ámbito de nuestro estudio.-

La Mental Health Act, regula tambien el manejo y administración del patrimonio de los enfermos mentales, estén internado o no, necesiten o no un tratamiento médico específico.-La Ley crea la Corte de Protección, que es una institución de carácter más bien administrativo que jurisdiccional, compuesta por un presidente, un vicepresidente y otros funcionarios.- Su misión es supervisar y controlar los asuntos y propiedades de los enfermos mentales, declarados incapaces para tales actividades.- En la práctica la Corte, al amparo de los poderes que le confiere la Ley, delega el poder en una persona llamada receiver, que normalmente será un pariente cercano del enfermo; el receiver actúa pues, como representante del enfermo, bajo la supervisión general de la Corte.-

Como valoración de esta regulación, digamos en primer lugar que sorprende la existencia de unas definiciones legales de los enfermos mentales que pueden ser internados, limitando la posibilidad según la enfermedad y la edad de los mismos, salvo que el internamiento se produzca por orden judicial.-

El sistema inglés es fundamentalmente de ingreso bajo control administrativo (en este caso los Tribunales de

Revisión de las Areas de Salud), excepto en los casos en que el internamiento se disponga por la autoridad judicial, que, lógicamente, serán los menos.- Esto puede provocar indudablemente abusos por parte de los familiares que pretendan desembarazarse del pariente enfermo, (tengase en cuenta que no exista ningún tipo de control del internamiento a priori), y por ello no parece tan encomiable como el sistema de control judicial que instauró la Lunacy Act.-

Lo que si es una innovación brillante, si se aplica en la práctica, es la institución de la Guardianship.- El establecimiento de un mecanismo de protección frente la peligrosidad del loco que no sea solamente el internamiento parece notable ya que evitará en muchos cosos la adopción de esa medida extrema, sobre todo respecto de los enajenados que estén abandonados por sus familias.

Tengase en cuenta que hoy día la psiquiatría practicamente coincide en que el internamiento es una forma de tratamiento excepcional y residual, que debería evitarse en lo posible.

MATERIAL Y METODO

VI.1- FUENTES DE INFORMACION Y DATOS EPIDEMIOLOGICOS UTILIZADOS.

En nuestra investigación nos hemos interesado por este individuo enfermo mental, internado de oficio por su peligrosidad como causa y consecuencia de la angustia que provoca en la sociedad al perturbar el orden establecido.

Hemos estudiado los motivos lineales y la relación directa con la enfermedad padecida. El trabajo consta de la totalidad de los enfermos iternados de oficio en el hospital de Thuir en el Departamento de los Pirineos Orientales en un periodo completo de 8 años, entre el primero de enero de 1980 y el primero de enero de 1988.

Nuestras fuentes de información han sido los archivos generales del hospital, donde recapitulamos un total de 410 historias clínicas incluidas aquellas que nosotros mismos realizamos durante nuestra residencia en el mismo hospital (un total de 40), lo cual nos facilitó la comprensión en su globalidad de los enfermos estudiados.

Convendría recalcar aquí que según la ley de internamiento de enfermos mentales de 1838 debe existir un hospital psiquiátrico en cada departamento francés. Desde hace años ya, esta denominación ha desaparecido por las connotaciones sociales que la sociedad le ha dado a lo

largo de los tiempos, al igual que ocurriera en España con los manicomios. El nombre genérico que reciben estos hospitales en Francia es el de "Centros hospitalarios especializados", con lo que la generosidad de la apelación conlleva de positivo para con la sociedad.

El centro hospitalario especializado "Leon Jean Gregory" de Thuir está situado en las proximidades de esta población. Es el hospital psiquiátrico más meridional de Francia, se encuentra a 14 Km. de Perpiñan y cubre todas las necesidades del departamento de los Pirineos Orientales. Tiene una superficie de 35 hectáreas y una capacidad de 594 camas.

La creación de este hospital data de 1971. Se trata de un hospital-pueblo partiendo de los principios de las terapias comunitarias resueltamente antiasilares o antemanicomiales. Esta arquitectura anticarcelar en definitiva está hecha a base de pabellones que permiten el libre desplazamiento, permitiendo una toma de contacto directa con la vida exterior y la creación de estructuras terapeuticas diversas destinadas a favorecer la resocialización de los enfermos. Las Unidades de Hospitalización estan dispuestas alrededor de un espacio que reagrupa al centro social: cine, cafeteria, biblioteca, banco, peluqueria, gimnasio, campos de deportes, la capilla

y los talleres de ergoterapia.

Esta disposición tiene como objetivo la libre circulación de enfermos y la facilitación del contacto entre los individuos.

Cada uno de los 3 servicios de adultos agrupa 6 pabellones de 25 camas cada uno. Existen 2 servicios de psiquiatría infantil con un total de 66 camas. Sólo los pabellones inicialmente destinados a los niños y ancianos son de planta baja, los demás poseen un primer piso.

En cada servicio hay un área administrativa con varios despachos para psicólogos, psiquiatras, asistente social, enfermero jefe, etc.

Cada unidad de 25 camas dispone de 6 a 8 habitaciones individuales y de 4 a 5 dormitorios de 3 ó 4 camas, una sala de curas, 2 despachos médicos, una cocina, un comedor, una sala de estar y un taller de ergoterápia.

Además hay en cada Servicio una habitación de seguridad que sólo se utiliza para casos muy concretos.

La organización de la asistencia está sectorizada y comprende 3 sectores para la psiquiatria del adulto y un intersector de psiquiatria infantil para una población

total cercana a los 400.000 habitantes.

- El Sector Sur corresponde a la región de Argeles sur mer, Elne, Arles-sur Tech, Ceret, Prats de Molló y el canton Este de Perpiñan.

- El sector Centro a las poblaciones de Olette, Vinca, Prades, Millas, Thuir y parte del cantón Oeste de Perpiñan. - El Sector Norte comprende Saint Paul de Fenouillet, Sournia, La Tour de France, Canet, Rivesaltes, Saint Laurente de la Salanque, y la otra parte del cantón Oeste de Perpignan.

Sobre esta sectorización hemos realizado nuestro trabajo pero una nueva sectorización con mayor despliegue de medios comenzó a funcionar a principios de 1988, reconvirtiendo los antiguos 3 Sectores de adulto en 5 nuevos.

Desde el 1 de Enero de 1980 hasta el 1 de Enero de 1988, el Centro Hospitalario Especializado de Thuir recibió 12.372 enfermos de los cuales 11.253 lo fueron en servicio libre, 699 por indicación médica y 410 en internamiento de oficio lo que en porcentages representa:

- 91 % de enfermos en servicio libre.

- 5'7 % internamientos por indicación médica.

- 3'3 % de internamientos de oficio.

Estos 410 casos de internamiento de oficio son el objeto de nuestro estudio.

Los datos epidemiológicos analizados han sido la edad, el sexo, los antecedentes psiquiátricos referidos a anteriores hospitalizaciones y muy particularmente el tiempo de permanencia bajo la medida de internamiento de oficio en relación lineal con la enfermedad psíquica, así como el acto delictivo en relación a la patología mental. Los retrasos administrativos en lo concerniente a la supresión de la medida en relación con la demanda por parte del médico.

El tiempo de permanencia total en el hospital contado desde el primer dia del ingreso hasta la salida del hospital, independientemente de las trasformaciones del modo de internamiento (SD).

Procede remarcar en este epigrafe que aún cuando el médico estima que el enfermo mental ha dejado de ser peligroso es el Prefecto quien tiene la autoridad para

suprimir la medida. Si este mismo enfermo fuese considerado como eventual beneficiario de una prolongación de la hospitalización una vez hubiere dejado de considerarsele como peligroso por parte del médico jefe de servicio, se puede transformar el modo de internamiento de oficio por el de indicación médica, incluso en desacuerdo (normalmente no manifestado) del enfermo.

La otra eventualidad es que permanezca voluntariamente para completar el tratamiento.

Los diagnósticos quedan precisados según la nosografia francesa.

Un último epigrafe aparece en las tablas de observaciones y es Internamiento de oficio justificado ó no (IO justificado) refiriendose al disentimiento por parte del médico jefe del servicio sobre la improcedencia de la aplicación de la medida en el momento de realizar el certificado de 24 horas.

Otros datos recogidos en el estudio de las historias clínicas, pero no reflejados en las tablas son: el estado civil, la profesión, el domicilio, el número de hospitalizaciones, la nacionalidad y la autoridad que ordena el internamiento.

El tipo de acciones delictivas ha sido dividido en:

ACCIONES DELICTIVAS

1º Agresiones Fisicas contra las personas.

- Homicidio.
- Tentativa de homicidio.
- Lesiones.

2º Amenazas y comportamientos amenazantes.

- Con armas.
- Sin armas.

3º Daños a bienes ajenos y robos.

4º Agitación y alteración del orden público.

5º Delitos contra la libertad sexual, exibicionismo y escandalo público.

6º Tentativas e ideas de suicidio.

7º Incapacidad social y peligro para la propia vida.

8º Otras acciones sin peligro evidente para los demás (trastornos del comportamiento, excitación psicomotriz).

VI.2- CLASIFICACION NOSOGRAFICA EMPLEADA. RAZONES Y ESTUDIO DE LAS ENTIDADES

Desde que empezamos a vislumbrar la realidad de este trabajo, supimos que el principal escollo que teniamos que vencer era el grupo de enfemedades a utilizar en nuestras tabulaciones, es decir, la clasificación diagnostica.

Por un lado nos encontramos con que los diagnósticos formulados en las historias clínicas de los enfermos, objeto de nuestro estudio, no estaban sometidos a una clasificacion rigurosa por lo que en muchos casos tuvimos que ahondar en la historia clínica para mejor conocer aquel diagnóstico de "psicosis delirante crónica".

Por otro lado, las particularidades de nuestro estudio dirigido hacia los enfermos mentales peligrosos internados de oficio, hacían que, diagnósticos tales como "Neurosis histérica con comportamiento fóbico" fuesen un tanto inutiles pues poco o nada tenian que ver las formaciones secundarias neuróticas en un tipo de peligrosidad determinada. Esto nos hizo que partiendo de la "clasificación francesa de los trastornos mentales", hayamos introducido algunas modificaciones con vistas a mejorar la compresión y a eliminar parámetros inutiles.

CLASIFICACION DIAGNOSTICA UTILIZADA (según la nosografía francesa clásica)

1) Psicosis delirantes crónicas no esquizofrenicas.
2) Esquizofrenias.
3) Delirios paranoicos (trastorno delirante sugún el DSM.III.R).
4) Psicosis maniaco-depresiva. Episodio maniaco.
5) Delirios agudos. Bouffeés delirantes agudos.
6) Estados depresivos y melancolia.
7) Trastornos mentales de la epilepsia.
8) Etilismo crónico, sus reagudizaciones y psicosis alcoholicas.
9) Intoxicación etilica aguda (fuera del alcoholismo crónico).
10) Otras toxicomanias.
11) Psicopatas y personalidades perversas.
12) Personalidades paranoicas y caracteriales.
13) Neurosis.
14) Retraso mental.
15) Demencias y deterioraciones intelectuales seniles.
16) Sujetos no reconocidos enfermos mentales.
17) Otros.

Esta clasificación francesa fué publicada en 1968 por el instituto nacional de la Salúd y de la Investigación médica, se trata de una nomenclatura más que de una clasificación propiamente dicha. Sin embargo presenta una gran ventaja y es el haber sido objeto de un sondeo nacional, de asentarse sobre la tradición psiquiatrica francesa y de corresponderse con las costumbres nosograficas mayoritariamente admitidos en Francia y en el extranjero.

Los principios de base de esta clasificación o mejor dicho los criterios que se deben de establecer deben (o en algunos casos hubieran debido) ser:

1- EMPIRICOS, es decir los obtenidos a partir de observaciones de casos reales.

2- HOMOGENEOS, es decir, que correspondan a un consejo general.

3- REPRESENTATIVOS, es decir, que provengan de una muestra significativa de psiquiatras.

4- DESCRIPTIVOS, es decir, sin comnotaciones teoricas.

5- UNIVERSALES, es decir, comprensibles para los médicos que no sean franceses.

Por otro lado e incluso dentro del interior de un sistema de clasificación determinado, el tipo de clasificación que se debe de utilizar depende del objetivo del estudio, del problema al cual se debe de responder y de la naturaleza de los datos a clasificar (Kramer 1968). Incluso podriamos justificarnos diciendo que pueden existir tantas clasificaciones como proyectos.

Los criterios diagnosticados utilizados en nuestra clasificacion se basaron en mayor o menor medida en 5 elementos diferentes:

1- LA DESCRIPCION CLINICA: lo esencial de esta descripción puede ser un elemento clinico único particularmente caracteristico o más bien una combinación de varios elementos clinicos considerados como pertenecientes a un mismo sindrome.

2- LOS EXAMENES DE LABORATORIO: estos incluyen un conjunto de resultado quimicos, fisiologicos, radiologicos y anatomicos asi como en determinados casos ciertos test psicologicos.

3- EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: donde se hace necesario determinar los criterios de exclusión que permitan diferenciar a los pacientes que no pertenezcan a las categorias estudiadas. Los criterios de exclusión deberian igualmente permitir descartar los casos limites o dudosos para intentar obtener de esta manera los grupos lo más homogeneos posibles.

4- LOS ESTUDIOS CATAMNESICOS: la evolucion hacía una curación completa o al contrario hacia la cronificación debe de ser parte integrante del diagnostico.

5- LOS ESTUDIOS FAMILIARES: la mayoria de las enfermedades psiquiátricas sobrevienen con una frecuencia más elevada en ciertas familias, por lo tanto, se deben de tomar en cuenta los antecedentes familiares.

Todos los parámetros son de la escuela de Saint-Louis y según ellos, no es posible por el momento el definir y delimitar el conjunto de las categorias de la nosología psiquiátrica actual por los principios enumerados anteriormente. Estos criterios, sólo conciernen a un número limitado de categorias.

De cualquier manera, y una vez analizado el estudio de nuestros 410 enfermos internados de oficio, tenemos que volver a remarcar las dificultades que supone

el trabajar con diagnósticos establecidos en un momento dado y que en algunas ocasiones, pudieran carecer de rigor sistemático.

Por otro lado, las modificaciones pertinentes a la nosología clásica, para resaltar más la relación entre una enfermedad mental determinada y la potencialidad con respecto a la peligrosidad.

Este es el caso por ejemplo de la separación consciente que hemos realizado entre los enfermos que presentan un delirio paranóico del resto de las llamadas "psicosis delirantes crónicas", sin evolución deficitaria. En éste grupo incluimos la llamada psicosis alucinatoria crónica y la parafrenia además de otros delirios crónicos no esquizofrénicos.

En éste caso concreto, es la frecuencia y la incidencia de la paranoia así como su fácil individualización clínica los factores responsables de ésta separación.

El grupo de esquizofrenias, figura también separado de las psicosis delirantes crónicas, las razones son obvias. Es el grupo mayoritario en nuestro estudio y tiene características fenomenologicas y clínicas determinantes de la peligrosidad.

En el capitulo de peligrosidad y enfermedad mental hemos realizado un analisis más profundo.

La facil individualización, la particular evolucion y sus pecualiaridades con respecto al estado de peligrosidad nos ha obligado, en pro de una mayor clarificación, a separar el episodio maniaco del episodio melancolico o depresivo de una entidad bien diferenciada por Kraepelin, la locura circular o la psicosis maniaco depresiva.

Las mismas razones hacen que los enfermos diagnosticados de depresión endogena o melancolia formen un grupo cunjunto con las depresiones reactivas cuyo denominador común es la peligrosidad hacia si mismo en gran parte de los casos, aunque lejos de ser exclusiva.

La semiología a veces superpuesta en la llamada en Francia "bouffée" delirante aguda (en España psicosis aguda, esquizofrenia aguda para algunos, psicosis reactiva breve o trastorno esquizofreniforme para el DSM-III) y los estados de confusión mental aguda fuese cual fuese la edad del paciente en el momento del brote o la diferente etiologia (incluidos los estados confuso-oniricos reactivos o no) es la razon de su estudio agrupado.

La singularidad del estado de embriaguez agudo fuera de un contexto de alcoholismo crónico y sobre todo la dudosa legalidad del internamiento en algunos casos de este episodio aislado y en ruptura por tanto con la personalidad del sujeto, hace que con una intencionalidad contrastada se separe del alcoholismo crónico, formando parte de éste los momentos de embriaguez patologica y la llamada psicosis alcoholica (en particular el sindrome de Korsakoff). Lo que nos llevó a separar estos dos grupos de enfermos o más bien pacientes en algunos casos, es la diferencia de tratamiento y sobre todo el pronostico de su potencial peligrosidad determinante del alta definitiva.

Los trastornos del comportamiento derivados de una toxicomania ya sean en relación con un síndrome de abstinencia, ya sea una conducta delictiva a caballo entre la responsabilidad penal o la exención de ésta, es a nuestro juicio un grupo aparte no clasificable en ningún otro lugar.

Los llamados en Francia "desquilibrés psichiques" o también psicópatas, término más difundido en el resto de los países, comparten grupo con otros trastornos de la personalidad que al presentarse clínicamente con una semiología superpuesta, hace difícil, al menos en un estudio clínico, el diferenciarlos netamente con los perversos en el sentido de perversidad, pero también en el

sentido de perversión sexual.

Ejemplo característico son los exhibicionistas, que no presentan otro tipo de trastorno mental fundamental. El denominador común entendemos que podría ser la carencia de moralidad.

Difícil es la individualización del grupo llamado "personalidades paranóicas y caracteriales". Este grupo se ha hecho imprescindible consecuencia de la frecuente utilización de este diagnóstico por los psiquiátras. Hemos creído conveniente no someterlo a interpretaciones por nuestra parte, que siempre hubieran aumentado la subjetividad. Se trata de sujetos que sufren de una neurosis de caracter o que presentan el tipo de personalidad desprovisto de autocrítica y con facilidad para tomarse la justicia por su mano. Más adelante, haremos una descripción detallada, no sin antes poner de manifiesto la difícil frontera entre la irresponsabilidad de éstos sujetos con respecto a los actos cometidos y considerados como peligrosos y las medidas judiciales que pudieran calificarlos de imputables.

Los trastornos mentales de la epilepsia, no necesitan una mayor explicación de su individualización.

Las neurosis están agrupadas conjuntamente formando una entidad bastante concreta y con predominancia de la histeria.Pensamos que el haberlos separado no habria dado mayor información a éste estudio, sobre todo porque el clínico en muchos casos no dió un diagnóstico determinante dirigido hacia una u otra.

Dentro del grupo que hemos denominado Debilidad Mental, se incluyen todo tipo de retrasados mentales, de los ligeros a los profundos. Es obvia la falta de peligrosidad de los retrasados más profundos.

Para terminar, hemos tratado conjuntamente a las demencias y a los deterioros intelectuales seniles, diagnosticadas así en muchos casos como un período o etapa evolutiva, donde quizás, por conservarse aún una cierta autonomía de acción, hacen que estos enfermos tengan un potencial de peligrosidad mayor que los demenciados en mayor grado.

No hemos constatado ninguna enfermedad orgánica que diera una patología psiquiátrica no encuadrable, en ninguno de los grupos anteriores tales como tumores cerebrales, hipertiroidismo, parálisis general progresiva o cualquier otra enfermedad de origen hormonal, infeccioso o traumático.

Vaya nuestra mayor crítica a la Ley del 30 de Junio de 1838, del internamiento de oficio en Francia al procedimiento administrativo capaz de admitir que en un estudio como el nuestro, tengamos que utilizar un grupo de "sujetos no reconocidos como enfermos mentales". Bién que no son muchos, 11 en total, o lo que es equivalente al 2'7 por ciento, nos parece altamente grave, aún cuando su peligrosidad fuese grande, aún cuando su internamiento hubiera evitado males mayores y más aún cuando ni siquiera se trató de delincuentes.

En cualquier caso, siempre fué por error médico - administrativo y nunca con una intencionalidad de privación de libertad premeditada.

Curioso es señalar el caso de un sujeto de origen húngaro que frente a la incomprensión de su dialogo por los Gendarmes y ante una situación que ellos interpretaron como patológica, fué conducido de oficio por el procedimiento de urgencia al hospital psiquiátrico.

El pequeño grupo de "otros" existe por la ausencia total de diagnóstico en la Hª clínica.

VI.3- METODO ESTADISTICO.

El tratamiento estadístico ha consistido en contrastes de independencia mediante el análisis de tablas de contingencia bidimensionales con el test de la χ^2 de Pearson. Cuando se demostraba la asociación o dependencia entre dos variables se procedía a realizar un análisis de resíduos con el fin de determinar entre qué niveles de las dos variables se establecía la asociación. Esta circunstancia se ha expresado en las tablas mediante el signo (+) en la casilla correspondiente.

VI.4- OBSERVACIONES CLINICAS TIPO.

Veremos a continuación 12 observaciones clínicas tipo que aunque están exentas de rigor en cuanto a diagnósticos formulados y en cuanto a la psicopatología que presentaban los enfermos, nos han parecido interesantes de expresar tal cual las encontramos en las historias clínicas. No se trata de un resumen de la observación clínica, sino la traducción literal de los certificados sucintos señalados por la ley. Por tanto veremos los certificados de 24 horas, los quincenales y los de situación (cuando hubo un cambio en la evolución de la enfermedad o en caso de alta). Este es pues, un epígrafe meramente ilustrativo. Las observaciones van precedidas de un pequeño título con información-resumen.

OBSERVACION Nº 1

"Delirio parafrénico. Peligrosidad para el orden público." H.B. fue hospitalizado el 20 de abril de 1987 bajo el modo de internamiento de oficio de urgencia.

Certificado De 24 Horas:

Enfermo de 54 años de edad, viudo y con un hijo casado que vive en el departamento de los Alpes marítimos. Reside en Argeles sur Mere desde hace dos meses, en el momento actual se encuentra en baja laboral por enfermedad de larga duración. Su profesión es vendedor de coches en un concesionario Renault.

En el momento de la admisión presenta un estado delirante con mecanismo intuitivo e imaginativo acompañandose de una gran confabulación con temas de grandeza y misticismo, sobre un fondo de expansividad del humor.

H.B. ha sido conducido al hospital por los bomberos como consecuencia de los disturbios en el orden público provocados al haber penetrado en una Iglesia de Collioure (pueblo costero a 8 Km. del suyo) y de haberse vestido con las túnicas sacerdotales con la intención de decir la misa. Acto seguido habría amenazado al cura.

Dentro de su delirio se tomaba por Jesucristo.

Este enfermo presenta un estado de peligrosidad para la seguridad de los demás y para el orden público.

Certificado De Quincena:

Delirio parafrénico con confabulación sobre temas místicos y megalomaniacos que se acompaña de excitación psicomotriz. Existe una menor adherencia al delirio gracias al tratamiento neuroléptico.

El internamiento de oficio se debe de mantener para continuar el tratamiento.

Tres meses y medio después (el 7 de agosto de 1987), petición médica de transformación del modo de internamiento:

Enfermo que ha presentado una psicosis de evolución aguda y que ha experimentado una regresión completa a consecuencia del tratamiento neuroléptico. Existe una crítica total del delirio pasado. Puede proseguirse el tratamiento bajo el modo de internamiento por indicación médica.

Certificado de transformación del internamiento por petición médica en servicio libre el 27 de agosto de 1987. Paciente muy mejorado por el tratamiento. Se prevee una reinserción social en Perpignan. el tratamiento puede proseguirse en el cuadro de servicio libre.

El 15 de septiembre de 1987 es la fecha del alta definitiva. Será seguido en el dispensario ambulatorio de higiene mental una vez al mes.

OBSERVACION Nº 2

"Un caso de esquizofrenia paranoide que fue transferido de la cárcel de Perpignan al aplicarsele el artículo 64 del C.P. francés (equivalente al artículo 8 del C.P. español): Destrucción de bienes muebles".

G.F. fue admitido el 6 de diciembre de 1985 bajo el modo de internamiento de oficio.

Certificado De 24 Horas.

Joven paciente de 27 años de edad, soltero que fue internado de oficio en el centro psicoterapeutico de THUIR al transferirlo de la cárcel de Perpignan después de ser detenido en el momento de los hechos. Se trata de un paciente sin domicilio fijo en el departamento al cual se

le encontró en el pueblo de Cerdagne dentro de una casa que previamente había forzado por tomarla por un "refugio de fascistas".

Después de destruir el mobiliario y objetos de valor cogió enseres diversos para transportarlos en un pequeño remolque con la intención de venderlos en la misma esquina de la calle del pueblo. Esto provocó la persecución de las gentes del pueblo que lo apresaron facilmente a pesar de las amenazas que nuestro paciente hacia con una horca. Acto seguido se mostró desprovisto de agresividad y fue conducido a la gendarmeria.

Se trata de un enfermo mental que presenta una esquizofrénia paranoide con transtornos del curso del pensamiento y delirio polimorfo con mecanismo intuitivo e interpretativo como por ejemplo creerse que encontró el Santo Sudario (una sabana vieja) al lado de una iglesia.

El internamiento de oficio esta justificado y se debe de mantener para tratarlo.

Certificado De Quincena.

20 de diciembre de 1985; paciente de 27 años soltero residente en Toulouse donde vivia en condiciones de vida muy precarias, próximas a la miseria moral y material.

Este paciente ha realizado un viaje por nuestra región en un contexto delirante y ha cometido un acto delictivo que ha conllevado su detención y posterior encarcelamiento. Consecuencia del examen mental se le ha aplicado el artículo 64 lo que ha motivado el internamiento de oficio en nuestro hospital.

Se trata de un esquizofrénico con comportamiento agresivo pudiendo ser peligroso para la seguridad de los demás y para el orden público. Presenta desde el punto de vista semiológico trastornos del curso del pensamiento, de la lógica y de la continuidad con respuestas incoherentes en su discurso.

Su razonamiento es hermético y su lenguaje es pobre y desectructurado en las ideas. En el plano afectivo parece totalmente disociado. Su madre que vive en Lyon, rechaza cualquier tipo de contacto con su hijo.

El internamiento de oficio es justificado y se debe de mantener para tratar al enfermo.

Certificado de petición de transformación del internamiento de oficio (2 de junio de 1986).

Enfermo hospitalizado desde hace 6 meses en internamiento de oficio a consecuencia de un acto

médico-legal que presenta un delirio polimorfo integrandose en el cuadro de una esquizofrenia paranoide. Este paciente se ha beneficiado de un tratamiento adaptado mejorandose sensiblemente. En el momento presente el enfermo está bien estructurado, el delirio se ha enquistado y el tratamiento puede continuarse en el cuadro de un servicio libre.

El enfermo continuó hospitalizado 4 meses más y se le dió el alta definitiva al cabo de 10 meses.

OBSERVACION Nº 3

"Internamiento de oficio en lugar de un internamiento (más adecuado) por indicación médica".

L.G. fue internada de oficio el 28 de octubre de 1986.

Certificado De 24 Horas.

Se trata de una descompensación aguda en una enferma psicotica crónica que data aparentemente de la adolescencia. Esta enferma de 32 años de edad soltera e hija única, sin padre, no ha soportado la separación obligada de su madre que ha tenido que ser hospitalizada para ser operada.

La paciente ha vivido siempre de manera simbiótica con su madre. En el momento de la admisión el diálogo es casi imposible, se encuentra replegada en si misma, con un mutismo casi total y signos de la serie catatónica con oposición y negativismo frente a cualquier tipo de contacto externo.

El motivo de la hospitalización fue la alarma de los vecinos al no verla salir de su casa durante 4 días y a la posterior oposición a abrir la puerta lo que ocasionó la intervención de los gendarmes. No presenta signos de peligrosidad con respecto al prójimo. El internamiento de oficio lo tramitó el alcalde por comodidad para el transporte al hospital. Es deseable el cambio del modo de internamiento transformandolo en internamiento por indicación médica.

Certificado De Quincena Y De Alta Definitiva

Enferma que ha sido desbloqueada de los signos catatónicos de indole afectiva. El tratamiento puede continuarse en el cuadro del dispensario ambulatorio de higiene mental. El diagnóstico establecido es de esquizofrenia evolutiva.

OBSERVACION Nº 4

"Delirio de persecución en un paranoico. Disparos por la ventana". Internado de oficio el 24 de junio de 1986.

Certificado De 24 Horas.

Paciente de 42 años de edad, casado con dos hijas, la mayor casada y residente en el norte de Francia. Residente en Perpignan desde hace 8 meses, natural de Lille (norte de Francia) donde vivia en una caravana, jubilado por enfermedad crónica (?) y con una pensión considerable. Vive con su mujer y su hijo de 15 años en un apartamento de Perpignan. Este paciente presenta desde hace algunos meses graves trastornos del comportamiento que lo indujeron a comprar una pistola de plomo y a utilizarla contra la gente que el cree que lo amenazan a él o a su hijo.

L.B. está convencido desde hace tiempo que quieren secuestrar a su hijo. Sus persecutores pertenecen al "K.G.B." y además recibe llamadas telefónicas en las cuales le piden un rescate para no raptar a su hijo.

Ha escrito numerosas cartas al Primer Ministro, al Prefecto y al Fiscal de la República para pedir protección yendo frecuentemente a la comisaría de policía

para presentar denuncias en contra de sus "persecutores".

Hay que señalar que vino a la región hace 8 meses, precisamente huyendo desde Lille, porque tenía miedo de que raptasen a su hijo además de otras razones no bien esclarecidas. Su hijo no asiste a la escuela desde hace 5 años y las pocas veces que sale de casa, lo hace acompañado de su madre.

En efecto, L. B. presenta un delirio interpretativo de persecución estructurado, dicho de otra manera, se trata de un delirante paranoico. Este paciente debe ser tratado en el C.H.S. de Thuir pues es peligroso para el orden público y para la seguridad de los demás. El internamiento de oficio está plenamente justificado.

Certificado De Quincena.

12 de julio de 1986.

Paciente de 42 años de edad, casado y con dos hijas. Reside en Perpignan a consecuencia de una "huída" patológica desde Lille. Presenta un delirio Paranóico de persecución basado en el convencimiento inquebrantable de que su hijo sería secuestrado por Acción directa o por el K.G.B. Estos transtornos mentales, le han llevado ha amenazar con una pistola de plomos a varios transeuntes e

incluso a disparar desde la ventana.

Su hijo de 15 años de edad, ha sufrido directamente las consecuencias de la enfermedad del padre, ya que ha sido privado de escolarización durante 5 años.

El Juez de familia, ha sido puesto al corriente y una vigilancia atenta por los servicios de Asistencia Social se ha puesto en marcha.

La semiología de ésta psicosis paranóica, consta de ausencia de autocrítica, reticencia, desconfianza, susceptibilidad, ciertas ideas de grandeza, convencimiento de las ideas delirantes y todo ello en un cuadro de persecución permanente.

Este enfermo mental, sigue siendo peligroso para el orden público, su familia y la seguridad de los demás.

El tratamiento debe de proseguirse en el contexto del internamiento de oficio.

Certificado De Situación.

18 de Febrero de 1987.

L.B., está perfectamente adaptado a la vida del hospital y no supone ningún tipo de problema en cuanto a la

disciplina de la institución.

Los transtornos el comportamiento que presentaban, se han moderado y actualmente está casi exclusivamente en relación a la crítica absurda de su situación.

En la relación terapéutica, el enfermo se muestra muy superficial, impenetrable, y obstinado, mostrándose siempre con una sonrisa que podemos calificarla de irónica.

Actualmente, no exterioriza ideas delirantes de persecución, pero tampoco critica aquellas que motivaron su hospitalización.

El internamiento debe de continuar para proseguir el tratamiento.

Certificado De Petición De Transformación Del Internamiento

23 de Diciembre de 1987.

Enfermo que presenta un delirio paranóico de persecución, y que durante toda la hospitalización a demostrado una buena adaptación a todas las nuevas situaciones.

Debido a la petición de su mujer, de un permiso de prueba para que vuelvan a su región de origen y el buen estado actual del paciente, creemos conveniente la transformación del modo de internamiento por el de "indicación médica", para facilitar su transferencia al hospital de Lomet.

Certificado De Alta Definitiva.

18 de marzo de 1988.

Enfermo estabilizado con aparente enquistamiento de su delirio que será seguido por los servicios de higiene mental en la ciudad de Lille (norte de Francia), donde actualmente, residen su mujer y sus dos hijos.

Este enfermo estuvo hospitalizado un total de 22 meses, de los cuales, estuvo internado de oficio 18.

OBSERVACION Nº 5

"Un paranóico homicida. El futuro en el hospital psiquiátrico". B.R., fue internado el 3 de febrero de 1986.

Certificado De 24 Horas.

Enfermo de 78 años de edad, que ha sido transferido desde la cárcel de Perpignan después de un

peritaje psiquiátrico como consecuencia de un conyugicidio. Los psiquiatras concluyeron psicosis paranóica con temas de persecución y de grandeza que presentó un brote de delirio de celos y que le condujo a agredir y golpear a su esposa hasta tal punto que le ocasionó la muerte. El paciente reprochaba a su mujer el haberle sido infiel durante la 2ª Guerra Mundial.

Este enfermo, es de toda evidencia un delirante paranóico, en el que dada su edad, puede preveerse que debe ser internado de oficio en el hospital de Thuir, donde deberá quedarse hasta el final de sus días.

Internamiento justificado que se debe de mantener para tratar.

Certificado De Quincena.

21 de febrero de 1986.

Enfermo que presenta un delirio crónico de estructura paranóica. Ha matado a su mujer en un contexto de delirio de celos.

El internamiento debe de mantenerse.

Certificado De Situación.

1 de octubre de 1987.

Enfermo que presenta un delirio crónico paranóico todavía considerado como peligroso para el orden público y para la seguridad de los demás.

No existe crítica de su delirio ni remordimiento del acto cometido. El I.O. debe ser mantenido.

El futuro de éste enfermo, es con certeza de acabar sus días en el Hospital psiquiátrico.

OBSERVACION Nº 6

"Otra demencia Senil...".

Certificado De 24 Horas.

Enferma de 88 años de edad soltera y residente en un pueblo pequeño cercano a Perpignan.

Internada el 7 de marzo de 1985.

El Certificado del médico del pueblo decía: "Estado de miseria fisiológica, encontrándose incapacitada mentalmente para ocuparse de sí misma, de la higiene corporal de su alimentación y de las precauciones necesarias para evitar los riesgos de incendio y de

limpieza de su casa, y que por lo tanto necesita su hospitalización en un establecimiento regido por la Ley del 30 de junio de 1838, bajo la forma de internamiento de oficio".

La paciente, presenta los trastornos intelectuales típicos de la demencia Senil, desorientación en el tiempo y en el espacio, amnesia, disgregación del lenguaje, alteraciones del juicio y del razonamiento y problemas agnósicos.

El internamiento es justificado y se debe de mantener para tratamiento.

Certificado De Quincena Y De Transformación Del I.O. En Internamiento Médico.

29 de marzo de 1985.

