TABLA 41-A

INGRESOS NO JUDICIALES POSTERIORES	fa	fr
0. No tiene	292	(75,68%)
1. Uno	55	(10,62%)
2. Dos	23	(4,44%)
3. Tres	16	(3.09%)
4. Cuatro	8	(1,54%)
5. Cinco o más	24	(4,63%)

TABLA 1-B

HORA DE LOS HECHOS	fa	fr	fr'
0. No consta	102	(25,31%)	-
1. 9 h - 12 h	42	(10,42%)	(13,95%)
2. 12 h - 15 h	47	(11,66%)	(15,62%)
3. 15 h - 18 h	45	(11,17%)	(14,95%)
4. 18 h - 21 h	44	(10,92%)	(14,62%)
5. 21 h - 00 h	55	(13,65%)	(18,27%)
6. 00 h - 03 h	46	(11,41%)	(15,28%)
7. 03 h - 06 h	12	(2,98%)	(3,99%)
8. 06 h - 09 h	10	(2,48%)	(3,32%)
TOTAL =	403	100%	100%

TABLA 2-B

MES DE LOS HECHOS	fa	fr	fr'
00. No consta	5	(1,24%)	-
01. Enero	23	(5,71%)	(5,78%)
02. Febrero	23	(5,71%)	(5,78%)
03. Marzo	34	(8,44%)	(8,54%)
04. Abril	35	(8,68%)	(8,79%)
05. Mayo	31	(7,69%)	(7,79%)
06. Junio	33	(8,20%)	(8,29%)
07. Julio	40	(9,93%)	(10,05%)
08. Agosto	48	(11,91%)	(12,06%)
09. Septiembre	39	(9,68%)	(9,80%)
10. Octubre	35	(8,68%)	(8,79%)
11. Noviembre	27	(6,70%)	(6,78%)
12. Diciembre	30	(7,44%)	(7,54%)
TOTAL =	403	100%	100%

TABLA 3-B

DIA DE LA SEMANA	fa	fr	fr'
0. No consta	62	(15,38%)	-
1. Lunes	51	(12,66%)	(14,95%)
2. Martes	59	(14,64%)	(17,30%)
3. Miércoles	51	(12,66%)	(14,96%)
4. Jueves	45	(11,17%)	(13,20%)
5. Viernes	47	(11,66%)	(13,78%)
6. Sábado	42	(10,42%)	(12,32%)
7. Domingo	46	(11,41%)	(13,49%)
TOTAL =	403	100%	100%

TABLA 4-B

VIOLENCIA	fa	fr
0. No consta	0	(0,00%)
1. No hubo	89	(22,08%)
2. Contra personas	173	(42,93%)
3. Contra cosas	88	(21,84%)
4. Contra cosas y personas	53	(13,15%)
TOTAL =	403	100%

TABLA 5-B

ANTECEDENTES EN COMISARIA	fa	fr
0. No consta	44	(10,92%)
1. Buena conducta	97	(24,07%)
2. Mala conducta	193	(47,89%)
3. Conducta no informada	45	(11,17%)
TOTAL =	403	100%

TABLA 6-B

RESISTENCIA A LA AUTORIDAD	fa	fr	fr'
0. No consta	55	(13,65%)	-
1. No hubo	262	(65,01%)	(75,29%)
2. Sí hubo	86	(21,34%)	(24,71%)
TOTAL =	403	100%	100%

TABLA 7-B

ANTECEDENTES EN MINISTERIO DE JUSTICIA	fa	fr	fr'
0. No consta	2	(0,50%)	-
1. No tiene	306	(75,93%)	(76,31%)
2. Sí tiene	95	(23,57%)	(23,69%)
TOTAL =	403	100%	100%

TABLA 8-B

ESTUVO ANTERIORMENTE EN PRISION	fa	fr	fr'
0. No consta	5	(1,24%)	-
1. Sí	76	(18,86%)	(19,09%)
2. No	322	(79,90%)	(80,91%)
TOTAL =	403	100%	100%

TABLA 9-B

RELACION FAMILIAR CON LA VICTIMA	fa	fr	fr'	fr''
0. No consta	4	(0,99%)	-	
1. No hubo	151	(37,47%)	(37,85%)	-
2. No tenía	179	(44,42%)	(44,86%)	(72,18%)
3. Sí tenía	69	(17,12%)	(17,29%)	(27,82%)
TOTAL =	403	100%	100%	100%

TABLA 10-B

ESTADO CIVIL DE LA VICTIMA	fa	fr	fr'	fr''
0. No consta	17	(4,22%)	-	-
1. No hubo	151	(37,47%)	(36,12%)	-
2. Soltero	69	(17,12%)	(17,87%)	(29,36%)
3. Casado	161	(39,95%)	(41,71%)	(68,51%)
4. Viudo	5	(1,24%)	(1,30%)	(2,13%)
TOTAL =	403	100%	100%	100%

TABLA 11-B

NIVEL DE INTELIGENCIA DE LA VICTIMA	fa	fr	fr'	fr''
0. No consta	3	(0,74%)	-	-
1. No hubo	151	(37,47%)	(37,75%)	-
2. Normal	243	(60,30%)	(60,75%)	(97,59%)
3. Bajo	6	(1,49%)	(1,50%)	(2,41%)
TOTAL =	403	100%	100%	100%

TABLA 12-B

VECINDAD CON LA VICTIMA	fa	fr	fr'	fr''
0. No consta	4	(0,99%)	-	-
1. No hubo	151	(37,47%	(37,85%)	
2. Sí	130	(32,36%)	(32,58%)	(52,42%)
3. No	118	(29,28%)	(26,57%)	(47,58%)
TOTAL =	403	100%	100%	100%

TABLA 13-B

NATURALEZA DE LA VICTIMA	fa	fr	fr'	fr''
0. No consta	2	(0,50%)	-	-
1. No hubo	151	(37,47%)	(37,56%)	-
2. Niñas	24	(5,96%)	(5,98%)	(9,6%)
3. Niños	14	(3,47%)	(3,49%)	(5,6%)
4. Mujer	77	(19,11%)	(19,20%)	(30,8%)
5. Varón	128	(31,76%)	(31,92%)	(51,2%)
6. Ancianas	3	(0,74%)	(0,75%)	(1,2%)
7. Ancianos	4	(0,99%)	(1,00%)	(1,6%)
TOTAL =	403	100%	100%	100%

TABLA 14-B

TIPO DE EXPEDIENTE QUE SE INCOA	fa	fr
0. No consta	0	(0,00%)
1. D. previos	37	9 9,18%)
2. D. preparatorias	44	(10,92%)
3. D. doloso	6	(1,49%)
4. Ley orgánica 10/80	23	(5,70%)
5. sumario	242	(60,04%)
6. Expediente J.P. y R.S. ó T.T.M.	18	(4,46%)
7. Juicio de faltas	33	(8,19%)
TOTAL =	403	100%

TABLA 15-B

SOBRESEIMIENTO	fa	fr
0. No consta	0	(0,00%)
1. No hubo	240	(59,55%)
2. Sobreseimiento L.3º E.M.	116	(28,78%)
3. Sobreseimiento L.3º T.M.T.	4	(0,99%)
4. Sobreseimiento sordomudez	1	(0,24%)
5. Sobreseimiento provisional	40	(9,92%)
6. Sobreseimiento e indulto	2	(0,49%)
TOTAL =	403	100%

TABLA 16-B

SENTENCIA	fa	fr
0. No consta	0	(0,00%)
1. No hubo	163	(40,44%)
2. Abs. E.M.	27	(6,69%)
3. Abs. T.M.T.	10	(2,48%)
4. Abs. falta de pruebas	15	(3,72%)
5. Abs. perdón	7	(1,73%)
6. Sin circunstancias	72	(17,86%)
7. C. aten. E.M.	59	(14,64%)
8. C. aten. T.M.T.	15	(3,72%)
9. C. aten. embriaguez	7	(1,73%)
10. C. aten. arrebato	2	(0,49%)
11. Senten. J.P.R.S. ó T.T.M.	18	(4,46%)
12. No por fallecimiento o fuga	8	(1,98%)
TOTAL =	403	100%

abs= Absolutoria E.M. = Enajenación mental

C.= Condenatoria T.M.T. = Trastorno mental transitorio

TABLA 17-B

IMPUTABILIDAD	fa	fr	fr'
0. No consta	10	(2,48%)	
1. Inimputable	213	(52,85%)	(54,18%)
2. Semi-imputable	83	(20,59%)	(21,12%)
3. Imputable	79	(19,60%)	(20,10%)
4. Otros	18	(4,46%)	(4,58%)
TOTAL =	403	100%	100%

TABLA 18-B

DELICTIVIDAD DEL HECHO	fa	fr	fr'
0. No consta	8	(1,98%)	-
1. Si	165	(40,94%)	(41,77%)
2. No	204	(50,62%)	(69,15%)
3. Supuesto o prevencion	26	(6,45%)	(6,58%)
TOTAL =	403	100%	100%

TABLA 19-B

PROPUESTA PERICIAL	fa	fr	fr'
0. No consta	36	(8,93%)	-
1. Se acepta	319	(79,15%)	(86,92%)
2. No se acepta	48	(11,91%	(13,07%)
TOTAL =	403	100%	100%

TABLA 20-B

MEDIDAS ACORDADAS POR EL TRIBUNAL	fa	fr	fr'
0. No consta	9	(2,23%)	-
1. Libertad	55	(13,64%)	(13,95%)
2. Prisión	106	(26,30%)	(26,90%)
3. Hospital psiq.	175	(43,42%)	(44,41%)
4. Internamiento otros	11	(2,72%)	(2,79%)
5. Multa	39	(9,67%)	(9,89%)
6. J.P.R.S.	5	(1,24%)	(1,27%)
7. Indulto	3	(0,74%)	(0,76%)
TOTAL =	403	100%	100%

TABLA 21-B

INTERRUPCION DEL INTERNAMIENTO	fa	fr
0. No hubo	205	(50,86%)
1. No	31	(7,69%)
2. Si	145	(35,98%)
3. Sí por fuga u otros	22	(5,45%)
TOTAL =	403	100%

VIII.2. Estadistica de inferencia

Hemos realizado múltiples combinaciones de variables para comprobar la relación de dependencia entre ellas. Este estudio se ha llevado a cabo mediante el test de Chi cuadrado. Para la realización de dicho test se han agrupado algunos de los caracteres componentes de las variables, despreciando los casos de "no consta" y algunas modalidades en que había pocos casos y no podían ser unidas a las restantes.

Con fines descriptivos se mostrará la tabla completa en los casos en que sea interesante y a continuación la misma tabla reducida a la que se le ha aplicado el test de la Chi cuadrado. A las tablas que presentaban significación se les ha añadido el porcentaje, bien por filas, bien por columnas, para apoyar esta significación y poder observar donde se localizan los desequilibrios. Estos porcentajes no son indicativos de significación, sino el test que anteriormente se ha realizado.

Para el estudio de inferencia hemos tenido que prescindir de diagnósticos tales como: psicosis orgánicas seniles (3 casos), psicosis exógena transitorias (9 casos), psicosis afectivas (15 casos), otras psicosis no orgánicas (5 casos), trastornos no clasificados (2 casos) y reacción de adaptación (1 caso) que por presentarse en número insuficiente impedían la realización del test. De estos diagnósticos hablaremos desde el punto de vista de frecuencias y no de significación o dependencia estadística. Otros, tales como desviaciones sexuales y simulación se han unido a trastornos neuróticos y de personalidad y no enfermedad mental respectivamente.

Igual reducción se ha realizado con los delitos, tomando para nuestro estudio los mayoritarios tales como contra Personas, Propiedad, Honestidad, Autoridad, Libertad y Seguridad.

En primer lugar estudiamos si el Sexo tenía relación de dependencia tanto con el Diagnóstico como con el tipo de Delito cometido, en el primer ingreso judicial de estos sujetos. La Tabla I muestra el cruce Sexo-Diagnóstico en toda su amplitud y la Tabla II expone este mismo cruce pero en él se han agrupado algunos diagnósticos tales como Psicosis alcohólicas + Dependencia de alcohol; Psicosis debidas a drogas + Abuso y Dependencia de drogas; Psicosis Esquizofrénicas + Estados paranoides; Trastornos neuróticos y de personalidad + Desviaciones sexuales, para la realización del test de χ^2. Se obtuvo una dependencia estadística de $p < 0,01$. Como podrá observarse en esta Tabla se han calculado los porcentajes verticalmente, por columnas, para cada modalidad, hombres y mujeres. La comparación de porcentajes ha de realizarse de forma horizontal, es decir, para cada diagnóstico. De este modo observamos una mayor frecuencia de la esperada entre los hombres con Psicosis Alcohólicas y Dependencia de alcohol, (21,05%), frente a las mujeres, (6,82%). En las Psicosis debidas a drogas y en los abusos y dependencia de drogas no existen diferencias entre uno u otro sexo. Respecto a las Psicosis esquizofrénicas y a los estados paranoides se obtuvo una mayor frecuencia proporcional de mujeres, (31,82%), frente a los hombres, (23,06%). Los trastornos neuróticos, de personalidad y desviaciones sexuales proporcionan también una mayor frecuencia de mujeres, (38,64%), que de varones, (10,06%).

Con relación a las lesiones orgánicas no hay una diferencia marcada. Por último, en relación al Retraso Mental, se observó una mayor proporción de la esperada en hombres, (19,29%), que en mujeres, (6,82%). Esta Tabla la expli-

TABLA I - DIAGNOSTICO-SEXO

DIAGNOSTICO	SEXO VARON	SEXO MUJER	TOTAL
No consta	3	0	3 (0,58%)
Ps. Orgánica Senil	3	0	3 (0,58%)
Ps. Alcohólicas	44	1	45 (8,69%)
Ps. Drogas	27	3	30 (5,79%)
Ps. exog. transitorias	8	1	9 (1,74%)
Ps. organ. crónicas	3	0	3 (0,58%)
Ps. esquizofrénicas	74	8	82 (15,83%)
Ps. afectivas	10	5	15 (2,90%)
Estados paranoides	15	6	21 (4,05%)
Otros Ps.no orgánicos	5	0	5 (0,96%)
Ttmos. neuróticos, de personal. y desv. sex.	63	17	79 (15,25%)
Dependencia alcohol	39	2	41 (7,92%)
Abuso y dependencia de drogas	23	2	25 (4,83%
Ttmos. no clasificados	2	0	2 (0,39%)
Reacción de adaptación	1	0	1 (0,19%)
Lesiones orgánicas	31	2	33 (6,37%)
Retraso mental	71	3	74 (14,29%)
No enfermedad + Simulación	44	3	47 (9,03%)
	465 (89,77%)	53 (10,23%)	518

TABLA II DIAGNOSTICO-SEXO

DIAGNOSTICO	SEXO HOMBRES	SEXO MUJERES	TOTAL
Ps. Alcohólicos + Dep. Alcohol	83 (21,05%)	3 (6,82%)	86
Ps. Drogas + Abuso y Dep. Drogas	50 (12,95%)	5 (11,36%)	55
Ps. esquizof. + E. paranoides	89 (23,06%)	14 (31,82%)	103
Ttncs. neuróticos y de personalidad + Desv. sexuales	62 (10,06%)	17 (38,64%)	79
Lesiones orgánicas	31 (8,42%)	2 (4,54%)	33
Retraso mental	71 (19,29%)	3 (6,82%)	74
TOTAL	386 (100%)	44 (100%)	430

$\chi^2_{exp.} = 19,83$ 5 g.l. $P < 0,01$

camos detenidamente para que pueda comprenderse el mecanismo de lectura de las siguientes. Repetimos que los porcentajes que aparecerán en las tablas significativas son orientativos de dónde se localizan estas diferencias pero la significación se obtiene a través del test de χ^2 para todo el conjunto de la Tabla.

