	1	1	—	—
45 - 54	1	—	—	—
35 - 44	—	—	1	1
25 - 34	—	—	—	1
15 - 24	2	—	1	1
0 - 14	—	—	—	—
	5	1	2	3

Tabla LVI.— Turistas que visitaron Baleares durante el período 1971-75 según nacionalidad

Nacionalidad	Número de visitantes	Número de días de estancia	Equivalente a una población de	Nº de suicidios por 100.000 hab.
Ingleses	5.560.271	58.382.845	31.990	3,13
Alemanes	3.589.120	37.685.760	29.649	8,72
Franceses	1.094.005	11.487.052	6.294	12,71
Daneses	674.545	7.082.722	3.880	15,46
Suecos	623.713	6.548.986	3.588	33,44
Holandeses	425.367	4.466.353	2.447	16,34
Finlandeses	156.656	1.644.888	901	66,59
Nord-Americanos	369.891	3.883.865	2.120	9,43
Austriacos	94.531	992.575	543	36,83
Italianos	170.888	1.440.442	401	40,69
Noruegos	137.185	1.440.442	789	50,69
Hispano-Americanos	69.768	732.564	401	149,63
Africanos	19.050	200.025	109	183,48
Asiáticos	17.441	182.815	100	200,00
TOTAL	13.002.401	1.365.525.210	74.808	

Tabla LVII.— Relación de personas que dejaron alguna carta y su porcentaje sobre el total de suicidios ocurridos en Baleares durante el quinquenio 1971 - 1975

Año	Número de personas que dejaron alguna nota o carta	Número total de suicidios	Porcentaje
1971	3	35	8,6%
1972	7	52	13,5%
1973	6	40	15,0%
1974	3	45	6,7%
1975	5	45	11,1%

Tabla LVIII.— Mecanismo de suicidio utilizado en Baleares durante el período 1971 - 1975 por aquellos que dejaron alguna nota escrita

Mecanismo	Varones	Hembras	TOTAL
Ahorcadura	5	—	5
Intox. por Gas	3	1	4
Intox. por barbitúricos	3	1	4
Arma de fuego	3	—	3
Asfixia por sumersión	2	1	3
Precipitación	—	2	2
Arma blanca	1	—	1
Intox. por plaguicidas	1	—	1
Sofocación	1	—	1
TOTAL	19	5	24

INDICE

	Pág.
1. INTRODUCCION	
1.1. Objeto de este libro	1
1.2. Límites geográficos y cronológicos	2
1.3. Fuentes utilizadas y su valor	3
1.4. Recopilación y selección bibliográfica	4
1.5. Método utilizado para la elaboración de este libro	4
1.6. Dificultades planteadas	6
2. EL SUICIDIO EN LA LEGISLACION	
2.1. El suicidio en las Partidas y Novísima Recopilación	9
2.2. El suicidio en la Legislación Canónica	10
2.3. El suicidio en el Código Penal	10
3. CONSIDERACIONES HISTORICAS SOBRE EL SUICIDIO EN LAS BALEARES	
3.1. Antecedentes	13
3.2. El Archiduque Luís Salvador de Habsburgo-Lorena	14
3.3. El origen de la palabra suicidio	15
3.4. El suicidio en Baleares desde 1906 hasta 1970.	16
4. EL SUICIDIO EN MALLORCA DURANTE EL PERIODO 1971-1975	
4.1. Generalidades	17
4.2. Demografía de la Isla de Mallorca	17
4.3. Distribución anual del suicidio	18
4.4. El suicidio en los municipios de Mallorca	18
4.5. Distribución según zonas geográficas	19
4.6. Lugar del suicidio	22
4.7. Distribución mensual	25
4.8. Distribución según naturaleza	27
4.9. Distribución según edad	29
4.10. Distribución según estado civil	31
4.11. Mecanismo del suicidio	34
4.11.1. Frecuencia global	34
4.11.2. Diferencias según zonas geográficas	34
4.11.3. Diferencias según sexo	35
4.11.4. Diferencias según naturaleza	36
4.11.5. Diferencias según sexo y naturaleza.	36
4.12. Coeficiente de suicidios según grupos de edad y coeficiente de correlación entre suicidios y habitantes de las zonas geográficas de Mallorca	41
4.13. El suicidio según rama de actividad	43
4.14. El suicidio entre los turistas	46
4.15. El suicidio en Palma según distritos	46

5. EL SUICIDIO EN MENORCA	
5.1. Generalidades	49
5.2. El suicidio en Menorca durante el período 1925 -1944	49
5.3. El suicidio en Menorca durante el período 1971 -1975	54
6. EL SUICIDIO EN IBIZA Y FORMENTERA DURANTE EL PERIODO 1971 -1975	57
7. EL SUICIDIO EN LAS ISLAS BALEARES DURANTE EL QUINQUENIO 1971 -1975	
7.1. Introducción	61
7.2. Distribución anual y mensual	61
7.3. Distribución según naturaleza	62
7.4. Distribución según edad	64
7.5. Distribución según estado civil	66
7.6. Distribución según zonas geográficas	67
7.7. Mecanismo del suicidio	68
7.7.1. Frecuencia global	68
7.7.2. Diferencias según sexo y naturaleza	68
7.7.3. Diferencias según edad	72
7.7.4. Mecanismos poco frecuentes de suicidio	75
7.8. Coeficiente de suicidios según grupos de edad y rama de actividad	76
7.9. El suicidio entre los extranjeros	77
8. LAS CAUSAS DEL SUICIDIO	
8.1. Motivos desencadenantes del suicidio	79
8.2. Notas o cartas que dejaron las personas que se suicidaron en Baleares durante el quinquenio 1971 -1975	81
9. CONCLUSIONES	85
10. BIBLIOGRAFIA	91
11. APENDICE	115

PUBLICACIONES DEL SEMINARIO PEDRO MATA

1. DOMENECH, Edelmira: *La Frenología*. Análisis histórico de una doctrina psicológica organicista. 1977. 215 págs.
2. CAMPS SURROCA, Manuel; CAMPS CLEMENTE, Manuel: *Santuaris lleidatans amb tradició mèdica*. 1981. 158 págs.
3. CABET, i CAMARASA, Josep M; CORBELLA i CORBELLA, Jacint: *Diccionari biogràfic de metges catalans*. Primer volum A-E. 1981. 192 págs. (coedición con Fundación Salvador Vives Casajuna. Barcelona).
4. III Congrés d'Història de la Medicina Catalana. "Programa". Lleida. 4-6. Juny 1981. 1981. 32 págs. (coedición Col·legi Oficial de metges de Lleida).
5. III Congrés d'Història de la Medicina Catalana. Lleida 1981. Actes. Primer volum, 1981, 346 págs.
6. HUGUET RAMIA, Emilio: *Determinación del Cadmo y Plomo en las aguas de consumo*. 1981. 90 págs.
7. MARTI AMENGUAL, Gabriel: *El suicidio consumado en las Islas Baleares*. 1982.

El Seminario *Pedro Mata*, del Departamento de Medicina Legal y Toxicología de la Universidad de Barcelona fue creado en ocasión del centenario de la muerte del que fue profesor de Medicina Legal (n. Reus, 1811 – m. Madrid, 1877) y contribuye a la edición de los trabajos del departamento.