Poco se puede añadir a ésta historia clínica, pero de un modo general, debemos expresar nuestra opinión en el sentido de que hay un cierto abuso del modo de internamiento de oficio, debido a la comodidad que tienen las autoridades para facilitar el transporte (en este caso pueden desplazarse los enfermeros del Centro con una ambulancia). Este internamiento debería ser en buena lógica por indicación médica.

Digamos que en nuestro estudio hay 36 enfermos hospitalizados de más de 70 años, es decir, un 9% del total. La mayoría (21 casos), son deterioraciones intelectuales o demencias seniles.

OBSERVACION Nº 7.

"El episodio maníaco y su buen pronóstico a corto plazo".

S.S., fue internado el 20 de Marzo de 1985.

Certificado De 24 Horas.

Paciente de 41 años de edad, casado y padre de 3 hijos, comerciante de profesión que ha sido internado a consecuencia de un estado de agitación de tipo maníaco con importante excitación psicomotriz y agresividad.

El cortejo sintomático, se acompaña de verborrea, fuga de ideas, desinhibición sexual, insomnio y tendencia megalomaníaca. Este paciente, está bajo tratamiento desde hace 5 años por una psicosis maníaco-depresiva, estando el episodio actual relacionado con la interrupción brusca y voluntaria, hace algunos días, del tratamiento con carbonato de litio.

El internamiento, es justificado, se debe de mantener para tratamiento.

Certificado De Quincena Y De Trasformación.

Paciente hospitalizado de oficio como consecuencia de un episodio maníaco agresivo. El tratamiento neuroléptico a mejorado sensiblemente su estado, haciendo desaparecer todo signo de agresividad. No obstante persiste una excitación psicomotriz, que fue responsable de una fuga el 27 de Marzo. Una vez reintegrado a la unidad, acepta el tratamiento y se muestra cooperante. Su estado actual sigue necesitando de un tratamiento psiquiátrico, pero ya no se le puede calificar de peligroso, ni para sí mismo, ni para los demás, ni para el orden público, por lo tanto pedimos la trasformación del internamiento de oficio por el internamiento médico.

Certificado De Alta Definitiva.

2 de Mayo de 1985.

El paciente está actualmente normotímico, distendido, crítico con su enfermedad, y acepta un tratamiento preventivo para evitar nuevas recaidas.

Deja este día el CHS de Thuir, para volver con su familia y reinsertarse socio-profesionalmente, lo mas

pronto posible.

Este enfermo, estuvo hospitalizado durante 40 días, al cabo de los cuales se reincorporó a su trabajo.

OBSERVACION Nº 8.

"Internamiento de oficio correcto en un caso de "bouffée" delirante aguda".

B.J., fue internado el 17 de Junio de 1985.

Certificado De 24 Horas.

Joven paciente de 21 años de edad, nacido en Argelia y residente en Francia desde su infancia. Estudiante de informática por Formación Profesional.

En el momento de su admisión estába dormido debido a la aplicación, previa a su hospitalización, de un tratamiento neuroléptico. Se despertó por la tarde alegando amnesia total respecto a lo que pasó en su casa.

Esta mañana, (18 de Junio de 1985), está relajado. Contesta a las preguntas elementales, no pudiendo señalar en el curso de la entrevista ningún fenómeno psicopatológico evidente. No obstante, en mitad de la mañana, el enfermo adoptó bruscamente un comportamiento muy

perturbado agitado, ansioso, realizando actos incoherentes y tomándose por Gengiskhan.

El diagnóstico debe de orientarse hacia la noción de una "bouffée" delirante. Encontrándose bajo tratamiento en el cuadro del hospital, no representa peligrosidad y por éste motivo puede trasformarse el internamiento de oficio en internamiento médico en el cual debe de permanecer para una mayor observación.

Certificado De Alta Definitiva.

14 de Agosto de 1985

Enfermo que ha presentado un delirio de evolución aguda y de instauración brusca que ha remitido rápidamente por la aplicación del tratamiento.

No presenta ningún tipo de peligrosidad ni para él, ni para los demás.

Solicita su salida del hospital, pero acepta ser seguido durante algunos meses en ambulatorio, lo cual servirá para un eventual diagnóstico precoz de una instauración esquizofrénica.

OBSERVACION Nº 9.

"El internamiento de oficio como protector de la peligrosidad del enfermo contra sí mismo".

L.G., fue internada de oficio el 9 de Febrero de 1987.

Certificado De 24 Horas Y De Petición De Transformación Del Internamiento.

Joven enferma de 35 años de edad, residente en este departamento desde hace 1 año, momento en el que se divorció de su marido. No tiene hijos.

Según el certificado médico que la acompaña, habría realizado numerosas tentativas de suicidio, encontrándose en una situación de soledad afectiva y socio-profesional.

En efecto, hace dos días tomó un bote de tranquilizantes y fue hospitalizada en el hospital general. Una vez de alta y de regreso a su casa presentó un estado de agitación amenazando con defenestrarse.

En el examen psicológico, se encuentra relajada y lúcida, negando cualquier deseo de muerte, pero no pudiendo esconder su estado distímico reactivo a todos sus

problemas.

Podemos concluir que se trata de una estructura de la personalidad de tipo histérico, desencadenada en un contexto socio-cultural poco desarrollado. Sin embargo, no hay trastornos psicóticos y la enferma está perfectamente en el campo de la realidad.

La hospitalización en psiquiatría no tiene objeto como medio para arreglar sus problemas sociales.

No presenta ningún peligro ni para ella misma, ni para los demás, el internamiento de oficio ya no sigue justificandose, y por ello puede anularse inmediatamente.

OBSERVACION Nº 10

"En el 15% de nuestros casos, la conducta etílica, está en el origen de la peligrosidad que motiva en internamiento de oficio".

S.O., fue internado el 29 de Septiembre de 1987.

Certificado De 24 Horas.

Paciente de 55 años de edad, residente en Colliure, casado, marino mercante en jubilación anticipada

por invalidez.

Alcoholizaciones múltiples desde hace varios años, ha presentado un estado de ebriedad patológica con comportamiento agresivo y peligroso destrozando los muebles de su casa y golpeando a su mujer.

Este internamiento, necesita una mayor información sobre el comportamiento del paciente.

Internamiento justificado que se debe de mantener para tratar.

Certificado De Quincena Y De Trasformación En Servicio Libre

Enfermo internado de oficio en el hospital de Thuir, por trastornos del comportamiento y agresividad consecutivas a una intoxicación etílica. El paciente se ha mejorado satisfactoriamente durante su estancia en el hosptial. El tratamiento puede proseguirse en servicio libre.

Será seguido en el cuadro del dispensario de higiene mental del sector.

El internamiento de oficio, puede trasformarse en servicio libre.

OBSERVACION Nº 11.

"Sujeto no reconocido enfermo mental. Sus actos dependen de medidas judiciales".

M.N., ha sido internado de oficio el 15 de Agosto de 1985.

Certificado De 24 Horas Y De Petición De Anulación Del I.O.

M.N., presenta una personalidad inmadura e inestable, insertándose en un contexto de subdesarrollo socio-cultural y de una carencia afectiva.

Se trata de un marginal, y no de un enfermo mental. Se encuentra en el departamento procedente de la Tourraine desde hace 3 meses, soltero y de 34 años de edad. Realiza trabajos de camarero en restaurantes aprovechando la estación turística.

Desde el momento de su admisión no ha presentado ningún trastorno mental ni del comportamiento que le pudiera convertir en peligroso para sí mismo, para el prójimo o para el orden público.

Fue internado de oficio como consecuencia de algunos pequeños robos en unos grandes almacenes y su posterior comportamiento fue interpretado como patológico, pero en realidad, sólo está relacionado con su carencia educativa.

Este estado no justifica su hospitalización en psiquiatría, y depende más bien de medidas educativas y/o judiciales.

El internamiento de oficio no está medicamente justificado.

OBSERVACION Nº 12.

"El psicópata en la frontera del hospital psiquiátrico".

V.L., ha sido internado de oficio el 12 de Septiembre de 1987.

Certificado De 24 Horas Y Petición De Anulación.

Joven de 29 años de edad, dirigido de oficio al C.H.S. de Thuir, consecuencia de sus trastornos en el comportamiento con agitación y actos agresivos con tentativa de parricidio en la figura de su madre. Los disturbios se ocasionaron en medio de una impregnación

alcohólica.

V.L., es soltero, ha sido desertor del ejercito, y más tarde encarcelado por ello, tiene antecedentes penales por robos diversos y también de coches así como tráfico de drogas. Es antiguo heroinómano y portador de anticuerpos del SIDA. En la actualidad sólo fuma haschich y bebe episódicamente.

En conclusión, se trata de un paciente cuya biografía y su comportamiento impulsivo desprovisto de moralidad nos dan la imagen de una personalidad psicópata difícilmente abordable por la psquiatría institucional.

En este caso particular, el internamiento de oficio, nos nos parece justificado y su posible conducta delictiva depende más bien de medidas judiciales.

El internamiento de oficio debe ser levantado debido a la inadecuación del hospital psiquiátrico para este sujeto.

VI.5- TABLAS DE OBSERVACIONES.

Recogemos todas y cada una de las observaciones de las cuales ha constado nuestro estudio. En ellas no se incluyen todos los datos estudiados,como porejemplo el domicilio, la profesión y/o el nivel socioeconómico u otros, pero síaquellos que nos han parecido importantes de señalar tanto en valores absolutos como una indicación más o menos precisa de los motivos que llevaron al internamiento de oficio "Enfermedad mental o estado de enajenación que pudiera comprometer el orden público o la seguridad de los demás". El diagnóstico, sexo, los antecedentes judiciales o de otra hospitalización en medio psiquiátrico también quedan reflejados. Por último, un epígrafe donde se señala, a juicio del médico jefe de servicio, la justificación o no de la medida en el momento de realizar el certificado de 24 horas. Explicamos a continuación el significado de las siglas restantes:

ATCD: Antecedentes psiquiátricos (los judiciales los anotamos a parte).

D-IO: Tiempo que transcurre desde el día del internamiento de oficio hasta que el médico demanda al Prefecto la transformación de la medida. Este tiempo es el resultante de dos parámetros diferentes, bien cesó la peligrosidad

potencial del enfermo mental, bien cesaron los síntomas de enfermedad mental, bien, y en casos excepcionales, no hubo ninguno de los dos. Es el tiempo mínimo de observación.

T-IO: Tiempo Total que transcurre desde el día de la hospitalización hasta el día de la transformación o cese de la medida de internamiento. Se entiende que las diferencias existentes entre el D-IO y el T-IO es el retraso administrativo en la respuesta a la solicitud del médico por parte de la autoridad.

SD: Tiempo total transcurrido desde el día del internamiento y la salida o alta definitiva del hospital. En muchos casos los enfermos permanecen hospitalizados pero ya en servicio libre o internamiento médico (cuando persiste una enfermedad a tratar pero el enfermo no es considerado como peligroso).

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
B.S.	77	M	5	62	425	SI	VIAJE A PARIS PARA VER AL PRESIDENTE. DELIRIO IMAGINATIVO Y FANTASTICO EN UN CONTEXTO DE DETERIORACION INTELECTUAL. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO.	PSICOSIS DELIRANTE CRONICA	SI
I.N	19	H	45	120	180	SI	GOLPES, AMENAZAS Y VIOLENCIA CONTRA LA FAMILIA Y LOS VECINOS EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ.	DEBILIDAD MENTAL	SI
R.C.	41	H	1	12	21	SI	INTOXICACION ETILICA AGUDA. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO EN LA VIA PUBLICA.	ALCOHOLISMO CRONICO	SI
S.S.	46	M	12	20	82	SI	EXCITACION PSICOMOTRIZ ACOMPAÑADA DE UN DELIRIO INTERPRETATIVO. MANIA ATIPICA.	PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA EPISODIO MANIACO	SI
M.N.	69	H	0	12	16	NO	DISPUTA CON OTRO JUBILADO EN LA RESIDENCIA DE ANCIANOS.	SUJETO NO RECONOCIDO ENFERMO MENTAL	NO
G.C.	49	M	14	26	33	SI	AGRESIONES FRECUENTES A LA FAMILIA.	DEBILIDAD MENTAL	SI
M.C.	33	M	1	9	19	NO	IDEAS SUICIDAS COMUNICADAS A LA ASISTENTE SOCIAL.	DEPRESION	NO
C.C.	92	M	1	8	39	NO	TRASTORNOS MNESICOS. MIEDO DE LOS VECINOS A QUE PUEDA DEJAR EL FUEGO ENCENDIDO	DETERIORACION INTELECTUAL	NO
P.S.	28	H	19	68	87	SI	AMENAZAS DE MUERTE A SU MADRE Y A SU HERMANA. AMENAZAS DE SUICIDIO.	TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (CARACTERIOPATIA)	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
J.N.	22	M	1	2	2	SI	ROTURA DE VITRINAS, ESCAPARATES Y ESCANDALO PUBLICO. SUJETO RESPONSABLE: ENTREGADO A LA JUSTICIA.	PSICOPATA PERVERSO	NO ENTREGADO JUSTICIA
M.S.	32	H	1	9	42	NO	QUERIA TIRARSE BAJO LOS AUTOMOVILES. IDEAS DE PERSECUCION.	DEPRESION ENDOGENA	SI
B.C.	31	H	2	9	22	SI	EXCITACION PSICOMOTRIZ, AGITACION. RECHAZA EL TRATAMIENTO MEDICO.	PSICOSIS M-D EPISODIO MANIACO	SI
V.S.	75	H	15	27	28	NO	AMENAZAS DE MUERTE A SU MUJER Y A SU MEDICO. DELIRIO INTERPRETATIVO DE PERSECUCION Y PERJUICIO. ALUCINACIONES AUDITIVAS.	DETERIORACION SENIL DELIRIO SENIL	SI
D.N.	24	H	1	10	12	SI (IO)	AGITACION Y AGRESIVIDAD EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ.	EMBRIAGUEZ AGUDA	SI
S.N.	39	H	8	49	87	NO	TENTATIVA DE INCENDIO DELANTE DE LA CASA DE LOS VECINOS.	ETILISMO CRONICO	SI
R.S.	33	H	2920	2930	-	SI	ABUSOS DESHONESTOS A UNA NIÑA DE 11 AÑOS Y LESIONES A LA MISMA EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ.	PSICOPATA RECONOCIDO NO RESPONSABLE	SI
C.C.	53	M	5	11	95	SI	DELIRIO ALUCINATORIO INTERPRETATIVO AGUDO CON ESCANDALO PUBLICO. MIEDO A LOS VECINOS.	PSICOSIS ALUCINATORIA CRONICA	SI
F.S.	46	H	1	4	40	NO	AGITACION FURIOSA, AGRESIVIDAD E INCOHERENCIA DEL PENSAMIENTO CON IDEAS MISTICAS EN LA FAMILIA.	PSICOSIS DELIRANTE AGUDA	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
F.S.	33	H	2555	2560	2560	SI	DOS ASESINATOS. SUJETO RECONOCIDO NO RESPONSABLE. CONTEXTO DE EXCITACION PSICOMOTRIZ.	OTROS ESTADO LIMITE	SI
E.C.	23	M	32	39	137	NO	MUERTE DE SU BEBE POR NEGLIGENCIA. SALIDA DE PRISION. DELIRIO MISTICO ALTRUISTA. SOBRESEIMIENTO DE LA CAUSA.	ESQUIZOFRENIA	SI
V.C.	70	H	4	17	21	NO	SOLICITUD DE SU MADRE A CAUSA DE TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y ALUCINACIONES EN EL MEDIO FAMILIAR.	SINDROME DE CONFUSION MENTAL	SI
T.C.	25	H	5	13	15	NO	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO EN LA VIA PUBLICA POR DELIRIUM TREMENS.	ALCOHOLISMO CRONICO	SI
C.N.	30	H	14	22	51	SI	AGRESION A SU AMIGA Y EXCITACION PSICOMOTRIZ.	TRASTORNOS MENTALES DE LA EPILEPSIA	SI
T.C.	27	H	1	11	11	NO	ESCANDALO NOCTURNO Y AMENAZAS A LOS VECINOS EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ.	EMBRIAGUEZ AGUDA	NO
D.N.	29	M	1	8	8	NO	ABANDONO DE SU HIJO (NO PROBADO) SEGUN LA ASISTENTE SOCIAL.	DEPRESION REACTIVA	NO
M.C.	48	M	147	152	225	SI	ESCANDALO NOCTURNO Y AMENAZAS A LOS VECINOS. AGITACION Y DELIRIO PARANOIDE DE PERSECUCION.	PSICOSIS DELIRANTE CRONICA	SI
H.S.	30	M	5	14	14	SI	ESTADO DE ABANDONO Y ALCOHOLISMO REACCIONAL AL DIVORCIO Y A LA PERDIDA DE LA CUSTODIA DE LOS NIÑOS.	DEPRESION	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
L.S.	70	H	6	106	124	NO	AMENAZAS CON ARMAS DE FUEGO CONTRA LOS VECINOS. CONDUCTA ALCOHOLICA.	DELIRANTE PARANOICO	SI
M.N.	55	H	1	22	22	NC	AMENAZAS CON UNA CARABINA A SU VECINO (NO PROBADO). NO HAY ENFERMEDAD MENTAL. PELIGROSIDAD NO PSIQUIATRICA.	SUJETO NO RECONOCIDO COMO ENFERMO MENTAL	NO
B.N.	22	H	TRAS-FERI-DO	?	?	SI	DELINCUENCIA, ROBOS. TRANSFERIDO A MONFAVET. EL TERCER PERITAGE -> CONCLUYE ENFERMEDAD MENTAL.	PSICOPATA NO RESPONSABLE	SI
D.J.	24	H	1	7	7	NO	AGRESIVIDAD EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ. SUJETO RESPONSABLE.	PSICOPATA RESPONSABLE	NO
L.N.	35	H	1	6	6	NO	AGITACION VIOLENTA EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ PATOLOGICA.	(ALCOHOLISMO) EMBRIAGUEZ AGUDA	SI
G.S.	28	H	120	127	198	SI	COMPORTAMIENTO EXTRAÑO, AGRESIVIDAD, FUGAS DEL DOMICILIO Y TENTATIVAS DE SUICIDIO.	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	SI
A.S.	31	H	140	153	221	SI	AGRESIVIDAD EN UN ESTADO DISOCIATIVO DELIRANTE.	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	SI
B.C.	22	H	2	16 EVA-SION	2	NO	AGRESIVIDAD EN LA VIA PUBLICA POR SINDROME DE ABSTINENCIA	TOXICOMANIA	SI
G.S.	50	H	34	41	124	SI IO	EXCITACION AGRESIVA E IDEAS SUICIDAS EN UN CONTEXTO DEPRESIVO.	ALCOHOLISMO CRONICO. DEPRESION SECUNDARIA	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
H.N.	31	H	1	6	8	SI	DISPUTA Y VIOLENCIA CONTRA SU HERMANA.	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD	SI
N.C.	46	H	150	482	536	NO	AGRESION A UNA VECINA DE 75 AÑOS CON UN CLAVO. TENTATIVA DE ASESINATO. DEBILIDAD MENTAL LIGERA.	PSICOSIS DELIRANTE CRONICA	SI
L.C.	27	H	31	490	684	SI	AMENAZAS DE MUERTE A SU HERMANO CON UNA CARABINA.	DEBILIDAD MENTAL	SI
R.C.	24	M	14	14	TRAS-FERI-DA	SI	ACTOS AGRESIVOS CONTRA LOS ENFERMOS. DELIRIO PARANOIDE DE PERSECUCION.	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	SI
S.N.	28	H	1	11	23	SI	EXCITACION PSICOMOTRIZ Y TEMAS DELIRANTES. BROTE AGUDO EN PACIENTE BIEN ESTABILIZADO.	PSICOSIS DELIRANTE AGUDA	SI
R.N.	84	M	1	2	2	NO	INCURIA, RECHAZO DE ALIMENTOS, ESTADO DE ANGUSTIA, RECHAZO DE TRATAMIENTO. DESORIENTACION Y ALTERACION DEL PENSAMIENTO.	DEMENCIA SENIL	NO
C.S.	34	H	3	10	160	NO	DISPUTA CON LOS PADRES Y CON EL MEDICO. INSULTOS Y DELIRIO DE INTERPRETACION.	DELIRANTE PARANOICO	SI
T.C.	51	H	8	28	97	SI	REIVINDICACIONES MULTIPLES EN ESTADO DE EXCITACION EN LA GENDARMERIA, ALCALDIA Y OTROS ORGANISMOS ADMINISTRATIVOS.	DELIRIO PARANOICO	SI
B.S.	50	H	22	29	135	NO	DELIRIO DE CELOS QUE LE HAN CONDUCIDO A AGREDIR A SU MUJER.	PSICOSIS ALCOHOLICA	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
C.N.	35	H	201	216	340	SI 3-IO	AGRESIVIDAD CONTRA SU FAMILIA EN EL CURSO DE UNA PSICOSIS DELIRANTE AGUDA.	ESQUIZOFRENIA	SI
B.N.	31	H	1	11	19	NO	AGITACION, AGRESION A SU MUJER EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ.	ETILISMO CRONICO	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
H.S.	19	H	2	12	12 HOSP. MILIT	NO	COMPORTAMIENTO EXTRAVAGANTE EN EL SERVICIO MILITAR. ESTADO DISOCIATIVO E IDEAS DELIRANTES MAS UNA TENTATIVA DE SUICIDIO.	ESQUIZOFRENIA	SI
O.N.	52	M	1	13	29	SI	AGITACION Y CRISIS FURIOSA EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ.	ETILISMO CRONICO	SI
S.N.	28	M	2	20	34	SI	PEGAR FUEGO AL PISO DE SUS VECINOS. ALCOHOLISMO.	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD	SI
T.C.	52	H	24	48	125	SI 2-IO	MULTIPLES DENUNCIAS A LA POLICIA. IDEAS DELIRANTES SOBRE SU HIJA DE MECANISMO INTERPRETATIVO.	DELIRIO PARANOICO	SI
S.N.	46	H	13	25	41	SI	AGITACION, AGRESIVIDAD, EXCITACION PSICOMOTRIZ. RECHAZA EL TRATAMIENTO.	PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA. EPISODIO MANIACO	SI
K.S.	66	H	165	174	248	SI	IDEAS DELIRANTES INTERPRETATIVAS DE REIVINDICACION Y PASIONALES. AGRESION A OTRA ENFERMA.	DELIRIO CRONICO	SI
B.C.	34	H	2	126	126	NO	ROBO DE UN COCHE. AGITACION, COMPORTAMIENTO TEATRAL GOLPEANDOSE LA CABEZA CONTRA EL COCHE DE LA POLICIA. RESPONSABLE.	PSICOPATA RESPONSABLE	NC
D.C.	50	M	17	25	49	SI	ABANDONO DE SUS HIJOS Y REFLEXIONES INCOHERENTES SOBRE ESE HECHO.	DELIRIO CRONICO	SI
A.S.	24	H	17	24	120	NO	CRISIS DE AGITACION EN LA COMISARIA PORQUE SE LE IMPIDIO TELEFONEAR AL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA.	PSICOSIS DELIRANTE AGUDA	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
G.S.	29	H	?	+93	TRANS S.E.D	SI	VIOLENCIA Y AGRESIONES CONTRA OTROS ENFERMOS Y CONTRA EL PERSONAL ENCARGADO DE CUIDARLO.	NEUROSIS	SI
B.C.	34	H	3	4	5	NO	AGITACION ANSIOSA.	NO RECONOCIDO ENFERMO MENTAL	NO
M.N.	38	H	4	22	22	NO	TENTATIVA DE EXTRANGULACION DE UNA MUJER EN LA VIA PUBLICA EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ.	PSICOPATA	SI
D.N.	50	H	1	10	57	SI	RECHAZO DE TRATAMIENTO. IDEAS DE ENVENENAMIENTO.	DELIRIO CRONICO	SI
C.S.	57	M	14	24	[illegible]	SI	AGRESION AL MARIDO. DELIRIO DE PERSECUCION.	PSICOSIS DELIRANTE CRONICA	SI
M.S.	48	H	32	43	155	SI	COMPORTAMIENTO EXTRAVAGANTE Y DISOCIADO INSULTANDO A LOS CLIENTES DE UNA TIENDA. DELIRIO POLIMORFO DE PERSECUCION Y SEXUAL.	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	SI
I.S.	29	H	5	14	24	NO	ESTADO DE AGITACION DELIRANTE DE APARICION BRUSCA Y SIN ANTECEDENTES.	PSICOSIS DELIRANTE AGUDA	SI
N.S.	42	H	21	32	124	SI	AGRESIVIDAD Y AMENAZAS A LOS PADRES.	ETILISMO CRONICO	SI
P.N.	69	M	2	10	144	SI	DELIRIO CONFABULANDO CON TEMAS MEGALOMANIACOS (PARAFRENIA). IMPOSIBILIDAD DE OCUPARSE DE SI MISMA.	DELIRIO CRONICO PARAFRENICO	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IC JUSTIFICADO
J.N.	27	H	1	7	8	NO	EXCITACION AGUDA EN LA VIA PUBLICA POR HABER TOMADO ETER. SE ENCUENTRA BIEN EN EL MOMENTO DE LA HOSPITALIZACION.	TOXICOMANIA	NO
B.N.	19	H	1	7	8 TRANSF. A SUIZA	NO	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO EN LA CALLE POR UN DELIRIO POLIMORFO PARANOIDE EN FASE AGUDA.	ESQUIZOFRENIA	SI
B.N.	37	H	2	4	5	NO	EXCITACION ANSIOSA Y TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO DESPUES DE UN PSICOANALISIS. DESCOMPENSACION NEUROTICA.	NEUROSIS	SI
D.S.	41	H	14	25	128	SI	AGRESIVIDAD EN EL MEDIO FAMILIAR. RECHAZO DE CUIDADOS Y DE TRATAMIENTO.	DELIRIO CRONICO	SI
L.S.	23	M	15	19	68	NO	ESTADO DISOCIATIVO DE LA PERSONALIDAD. REHUSA TODO TRATAMIENTO.	ESQUIZOFRENIA	NO
C.C.	25	H	455	615	643	NO	ASESINATO DE UN PESCADOR QUE NO CONOCIA, POR UN TIRO EN LA NUCA CON UNA CARABINA. VIENE DE PRISION. AL 3º PERITAJE -> NO RESPONSABLE.	ESQUIZOFRENIA	SI
T.S.	69	H	1	13	402	SI	DELIRIO MEGALOMANIACO EN PERSONALIDAD MUY INFLUENCIABLE POR EL PROJIMO. I-O. PARA PROTEGERLE.	DELIRIO CRONICO PARAFRENIA	SI
F.C.	80	H	NO	730	MURIO EN EL HOSP.	NO	MATO A UN VECINO EN EL CONTEXTO DE UN DELIRIO PASIONAL DE CELOS Y DE PERSECUCION.	DELIRIO PARANOICO	SI
L.C.	45	M	16	32	113	SI	SINDROME DE AUTOMATISMO MENTAL QUE PROVOCA TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO EN LA VIA PUBLICA Y EN UNOS GRANDES ALMACENES.	PSICOSIS DELIRANTE CRONICA	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
H.N.	41	H	1	26	45	NO	DELIRIUM TREMENS: PASEO DESNUDO EN LOS JARDINES PUBLICOS. EXCITACION PSICOMOTRIZ Y COMPORTAMIENTO " ONIRICO ".	ETILISMO CRONICO	SI
C.N.	69	H	120	137	MURIO EN EL HOSP.	NO	IDEAS DELIRANTES DE CELOS DE PERSECUCION Y DE ENVENENAMIENTO. AMENAZAS A SU ESPOSA.	DEMENCIA SENIL	SI
B.C.	28	H	21	32	55	SI	AGITACION PSICOMOTRIZ MAYOR Y VIOLENCIAS CON PROPOSITOS DELIRANTES EN LA VIA PUBLICA	PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA. ACCESO MANIACO.	SI
R.N.	32	H	125	140	290	SI	EPISODIO DELIRANTE AGUDO SOBRE TEMAS DE FILIACION, MEGALOMANIA Y PERSECUCION.	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	SI
B.N.	30	H	1	13	23	NO	CONFLICTO CONYUGAL. AGRESION A SU MUJER.	EMBRIAGUEZ AGUDA	SI
J.N.	26	M	1	13	67	SI	ESTADO DE EXCITACION PSICOMOTRIZ EN LA FRONTERA FRANCO-ESPAÑOLA POR INGESTION DE LSD.	TRASTORNOS MENTALES DE LA EPILEPSIA	SI
M.N.	24	M	1	12	21	NO	TENTATIVA DE SUICIDIO CON MEDICAMENTOS QUE AL DESPERTAR HAN PROVOCADO UNA EXCITACION TEATRAL RESPONSABLE DEL I.O.	NEUROSIS	SI
M.S.	72	H	13	26	285	SI	FUGA DE LA RESIDENCIA DE ANCIANOS Y RECHAZO DE CUIDADOS EN UN CONTEXTO DELIRANTE.	DELIRIO CRONICO	SI
I.C.	21	M	3	17	17	NO	DISPUTA CON SUS PADRES.	SUJETO NO RECONOCIDO ENFERMO MENTAL	NO