La Tabla III representa el cruce Delito-Sexo. Nos va a proporcionar una alta significación de $p < 0,001$. Existe gran dependencia entre el sexo y el tipo de delito cometido por estos enfermos judiciales. Hecho que se manifiesta en una proporción mayor de la esperada de delitos contra persona y contra la libertad y la seguridad en relación a las mujeres. Proporcionalmente los hombres cometieron menos este tipo de delitos. Sin embargo los delitos contra la propiedad están más relacionados con el sexo masculino.

Entre el Sexo de estos individuos y la Edad al primer ingreso judicial, Tabla IV, no encontramos relación de dependencia.

El Estado civil está muy significativamente relacionado con el Diagnóstico, $p < 0,001$, Tabla V. Se ha prescindido en este cruce de los viudos y separados, por ser muy reducidos .

Las Psicosis Alcohólicas y las Dependencias de Alcohol adquieren una mayor frecuencia de la esperada entre los sujetos casados (16,89% y 16,89% respectivamente, frente a solteros 5,08% y 4,76%).

Lo contrario sucede con las Psicosis debidas a Drogas y los Retrasos Mentales que se presentan más frecuentemente entre los individuos solteros (7,94 y 21,9% frente a 3,38% y 2,70% en casados).

TABLA III DELITO-SEXO

	SEXO		
DELITO	VARON	MUJER	TOTAL
Personas	101 (23,6%)	17 (42,5%)	118
Propiedad	153 (35,75%)	3 (7,5%)	156
Honestidad	64 (14,95%)	4 (10%)	68
Autoridad	44 (10,28%)	2 (5%)	46
Libertad y Seguridad	53 (12,38%)	12 (30%)	65
C. Salud Pública	13 (3,04%)	2 (5%)	15
TOTAL	428 (%)	40 (%)	468

$\chi^2_{exp} = 24,21$ 5 (g.l.) $p < 0,001$

TABLA IV EDAD-SEXO

EDAD	SEXO HOMBRES	SEXO MUJERES	TOTAL
10 - 20 años	93	10	103
21 - 25 años	92	5	97
26 - 30 años	58	4	62
31 - 35 años	57	5	62
36 - 40 años	47	7	54
41 - 45 años	46	8	54
46 - 50 años	28	6	34
51 ó más	43	8	51
TOTAL	464	53	517

$\chi^2_{exp} = 9,52$ 7 (g.l.) No significativa

TABLA V. DIAGNOSTICO - ESTADO CIVIL

	ESTADO CIVIL		
DIAGNOSTICO	SOLTEROS	CASADOS	TOTAL
Ps. alcohol	16 (5,08%)	25 (16,89%)	41
Ps. Drogas	25 (7,94%)	5 (3,38%)	30
Ps. Esquizofrénicas + E. Paranoide	64 (20,32%)	34 (22,97%)	98
Ttrnos. neuróticos y de Personal.	54 (17,54%)	24 (16,22%)	78
Dep. Alcohol	15 (4,76%)	25 (16,89%)	40
Ab. y Dep. drogas	19 (6,03%)	6 (4,05%)	25
Lesiones orgánicas	22 (6,98%)	9 (6,08%)	31
Retraso mental	69 (21,9%)	4 (2,70%)	73
No enfermedad	31 (9,84%)	16 (10,81%)	47
TOTAL	315 (%)	148 (%)	463

$\chi^2 exp. = 61,12$ 8 (g.l.) $p < 0,001$

El resto de los diagnósticos no mostró una marcada diferencia hacia uno u otro tipo de estado civil.

Respecto al Delito y al Estado civil, Tabla VI también encontramos una gran dependencia estadística, - $p < 0,001$.

Los sujetos que cometieron delitos contra las personas eran más frecuentes entre los casados con un 38,09%, en contraposición con el 17,21% de los solteros. Igual sucede con los que realizaron delitos contra la Libertad y la Seguridad (21,77% en casados y 10,39% en solteros). Sin embargo los individuos que perpetraron delitos contra la Propiedad, proporcionalmente eran más frecuentes entre los solteros con un 40,9%, frente al 19,73% en casados.

La Tabla VII indica la correlación entre el Diagnóstico y al Naturaleza o lugar de nacimiento de estos enfermos judiciales. Se obtuvo una alta significación, $p < 0,001$.

Los individuos con Psicosis debidas a Drogas eran más frecuentes entre los que habían nacido en "otras" capitales, provincias y extranjero (18,75%) frente a los que habían nacido en Pueblos de más de 10.000 habitantes de la provincia de Granada (0%) y zonas rurales de la misma (2,69%).

Los sujetos con Psicosis Esquizofrénicas y Estados Paranoides, obtuvieron una mayor proporción entre los que nacieron en zonas rurales (25,8%) y Pueblos de más de 10.000 habitantes (27,27%) de Granada.

En cuanto a los que padecían Trastornos Neuróticos, de Personalidad y Desviaciones Sexuales, presentaron una menor frecuencia de la esperada entre los que nacieron en Pueblos de más de 10.000 habitantes de la provincia de Granada (9,09%).

TABLA VI . DELITO - ESTADO CIVIL

DELITO	ESTADO CIVIL SOLTEROS	CASADOS	TOTAL
Personas	53 (17,21%)	56 (38,09%)	109
Propiedad	126 (40,91%)	29 (19,73%)	155
Honestidad	51 (16,56%)	16 (10,88%)	67
Autoridad	33 (10,71%)	12 (8,16%)	45
Libertad y Autoridad	32 (10,39%)	32 (21,77%)	64
C. Salud Pública	13 (4,22%)	2 (1,36%)	15
TOTAL	308 (%)	147 (%)	455

$\chi^2 exp = 45,69$ 5 (g.l.) $p < 0,001$

TABLA VII. DIAGNOSTICO - NATURALEZA

	NATURALEZA				
DIAGNOSTICO	GRANADA Y ZONA INF.	PUEBLOS GRANDES	ZONAS RURALES	OTRAS	TOTAL
Ps. alcohol	14 (10,07%)	4 (7,27%)	20 (10,75%)	7 (7,29%)	45
Ps. Drogas	6 (4,31%)	0 (0%)	5 (2,69%)	18 (18,75%)	29
Ps. Esquizo. + E. Paranoides	26 (18,7%)	15 (27,27%)	48 (25,8%)	14 (14,58%)	103
Trastos. neurot. y de personal.	28 (20,14%)	5 (9,09%)	33 (17,74%)	13 (13,57%)	79
Dep. Alcohol	10 (7,19%)	3 (5,45%)	18 (9,68%)	10 (10,41%)	41
Ab. y Dep. Drogas	7 (5,03%)	2 (3,63%)	5 (2,68%)	11 (11,46%)	25
Les. orgánicas	11 (7,91%)	8 (14,54%)	10 (5,37%)	4 (6,16%)	33
Retraso mental	26 (18,7%)	14 (25,45%)	27 (14,51%)	7 (7,29%)	74
No enfermedad	11 (7,91%)	4 (7,27%)	20 (10,75%)	12 (12,5%)	47
TOTAL	139 (%)	55 (%)	186 (%)	96 (%)	476

$\chi^2_{exp.} = 70,82$ 24 (g.l.) $p < 0,001$

Respecto a los individuos con Abuso y Dependencia de Drogas se comportaron de forma similar a las Psicosis debidas a Drogas, es decir, eran más frecuentes entre los que habían nacido en "otras"capitales, provincias y extranjero con un 11,46% frente al 2,68% de los que habían nacido en zonas rurales de menos de 10.000 habitantes de Granada.

Por último, tanto los sujetos con Lesiones Orgánicas como los que padecían Retraso Mental, obtuvieron una mayor frecuencia de la esperada entre los que nacieron en Pueblos de más de 10.000 habitantes (14,54% y 30,91%, respectivamente).

En el cruce Naturaleza-Delito, Tabla VIII, encontramos una alta dependencia, $p < 0,001$.

Los desequilibrios de la Tabla, muestran que los sujetos que realizaron delitos contra las Personas eran más frecuentes entre los que habían nacido en pueblos grandes (40%) y zonas rurales (30,52%) de la provincia de Granada, frente al 4,39% de las que habían nacido en "otras" capitales, provincias y extranjero.

En cuanto a los individuos que cometieron delitos contra la Propiedad, obtuvieron una mayor proporción entre los que nacieron en Granada capital y zona de influencia, (43,79%), así como en "otras" capitales, provincias y extranjero, (48,35%), y una menor proporción entre los originarios de Pueblos grandes de Granada, (22%), y sus zonas rurales (21,58%).

Los sujetos con delitos contra la Honestidad alcanzaron un mayor porcentaje entre los que nacieron en zonas rurales de Granada, (17,89%), en contraposición con los que habían nacido en Granada y zona de influencia, (9,99%).

En los individuos que llevaron a cabo delitos contra la Autoridad, se encontró una menor frecuencia de la esperada entre los que nacieron en "otras" capitales, provincias o extranjero, (5,49%). Al contrario sucede con los que reali-

TABLA VIII. DELITO - NATURALEZA

	N A T U R A L E Z A				
DELITO	GRANADA Y ZONA INF.	PUEBLOS GRANDES	ZONAS RURALES	OTRAS	TOTAL
Personas	36 (26,27%)	20 (40%)	58 (30,52%)	4 (4,39%)	118
Propiedad	60 (43,79%)	11 (2^%)	41 (21,58%)	44 (48,35%)	156
Honestidad	13 (9,99%)	6 (12%)	34 (17,89%)	15 (16,48%)	68
Autoridad	17 (12,41%)	6 (12%)	18 (9,47%)	5 (5,49%)	46
Libertad y Seguridad	9 (6,57%)	6 (12%)	36 (18,95%)	14 (15,38%)	65
C. Salud Pública	2 (1,46%)	1 (2%)	3 (1,58%)	9 (9,89%)	15
TOTAL	137 (%)	50 (%)	190 (%)	91 (%)	468

$\chi^2 exp = 74,74$ 15 (g.l.) $p < 0,001$

zaron delitos contra la Salud Pública que obtuvieron una mayor proporción entre los naturales de "otras" capitales, provincias y extranjero,(9,89%).

En relación a los sujetos que perpetraron delitos contra la Libertad y la Seguridad se obtuvo una mayor prevalencia entre los originarios de zonas rurales de menos de 10.000 habitantes,(18,95%), frente al 6,57% de los naturales de Granada capital y su zona de Influencia.

La Tabla de contingencia IX muestra una alta significación, $p < 0,001$, entre la Residencia de estos individuos y el tipo de Diagnóstico.

Esta dependencia se manifiesta en los enfermos con Psicosis Alcohólicas, los cuales eran más frecuentes entre los que residían en Granada, barrios y zona de influencia, (13,42%), frente a los que vivían en Pueblos grandes de Granada,(4.76%),y en "otras" capitales, provincias y extranjero,(3,17%).

Por el contrario los individuos con Psicosis debidas a Drogas alcanzaron una mayor prevalencia entre los que residían en "otras capitales, provincias y extranjero,(22,22%), y una menor prevalencia entre los que vivían en zonas rurales, (0,76%), y Pueblos grandes,(1,59%), de la provincia de Granada.

Los sujetos con Psicosis Esquizofrénicas y Estados paranoides obtuvieron una mayor frecuencia de la esperada entre los que residían habitualmente en Zonas rurales,(30,53%), frente al 11.11% de los que vivían en "otras" capitales, provincias y extranjero.

Con los individuos que padecían Abuso y Dependencia de Drogas, sucedía algo parecido a las Psicosis debidas a Drogas, es decir, que eran más frecuentes entre los que vivían en "otras" capitales, provincias y extranjero,(11,11%), y menos frecuentes entre los que residían en Zonas rurales de Granada,(2,29%).

TABLA IX. DIAGNOSTICO - RESIDENCIA

	RESIDENCIA					
DIAGNOSTICO	GRANADA CENTRO	GRANADA BARRIOS (Zon.Inf)	PUEBLOS GRANDES	ZONAS RURALES	OTRAS	TOTAL
Ps. Alcohol	5 (7,35%)	20 (13,42%)	3 (4,76%)	14 (10,69%)	2 (3,17%)	44
Ps. Drogas	7 (10,29%)	7 (4,7%)	1 (1,59%)	1 (0,76%)	14 (22,22%)	30
Ps. Esquizo. E. Paranoid.	14 (20,59%)	29 (19,46%)	13 (20,63%)	40 (30,53%)	7 (11,11%)	103
Ttrnos. neurot. y de personal.	13 (19,11%)	27 (18,12%)	10 (15,87%)	21 (16,03%)	8 (12,7%)	79
Dep. Alcohol	9 (13,23%)	13 (8,72%)	4 (6,34%)	11 (8,4%)	4 (6,34%)	41
Ab. y Dep. Drogas	4 (5,88%)	6 (4,02%)	5 (7,93%)	3 (2,29%)	7 (11,11%)	25
Les. orgánicas	3 (4,41%)	11 (7,38%)	8 (12,70%)	7 (5,34%)	4 (6,34%)	33
Retraso mental	7 (10,29%)	26 (17,45%)	14 (22,22%)	20 (15,26%)	6 (9,52%)	73
No enfermedad	6 (8,82%)	10 (6,71%)	5 (7,93%)	14 (10,68%)	11 (17,46%)	46
TOTAL	68 (%)	149 (%)	63 (%)	131 (%)	63 (%)	474

$\chi^2 exp = 77,56$ 32 (g.l.) $p < 0,001$

En cuanto a las lesiones orgánicas eran más frecuentes entre los que vivían en Pueblos grandes de más de 10.000 habitantes,(12,70%),frente al resto de lugares de Residencia.

También, los sujetos con Retraso Mental, obtuvieron una mayor frecuencia proporcional entre los que residían en Pueblos grandes de Granada,(22,22%),frente al 9,52% de los que residían en "otras" capitales, provincias y extranjero. Sin embargo, este último apartado de "otras", era la residencia más usual entre los sujetos que no presentaron enfermedad mental o bien la simularon,(17,46%), en contraposición con el resto de apartados de residencia.

En la Tabla X se observa la relación entre la Residencia y el tipo de Delito cometido por estos enfermos judiciales. Se encontró, asimismo, una alta dependencia estadística, $p < 0,001$.

Aquellos que cometieron delitos contra las Personas eran más abundantes entre los que vivían en Pueblos grandes, (40,68%), y Zonas rurales,(34,06%),de la provincia de Granada, frente al 1,72% de los que residían en "otras" capitales, provincias y extranjero, así como al 21,47% de los que residían en Granada, barrios y zona de influencia.

Sin embargo, los individuos que realizaron delitos contra la propiedad, alcanzaron una mayor frecuencia proporcional entre los que residían en Granada, barrios y zona de influencia,(40,94%), y en "otras" capitales, provincias y extranjero,(55,17%),en contraposición con los que residían en Pueblos grandes,(22,0 %), y zonas rurales,(23,19%), de Granada.

Los sujetos que llevaron a cabo delitos contra la Autoridad eran menos frecuentes entre los que residían en otras capitales, provincias y extranjero, (3,45%), que en el resto de los apartados de residencia.