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
F.C.	27	H	3	16	29	NO	DESTRUCCION DE OBJETOS EN CASA DURANTE UN AUTOMATISMO MENTAL QUE LE ORDENA ROBAR DE LOS COCHES, PROVOCADO POR DROGAS ALUCINOGENAS.	TOXICOMANIA	SI
B.C.	28	H	10	26	63	NO	ESTADO DISOCIATIVO, AGRESIVIDAD Y VIOLENCIAS CONTRA SU ENTORNO. EXTRAVAGANCIA, EXCITACION Y PROPOSITOS INCOHERENTES.	PSICOSIS DELIRANTE AGUDA	SI
C.C.	61	M	16	36	159	NO	RECLAMACIONES EN LA COMISARIA, DELIRIO PARANOICO DE PERSECUCION Y DE " AMENAZAS DE MUERTE ". PERSEGUIDOR DESIGNADO.	DELIRIO PARANOICO	SI
M.N.	56	H	14	34	102	SI	AMENAZAS A LOS VECINOS EN UN CONTEXTO DE ETILISMO.	DELIRIO PARANOICO	SI
L.N.	52	H	13	25	88	SI	AUTOMATISMO MENTAL. DELIRIO DE PERSECUCION QUE HA PROVOCADO UNA CONDUCTA AGRESIVA EN EL PUEBLO.	ESQUIZOFRENIA	SI
F.N.	76	M	2	13	177	SI	MIEDO DE LOS VECINOS ANTE TRASTORNOS DE LA MEMORIA Y DEL COMPORTAMIENTO. PELIGRO POTENCIAL DE INCENDIO.	DEMENCIA SENIL	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
A.C.	71	M	4	16	48	NO	RECHAZO DE ALIMENTOS POR MIEDO A QUE ESTEN ENVENENADOS.	PSICOSIS DELIRANTE CRONICA	NO (I.V.)
D.C.	52	H	3	14	39	SI	AGRESION A SU PADRE EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ.	PERSONALIDAD PERVERSA	SI
F.N.	47	M	15	26	35	SI	EXCITACION PSICOMOTRIZ Y RECHAZO DE CUIDADOS Y DE TRATAMIENTO.	PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA EPISODIO MANIACO	SI
A.C.	24	H	2	13	25	NO	SINDROME DE ABSTINENCIA. ARRESTADO EN LA FRONTERA FRANCO-ESPAÑOLA CON 150 GR. DE HEROINA.	TOXICOMANIA	SI
N.S.	72	H	6	19	116	NO	DELIRIO DE CELOS, AMENAZAS A SU MEJER. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO.	DELIRIO PARANOICO	SI
T.S.	41	H	3	16	740	?	SE HIZO PASAR POR EL ENCARGADO DE EMPLEAR GENTE Y DE ESE MODO HA RECLUTADO ALGUNAS PERSONAS PARA " SUS " VIÑAS.	ESTADO LIMITE OTROS	NO
M.S.	48	M	14	23	28	SI	EXCITACION PSICOMOTRIZ Y RECHAZO DE CUIDADOS.	PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA ESTADO MANIACO	SI
G.C.	49	H	12	23	83	SI	FASE AGUDA DE UN DELIRIO MISTICO DE EVOLUCION CRONICA Y UN SINDROME DE INFLUENCIA QUE HA ENTRAÑADO FUGAS DE LA CASA.	ESQUIZOFRENIA	SI
G.S.	33	M	8	14	14	NO	ESTADO DISLEPSICO. Y DISOLUCION PAROXISTICA DE LA CONSCIENCIA CON DELIRIO POR ABUSO DE DROGAS.	TOXICOMANIA	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
T.S.	54	H	67	76	81	SI	AGRESIVIDAD Y AGITACION CONTRA EL ENTORNO. RECHAZO DE CUIDADOS Y CONDUCTA ALCOHOLICA.	NEUROSIS HISTERICA	SI
H.S.	42	H	9	21	28	SI	DELIRIO PARAFRENICO CON RETICENCIA Y MITOMANIA. PERTURBACION DEL ORDEN PUBLICO.	DELIRIO CRONICO	SI
D.S.	41	H	205	211	211	NO	AGRESION A SU MUJER Y SU HIJA CON UN MARTILLO. ESTADO DEPRESIVO. TENTATIVA DE SUICIDIO.	PSICOSIS ALCOHOLICA (ETILISMO CRONICO)	SI
H.C.	86	H	275	275	396	SI	PERTURBACION EN LA GENDARMERIA. DELIRIO INTERPRETATIVO Y DE PERSECUCION " SE PREPARA UN ATENTADO CONTRA EL ".	DELIRIO PARANOICO	SI
T.C.	29	H	2	16	19	SI	DISPUTA EN UN BAR EN ESTADO DE EBRIEDAD. PELIGROSIDAD NO PSIQUIATRICA.	PSICOPATA RESPONSABLE	NO
R.N.	24	H	14	27	49	SI	AMENAZAS A LOS COMERCIANTES QUE SE NIEGAN A VENDERLE ALCOHOL.	TRASTORNOS MENTALES DE LA EPILEPSIA	SI
L.S.	35	H	150	158	158	SI	ABUSOS DESHONESTOS Y AGRESION A SU CONCUBINA QUIEN HA TENIDO QUE SER HOSPITALIZADA. AMENAZA HACER SALTAR LA CASA CON UNA BOTELLA DE GAS.	PSICOPATIA, ETILISMO CRONICO	SI
O.G.	70	M	125	135	145	SI	ROTURA DE CRISTALES Y OTROS OBJETOS EN UN CONTEXTO DELIRANTE.	PSICOSIS ALUCINATORIA CRONICA	SI
B.C.	22	M	2	16	18	NO	AGITACION PSICOMOTRIZ EN CASA DE SUS PADRES POR ABSORCION DE DROGAS ALUCINOGENAS.	TOXICOMANIA	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
L.C.	22	M	2	16	18	NO	ESTADO DE AGITACION PSICOMOTRIZ Y CONFUSION MENTAL POR DROGAS ALUCINOGENAS.	TOXICOMANIA	SI
D.S.	88	M	52	177	302	NO	DEJADEZ. AISLAMIENTO EN EL APARTAMENTO. AMNESIA Y DESORIENTACION TEMPORESPACIAL. INCURIA Y PERTURBACION DEL ESTADO GENERAL.	DEMENCIA SENIL	SI
M.S.	24	H	5	16	40	SI	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO EN LA VIA PUBLICA DE ASPECTO DELIRANTE Y DISOCIACION DE LA PERSONALIDAD.	"BOUFEE" DELIRANTE AGUDA	SI
L.N.	30	H	1	12	12	SI	QUERIA TIRARSE BAJO UN TREN TRAS UNA DISPUTA CON SU CONCUBINA. DEBILIDAD MENTAL LIGERA.	PSICOPATA DEBIL MENTAL	SI
L.N.	37	M	14	28	32	NO	PASEO DESNUDO EN LOCALES PUBLICOS EN ESTADO DE EBRIEDAD. TIRAR AGUA DE LEJIA A LOS TRANSEUNTES.	NEUROSIS	SI
N.N.	27	H	14	48	59	SI	AGRESION A UNA MUJER EN LA VIA PUBLICA DE SU PUEBLO EN UN CONTEXTO DELIRANTE.	BOUFEE DELIRANTE AGUDA	SI
R.S.	26	M	6	18	360	SI	IMPULSOS AGRESIVOS Y VIOLENCIAS CONTRA OTROS ENFERMOS Y CONTRA LOS ENFERMEROS.	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	SI
R.S.	35	H	2980	3000	-	SI	ABUSOS DESHONESTOS Y AGRESION A UNA NIÑA DE 11 AÑOS. RECONOCIDO NO RESPONSABLE.	PSICOPATA	SI
R.C.	50	M	13	26	59	NO	HUELGA DE HAMBRE (3 SEMANAS). DELIRIO DE PERSECUCION. TENTATIVA DE SUICIDIO CON GAS Y MEDICAMENTOS.	DEPRESION MELANCOLICA DELIRANTE	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
C.S.	71	M	13	14	15	NO	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO EN LA RESIDENCIA DE ANCIANOS.	CONFUSION MENTAL DE TIPO ORGANICO	SI
G.C.	41	H	1	10	21	SI	IDEAS SUICIDAS EN EL CURSO DE UNA EMBRIAGUEZ AGUDA.	PSICOPATA	SI
B.N.	22	H	1	10	10	NO	AGITACION Y ROTURA DE CRISTALES.	NEUROSIS	NO
B.S.	40	H	14	18	30	SI	AMENAZAS ESPECTACULARES Y TEATRALES A LOS VECINOS Y A SU MUJER A QUIEN HA PEGADO.	CONDUCTA ALCOHOLICA INTERMITENTE	SI
M.S.	42	H	2	11	55	SI 3-IO	AGRESION A SU CONCUBINA EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ.	ETILISMO CRONICO	SI
H.C.	25	H	4	13	26	SI	ENTRA EN LAS VIVIENDAS EN BUSQUEDA DE "REVISTAS DE CINE" DOMINADO POR UNA IMPULSION QUE NO PUEDE DOMINAR.	NEUROSIS OBSESIVA	SI
H.C.	22	H	4	13	13	NO	ESTADO DE AGITACION PSICOMOTRIZ DESPUES DE HABER SIDO INTERFELADO POR LA POLICIA.	SUJETO NO RECONOCIDO ENFERMO MENTAL	NO
G.S.	60	M	1	15	28	SI	EXHIBICIONISMO Y EUFORIA CON LOGORREA Y ESCANDALO PUBLICO. RIE SIN PARAR E INSULTA A TODO EL MUNDO.	PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA EPISODIO MANIACO	SI
C.N.	53	M	15	23	92	NO	DELIRIO DE PERSECUCION RESPECTO A LOS VECINOS. GRITA E INSULTA A LOS VECINOS Y A SU FAMILIA. AMENAZAS Y EXCITACION PSICOMOTRIZ.	DELIRIO CRONICO	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
F.S.	62	M	2	17	45	SI	EPISODIO DELIRANTE CON TEMAS MISTICOS Y DE PERSECUCION QUE PROVOCAN UNA AGITACION. NO PELIGROSO.	DELIRIO CRONICO	NO
F.S.	35	H	20	34	78	SI	DELIRIO Y ESTADO DISOCIATIVO CON RECHAZO DE CUIDADOS Y ENCLAUSTRAMIENTO. NEGATIVISMO Y OPOSICION.	ESQUIZOFRENIA CATATONICA	SI
M.N.	48	H	46	54	109	NO	IDEAS DE PERSECUCION CON MECANISMOS INTERPRETATIVOS. CONFLICTO CON LOS VECINOS A LOS QUE AMENAZA CON ARMAS DE FUEGO.	DELIRIO PARANOICO	SI
L.S.	51	H	2	6	6	NO	AGRESION Y VIOLENCIAS EJERCIDAS CONTRA SU MUJER Y SUS HIJOS. PELIGROSIDAD NO PSIQUIATRICA.	SUJETO NO RECONOCIDO ENFERMO MENTAL	NO
C.S.	33	M	2	33	34	SI	DISPAROS AL AIRE TRAS UN FRACASO SENTIMENTAL.	NEUROSIS HISTERICA	SI
D.N.	65	H	1	18	40	NO	EUFORIA Y DETERIORACION INTELECTUAL QUE DAN LUGAR A TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO. ENFERMO NO CONSIDERADO PELIGROSO.	ETILISMO CRONICO PSICOSIS ALCOHOLICA	NO
C.S.	62	H	21	31	65	SI	IDEAS DE PERSECUCION Y AGRESIVIDAD EN EL CURSO DE UN ESTADO ONIRICO.	SINDROME DE CONFUSION MENTAL	SI
I.S.	28	H	2	10	10	SI	TOMA DE DROGAS. NO HAY PELIGROSIDAD.	TOXICOMANIA	NO
C.S.	20	H	2	10	10	NO	TOMA DE DROGAS EN COMPAÑIA DEL ANTERIOR. NO PELIGROSO.	TOXICOMANIA	NO

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
G.S.	30	H	?	150 +	TRANS S.E.D	SI	AGRESION A LOS ENFERMEROS. ENFERMO CAPAZ DE ELABORAR Y DE EJECUTAR UN PROYECTO CRIMINAL Y VENGATIVO.	NEUROSIS	SI
D.N.	52	H	-	5500	-	SI	FABRICACION DE UNA BOMBA Y ATENTADO CON ELLA CONTRA LOS GENDARMES. PERDIDA DE UNA MANO DURANTE LA OPERACION. CELOS PATOLOGICOS.	TRASTORNOS MENTALES DE LA EPILEPSIA	SI
A.N.	22	H	1	4	5	NO	ESTADO DE AGITACION SOBRE LA VIA PUBLICA CON TRASTORNOS DE LA CONSCIENCIA POR TOMA DE DROGAS ALUCINOGENAS. TOXICOMANO.	SINDROME CONFUSO-ONIRICO	SI
N.C.	32	H	6	18	30	NO	ESTADO DE AGITACION Y DELIRIO MISTICO DE APARICION BRUSCA.	BOUFEE DELIRANTE AGUDA	SI
S.S.	30	H	10	43	45	NO	ACTITUD VIOLENTA CON LA FUERZA DEL ORDEN PUBLICO DESPUES DE HABER TENIDO UNA DISPUTA PARTICULARMENTE AGRESIVA CON SU MUJER.	DELIRIO PARANOICO	SI
M.S.	66	M	4	18	25	SI	AMENAZAS Y TENTATIVAS DE AGRESION A LOS VECINOS. ALUCINACIONES AUDITIVAS Y DELIRIO DE PERSECUCION.	PSICOSIS ALUCINATORIA CRONICA	SI
S.S.	42	H	3	15	16	SI	DAR MUERTE A SU MUJER. RESPONSABLE. PELIGROSIDAD NO PSIQUIATRICA. ENTREGADO A LA JUSTICIA.	PSICOPATA RESPONSABLE	NO
R.C.	70	H	7	19	39	NO	EXCITACION PSICOMOTRIZ Y PROPOSITOS DELIRANTES.	DETERIORACION INTELECTUAL	SI
R.S.	40	H	20	95	150	SI	AMENAZAS DE MUERTE CONTRA SU PADRE. AGRESION A LOS CLIENTES DEL BAR DE SU PADRE. QUERIA COMPRAR UN FUSIL.	ESQUIZOFRENIA	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
C.C.	38	H	3	7	7 FUGA	?	CONDUCIDO POR LOS GENDARMES EN UN ESTADO DISOCIATIVO Y DELIRIO POLIMORFO CON OPOSICION Y AGRESIVIDAD.	BOUFEE DELIRANTE AGUDA EN UN PSICOPATA	SI
M.S.	26	H	4	37	43	NO	ALANDONO DEL TRABAJO Y DE LA FAMILIA, APRAGMATISMO, DISCORDANCIA, CLINOFILIA, RECHAZO DE ALIMENTO.	ESQUIZOFRENIA CATATONICA	SI
M.C.	20	H	1	16	16 EVAS	NO	AGRESION EN EL DOMICILIO DONDE VIVIA A SUS FAMILIARES. PELIGROSIDAD NO PSIQUIATRICA.	PSICOPATA RESPONSABLE	NO
X.C.	78	H	-	91	FALLE	NO	MATAR AL VECINO EN UN CONTEXTO DE DELIRIO DE PERSECUCION.	DETERIORACION INTELECTUAL	SI
H.S.	27	H	1	1	EVAS	NO	TENTATIVA DE AUTOLESION DURANTE UN ESTADO DE AGITACION. ACTITUD DE CHANTAGE.	PSICOPATA	NO
M.N.	60	H	2	7	19	SI	GESTIONES ADMINISTRATIVAS IMPROCEDENTES Y RITUALIZADAS EN LA GENDARMERIA.	NEUROSIS OBSESIVA	NO
B.N.	38	H	1	9	77	SI	DELIRIO POLIMORFO. RECHAZO DE ALIMENTOS. RECHAZO DE CUIDADOS. PEGAR A SU MADRE.	ESQUIZOFRENIA	SI
M.N.	46	M	13	23	35	SI	EXCITACION Y DELIRIO INTERPRETATIVO.	ESQUIZOFRENIA	SI
A.C.	29	M	1	6	16	NO	AGITACION EN LA VIA PUBLICA.	PERSONALIDAD CARACTERIAL	SI
P.C.	25	H	1	7	15	NO	ROTURA DE OBJETOS Y AGITACION EN CASA DE SUS PADRES.	ESQUIZOFRENIA	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
M.S.	62	H	-	1850	-	NO	VIENE DE LA CARCEL POR MATAR A SU MUJER POR ESTRANGULAMIENTO.	NEUROSIS OBSESIVA	SI
O.N.	53	M	52	68	75	SI	ROBO DE COCHES POR UN DESEQUILIBRADO PSIQUICO. SIGNOS DE DETERIORACION INTELECTUAL.	ETILISMO CRONICO	SI
M.S.	43	H	20	26	222	NO	AGRESION A SU CONCUBINA DESPUES DE UNA DISPUTA EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ.	ETILISMO CRONICO	SI
R.N.	66	M	2	7	90	SI	RECAIDA DE UN DELIRANTE PASIONAL DE CELOS Y DE PERSECUCION.	DELIRIO CRONICO	NO
B.S.	41	H	6	8	10	SI	TENTATIVA DE SUICIDIO POR ABSORCION DE MEDICAMENTOS.	CONDUCTA ETILICA INTERMITENTE	SI
R.S.	71	M	1	12	49	SI	DETERIORACION INTELECTUAL MAS IDEAS DELIRANTES DE CELOS.	DELIRIO CRONICO	SI
M.C.	66	H	190	215	240	SI	SECUESTRO DE SU MADRE Y COMPORTAMIENTO AGRESIVO EN EL CURSO DE UN DELIRIO ALUCINATORIO DE INFLUENCIA.	DELIRIO CRONICO	SI
G.C.	59	M	1	3	13	SI	EXCITACION Y REACTIVACION DELIRANTE EN PACIENTE CON ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS.	PSICOSIS DELIRANTE AGUDA	SI
P.C.	48	H	5	13	18	NO	DELIRIUM TREMENS EN LA VIA PUBLICA QUE PROVOCO EL PANICO DE LOS TRANSEHUNTES.	ETILISMO CRONICO	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
L.S.	54	M	5	7	10	NO	AGITACION Y TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO TRAS UNA EMBRIAGUEZ PATOLOGICA.	ETILISMO CRONICO	SI
M.C.	20	H	1	7	18	NO	AMENAZA DE SUICIDIO EN EL CURSO DE UNA EMBRIAGUEZ.	DEPRESION REACTIVA	SI
B.N.	36	M	62	69	75	NO	NO PRESENTACION DE SU HIJO AL TRIBUNAL DESPUES DE DIVORCIARSE. IDEAS DELIRANTES DE PERSECUCION Y AMENAZAS.	PARANOIA SENSITIVA DE KRESTMER	SI
D.N.	41	M	44	50	197	SI IO	DELIRIO INTERPRETATIVO Y DE PREJUICIO. IDEAS DE PERSECUCION CONTRA SU FAMILIA.	DELIRIO PARANOICO	SI
G.S.	65	H	92	97	106	NO	DISPUTA CON EL NOVIO DE UNA CHICA A LA CUAL HA OFRECIDO DINERO PARA CASARSE PERSUADIDO DE HABER SIDO ABANDONADO POR SU MUJER.	ESQUIZOFRENIA CRONICA	SI
R.N.	44	H	330	340	374	SI 2-IO	DELIRIO DE PERSECUCION Y DE ENVENENAMIENTO POR SU MADRE. LLEVABA UNA PISTOLA PARA DEFENDERSE DE ELLA.	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	SI
T.N.	41	H	36	41	54	SI 1-IO	AGRESIVIDAD RESPECTO A SU MADRE E IDEAS VAGAS DE PERSECUCION Y DE NO SER QUERIDO. ACTITUD VENGATIVA.	DEBILIDAD MENTAL	SI
H.C.	34	H	25	27	39	SI	VAGABUNDEAR Y VIAJAR EN BICICLETA INSULTANDO A LOS CONDUCTORES DE VEHICULOS Y LANZANDO OBJETOS A LOS COCHES. DISPUTAS CON LOS VIANDANTES.	ESQUIZOFRENIA	SI
S.S.	32	M	8	21	22	NO	AGRESION CON UN CUCHILLO A SU MARIDO (19 GOLPES) POR HABERSE TUMBADO EN UNA CAMA DESDE SU VUELTA DEL TRABAJO.	NEUROSIS OBSESIVA	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
N.C.	33	H	18	28	38	SI	TENTATIVA DE SUICIDIO PRENDIENDO FUEGO A SU CASA. AMENAZA A LOS HABITANTES DEL PUEBLO CAUSANDOLES PANICO.	DEPRESION REACTIVA	SI
G.C.	20	H	14	28	34	NO	UTILIZACION DE FALSOS CARNUETS DE POLICIA DICIENDO SER COLABORADOR DE LOS GENDARMES. VIENE DE PRISION.	PSICOPATA	SI
C.[illegible]	37	H	16	21	35	SI	AMENAZAS A SU MUJER Y A SU MADRE EN EL TRANSCURSO DE SU HOSPITALIZACION. RECHAZO DE CUIDADOS MEDICOS.	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	SI
T.C.	33	H	13	28	48	SI	DELIRIO DE PERSECUCION Y ACTITUDES DE DEFENSA DE APARICION BRUSCA EN UN DELIRANTE NO ESQUIZOFRENICO Y ESTABILIZADO.	DELIRIO CRONICO	SI
B.S.	32	H	1	3	3	SI	EMBRIAGUEZ AGUDA. AL DIA SIGUIENTE DE SU HOSPITALIZACION SE ENCUENTRA BIEN.	PSICOPATA	NO
M.S.	67	M	1	7	12	SI	ESTADO DE AGITACION ANSIOSA CON IDEAS DE SUICIDIO.	DEPRESION REACTIVA	SI
D.C.	37	H	6	14	TRANSF. A OTRO HOSPITAL	SI	PASEA EN SLIP EN LA FRONTERA FRANCO-ESPAÑOLA. CHEQUES SIN FONDOS. INSULTOS A LOS GENDARMES. IMPAGO DEL TAXI. DISCURSO INCOHERENTE.	DELIRIO AGUDO EUFORICO MANIA ATIPICA	SI
O.N.	54	M	1	9	20	SI	EMBRIAGUEZ PATOLOGICA Y AMENAZAS.	ETILISMO CRONICO	NO
B.S.	83	M	3	12	70 FALLE	NO	SINDROME CONFUSIONAL APARENTEMENTE DE ORIGEN ORGANICO.	DEMENCIA SENIL	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
C.C.	58	M	2	10	[illegible]	NO	TRASTORNOS CARACTERIALES. NEGARSE A ABANDONAR SU APARTAMENTO DESPUES DE SU VENTA.	DEBILIDAD MENTAL	SI
M.N.	55	H	17	30	32	NO	[illegible]LIRIUM TREMENS. DESORIENTACION, FALSOS RECONOCIMIENTOS. [illegible]LUCINACIONES VISUALES.....ONIRISMO. AGITACION Y CONFUS ON MENTAL.	ETILISMO CRONICO	SI
P.S.	36	H	60	68	84	SI	AGRE [illegible]VIDAD CONTRA SUS CAMARADAS DE TRABAJO Y CONTRA SU MADRE. CESE VOLUNTARIO DE SU TRATAMIENTO. BROTE AGUDO.	ESQUIZOFRENIA	SI
D.N.	27	H	20	22	38	SI	SINDROME DE [illegible]NCIA Y AUTOMATISM[illegible] MENTAL. MUTISMO, CLINOFILIA, APRAGMATISMO. RECHAZO DE CONTACTO, DE ALIMENTOS Y DE CUIDADOS MEDICOS.	ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA	SI
B.C.	58	H	1	6	20	NO	CRISIS DE AGITACION Y ROTURA DE OBJETOS TRAS UNA DISPUTA CONYUGAL.	ESTADO DEPRESIVO	SI
G.C.	24	H	3	7	8	SI	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO EN LA VIA PUBLICA. DELIRIO CON TEMAS MISTICOS, DE PERSECUCION Y ME[illegible]UMANIA-COS. BROTE DELIRANTE AGUDO.	ESQUIZOFRENIA	SI
C.S.	33	H	14	39	44	SI	SINDROME DISOCIATIVO, DELIRIO PARANOIDE Y EXCITACION PSICOMOTRIZ. INCOHERENCIA Y DESECTRUCTURACION DE IDEAS Y DEL PENSAMIENTO.	ESQUIZOFRENIA	SI
P.S.	48	H	24	75	77	SI	AMENAZAS Y AGRESIVIDAD RESPECTO A SU ESPOSA Y SU HIJO CON UN ARMA DE FUEGO EN EL CURSO DE UN[illegible] EMBRIAGUEZ PATOLOGICA.	EMBRIAGUEZ AGUDA	SI
H.N.	27	H	17	71	92	NO	VIENE DE LA CARCEL POR ROBO DE COCHES. ESTADO DISOCIATIVO EN LA PRISION.	ESQUIZOF[illegible]NIA TIPO HE[illegible]IDOFRENIA	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
O.S.	41	H	360	370	1020	SI	VIENE DE LA CARCEL. FUE AL CEMENTERIO PARA DESENTERRAR A SU PADRE EN EL CURSO DE UN SINDROME DE AUTOMATISMO MENTAL. DELIRIO DE FILIACION.	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	SI
B.N.	7	H	1	3	3	NO	CRISIS DE AGITACION ETILICA EN U. CAMPING. ROTURA DE OBJETOS. AMENAZAS CON UNA CARABINA. SECUESTRO DEL HIJO DE SU CONCUBINA.	EMBRIAGUEZ AGUDA	SI
A.S.	72	H	6	8	8	NO	EXCITACION EUFORICA. TRASTORNOS FASICOS Y DISOLUCION DEL ESTADO DE CONSCIENCIA. POSIBLE INTOSICACION MEDICAMENTOSA POR BZD.	SINDROME DE CONFUSION MENTAL	NO
T.C.	28	H	1	9	9 EVASI	NO	CRISIS DE AGITACION EN LA GENDARMERIA DURANTE UN SINDROME DE ABSTINENCIA.	TOXICOMANIA	SI
O.P.	54	M	2	9	16	SI 1-IO	EMBRIAGUEZ PATOLOGICA Y DISPUTA CON SUS HIJOS. ENFERMO NO PELIGROSO.	ETILISMO CRONICO	NC
M.C.	24	H	18	26	29	NO	VIENE DE LA CARCEL POR ACTOS ANTI-SOCIALES: MASTURBACION EN PUBLICO.	DEBILIDAD MENTAL	SI
R.N.	55	M	19	33	53	SI	RECHAZO DEL TRATAMIENTO. PELIGRO DE SUICIDIO POR RAPTO DESPUES DE UNA DISPUTA CON EL MARIDO. ACCESO MANIACO POR INTERRUPCION DEL TRATAMIENTO.	PSICOSIS M-D EPISODIO MANIACO	SI
M.C.	82	M	1	4	15	NO	RECHAZO DE CUIDADOS SOMATICOS ANTE UN ABDOMEN QUIRURGICO.	DEBILIDAD MENTAL	SI
N.H.	53	H	-	4680	-	SI	AGRESION Y VIOLENCIAS CASI PERMANENTES CONTRA OTROS ENFERMOS. COMPORTAMIENTO NERVIOSO. VIENE DE CADILLAC (HOSPITAL DE SEGURIDAD).	TRASTORNOS MENTALES DE LA EPILEPSIA	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
M C.	46	H	364	379	?	SI	VIENE DE CADILLAC (HOSPITAL DE SEGURIDAD). DELIRIO INTERPRETATIVO CON TEMAS DE GRANDEZA Y PERSECUCION.	DELIRIO PARANOICO	SI
T.C	48	M	4	18	38	SI	RECAIDA DELIRANTE. SINDROME DE AUTOMATISMO MENTAL.	DELIRIO CRONICO (PSICOSIS ALUCINATORIA CRONICA)	SI
T.C.	44	H	3	17	18	NO	AGITACION Y AGRESION CONTRA SU PADRE. PELIGROSIDAD NO PSIQUIATRICA.	TRASTORNOS CARACTERIALES DE LA PERSONALIDAD	NO
A.N.	18	H	17	35	45	NO	PROVOCAR INCENDIO EN UN CAMPING.	ESTADO LIMITE HEBOIDOFRENIA ?	SI
G.S.	65	H	145	160	165	SI	DELIRIO DE REIVINDICACION Y PERSECUCION. AGRESION A SU ESPOSA.	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	SI
R.C.	34	H	15	19	25	SI	2 EPISODIO MANIACO. RECHAZO DEL TRATAMIENTO. COMPRAS INCONSIDERADAS. EUFORIA PATOLOGICA.	PSICOSIS M-D EPISODIO MANIACO	SI
A.C.	45	H	2	8	9	NO	ACCESO DE COLERA CONTRA SU MEJER Y CONTRA SUS HIJOS. PELIGROSIDAD NO PSIQUIATRICA.	SUJETO NO RECONOCIDO ENFERMO MENTAL	NO
M.C.	17	H	17	298	315	NO	ATENTADO CONTRA EL PUDOR CON VIOLENCIA. VIENE DE LA CARCEL.	NEUROSIS DE CARACTER ESTADO LIMITE	SI
R.C.	40	H	167	170	205	SI	AGITACION CLASTICA Y DELIRIO PARANOIDE. AMENAZAS A SU FAMILIA.	ESQUIZOFRENIA	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
S.N.	23	H	1	13	16	NO	CRISIS DE AGITACION PSICOMOTRIZ Y AGRESION A SU CONCUBINA EN EL CURSO DE UNA EMBRIAGUEZ PATOLOGICA.	PSICOPATA	SI
M.S.	56	H	105	121	128	SI	MULTIPLES CARTAS A LOS JUECES Y POLICIA. SE SIENTE PERSEGUIDO POR LA GENTE CON QUIEN SE CRUZA EN LA CALLE.	PSICOSIS ALUCINATORIA CRONICA	SI
S.S.	26	H	-	? TRANSF. S.E.D.	?	SI	TRANSFORMACION DEL I.M EN I.O. AGREDE CON UN CUCHILLO A LA PSICOLOGA DEL SERVICIO EN LA CARA.	PSICOSIS NO RESPONSABLE	SI
S.C.	63	F	1	8	12	NO	DELIRIUM TREMENS. RECHAZO DE ALIMENTOS. AGRESIVIDAD IMPULSIVA.	ETILISMO CRONICO	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
C.S.	20	M	12	24	27	NO	FUGA DEL HOSPITAL EN ESTADO DE EXCITACION ATIPICA Y DISCURSO INCOHERENTE Y DELIRANTE.	BOUFEE DELIRANTE AGUDA	SI
O.N.	55	M	2	7	8	SI	DISPUTA CON SU HIJO EN ESTADO DE AGITACION EN EL CURSO DE UNA EMBRIAGUEZ PATOLOGICA.	ETILISMO CRONICO	NO
R.C.	45	H	14	21	43	SI	EXCITACION DELIRANTE Y TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO. IMPREVISIBILIDAD EN POSIBLES AGRESIONES.	DELIRIO CRONICO	SI
A.C.	31	H	20	90	104	SI 2-IO	DELIRIO DE PERSECUCION Y AGRESIVIDAD CONTRA LOS VECINOS. RECHAZO DE ALIMENTOS Y DEL TRATAMIENTO.	ESQUIZOFRENIA	SI
C.N.	29	H	1	12	14	SI	CRISIS CLASTICA TEATRAL EN UN BAR. GRITA Y PERTURBA EL ORDEN PUBLICO.	NEUROSIS (HISTERIA)	SI
S.S.	56	H	-	3040+	-	NO	MATAR A SU MUJER Y A SU HIJA MAYOR EN EL CURSO DE UN DELIRIO INTERPRETATIVO DE CELOS. TRASFERIDO A CADILLAC (HOSPITAL DE SEGURIDAD).	DELIRIO PARANOICO	SI
R.C.	50	H	16	24	25	NO	ESTADO DE AGITACION, AGRESIONES Y AMENAZAS DE MUERTE CON UN FUSIL A SU MUJER FLEBOTOMIA.	PSICOSIS ALCOHOLICA	SI
B.C.	20	H	5	12	20	?	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO EN LA VIA PUBLICA EN ESTADO CONFUSO-ONIRICO.	BOUFEE DELIRANTE AGUDA	SI
G.S.	21	H	90	95	100	NO	PROVISTO DE UN CARNET DE POLICIA HA PUESTO LAS ESPOSAS A UNA PROSTITUTA. SUPLANTACION DE UN POLICIA. VIENE DE PRISION. COMPORTAMIENTO DELIRANTE.	ESQUIZOFRENIA	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
S.N.	29	H	1	7	8	NO	SINDROME DE CONFUSION MENTAL DE ORIGEN TOXICO POR MEDICAMENTOS.	SINDROME DE CONFUSION MENTAL	SI
C.N.	42	H	1	20	21	NO	IDEAS SUICIDAS. TUMBADO SOBRE LA VIA PUBLIC. POR LA NOCHE EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ. QUERIA MORIR.	ESTADO DEPRESIVO REACTIVO	SI
L.C.	37	M	15	27	38	NO	DELIRIO DE PERSECUCION CONTRA LOS VECINOS. INTENTA AGREDIR PARA "DEFENDERSE".	DELIRIO PARANOICO	SI
H.N.	79	H	1	10 FALLE	10 FALLE	NO	IDEAS DE PERJUICIO, DELIRIO DE ENVENENAMIENTO. EXCITACION, ONIRISMO Y FALSOS RECONOCIMIENTOS. COFUSION MENTAL POR TUMOR CEREBRAL.	DETERIORACION INTELECTUAL	SI
S.N.	32	H	16	24	32	SI	INTERPELADO POR LA POLICIA POR LA NOCHE EN UN JARDIN. EXCITACION PSIQUICA Y DELIRIO POLIMORFO. AUSENCIA DE CRITICA FRENTE A SU ESTADO.	BOUFEE DELIRANTE AGUDA	SI
V.S.	37	H	?	? TRANSF. S.E.D.	?	SI	AMENAZAS Y AGRESION CON UN CUCHILLO A UNA ENFERMERA Y AL MEDICO. ESTABA EN I.M TRANSFERIDO A CADILLAC (HOSPITAL DE SEGURIDAD).	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	SI
C.C.	87	M	1	17	37	SI	REACTIVACION DE UN DELIRIO DE PERSECUCION Y ELEMENTOS INCOHERENTES Y DISOCIADOS.	ESQUIZOFRENIA CRONICA PARANOIDE	SI
T.C.	34	M	1	7	12	NO	ESTADO DE EXCITACION; AMENAZAS CONTRA EL MARIDO Y LOS HIJOS. NO PARECE EXISTIR PELIGROSIDAD Y SI LA HAY ES REPONSABLE.	NEUROSIS HISTERICA	NO
V.N.	91	M	14	20	35	NO	DELIRIO DE PERSECUCION Y AMBIVALENCIA EN LOS CUIDADOS A SU MARIDO MORIBUNDO.	DELIRIO CRONICO	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
V.N.	88	H	7	14	14 FALLE	NO	ESTADO PSIQUICO PRECARIO Y CUIDADOS POR UNA ESPOSA DELIRANTE.	DEMENCIA SENIL	NO
M.N.	41	H	15	20	29	SI	EMBRIAGUEZ PATOLOGICA, ROTURA DE OBJETOS Y TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO EN SU DOMICILIO. PELIGROSIDAD PSIQUIATRICA.	PERSONALIDAD CARACTERIAL	SI
M.C.	77	H	14	28	39	NO	PRODIGALIDAD. QUIERE CASARSE CON UNA GITANA QUE ACABA DE CONOCER. REGALA DINERO. CUMULO DE PIEDRAS EN LA VENTANA PARA DEFENDERSE.	DEMENCIA SENIL	SI
D.C.	63	H	1	8	19	SI	DELIRIUM TREMENS.	ETILISMO CRONICO	SI
B.C.	40	M	1	16	20	SI	ESCANDALO EN LA CALLE DURANTE LA NOCHE, CONTRA FUERTE. EXCITACION. SE PASEA DESNUDO.	PSICOSIS M-D ACCESO MANIACO	SI
D.S.	46	H	30	42	130	SI	INTERRUMPE EL PASO DE COCHES EN MEDIO DE LA CALLE. INSULTA A LOS TRANSEUNTES EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ.	ETILISMO CRONICO	SI
S.S.	57	H	40	43	210	SI	ESTADO PSIQUICO MUY PRECARIO. RECHAZO DE CUIDADOS. ESTADO DEPRESIVO.	ETILISMO CRONICO	SI
R.N.	26	H	32	45	58	SI	CRISIS DE EPILEPSIA, ESTADO ESTUPOROSO, PROSTRACION, AGRESIVIDAD Y AMENAZAS DE MUERTE A SU TIA. CONDUCTA ALCOHOLICA.	TRASTORNOS MENTALES DE LA EPILEPSIA	SI
P.S.	26	M	14	25	25	SI	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ. ENFERMO PERTURBADOR HABITUAL DEL ORDEN PUBLICO.	PSICOPATA	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
C.S.	25	H	80	87	136	SI	AMENAZA CON UN CUCHILLO A LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA. DETERIORA LOS COCHES DE LOS VECINOS.	PSICOPATA	SI
V.S.	37	H	25	33	102	SI	ALUCINACIONES AUDITIVAS E IDEAS DELIRANTES MISTICAS. AGRESIVIDAD CONTRA EL PERSONAL QUE LE CUIDA. VIENE DE CADILLAC (HOSPITAL DE SEGURIDAD).	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	SI
M.N.	40	H	60	62	62	NO	CUADRO DE DEPRESION ENDOGENA. TENTATIVA DE AUTOMUTILACION. INHIBICION PSICOAFECTIVA.	ESTADO DEPRESIVO ENDOGENO	SI
D.S.	24	H	35	65	152	NO	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO DELIRANTES Y POR TOMA DE TOXICOS. ESTADO DISOCIATIVO.	ESQUIZOFRENIA	SI
A.S.	28	H	14	18	48	SI	DELIRIO PARANOIDE. ACTOS MEDICO-LEGALES. DISCORDANCIA Y VOLUNTAD AMBIVALENTE.	ESQUIZOFRENIA	SI
S.N.	24	H	1	13	28	SI 2-IO	DISPUTA CON SU CONCUBINA. INCENDIO VOLUNTARIO DE UN DIVAN EN SU CASA EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ.	PSICOPATA NO RESPONSABLE	SI
V.C.	28	H	1	13	13	SI	AGITACION Y VIOLENCIA EN EL MEDIO FAMILIAR EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ. SE ENCUENTRA TRANQUILO Y LUCIDO EN EL MOMENTO DE LA HOSPITALIZACION.	PSICOPATA	NO
C.S.	20	H	1	14	14	NO	DELIRIO Y EXCITACION PSICOMOTRIZ. ESTADO DISOCIATIVO Y ALTERACION DE LA CONSCIENCIA.	BOUFEE DELIRANTE AGUDA	SI
G.S.	29	H	1	8	9	SI 1-IO	AMENAZAS CON SU PERRO AL PROPIETARIO DE UNA GASOLINERA POR LA NOCHE; TAMBIEN A LOS GENDARMES A SU LLEGADA.	PSICOPATA	NO

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
R.N.	20	H	45	5	60	NO	VIENE DE LA CARCEL POR ACTOS MEDICO-LEGALES E IMPULSIVIDAD. NIVEL INTELECTUAL LIMITE.	PSICOPATA NO RESPONSABLE	SI
C.S.	37	H	728	736	736	SI	AISLAMIENTO SOCIAL E IDEAS CONFUSAS DE PERSECUCION. FRECUENTACION DE LAS ENTRADAS DE ESCUELAS. ACTOS DE TOCAMIENTOS PEDOFILICOS.	ESQUIZOFRENIA	SI
B.S.	38	H	-	6480+	-	NO	MATAR A UNA JOVEN Y DESPUES ABUSA DE ELLA SEXUALMENTE. ABUSOS SEXUALES A UNA VIEJA; LE CORTA LOS SENOS. VIENE DE CADILLAC (HOSPITAL PSIQUIATRICO DE SEGURIDAD).	PSICOPATA PERVERSO	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
D.C.	32	M	1	10	16	SI	ESTADO DE AGITACION Y AGRESIVIDAD EN LA VIA PUBLICA. DELIRIO POLIMORFO. DISOLUCION DE LA CONSCIENCIA Y ESTADO DISOCIATIVO.	BOUFEE DELIRANTE AGUDA	SI
S.P.	27	H	20	43	65	SI 2-IO	AGRESION AL MEDICO DE GUARDIA POR UNA NEGATIVA. VIENE DE CADILLAC (HOSPITAL DE SEGURIDAD).	PSICOPATA NO RESPONSABLE	SI
C.S.	33	H	93	105	448	?	ROBOS DE BOLSOS DE ANCIANAS Y ACTITUD DISCORDANTE CONSECUTIVA. VIENE DE LA CARCEL.	ESQUIZOFRENIA	SI
J.S.	69	H	3	7	7	NO	DEAMBULAR DURANTE LA NOCHE POR LA VIA PUBLICA. SUJETO EXTRAVAGANTE PERO NO ENFERMO. ERROR DE LA FUERZA PUBLICA.	SUJETO NO RECONOCIDO ENFERMO MENTAL	NO
S.S.	58	H	46	60	70	SI	AMENAZAS DE MUERTE RESPECTO A SU FAMILIA EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ.	ETILISMO CRONICO	SI
L.C.	70	H	3	9	21	SI	ESTADO DE EXCITACION MANIACA. COMPRO UN FUSIL PARA OPONERSE A LA HOSPITALIZACION.	PSICOSIS M-D EPISODIO MANIACO	SI
M.C.	78	M	6	12	39	NO	ENCERRADO EN SU CASA DURANTE 2 SEMANAS. IDEAS DELIRANTES. SIN ELECTRICIDAD. HA PRENDIDO FUEGO INVOLUNTARIAMENTE A LA CASA.	DEMENCIA SENIL	SI
M.C.	55	M	9	15	25	SI	ENVIADA CON SU MADRE TAMBIEN EN I.O (LA ANTERIOR) SINDROME DE AUTOMATISMO MENTAL. SIN PELIGROSIDAD. DEBE SER TRATADA BAJO EL REGIMEN DE INTERNAMIENTO MEDICO.	PSICOSIS ALUCINATORIA CRONICA	NO
A.N.	63	H	14	24	30	NO	IDEAS DE PERJUICIO A SU ESPOSO. ESTADO DE ANGUSTIA EXTREMA HACIENDO TEMER EL PASAJE AL ACTO AGRESIVO. FOBIA COMPULSIVA.	NEUROSIS DE ANGUSTIA	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
O.S.	54	H	3	5	210	SI	ESTADO DE AGITACION EN LA RESIDENCIA DE ANCIANOS. ENVIADO CON SU HERMANO. ENFERMO NO PELIGROSO.	DEBILIDAD MENTAL	NO
O.S.	53	H	3	5	155	SI	EPISODIO DE AGRESIVIDAD CONTRA EL PERSONAL DE LA RESIDENCIA DE ANCIANOS. HERMANO DEL ANTERIOR.	PERSONALIDAD PARANOICA	NO
M.C.	27	H	15	28	48	NO	CRISIS CLASTICA DE VIOLENCIA. AMENAZA A TODO EL MUNDO SOBRETODO POR LA NOCHE. DESTRULLE LOS MUEBLES BUSCANDO UNA PISTOLA.	TRASTORNOS MENTALES DE LA EPILEPSIA	SI
N.N.	34	H	1	12	12	NO	AGITACION Y ESCANDALO NOCTURNO EN LA VIA PUBLICA. NO EXISTE PERTURBACION ALGUNA DE LAS FACULTADES MENTALES.	SUJETO NO RECONOCIDO ENFERMO MENTAL	NO
P.S.	56	H	8	14	65	NO	AMENAZA DE MUERTE A SU MUJER Y A SU SUEGRA. IDEAS DE CELOS Y DETERIORACION MENTAL DE ORIGEN ALCOHOLICO.	ETILISMO CRONICO	SI
L.N.	41	H	54	62	66	SI	ESTADO DE EXCITACION EUFORICA. RECHAZO DEL TRATAMIENTO QUE HA INTERRUMPIDO VOLUNTARIAMENTE. COMPORTAMIENTO AGRESIVO.	PSICOSIS M-D ACCESO MANIACO	SI
B.S.	54	H	180	189	210	SI	EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ ACUCHILLA A UN TRANSEUNTE. HA DESTRUIDO UNA TIENDA DE BEBIDAS. DELIRIO DE PERSECUCION.	ESQUIZOFRENIA	SI
C.N.	20	H	16	31	43	NO	ESTADO DISOCIATIVO. IDEAS DE MUERTE RESPECTO A SUS PADRES. AMENAZAS Y DELIRIO DE PERSECUCION.	BOUFEE DELIRANTE AGUDA	SI
B.N.	21	H	11	19	41	NO	SE TOMA POR GENGIS KHAN. CRISIS CLASTICAS: DISOCIACION DE LA PERSONALIDAD. DELIRIO POLIMORFO Y EXCITACION PSIQUICA.	BOUFEE DELIRANTE AGUDA	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
M.S.	21	H	88	93	105	NO	INSULTA A LOS GENDARMES VARIAS VECES. LES CREE ESPIAS QUE LE SIGUEN. PERSEGUIDO POR AUTOMOVILES "RENAULT".	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	SI
P.C.	59	M	1	10	21	SI	DISPUTA CON SU MARIDO. AGRESION CON UN CUCHILLO Y HERIDA EN LA ESPALDA.	ETILISMO CRONICO	SI
M.S.	37	H	5	13	23	SI	ESTADO DE AGITACION Y DELIRIO DE PERSECUCION QUE PROVOCA UNA CONDUCCION PELIGROSA DE SU AUTOMOVIL.	BOUFEE DELIRANTE AGUDA	SI
B.N.	40	H	20	26	36	NO	AGRESION A SU COMPAÑERO DE HABITACION EN EL HOTEL PORQUE QUERIA SODOMIZARLO. LLAMA A LOS GENDARMES.	DELIRIO PARANOICO	SI
D.C.	41	H	1	3	3	SI	DISPUTA Y AGREDE A SU MUJER Y DESPUES SECUESTRA A SU HIJO.	DELIRIO PARANOICO	SI
R.S.	38	H	22	29	35	NO	ESCANDALO PUBLICO. AGRESION EN UN CAFE. AMENAZAS Y TRASTORNOS DEL CMPORTAMIENTO.	PSICOPATA	SI
F.C.	39	H	85	92	145	SI	PREPARACION DE UN COCKTAIL MOLOTOV Y TENTATIVA DE PRENDER FUEGO A LA CASA DEL VECINO. DELIRIO DE PERSECUCION.	DELIRIO CRONICO PARANOICO	SI
T.S.	51	M	121	122	140	SI	TIRA AGUA HIRVIENDO POR LA VENTANA, MANZANAS Y OTROS OBJETOS A LOS TRANSEUNTES. DELIRIO DE PERSECUCION.	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	SI
F.C.	66	H	16	27	42	NO	ACUSACION DE COMPLOT A LOS GENDARMES DEL PUEBLO. DELIRIO DE INTERPRETACION. AMENAZAS Y ACTITUD DE VENGANZA.	DELIRIO PARANOICO	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
N.N.	34	H	1	21	21	SI	PEQUEÑOS HURTOS EN ALMACENES EN UN SUJETO DE PERSONALIDAD MARGINAL. NO EXISTE ENFERMEDAD MENTAL QUE LO IRRESPONSABILICE.	PERSONALIDAD CARACTERIAL	NO
G.C.	34	H	1	2	2	SI	ERRAR EN LA VIA PUBLICA EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ EN UN SUJETO CARACTERIAL EPILEPTICO. COMPORTAMIENTO EXTRAVAGANTE.	TRASTORNOS MENTALES DE IA EPILEPSIA	SI
L.S.	26	H	15	17	20	SI	EMBRIAGUEZ PATOLOGICA INDUCIENDO A ACTOS DELICTIVOS A SUS COMPAÑEROS.	PSICOPATA NO RESPONSABLE	SI
V.C.	20	H	2	4	4	NO	SINDROME CONFUSO ONIRICO INDUCIDO POR DROGAS ALUCINOGENAS.	TOXICOMANIA	SI
F.N.	55	M	2	9	29	SI	INCENDIO INVOLUNTARIO POR VENGANZA.	PSICOSIS ALCOHOLICA	SI
R.N.	21	M	4	19	23	SI	AGRESION SADICA CONTRA SU MADRE A LA QUE LE PROVOCA VARIAS QUEMADURAS.	PERSONALIDAD PERVERSA	SI
D.S.	38	H	18	21	32	SI	EXHIBICIONISMO Y MANSTURBACION EN EL INTERIOR DE UNA CLINICA. EPISODIO AISLADO, ENFERMO NO PELIGROSO.	DEBILIDAD MENTAL	NO
R.N.	30	H	13	18	33	SI	TRANSFERIDO DE LA CARCEL DONDE PASO DOS DIAS AL INTRODUCIRSE EN UN COCHE PARA DORMIR. NEGATIVISMO Y SEMIMUTISMO.	ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA	SI
B.S.	79	M	90	92	132	SI	EN UN ESTADO DE AGITACION DELIRANTE QUERIA PRENDER FUEGO A LA CASA.	DEMENCIA SENIL	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
M.C.	45	H	3	8	23	SI	EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ GOLPEA A SU MUJER Y SUS HIJOS.	ETILISMO CRONICO	SI
A.S.	56	H	-	890	-	NO	DELIRIO DE CELOS, HA HERIDO A SU ESPOSA CON UN CUCHILLO. DELIRIO DE PERSECUCION.	PARANOIA SENSITIVA	SI
C.S.	27	M	24	32	46	SI	NEGLIGENTES CUIDADOS A SUS HIJOS Y A SI MISMA.	ETILISMO CRONICO	SI
B.S.	69	M	7	11	21	NO	DELIRIO DE PERSECUCION. PREPARA UN PLAN PARA DEFENDERSE.	DELIRIO PARANOICO	SI
F.S.	27	H	177	185	278	SI	ENTRA EN CASAS DESHABITADAS PARA DESTRUIR LOS MUEBLES. REALIZA ROBOS EXTRAÑOS Y SE PASEA CON EL MATERIAL ROBADO PARA VENDERLO.	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	SI
H.N.	74	H	17	27	36	NO	AGREDE A SU MUJER, CELOS PATOLOGICOS. DELIRANTE INTERPRETATIVO, AMENAZAS DE MUERTE.	DELIRANTE PARANOICO	SI
T.S.	58	H	3	6	23	SI	VAGABUNDEA DELIRANTE EN EL CAMPO A MAS DE 1000 KMS DE SU CASA. ALLANACION DE MORADA. SE FUGA DE SU CASA.	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	SI
B.S.	53	H	2	12	17	SI	IMPORTUNABA A UNA VENDEDORA DE UNOS ALMACENES PARA "CORTEJARLA". NO HAY PELIGROSIDAD.	DEBILIDAD MENTAL	NO
V.C.	29	H	3	5	5	SI	AMENAZAS CON UN CUCHILLO A LOS ENFERMEROS. PELIGROSIDAD NO PSIQUIATRICA. EVASION.	PSICOPATA PERVERSO	NO

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
T.N.	27	M	8	11	12	NO	ESCANDALO PUBLICO. SE DESNUDA Y SE TUMBA EN UN PARQUE EN UN CONTEXTO ALUCINATORIO POR INGESTION DE DROGAS (LSD).	TOXICOMANIA	SI
J.S.	68	M	2	7	77	NO	DELIRIO DE PERSECUCION. OYE VOCES QUE LE DICEN QUE NO PARE DE CORRER. IMPORTUNA A LOS VECINOS.	PSICOSIS ALUCINATORIA CRONICA	SI
M.C.	65	H	12	16	24	SI	TRASTORNOS DEL CARACTER. RECHAZOS DE ALIMENTOS. PELIGROSIDAD PARA SI MISMO.	DEBILIDAD MENTAL	SI
P.S.	63	H	193	201	205	SI	AGRESION A SUS HIJOS Y A SU ESPOSA EN EL MARCO DE UNA EMBRIAGUEZ PATOLOGICA.	ETILISMO CRONICO	SI
B.G.	79	H	-	870	-	NO	MATAR A SU ESPOSA EN EL CURSO DE UN DELIRIO DE CELOS (ESTRANGULAMIENTO).	DELIRIO PARANOICO	SI
J.C.	30	H	32	37	40	NO	DESINSERCION FAMILIAR Y DELINCUENCIA LEVE. PEQUEÑOS HURTOS.	ESQUIZOFRENIA	SI
R.N.	94	M	15	18	28	NO	RECHAZO DE CUIDADOS MEDICOS. PELIGRO PARA LOS VECINOS, DEJA EL FUEGO Y EL GAS ABIERTO TODO EL TIEMPO.	DETERIORACION INTELECTUAL	SI
L.N.	30	H	3	5	5	SI	CONDUCIDA POR LOS GENDARMES PARA PROTEGERLA DE LAS AMENAZAS DE UN VECINO. NO PRESENTA PELIGROSIDAD.	DEBILIDAD MENTAL	NO
L.N.	61	M	3	5	5	SI	MARIDO DE LA ANTERIOR. PARA SER PROTEGIDO DESPUES DE UNA DISPUTA CON EL VECINO. NO PRESENTA PELIGROSIDAD.	NIVEL INTELECTUAL LIMITE	NO

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	BD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
R.S.	39	H	820	830	-	SI	ABUSOS DESHONESTOS A NIÑAS EN LOS ASCENSORES. VIENE DE CADILLAC (HOSPITAL DE SEGURIDAD).	ESQUIZOFRENIA	SI
P.S.	26	H	21	23	34	NO	EMBRIAGUEZ PATOLOGICA, HABIENDO SALIDO A LA CALLE CON UN FUSIL Y UN CUCHILLO. PELIGROSIDAD PARA EL ORDEN PUBLICO Y LA SEGURIDAD DEL PROJIMO.	DIPSOMANIA ALCOHOLICA	SI
K.S.	22	H	1	3	12	NO	AGITACION CLASTICA EN UN BAR. AMENAZAS Y DESTRUCCION DE LOS ENSERES.	EMBRIAGUEZ ALCOHOLICA	SI
M.C.	32	M	2	8	55	SI	EXCITACION Y AGITACION CLASTICA TEATRAL DESPUES DE UNA DISPUTA SENTIMENTAL.	NEUROSIS HISTERICA	SI
C.C.	87	H	1	13	15	NO	ESTADO DE AGITACION ANSIOSA. PELIGROSIDAD PARA SI MISMO.	NEUROSIS DE ANGUSTIA	SI
B.S.	29	H	120	127	137	SI	AGITACION EN UNA OFICINA DE CORREOS. AMENAZAS. DELIRIO Y ESTADO DISOCIATIVO.	ESQUIZOFRENIA	SI
S.S.	59	H	23	28	360	SI	EMBRIAGUEZ PATOLOGICA. AGRESIVIDAD CONTRA SU FAMILIA.	ETILISMO CRONICO	SI
T.S.	89	M	108	111	-	NO	QUERIA QUEDARSE A VIVIR EN LAS RUINAS DE SU CASA EN PLENO INVIERNO. DELIRIO DE REIVINDICACION Y PASIONAL INTERPRETATIVO.	DELIRIO PARANOICO	SI
L.N.	48	H	?	?	?	NO	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO. SE ENCERRO EN SU CASA VARIOS DIAS NEGANDOSE A ABRIR. DELIRIO DE PERSECUCION.	DELIRIO INTERPRETATIVO PARANOICO	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
G.C.	75	M	1	9	15	SI	DISPUTA CON SU HIJA. PELIGRO PARA ESTA ULTIMA, LA AGREDE CONTINUAMENTE.	DETERIORACION INTELECTUAL	SI
C.C.	52	M	107	108	112	NO	DELIRIO POLIMORFO Y ALUCINACIONES AUDITIVAS "PERSEGUIDO" POR LOS VECINOS.	PSICOSIS ALUCINATORIA CRONICA	SI
G.N.	66	H	17	25	26	SI	EMBRIAGUEZ PATOLOGICA. DISPUTA Y AGRESION A LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA.	ETILISMO CRONICO	SI
L.N.	70	M	100	108	138	SI	DELIRIO SENIL MEGALOMANIACO Y DE PERSECUCION.	DEMENCIA SENIL	SI
V.N.	42	M	39	42	46	NO	DELIRIO EROTOMANIACO CON UN PERIODISTA DE TELEVISION. RIESGO DE VENGANZA.	DELIRIO CRONICO PARANOICO	SI
N.C.	32	H	6	10	25	SI	TRASTORNOS DELIRANTES DEL ORDEN PUBLICO. DELIRIC Y DISCORDANCIA DE LA PERSONALIDAD.	ESQUIZOFRENIA	SI
G.S.	22	H	1	2	13	SI	PELEA CON SU HERMANO. INTENTO ESTRANGULAR A SU MADRE. PELIGROSIDAD NO PSIQUITRICA.	PERSONALIDAD CARACTERIAL	NO
L.S.	52	H	590	600	600	SI	DISPAROS CON UNA PISTOLA POR LA VENTANA. DELIRIO DE PERSECUCION DEL KGB. SECUESTRO DE SU HIJO DURANTE 4 AÑOS.	DELIRIO PARANOICC	SI
C.N.	37	M	1	5	10	SI	PROSTITUCION Y VIDA MARGINAL. DETENIDA POR LA POLICIA DURANTE LA NOCHE.	PSICOPATA	NO

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
C.C.	40	M	12	15	35	SI	EXHIBICIONISMO Y ESCANDALO PUBLICO EN LA CALLE. EXCITACION EUFORICA. ACCESO MANIACO.	PSICOSIS M-D EPISODIO MANIACO	SI
K.C.	41	H	2	7	15	SI	ROBO DE BICICLETAS Y OTROS PEQUEÑOS ACTOS DE DELINCUENCIA. RESPONSABILIDAD NO PSIQUIATRICA.	PSICOPATA	NO
C.S.	27	M	1	4	22	SI	VIAJA SIN DOCUMENTACION EN UN TREN. ESTADO DISOCIATIVO Y EXCITACION PSJQUICA DELIRANTE.	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	SI
R.N.	53	H	9	15	25	SI	AMENAZAS VERBALES Y AGRESIVIDAD CONTRA SU MUJER. CONDUCTA ALCOHOLICA.	DELIRIO PARANOICO	SI
C.S.	41	M	1	6	8	NO	ACTOS DE VIOLENCIA CONTRA SU MADRE Y SU HIJO DE 5 AÑOS EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ PATOLOGICA.	ETILISMO CRONICO	SI
A.S.	44	H	19	29	33	NO	IDEAS DE CELOS. GOLPEA AL AMIGO DE SU HIJO QUE INFLABA LOS NEUMATICOS AL COCHE DE SU MUJER.	NEUROSIS	SI
L.C.	26	M	1	8	9	NO	DESPUES DE GOLPEAR A SU HIJO DE 7 MESES, SALE A LA CALLE EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ Y EMPIEZA A GRITAR.	NEUROSIS	SI
T.S.	38	M	3	5	5	NO	VIDA MARGINAL Y COMPORTAMIENTO EXCENTRICO CON SU HIJO MONGOLICO. NO OBSTANTE NO EXISTE PELIGROSIDAD PSIQUIATRICA.	PSICOPATA	NO
B.S.	55	H	292	300	300	NO	DELIRIO INTERPRETATIVO Y PASIONAL. AMENAZAS DE MUERTE POR CARTA A SU PERSEGUIDOR DESIGNADO. ESCRIBE AL JUEZ.	DELIRIO PARANOICO	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
S.C.	43	H	0	1	23	NO	ESTADO ANSIOSO-DEPRESIVO CON TENTATIVA DE SUICIDIO. PELIGROSIDAD PARA SI MISMO.	DEPRESION REACTIVA	SI
A.S.	20	H	26	27	198	NO	AMENAZAS Y AGRESIONES A SU FAMILIA EN UN CONTEXTO DISOCIATIVO Y DELIRANTE PARANOIDE. SE FUGA DE CASA.	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	SI
B.N.	17	H	1	2	2	NO	AGRESION A SU ABUELA QUE SE NEGABA A COMPRARLE UNA MOTO.	PERSONALIDAD CARACTERIAL	NO
P.N.	37	H	1	6	6	SI	EMBRIAGUEZ PATOLOGICA EN UN CAMPING CON RUTURA DE CRISTALES Y PARABRISAS DE COCHES.	EMBRIAGUEZ AGUDA	SI
M.S.	20	H	525	535	-	SI	PROVOCA VOLUNTARIAMENTE UN INCENDIO EN LA HABITACION DEL HOSPITAL EN EL CURSO DEL DELIRIO.	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	SI
D.N.	51	M	13	15	23	NO	DELIRIO DE INTERPRETACION DE SERIENX Y CAPGRAS. SE SIENTE PERSEGUIDO POR TODO EL MUNDO. RECHAZA LOS ALIMENTOS. ENCERRADO EN SU CASA.	DELIRIO CRONICO PARANOICO	SI
N.S.	27	H	1	7	30	NO	AGITACION REACCIONAL CON IDEAS DE SUICIDIO.	ESTADO DEPRESIVO	SI
F.N.	65	H	82	90	90	NO	IDEAS DE CELOS. AGITACION FURIOSA Y AGRESION EN LA CARA CON UN CUCHILLO A SU VECINO PARA VENGARSE.	DELIRIO PARANOICO	SI
C.C.	26	H	14	19	32	NO	BROTE DELIRANTE AGUDO CON DELIRIO DE MECANISMO IMAGINATIVO Y EXCITACION PSICOMOTRIZ EN LA VIA PUBLICA.	ESQUIZOFRENIA	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
T.N.	58	H	100	108	118	NO	SE ATRINCHERO EN SU CASA CON UN FUSIL AMENAZANDO A LOS VECINOS.	PSICOSIS ALCOHOLICA	SI
D.N.	56	H	1	9	19	NO	DISPUTA CON SU MADRE. FORMA ESCANDALO CONTRA LOS VECINOS.	ETILISMO CRONICO	SI
R.N.	25	H	1	2	2	SI	PEQUEÑOS DELITOS. VIDA MARGINAL. RESPONSABILIDAD NO PSIQUIATRICA.	SUJETO NO RECONOCIDO ENFERMO MENTAL	NO
G.S.	36	M	2	3	12	NO	ENCLAUSTRAMIENTO EN SU CASA. SE NIEGA A ABRIR, A COMER Y A QUE SE LE PRESTEN CUIDADOS. ESTADO DE APRAGMATISMO. OPOSICION Y NEGATIVISMO.	ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA	SI
S.N.	48	H	1	11	12	NO	INTERPELADO EN LA ESTACION DEL TREN SE MOSTRO AGRESIVO CONTRA LOS GENDARMES. NO HABLA FRANCES.	SUJETO NO RECONOCIDO ENFERMO MENTAL	NO
G.C.	61	H	7	19	23	SI	EXHIBICIONISMO EN LA VIA PUBLICA. ESCANDALO Y RECHAZO DE TRATAMIENTO MEDICO.	PSICOSIS M-D EPISODIO MANIACO	SI
M.N.	39	H	3	16	19	SI	DELIRIO DE PERSECUCION Y AGRESIVIDAD CONTRA SU MADRE.	PSICOSIS ALUCINATORIA CRONICA	SI
R.S.	31	H	1	10	10	SI	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO EN SU CASA. NO HAY PELIGROSIDAD.	DEBILIDAD MENTAL	NO
C.N.	55	H	1	4	4	NO	AGITACION EN LA VIA PUBLICA EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ.	AMBRIAGUEZ AGUDA	NO

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
D.N.	33	H	1	2	2	NO	AGRESION A UN TAXISTA, AMENAZA CON UNA PISTOLA. INTERPELADO POR LA JUSTICIA: CRISIS DE AGITACION TEATRAL. SE LE VUELVE A ENTREGAR A LA JUSTICIA.	PSICOPATA RESPONSABLE	NO
F.N.	33	M	1	6	21	S1	AGRESIVIDAD Y AGITACION EN COMISARIA TRAS HABER SIDO EXPULSADO DE SU APARTAMENTO POR IMPAGO DEL ALQUILER.	DELIRIO CRONICO	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
V.S.	58	M	10	15	26	SI	RECHAZA LOS CUIDADOS, EUFORIA, FUGA DE UNA CLINICA PRIVADA, TRASTORNOS DEL COMPORTAMIETO EN EL SENO DE LA FAMILIA.	PSICOSIS M-D MANIA ATIPICA	SI
F.C.	80	M	5	15	16	NO	CONDICIONES DE VIDA MUY PRECARIAS. RECHAZO DE CUIDADOS Y AYUDA.	DETERIORACION INTELECTUAL	NO
L.S.	58	M	1	4	5	SI	TRASTORNOS SOMATICOS, RECHAZA LOS CUIDADOS. NO HAY TRASTORNOS INTELECTUALES.	ETILISMO CRONICO	NO
S.S.	69	H	-	4550	-	SI	DA MUERTE A SU MUJER Y A SU HIJA MAYOR EN EL CURSO DE UN DELIRIO DE CELOS. CONDUCTA ALCOHOLICA. CADILLAC.	DELIRANTE PARANOICO	SI
L.C.	73	H	16	20	27	SI	AGITACION MOTRIZ E IMPULSIVIDAD AGRESIVA.	NEUROSIS HIPOCONDRIACA	SI
G.N.	63	H	2	12	24	NO	DISPUTAS EN EL SENO DE LA FAMILIA. AMENAZAS DE MUERTE.	DELIRIO PARANOICO	SI
G.N.	22	H	1	3	10	NO	CRISIS DE AGITACION CON AMENAZAS DE MATAR A TODA SU FAMILIA Y SUICIDARSE.	PSICOPATA	SI
A.S.	70	H	15	23	60	SI	DELIRIO DE ENVENENAMIENTO POR SU MUJER Y SUS VECINOS. PELIGROSIDAD CONTRA SI MISMO.	DEMENCIA SENIL	SI
L.N.	36	M	1	10	24	NO	TENTATIVA DE SUICIDIO MEDICAMENTOSA Y POSTERIOR AMENAZA DE DESFENESTRACION.	DEPRESION REACTIVA	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
B.C.	80	H	1	7	27	NO	DELIRIO DE ENVENENAMIENTO. ENCIERRO EN SU HABITACION. RECHAZA LOS CUIDADOS MEDICOS.	DELIRIO SENIL	SI
K.C.	34	H	1	2	3	NO	NO COMPRENDIENDO EL FRANCES PEDIA DINERO A LOS TRANSEUNTES. INTERPELADO POR LOS GENDARMES MUERDE A UNO DE ELLOS.	SUJETO NO RECONOCIDO ENFERMO MENTAL	NO
L.N.	58	H	1	4	20	SI	LOGORREA, INCOHERENCIA Y FABULACION DELIRANTE DE APARICION BRUSCA. DESCONOCE A SU FAMILIA.	EPISODIO CONFUSIONAL AGUDO	SI
P.N.	38	H	1	5	7	SI 2-IO	DISPUTA EN EL CAMPING CON SU ESPOSA EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ. ESTA HA LLAMADO A LOS GENDARMES.	EMBRIAGUEZ AGUDA	NO
C.S.	34	H	24	30	40	NO	TENTATIVA DE ALLANAMIENTO DE MORADA. DELIRIO MISTICO.	DELIRIO PARANOICO	SI
F.S.	46	M	18	25	51	SI	FUE ENCONTRADO EN UN ARBOL DESNUDO EN LA VIA PUBLICA. EUFORIA MANIACA.	PSICOSIS M-D EPISODIO MANIACO	SI
G.S.	23	H	25	31	32	NO	AMENAZA CON UN CUCHILLO A LA CONCUBINA DE SU PADRE. DELIRIO PARANOIDE.	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	SI
D.N.	82	M	13	31	31	NO	TRASTORNOS CARACTERIALES.	PERSONALIDAD CARACTERIAL	NO
V.S.	43	H	77	83	105	NO	INTENTA MATAR A SU CONCUBINA CON UN CUCHILLO EN EL MARCO DE UN SUICIDIO ALTRUISTA. DELIRIO ALUCINATORIO.	DELIRIO CRONICO	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
B.S.	52	H	104	108	180	SI	SE DISFRAZO DE CURA Y SE HIZO PASAR POR TAL EN UNA IGLESIA. AGRESIVIDAD Y DELIRIO MISTICO. ESCANDALO PUBLICO.	PARAFRENIA PSICOSIS DELIRANTE AGUDA	SI
N.C.	21	M	14	16	38	SI	SINDROME DE AUTOMATISMO MENTAL. COMPORTAMIENTO AGRESIVO.	ESQUIZOFRENIA	SI
F.S.	19	H	2	7	9	SI	FUGA DE OTRO HOSPITAL PSIQUIATRICO DONDE ESTABA EN I.O. DELIRIO PARANOIDE.	ESQUIZOFRENIA	SI
A.S.	57	H	24	26	35	SI	AMENAZAS AL JUEZ DE TUTELAS. CONDUCTA ALCOHOLICA.	DELIRIO PARANOICO	SI
S.S.	66	H	2	4	320	NO	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO EN LA VIA PUBLICA. DELIRIO DE PERSECUCION.	DELIRIO CRONICO	SI
C.N.	42	M	15	19	39	SI	DELIRIO DE PERSECUCION EN EL SENO DE SU FAMILIA.	ESQUIZOFRENIA	SI
B.N.	43	H	43	50	50	SI	AGRESIVIDAD EN SU DOMICILIO RESPECTO DE SU MADRE.	PERSONALIDAD PARANOICA	SI
A.N.	35	H	15	17	29	SI	FUE A PROTEGERSE EN LA COMISARIA PORQUE LA GENTE EN LA CALLE LE AMENAZA DE MUERTE. COMPORTAMIENTO DISOCIADO.	BOUFEE DELIRANTE AGUDA	SI
P.N.	38	H	2	3	23	SI 3-IO	DISPUTA CON SU MUJER EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ.	ESTADO DEPRESIVO	NO

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
C.C.	32	H	17	23	43	SI	ROBO DE UN COCHE POR NO ESTAR BIEN APARCADO. CRISIS DE AGITACION EN LA COMISARIA.	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	SI
G.S.	45	M	60	65	190	SI	AGRESIVIDAD EN EL CURSO DE UN DELIRIO PARANOIDE. DILIGENCIAS ADMINISTRATIVAS MULTIPLES.	ESQUIZOFRENIA	SI
O.S.	26	H	90	120	147	SI	AGRESIONES SEXUALES A ANCIANAS.	ESQUIZOFRENIA	SI
F.N.	33	H	16	21	45	SI	EXHIBICIONISMO SEXUAL.	TRASTORNOS MENTALES DE LA EPILEPSIA	SI
B.N.	28	H	3	9	12	NO	PRENDE FUEGO A SU PROPIA TIENDA EN EL CAMPING. VIOLENCIA CONTRA SU CONCUBINA.	DEPRESION REACTIVA	SI
R.S.	40	H	85	89	115	SI	ESCANDALO Y AGRESION EN UN BAR; AMENAZAS A LOS GENDARMES. CONDUCTA ALCOHOLICA.	PSICOPATA	SI
G.C.	27	H	17	22	30	NO	DELIRIO POLIFORME SOBREVENIDO DE REPENTE EN EL TRABAJO. DISOCIACION DEL CURSO DEL PENSAMIENTO.	BOUFEE DELIRANTE AGUDA	SI
C.S.	33	M	2	13	13	NO	ESTADO DE EMBRIAGUEZ EN LA VIA PUBLICA.	EMBRIAGUEZ AGUDA	NO
M.C.	62	H	6	27	47	SI	IDEAS DELIRANTES CONFUSAS CONTRA LAS OFICINAS DE CORREOS EN UN ESTADO DE AGITACION.	DELIRIO CRONICO	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
M.S.	33	H	54	60	78	SI	ESCANDALO NOCTURNO. GRITA Y AMENAZA A LA FAMILIA DEL ALCALDE DEL PUEBLO. SINDROME DE AUTOMATISMO MENTAL.	BOUFEE DELIRANTE EN UN ESQUIZOFRENICO	SI
G.C.	27	H	52	60	85	SI	INTENTA MATAR A SU MADRE. "ELLA QUERIA MORIR". TENTATIVA DE INCENDIO.	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	SI
C.N.	70	H	1	3	18	NO	DELIRIO MEGALOMANIACO DE INFLUENCIA Y DE PERSECUCION.	PSICOSIS ALCOHOLICA	SI
C.C.	48	M	35	39	39	SI	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO. PELIGROSIDAD PARA SUS FAMILIARES.	DELIRIO CRONICO	SI
D.N.	18	M	3	9	12	NO	RECOGIDO POR LA POLICIA, ESTABA TUMBADO SOBRE LA CARRETERA; ESTADO DE CONFUSION MENTAL DE ORIGEN EMOCIONAL.	SINDROME DE CONFUSION MENTAL DE ORIGEN EMOCIONAL	SI
F.C.	63	H	-	210 +	-	SI	DELIRIO POLIMORFO DE PERSECUCION QUE NO CEDE A LA TERAPEUTICA.	DELIRIO CRONICO	SI
D.S.	25	H	14	25	45	SI	ORGANIZABA EL TRAFICO EN EL CENTRO DE LA CIUDAD.	ESQUIZOFRENIA	SI
S.S.	55	H	49	50	60	NO	EMBRIAGUEZ PATOLOGICA. DEMOLICION DE OBJETOS EN SU CASA. AGRESION A SU MUJER.	ETILISMO CRONICO	SI
G.C.	53	H	47	53	53	SI	DELIRIO POLIMORFO. RECHAZA LOS CUIDADOS Y LOS ALIMENTOS. AGRESION A SU FAMILIA.	ESQUIZOFRENIA	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
L.C.	46	H	1	2	3	NO	EMBRIAGUEZ PATOLOGICA. ESCANDALO NOCTURNO Y AGITACION. AGRESIONES A SU MUJER Y A SU HIJO.	ETILISMO CRONICO	SI
C.C.	37	H	1	32	35	SI	DELIRIO DE PERSECUCION EN EL SENO DE LA FAMILIA.	ESQUIZOFRENIA	SI
T.S.	83	H	1	3	13	NO	IDEAS DE PERSECUCION. NO ES PELIGROSO.	DETERIORACION INTELECTUAL	NO
S.C.	27	H	5	7	8	SI	EMBRIAGUEZ PATOLOGICA Y BRONCA EN UN BAR CON INTERVENCION DE LOS GENDARMES.	PSICOPATA	SI
C.S.	24	M	7	10	19	SI	EXCITACION DELIRANTE. TEMOR DE LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA.	ESQUIZOFRENIA	SI
P.C.	29	M	16	18	24	NO	DELIRIO POLIMORFICO MEGALOMANIACO Y SEXUAL CON SINDROME DE AUTOMATISMO MENTAL. RECHAZA LOS CUIDADOS MEDICOS.	BOUFEE DELIRANTE AGUDA	SI
H.S.	21	H	20	23	45	NO	ESTADO DISOCIATIVO DE LA CONSCIENCIA.	ESQUIZOFRENIA	SI
B.S.	32	H	1	4	17	NO	AGRESION A SU MUJER POR IDEAS DE ABANDONO.	ESTADO DEPRESIVO	SI
L.C.	36	H	18	20	32	NO	EXCITACION Y AGRESIONES. GRITA Y AMENAZA.	ETILISMO CRONICO	SI

NOMBRE	EDAD	SEXO	D-IO	T-IO	SD	ATCD	MOTIVO DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO	IO JUSTIFICADO
V.S.	25	H	1	2	2	NO	DISPUTA CON SU HERMANO EN ESTADO DE EXCITACION POR INGESTION DE DROGAS.	TOXICOMANIA	NO
G.S.	23	H	2	4	19	SI 1-IO	COLERA CLASTICA Y AGRESIVA EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ. IMPULSIVIDAD INCONTROLADA.	PSICOPATA	SI
A.C.	57	H	15	18	31	NO	AMENAZAS DE AUTOLESION.	ESTADO DEPRESIVO	SI
M.S.	55	H	1	2	21	SI	DEJADEZ Y SUCIEDAD ALTERANDO EL ORDEN PUBLICO.	PARAFRENIA (DELIRIO CRONICO)	SI
A.S.	21	H	38	42	62	SI 1-IO	SINDROME DISOCIATIVO EN LA VIA PUBLICA. DELIRIO POLIMORFO.	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	SI

RESULTADOS

En este primer cuadro que vemos a continuación, están representados en valores absolutos y en porcentajes todas las hospitalizaciones realizadas en el C.H.S. de THUIR en los 8 años en que se realizó este estudio. Así mismo, observamos la separación por sexos.