Los individuos que cometieron delitos contra la

TABLA X. DELITO - RESIDENCIA

DELITO	RESIDENCIA: GRANADA CENTRO	GRANADA BARRIOS (Zon. Inf.)	PUEBLOS GRANDES	ZONAS RURALES	OTRAS	TOTAL
Personas	14 (22,95%)	32 (21,47%)	24 (40,68%)	47 (34,06%)	1 (1,72%)	118
Propiedad	17 (27,87%)	61 (40,94%)	13 (22,03%)	32 (23,19%)	32 (55,17%)	155
Honestidad	8 (13,11%)	19 (12,75%)	10 (16,95%)	21 (15,21%)	9 (15,52%)	67
Autoridad	7 (11,47%)	17 (11,97%)	6 (10,17%)	14 (10,14%)	2 (3,45%)	46
Libertad y Seguridad	13 (21,31%)	18 (12,08%)	5 (8,47%)	22 (15,94%)	6 (10,34%)	64
C. Salud Publica	2 (3,28%)	2 (1,34%)	1 (1,69%)	2 (1,45%)	8 (13,79%)	15
TOTAL	61 (%)	142 (%)	59 (%)	138 (%)	58 (%)	465

$\chi^2 exp = 73,49$ 20 (g.l.) $p < 0,001$

Libertad y la Seguridad presentaron una mayor frecuencia de la esperada entre los que residían en Granada centro, (21,31%); mientras que los que cometieron delitos contra la Salud Pública eran más abundantes proporcionalmente entre los que vivían en "otras" capitales, provincias o extranjero, (13,79%), que entre el resto de apartados de residencia, los cuales, se mantuvieron sin desequilibrios marcados.

La Tabla XI representa la relación entre la Naturaleza y la Residencia. La mostramos sólo con fines descriptivos ya que no cumplía los requisitos necesarios para la realización del Test.

La Tabla XII indica la Edad media al primer ingreso judicial y su desviación típica según el tipo de Diagnóstico.

La Tabla XIII muestra el cruce Diagnóstico-Edad al primer ingreso judicial. Esta Tabla nos proporciona una alta dependencia estadística de $p < 0,001$.

Los individuos con Psicosis alcohólicas eran más frecuentes entre los que tenían al ingreso de 41 a 50 años (18,07%) y menos frecuentes entre los 10 y 20 años (1,02%).

Los sujetos con psicosis debidas a Drogas, obtuvieron una mayor frecuencia de la esperada entre los que ingresaron con edades de 21 a 30 años, (14,57%), frente a los que entraron judicial con edades superiores a los 31 años, (1,88%, 0%, 0%).

Los individuos con Psicosis esquizofrénicas eran más frecuentes entre los que ingresaron entre 31 y 40 años, (31,13%), y entre 51 ó más, (26,3%), siendo menos frecuentes entre los que ingresaron de 10 a 20 años, (3,06%), y 21 a 30 años, (13,24%).

La misma similitud anterior encontramos con los Estados Paranoides, más frecuentes entre 41 y 50 años, (8,43%),

TABLA XI NATURALEZA - RESIDENCIA

NATURALEZA	Granada Centro	Granada Barrios	Zona de Influen.	Pueblos Grandes	Zonas Rural.	Otros	Total
Granada	29	87	1	1	4	0	122
Zona de Influencia	3	6	12	2	0	0	23
Pueblos Grandes	2	4	2	46	1	0	55
Zonas Rurales	24	27	3	11	137	5	207
Otros	14	17	1	3	7	65	107
TOTAL	72	141	19	63	149	70	514

TABLA XII. EDAD MEDIA Y DESVIACION TIPICA SEGUN EL DIAGNOSTICO

	N	$\bar{x}$	S.D.
1º. Psicosis orgánica senil	3	66,33	7,63
2º. Psicosis alcohólica	44	38,56	10,79
3º. Psicosis drogas	30	23,66	4,09
4º. Psicosis exógenas transitorias	9	33,00	12,74
5º. Psicosis orgánicas crónicas	3	39,66	17,55
6º. Psicosis esquizofrénicas	82	36,59	11,63
7º. Psicosis afectivas	15	41,33	17,79
8º. Estados paranoides	21	43,47	11,71
9º. Otras psicosis no orgánicas	5	42,00	14,31
10º. Trastornos neuróticos y de personalidad	77	30,01	11,92
11º. Desviaciones sexuales	2	20,50	3,53
12º. Síndrome de dependencia alcohol	41	40,92	8,28
13º. Abuso y dependencia de drogas	25	25,00	9,46
14º. Trastornos no clasificados	2	28,00	14,14
15º. Reacción de adaptación	1	53,00	
16º. Lesiones orgánicas	33	27,24	11,18
17º. Retraso mental	74	25,02	8,39
18º. Simulación	2	28,00	7,07
19º. No enfermedad mental	45	32,00	15,72

TABLA XIII. DIAGNOSTICO - EDAD

DIAGNOSTICO	E D A D 10-20 a.	21-30 a.	31-40 a.	41-50 a.	51 ó más	TOTAL
Ps. Alcohol	1 (1,02%)	11 (7,28%)	12 (11,32%)	15 (18,07%)	5 (13,16%)	44
Ps. Drogas	6 (6,12%)	22 (14,57%)	2 (1,88%)	0 (0%)	0 (0%)	30
Ps. Esquizo.	3 (3,06%)	20 (13,24%)	33 (31,13%)	16 (19,28%)	10 (26,31%)	82
E. Paranoide	0 (0%)	2 (1,32%)	7 (6,6%)	7 (8,43%)	5 (13,16%)	21
Ttnos. neurót. y de personal.	22 (22,45%)	27 (17,88%)	15 (14,15%)	10 (12,05%)	5 (13,16%)	79
Dep. alcohol	0 (0%)	3 (1,98%)	18 (16,98%)	16 (16,28%)	4 (10,52%)	41
Ab.y Dep. Alcohol	9 (9,18%)	12 (7,94%)	2 (1,88%)	1 (1,2%)	1 (2,63%)	25
Les. organ.	11 (11,22%)	15 (9,93%)	1 (0,94%)	4 (4,82%)	2 (5,26%)	33
Retr. mental	31 (31,63%)	26 (17,22%)	11 (10,38%)	6 (7,23%)	0 (0%)	74
No enfermedad	15 (15,31%)	13 (8,61%)	5 (,471%)	8 (9,64%)	6 (15,79%)	47
TOTAL	98 (%)	151 (%)	106 (%)	83 (%)	38 (%)	476

$\chi^2_{exp} = 184,51$ 36 (g.l.) $p < 0,001$

y 51 o más, (13,16%). Y menos frecuentes entre 10 y 20 años, (0%), y 21 y 30 años, (1,32%).

En cuanto a los individuos con Trastornos Neuróticos, de Personalidad y Desviaciones Sexuales alcanzaron una mayor proporción entre los que ingresaron con edades comprendidos entre 10 y 20 años, (22,45%), frente al 12,05% de los que tenían al primer ingreso judicial de 41 a 50 años.

Los sujetos con Dependencia de Alcohol obtuvieron una mayor frecuencia de la esperada entre 31 y 50 años, (16,98% y 16,28%) y una menor frecuencia por debajo de los 30 años, (0% y 1,98%).

Respecto a los sujetos con Abusos y Dependencia de Drogas eran más frecuentes entre los 10 y 20 años, (9,18%), y entre los 21 y 30 años, (7,94%), frente a los 31 y 40 años, (1,88%), y 41 y 50 años, (1,2%).

Los individuos con lesiones orgánicas presentaron una mayor frecuencia entre 10 y 20 años, (11,22%), y 21 y 30 años, (9,93%), y una menor frecuencia entre 31 y 40 años, (0,94%).

Aquellos que padecían Retraso Mental eran más abundantes proporcionalmente entre los que tenían edades de 10 a 20 años, (31,63%), frente a los que tenían entre 41 y 50 años o más, (7,23% y 0%).

Por último los que no presentaron enfermedad mental o la simularon, obtuvieron una mayor frecuencia entre 10 y 20 años, (15,31%), y entre 51 o más años, (15,79%), frente a los que tenían de 31 a 40 años, (4,71%).

La Tabla XIV ofrece el mismo cruce anterior Diagnóstico-Edad, pero en el cual la edad sólo se dividió en dos intervalos: más de 30 años y menos de 30 años. Volvimos a obtener una alta significación de $p < 0,001$.

Esta nueva Tabla nos sirve a la vez como resumen y como comprobación del cruce anterior.

TABLA XIV. DIAGNOSTICO - EDAD

DIAGNOSTICO	EDAD - 30 años	EDAD + 30 años	TOTAL
Ps. alcohol	12 (4,82%)	32 (14,10%)	44
Ps. Drogas	28 (11,24%)	2 (0,88%)	30
Ps. Esquizofrénicas	23 (9,24%)	59 (25,99%)	82
E. Paranoide	2 (0,80%)	19 (8,37%)	21
Ttrnos. neuroticos y de personal.	49 (19,68%)	30 (13,22%)	79
Dep. Alcohol	3 (1,2%)	38 (16,74%)	41
Ab. y Dep. Drogas	21 (8,43%)	4 (1,76%)	25
Lesiones orgánicas	26 (10,44%)	7 (3,08%)	33
Retraso mental	57 (22,89%)	17 (7,49%)	74
No enfermedad	28 (11,24%)	19 (8,37%)	47
TOTAL	249 (%)	227 (%)	476

$\chi^2_{exp} = 140,79$ 9 (g.l.) $p < 0,001$

La dependencia estadística observada, muestra que son más frecuentes proporcionalmente entre los menores de 30 años, frente a los de más edad, los individuos con: Psicosis debidas a drogas, (11,24% frente a 0,88%); Trastornos neuróticos, de personalidad y desviaciones sexuales, (19,68% frente a 13,22%); Abuso y Dependencia de Drogas, (8,43% / 1,76%); Lesiones orgánicas, (10,44%/3,08%) y Retraso Mental, (22,89%/7,49%).

Por el contrario, son más frecuentes entre los mayores de 30 años frente a los de menor edad, los sujetos con: Psicosis alcohólicas, (14,10% frente a 4,82%) , Psicosis esquizofrénicas, (25,99% / 9,24%) , Estados Paranoides, (8,37% / 0,80%) y Dependencias de Alcohol, (16,74% / 1,20%).

La Tabla XV indica la relación entre la **Edad** al primer ingreso judicial y el tipo de **Delito** cometido. Este cruce mostró una dependencia muy significativa, $p < 0,001$.

Los sujetos que llevaron a cabo delitos contra las Personas eran más frecuentes entre los que tenían 31 a 40 años, (30,39%), de 41 a 50 años, (37,66%), y 51 ó más años, (50%). Eran menos frecuentes entre los que tenían de 10 a 20 años, (10,31%), y de 21 a 30 años, (17,69%).

Al contrario sucedía con los individuos que cometieron delitos contra la Propiedad, cuyas edades obtuvieron una mayor frecuencia de la esperada entre los 10 y 20 años, (58,76%), y entre los 21 y 30 años, (42,86%), frente a edades superiores, (18,63%, 16,88% y 9,09%).

Los sujetos con delitos contra la Honestidad eran ligeramente menos frecuentes entre los que tenían de 21 a 30 años, (11,56%).

Los que perpetraron delitos contra la Autoridad alcanzaron un mayor porcentaje entre los que tenían de 21 a 30 años, (14,96%), frente al 3,09% de los que tenían de 10 a 20 años.

TABLA XV. DELITO - EDAD

DELITO	E D A D					
	10-20 a.	21-30 a.	31-40 a.	41-50 a.	51 ó más	TOTAL
Personas	10 (10,31%)	26 (17,69%)	31 (30,39%)	29 (37,66%)	22 (50%)	118
Propiedad	57 (58,76%)	63 (42,86%)	19 (18,63%)	13 (16,88%)	4 (9,09%)	156
Honestidad	16 (16,49%)	17 (11,56%)	15 (14,7%)	13 (16,88%)	7 (15,91%)	68
Autoridad	3 (3,09%)	22 (14,96%)	12 (11,76%)	5 (6,49%)	4 (9,09%)	46
Libertad y Seguridad	4 (4,12%)	12 (8,16%)	24 (23,53%)	17 (22,08%)	7 (15,91%)	64
C. Salud Pública	7 (7,21%)	7 (4,76%)	1 (0,98%)	0 (0%)	0 (0%)	15
TOTAL	97 (%)	147 (%)	102 (%)	77 (%)	44 (%)	467

$\chi^2 exp = 114,93$ 20 (g.l.) $p < 0,001$

Respecto a los individuos que cometieron delitos contra la libertad y la seguridad eran más frecuentes entre los que tenían de 31 a 40 años, (23,53%) y de 41 a 50 años, (22,08%). En contraposición con los que tenían entre 10 y 20 años, (4,12%), y 21 y 30 años, (8,16%).

Los sujetos con delitos contra la Salud Pública alcanzaron un mayor porcentaje entre los 10 y 20 años, (7,21%), frente a edades superiores a los 30 años, (0,98%, 0% y 0%).

La Tabla XVI muestra el cruce **Delito-Edad** al primer ingreso judicial, pero con solo dos intervalos de edades (**más de 30 años y menos de 30 años**). **Se volvió a obtener una alta significación**, $p < 0,001$.

Son más frecuentes proporcionalmente, entre los menores de 30 años, frente a los de más edad, los individuos que cometieron delitos contra la Propiedad, (49,18% / 16,14%) y la Salud Pública, (5,74% / 0,45%).

Son más frecuentes entre los mayores de 30 años, frente a los de menor edad, los sujetos que realizaron delitos contra las Personas, (36,77% / 14,75%) y contra la Libertad y la Seguridad, (21,52% / 6,56%).

la Tabla XVII indica el entrelazamiento de las variables **Diagnóstico** y **Hogar** o tipo de convivencia. Nos pone de manifiesto una alta significación, $p < 0,001$.

Esta tabla muestra que los sujetos con Psicosis o Dependencia de Alcohol son más frecuentes entre los que viven habitualmente solos, (25,76%), o bien con la familia propia, (33,07%), frente al 8,67% de los que viven con la familia de origen.

Los individuos que padecen Psicosis o Abuso y Dependencia de Drogas residen en menor proporción entre los que viven con la familia propia, (6,92%).

TABLA XVI. DELITO - EDAD

DELITO	E D A D - 30 AÑOS	+ 30 AÑOS	TOTAL
Personas	36 (14,75%)	82 (36,77%)	118
Propiedad	120 (49,18%)	36 (16,14%)	156
Honestidad	33 (13,52%)	35 (15,70%)	68
Autoridad	25 (10,25%)	21 (9,42%)	46
Libertad y Seguridad	16 (6,56%)	48 (21,52%)	64
C. Salud Publica	14 (5,74%)	1 (0,45%)	15
TOTAL	244 (%)	223 (%)	467

$\chi^2 exp = 90,05$ 5 (g.l.) $p < 0,001$

TABLA XVII. DIAGNOSTICO - HOGAR

HOGAR : (tipo de convivencia)

DIAGNOSTICO	VIVE SOLO	FAMILIA ORIGEN	FAMILIA PROPIA	TOTAL
Ps. Alcohol + Dep. Alcohol	17 (25,76%)	19 (8,67%)	43 (33,07%)	79
Ps. Drogas Ab.y Dep. Drog.	8 (12,12%)	25 (11,41%)	9 (6,92%)	42
Ps. Esquizo. + E. Paranoid.	19 (28,79%)	45 (20,55%)	28 (21,54%)	92
Ttrnos. neurot. y de personal.	8 (12,12%)	39 (17,82%)	21 (16,15%)	68
Les. orgánicas	4 (6,06%)	18 (8,22%)	7 (5,38%)	29
Retraso mental	5 (7,57%)	53 (24,20%)	7 (5,38%)	65
No enfermedad	5 (7,57%)	20 (9,13%)	15 (11,54%)	40
TOTAL	66 (%)	219 (%)	130 (%)	415

$\chi^2_{exp} = 51,53$ (12 g.l.) $p < 0,001$

Los sujetos diagnosticados de Esquizofrenia y Estados Paranoides, son más frecuentes entre los que viven solos, (28,79%).