SL: Servicio libre

IM: Internamiento por indicación médica (también es compulsivo-obligatorio pero no está asociada la enfermedad mental a una peligrosidad)

IO: Internamiento de oficio

V : Varones

M : Mujeres

El signo (+) demuestra la asociación o dependencia entre dos variables utilizando el test de la X de Pearson para un determinado nivel de significación.

En el cuadro o gráfica número 2, están representados los porcentajes de hospitalización según el modo. Vemos que el internamiento compulsivo-obligatorio (IO+IM) suma un 9% del total. Este tipo de internamiento ha descendido felizmente en los últimos 30 años de una manera progresiva. Hoy en día, bien que hay pequeños indicios de continuar disminuyendo, parece ser que se ha estabilizado.

En cuanto al cuadro número 3 demuestra la mayor incidencia del IO en los varones, hecho que se repite en todos los estudios consultados.

CUADRO Nº 1: TODOS LOS ENFERMOS HOSPITALIZADOS EN EL C.H.S. DE THUIR ENTRE EL PRIMERO DE ENERO DE 1980 Y EL PRIMERO DE ENERO DE 1988

	V	M	TOTAL	%
SL	6.112	5141 +	11.253	91
IM	429 +	270	699	5,7
IO	299 +	111	410	3,3

$X^2(2) = 66,3914$ $(P < 0,001)$

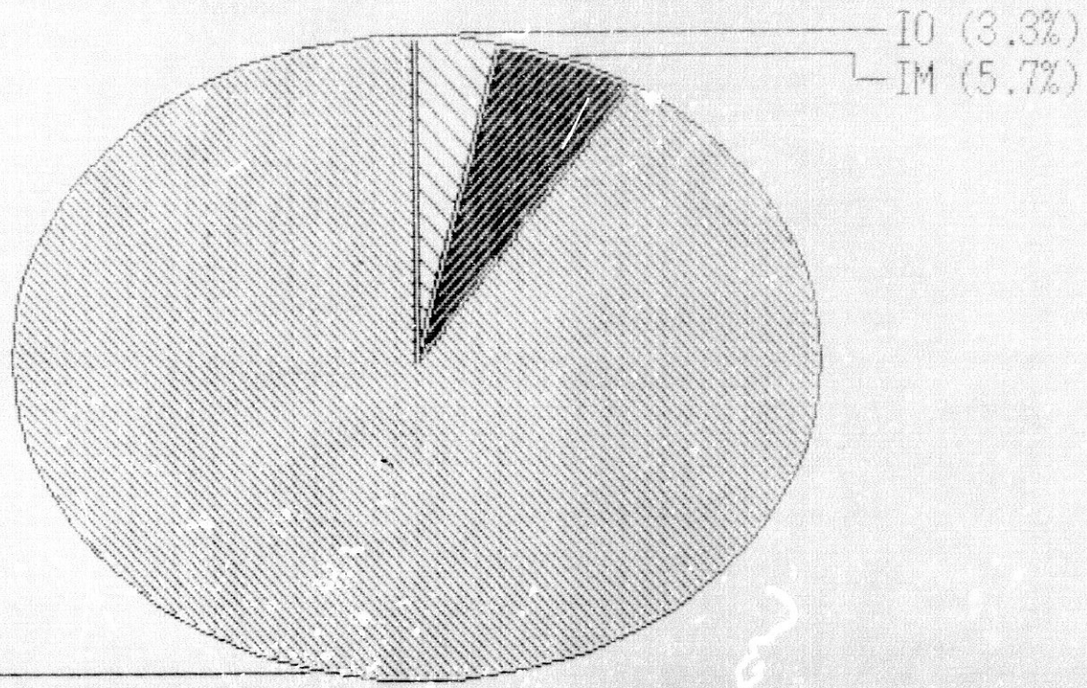
	V	M	TOTAL
TOTAL	6.840	5.522	12.362

Porcentaje Relativo de internamientos de oficio con respecto a la población general hospitalizada según sexos: V=4,37%
M=2,01%

SEXO	IO	IM	TOTAL IO,IM,SL
HOMBRES	73%	61%	55%
MUJERES	27%	39%	45%

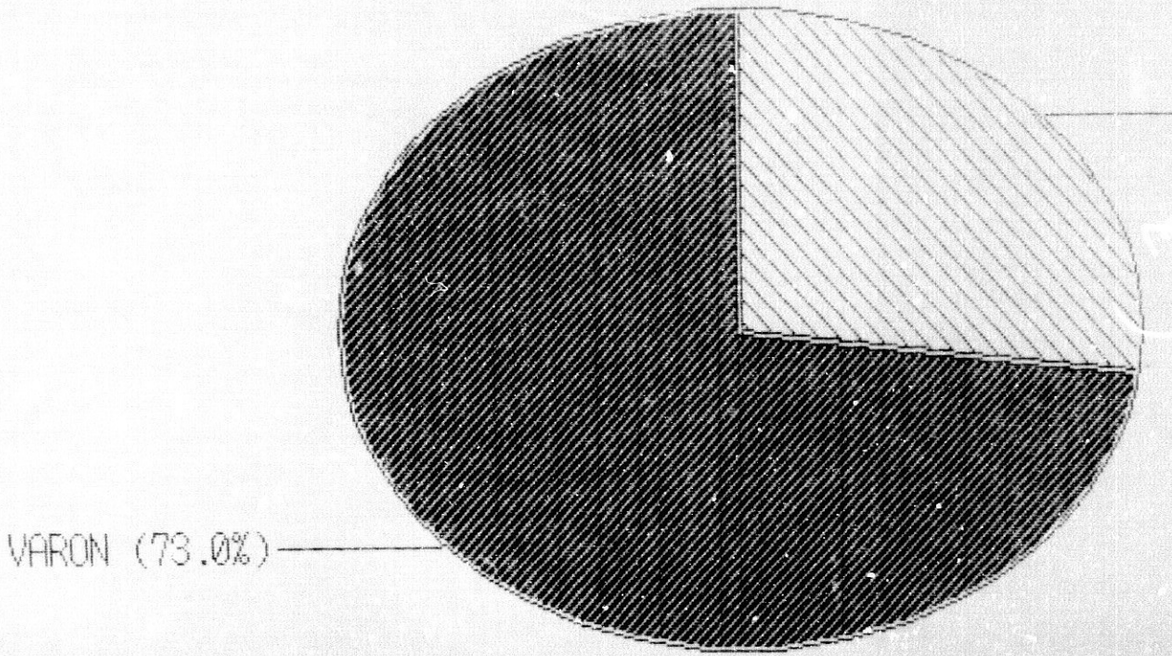
ENFERMOS HOSPITALIZADOS EN EL C.H.S. DE THUIR

DE 1 DE ENERO DE 1980 A 1 DE ENERO DE 1988



CUADRO 2

DISTRIBUCION DE LOS INTERNAMIENTOS DE OFICIO SEGUN SEXO



CUADRO 3

CUADRO Nº 4: DISTRIBUCION DE LOS ENFERMOS HOSPITALIZADOS POR AÑO Y SEGUN EL MODO DE INTERNAMIENTO

AÑOS	IO	IM	SL	TOTAL
1980	47=3,2%	128=6,7% +	1297=38,1%-	1473
1981	44=2,3%	98=6,4%	1379=90,7%	1521
1982	62=4,3% +	101=7% +	1281=88,7%-	1444
1983	58=3,27%	78=4,4% -	1635=92,4%+	1771
1984	40=2,7%	77=5,2%	1359=92,1%	1476
1985	45=2,9%	63=4% -	1459=93,1%+	1567
1986	55=3,5%	76=4,8%	1432=91,7%	1563
1987	59=3,8%	78=5%	1410=91,2%	1547
MEDIA	51=3,3%	87=5,7%	1406=91%	1544

TOTAL IO=410 TOTAL IM=699 TOTAL SL=11.253
NUMERO TOTAL DE HOSPITALIZACIONES=12.362

$$X^2 (14) = 58,4194 \text{ (N.S.)}$$

La distribución de las hospitalizaciones por año estudiado y según modo, no arroja datos significativos de variabilidad según los años.

Los signos (+) y (-) en determinadas casillas demuestran la asociación o dependencia entre dos variables con un determinado nivel de significación. La conclusión de los datos de esta tabla es el estancamiento o estabilización de los modos de internamiento pero con algunas fluctuaciones sin que se encuentren parámetros determinantes de las mismas.

CUADRO Nº 5: NUMERO DE ADMISIONES POR SEXO, PORR AÑO, Y SEGUN EL MODO DE INTERNAMIENTO.

HOMBRES			
AÑO	IO	IM	T
1980	34-	87+	801
1981	31	61	848
1982	44	67	762
1983	41	46	950
1984	33	38	825
1985	35	37	908
1986	36	46	899
1987	45	48	847
TOTAL	299	429	6840

MUJERES			
AÑO	IO	IM	T
1980	13	41	672
1981	13	38	673
1982	18	34	682
1983	17	32	821
1984	7-	39+	651
1985	10	26	659
1986	19	30	664
1987	14	30	700
TOTAL	111	270	5522

$X^2(7) = 16,7758$ $(p<0,02)$ $\quad X^2(7) = 9,1949$ (N.S.)

El cuadro nº5 es la descomposición del anterior según sexos. Salvo en casos puntuales, el test de Pearson no arroja datos significativos, manteniendose una correspondencia estabilizada entre el internamiento de oficio y el internamiento por indicación médica.

En los cuadros y gráficos siguientes (6, 7 y 8) vemos representada la distribución de los internamientos de oficio según el estado civil y según el tipo de residencia de los enfermos.

Vemos según estos resultados que las situaciones de aislamiento afectivo en cuanto al estado civil, dos tercios de los internados no tienen vida de pareja, son los más frecuentes.

Por otro lado, la sociedad francesa más liberal dá datos bastante significativos con respecto a las cifras de divorciados (14,63%). En cuanto a los casados las cifras son equivalentes a otros estudios consultados.

Sólo un tercio de los internados residían en la capital del departamento.

Los gráficos 7 y 8 son demostrativos de las distribuciones de estos parámetros.

CUADRO Nº 6: DISTRIBUCION DE LOS INTERNAMIENTOS DE OFICIO SEGUN EL ESTADO CIVIL

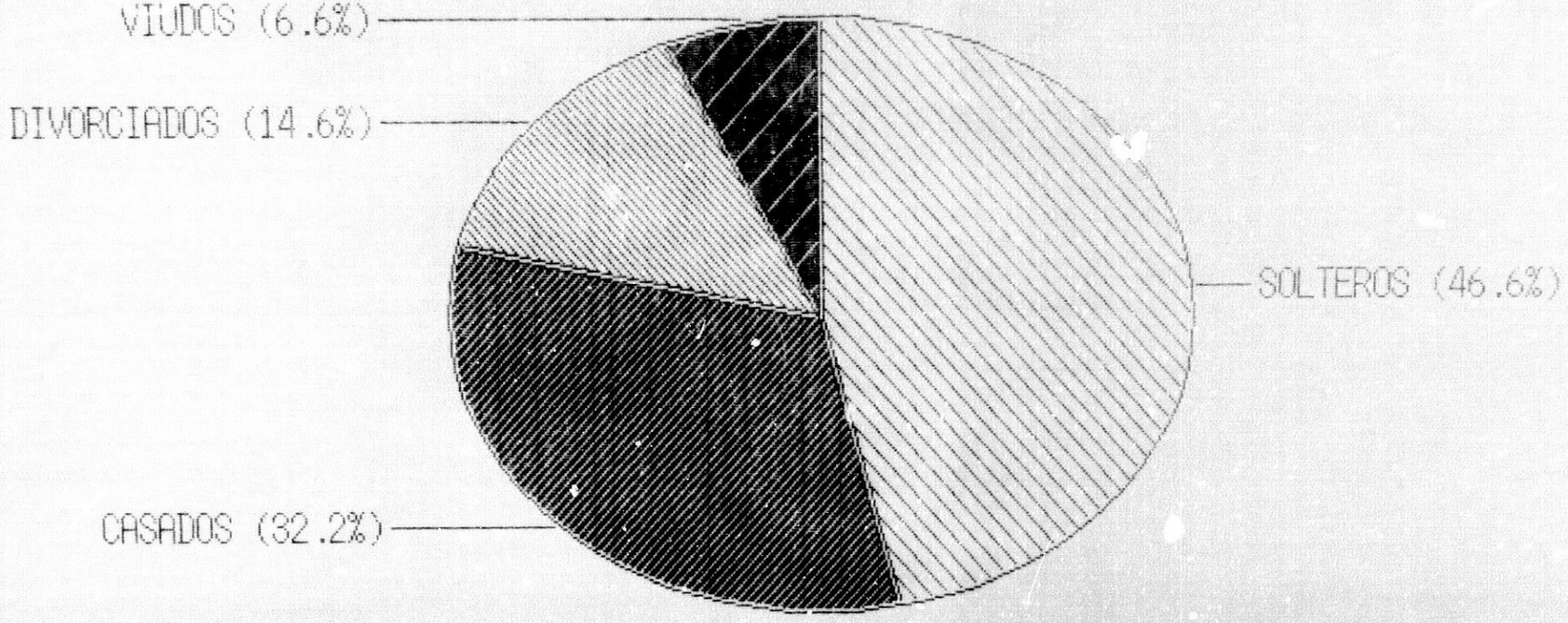
ESTADO CIVIL	NUMERO	%
CASADOS	132	32,19%
SOLTEROS	191	46,58%
DIVORCIADOS	60	14,63%
VIUDOS	27	6,58%

NOTA: ENTRE LOS CASADOS HEMOS INCLUIDO AQUELLOS QUE HACIAN VIDA DE PAREJA SIN SIN ESTARLO Y CORRESPONDE UN TOTAL DEL 4,63 %.

RESIDENCIA	NUMERO	%
SIN DOMICILIO FIJO (SDF)	47	11.00%
EN LA CAPITAL DEL DEPARTAMENTO	134	33.00%
EN POBLACION RURAL	193	47.00%
EN OTROS DEPARTAMENTOS	37	9.00%

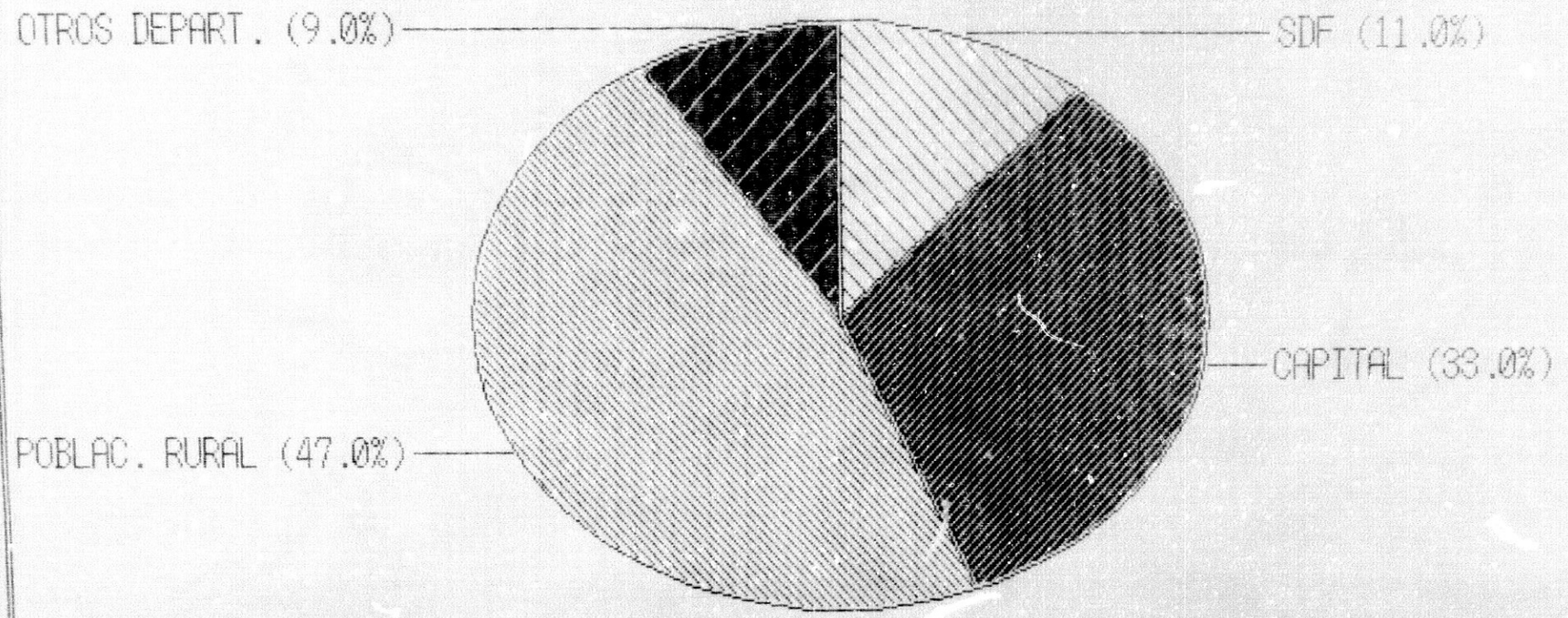
NOTA: UN 7% ERAN EXTRANJEROS

DISTRIBUCION DE LOS INTERNAMIENTOS DE OFICIO SEGUN ESTADO CIVIL



CUADRO 7

DISTRIBUCION DE ENFERMOS INTERNADOS DE OFICIO SEGUN RESIDENCIA



CUADRO 8

El cuadro número 9 y los gráficos 10-1 y 10-2 muestran los valores absolutos y los relativos de los enfermos internados en relación al diagnóstico formulado.

Existe también la subdivisión según sexos que nos permite comparar los valores estadísticamente significativos entre ambos para una enfermedad determinada. Estos están indicados con un signo (+) ó (-) cuando al compararlos vemos la mayor incidencia en uno u otro. La ausencia de signo indicador en el mayor número de las casillas está en relación a la proporcionalidad de la patología según el sexo.

Así, podemos decir por ejemplo, que la esquizofrenia hace más peligroso al varón que a la mujer de una manera estadísticamente significativa ($P<0,001$), igual que ocurre con la psicopatía. De forma contraria, encontramos más enfermos considerados como peligrosos (para el orden público o la seguridad de las personas) del sexo femenino dentro del cuadro de las demencias. En el momento de la discusión entraremos en detalles más profundos.

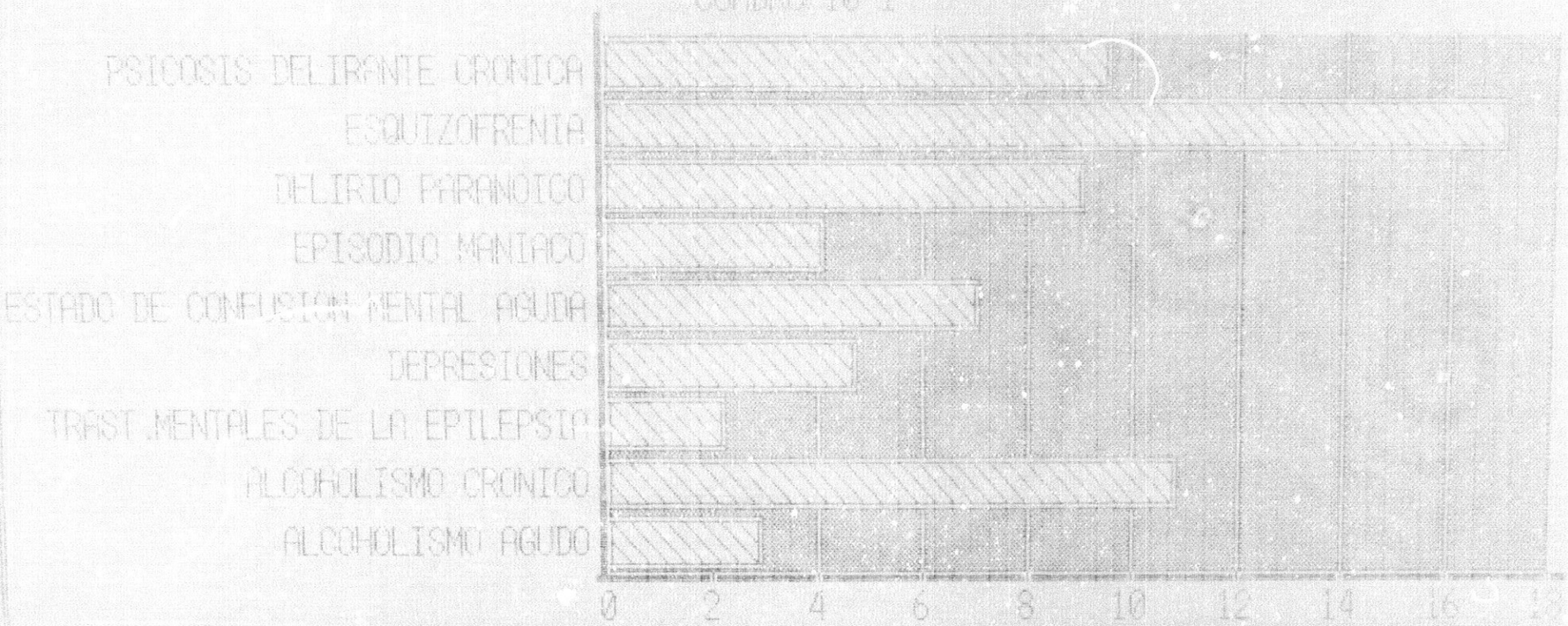
CUADRO Nº 9

CATEGORIA DIAGNOSTICA	V	M	TOT	%
PSICOSIS DELIRANTE CRONICA	17-	22+	39	9,5
ESQUIZOFRENIA	58+	12-	70	17
DELIRIO PARANOICO	28	8	36	9
PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA.EPISODIO MANIACO	8-	9+	17	4,1
ESTADOS DE CONFUSION MENTAL AGUDA Y B.D.A.	24	5	29	7
ESTADOS DEPRESIVOS Y MELANCOLIA	12	6	18	4,7
TRASTORNOS MENTALES DE LA EPILESIA	8	1	9	2,2
ALCOHOLISMO CRONICO Y PSICOSIS ALCOHOLICA	32	12	44	10,8
ETILISMO AGUDO AISLADO	11	1	12	2,9
TOXICOMANIAS	10	4	14	3,4
PSICOPATAS Y PERVERSOS	34+	5-	39	9,5
PERSONALIDAD PARANOICA Y CARACTERIAL	10	3	13	3
NEUROSIS	14	7	21	5,3
RETRASO MENTAL	10	4	14	3,4
DEMENCIA Y DETERIORACION SENIL	10-	11+	21	5,3
SUJETO NO RECONOCIDO COMO ENFERMO MEN.	10	1	11	2,7
OTROS	3	0	3	0,7
TOTAL	299	111	410	100

X^2 (16) = 46,0559 (P<0,001)

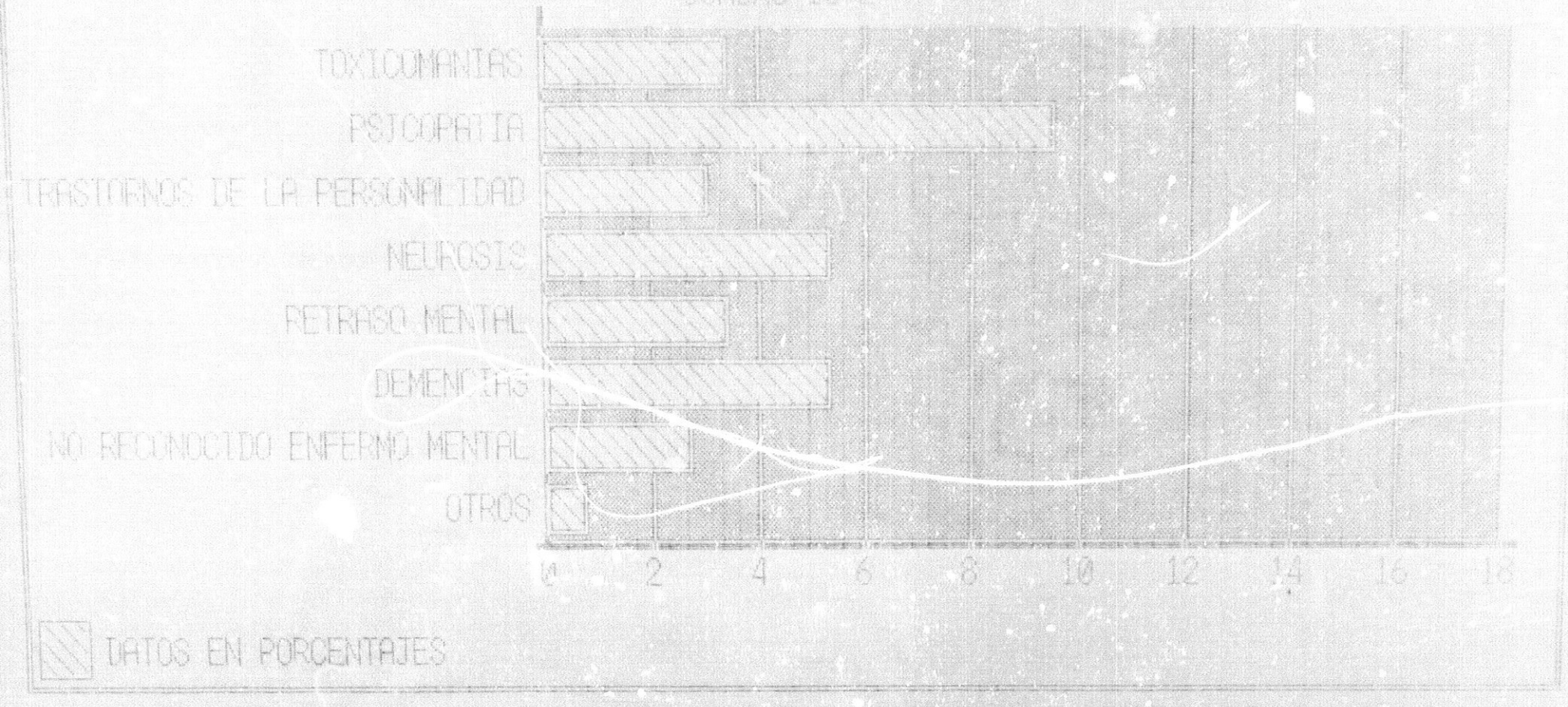
DISTRIBUCION DE LOS INTERNAMIENTOS DE OFICIO SEGUN DIAGNOSTICO

CUADRO 10.1



DISTRIBUCION DE LOS INTERNAMIENTOS DE OFICIO SEGUN DIAGNOSTICO

CUADRO 16-2



CUADRO Nº 11: NUMERO DE INTERNAMIENTOS DE OFICIO ESTIMADOS COMO NO JUSTIFICADOS POR EL PSIQUIATRA - JEFE DE SERVICIO DESPUES DEL CERTIFICADO DE 24 HORAS

DIAGNOSTICO RETENIDO	NUMERO DE CASOS
NEUROSIS	2
ETILISMO AGUDO	12
ESQUIZOFRENIA	2
DELIRIOS CRONICOS	2
BOUFFEE,DELIRANTE AGUDA	4
ESTADO DEPRESIVO	3
PERSONALIDAD PARANOICA Y CARACTERIAL	8
SENILIDAD Y DEMENCIA SENIL	5
RETRASO MENTAL	4
PSICOPATIA	17
SUJETO NO RECONOCIDO COMO ENFERMO MENTAL	11
TOXICOMANOS	4
TOTAL	74=18%

La no justificación del internamiento de oficio por parte del médico jefe, está en relación con la falta de peligrosidad para la seguridad de las personas o para el orden público. En el epígrafe "sujeto no reconocido como enfermo mental" se encuentran individuos internados ajenos a su voluntad. La mayoría de ellos presentaban un estado de peligrosidad pero en absoluto de índole psiquiátrica, por lo tanto tampoco se justifica la medida.

Se puede sacar en conclusión que existe un abuso en la utilización de la ley pues pues el porcentaje del 18% nos parece elevado. En este caso se debería utilizar el IM.

CUADRO Nº 12: EL INTERNAMIENTO DE OFICIO EN FUNCION DE LA EDAD Y DEL SEXO

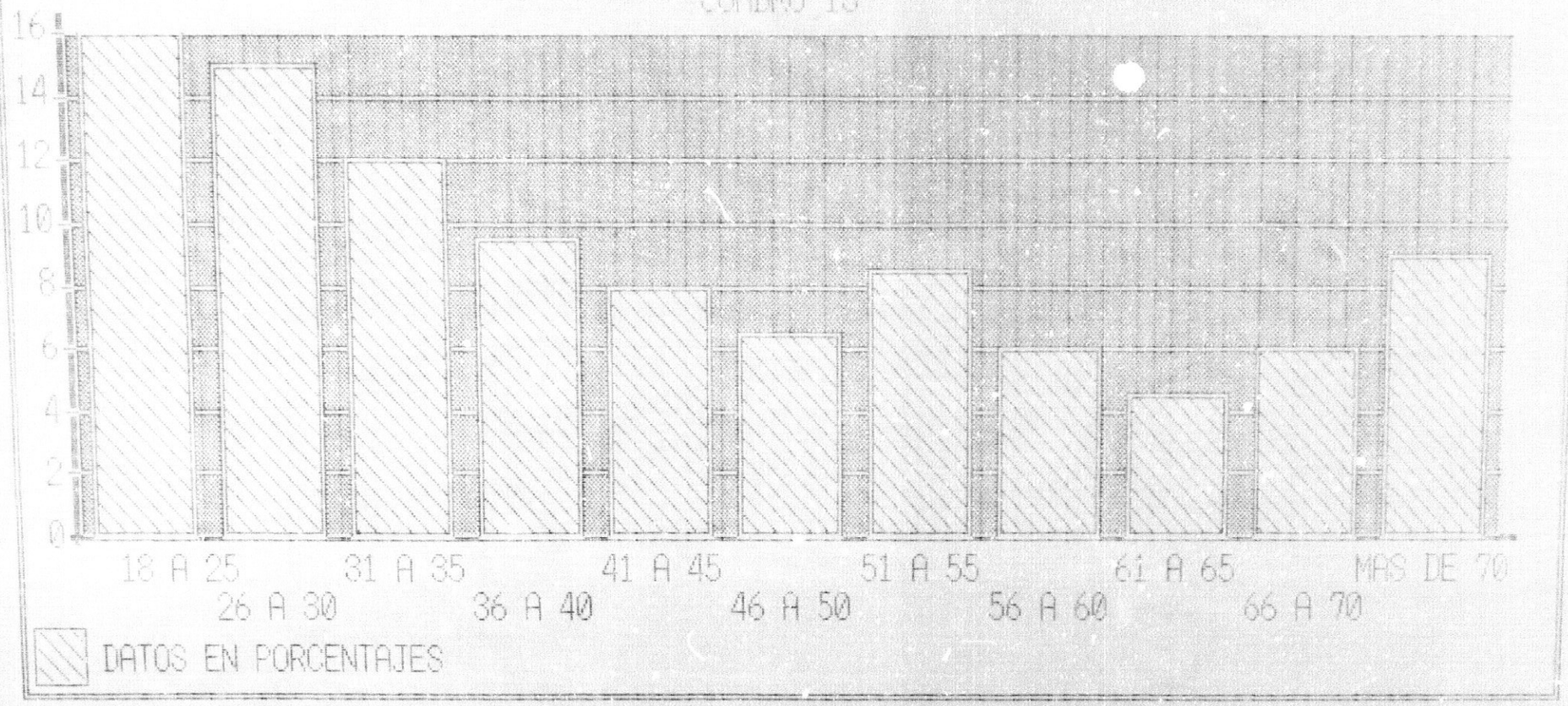
EDADES	HOMBRES	MUJERES	TOTALES	%
18 A 25 AÑOS	53	12	65	16
26 A 30 AÑOS	49	13	62	15
31 A 35 AÑOS	40	9	49	12
36 A 40 AÑOS	29	9	38	9,5
41 A 45 AÑOS	28	6	34	8
46 A 50 AÑOS	16	11	27	6,5
51 A 55 AÑOS	22	13	35	8,5
56 A 60 AÑOS	17	7	24	6
61 A 65 AÑOS	13	4	17	4,5
66 A 70 AÑOS	16	7	23	6
MAS DE 70 AÑOS	16 -	20	36	9

X^2 (10) = 26,6814 ($P<0,01$)

Según grupos de edades, la mayor incidencia la encontramos en los jóvenes entre 18 y 30 años disminuyendo este porcentaje con la edad, excepción hecha de un pico de incidencia que aparece entre los 51 y 55 años como vemos en la gráfica siguiente (nº 13) y otro a partir de los 70 años directamente relacionado con el deterioro intelectual senil y la propia peligrosidad para si mismos.

EL INTERNAMIENTO DE OFICIO EN FUNCION DE LA EDAD

CUADRO 13



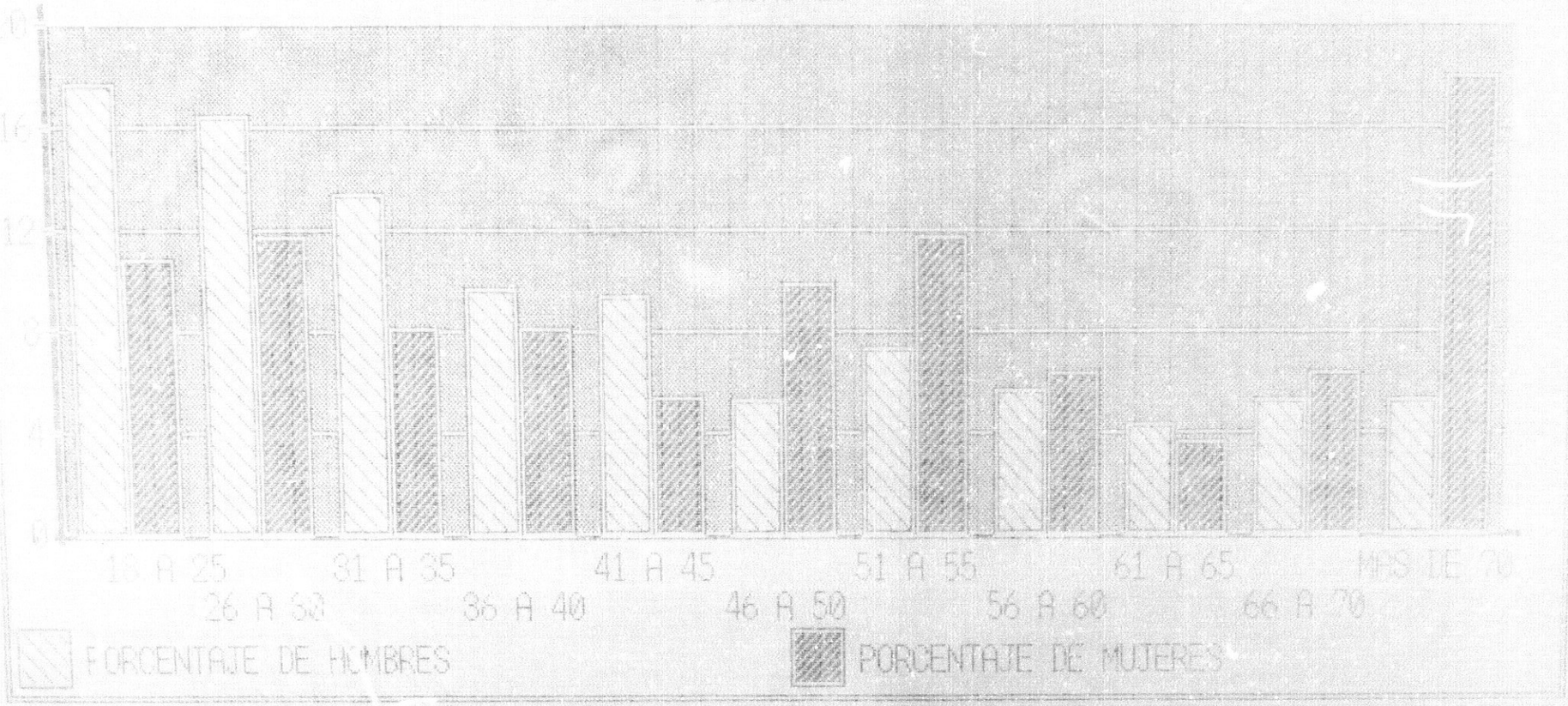
CUADRO Nº 14: EL INTERNAMIENTO DE OFICIO EN FUNCION DE LA EDAD Y EL SEXO EN PORCENTAJES

	18-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	> DE 70
HOMBRES	17,70	16,40	13,40	9,70	9,40	5,30	7,30	5,70	4,34	5,30	5,30
MUJERES	10,80	11,70	8,10	8,10	5,40	9,90	11,70	6,30	3,60	6,30	18

En este cuadro y en la gráfica siguiente vemos la distribución comparada entre la edad y el sexo. Es de señalar la mayor incidencia del sexo femenino en la edad media entre los 46 y 60 años así como la gran desproporción existente en el grupo de edad de más de 70 años en favor de las mujeres.

EL INTERNAMIENTO DE OFICIO EN FUNCION DE LA EDAD Y EL SEXO

CUADRO 15



CUADRO Nº 16: EDAD DE LOS ENFERMOS EN EL MOMENTO DEL INTERNAMIENTO, CLASIFICACION SEGUN EL DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO	0-30 AÑOS	30-50 AÑOS	MAS DE 50
PSICOSIS DELIRANTE CRONICA	1-	14	24+
ESQUIZOFRENIA	35+	29	6-
PARANOIA	1-	14	21+
EPISODIO MANIACO	1-	11+	5
BOUFFEE DELIRANTE AGUDA Y ESTADO CONFUSIONAL AGUDO	15+	8	6
ESTADO DEPRESIVO	5	10	3
EPILEPSIA	5	2	2
ETILISMO CRONICO	2-	19	23+
ETILISMO AGUDO	6	5	1
TOXICOMANIAS	13+	1-	0-
PSICOPATIA	23+	15	1-
PERSONALIDAD CARACTERIAL	5	4	4
NEUROSIS	8	7	6
RETRASO MENTAL	4	4	6
DEMENCIA SENIL	0-	0-	21+
SUJETO NO RECONOCIDO COMO ENFERMO MENTAL	3	5	3
OTROS	0	2	1
TOTAL	127	150	133

X (32) = 189,4658 ($P<=0,001$)

Las casillas donde figuran los signos (+) y (-) son aquellos datos estadísticamente significativos donde se puede concluir una mayor incidencia de una enfermedad para un grupo de edad determinado. El estudio en profundidad se realiza en el capítulo de la Discusión. Por ejemplo, un enfermo paranoico es internado por peligroso con más frecuencia cuando tiene más de 50 años.

CUADRO Nº 17: TIEMPO QUE PASA ENTRE EL DIA DE LA ADMISION POR INTERNAMIENTO DE OFICIO Y EL DIA DE LA PETICION MEDICA DE TRANSFORMACION DEL TIPO DE INTERNAMIENTO (D-IO)

TIEMPO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
DE 0 A 3 DIAS	102 -	51 +	153	37
DE 4 A 15 DIAS	71	36	107	26
DE 16 A 30 DIAS	47 +	7 -	54	13
DE 1 A 2 MESES	18	8	26	6,5
DE 2 A 3 MESES	12	2	14	3,5
DE 3 A 4 MESES	7	5	12	3
DE 4 A 6 MESES	14	2	16	4
DE 6 MESES A 2 AÑOS	17 +	0 -	17	4
MAS DE 2 AÑOS	11 +	0 -	11	3

χ (8) = 25,5725

En el 75% de los casos, el medico psiquiatra responsable del servicio solicita el cese de la orden gubernativa de internamiento durante el primer mes de hospitalizacion.

De una manera global,el 37% de los enfermos dejan de ser considerados peligrosos a los 3 días de su hospitalización.

De los datos reflejados, es estadísticamente significativo para las mujeres el dejar de considerarlas peligrosas antes de los 3 días de hospitalización con respecto a los varones. También y en valores absolutos, todos los enfermos que permanecen bajo la medida de internamiento de oficio durante más de 6 meses son hombres.

CUADRO Nº 18: DURACION DEL MANTENIMIENTO DE LA ORDEN GUBERNATIVA DE INTERNAMIENTO (T-IO)

TIEMPO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
DE 0 A 3 DIAS	20	4	24	6
DE 4 A 15 DIAS	94 -	53 +	147	36
DE 16 A 30 DIAS	82	32	114	28
DE 1 A 2 MESES	32	10	42	10
DE 2 A 3 MESES	13	4	17	4
DE 3 A 4 MESES	13	4	174	4
DE 4 A 6 MESES	12	4	16	4
DE 6 MESES A 2 AÑOS	22 +	0 -	22	5,5
MAS DE 2 AÑOS	11 +	0 -	11	2,5

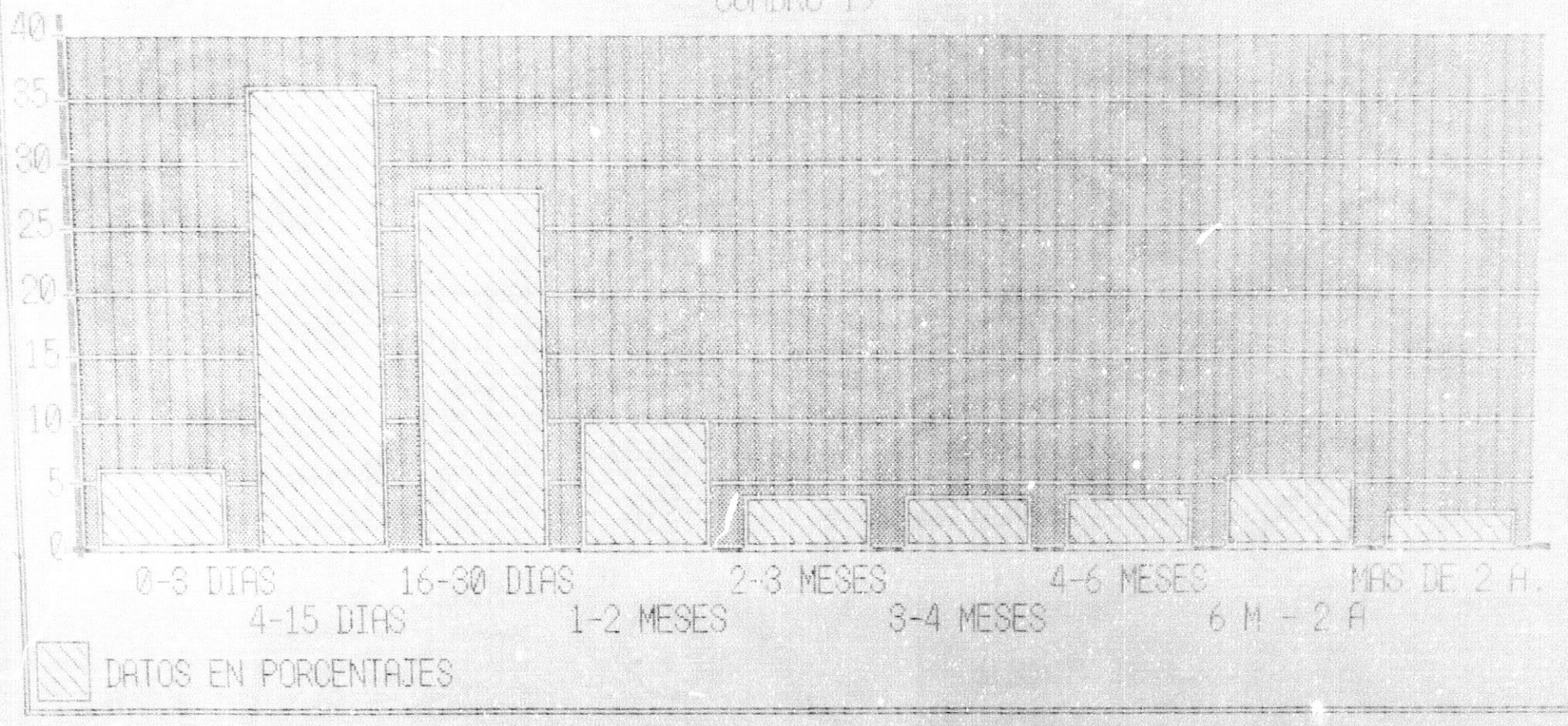
X (8) = 20,1080

La duracion total del internamiento de oficio es inferior a un mes en el 70% de los casos.

Observamos en la gráfica Nº 19 que la maycría de los enfermos (65%) permanecen hospitalizados bajo la medida de IO entre 4 y 30 días.

TIEMPO DEL MANTENIMIENTO DEL INTERNAMIENTO DE OFICIO

CUADRO 19



En el cuadro de la página siguiente (cuadro nº20) se ha realizado el análisis estadístico solamente en las tres primeras casillas, aquellas correspondientes hasta los dos primeros meses de internamiento. Vemos los signos (+) y (-) en los datos a tener en cuenta por su significación en la asociación de dos variables.

Es estadísticamente significativo el hecho de que la mayoría de los enfermos diagnosticados de psicosis delirante crónica permanezca en I.O. entre 16 y 30 días. De igual manera, los enfermos con esquizofrenia necesitan en su mayoría un internamiento superior a los 15 días para tener elementos de seguridad en la atenuación de su peligrosidad.

Los episodios maniacos que ceden gracias a la terapeutica de una manera rápida permanecen en el hospital a causa de su peligrosidad entre 16 y 30 días en su gran mayoría (estadísticamente significativo).

El peligro de tentativa de suicidio en los depresivos se considera que disminuye o no es causa de peligrosidad especial durante los primeros quince días de hospitalización. Lo mismo sucede en las toxicomanías y en la intoxicación alcohólica. En el capítulo de la discusión entraremos en más detalles.

CUADRO Nº 20: TIEMPO DE PERMANENCIA EN EL HOSPITAL BAJO LA MEDIDA DE INTERNAMIENTO DE OFICIO Y SEGUN LA ENFERMEDAD

	DIAS		MESES				AÑOS	
	0-15	16-30	1-2	2-3	3-4	4-6	6M-2	>2
PSICOSIS DELIRANTE CRON	11	16+	2	2	2	3	3	0
ESQUIZOFRENIA	11-	15	17	5	5	7	9	1
PARANOIA	6-	9	6	3	3	0	5	4
EPISODIO MANIACO	4	9+	2	1	1	0	0	0
BOUFFEE DELIRANTE AGUDA Y SINDROME CONFUSIONAL AGUDO	15	12	2-	0	0	0	0	0
ESTADO DEPRESIVO	13+	4	0	1	0	0	0	0
EPILEPSIA	2	4	1	0	0	0	0	2
ETILISMO CRONICO	21	9	9	2	1	0	2	0
ETILISMO AGUDO	10+	1	0	1	0	0	0	0
TOXICOMANIAS	10+	4	0	0	0	0	0	0
PSICOPATIA	20	8	2	2	1	2	1	3
PERSONALIDAD CARACTERIAL	5	5	3	0	0	0	0	0
NEUROSIS	10	5	1	1	1	2	1	0
RETRASO MENTAL	7	4	1	0	1	0	1	0
DEMENCIA SENIL	11	5	0	0	3	2	0	0
SUJETO NO RECONOCIDO COMO ENFERMO MENTAL	10+	1	0	0	0	0	0	0
OTROS	0	2	0	0	0	0	0	1

X (30) = 109,2949 ($P<0,001$)

CUADRO Nº 21: TIEMPO TOTAL DE PERMANENCIA EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO HASTA LA SALIDA DEFINITIVA

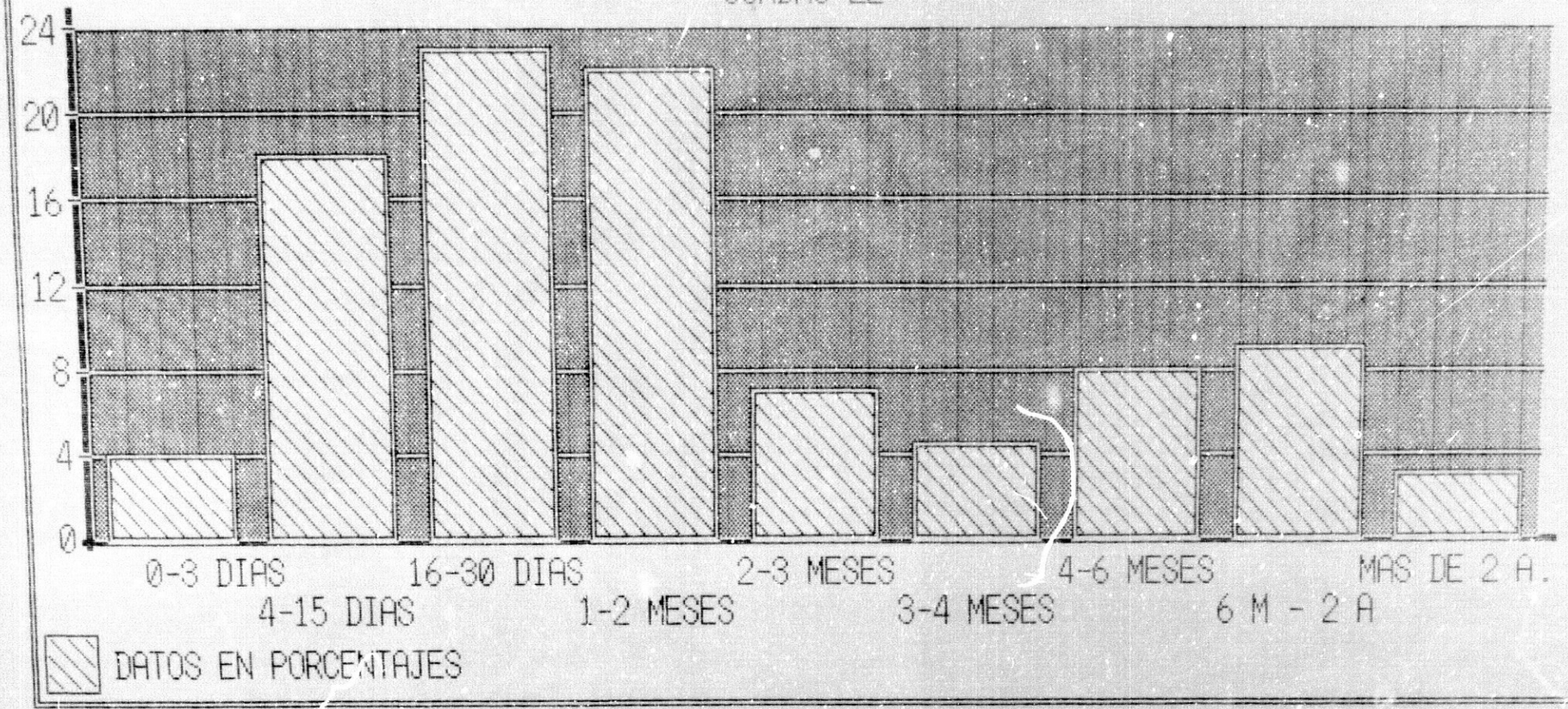
TIEMPO	HOMBRES	MUJERES	TOTALES	%
DE 0 A 3 DIAS	13	2	15	4
DE 4 A 15 DIAS	49	23	72	18
DE 16 A 30 DIAS	65	30	95	23
DE 1 A 2 MESES	60	29	89	22
DE 2 A 3 MESES	20	8	28	7
DE 3 A 4 MESES	15	4	19	4,5
DE 4 A 6 MESES	24	9	33	8
DE 6 A 2 AÑOS	32	5	37	9
MAS DE 2 AÑOS	13	1	14	3

X^2 (9) = 14,2591 (N.S.)

El tiempo total de permanencia en el hospital psiquiátrico, se ve normalmente incrementado independientemente del cese de la medida de IO. Esto es debido a que, desaparecida o atenuada la peligrosidad, es necesario continuar el tratamiento de la patología mental causante. De todas formas, cerca del 70% de los enfermos son altas antes de los dos meses.

PERMANENCIA EN EL HOSPITAL HASTA LA SALIDA DEFINITIVA

CUADRO 22



CUADRO Nº 23: TIEMPO TRANSCURRIDO PARA TRANSFORMAR LA ORDEN GUBERNATIVA UNA VEZ SOLICITADA POR EL MEDICO

DE 0 A 5 DIAS	125	30%
DE 6 A 10 DIAS	140	34%
DE 11 A 20 DIAS	101	25%
DE 21 A 30 DIAS	12	3%
DE 31 A 60 DIAS	9	2%
MAS DE 60 DIAS	14	3%
NO PETICION CONTINUAN INTERNADOS	9	2%

X (4) = 866,0542 (P<0,0001)

En el 90% de los casos, el prefecto anula el internamiento en un plazo inferior a las tres semanas, siendo rapidamente anulado a consecuencia de la peticion medica en tan solo un tercio de los casos (significativamente).

CUADRO Nº 24

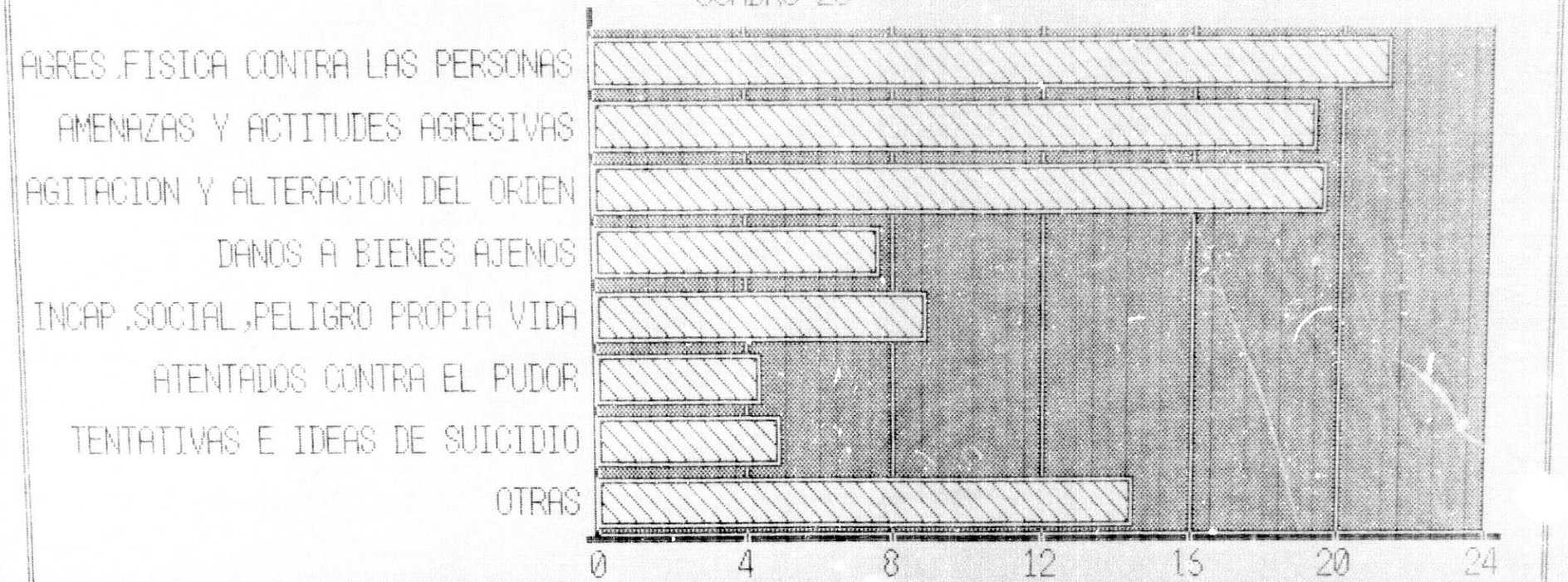
A C T O S D E L I C T I V O S		TOTAL	%
AGRESION FISICA CONTRA LAS PERSONAS	HOMICIDIO	11	2,68%
	TENTATIVA DE HOMICIDIO	23	5,60%
	LESIONES	53	12,92%
AMENAZAS Y COMPORTAMIENTOS AMENAZANTES	CON ARMAS	20	4,87%
	SIN ARMAS	59	14,39%
DAÑOS A BIENES AJENOS Y ROBOS		31	7,56%
AGITACION Y ALTERACION DEL ORDEN PUBLICO		80	19,51%
ATENTADOS AL PUDOR, EXHIBICIONISMO Y ESCANDALO PUBLICO		18	4,39%
TENTATIVA E IDEAS DE SUICIDIO		20	4,87%
INCAPACIDAD SOCIAL Y PELIGRO PARA LA PROPIA VIDA		36	8,87%
OTRAS ACCIONES SIN PELIGRO EVIDENTE PARA LOS DEMAS (TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO - EXCITACION PSICOMOTRIZ)		59	14,39%

Esta tabla recoge los actos delictivos o los hechos que reflejan la peligrosidad del enfermo mental que figuran en los certificados expedidos por el médico jefe de servicio. La peligrosidad siempre es considerada con relación al orden público o a la seguridad de los demás.

En los cuadros 25, 26 y 27 podemos observar distribución más explicativa.

ACTOS DELICTIVOS

CUADRO 25



Las dos tablas siguientes, números 26 y 27, son en realidad una sóla. La necesidad práctica de aplicar el test de Pearson para el análisis estadístico nos ha obligado a realizar una segunda tabla donde los signos (+) indican la mayor frecuncia de realizar un determinado acto punible con relación a una patología mental dada. El signo (-) indica la menor probabilidad de que un enfermo con una patología determinada cometa un acto delictivo de los señalados. Resaltamos que las agresiones contra las personas son realizadas en la mayoría de los casos por enfermos alcohólicos y por psicópatas. Las amenazas y comportamietos agresivos por los paranoicos. Los esquzofrénicos pueden cometer cualquier tipo de acto delictivo sin predomnación de ningún tipo.

Los enfermos maníacos son internados con mayor frecuencia por los atentados contra la libertad sexual y por trastornos del comportamiento de otra índole. En las psicósis agudas lo que predomina son los estados de agitación y la alteración del orden público.

Como cabía esperar, la peligrosidad en el depresivo está ligada a las ideas y tentativas de suicidio. Los toxicómanos por estados de agitación y otros trastornos del comportamiento con alteración del orden público. Los enfermos dementes cuando son internados por peligrosidad, ésta es debida en la mayor parte de las veces a una incapacidad social y peligro para la propia vida.

CUADRO Nº 26

		PSICOSIS DELIRANTE CRONICA	ESQUIZOFRENIA	PARANOIA	EPISODIO MANIACO	BOUFFEE DELIRANTE AGUDA	DEPRESION	EPILEPSIA	ALCOHOL. CRONICO	ETILISMO AGUDO	OTRAS TOXICOMANIAS	PSICOPATA	PERSONAL. CARACTERIAL	NEUROSIS	DEBILIDAD MENTAL	DEMENCIA	NO ENFERMOS MENTALES
AGRESION FISICA CONTRA LAS PERSONAS	HOMICIDIO		2	4								5		1		1	
	TENTATIVA HOMICIDIO	4	4	3				1	4			3	2	1		1	
	LESIONES Y AGRESIONES	2	8	3		1	1	2	16	2		10	2	4	1		1
AMENAZAS. ACTITUDES AGRESIVAS	CON ARMAS		4	3	1			1	1	3		4	1	1	1		
	SIN ARMAS	9	6	13		3		2	4	3		4	4	4	1	2	4
DAÑOS A BIENES AJENOS		1	9	1			2		2	1	1	5	4	2	1	1	1
AGITACION Y ALTERACION DEL ORDEN PUBLICO		9	16	3	3	12		2	9	5	8	6		4	1		2
ATENTADOS AL PUDOR. ESCANDALO PUBLICO Y EXIBICIONISMO			4		6			1				3		2	2		
TENTATIVAS DE SUICIDIO E IDEAS DE SUICIDIO			2		1		11		1	1		3		1			
INCAPACIDAD SOCIAL Y PELIGRO PARA LA PROPIA VIDA		7	6	2			2		2			1			4	12	
OTRAS SINTOMATOLOGIAS SIN PELIGRO EVIDENTE PARA LOS (EXCITACION PSICOMOTRIZ Y TRASTORNOS DEL COMPORTAM.)		9	10	1	7	11	3		2		5		1	2	1	4	3

CUADRO Nº 27

	PSICOSIS DELIRANTE CRONICA	ESQUIZO-FRENIA	PARANOIA	EPISODIO MANIACO	BOUFFEE DELIRANTE AGUDA	DEPRESION	ALCOHOL. CRONICO	ETILISMO AGUDO	OTRAS TOXICOMA-NIAS	PSICOPATA	PERSONAL. CARACTE-RIAL	NEUROSIS	DEMENCIA
AGRESION FISICA CONTRA LAS PERSONAS	6	14	10	0 -	1 -	1	20 +	2	0 -	16 +	4	6	2
AMENAZAS Y COMPORTAMIENTOS AGRESIVOS	9	10	16 +	1	3	0 -	5	6 +	0	8	5	5	2
DAÑOS A BIENES AJENOS Y ROBOS	1	9	1	0	0	2	2	1	1	5	4 +	2	1
AGITACION Y ALTERACION DEL ORDEN PUBLICO	9	16	3	3	12 +	0 -	9	5	8 +	6	0	4	0 -
ATENTADOS AL PUDOR, ESCANDALO PUBLICO Y EXIBICIONISMO	0	4	0	6 +	0	0	0	0	0	3	0	2	0
TENTATIVAS DE SUICIDIO E IDEAS DE SUICIDIO	0	2	0	1	0	1 +	1	1	0	3	0	1	0
INCAPACIDAD SOCIAL Y PELIGRO PARA LA PROPIA VIDA	7 +	6	2	0	0	2	2	0	0	1	0	0	12 +
OTRAS SINTOMATOLOGIAS SIN PELIGRO EVIDENTE PARA LOS (EXCITACION PSICOMOTRIZ Y TRASTORNOS DEL COMPORTAM.)	9	10	1 -	7 +	11 +	3	2	0	5 +	0 -	1	2	4

PARA REALIZAR MEJOR EL TEST DE LA DE PEARSON, HEMOS AGRUPADO EN ESTA TABLA LOS DIFERENTES TIPOS DE AGRESIONES CONTRA LAS PERSONAS Y LAS AMENAZAS Y ACTITUDES AGRESIVAS. POR OTRO LADO HEMOS SUPRIMIDO LOS GRUPOS POCO NUMEROSOS Y NO SIGNIFICATIVOS EN CIFRAS COMO LA EPILEPSIA, EL RETRASO MENTAL Y EL GRUPO DE OTROS.

DISCUSION

VIII.1- PATOLOGIA MENTAL Y ESTADO DE PELIGROSIDAD

En la sociedad se ha considerado, a lo largo de todos los tiempos, al enfermo mental como peligroso; cuando este comete un acto delictivo no pasa desapercibido, bien al contrario, es objeto de mayor interés y se tiende a magnificarlo.

Podemos contrastar nuestras observaciones con las de otros autores y sumarnos a su opinión (HAFNER, GREELAND y POUGET) en el sentido de que la peligrosidad no es más elevada en la población de enfermos mentales que en la población general. Aunque conviene resaltar que es bien cierto que determinadas patologias mentales, como la esquizofrenia, presentan una mayor tasa que las otras enfermedades.

LEAUTE, hizo una estimación en Francia sobre la población delincuente mental, concluyendo que excluidos los psicópatas, ésta no debe sobrepasar el 5%. Nuestros resultados, 3'3%, van en este sentido.

En el Reino Unido, GIBBENS encontró tasas entre el 1'6 y el 2'1% entre los enfermos mentales delincuentes.

Recordemos que la media nacional francesa se situa en el 2'2% . Precisamos que otros autores han

encontrado patología mental en las prisiones, hasta de un 9% (TAYLOR).

Conviene puntualizar que la referencia del 3'3% de enfermos mentales considerados como peligrosos en nuestra tesis, está referida a una población hospitalizada, comprendemos que seria mucho más inferior en comparación con todos los enfermos mentales del departamento objeto de nuestro estudio.

Terminamos citando a BENEZECH y GRASSET que se ratifican al afirmar que la delincuencia patológica sólo representa una pequeña porción de la delincuencia general.

Una determinada patologia mental se asocia con más frecuencia a un determinado estadio de peligrosidad o a la realización de ciertos estados delictivos.

La esquizofrenia en todos los estudios consultados aparece como la enfermedad mental más frecuente relacionada con estados de peligrosidad.

Los enfermos psicóticos, en el sentido más amplio de la palabra, forman el grupo mas numeroso entre los internados de oficio, alcanzando al 47'8% . De ellos el 17% son esquizofrénicos siendo la enfermedad mayoritaria. Estas

cifras son coincidentes con las encontradas por POUGET, 20%.

SOLER ARREBOLA en su tesis sobre la población granadina encuentra unas cifras del 15'83% . Otros autores oscilan entre el 12% y hasta el 40% . Estas últimas cifras tan altas, estan sin duda consideradas desde una visión amplia en los limites que puede abarcar la psicosis esquizofrénica segun la nosografia empleada.

A nuestra estadistica podemos adicionar el 3% encontrado en lo que hemos llamado, según la terminologia gala, personalidad paranoica y/o caracterial. Este término puede corresponder al de "estado paranoide". BENEZECH encuentra aqui un porcentage próximo al 7% y SOLER ARREBOLA un 4% (Tablas 9, 26 y 27). La esquizofrenia de tipo paranoide fué la más frecuente (en el 80% de los casos).

Aunque no encontramos valores estadisticamente significativos en nuestro estudio por la diversificación de los actos punibles o peligrosos, si que hay una mayor predominancia de estos contra las personas y contra la seguridad en el orden público establecido.

En el 25% de los casos son internados por delitos contra las personas. SOLER ARREBOLA por esta misma razón

encuentra un 31% .

TORRES GONZALEZ y GARCIA PRIETO observan cómo el único diagnóstico que se encuentra asociado significativamente al homicidio es el de esquizofrenia.

En este sentido BENEZECH cifra en más del 50% los asesinos patológicos diagnosticados de psicosis delirantes crónicas. Bien que nuestros resultados van en este sentido, para nosotros no son significativos aunque estan situados en primer lugar. Conviene señalar que nuestra muestra puede estar sesgada al existir en Francia los hospitales psiquiátricos de máxima seguridad donde las estadisticas serian posiblemente diferentes.

HENN y BRADFOR no encuentran una prevalencia superior de homicidios cometidos por esquizofrénicos en relación a la población general. Difieren de ellos los analisis de TAYLOR y GUNN para los que sí hay una prevalencia superior.

HENN y GIBBENS encuentran una baja frecuencia de delitos contra la libertad sexual cometidos por los esquizofrénicos. Nuestro porcentaje se cifra en el 5'7% .

Los estados de agitación y alteración del orden público, junto con diversos trastornos del comportamiento

en un contexto delirante de persecución, forman el grupo más numeroso con un 37'1% como motivo de internamiento.

A la luz de nuestros datos, los esquizofrénicos pueden cometer, y de una manera muchas veces imprevisible, cualquier tipo de acto delictivo y mostrarse peligrosos en circustancias muy diversas.

El grupo heterogéneo de las psicosis delirantes crónicas (que excluyen a la paranoia y a la esquizofrenia según la clasificación de H. EY) no muestra valores significativos con respecto a un determinado estado de peligrosidad, aunque el delirio está estrictamente relacionado con los estados de agitación, agresividad y excitación que perturban el orden público.

En la paranoía el internamiento está provocado en un 72'2% de los casos, por actos delictivos o peligrosidad directamente ligadas a las personas. (cuadro 27). Dentro de los homicidas patológicos forman el grupo mayoritario con un 36'3% . Estos enfermos no cometen sin embargo, delitos contra los bienes ajenos si no es en un contexto de venganza (POUGET).

Las psicosis agudas (B.D.A.) y estados de confusión mental aguda provocan estados de peligrosidad que son el motivo de internamiento de oficio

mayoritariamente por agitación y alteración del orden público (44'4% de las razones de la hospitalización).

Los atentados contra la libertad sexual y escandalo público son los motivos significativamente más frecuentes del internamiento de enfermos en fase maniaca junto con los trastornos del comportamiento ligados a la exaltación eufórica del humor. Al mismo tiempo es el grupo mas numeroso que comete este acto delictivo. Observamos junto con otros autores (POUGET y LEMPERIERE) la baja incidencia de peligrosidad contra las personas en estos enfermos.