Los enfermos con Retraso Mental alcanzaron una mayor frecuencia entre los que conviven con la familia de origen, (24,20%), y una menor frecuencia entre los que residen con la familia propia, (5,38%).

El resto de la tabla no mostró diferencias ostensibles.

La Tabla XVIII representa el tipo de Delito en relación al Hogar o tipo de convivencia. Se obtiene con este cruce una gran dependencia estadística, $p < 0,001$.

Los desequilibrios de esta tabla muestran que, los sujetos que cometen delitos contra las personas son más frecuentes entre los que viven con la familia propia, (40,09%), y menos frecuentemente solos, (20,00%), o con la familia de origen, (21,25%).

Los delitos contra la propiedad son cometidos en mayor proporción entre individuos que viven en la familia de origen, (40,58%), y en menor proporción entre los que viven con la familia propia, (17,42%).

Los delitos contra la Honestidad y Autoridad son realizados con menor frecuencia entre los que habitan con la familia propia, (11,36% y 6,80%, respectivamente).

Los sujetos que cometen delitos contra la Libertad y la Seguridad son más frecuentes entre los que viven solos, (21,41%), o con la familia propia, (21,21%), y menos frecuentes entre los que viven con la familia de origen, (8,69%).

La Tabla XIX relaciona el Diagnóstico y el Nivel socioeconómico de los sujetos estudiados, proporcionándonos una alta significación, ($p < 0,001$).

TABLA XVIII. DELITO - HOGAR

	HOGAR (Tipo de convivencia)			
DELITO	VIVE SOLO	FAMILIA DE ORIG.	FAMILIA PROPIA	TOTAL
Personas	13 (20%)	44 (21,25%)	54 (40,09%)	111
Propiedad	17 (26,15%)	84 (40,58%)	23 (17,42%)	124
Honestidad	12 (18,46%)	33 (15,94%)	15 (11,36%)	60
Autoridad	8 (12,31%)	21 (10,14%)	9 (6,82%)	38
Libertad y Seguridad	14 (21,45%)	18 (8,69%)	28 (21,21%)	60
C. Salud Pública	1 (1,54%)	7 (3,38%)	3 (2,27%	11
TOTAL	65 (%)	207 (%)	132 (%)	404

$\chi^2 exp = 42,56$ 10 (g.l.) $p < 0,001$

TABLA XIX. DIAGNOSTICO NIVEL SOCIO-ECONOMICO

	NIVEL SOCIO-ECONOMICO		
DIAGNOSTICO	ALTO + MEDIO	BAJO	TOTAL
Ps. Alcohol	5 (6,33%)	24 (9,45%)	29
Ps. Drogas	12 (15,19%)	6 (2,36%)	18
Ps. Esquizo.	11 (13,92%)	43 (16,93%)	54
E. Paranoide	2 (2,53%)	12 (4,72%)	14
Ttnos. neuróticos y de personal.	17 (21,52%)	38 (14,96%)	55
Dep. Alcohol	5 (6,33%)	29 (11,42%)	34
Ab.y Dep. Drogas	7 (8,86%)	10 (3,94%)	17
Lesiones orgánicas	0 (0%)	22 (8,66%)	22
Retraso mental	3 (3,80%)	56 (22,05%)	59
No enfermedad	17 (21,52%)	14 (5,51%)	31
TOTAL	79 (%)	254 (%)	333

$\chi^2 exp = 60,79\%$ 9 (g.l.) $p < 0,001$

Obtienen una mayor frecuencia de la esperada entre los que pertenecen al Nivel Socioeconómico alto o medio, frente al bajo , los individuos con: Psicosis debidas a Drogas, (15,19% frente a 2,36%); Trastornos neuróticos, de personalidad y Desviaciones Sexuales, (21,52% / 14,96%); Abuso y Dependencia de Drogas, (8,86% / 3,94%), y la "no enfermedad", (21,52% / 5,51%).

Por el contrario son más frecuentes entre el nivel socieconómico bajo, frente al alto y medio , los sujetos con: Dependencia de Alcohol, (11,42% frente a 6,33%); Lesiones Orgánicas, (8,66% / 0%) y Retraso Mental, (22,05% / 3,80%).

Entre el tipo de Delito y el Nivel Socioeconómico, Tabla XX, obtuvimos una significación de $p < 0,05$.

Esta dependencia se observa en los sujetos que cometieron delitos contra la honestidad, los cuales son más frecuentes entre los que pertenecen al nivel socioeconómico medio y alto, (23,24% frente al 11,2% del bajo).

Lo mismo ocurre con los individuos que realizaron delitos contra la Salud Pública, (5,48% frente a 1,6%).

El resto de los delitos no presentan tendencias marcadas hacia uno u otro tipo de nivel socioeconómico.

La Tabla XXI relaciona el Delito con los Estudios, (formación), no encontrándose dependencia estadísticamente significativa.

La Tabla XXII muestra el cruce Diagnóstico-Profesión, encontrándose una alta significación, $p < 0,001$.

Los individuos con Psicosis y Dependencias de Alcohol eran más frecuentes entre los que ejercían profesiones agropecuarias, (23,39%) e industriales, (31,34%) y menos frecuentes entre las labores domésticas, (5,71%) y en aquellos individuos "sin profesión", (1,85%).

TABLA XX . DELITO NIVEL SOCIO-ECONOMICO

	NIVEL SOCIO-ECONOMICO		
DELITO	ALTO + MEDIO	BAJO	TOTAL
Personas	15 (20,55%)	64 (25,6%)	79
Propiedad	21 (28,77%)	89 (35,6%)	110
Honestidad	17 (23,24%)	28 (11,2%)	45
Autoridad	5 (6,85%)	26 (10,4%)	31
Libertad y Seguridad	11 (15,68%)	39 (15,6%)	50
C. Salud Publica	4 (5,48%)	4 (1,6%)	8
TOTAL	73	250	323

$\chi^2 exp = 11,48$ 5 (g.l.) $p < 0,05$

TABLA XXI. DELITO-ESTUDIOS

	ESTUDIOS (Formación)		
DELITO	ANALFABETO	Ed. PRIMARIA + MEDIA + SUPER.	TOTAL
Personas	15	28	43
Propiedad	32	51	83
Honestidad	19	21	40
Autoridad	10	12	22
Libertad y Seguridad	5	13	18
C. Salud Pub.	1	5	6
TOTAL	82	130	212

$\chi^2 exp = 4,13$ 5 (g.l.) No significativa

TABLA XXII. PROFESION - DIAGNOSTICO

	Ps. Alcohólicas + dependencia de alcohol	Ps. Drogas + abuso y/o depend. drogas	Ps. Esquizofrénicas + Estados paranoides	Ttnos. neuróticos y de personalidad + desv. sexuales	Lesiones orgánicas	Retraso mental	No enfermedad	TOTAL
Sin profesión	1 (1,85%)	5 (9,26%)	3 (5,55%)	5 (9,26%)	8 (14,81%)	31 (57,41%)	1 (1,85%)	54 %
Labores Domésticas	2 (5,71%)	2 (5,71%)	14 (40%)	12 (34,28%)	1 (2,86%)	3 (8,57%)	1 (2,86%)	35 %
T. Agropecuarios	29 (23,39%)	3 (2,42%)	37 (29,84%)	19 (15,32%)	9 (7,26%)	15 (12,09%)	12 (9,68%)	124 %
T. Industriales	21 (31,34%)	9 (13,43%)	13 (19,4%)	9 (13,43%)	3 (4,48%)	9 (13,43%)	3 (4,48%)	67 %
T. Servicios	19 (20,43%)	13 (13,98%)	12 (12,90%)	14 (15,05%)	9 (9,68%)	13 (13,98%)	13 (13,98%)	93 %
Otros	11 (14,86%)	21 (28,38%)	15 (20,27%)	11 (14,86%)	1 (1,35%)	3 (4,05%)	12 (16,22%)	74 %
TOTAL	83	53	94	70	31	74	42	447

$\chi^2_{exp} = 159,72$ (30 g.l.) $p < 0,001$

Los sujetos con Psicosis, Abuso y Dependencia de drogas, alcanzaron una mayor proporción entre los que pertenecen al grupo de "otros", (28,38%) que agrupa a profesionales y empresarios, artistas, funcionarios y estudiantes. Se obtuvo una menor proporción entre los que desempeañaban profesiones agropecuarias, (2,42%).

Los individuos con Psicosis Esquizofrénicas y Estados Paranoides, predominaban proporcionalmente entre los que ejercían labores domésticas, (40,00%), y Trabajos agropecuarios, (29,84%), mientras que eran minoritarios entre los "sin profesión", (5,55%), y entre los trabajadores de servicios, (12,90%).

Los sujetos con lesiones orgánicas, obtuvieron una mayor frecuencia de la esperada entre los individuos sin profesión, (14,81%), frente al 1,35% del grupo de "otros" (profesionales y empresarios, artistas, funcionarios y estudiantes).

Los Trastornos neuróticos, de Personalidad y Desviaciones Sexuales eran más frecuentes entre las labores domésticas, (34,28%), frente a los individuos "sin profesión", (9,26%).

Los sujetos con Retraso Mental estaban más frecuentemente asociados a los "sin profesión", (57,41%), frente al grupo de "otros", (4,05%), y a trabajadores agropecuarios, (12,09%).

Los individuos que no tenían enfermedad mental correspondían más frecuentemente al apartado de "otros", (16,22%) y a trabajadores de servicios, (13,98%). Tenían menos relación entre los "sin profesión", (1,85%), y entre los trabajadores industriales, (4,48%).

La Tabla XXIII representa el cruce Delito-Profesión, habiéndose observado una alta significación, $p < 0,001$.

Los que perpetraron delitos contra las personas eran más frecuentes proporcionalmente entre los que realiza-

TABLA XXIII. PROFESION - DELITO

	D.Personas	D. Propiedad	D.Honestidad	D.Autoridad	D.Libertad y Segur.	TOTAL
Sin profesión	5 (9,61%)	30 (57,69%)	12 (23,07%)	4 (7,69%)	1 (1,92%)	52 %
Labores Domésticas	16 (51,61%)	1 (3,22%)	2 (6,45%)	2 (6,45%)	10 (32,26%)	31 %
T. agropecuarios	44 (34,11%)	33 (25,58%)	16 (12,40%)	15 (11,63%)	21 (16,28%)	129 %
T. industriales	16 (26,66%)	21 (35%)	5 (8,33%)	6 (10%)	12 (20%)	60 %
T. servicios	19 (23,17%)	28 (34,15%)	14 (17,07%)	13 (15,85%)	8 (9,75%)	82 %
Otros	15 (21,74%)	28 (40,58%)	14 (20,29%)	3 (4,35%)	9 (13,04%)	69 %
TOTAL	115	141	63	43	61	423

$\chi^2_{exp.} = 66,41$ (20 g.l.) $p < 0,001$

ban labores domésticas, (51,61%), y trabajos agropecuarios, (34,11%), frente al 9,61% de los individuos "sin profesión".

Los sujetos que cometieron delitos contra la propiedad obtuvieron un mayor porcentaje, (57,69%), entre los "sin profesión" y un menor porcentaje entre los que desempeñaban labores domésticas, (3,22%), y trabajos agropecuarios, (25,58%).

Los Delitos contra la Honestidad se dieron con una mayor frecuencia entre los "sin profesión", (23,07%), y con una menor frecuencia entre las labores domésticas, (6,45%).

En cuanto a los individuos que realizaron Delitos contra la Autoridad eran más frecuentes entre los trabajadores de servicios, (15,85%), y menos frecuentes entre los que pertenecían al apartado de "otros", (4,35%), que agrupa a profesionales y empresarios, artistas, funcionarios y estudiantes.

Por último, aquellos que cometieron delitos contra la Libertad y la Seguridad obtuvieron una mayor frecuencia de la esperada entre los que realizaban labores domésticas, (32,26%), frente al 1,92% que presentaban los individuos "sin profesión".

La Tabla XXIV, Tabla XXV y Tabla XXVI indican respectivamente los cruces Delito-Situación Laboral, Diagnóstico-Antecedentes familiares psiquiátricos y Delito-Antecedentes familiares psiquiátricos. No se ha encontrado en ninguno de los tres cruces, dependencias estadísticamente significativas.

En cuanto al cruce Diagnóstico-Antecedentes personales psiquiátricos, Tabla XXVII, no se le realizó el test de chi cuadrado por no cumplir los requisitos necesarios. Sin embargo, observamos como la mayoría de los distintos tipos de diagnóstico tenían este tipo de antecedentes.

TABLA XXIV. DELITO-SITUACION LABORAL

	SITUACION LABORAL					
DELITO	PARO	ACTIVO + BAJA LABOR.	INCAP. + jubilados y pension.	NO TRABAJA	TRABAJO NO REMUN.	TOTAL
Personas	16	30	6	11	19	82
Propiedad	34	26	7	21	13	101
Honestidad	10	23	3	9	6	51
Autoridad	6	14	5	3	1	29
Libertad y Seguridad	10	16	4	7	11	48
TOTAL	76	109	25	51	50	311

$\chi^2 exp = 24,81$ (16 g.l.) $p < 0,10$ No significativa

TABLA XXV. DIAGNOSTICO-ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIATRICOS

	ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIAT.		
DIAGNOSTICO	NO TIENE	SI TIENE	TOTAL
Ps. Alcohol	9	13	22
Ps. Drogas	12	5	17
Ps. Esquizofrènicas	23	29	52
E. Paranoide	6	4	10
Dep. Alcohol	8	10	18
Ab. y Dep. Drogas	5	8	13
Lesiones orgánicas	9	14	23
Ttnos. neuróticos y de personalidad	15	25	40
Retraso mental	17	23	40
No enfermedad	8	15	23
TOTAL	112	146	258

$\chi^2 exp = 7,89$ (9 g.l.) No significativa

TABLA XXVI. DELITO-ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIATRICOS II.

	ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIAT.		
DELITO	NO TIENE	SI TIENE	TOTAL
Personas	21	51	72
Propiedad	37	39	76
Honestidad	17	22	39
Autoridad	13	15	28
Libertad y Seguridad	17	18	35
C. Salud Pública	1	4	5
TOTAL	106	149	255

$\chi^2 exp = 8,15$ (5 g.l.) No significativa

TABLA XXVII. DIAGNOSTICO-ANTECEDENTES PERSONALES PSIQUIATRICOS

	ANTECEDENTES PERSONALES PSIQUIATRICOS		
DIAGNOSTICO	NO TIENE	SI TIENE	TOTAL
Ps. Alcohol	1	32	33
Ps. Drogas	2	24	25
Ps. Esquizo.	2	68	70
E. paranoide	2	12	14
Ttnos. neurot. y de personal.	11	52	63
Dep. alcohol	0	34	34
Ab. y Dep. Drogas	2	16	18
Les. orgánicas	0	27	27
Retraso mental	5	51	56
No enfermedad	16	19	35
TOTAL	40	335	375

La Tabla XXVIII indica el cruce entre el delito y los antecedentes personales psiquiátricos, encontrándose una relación significativa de $p < 0,01$.

Los individuos que cometieron delitos contra las Personas eran más frecuentes entre los que tenían antecedentes personales psiquiátricos, (28,15%), frente a los que no los poseían, (19,51%).

Los sujetos que realizaron delitos contra la Honestidad eran más frecuentes entre los que no tenían este tipo de antecedentes personales psiquiátricos, (34,14%), frente a los que sí los tenían, (21,50%).

La Tabla XXIX muestra el Diagnóstico en relación a los Antecedentes somáticos de interés, proporcionándonos una signficación de $p < 0,05$.

Los individuos con Psicosis, Abuso y Dependencia de drogas son más frecuentes entre los que no poseen antecedentes personales somáticos de interés, (13,79% y 9,20% respectivamente), frente a los que sí tienen antecedentes, (4,52% y 2,82% respectivamente).

En la Tabla XXX, se observa la conexión entre el Diagnóstico y los Antecedentes de emigración. Se obtuvo una significación de $p < 0,025$.

Existe una dependencia estadística entre estas dos variables, que se manifiesta en los sujetos con Psicosis alcohólicas, los cuales alcanzan una mayor frecuencia de la esperada entre los que tenían antecedentes de emigración, (10,00% frente a 4% de los que no los tienen). Igual ocurre con las Psicosis esquizofrénicas y los Estados Paranoides, (32,50% frente a 16,00%).

De otro lado, los individuos con Retraso Mental y "no enfermedad", eran más frecuentes entre los que no tenían antecedentes de emigración, (28,00% y 12,00% respectivamente), en relación a los que sí emigraron alguna vez, (13,75% y 3,75%).

TABLA XXVIII. DELITO-ANTECEDENTES PERSONALES PSIQUIATRICOS

	ANTECEDENTES PERSONALES PSIQUIATRICOS		
DELITO	NO TIENE	SI TIENE	TOTAL
Personas	8 (19,51%)	92 (28,13%)	100
Propiedad	11 (26,83%)	111 (33,94%)	122
Honestidad	14 (34,14%)	37 (21,5%)	51
Autoridad	4 (9,75%)	34 (10,39%)	38
Libertad y Seguridad	4 (9,75%)	42 (12,84%)	46
C. Salud Pública	0 (0%)	11 (3,36%)	11
TOTAL	41 (%)	327 (%)	368

$\chi^2 exp = 16,93$ 5 (g.l.) $p < 0,01$

TABLA XXIX. DIAGNOSTICO-ANTECEDENTES PERSONALES SOMATICOS

	ANTECEDENTES PERSONALES SOMATICOS		
DIAGNOSTICO	NO TIENE	SI TIENE	TOTAL
Ps. Alcohol	7 (8,05%)	22 (12,43%)	29
Ps. Drogas	12 (13,79%)	8 (4,52%)	20
Ps. Esquizo.	15 (17,24%)	24 (13,56%)	39
E. Paranoide	5 (5,75%)	9 (5,08%)	14
Ttnos. neurot. y de Personal.	12 (13,79%)	23 (12,99%)	35
Dep. Alcohol	4 (4,60%)	16 (9,04%)	20
Ab.y Dep. Drogas	8 (9,20%)	5 (2,82%)	13
Les. orgánicas	5 (5,75%)	19 (10,73%)	24
Retraso mental	12 (13,79%)	30 (16,95%)	42
No enfermedad	7 (8,05%)	21 (11,86%)	28
TOTAL	87 (%)	177 (%)	264

$\chi^2 exp = 17,36$ 9 (g.l.) $p < 0,05$

TABLA XXX. DIAGNOSTICO-ANTECEDENTES DE EMIGRACION

DIAGNOSTICO	ANTECEDENTES DE EMIGRACION NO TIENE	SI TIENE	TOTAL
Ps. Alcohol	6 (4%)	8 (10%)	14
Ps. Drogas	8 (5,33%)	5 (6,25%)	13
Ps. Esquizofrénicas + E. Paranoide	24 (16%)	26 (32,5%)	50
Dep. Alcohol	7 (4,66%)	2 (2,5%)	9
Ab. y Dep. Drogas	10 (6,66%)	6 (7,5%)	16
Lesiones orgánicas	8 (5,33%)	3 (3,75%)	11
Ttnos. neuróticos y de personalidad	27 (18%)	16 (20%)	43
Retraso mental	42 (28%)	11 (13,75%	53
No enfermedad	18 (12%)	3 (3,75%)	21
TOTAL	150 (%)	80 (%)	230

$\chi^2 exp = 19,27$ (8 g.l.) $p < 0,025$

En el resto de los diagnósticos no se observó una diferencia marcada a tener o no estos antecedentes de emigración.

No encontramos relación significativa entre el tipo de Delito y los Antecedentes de emigración, Tabla XXXI.

El Diagnóstico entrelazado con los Ingresos anteriores, siempre no judiciales, en este Hospital Psiquiátrico, nos proporciona una alta dependencia estadística, $p < 0,001$, Tabla XXXII.

Los sujetos que padecían psicosis debidas a Drogas son más frecuentes entre los que no habían tenido ingresos anteriores en este Hospital, (7,99%), frente al 0,88% que sí habían ingresado anteriormente. Igual sucede con los individuos con Retraso Mental, (17,63% frente a 8,7%), y con los que no presentaron enfermedad, (12,39% frente a 1,75%).

Sin embargo, los que padecen Psicosis Esquizofrénicas alcanzan un mayor porcentaje entre los no ingresados con anterioridad en este Hospital.

Entre el Delito, y si hubo o no Ingresos anteriores en el Hospital Psiquiátrico, Tabla XXXIII, no encontramos relación significativa.

La Tabla XXXIV indica el cruce Diagnóstico-Mes del ingreso judicial. No observándose en esta Tabla dependencia estadística.

La relación entre el año al primer ingreso judicial y el Diagnóstico, Tabla XXXV, nos proporciona una alta significación, $p < 0,001$.

Los individuos con Psicosis Alcohólicas y Dependencia de Alcohol, obtuvieron una mayor frecuencia de la espe-

TABLA XXXI. DELITO-ANTECEDENTES DE EMIGRACION

DELITO	ANTECEDENTES DE EMIGRACION		
	NO TIENE	SI TIENE	TOTAL
Personas	36	19	55
Propiedad	53	23	76
Honestidad	25	4	29
Autoridad	10	9	19
Libertad y Seguridad	21	13	34
C. Salud Pública	6	4	10
TOTAL	151	72	223

$\chi^2 exp = 7,61$ (5 g.l.) No significativa

TABLA XXXII. DIAGNOSTICO-INGRESOS ANTERIORES

DIAGNOSTICO	INGRESOS ANTERIORES: NO TIENE	SI TIENE	TOTAL
Ps Alcohol	32 (8,82%)	13 (11,40%)	45
Ps. Drogas	29 (7,99%)	1 (0,88%)	30
Ps. Esquizofrénicas	43 (11,84%)	39 (34,21%)	82
E. Paranoide	18 (4,96%)	3 (2,63%)	21
Dep. Alcohol	29 (7,99%)	12 (10,52%)	41
Ab. y Dep. Drogas	22 (6,06%)	3 (2,63%)	25
Lesiones orgánicas	23 (6,33%)	10 (8,77%)	33
Ttnos. neuróticos y de personalidad	58 (15,98%)	21 (18,42%)	79
Retraso mental	64 (17,63%)	10 (8,77%)	74
No enfermedad	45 (12,39%)	2 (1,75%)	47
TOTAL	363 (100%)	114 (100%)	477

$\chi^2 exp = 51,92$ (9 g.l.) $p < 0,001$

TABLA XXXIII. DELITO-INGRESOS ANTERIORES

DELITO	INGRESOS ANTERIORES NO TIENE	SI TIENE	TOTAL
Personas	89	29	118
Propiedad	124	32	156
Honestidad	54	14	68
Autoridad	30	16	46
Libertad y Seguridad	45	20	65
C. Salud Pública	14	1	15
TOTAL	356	112	468

$\chi^2 exp = 7,67$ (5 g.l.) No significativa

TABLA XXXIV DIAGNOSTICO-MES DE INGRESO

DIAGNOSTICO	MES Ene-Mar.	Abr.-Jun.	Jul.-Sep.	Oct.-Dic.	Total
Ps. Alcohólicos + Dep. Alcohol	17	23	29	17	86
Ps Drogas + Ab. y Dep. Drogas	10	16	15	14	55
Ps. Esquizof. + E. Paranoides	24	28	24	27	103
Ttnos. neuróticos, de Person. + Desv. Sex.	15	20	19	25	79
Lesiones orgánicas	5	8	10	10	33
Retraso Mental	20	15	22	17	74
No enfermedad + Simulación	6	17	17	8	47
TOTAL	97	127	136	110	477

$\chi^2_{exp.} = 16,40$ 18 g.l. No significativo

TABLA XXXV AÑO - DIAGNOSTICO (I)

AÑO	Ps.Alcohol + Dep. Alcohol	Ps.Drogas + Ab. y Depend. Drogas	Ps. Esquiz. + E. Paranoides	Trast.Neur. de Pers. + Desv. Sex.	Lesiones orgánic.	Retraso Mental	No enferm + Simul.	TOTAL
- 66	5 (6,75%)	0 (0%)	21 (28,37%)	15 (20,27%)	8 (10,81%)	16 (21,62%)	9 (12,16%)	74 (%)
67 - 70	10 (21,27)	2 (4,25%)	8 (17,02%)	8 (17,02%)	3 (6,38%)	6 (12,76%)	10 (21,27%)	47 (%)
71 - 74	17 (32,66%)	2 (2,66%)	23 (30,66%)	13 (17,33%)	1 (1,33%)	8 (10,66%)	11 (14,66%)	75 (%)
75 - 78	24 (24,48%)	12 (12,24%)	15 (15,30%)	20 (20,40%)	7 (7,14%)	14 (14,28%)	6 (6,12%)	98 (%)
79 - 82	30 (16,39%)	39 (21,31%)	36 (19,67%)	23 (12,56%)	14 (7,65%)	30 (16,39%)	11 (6,01%)	183 (%)
TOTAL	86	55	103	79	33	74	47	477

$\chi^2_{exp.} = 71,18$ (24 g.l.) $p < 0,001$

GRAFICA A AÑO - DIAGNOSTICO

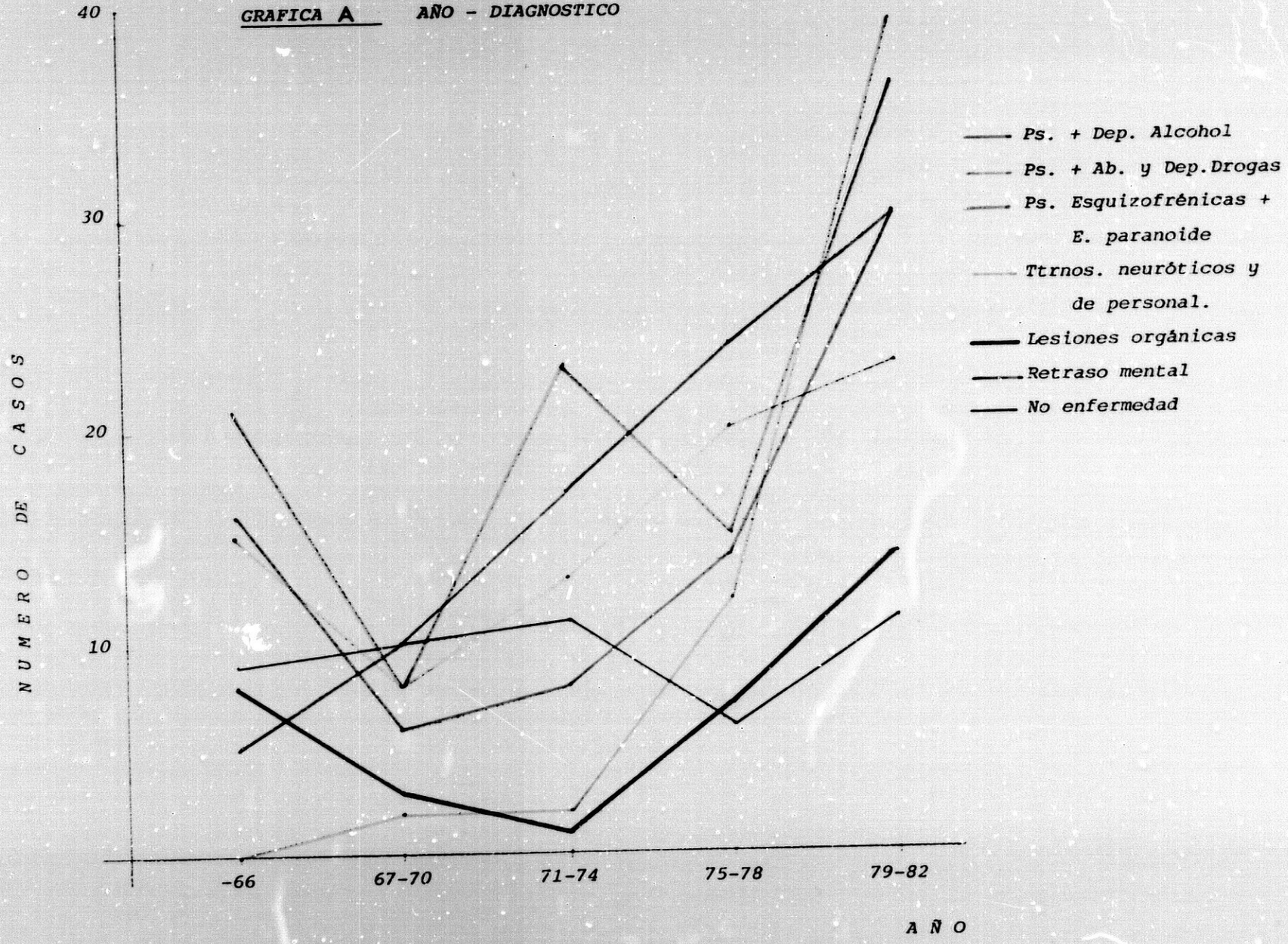


TABLA XXXV. (continuación)

	$\chi^2_{exp.}$	g.l.	Significación
- AÑO (- 74; 75 - 82) - DIAGNOSTICO	41,2	6	$p < 0,00$
- AÑO (75 - 78; 79 - 82) - DIAGNOSTICO	8,50	6	N.S.
- (- 66; 67 - 70; 71 - 74) - DIAGNOSTICO	22,15	12	$p < 0,05$
- AÑO (- 66; 67 - 70; 71 - 74; 75 - 82) - DIAGNOSTICO (Trastornos neuróticos, de Personalidad; Lesiones orgánicas; Retraso Mentral; No enfermedad)	15,64	9	N.S.
- AÑO (- 66; 67 - 70; 71 - 74; 75 - 82) - DIAGNOSTICO	61,25	18	$p < 0,001$

rada entre los que ingresaron en los años 75-78,(24,48%) frente a los que ingresaron en el año 66 o en años anteriores,(6,75%).

Los sujetos con Psicosis, Abuso o Dependencia de Drogas alcanzaron un mayor porcentaje en el cuatrienio 79-82,(21,31%), frente a un menor porcentaje de años tales como 71-74,(2,66%), 67-70,(4,25%) y 66 ó menos,(0%).