Clasicamente se ha asociado la epilepsia a conductas impulsivas y a explosiones de violencia, conllevando incluso a actos criminales.

ALSTROOM (1950) en un estudio sobre 345 epilépticos encontró un 17% con actitudes criminales. BENEZECH en 1981 cifra el porcentaje de enfermos mentales peligrosos por epilépsia en un 6% . ROUX da cifras parecidas, 5'5% . Nosotros sólo tenemos internados de oficio por tal enfermedad a 9 sujetos, lo que supone un 2'2%, de los cuales 6 lo fueron por agresión fisica o amenazas de muerte, incluido un homicidio frustrado.

Alcoholismo: Todos los autores constatan la influencia del alcohol en la delincuencia y en el estado de peligrosidad. Para nosotros los alcohólicos representan la segunda causa de internamiento de oficio, justo detras del grupo de las psicosis (cuadro 9).

KRAUS demuestra la correlación existente entre el alcoholismo en la población general y la delincuencia juvenil, asi como la influencia en las desestabilizaciones y el aumento de la peligrosidad en los enfermos esquizofrénicos.

GOODWIN y MACDONALD encuentran una relación directa entre alcohol y homicidio.

Sin embargo, y en sentido opuesto, SOLER VIÑOLO, ROJAS y MORA, resaltan la evidente escasez de delitos cometidos por alcohólicos en comparación con otros enfermos psiquicos.

En nuestra metodologia hemos dividido a los alcohólicos crónicos en la clasificación diagnóstica de las intoxicaciones etilicas agudas. Además, cuando existia otra patologia psiquiátrica estimada como principal razón del internamiento, se la ha considerado independientemente del alcoholismo.

DURAND encuentra un 12% de psicosis alcohólicas. Para BENEZECH y ADDAD (1977) los datos son del 6'7%, coincidiendo con ANDRIUX-LAFAYE. TORRES GONZALEZ (1970) encuentra un porcentaje del 7'9% y SOLER VIÑOLO el 8%. Nosotros encontramos un porcentaje algo superior, el 10'6% en el caso del alcoholismo crónico asociado a trastornos psicóticos. Además hay un grupo de etilismo agudo (2'9%).

En líneas generales los actos delictivos por agresión física contra las personas, aún existiendo otra patología, la alcoholización figuró en el 25% de los casos. Independientemente de esto, es significativamente el motivo más frecuente de internamiento (cuadro 27). SOLER ARREBOLA encuentra en este mismo sentido un porcentaje del 18'64. Además, los homicidios y homicidios frustrados, son cometidos por los alcohólicos en un 14% de las veces. Para nosotros son las lesiones y agresiones las motivaciones más frecuentes.

Toxicomanías: Resaltaremos de entrada que los toxicómanos son hoy día la fuente más importante de delitos contra las personas y la propiedad. Los bajos porcentajes reflejados en nuestro estudio son debidos a que a esta peligrosidad social es imprescindible que se le asocie algún tipo de trastorno mental para que sean internados de oficio. En caso contrario, corresponde a la justicia su contención. Quedan pues exentos de nuestro estudio los

condenados imputables por tráfico de drogas u otro delito.

Este grupo ha ido en aumento desde la decada de los 70.

Los drogadictos fueron siempre politoxicomanos, pero con el factor común de la heroinomania. También son los opiáceos las drogas mas implicadas para KRAUS y GONZALEZ LLERA.

Los motivos más frecuentes estaban relacionados casi siempre con la sintomatologia del sindrome de abstinencia que provocaba agitación, alteración del orden público y otros trastornos del comportamiento relacionados con procesos agudos por drogas (datos significativos).

La revisión bibliográfica es contradictoria en cuanto a los resultados en la debilidad mental. BOISSON, en un estudio realizado en Francia en 1952 encontró que los uebiles mentales son dos veces más numerosos entre delincuentes que en la población general. BENEZECH sólo encontró (1981) una proporción relativamente más elevada. ROUX cifra su porcentaje con relación a la población de enfermos mentales internados por peligrosos en el 4'5%. Nosotr en este mismo sentido encontramos el 3'4% (cuadro nº9).

Para GIBBENS es el delito contra la propiedad el más frecuente cometido por estos enfermos (38% de los casos). POUGET señala la frecuencia con la que estos enfermos cometen delitos más peligrosos debido a su incapacidad para preveer el desenlace y a su "fidelidad" hacia el "jefe".

En nuestra muestra, son internados de oficio por motivos diversos, pero los más profundos lo son en relación con el peligro para si mismos por su incapacidad de asumirse. Los actos delictivos contra la honestidad siguen en frecuencia. Otras veces son las actitudes de venganza, como la piromania, al no tolerar ciertas frustraciones.

El grupo de enfermos neuróticos no arroja datos significativos con relación a los actos punibles. BONNET los califica de delincuentes anormales no patológicos. SOLER ARREBOLA encuentra en su muestra un 4'82%, hallando como primera causa las depresiones ansio-reactivas. TORRES GONZALEZ y GARCIA PRIETO señalan el mismo porcentaje (4'76%). Nuestro analisis es concordante con los anteriores ya que suponen el 5'3%, un total de 21 casos. Los motivos más frecuentes son las agresiones fisicas y los comportamientos agresivos con amenazas, sobre todo en medio familiar. Luego le siguen las alteraciones del orden público con la tipica "puesta en escena".

Los trastornos psicopáticos de la personalidad forman un grupo numeroso entre los sujetos internados de oficio en hospital psiquiátrico a consecuencia de su peligrosidad. Representan un gran problema dadas las dificultades que entraña su tratamiento en un hospital psiquiátrico. Los psiquiatras constatan cada vez más la inutilidad terapeútica de su hospitalización o de su internamiento y denuncian el estatuto de inimputabilidad que puede ser nefasto para estas personalidades patológicas.

Paralelamente, la justicia evita en la medida de sus posibilidades, el provocar el internamiento de oficio por la inimputabilidad penal e intenta conducir a los psicópatas a otros tipos de instituciones más aptas para reintegrarlos a la vida social.

GIBBENS y ROBERTSON en 1983 encuentran, en un estudio similar al nuestro, una proporción del 6'4. HENN llega a encontrar un 27% . ANDRIUX-LAFAYE el 24% . En nuestra muestra obtenemos un 9'5% , colocandose en tercer lugar detrás de los psicóticos y de los alcohólicos.

Encontramos que los actos delictivos significativamente más frecuentes se comenten contra las personas, con un 61'5% . Sin embargo TORRES GONZALEZ y GARCIA PRIETO encuentran una asociación significativa entre psicopatia y delitos de robo. Para SOLER ARREBOLA es esta

patologia la más frecuentemente encontrada en los delitos contra la honestidad. En nuestro estudio se encuentra en segundo lugar en los atentados contra el pudor o contra la libertad sexual, detrás de los enfermos en fase maniaca.

La alcoholización interviene como factor desencadenante de su agresividad en numerosas ocasiones.

En relación con los estados de demencia, la hospitalización bajo esta medida está asociada significativamente con la incapacidad social y el peligro para la propia vida (cuadro 26). Curioso es señalar que encontramos un demente homicida. En general se trata de una peligrosidad derivada de los trastornos del juicio y de las funciones intelectuales de base (olvidos a veces fatales como dejar el gas abierto ... etc).

En terminos generales, el acto delictivo más frecuentemente cometido que pone de manifiesto la peligrosidad, fué la agresión fisica contra las personas (40'46%). El homicidio, tentativa de homicidio y lesiones los encontramos en un 21'1%, y las amenazas y actitudes agresivas en un 19'26% . Le siguen en frecuencia los estados de agitación y alteración del orden público con un 19'5 %.

VIII.2- SEXO

En todos los estudios consultados, tanto franceses como de otros paises, indistintamente del grupo social y en cualquier época, el internamiento por enfermedad mental asociado a un estado peligroso, ha sido siempre mucho más frecuente en hombres que en mujeres.

Entendemos que esta mayor frecuencia obedece a varias causas. El sexo masculino sustenta un mayor instinto de agresividad social, y esto incluso fuera del campo de la patología psiquiátrica. Los varones en igualdad de circunstancias suscitan un mayor temor en la sociedad respecto a una misma patología mental, a lo que contribuye obviamente la mayor fuerza física. La propia frecuencia de aquellas enfermedades mentales que potencialmente desencadenarian una mayor peligrosidad es otra de las causas. Lo veremos con más detelle en el análisis clínico de las diferentes entidades nesográficas empleadas. Además, no es infrecuente que mujeres que presentan una peligrosidad social ligada a su enfermedad mental, sean hospitaizadas bajo el modo de internamiento médico, debido sobre todo a los dispositivos familiares y sociales que establecen una relación de fuerzas.

Para SOLER VIÑOLO la proporción de hombres alcanza el 95%. TORRES GONZALEZ encuentra el porcentaje del

27'3%. Debemos señalar que nuestro estudio está sesgado al existir en Francia los hospitales psiquiátricos de alta seguridad (un total de 5) donde presumiblemente irían más varones que mujeres, con lo que las cifras en un psiquiátrico serían menores.

D. SAMUEL, en un estudio similar al nuestro, realizado en 1978 en el departamento de ROUEN encuentra un 74'5% de hombres, frente a un 25'5% de mujeres. Esta asociación es significativa ($P < 0'001$). El porcentaje relativo de internamientos de oficio con respecto a la población general hospitalizada según el sexo es en nuestra investigación de 4'37% en varones, frente al 2'01% en mujeres.

La esquizofrenia es significativamente una enfermedad que provoca mayor frecuencia de peligrosidad en el hombre que en la mujer. Para MITCHELL y MURPHY en sendos estudios encuentran proporciones que van del 25 al 29% en las mujeres. Nosotros encontramos también esta asociación estadísticamente relevante, de 82'6% en varones y un 17'4% en mujeres. H. EY señala en su Manual de Psiquiatría que esta enfermedad está repartida por igual en ambos sexos. Estas diferencias pueden deberse a la utilización en nuestra categoría diagnóstica de un grupo diferenciado llamado psicósis delirante crónica (cuadro 9), donde podemos observar que la proporción es significativamente

mayor en mujeres. Entendemos que pudiera haber una "fuga" de enfermos verdaderamente esquizofrénicos incluidos en este grupo. Concluimos pues a este respecto, que la esquizofrenia se presenta clínicamente con una mayor agresividad e impulsividad (sustentando así la peligrosidad) en el varón que en la mujer.

En relación con las psicosis maniaco-depresivas (fase maniaca) encontramos una mayor proporción estadísticamente relevante ($P < 0'001$) en las mujeres con respecto a los hombres (8'1% en mujeres, frente a 2'6% en hombres). En esta misma linea, los datos comparados son homogéneos con los estudios consultados. SOLER ARREBOLA encuentra un 9'43% en mujeres fente al 2% en varones. HENN el 13% en mujeres y el 4% en varones.

Los enfermos con trastornos psicopáticos de la personalidad son significativamente más numerosos los hombres, en concordancia con la prevalencia de estos trastornos en la población general. Nuestro análisis arroja unas diferencias más que apreciables, 87% de los psicópatas internados de oficio son hombres.

LUNA y COL obtienen cifras del 88% en toxicómanos varones; nosotros encontramos una incidencia menor, el 71'4%.

HENN encuentra una mayor tasa de morbilidad en las neurosis en favor de las mujeres. Coincidimos con él, pero nuestros resultados no son significativos.

El último caso a resaltar con relación al sexo, son las tasas significativamente más elevadas de internamiento de oficio en las mujeres afectadas de procesos demenciales. Las proporciones van del 9'9% frente al 3'3% en hombres. Esta proporción no se puede explicar desde el ángulo de la mayor esperanza de vida en la mujer, y por ende, mayor posibilidad de sufrir un deterioro intelectual.

VIII.3- EDAD

El estudio por grupos de edades muestra, aunque no relevantemente, una mayor incidencia en el momento del primer internamiento de los enfermos comprendidos entre los 18 y los 35 años. Aunque el margen aquí es amplio, encontramos al 43% de los internados (tablas 12 y 13).

HENN encuentra que la edad media en el hombre es de 31 años y de 33 en la mujer. Coinciden con él en la edad media global BENEZECH que la situa en 33 años, ANDRIUX-LAFAYE en 32 años, ROUX de 25 a 34 años, y SOLER ARREBOLA en 32'6.

Hemos intentado correlacionar el diagnóstico con la edad encontrando las siguientes asociaciones significativas ($P < 0'001$) (tabla nº16):

La mayoría de los enfermos diagnosticados de psicosis delirante crónica (psicosis alucinatoria crónica, parafrenia y otros delirios no esquizofrénicos y no paranoicos) tienen más de 50 años en el momento del primer internamiento de oficio. Un valor significativo es que un 50% de enfermos esquizofrénicos son internados por vez primera a consecuencia de su peligrosidad antes de los 30 años. Para BENEZECH y ADDAD (1982) la edad media en el esquizofrénico se situa en los 33 años. Ampliando esta

observación, vemos en nuestra estadística que el 91'5% del total de enfermos afectados de esquizofrenia, tienen menos de 50 años en el momento del primer internamiento.

Los diagnosticados de paranoia son internados en edades más avanzadas: en un 60% tienen más de 50 años. Se sabe que estos enfermos pueden permanecer socialmente más o menos adaptados durante bastante tiempo, aun con un delito subyacente. Es en épocas más tardías de la vida donde los conflictos sociales que provocan pueden adquirir un grado de peligrosidad evidente, y muchas veces con un acto consumado contra el persecutor designado (factor este, según POUGET, de alto grado de peligrosidad en esta enfermedad). La edad media que encuentra BENEZECH y ADDAD se situa en 48 años.

Los enfermos en fase maniaca de la P.M.D., en concordancia con la clínica de la propia enfermedad, tienen entre 30 y 50 años en el momento del internamiento. La proporción es del 67'7%, y este dato encuentra una asociación significativa ($P < 0'001$).

Por otro lado, las psicosis delirantes agudas (bouffées), se presentan, en más del 50% de los casos, en los menores de 30 años que son internados por este motivo.

Importante es señalar que no encontramos ninguna prevalencia de los estados depresivos con peligro para la propia vida en ningún grupo de edad. Bien conocemos que la depresión es independiente del factor cronológico.

Casi el 100% de los toxicómanos tienen menos de 30 años. LUNA y COL encuentran que la edad media del toxicómano en estas circunstancias, es de 21'92 años.

El alcoholismo y las psicosis alcohólicas afectan a sujetos con más de 50 años en más del 50% de las ocasiones. Aunque estos datos son para nosotros significativos, no coinciden del todo con los encontrados por SOLER ARREBOLA que situa la mayor incidencia de alcoholismo crónico y su correlación con un estado de peligrosidad en el grupo de edad de 41 a 44 años. Desde luego, en todos los estudios encontramos una bajísima incidencia en los menores de 30 años, pues, como bien sabemos, es necesario un largo intervalo de tiempo antes de utilizar la etiqueta de "crónico".

Los enfermos neuróticos pueden presentar una peligrosidad (la mayor parte de las veces relativa) en cualquier momento de la vida y siempre relacionada con circunstancias ambientales frustrantes adicionales.

Los sujetos con trastornos psicopáticos de la personalidad ingresan a edades tempranas en la institución psiquiátrica. Casi el 60% tiene menos de 30 años y el 97'4% menos de 50. Cabe pensar que estos datos van en favor de una mayor socialización de la psicopatía conforme avanza la edad.

(Cuadro nº16: relación de la edad de los enfermos en el momento del internamiento de oficio con el diagnóstico. El cuadro nº15 muestra la relación del I.O. en función de la edad y el sexo).

VIII.4- ASPECTOS PSICOSOCIALES: ESTADO CIVIL, RESIDENCIA Y SITUACION LABORAL

La opinión de que ciertos factores favorecen la eclosión de manifestaciones antisociales que provocan un estado de peligrosidad es compartida por los autores consultados. Estos factores están relacionados con las dificultades económicas, las familias muy numerosas, el paro, dificultades de inserción sociocultural en los numerosos casos de inmigrados, situaciones de soledad afectiva, etc.

ODEJIDE (1981) encontró en su estudio entre los enfermos mentales internados como consecuencia de su estado de peligosidad, que el 80% estaban en paro o carecían de empleo cualificado. SOLER ARREBOLA encuentra un bajo nivel socioeconómico en el 76% de sus enfermos objeto de su estudio. Nosotros encontramos en nuestro análisis que sólo el 22'5% tenían una actividad laboral en el momento del internamiento. AXENROTH (1983) afirma que el bajo status social y una educación deficitaria, están relacionados con las conductas delictivas.

En lo referente al estado civil, encontramos que un 32'19% estaban casados, el 46'58% eran solteros, un 14'63% divorciados y un 6'58% viudos. TORRES GONZALEZ y GARCIA PRIETO encuentran que un 51% de estos enfermos

peligrosos son solteros y SOLER ARREBOLA encuentra un 64'86%. Nuestros porcentajes de solteros se verían incrementados si añadiesemos el 4'63% de sujetos que hacían vida de pareja (concubinato) que es habitual en Francia, pero que nosotros los hemos incluido entre los casados por ser mejor reflejo de lo que se persigue analizar (cuadros nº6 y nº7).

egún la residencia, un 47% proceden de poblaciones rurales (aproximadamente, sólo u ercio de la población del departamento reside en la prefectura que es el equivalente a la capital de provincia en España). La distribuci.n es pues homogenea, ya que encontramos precisamente un 33% de sujetos que residen en la capital. Sin embargo, las cifras más significativas corresponden a aquellos indi iduos que no tenían domicilio fijo (SDF) ascendiendo hasta el 11%. Por último, un 9% residen en otros departamentos (cuadros nº6 y nº8). SOLER ARREBOLA encuentra un 45% de residentes en la capital (Granada en este caso) y un 40% en zonas rurales.

Con respecto a los factores de índole social, BENEZECH afirma que estos no son de orden secundario si no que representan gran importancia, señalando por ejemplo la hostilidad que manifiesta el esquizofrénico en el núcleo familiar y con las figuras parentales.

VIII.5- ANTECEDNTES

Conviene, en este apartado señalar que los antecedentes en términos generales son factores a tener en cuenta cara a la evaluación de una peligrosidad potencial. En este sentido, 225 de nuestros enfermos, lo que supone un 54'87% tenían antecedentes psiquiátricos personales con algún paso por el hospital. En otro estudio similar en Rouen (Francia) S. DOMINIQUE encuentra antecedentes de hopitalización en el 61%. Sólo un 5% de ellos fueron internados de oficio más de una vez. Los antecedentes penales, referidos a encarcelamientos previos sólo los tenían el 10'48% , en particular toxicómanos, psicópatas y epilépticos. En esta linea, SOLER ARREBOLA encuentra antecedentes de encarcelamiento en un 18%. Son los enfermos psicóticos y más concretamente los esquizofrénicos los que poseen un mayor porcentaje con respecto a antecedentes psiquiátricos previos.

Conviene resaltar que un 45% de los enfermos nunca habían sido hospitalizados con anterioridad por motivos de orden psiquiátrico. Sólo un 5% fueron derivados directamente de prision por un sobreseimiento (non lieu) por enfermedad mental. Otro 5% provenía de uno de los cuatro hospitales psiquiátricos de máxima seguridad que existen en Francia.

VIII.6- TIEMPO DE INTERNAMIENTO Y ENFERMEDAD MENTAL

Con respecto a la petición al Prefecto de la transformación del internamiento de oficio por parte del psiquiatra jefe del servicio, es necesario señalar previamente que ésta se produce en los supuestos de que ya no exista estado de peligrosidad, que haya cesado la enfermedad o patología mental que la provocó, o que exista peligrosidad pero no en relación a una patología psiquiátrica determinada considerando por tanto al individuo como imputable.

La causa más frecuente es el cese del estado de peligrosidad. En un 18% de los casos se consideró que, aun existiendo una patología mental susceptible de tratamiento, ésta no era determinante de un estado de peligrosidad, con la consiguiente solicitud de transformación de la medida de internamiento de oficio reflejada en el llamado certificado de 24 horas.

Con respecto a la petición médica de transformación o de cese de I.O., se aprecia una asociación significatica ($P < 0'001$) del tiempo que transcurre desde el ingreso con relación al sexo. Para las mujeres se solicita el cese de esta medida en el 46'9% de los casos, antes de los tres dias de hospitalización, por el contrario, en el caso de los varones sólo en el 34'1%.

Estas diferencias, repetimos, son significativas. La interpretación que podríamos hacer es que el estado de peligrosidad dura menos en las mujeres (cuadro 17 y 18). Pasados seis meses desde el ingreso, se siguen considerando peligrosos a un 9'36% de enfermos, correspondiendo en su totalidad al sexo masculino.

Significativamente se puede concluir ausencia o desaparición de la peligrosidad en los tres primeros dias en el caso de las mujeres, mientras que es necesario un mayor tiempo, entre 15 y 30 dias, como media para los hombres.

El tiempo total que permanecen ingresados estos enfermos es siempre mayor que el que se relaciona con el cese del estado de peligrosidad como podemos ver reflejado en las tablas nº 21 y 22.

En un 75% de los casos, el psiquiatra jefe del servicio solicita el cese de la orden gubernativa de internamiento durante el primer mes de hospitalización.

Otro dato a retener es que el 75% de todos los internados son altas y abandonan el hospital en menos de tres meses. Casi el 50% lo hace antes del mes de internamiento.

Por otro lado, la respuesta del Prefecto es concordante en el caso de petición por parte del médico, del levantamiento del I.O. para las mujeres, existiendo un cierto retraso (administrativo o intencionado) para el cese del internmiento en los varones, sobre todo cuando este es solicitado precozmente con relación al ingreso.

Obtenemos datos significativos cuando asociamos el mantenimiento del internamiento y la diversa patología mental. Así, los esquizofrénicos suelen permanecer más de quince días en observación y/o tratamiento, por el cotrario la distribución respecto al tiempo necesario de hospitalización es muy variable, permaneciendo muchos de ellos en estado de peligrosidad muchos meses. No obstante, el 61,4% permanecen internados menos de dos meses. Ahora bien, un tercio de todos los pacientes que permanecen internados al cabo de tres meses son esquizofrénicos. También ocurre con los paranóicos, donde el clínico es cauteloso antes de solicitar el levantamiento del I.O.. Uno de cada cuatro diagnosticados de paranoia permanece ingresado pasados seis meses. Incluso la duración de la medida del internamiento en estos delirantes crónicos es mayor que en el caso de los esquizofrénicos, lo cual pone de relieve las dificultades que existen en los tratamientos para "despasionar" a estos enfermos, por lo menos en lo relativo a la figura de un "persecutor designado".

A los otros enfermos delirantes crónicos se les deja de considerar peligrosos al mes en un 70% de los casos.

En general, más del 50% de los episodios maniacos se resuelven entre 16 y 30 dias (cuaro nº20), pudiendose interpretar aquí una buena eficacia de la terapeutica. El 88'2% abandona el hospital antes de los dos meses.

Los enfermos internados de oficio como consecuencia de una psicosis aguda, en casi su totalidad, ven finalizado su ingreso antes de un mes.

A los enfermos depresivos en un 75% de los casos se les considera sin riesgo de tentativa de suicidio pasados los primeros quince dias y en un 95% antes del mes. Concuerdan estas interpretaciones con las expectativas de los tratamientos.

El 100% de los internamientos por etilismo agudo son altas dentro de las tres semanas que siguen al ingreso. De ellos un 80% en menos de tres dias. De cualquier manera nos parece abusivo el empleo de esta medida de I.O. que, una vez aplicada, demora la salida de estos sujetos que dejan de estar "enfermos" en menos de 24 horas. Más del 50% de las psicosis alcohólicas permanecen en estado de peligrosidad pasados los primeros quince dias del ingreso.

Sin embargo, el 15% dejan el hospital antes del mes de la hospitalización.

El 100% de los casos de trastornos mentales por toxicomanías son altas antes del mes del ingreso y más del 70% en menos de quince dias (cuadro nº20).

El tiempo de permanencia de un psicópata en el hospital es muy variable, sin encontrar datos significativos. El 50% deja el hospital antes de quince dias. Lo cierto es que, una vez reconsiderada la inimputabilidad, estos enfermos permanecen bastante tiempo internados.

Por útimo, de los nueve epilépticos internados de oficio, dos de ellos permanecieron más de dos años, los restates fueron dados de alta antes de las cinco semanas del ingreso. Todos los autores confirman en que las estancias más largas corresponden a los esquizofrénicos y a otras psicosis (GIBBENS, ROBERTSON y ODEJINE) recalcando al mismo tiempo los inconvenientes de readaptación social que tendrían las estancias prolongadas. Para nosotros, dos tercios de los enfermos que permanecen internados a causa de su peligrosidad por un tiempo superior a tres meses, son psicóticos.

VIII.7- LA PETICION MEDICA DE TRANSFORMACION DEL INTERNAMIENTO

En el 46% de los casos, la petición de transformación del internamiento se efectuó por el jefe de servicio despues del llamado certificado de 24 h. (que es obligatorio, como ya hemos visto). Por razones prácticas se ha considerado el plazo de 0 a 4 dias como equivalente del certificado de 24 horas.

Se trata pues de casos por los cuales el jefe de servicio juzga, despues de la llegada del paciente o despues del primer examen clínico, que el estado del sujeto no necesita un internamieto contra su voluntad (18 %), bien porque incluso siendo reconocido como enfermo mental, no presenta peligrosidad para el orden público o para la seguridad de las personas o bien, porque lo que es más grave, no ha sido catalogado como enfermo mental. La otra posibilidad que se ha convertido en la más habitual, es la transformación del internamiento de oficio en internamiento médico (es decir, enfermo mental pero no peligroso).

Recordemos que despues del certificado de 24 horas, solamente un poco mas de la mitad de los pacientes (54 %) en internamiento gubernativo son mantenidos de esta manera en el hospital por decisión del jefe de servicio, ya

sea para continuar la observación o bien para tratarlos.

El internamiento gubernativo ha sido contestado por el médico responsable del servicio con relación a la legitimidad de su mantenimiento en 74 casos en los 8 años sobre los que ha consistido nuestro estudio (18 % del total: (ver cuadro nº11). En 11 casos, es decir, el 2'5 % lo fue en relación a la autenticidad de los trastornos mentales.

El cuadro 17 nos muestra el número de dias que pasan entre el dia de la admisión y el dia de la demanda médica de transformación del internamiento.

Aqui debemos manifestar nuestra opinión en el sentido de que nos parece abusiva la demanda de transformación casi sistemática del internamiento gubernativo en internamiento por orden médica.

Pensamos que algunas medidas de urgencia fueron tomadas un poco abusivamente y que en estos casos un internamiento por orden médica habria sido ventajoso para el enfermo, permitiendo una salida más rápida por la simple razón que la petición de levantamiento del internamiento de oficio por la parte del médico va seguido de trámites burocráticos que necesitan un cierto tiempo.

Para concluir, hay que decir que en el curso de nuestro estudio, no hemos encontrado ni un solo internamiento arbitrario, es decir ningun internamiento apoyado por el psiquiatra que no fuese justificado.

Por el contrario 74 casos equivalentes al 18 % e internamientos ordenados por el Prefecto (gobernador civil en España) han sido denunciados como injustificados por los jefes de servicio de nuestro hospital psiquiatrico en el momento del certificado de 24 horas.

VIII.8- EL CESE DEL INTERNAMIENTO ADMINISTRATIVO

La duración total del internamiento de oficio es inferior a 1 mes en el 70 % de los casos (cuadros 18 y 19) y el 80 % de los internamientos de este tipo cesaron a los 2 meses. Una treintena de enfermos salieron rápidamente, en los 3 días que siguieron a su internamiento.

Cualquiera que fuera el modo de transformación del internamiento de oficio nos parece que su duración es muy variable. Los plazos de salida despues de la transformación en internamiento por orden médica son asi mismo muy variables (cuadro nº 21), casi el 3 % de los enfermos son considerados como peligrosos todavia al cabo de 2 años; detrás de alguno de ellos hay una historia de homicidio.

Las transformaciones del internamiento por parte del prefecto despues de la demanda del médico, siguieron plazos muy variables. En el 90 % de los casos, el prefecto levanta las medidas de internamiento en un plazo inferior a las 3 semanas (despues de la petición del médico, claro!). La respuesta al médico se puede considerar rápida solamente en un tercio de los casos (cuadro Nº 23).

El prefecto siempre tuvo en cuenta la opinión médica antes de ratificar las medidas de urgencia tomadas

por el alcalde. No hemos visto en ningún caso, a lo largo de nuestro estudio, la oposición de la autoridad administrativa a las decisiones médicas de salida del enfermo, sin embargo, algunas veces ha habido un retraso que se puede calificar de excesivo en el tiempo transcurrido para la transformación de la medida de internamiento despues de la petición del médico, y para la cual hicieron falta 2 ó 3 certificados de situación.

Este rechazo de la autoridad administrativa de levantar el internamiento a pesar de la petición del médico jefe de servicio, puede explicarse por el temor de que el enfermo se muestre peligroso una vez fuera del hospital.

Hemos constatado una veintena de evasiones seguidas de una reintegración rápida en la mitad de los casos, a los restantes se les levantó la medida de internamiento durante la fuga y en sólo 3 casos no se supo nada de ellos. En este punto debemos precisar que el hospital de THUIR es un hospital abierto y por lo tanto no se puede asegurar con grandes garantias la contención en el caso de eventuales deseos de evasión por parte del enfermo. Estas evasiones se podrían haber evitado sin duda con el traslado a hospitales psiquiátricos de alta seguridad. De cualquier manera se trata de una pequeñisima proporción equivalente al 5 % y que es todavia menor si tenemos en

cuenta las reintegraciones rápidas.

Para terminar este capítulo hay que recordar que 11 sujetos internados de oficio no fueron reconocidos como enfermos mentales, y aunque el sujeto en cuestión presentó la mayor parte de las veces una peligrosidad contra la sociedad, su plaza no estaba, según ley, en el hospital psiquiátrico.

VIII.9- LAS AUTORIDADES QUE ORDENAN EL INTERNAMIENTO

En el 87 % de los casos, son los alcaldes de los municipios los que toman las medidas necesarias en vista del procedimiento de urgencia del internamiento de oficio. A estos decretos municipales se les ha unido siempre un certificado efectuado por un médico general y algunas veces por un psiquiatra.

En la práctica, al médico lo llama un miembro de la familia del enfermo o uno de sus allegados, amigos o vecinos. Delante del estado del sujeto en cuestión, el médico juzgará la oportunidad o no de una medida de internamiento. En este momento, él mismo o un miembro de la familia alertaran a la autoridades competentes, en este caso al alcalde con el fin de que permita si es necesario la intervencion de la fuerza pública (gendarmes, bomberos.....), con el proposito de hospitalizar al enfermo, hecho que ocurre frecuentemente a la fuerza. No es nada raro la intervención del médico con tratamientos sedantes inyectables delante de los frecuentes estados de agitación.

En otros casos, el sujeto y con relación a su comportamiento, se encontrara rapidamente confrontado de entrada a las autoridades cuando su patologia se manifieste fuera de su domicilio y estos ultimos (gendarmes) despues

de la arrestación de sujeto, requiriran un médico con el fin de examinarlo y poner en marcha las medidas de internamiento necesarias.

Es el alcalde quien en la mayor parte de los casos ha sido alertado como primera autoridad.

Repetimos que en el 87 % de los casos de nuestro estudio, el alcalde tomó medidas de urgencia por haber un peligro inminente. Tambien hay que señalar que no ha habido ningun caso de internamiento administrativo que no haya sido acompañado de un certificado médico.

A este respecto seria interesante decir que el modelo de certificado médico oficial utilizado en España no existe en Francia. Cada médico realiza su certificado en papel timbrado personal de uso privado.

Esta práctica esta propiciada por el modelo singular de seguridad social en Francia, entre cuyas ventajas está la celeridad de la obtención de estos certificados médicos que tienen sin embargo caracter oficial.

En el 13 % de los casos el internamiento fué ordenado por orden gubernamental directa, pero señalemos

que fué en circustancias particulares:

Veintiuno de ellos (5 %), venian directamente de la prisión despues de un "No a lugar".

Para otros veintidos (5 %), la orden gubernativa fué motivada por un traslado a un hospital psiquiatrico de alta seguridad (Existen cuatro en Francia).

El resto, es decir diez casos o el 3 % relevan de una intervención directa del prefecto. (Equivalente al gobernador civil en nuestro pais).

Recordemos que las medidas tomadas en urgencia por el alcalde son provisionales y que es siempre el prefecto el que ratifica o rectifica.Se puede observar que la mención del certificado médico esta presente como elemento indispensable.

VIII.10- EVOLUCION DEL INTERNAMIENTO DE OFICIO CON RELACION A LAS OTRAS MODALIDADES DE HOSPITALIZACION

Antigüamente el número de internamientos de oficio era muy importante. Hoy ciento cincuenta años despues de la ley que lo regula (1838), el número de internamientos de oficio ha sufrido felizmente una gran disminución. Se podrian evocar múltiples razones pero fue sin duda la aparición de nuevas terapeuticas y nuevos medicamentos, lo que cambió fundamentalmente el antiguo sistema de manicomios.

El descubrimiento de estos nuevos tratamientos facilitó enormemente el trabajo institucional permitiendo el aumento del nº. de altas y la disminución del tiempo de hospitalización favoreciendo así el trabajo extra-hospitalario. El otro gran elemento que favoreció este fenómeno fue la politica de sectorización puesta en práctica en los años 1970 a 1972. No obstante tuvieron que pasar algunos años desde que esta politica se puso en marcha antes de constatar una caida sensible del número de internamientos de oficio. Fué a partir de 1975 cuando comenzó a observarse una baja significativa de este tipo de internamiento.

Un último factor a tener en cuenta fué la ley del 15 de abril de 1954 que "obliga" a los alcoholicos

reconocidos como peligrosos para el projimo, a seguir un tratamiento en un hospital especializado. Solamente el enfermo alcoholico peligroso y con trastornos mentales debe ser internados en un hospital psiquiátrico en conformidad con las disposiciones de los artículos 31 y 40 de la ley del 30 de junio de 1838.

La puesta en práctica de la ley de 1954 desgraciadamente no dió buenos resultados. Por una parte esta ley no es muy conocida y por otra parte la ausencia de centros especializados ha bloqueado cualquier posibilidad de aplicarla en la práctica.

Todos estos factores han contribuido en mayor o menor grado a que el numero de hospitalizaciones de forma libre o voluntaria no pare de aumentar y parece continuar esta tendencia hoy en dia, sobre todo debido al descenso paralelo de las hospitalizaciones por indicación médica (cuadro Nº 4).

En los últimos ocho años, ha habido en el hospital de THUIR una media de 3'3 % de internamientos de oficio con relación al total de las hospitalizaciones, esta proporción parece estabilizada. Los internamientos por orden médica representan 5'7% con una clara disminución progresiva.

Las cifras de "servicio libre" estan en aumento y alcanzan el 91%.