Por el contrario, los individuos con Psicosis Esquizofrénicas y Estados Paranoides, eran más frecuentes entre los que ingresaron en el año 66 o antes,(28,37%),y en el intervalo 71-74,(30,66%),frente al 15,30% de los que ingresaron de 1975 a 1978.

Los Trastornos Neuróticos, de Personalidad y Desviaciones Sexuales, eran menos frecuentes en el último cuatrienio 79-82,(12,56%), en relación a los demás períodos de tiempo en los que se mantenían equilibrados.

Los sujetos con Lesiones Orgánicas eran menos frecuentes proporcionalmente entre los años 71-74,(1,33%), y los Retrasos Mentales alcanzaron una mayor frecuencia entre los años 66 o anteriores,(21,62%).

Para finalizar esta Tabla, expondremos que los individuos que no presentaron enfermedad mental o bien la simularon eran más frecuentes entre los que ingresaron en los años 67-70,(21,27%), frente a los que ingresaron entre los años 75-78,(6,12%), y 79-82,(6,01%).

Para localizar más exactamente los desequilibrios de esta Tabla, realizamos múltiples particiones de la misma.

Por un lado agrupamos los años en solo dos intervalos,(74 o menos y 75 a 82),relacionándolos con el Diagnóstico, obteniéndose una alta significación, es decir, existían diferencias entre estos dos intervalos de edad.

De otro lado, realizamos el test en los años 75-78 y 79-82, en relación a los Diagnósticos no obteniendo significación; no hay diferencias entre estos dos períodos de tiempo.

De la misma forma hicimos el test para los intervalos de años 66 o menos, 67-70 y 71-74 frente a los Diagnósticos, observando una significación de $p < 0,05$.

Se construyó también otra Tabla, en la que se enfrentaban diagnósticos tales como: Trastornos Neuróticos, de Personalidad y Desviaciones Sexuales; Lesiones Orgánicas; Retraso Mental y "no enfermedad", con los siguientes intervalos de años: 66 ó menos; 67-70; 71-74 y 75-82, no encontrando diferencias significativas.

Por último, se obtuvieron diferencias muy significativas entre los períodos de tiempo 66 o menos; 67-70; 71-74 y 75-82 enfrentados a todos los diagnósticos.

De esta manera llegamos a la Tabla XXXVI, Diagnóstico-Año (II), en la que los años estaban divididos en los siguientes intervalos: 66 o menos; 67-70; 71-74 y 75-82; y los Diagnósticos en: Psicosis y Dependencia de Alcohol; Psicosis, Abuso y Dependencia de Drogas; Psicosis Esquizofrénicas y Estados Paranoides; el grupo de "otras" (constituido por: Trastornos Neuróticos, de Personalidad y Desviaciones Sexuales; Lesiones Orgánicas; Retraso Mental y No enfermedad).

Este cruce nos muestra una alta dependencia estadística, $p < 0,001$.

Las Psicosis Alcohólicas y la Dependencia de Alcohol eran menos frecuentes entre los que ingresaron en el año 1966 o antes, (0,75%).

Los individuos con Psicosis, Abuso y Dependencia de Drogas, alcanzaron una mayor frecuencia de la esperada entre los que ingresaron en el último intervalo de tiempo 1975 a 1982, (18,14%), frente a los que ingresaron en 1966 o antes, (0%), y de 1971 a 1974, (2,66%).

Justo lo contrario sucedió con los sujetos que padecían Psicosis Esquizofrénicas y Estados Paranoides,

TABLA XXXVI AÑO - DIAGNOSTICO (II)

AÑO	Ps Alcohólicas + Dep. Alcohol	Ps Drogas + Ab. Alcohol y Ab. y Dep. Drogas	Ps esquizof. + E. Paranoid.	Otros	TOTAL
- 66	5 (6,75%)	0 (0,00%)	21 (28,37%)	48 (64,86%)	74 (%)
67 - 70	10 (21,27%)	2 (4,25%)	8 (17,02%)	27 (57,44%)	47 (%)
71 - 74	17 (22,66%)	2 (2,66%)	23 (30,66%)	33 (44,00%)	75 (%)
75 - 82	54 (19,21%)	51 (18,14%)	51 (18,14%)	125 (44,48%)	281 (%)
TOTAL	86	55	103	233	477

$\chi^2_{exp.} = 45,57$ (9 g.l.) $p < 0,001$

los cuales eran más frecuentes entre los que ingresaron en 1966 o antes, (28,37%), y de 1971 a 1974, (30,66%), frente a los que ingresaron en el último intervalo, de 1975 a 1982, (18,14%).

Los individuos agrupados en el apartado de "otros", (Trastornos neuróticos, de Personalidad y Desviaciones Sexuales, Lesiones Orgánicas, Retraso Mental y No enfermedad), eran más frecuentes entre los que ingresaron en 1966 o antes, (17,62%), que en el resto de los intervalos, que no mostraron desequilibrio.

La Tabla XXXVII indica el cruce Delito-Año de ingreso. Se obtuvo una significación de $p < 0,01$.

Los delitos contra las personas eran más frecuentes entre los años 67-70, (33,33%), y menos frecuentes entre los años 75-78, (19,54%).

Los delitos contra la Propiedad alcanzaron un mayor porcentaje entre el 79 y 82, (42,44%), frente al 17,91% de los años 71 a 74.

Los delitos contra la Honestidad eran menos frecuentes en el último cuatrienio 79-82, (9,30%). Los delitos contra la Libertad y la Seguridad eran más frecuentes entre los años 71-74, (22,38%).

Para objetivar y comprobar los datos de la Tabla anterior, volvimos a realizar este cruce Delito-Año de ingreso, pero el año sólo se dividió en dos intervalos, (1974 o antes y 1975 a 1982), Tabla XXXVIII, siendo la significación alcanzada de $p < 0,001$, mayor que en el cruce anterior.

Los sujetos que cometieron delitos contra las Personas eran más frecuentes entre los que ingresaron en 1974 o antes, (31,44%), frente a los que ingresaron de 1975 a 1982, (22,00%). Igual ocurre con los delitos contra la Honestidad, (10,10% frente a 11,19%).

TABLA XXXVII AÑO - DELITO (I)

AÑO	Personas	Propiedad	Honestidad	Autoridad	Libertad y Seguridad	TOTAL
- 66	24 (30,37%)	22 (27,84%)	16 (20,25%)	11 (13,92%)	6 (7,59%)	79 (%)
67 - 70	16 (33,93%)	15 (31,25%)	10 (20,83%)	2 (4,16%)	5 (10,41%)	48 (%)
71 - 74	21 (31,34%)	12 (17,91%)	13 (19,40%)	6 (8,95%)	15 (22,38%)	67 (%)
75 - 78	17 (19,54%)	34 (39,08%)	13 (14,94%)	7 (8,04%)	16 (18,39%)	87 (%)
79 - 82	40 (23,25%)	73 (42,44%)	16 (9,30%)	20 (11,62%)	23 (13,37%)	172
TOTAL	118	156	68	46	65	453

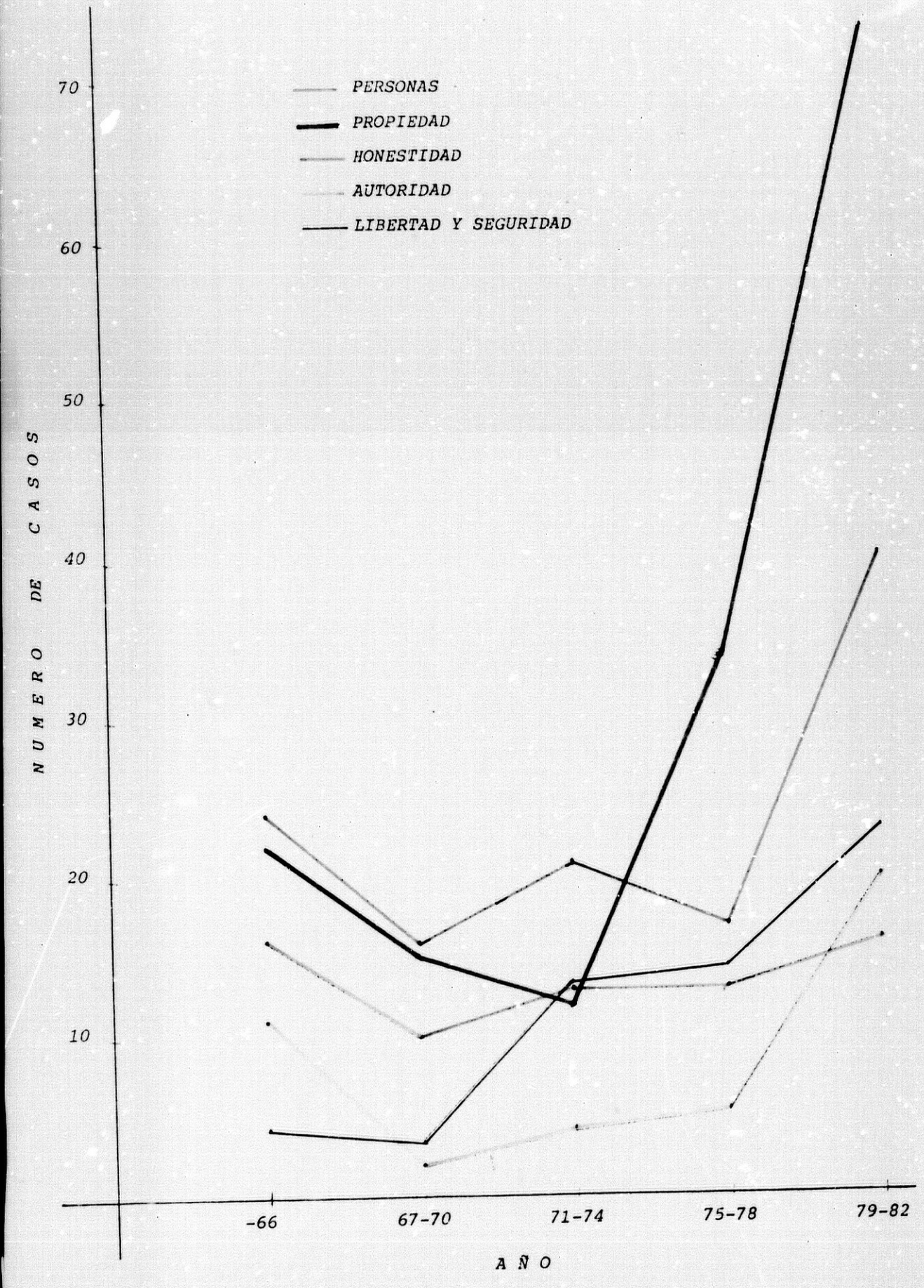
$\chi^2_{exp.} = 32,40$ (16 g.l.) $p < 0,01$

TABLA XXXVIII AÑO - DELITO (II)

DELITO	- 1974	75 - 82	TOTAL
Personas	61 (40,93%	57 (22,00%)	118
Propiedad	49 (25,25%)	107 (41,31%)	156
Honestidad	39 (20,10%)	29 (11,19%)	68
Autoridad	19 (9,79%)	27 (10,42%)	46
Libertad y Seguridad	26 (13,40%	39 (15,05%)	65
TOTAL	194 (%)	259 (%)	453

$\chi^2_{exp.} = 19,18$ 4 (g.l.) $p < 0,001$

GRAFICA B .- AÑO - DELITO



Los que realizaron delitos contra la Propiedad eran menos frecuentes entre los que ingresaron de 1975 a 1982, (41,31%), frente a años anteriores, (25,25%).

La Tabla XXXIX ofrece la relación entre el Diagnóstico y la Aparición de la posible enfermedad, siendo este cruce muy significativo, $p < 0,001$.

Obtuvieron una mayor frecuencia de la esperada entre los que la enfermedad apareció, con y después del delito, frente a los que apareció antes del delito : Los sujetos con Psicosis alcohólicas, (25,97% frente a ,38%) y los "no enfermedad", (50,65% / 1,53%).

De otro lado, eran más frecuentes entre los que la enfermedad apareció antes del delito, los individuos con: Psicosis esquizofrénicas, (20,4% frente a 2,6%), y Dependencia de Alcohol, (10,2% / 1,3%); Lesiones orgánicas, (7,91% / 1,3%); Trastornos neuróticos, de Personalidad y Desviaciones sexuales, (17,86% / 7,79%) y Retraso Mental, (18,87% / 0%).

Con respecto al Delito y a la Aparición de la posible enfermedad, Tabla XL, encontramos significación, $p < 0,01$, aunque menor que en el cruce anterior.

Esta dependencia se manifiesta en los individuos que perpetraron delitos contra la Honestidad, los cuales eran más frecuentes entre los que la enfermedad apareció con y después del delito, (31,51%), frente al 11,17% de los que apareció la enfermedad antes del delito.

La Tabla XLI muestra la relación entre el Estado psíquico al ingreso y el Diagnóstico, obteniéndose una dependencia muy significativa, $p < 0,001$.

Para la realización de este cruce hemos tenido que agrupar y prescindir de algunas de las sintomatologías presen-

TABLA XXXIX. DIAGNOSTICO-APARICION DE LA POSIBLE ENFERMEDAD

DIAGNOSTICO	APARICION DE LA POSIBLE ENFERMEDAD: ANTES DEL DELITO	CON Y DESPUES DEL DELITO	TOTAL
Ps. Alcohol	25 (6,38%)	20 (25,97%)	45
Ps. Drogas	27 (6,89%)	1 (1,3%)	28
Ps. Esquizo.	80 (20,41%)	2 (2,6%)	82
E. Paranoide	21 (5,36%)	0 (0%)	21
Dep. Alcohol	40 (10,2%)	1 (1,3%)	41
Ab.y Dep. Drogas	18 (4,6%)	7 (9,09%)	25
Les. orgánicas	31 (7,91%)	1 (1,3%)	32
Ttnos. neurot. y de personalidad	70 (17,86%)	6 (7,79%)	76
Retraso mental	74 (18,87%)	0 (0%)	74
No enfermedad	6 (1,53%)	39 (50,65%)	45
TOTAL	392 (%)	77 (%)	469

$\chi^2_{exp} = 237,72$ 9 (g.l.) $p < 0,001$

TABLA XL. DELITO-APARICION DE LA POSIBLE ENFERMEDAD

DELITO	APARICION DE LA POSIBLE ENFERMEDAD: ANTES DEL DELITO	CON Y DESPUES DEL DELITO	TOTAL
Personas	100 (26,59%)	17 (23,29%)	117
Propiedad	127 (33,77%)	26 (35,62%)	153
Honestidad	42 (11,17%)	23 (31,51%)	65
Autoridad	40 (10,64%)	6 (8,22%)	46
Libertad y Seguridad	54 (14,36%)	11 (15,07%)	65
C. Salud Pública	13 (3,46%)	0 (0%)	13
TOTAL	376 (%)	83 (%)	459

$\chi^2 exp = 18,26$ 5 (g.l.) $p < 0,01$

tadas al ingreso. De esta forma, el apartado "Deficiencias y Oligofrenias" está compuesto por: trastornos de tipo demencial, oligofrenias, pseudodemencias y trastornos de memoria".

Los "Trastornos afectivos" los constituyen síntomas depresivos, trastn. maniformes, ansiedad y/o irritabilidad.

Los "Trastornos psicópticos y psicomotrices" lo forman: conductas psicopáticas y agitación o agresividad.

Y los "Trastornos tóxicos" unen a los presentaban síndrome de abstinencia o embriaguez.