Para mejor ilustrar estas afirmaciones veamos los siguientes datos del conjunto nacional francés:

En 1952	I.O. = 29 %	I.M. = 42,3 %
En 1959	I.O. = 17,4 %	I.M. = 26,5 %
En 1963	I.O. = 12 %	I.M. = 20,1 %
En 1975	I.O. = 4 %	I.M. = 16,2 %
En 1985	I.O. = 2,3 %	I.M. = 5,7 %

I.O. = Internamiento de oficio. (implicando peligrosidad)

I.M. = Internamiento por orden médica.

La incidencia de internamiento compulsivo en los últimos años, muestra una cierta estabilización con tendencias a bajar a partir de 1983 sobre todo en el modo de internamiento médico y ésto en beneficio de la hospitalización libre o por propia voluntad.

Sin embargo la menor utilización del internamiento de oficio en el último decenio con respecto a anteriores épocas, está estabilizada. Nosotros entendemos que, puesto que las cifras que arrojan nuestras estadisticas son ligeramente superiores a la media nacional

francesa, (2,2%), existen factores que pueden explicar este desnivel y al mismo tiempo esta estabilización.

Por un lado señalar que el departamento de los Pirineos Orientales es fronterizo siendo por tanto un lugar de paso y de movimientos de gentes, los cuales socialmente son mas controlables. Esta opinión viene apoyada en el numero elevado de enfermos hospitalizados sin domicilio fijo o residentes en otros departamentos o paises.

Al factor geográfico se le une en nuestra opinión el hecho de que, al igual que ocurre en España este departamento del Sur de Francia es socio-economicamente más desfavorecido. La población emigrante es mayor que en otras regiones y ya señalamos anteriormente que se trata de una población donde la incidencia de patologia psiquiatrica es más frecuente.

Otra razon, y esto es mas discutible, que podriamos evocar es una asistencia sectorial en materia de prevención menos desarrollada que en otros departamentos.

Por último, hemos podido constatar, el desconocimiento en algunos casos, que los médicos generalistas expedidores del del certificado de internamiento, tienen de la correcta aplicación de la ley.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1.- La ley de 1838 que regula los internamientos en hospital psiquiátrico, ha demostrado que a lo largo de más de 150 años ha sabido adaptarse y evolucionar, sobre todo en el sentido de que sólo se recurre a ella en los casos más difíciles. Esta ley, decana entre las leyes y que ha servido de modelo en muchos paises, ha conjugado bien su doble esencia de asistencia y protección del enfermo mental y de sus bienes por un lado, y defensa y protección de la sociedad por otro.

2.- En los últimos treinta años ha habido una drástica reducción escalonada del internamiento de oficio (compulsivo-obligatorio) y del internamiento por orden médica en beneficio de la hospitalización en servicio libre, debido en un primer momento a la aparición de los psicofármacos, luego a la aplicación de la política de sector y por últimmo al nuevo espíritu de la psiquiatría social más sensibilizada y tolerante con el enfermo mental. Los enfermos mentales internados de oficio como consecencia de su peligrosidad, constituyen un porcentaje reducido con respecto a los otros modos de hospitalización, 3'3% en el departamento objeto de nuestro estudio y 2'2% como media nacional francesa.

3.- La aplicación de la ley se hace erroneamente en un 2'7% de los casos. Este error es debido a la ausencia de trastornos mentales justificables aún existiendo peligrosidad o delito, en cuyo caso los encargados de aplicar las medidas oportunas son las autoridades judiciales. La responsabilidad de estos internamientos es sobre todo de las autoridades administrativas o de las personas encargadas de aplicar la ley y no de la legislación cuya eficacia está demostrada en esta materia. No se deben considerar por tanto, como internamientos arbitrarios al no existir intencionalidad y resolverse los mismos inmediatamente despues del ingreso (en las 48 horas siguientes).

4.- La forma de aplicación de la ley en su procedimiento de urgencia (orden provisional tomada por el alcalde) es netamente superior (87% de los casos) al procedimiento normal, es decir, ordenado directamente por el Prefecto. La totalidad de los casos en los que se consideró abusivo el internamiento (enfermos mentales pero no peligrosos) provienen precisamente del procedimiento de urgencia.

5.- En lo concerniente a los internamientos propiamente dichos, la utilización de la medida de internamiento de oficio es abusivo como medida preventiva en un porcentaje no despreciable de casos (18%). Entendemos

por uso abusivo, el no cumplimiento de uno de los dos requisitos para el internamiento, es decir, la ausencia de peligrosidad de hecho o potencial del enfermo mental. En estos casos la vía normal de ingreso sería el internamiento por orden médica.

6.- Existen variables ligadas a la propia psicopatología que modifican, condicionan o influyen el desencadenamiento o permanencia del estado de peligrosidad en los enfermos mentales. Estas variables están en función del sexo, de la edad del paciente, de la situación laboral y de otros factores psicosociales. Independientemente de la mayor peligrosidad de una determinada patología mental (como son las psicosis) con respecto a los otros trastornos psíquicos, no existen datos significativos en ningún estudio, que demuestren que la peligrosidad es porcentualmente mayor en la población de enfermos mentales que en la población general.

7.- El estado de peligrosidad relacionado con la enfermedad mental es una fase puntual en la vida del enfermo y en ningún modo debe de considerarse como permanente; tampoco debe de guardar, en la mayoría de los casos, como un estigma en su psicobiografía. Lo concluimos a la luz de nuestros resultados donde observamos que el 75% de los enfermos dejan de ser considerados peligrosos al cabo de un mes de hospitalización y menos de un 10% lo son

pasados cuatro meses despues del internamiento.

8.- Contrastamos que entre las grandes virtudes de la ley de 1838 sobre el internamiento en Francia está el no permitir el encarcelamiento indebido de los enfermos mentales, pues estos son derivados rápidamente por la medida de internamiento de oficio hacia el hospital psiquiátrico, observando pocos casos de sobreseimiento. Se puede afirmar que es una ley que proteje tanto al enfermo mental como a la sociedad y que es eficaz en su aplicación en la medida del gran porcentaje de resocialización o altas como reflejan los datos de esta tesis.

En su contra, podríamos manifestar nuestra opinión de que algunas veces se usa abusivamente con el pretexto de la precvención, pero los dispositivos de la misma ley hacen que se remedien los pocos errores sin demora.

Esta ley que ha sufrido numerosas polémicas y múltiples ataques en la sociedad francesa, ha servido como punto de partida para las leyes en materia de internamiento de muchos paises. Ha dado pruebas de su equilibrio, tales como resistir en vigencia durante siglo y medio en el país que se considera asi mismo como baluarte en la defensa de los derechos humanos.

La ley de 1838 se estableció en el interés de asistir y proteger a los enfermos mentales y a sus bienes así como también en el interés de defender la protección de la sociedad. Ha sabido adaptarse a las nuevas terapeuticas y las nuevas corrientes de la psiquiatría social. Consideramos que presenta todas las garantías necesarias para la preservación de la libertad del enfermo mental. Debe continuar evolucionando porque como dice ANATOLE FRANCE..."Les moeurs ont plus de force que les lois" (la moral tiene más fuerza que la ley).

BIBLIOGRAFIA

ABELY X, "Avant projet de loi sur l'assistance et l'hospitalisation des malades mentaux". Journées psychiatriques de Marzo 1945.
Information psychiatrique : nº 6 Febrero 1946, nº 8 Abril-Mayo 1946, nº 9 Junio 1946, nº 10 Julio 1946.

ABELY Xavier et LAUZIER Jean, "Assistance et protection des malades mentaux". G. DOIN y Cie Editeurs, 1950. Paris.

ABELY Xavier, "Rapport concernant les projets de réforme de la loi du 30 Juin 1838 sur les aliénés". A.M.P. nº 103, tomo I, Marzo 1945, pags. 270 a 290.

ACHAVAL, A. (1977): "Psiquiatría forense". En: VIDAL, BLEICHMAR, USANDIVARAS. Enciclopedia de Psiquiatría. Buenos Aires. El Ateneo. Pags. 584 a 590.

ACHALLE J.Y. y VIDAL, Loi 1838 et loi sécurité et liberté 1981. Information psychiatrique, vol. 58 nº 3, Marzo 1982.

ALEZRAH Ch. y col., "D'une appréciation difficile : la dangerosité", Junio 1988. 5ª jornada anual de l'A.S.R.S. Avignon-Montferrer, Junio 1988.

ALONSO FERNANDEZ, F. (1978) : "Psiquiatria Forense". En: "Compendio de Psiquiatria". Madrid. Oteo.pags. 696-713.

ALONSO FERNANDEZ, F. (1982) : Cauces de colaboración y debate entre la Psiquiatria y La Ley Penal. "Psicopatologia, 2", pags. 135-154.

ALSTROOM, CH (1950): Citado por SORIANO.

ANDRIUX-LAFAYE, E.D. (1976). Citado por BENEZECH et al.(1981).

Asociación Española de Neuropsiquiatria (1983) comisión de legislación. Circular: "Situación actual del internamiento psiquiátrico". Madrid, 5 págs.

AXENROTH (1983): "Social class and delinquency in cross-cultural perspective". J. Res. Crime Delnquency. 20, 2, 164 a 182.

BAILLY-SA LIN P., "La loi du 30 Juin 1838".
Evolution psychiatrique, 1967. IV, pags 883 a 887.

BAINVILLE J., "Louis II de Bavière", Fayard Paris 1964.

BARCIA SALORID, D. (1981) : Cuadros psiquicos y delincuencia. En "Delincuencia Juvenil". Monografias del Hospital Psiquiátrico Provincial "Roman Alberca". Murcia, Consejeria de Sanidad, 2, pags. 71-86.

BARCIA SALORID, D.; MARTINEZ PARDO, F. (1982) : Organización de la asistencia psiquiátrica. En: RUIZ OGARA, C. y cols. "Psiquiatria". 1ª ed., Barcelona, Toray. Tomo II, pags. 1514-1552.

BARTE H.N., "Précis de législation psychiatrique".
nº espécial de perspectivas psiquiátricas Publicat. ; Paris, 1981.

BARUK H., "Le rôle social de l'hôspital psychiatrique".
Inf. psy. Juin 1964, nº 6, pags 381 a 383.

BARUK H., "La réforme de législation sur les malades mentaux". A.M.P., 1967, II, pags 597 a 602.

BASAGLIA F., "Le théâtre de la folie c'est encore l'asile".
Information psychiatrique nº 8, 1978.

BASAGLIA F., "Institutions psychiatriques et société".
Information psychiatrique nº 7, 1969.

BASAGLIA, F. (1975) : Rehabilitación y control social. En: GARCIA, R. (Dir.). "Psiquiátria, antipsiquiatria y orden manicomial". 1ª ed., Barcelona, Barral, pags. 185-196.

BASAGLIA, F (1981) : Prefacio a: JONES, M. "Ideologia e pratica della psichiatria sociale "1ª ed. Sonzogno, Universale Etas Libri, pags. 1-17.

BENASSI, P.; TURRINI, G. (1979). Attualità, problemi e prospettive della riforma psichiatrica. "Rivista Sperimentale de Frenitaria", 103/3, pags. 471-489.

BENEZECH, M.; (1975) : "Aberratión du chromosome y en Pathologie médico-légal". Paris Masson, 1 vol. 190 pags.

BENEZECH, M.; NOEL, B.; MANELPHE C. (1975) : "Chromosome Y Long (Yq+) et comportement délictueux". Ann. Méd. Psychol. T II, 133, nº 2, pags. 313-322.

BENEZECH, M.; (1975) :"Experience des neuroleptiques à action prolongée chez les malades dangereux dans un service de sureté". Bordeaux médical 8º año, Diciembre 1975, nº 22 pags. 2465-2467.

BENEZECH, M ; (1980) : "Sur la nécessité actuelle d'appliquer strictement certaines modalités de la loi du 30 Juin 1838". Ann. Méd. Psycho. vol. 138, nº 6, Junio 1980 pags. 749-754.

BENEZECH, M.; ADDAD, M.; GRASSET, A. (1981) : "Criminologie et psychiatrie". Ency. Med. Chir. de Psychiatrie, 37906 A 10, 10, pags. 1-20.

BENEZECH, M.; ADDAD, M. (1982) : "L'homicide des psychotiques en France. A propos d'une enquête portant sur cinq années (1977-1981). Ann. Méd. Psycholo. 1: pags. 101-105.

BENEZECH M., VANKENSBLICK D., ADDAD M., BOURGEOIS M., "Placement d'office (malades mentaux difficiles et/ou dangereux. Enquête criminologique sur 547 sujets placés d'office de 1967 a 1976 du service de sûreté de Cadillac)". A.M.P., 1967, II.

BENSON, G.; HOLMBERG, M.B. (1984) : "Drug-related criminaliti among young people". Acta psichiat. scand. 70, pags. 487-491.

BERCOVITZ, R. (1976). "La marginación de los locos y el derecho". 1ª ed., Madrid, Taurus, 231 págs.

BOISSON (1952), S: "Estude psychocriminologique de 240 détenus criminels". Rev. Penit. Droit, 7.

BOLLOTTE G., "Le scandale des internements arbitraires (1863-1870). Inf. psy., Abril 1964, nº 4, pags 265 a 272.

BOLLOTTE G., "Les projets d'assistance aux malades mentaux avant la loi de 1838".
Inf. psy., Junio 1965, nº 6, pags. 505 a 513.

BOLLOTTE G., "Il y a 150 ans".
Inf. psy., Enero 1965, nº 1, pags. 59 a 63.

BONNAFE L.. "Tentative d'exégèse de la notion d'internement".
Inf. psy. Nov. 1964, nº 9, pags. 687 a 691.

BONNET, E. F. P. (1984): "Psicopatología y psiquiatría forense". Parte general. Buenos Aires. Lopez Libreros.

BONNET H., "La loi de 1838. Réflexions sur son utilisation actuelle et les projets de sa modification".
Inf. psy. 1968, nº 8.

BRADFORD J.M. (1983) : "The forensic psichiatric aspects of schizophrenia". Psychiatric J. Univers.
Ottawa, 8, 2, pags. 96-103.

BROUSSOLLE, P. (1974) : "Schizophrènie et dèlinquance". Actualitès psychiatríques, 4, Marzo 74, nº 2, pags. 29-30.

BROUSSOLLE, P.; ROULLEAU CL. : (1977) "Structures psychiatriques et délinquance". L'information psychiatrique 53, 8, 1977, pags. 921-927.

BRU V., "Problèmes juridiques relatifs aux nouvelles méthodes de traitement des malades mentaux". Revista de derecho sanitario y social, nº 66 T. II Abril Junio 1981.

CAILLAVET H. "Le projet de réforme de la loi de 1838".
Inf. psy. vol. 55, nº 1, Enero 1979, pags. 101 a 108.

CALCEDO ORDOÑEZ, A. (1982). "El peritaje Psiquiátrico". Psicologia, 2; pags 2, 113-116.

COLIN, M. (1963). "Etudes de Criminologie clinique". Vol. I, 290 pags. Masson et Cie.

COMISION MINISTERIAL PARA LA REFORMA PSIQUIATRICA (1985) : "Documento General y Recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica y la atención a la Salud Mental". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatria, 5/13, pags. 204-233.

CASTEL R., "L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme. Ed. de Minuit. Paris 1976.

CASTRO J., "Quelques remarques concernant la pratique des internements dans un hôspital psychiatrique". Tesis de medicina, Bordeaux nº 421, 1977.

CHOMBARD DE LAUWE, "Milieu social et état dangereux". 2º curso internacional de criminologia. Paris, 14 sept-23 Octubre. 1953.

DANAUX M., "Placement d'office en hôspital psychiatrique". Tesis de médecina, Montpellier, 1980.

DAUMEZON G., "Nécessité d'une loi cadre sur la santé mentale".
A.M.P., 1967, II, pags. 590 A 597.

DAUMEZON G., "Evclution de la législation appliquée aux malades mentaux".
La revue du praticien, t. XXXVIII, nº 29, 21 Mayo 1978.

DAUMEZON G. y BONNAFE L., "L'internement, conduite primitive de la société devant le malade mental. Recherche d'une attitude plus évoluée".
Documentos de l'Inf. psy., nº 1, pags. 82 a 107.

DEL PISTOLA, L. (1979) : "Ricordo del Dr. Georges Daumézon". Revista Sperimentale di Freniatria, 103/5, pags. 1598-1603.

DELTEIL P., "Problèmes posés par l'hospitalisation et la sortie de personnalités pathologiques susceptibles de dangerosité".
Société médico-psych. Sesion del 28 de Mayo de 1973.

DESRUELLES M., "Histoire des projets de révision de la loi du 30 Juin 1838".
A.M.P., 15e série, 96e année, t. 1, Mayo 1938, pags. 585 a 623.

DESRUELLES M., "L'esprit des projets de révision de la loi du 30 Juin 1838".
A.M.P., 15e série, 96e snnée, t. 1, Mayo 1938, pags. 667 a 674.

DI TULLIO, B. (1940) : "Antropologia criminale". Roma. Pozzi.

DURAND, J. et al. (1980): La criminalité en Martinique et quelques aspects psychiatriques et medico-legaus. (A propos de 96 cas.). "Ann. Med. Psychi, 7". Pags. 1238 a 1245.

E.M.C., Enciclopedia Medico-Chirurgicale.
tomo 3, 37.910, Alo. 10-3.

ESPINOSA IBORRA, J. (1973) "La asistencia psiquiátrica".
En: LAIN ENTRALGO, P., "Historia Universal de la medicina".
Barcelona, Salvat, vol. VI, pags 229-235.

EY, H. (1974) : "L'antipsychiatrie (son sens e ses contresens)". En: Encyclopedie Médico-Chirurgicale, (psychiatrie), Paris, Ed. Thécniques, 37005 A 40-11.

EY, H. y Cols. (1975) : "Tratado de Psiquiatria".
7a ed., Barcelona, Toray-Masson, S.A., 1091 pags.

EY H., "L'essence de la maladie mentale et la loi de 1838".
Inf. psych. 1972, nº 1, pags. 29-31.

EY H., "Les médecins des hôspitaux psychiatriques devant la menace ou l'espoir d'une "réforme" de la loi de 1838".
Inf. psy. 1972, nº 1, pags. 33-36.

EY H., "Exposé".
Libro blanco de la psyquiátria francesa, t. 2, 1966, pags. 3 a 10.

EY H., SIVADON P., BONNAFE L., "Faut-il "réformer" la loi de 1838 sur les "aliénés" ?".
Concours médical nº 3, 21 Enero 1967.

EY. H., L'expertise psychiatrique et le problè de la responsabilité pénale. Psychiatrie francaise 1977, nº 3, pags. 239-244.

EY H., BERNARD P., BRISSET C., La législation en psychiatrie.
Manuel de psychiatrie MASSON - Editeur Paris, 1977.

EY. H., "L'abolition des principales dispositions de la loi d'exception d 1838 sur l'effet et la condition de progrès de l'assistance psychiatrique".
A.M.P., 1967, II, pags. 608 - 614.

FELINE, " s indications d'urgence en psychiatrie".
La revue du practicien, t. 25, nº 48, pag. 3779.

FERRER DUFOL, C; "La reforma psiquiatrica en Italia". Unversidad de Zaragoza (1986).

FISCALIA GENERAL DEL ESTADO (1984) : Circular nº 2/1984. En torno al artículo 211 del Código Civil: El internamiento de incapaces presuntos. Madrid, 13 pags.

FOUCAULT, M. (1975) "Histoire de la folie". Vol. I, 308 pags., Union Générale d'éditions Paris 1975, col. 10-18.

FOUCAULT, M. (1975) : "Surveiller et punir (naissance de la prison)". Vol. I, 318 pags., Gallimard.

FOUCAULT, M.,"L'historie de la folie à l âge classique". Gallimard, 1976.

FREEDMAN, A.M.; KAPLAN,H.I. (1982): "Tratado de psiquiatría". 1ª ed., Barcelona, Salvat Editores,2 vols.

FREUD, S. (1981): "Obras completas". 4ª ed., Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 3 vols.

GIBBENS, T.C.N.; ROBERTSON, G; (1983) "A survey of the criminal careers of restriction order patients". Brit. J.Psychiat. 143, pags. 362-369.

GINER, J.; LEAL, C. (1982): "Conducta suicida". En: RUIZ OGARA, C. y cols. "Psiquiatria". 1ª ed., Barcelona, Toray, Tomo II, pags. 1120-1130.

GISBERT CALABUIG, J.A. (1982): "Psiquiatría forense". En RUIZ OGARA, LOPEZ IBOR Y BARCIA SALORIO, "Psiquiatría". Tomo II. Barcelona. Toray, pags. 1566-1581.

GISBERT CALABUIG, J.A., "Medicina legal". Edi Saber, Valencia, 1982.

GISCAR, P (1954): "Dangers du placement des criminels et dés deliquants dans le service des hôspitaux psychiatriques". Ann. Méd. Psycho. Abril 54, 112, T. 1º, nº4, pags. 553-561.

GOFFMAN, E., Asiles: "Etudes sur la condition sociale des malades mentaux".

GOODWIN, D.N. (1973). Alcohol in suicide and homicide. "Quart. J. Stud. Alcohol, 34". Pags. 144 a 156.

GONZALEZ LLERA, F. (1981): Aspectos psiquiatricos en la criminalidad de las drogodependencias. "En drogodependencias". Madrid. INSERSO.

GOUMILLOUX, R., "Législation psychiatrique", Masson, Paris, 1981.

GRASSET, A., "Le placement d'office, obstacle à la politique du secteur" A.M.P., 1967, II.

GREEFF (de) E., "Introduction générale au problème de l'état dangereux".
IIº curso internacional de criminología. Paris - 14 Septiembre, 23 Octubre, 1953, pag. 21.

GREENE, B.T. (1981): An examination of the relationship betwen crime and sustance use in a drug-alcohol treatme populations. "Int. J. Addit, 16". 4, 624 a 645.

GROSSMAN, M., "Attitudes légales devant le malade mental". (Palo Alto).
Psy. française, nº 4, Déc. 1978, pags. 16 a 21.

GUILBERT, F., "Liberté individuelle et hospitalisation des malades mentaux".
Tésis doctoral en derecho, librerías técnicas, 1974, Paris.

HARBURGER, M., "Bourre le médecin aliéniste".
Inf. psy., vol. 52, nº 8, Octubre 1976.

HENNE, F.; HERJANIC, M.; VANDERPEARL, R. (1976-a): Forensic Psichiatry: Profiles of two types of sex offenders. "Am. J. Psychiat, 133".6, 694 a 696.

HENNE, F.; HERJANIC, M.; VANDERPEARL, R. (1976-a): Forensic Psichiatry: Diagnosis and criminal responsablity. "J. Nerv. Mental Dsease, 162". 6, 423 a 429.

HENNE, M., "L'entrée en placement d'office des malades mentaux dans les établissements psychiatriques".
Inf. psy., 1960, pags. 691 a 714.

HEUYER, G., "A propos de la loi de 1838 et de son projet de révision".
A.M.P., XVe serie, 97e année, t. II, Julio 1939, pags. 179 a 200.

HEUYER, G., "Les troubles mentaux. Etude criminologique".
1a ed., Paris, PUF, 1968.

HEUYER, G., "Proposition d'une loi concernant l'assistance aux malades mentaux".
A.M.P., 103e année, t. I, Marzo 1945, pags. 245 a 267.

HOCHMANN, J. (1978): "Le malade mental, ses voisins et l'équipe psychiatrque:. Revua des Croix Marines, nº 3, pags. 69 - 82.

HOCHMANN,J.; HOUVER, J.; ROUSTAND, R.; REBATEL, N. (1980) "Quelques aspects cliniques des psychopaties". Confrontations Psychiatriques nº 18, 1980, pags. 59 - 71.

HUGLO, C. "Analyse du régime juridique de l'internement". Psy. Française, nº 3, Junio-Agosto 1977, pags.251 a 260.

HGLO, C., "Les critiques juridiques de l'internement". Psy. française, Nueva serie, 9e année, nº 2, Abril-Junio 1978. pags. 19 a 23.

KRAUS, J. (1975): Some community problems associated with alcoholism. "Men. Health Aust., 1". 4, 127 a 128.

KRETSCHMER, E. (1954): "Constitución y carácter". 2ª ed. Barcelona, Labor.

KUGENER, J., "La loi du 30 Juin 1838, ses projets de réforme". Tésis de medicina, Paris, 1968.

LAIN ENTRALGO, P. (1978): "Historia de la medicina". 1ª ed., Barcelona, Salvat, 721 pags.

LANGELUDDEKE, A. (1972): "Psiquiatría forense". Madrid, Espasa Calpe.

LANTERI - LAURA, G., "Savoir et pouvoir dans l'oeuvre de Philipe PINEL". Perspectives psychiatriques, 1978, I, nº 65.

LEDESMA JIMENO, A. (1982): "Agresividad y patología psíquica". En RUIZ OGARA, LOPEZ IBOR Y BARCIA SALORIO. "Psiquiatría". Tomo I. Barcelona. Toray. pags. 337 - 350.

LEMPIERE, tH.; FELINA, A. (1977): "Abrégé de Psychiatrie de l'Adulte". Vol. I, 403 pags., Masson ed. Paris.

LEYRIE, J., "Manuel de psychiatrie légale et de criminologie clinique, 1ª ed., Paris, VRIN, 1977.

LOMBROSO, cité par MEUYER, G.: "Les troubles mentaux". Estudio criminológico, Paris, PVF, 1968.

LOO, P.: MERCERON, P. (1973): "Le danger de la sortie des débiles mentaux". Ann. Méd. Psycho. Junio 73, Tomo 2, 131, nº 1, pags. 123 - 126.

LOPEZ IBOR, J.J. (1958): "El peritaje forense desde el punto de vista psicológico". Symposium de psiquiatría forense. Madrid, C.S.I.C., pags. 31 - 46.

LOPEZ IBOR, J.J., "Psiquiatría", Ediciones Toray, Barcelona, Tomo I, 1983.

LOREN, L. (1988) : "A propos du parricide chez le malade mental. Etude de 10 cas cliniques". Memoire université de Montpellier. Septiembre 1988.

LUNA, A.; TORRES, F.:"La enfermedad mental y la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social". Clínica y análisis grupal nº 20. Pags, 88 a 104. (1980).

LUNA, A.; VALENZUELA, A.; SANCHEZ FERNANDEZ, E.;:"Drogas y conductas asociales". Revista de Psiquiatría y Psicología Médica. Tomo XVII Nº 6 (1986).

LUNA, A.; HERNANDEZ CUETO, C.; SANCHEZ FERNANDEZ, E.;: "¿A quien se aplica la ley de peligrosidad y rehabilitación social?. Perfil psicosocial de 125 expedientados por toxicomanía y tráfico de drogas". Cuadernos de politica criminal. nº26 (1985).

MACDONALD, J.M. (1961): Citado por PETURSSON y GUDJONSSON (1981).

MAPELLI CAFFARENA, B. (1984) : "Informe sobre la situación de las instituciones penitenciarias en Andalucia". Sevilla. Dirección General de Justicia. Consejeria de Gobernación. Junta de Andalucia.

MERLE, R.; VITU, A. (1973) : "L'état dangereux". En: Tomo I, Traité de droit criminel, 1 vol. pag. 868. Cujas Ed. Paris, pags. 78 y 103-108.

MOOR, L. (1972) : "Un gêne de la délinquance. Mythe ou realité". Ann. Méd. Psycho. 130e année, Tomo 2, nº 4, Nov. 1972, pags. 520-527.

MERMBERG P.F., "Remarques sur le problème du transport des malades mentaux". Actual. Psychiatriques, 1985, 15, nº 4 pags. 54-58.

MASSIP J., "Législation française relative aux malades mentaux".
E.M.C. 37 901 A 3-1977.

MIGNOT H., "Le problème législatif".
Libro blanco de la psiquiatria française, t. 1, 1965.

MITCHELL, G.; MURPHY, J.B.(1975): A survey of female patiens in Carstairs stade hospital. "Brit. J. Psychiat, 127". Pags. 445 a 447.

MOULINS H., CHABERT, ROCHE L., DUCLUZEAU R., "Mise au point sur quelques urgences essentielles pour le praticien (ivresse aiguë, intoxications...)".
Lyon médical, t. 239, nº 12, 30 Junio 1978, pag. 783.

ODEJIDE, A.O. (1981): Same clinical aspects of criminology: A study of criminal psychiatric patiens at the Lantoro Psychiatric Institution."Acta Psychiat. Scand, 63". Pags. 208 a 244.

OLIE J.P. et SECHTER D., "Etats délirants dangereux".
La revue du praticien, t. XXIX, nº 22, 15 Abril 1979, pags. 1807 - 1809.

PELICIER Y, "Histoire de la psychiatrie", 2a édicion Paris, PVF 1976.

PINATEL J., "Conférence publiée sur l'état dangereux. L'état dangereux à travers l'étude statistique du récidivisme et les tables de prédiction".
IIº curso internacional de criminologia.
Paris, 14 Septiembre, 23 Octubre 1953, pag. 283.

POUGET R., Séminario de psiquiatria Légal "La dangerosité".
CHS de Thuir, Marzo 1988.

POUGET R., "La dangerosité. Rapport de médecine légale".
Congrèso de Psiquiatria y de Neurologia. PARIS. 1988.
Masson éditoras..

PROSPER F., "La responsabilité médicale en psychiatrie". Actualités psychiatriques, 1984, 14, nº 4, pags. 203-212.

PROSPER F., "De la caducité de la loi du 30 Junio 1838 : critique de l'aliénisme". actualités psychiatriques nº 1, 1986, pags. 9-19.

RAYMONDIS L.M., "Réforme ou abrogation de la loi de 1838". Inf. psy., 42ème année, 5e série, nº 6, Junio 1966.

RAYNIER J. et BEAUDOUIN H., "La condition administrative et juridique des malades mentaux".
L'assistance psy. française, t. II, 3a édicion, 1950.

REVERZY J.F., "La folie dans la rue. Les urgences psychiatriques et l'internement". Tesis de medicina de Clermont, 1976.

REYNAUD, E. (1971) : "Evolution des idées sur le meurtre pathologique à propos de vingt cinq cas d'homicide volontaire". Thèse Médecine Montpellier, Mayo 71, 176 pags.

ROJAS BALLESTEROS, L.; SOLER VIÑOLO, M.; MORA TERUEL,F. (1970) : "Estudio sobre el alcoholismo en la provincia de Granada". Folia Neuropsiquiátrica, 5. pags. 3, pags. 187-205.

ROUMAJON, Y. (1979) : "Psychoses et guérison. Aspects médico-légaux". En: Actualité psychiatrique 9, Enero, nº 1, pags. 47-58.

ROUX, M. (1975) : "Considérations statistiques et médico-légales à propos d'un service psychiatrique de sureté".
Mémoire CES Psychiatrie, Marsella, Julio, 247 pags.

RUIZ OGARA, C. (1982) : "Sociogénesis y psicogénesis de la violencia. Personalidad y delincuencia infanto-juvenil". Jniversidad de Santiago de Compostela, pags 319-327.

RUIZ OGARA, C. (1982) ; "Corrientes del pensamiento pragmático". En: RUIZ OGARA, LOPEZ IBOR Y BARCIA SALORIO, "Psiquitria". Tomo I. Barcelona, Toray pags 44-58.

RUIZ OGARA, C. (1976) : Manual de psiquiatria médica. "Psicopatología". Barcelona, Toray.

SAMUEL Domingue, "La loi de 1838 et le placement d'office : Réflexions sur on utilisation à travers un siècle et demi d'assistance aux malades mantaux". Tesis de médicina, Rouen 1978.

SILVADON P., "Vers une assistance extra-hospitalière efficace".
AMP 1947.

SIVADON P., "Faut-il supprimer la loi de 1838 sur les aliénes" ?
Inf. psy., XII, 1954, pags. 409 a 414.

SIVADON P., "Sur la passion de légiférer".
A.M.P., 1967, II, pags. 614, 617.

SIVADON P., "Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible. Recherches nº 17, Paris 1975.

SOLER ARREBOLA, P.:"Actos punibles y manifestacioes psicopatológicas". Tesis. Universidad de Granada (1986).

SOLER VIÑOLO, M. (1970) : "Las reacciones-infracciones de los enfermos mentales. Análisis casuistico de los ingresos por orden judicial en el Hospital Psiquiatrico Provincial de Granada". Folia Neuropsiquiátrica, 5, pags. 1, 5-22.

SOLER VIÑOLO, M.;LLORCA RAMON, G.; LINARES VON SCHMITERLOW, C. (1977): "Heteroagresividad". Folia Neuropsiquiátrica. 12, pags. 3, pags. 223 - 231.

SORIANO ORTEGA, M. (1977): "La personalidad del delincuente". Rev. Psiquiat. Psicol. Méd., 13, pags. 1, 17 - 38.

TAYLOR, P.J.; GUNN,J. (1984):Violence and psychosis. I. Risk of violence among psychotice men. "Brit. J. Med., 288". 6435,Pags. 1945 a 1949.

TORRES GONZALEZ, F.: "Dificultades del diagnóstico y pronóstico del estado peligroso". Clínica y análisis grupal nº 10 (1978).

TORRES GONZALEZ, F.; GARCIA PRIETO, A. (1970): Estudio estadistico sobre pacientes judiciales en el hospital psiquiatrico de Oviedo. "Folia Neuropsiquiatrica" . 5, 3, 213, 231.

VALENZUELA, A.; AGUILERA, J.; VILLANUEVA, E.; LUNA, A.; "Importance of criminal behaviour related variables in criminal prognosis. A follow-up study of 156 subjets". Departamento de medicina legal de la Universidad de Murcia.

VALLEJO NAJERA, A. (1958): "El peritaje psiquiátrico y el arcaísmo de las leyes de enjuiciamiento criminal y civil españolas". Symposium de Psiquiatría Forense. Madrid C.E.S.I.C., pags. 9 - 29.

VECCHIETTI, A.M. (1981): "Evoluzione della legislazione psichiátrica italiana dalla legge nº 36 del 1904 alla legge nº 833 del 1978". Rivista Italiana di medicina legale, 3/1, pags. 115 - 142.

VILLANUEVA CAÑADAS, E.; SANCHEZ BLANQUE, A. (1978): "Ensayo de un peritaje psiquiátrico integral. (A propósito de una violación incestuosa)". Folia Neuropsiquiátrica, 13; pags. 2, 65 - 81.

VIDON, G., "L'internement psychiatrique hier, aujourd'hui et demain". Concours médical 17. 3. 1981. 101413.

VISIER, J.P. et POUGET, R., "La sectorisation bureaucratique et la prise du pouvoir". Actualités psychiatriques 1975 ,nº 33, pags. 40 - 42.

VULLIEN, B., "Cnsidérations psychiatriques sur l'état dangereux". Tesis medicina, de Lille, 1959.

WATSON, A.S. (1982): "Psiquiatría Forense". En: FREEDMAN, KAPLAN Y SADOK; "Tratado de psiquiatría". Tomo II. Barcelona. Salvat, pags. 2679 - 2695.