De este modo podemos observar en esta Tabla, cómo los sujetos con Psicosis Alcohólicas y Dependencia de Alcohol, eran más frecuentes entre los que ingresaron con trastornos de tipo tóxico, (27,77%), o bien "normales" o sin síntomas evidentes, (23,70%), y menos frecuentes entre los que ingresaron con deficiencias u oligofrenias, (0,00%).

Los individuos con Psicosis debidas a Drogas y Abuso o Dependencia de estas sustancias, obtuvieron un mayor porcentaje entre los que ingresaron con trastornos de tipo tóxico, (52,77%), frente al 1,78% y al 4,16% de los que ingresaron con deficiencias y oligofrenias o con trastornos psicopáticos y de psicomotricidad respectivamente.

Las Esquizofrenias y Estados Paranoides eran más frecuentes entre los que presentaban al ingreso trastornos psicóticos, delirantes o alucinatorios, (79,09%), que el resto de las distintas sintomatologías.

En cuanto a los sujetos con trastornos neuróticos, de personalidad y desviaciones sexuales presentaron una mayor frecuencia de la esperada entre los que mostraron al ingreso trastornos psicopáticos y de psicomotricidad, (41,67%), y trastornos de tipo afectivo, (36,96%), frente a los que ingresaron con trastornos psicóticos, (0,91%), y deficiencias u oligofrenias, (7,14%).

Los enfermos que padecían lesiones orgánicas alcanzaron un porcentaje mayor entre los "normales", (12,59%) y

TABLA XLI. ESTADO PSIQUICO AL INGRESO - DIAGNOSTICO

	Ps. Alcohólicas + Dependencia de alcohol	Ps. Drogas + Abuso y/o depend. drogas	Ps. Esquizofrénicas + Estados paranoides	Ttnos. neuróticos y de personalidad + Desv. sexuales	Lesiones orgánicas	Retraso mental	No enfermedad	TOTAL
Normal	32 (23,7%)	15 (11,11%)	4 (2,96%)	24 (17,78%)	17 (12,59%)	8 (5,93%)	35 (25,93%)	135 (%)
Ttnos. psicóticos delirantes, alucin.	16 (14,54%)	6 (5,45%)	87 (79,09%)	1 (0,91%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	110 (%)
Deficiencias y oligofrenias	0 (0%)	1 (1,78%)	0 (0%)	4 (7,14%)	2 (3,57%)	45 (80,36%)	4 (7,14%)	56 (%)
Ttnos. psicopáticos y de psicomottric.	7 (14,58%)	2 (4,16%)	1 (2,08%)	20 (41,67%)	5 (10,42%)	10 (20,83%)	3 (6,25%)	48 (%)
Ttnos. afectivos	9 (19,56%)	11 (23,91%)	1 (2,17%)	17 (36,96%)	2 (4,35%0	2 (4,35%)	4 (8,70%)	46 (%)
Ttnos. tóxicos	10 (27,77%)	19 (52,77%)	0 (0%)	4 (8,33%)	0 (0%)	3 (8,33%)	0 (0%)	36 (%)
TOTAL	74	54	93	70	26	68	46	431

$\chi^2_{exp.} = 630.09$ (30 g.l.) $p < 0,001$

un porcentaje menor entre los que presentaron trastornos psicóticos, (0,00%) y trastornos tóxicos, (0,00%).

Respecto a los individuos con retraso mental presentaron, lógicamente, una mayor frecuencia de la esperada entre los que mostraron deficiencias y oligofrenias y una menor frecuencia de la esperada entre los que manifestaron trastornos psicóticos, (0,00%), trastornos afectivos, (4,35%) y "normales" o sin síntomas evidentes, (5,96%).

Por último, los sujetos que no presentaron enfermedad mental alcanzaron un mayor porcentaje entre los que se mostraron "normales" a su ingreso, (25,93%), frente a los que se manifestaron trastornos psicóticos, (0,00%), y tóxicos, (0,00%).

La Tabla XLII expone el cruce Estado psíquico al ingreso - Delito, obteniéndose con este entrelazamiento una alta significación, $p < 0,001$.

Los individuos que realizaron delitos contra las Personas, eran más frecuentes entre los que presentaron al ingreso Trastornos psicóticos y/o delirantes, (40,66%), mientras que los sujetos que cometieron delitos contra la propiedad obtuvieron una mayor proporción de la esperada entre los que manifestaron Trastornos de tipo tóxico, (60%), o Deficiencias y Oligofrenias, (50%), frente al 16,48% de los que presentaron Trastornos psicóticos y/o delirantes.

En relación a los que llevaron a cabo delitos contra la Honestidad, eran más frecuentes entre los "normales" o sin síntomas evidentes, (22,22%) o bien entre los que presentaron al ingreso deficiencias y oligofrenias, (23,33%). Son menos frecuentes entre los que manifestaron Trastornos psicóticos, (6,59%) y Trastornos psicopáticos y de psicomotricidad, (4,08%).

Respecto a los sujetos que perpetraron delitos contra la Autoridad alcanzaron una mayor proporción los

TABLA XLII. ESTADO PSIQUICO AL INGRESO - DELITO

	D.Personas	D.Propiedad	D. Honestidad	D.Autoridad	D.Libertad y Segur.	TOTAL
Normal	29 (23,01%)	40 (31,74%)	28 (22,22%)	12 (9,52%)	17 (13,49%)	126 (%)
Ttnos. psicóticos y/o delirantes	37 (40,66%)	15 (16,48%)	6 (6,59%)	9 (9,89%)	24 (26,37%)	91 (%)
Deficiencias y oligofrenias	11 (18,33%)	30 (50%)	14 (23,33%)	3 (5%)	2 (3,33%)	60 (%)
Ttnos. psicopáticos y psicomotrices	12 (24,49%)	22 (44,9%)	2 (4,08%)	9 (18,37%)	4 (8,16%)	49 (%)
Ttnos. afectivos	12 (25%)	15 (31,25%)	7 (14,58%)	6 (12,50%)	8 (16,67%0	48 (%)
Ttnos. tóxicos	5 (16,67%)	18 (60%)	3 (10%)	2 (6,67%)	2 (6,67%)	30 (%)
TOTAL	106	140	60	41	57	404

$\chi^2 exp. = 69,33$ (20 g.l.) $p < 0,001$

que presentaron al ingreso Trastornos psicopáticos y de psicomotricidad, (18,37%).

En cuanto a los individuos que cometieron delitos contra la Libertad y la Seguridad, se halló que eran más frecuentes los que mostraron al ingreso Trastornos psicóticos, (26,27%), frente al 3,33% de los que exhibían Deficiencias y Oligofrenias.

La relación entre el tipo de Diagnóstico y el Delito cometido es el eje central de nuestra investigación. Mostramos en la Tabla XLIII este cruce en toda su extensión y en la Tabla XLIV, el mismo, pero en el que se han agrupado o excluido tanto diagnósticos como delitos para realizar el test de dependencia de chi cuadrado. Hemos obtenido una alta significación, $p < 0,001$, es decir, existe una gran dependencia estadística entre estos dos tipos de variables con un error de 1 por mil.

Los sujetos que padecían psicosis alcohólicas y dependencia de alcohol, obtuvieron una mayor frecuencia de la esperada entre los que realizaron delitos contra la libertad y la seguridad, (37,28%), y una menor frecuencia entre los que realizaron delitos contra la propiedad, (10,00 %).

Los individuos con Psicosis, Abuso y Dependencia de Drogas, eran más frecuentes proporcionalmente entre los que cometieron delitos contra la propiedad, (16,00%), frente al 3,73% de los que llevaron a cabo delitos contra las personas.

Las Psicosis Esquizofrénicas y los Estados Paranoides eran más frecuentes entre los individuos que habían cometido delitos contra las personas, (34,57%), y contra la libertad y seguridad, (33,89%), y menos frecuentes entre los que llevaron a cabo delitos contra la propiedad, (12,00%), y delitos contra la honestidad, (6,89%).

TABLA XLIV. DIAGNOSTICO - DELITO

	No consta	D. Personas	D. Propiedad	D. Honestidad	D. Autoridad	D. Libertad y Seguridad	C. Salud Pública	Falsedad	C. Seguridad del tráfico	Tenencia I. de armas	C. Libertad religiosa	A. Ilícita Pr. ilegal	S. perjuicio S. de delito	Indocumentado	Supuestos	P. Social	TOTAL
No consta	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Psicosis orgánica senil	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Psicosis alcohólica	-	11	7	3	5	12	-	-	3	1	-	-	-	-	1	2	45
Psicosis drogas	-	2	15	2	1	2	7	-	-	-	-	-	-	-	-	1	30
Psicosis exógenas transitorias	1	1	1	4	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	9
Psicosis orgánicas crónicas	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Psicosis esquizofrénicas	1	29	17	3	7	13	1	2	1	-	2	-	4	-	-	2	82
Psicosis afectivas	-	4	3	1	1	3	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	15
Estados paranoides	1	8	1	1	2	7	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	21
Otras psicosis no orgánicas	-	1	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
Trast. neuróticos y de personalidad	-	19	22	14	6	6	1	-	-	-	1	1	1	-	6	-	77
Desviac. sexuales	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2
S. dependencia de alcohol	-	11	8	7	2	10	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	41
abuso, depend. drogas	-	2	9	2	1	2	4	2	-	-	-	-	-	-	1	2	25
Trastornos no clasificados	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Reacción de adaptación	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Lesión orgánica	-	8	13	2	8	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33
Retraso mental	-	10	41	13	6	1	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-	74
Simulación	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
No enfermedad mental	1	7	16	11	4	3	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-	45
TOTAL	4	118	156	68	46	65	15	4	6	1	3	2	5	1	14	10	518

TABLA XLV. DIAGNOSTICO - DELITO

	D. Personas	D. Propiedad	D. Honestidad	D. Autoridad	D. Libertad y Seguridad	TOTAL
Ps. Alcohol Dep. Alcohol	22 (20,56%)	15 (10,00%)	10 (17,24%)	7 (16,66%)	22 (37,28%)	76
Ps. Drogas Ab. y Dep. Drogas	4 (3,73 %)	24 (16,00 %)	4 (6,89 %)	2 (4,76 %)	4 (6,71%)	38
Ps. Esquizofrenica E. Paranoide	37 (34,57%)	18 (12,00%)	4 (6,89%)	9 (21,42%)	20 (33,89%)	88
Ttnos. neuróticos y de personalidad	19 (17,75%)	22 (14,66%)	14 (24,13%)	6 (14,28%)	6 (10,16%)	67
Lesiones orgánicas	8 (7,47%)	13 (8,66 %)	2 (3,44%)	8 (19,04%)	2 (3,38%)	33
Retraso mental	10 (9,34%)	41 (27,33%)	13 (22,41%)	6 (14,28%)	1 (11,69%)	71
No enfermedad	7 (6,54%)	17 (11,33%)	11 (18,96%)	4 (9,52%)	4 (6,77%)	43
TOTAL	107 (%)	150 (%)	58 (%)	42 (%)	59 (%)	416

$\hat{\chi}^2_{exp.} = 60,52$ (24 g.l.) $p < 0,001$

En cuanto a los individuos con Trastornos Neuróticos, de Personalidad y Desviaciones Sexuales obtuvieron una mayor frecuencia de la esperada entre los que realizaron delitos contra la honestidad, (24,13%), frente al 10,16% de los que perpetraron delitos contra la libertad y la seguridad.

Los individuos con Lesiones Orgánicas eran más frecuentes, proporcionalmente, entre los que cometieron delitos contra la autoridad, (19,04%).

Los sujetos con Retraso Mental alcanzaron una mayor proporción entre los que realizaron delitos contra la propiedad, (27,33%), y eran ligeramente más frecuentes entre los que cometieron delitos contra la honestidad, (22,41%); mientras que eran menos frecuentes, entre los que realizaron delitos contra las personas (9,34%) y contra la libertad y la seguridad, (1,69%).

Por último, los que no presentaron Enfermedad Mental obtuvieron una mayor frecuencia de la esperada entre los que realizaron delitos contra la honestidad, (18,96%), y una frecuencia ligeramente inferior entre los que realizaron delitos contra las personas, (6,54%).

Para comprobar más exhaustivamente donde se localizaban las diferencias en este cruce, relizamos distintas subdivisiones de esta Tabla XLIV.

En primer lugar observamos que las psicosis esquizofrénicas y los estados paranoides, se comportaban de forma similar a las psicosis alcohólicas y las dependencias de alcohol. Para su comprobación realizamos un test de Chi cuadrado para estas dos clasificaciones diagnósticas frente a los distintos tipos de delitos. No obteniéndose significación, es decir, no existen diferencias significativas entre los delitos realizados por los sujetos con psicosis y dependencia de alcohol y psicosis esquizofrénicas y estados paranoides.

Igualmente, observamos esta similitud entre las psicosis, abusos y dependencia de drogas, así como los retrasos mentales, frente a los distintos tipos de delitos. Realizamos nuevamente el test de Chi cuadrado y tampoco encontramos diferencias significativas.

De este modo confeccionamos una nueva Tabla, Diagnóstico-Delito (II), Tabla XLV, a partir de los datos obtenidos anteriormente. Encontramos una alta significación, ($p < 0,001$) que nos permite localizar más exactamente las dependencias existentes.

Esta significación nos manifiesta que las psicosis y dependencias de alcohol, así como, las esquizofrenias y estados paranoides, se presentaron más frecuentemente entre los que cometieron delitos contra las personas (55,14%) y contra la libertad y la seguridad, (71,18%). mientras que aparecieron menos frecuentemente entre los individuos que realizaron delitos contra la propiedad, (22,00%) y la honestidad, (24,13%).

Los sujetos que padecían psicosis, abuso o dependencia de drogas y retraso mental eran más frecuentes entre los que realizaron delitos contra la propiedad, (43,33%), frente al 13,08% de los que llevaron a cabo delitos contra las personas y al 8,47% de los que realizaron delitos contra la libertad y la seguridad.

Respecto a los individuos con trastornos neuróticos, de personalidad y desviaciones sexuales alcanzaron una mayor proporción entre los que perpretaron delitos contra la honestidad, (24,13%), y una menor proporción entre los delitos contra la libertad y la seguridad, (10,16%).

Los sujetos con lesiones orgánicas eran más frecuentes entre aquellos que realizaron delitos contra la autoridad, (19,09%).

(Psicosis, Abuso y Dependencia Drogas - Retraso Mental) - Delito $\chi^2_{exp.} = 6,16$ (4 g.l.) N.S.

(Psicosis esquizofrénicas y Estados paranoides - Psicosis y Dependencia Alcohol) - Delito

$\chi^2_{exp.} = 6,16$ (4 g.l.) N.S.

TABLA XLV DIAGNOSTICO - DELITO (II)

	Personas	Propiedad	Honestidad	Autoridad	Libertad y Seguridad	Total
Ps. y Dep. Alcohol + Ps. esquiz. y E. Paranoides	59 (55,14%)	33 (22%)	14 (24,13%)	16 (38,09%)	42 (71,18%)	164
Ps. Ab. y Dep.Drogas + Retraso Mental	14 (13,08%)	65 (43,3%)	17 (29,31%)	8 (19,04%)	5 (8,47%)	109
Ttnos. neurót., de Personalidad + Desv. Sexuales	19 (17,75%)	22 (14,66%)	14 (24,13%)	6 (14,28%)	6 (10,16%)	67
Lesiones orgánicas	8 (7,47%)	13 (8,66%)	2 (3,44%)	8 (19,04%)	2 (3,38%)	33
No enfermedad + Simulación	7 (6,54%)	17 (11,33%)	11 (18,96%)	4 (5,52%)	4 (6,78%)	43
TOTAL	107 (%)	150 (%)	58 (%)	42 (%)	59 (%)	416

$\chi^2_{exp.} = 89,06$ (16 g.l.) $p < 0,001$

Los individuos que no presentaban enfermedad arrojaron un mayor porcentaje entre los que cometieron delitos contra la honestidad, (18,96%), frente al 6,54% de los que cometieron delitos contra las personas.

La Tabla XLVI muestra la conexión entre la Influencia de Alcohol y Drogas en el delito y el tipo de Diagnóstico, manifestando este cruce una alta significación, $p < 0,001$.

Los sujetos con Psicosis Alcohólica y Dependencia de Alcohol, lógicamente, eran más frecuentes entre los que consumieron alcohol y/o drogas en el delito, (37,83%), frente a los que no consumieron tóxico alguno, (0,76%). Igual sucedió con los individuos con Psicosis, Abuso o Dependencia de Drogas, (23,42% frente a 0%).

Por el contrario, los diagnosticados de Psicosis esquizofrénicas y Estados Paranoides, obtuvieron una mayor frecuencia proporcional entre los que no consumieron ni alcohol ni drogas, (36,92%), frente a los que sí lo hicieron, (9,9%).

Asimismo arrojaron un mayor porcentaje a favor de no usar ningún tipo de tóxico, los Trastornos neuróticos, de Personalidad y Desviaciones sexuales, (25,38%), y los Retrasos Mentales, (19,23%), en contraposición con los que sí consumieron alcohol y drogas, (11,26% y 8,55% respectivamente).

En la Tabla XLVII podemos observar la relación entre el tipo de Delito y la Influencia de Alcohol y Drogas en el delito cometido. En esta última variable hemos distinguido tres modalidades: no influencia de alcohol ni drogas, Alcohol y Drogas más Alcohol (principalmente drogas, aunque algunas las mezclaron con alcohol).

Este entrelazamiento nos va a mostrar una fuerte dependencia estadística, $p < 0,001$.

TABLA XLVI.- DIAGNOSTICO - INFLUENCIA DE ALCOHOL Y DROGAS

	INFLUENCIA EN EL DELITO DE ALCOHOL Y DROGAS		
DIAGNOSTICO	NO TIENE	ALCOHOL O DROGAS	TOTAL
Ps. Alcohol Dep. Alcohol	1 (0,76%)	84 (37,83%)	85
Ps. Drogas Ab. y Dep. Drogas	0 (0%)	52 (23,42%)	52
Ps. Esquizof. E. Paranoides	48 (36,92%)	22 (9,90%)	70
Ttrnos. neuróticos y de personalidad	33 (25,38%)	25 (11.26%)	58
Lesiones orgánicas	5 (3,84%)	10 (4,50%)	15
Retraso mental	25 (19,23%)	19 (8,55%)	44
No enfermedad	18 (13,84%)	10 (4,50%)	28
TOTAL	130 (%)	222 (%)	352

$\chi^2_{exp.} = 133,65$ 6 (g.l.) $p < 0,001$

TABLA XLVII. DELITO-INFLUENCIA DE ALCOHOL Y DROGAS

	INFLUENCIA EN EL DELITO DE ALCOHOL Y DROGAS			
DELITO	NO TIENE	ALCOHOL	DROGAS + ALC.	TOTAL
Personas	41 (31,3%)	34 (24,11%)	7 (11,11%)	82
Propiedad	28 (21,37%)	41 (29,09%)	29 (46,03%)	98
Honestidad	28 (21,37%)	20 (14,18%)	6 (9,52%)	54
Autoridad	14 (10,69%)	15 (10,64%)	5 (7,93%)	34
Libertad y Seguridad	20 (15,27%)	30 (21,27%)	4 (6,35%)	54
C. Salud Pub.	0 (0%)	1 (0,71%)	12 (19,05%)	13
TOTAL	131	141	63	335

$\chi^2 exp = 72,79$ 10 (g.l.) $p < 0,001$

Los sujetos que realizaron delitos contra las personas, eran más frecuentes entre aquellos que no ingirieron ni alcohol ni drogas, (31,33%), frente al 11,11% de los que consumieron Drogas. Lo contrario sucedió con los sujetos que llevaron a cabo delitos contra la propiedad, los cuales obtuvieron una mayor frecuencia proporcional entre los que consumieron drogas, (46,03%) y una menor frecuencia entre los que no consumieron tóxico alguno, (21,37%).

Los sujetos que realizaron delitos contra la Honestidad eran más frecuentes entre los que no tomaron ningún tóxico, (21,37%) y menos frecuentes entre los que consumieron drogas, (9,52%).

Los individuos que cometieron delitos contra la libertad y la seguridad, alcanzaron una mayor proporción de la esperada entre los que habían ingerido alcohol, (21,27%) en contraposición con los que consumieron drogas, (6,35%).

Los sujetos que realizaron delitos contra la Salud Pública, lógicamente, eran más frecuentes entre los que consumieron drogas, (19,05%), frente a los que no consumieron tóxicos, (0%), y a los que tomaron alcohol, (0,71%).

La Tabla XLVIII expone el cruce Conflictiva sociofamiliar - Diagnóstico. Esta Tabla no cumplía los requisitos necesarios para la realización del test de Chi cuadrado por presentar en varias casillas un número insuficiente de casos y no poder agruparse las distintas modalidades. Sin embargo, hemos creido conveniente indicar dónde se encuentran localizados los desequilibrios de este cruce.

De este modo podemos observar como los sujetos con psicosis y dependencia de alcohol eran más frecuentes entre los que tenían conflictiva conyugal, (43,04%) y menos entre los que manifestaban conflictiva paterno-materno-filiar, (2,86%).

Los individuos con psicosis, abuso y dependencia

TABLA XLVIII. DIAGNOSTICO CONFLICTIVA SOCIO-FAMILIAR

	CONFLICTIVA SOCIO-FAMILIAR				
DIAGNOSTICO	PATERNO-MATERNO-FILIAL	FAMILIAR EN GRAL.	CONYUGAL	SOCIAL	TOTAL
Ps. Alcohol Dep.Alcohol	1 (2,86%)	11 (11,34%)	37 (42,04%)	8 (22,22%)	57
Ps. Drogas Ab.y Dep. Drogas	4 (11,43%)	19 (19,59%)	7 (7,95%)	2 (5,55%)	32
Ps. esquizo. E. Paranoid	11 (31,43%)	16 (16,49%)	20 (22,73%)	10 (27,77%)	57
Ttnos. neuro. y de personal	7 (20%)	23 (23,71%)	12 (13,63%)	8 (22,22%)	50
Les. orgânic.	3 (8,57%)	4 (4,12%)	5 (5,68%)	1 (2,77%)	13
Retraso mental	4 (11,43%)	16 (16,49%)	2 (2,27%)	4 (11,11%)	26
No enfermedad	5 (14,28%)	8 (8,25%)	5 (5,68%)	3 (,33%)	21
TOTAL	35 (%)	97 (%)	88 (%)	36 (%)	256

de drogas alcanzaron un mayor porcentaje entre los que presentaron conflictividad familiar en general, (19,59%).

Los enfermos con psicosis esquizofrénicas y estados paranoides obtuvieron un mayor porcentaje entre los que tenían conflictiva paterno-materno-filial, (31,43%), frente a los que presentaban conflictiva familiar en general, (16,9%).

Los sujetos con trastornos neuróticos, de personalidad y desviaciones sexuales eran más frecuentes entre los que presentaban conflictiva familiar en general, (23,71%), frente al 13,63% de los que tenían conflictiva conyugal.

Los individuos con retraso mental obtuvieron una mayor frecuencia de la esperada entre los que manifestaron conflictiva familiar en general, (16,49%), en contraposición al 2,27% de los que tenían conflictiva conyugal.

Para finalizar los que no tenían enfermedad mental o la simulaban mostraron una mayor frecuencia entre los que manifestaron conflictividad paterno-materno-filial, (14,28%) frente a los que presentaban conflictiva conyugal, (5,68%).

En cuanto al tipo de Delito en relación a la Conflictiva Sociofamiliar, Tabla XLIX, nos proporciona una alta significación, $p < 0,001$.

Los individuos que realizaron delitos contra las personas eran más frecuentes entre los que tenían conflictiva conyugal, (44,70%), y social, (42,85%). Eran menos frecuentes entre los que tenían conflictiva paterno-materno-filial, (15,62%) y familiar en general, (17,04%).

Los sujetos que llevaron a cabo delitos contra las personas obtuvieron una mayor frecuencia de la esperada entre los que manifestaron conflictividad familiar en general, (46,59%), frente a los que presentaron conflictiva conyugal, (11,76%), y social, (16,66%).

Los que cometieron delitos contra la honestidad eran más frecuentes entre los que tenían conflictividad pater-

TABLA XLIX. DELITO CONFLICTIVA SOCIO-FAMILIAR

	CONFLICTIVA SOCIO-FAMILIAR				
DELITO	PATERNO MATERNO FILIAL	FAMILIAR EN GENERAL	CONYUGAL	SOCIAL	TOTAL
Personas	5 (15,62%)	15 (17,04%)	38 (44,7%)	15 (42,85%)	73
Propiedad	11 (34,37%)	41 (46,59%)	10 (11,76%)	6 (16,66%)	68
Honestidad	6 (18,75%)	9 (10,22%)	5 (5,88%)	4 (11,11%)	24
Autoridad	3 (9,37%)	9 (10,22%)	8 (9,41%)	5 (13,88%)	25
Libertad y Seguridad	7 (21,87%)	14 (15,91%)	24 (28,23%)	6 (16,66%)	51
TOTAL	32 (%)	88 (%)	85 (%)	36 (%)	241

$\chi^2 exp = 43,56$ 12 (g.l.) $p < 0,001$

no-materno-filial, (18,75%) frente a los que presentaban conflictividad con el cónyuge, (5,88%).

Los individuos con delitos contra la Libertad y Seguridad alcanzaron una mayor proporción entre los que manifestaron conflictiva conyugal, (28,21%), frente al 15,91 % de los que presentaban conflictiva familiar en general.

La Tabla L, muestra a los individuos que se les realizó Electroencefalograma y su resultado según el Diagnóstico. La Tabla LI, ofrece el Coeficiente Intelectual en función de los distintos tipos de Diagnóstico. Ambas Tablas las presentamos desde el punto de vista descriptivo. No pudo llevarse a cabo la realización del test por existir un número reducido de estas exploraciones.

El Comportamiento Intrahospitalario en función del Diagnóstico, aparece en la Tabla LII, siendo la significación obtenida $p < 0,01$.

Eran más frecuentes entre los que tuvieron un comportamiento correcto, frente a no correcto, los individuos con Psicosis alcohólicas y Dependencias de Alcohol, (10,38 y 10,38 frente a 5,35, y 4,46 %, respectivamente).

Eran más frecuentes entre los que produjeron altercados (fugas, agresiones, etc.) los sujetos que padecían: Abuso y Dependencia de Drogas, (10,71% frente a 3,56%), y Trastornos neuróticos, de Personalidad y Desviaciones Sexuales, (25% frente al 13,6% de los que se comportaron correctamente).

La relación Comportamiento hospitalario y Delito no ofreció desequilibrio significativo, Tabla LIII.

La Tabla LIV representa la conexión entre ls Informes ofrecidos por el hospital respecto a la imputabili-

TABLA L.- DIAGNOSTICO - E.E.G.

DIAGNOSTICO	E.E.G. NORMAL	E.E.G. PATOLOGICO	TOTAL
Ps. Alcohol Dep. Alcohol	7	0	7
Ps. Drogas Ab. y Dep. Drogas	3	0	3
Ps. Esquizof. E. Paranoides	7	0	7
Ttrnos. neuroticos y de personalidad	10	2	12
Lesiones orgánicas	4	10	14
Retraso mental	8	7	15
No enfermedad	6	0	6
TOTAL	45	19	64

TABLA LI.- DIAGNOSTICO - COEFICIENTE INTELECTUAL

	COEFICIENTE INTELECTUAL				
DIAGNOSTICO	NORMAL	50 - 70	35 - 49	Patológico por la clín.	TOTAL
Ps. alcohol Dep. Alcohol	3	0	0	0	3
Ps. Drogas Ab. y Dep. Drogas	4	0	0	0	4
Ps. Esquizof. E. Paranoides	2	2	0	1	5
Ttrnos. neuróticos y de Personalidad	4	3	0	2	9
Lesiones orgánicas	2	0	0	1	3
Retraso mental	0	23	8	43	74
No enfermedad	4	0	0	0	4
TOTAL	19	28	8	47	102

TABLA LII. COMPORTAMIENTO INTRAHOSPITALARIO - DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO	CORRECTO	NO CORRECTO	TOTAL
Ps. Alcohol	35 (10,38%)	6 (5,35%)	41
Ps. Drogas	19 (5,63%)	10 (8,92%)	29
Ps. Esquizofrénicas	62 (18,39%)	17 (15,17%)	79
E. Paranoides	17 (5,04%)	3 (2,67%)	20
Ttnos. neuróticos y de Pers.+ Desv. Sex.	46 (13,64%)	28 (25,00%)	74
Dep. Alcohol	35 (10,38%)	5 (4,46%)	40
Ab. y Dep. Drogas	12 (3,56%)	12 (10,71%)	24
Lesiones orgánicas	22 (6,52%)	5 (4,46%)	27
Retraso Mental	53 (15,72%)	16 (14,28%)	69
No enfermedad	36 (10,68%)	10 (8,92%)	46
Total	337 (%)	112 (%)	449

$\chi^2_{exp.} = 24,18$ (9 g.l.) $p < 0,01$

TABLA LIII. DELITO-COMPORTAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

	COMPORTAMIENTO INTRAHOSPITALARIO		
DELITO	CORRECTO	INCORRECTO	TOTAL
Personas	81	30	111
Propiedad	103	44	147
Honestidad	55	11	66
Autoridad	31	12	62
Libertad y Seguridad	51	11	62
C. Salud Pública	8	5	13
Supuestos	10	3	13
Peligrosidad Social	7	2	9
TOTAL	346	118	464

$\chi^2_{exp} = 7,70$ 7 (g.l.) No significativo

TABLA LIV DIAGNOSTICO - INFORMES OFRECIDOS

DIAGNOSTICO	Imputables + Semi-Imputables	Imputables	TOTAL
Ps. Alcohol. + Dep. Alcohol	5 (9,09%)	21 (20,58%)	26
Ps. Drogas + Ab. y Dep. Drogas	3 (5,45%)	8 (7,84%)	11
Ps. Esquizofrénicas + E. Paranoides	2 (3,63%)	40 (39,21%)	42
Ttnos. neuróticos, de Personalidad + Desv. Sexuales	16 (29,09%)	10 (9,80%)	26
Lesiones Orgánicas	7 (12,72%)	5 (4,40%)	12
Retraso Mental	12 (21,80%)	17 (16,66%)	29
No enfermedad + simulación	10 (18,88%)	1 (0,98%)	11
TOTAL	55 (%)	102 (%)	157

$\chi^2_{exp.} = 43,89$ (6 g.l.) $p < 0,001$

dad de los sujetos judiciales según el tipo de Diagnóstico. Estos informes acerca de la imputabilidad no se pidieron estrictamente en 329 de los casos, ya que estos fueron enviados para tratamiento, observación y tipo de enfermedad mental que padecían. La imputabilidad se requirió en 189 casos de los cuales en 22 no fué posible precisarla.

Para realizar el test a esta Tabla tuvimos que agrupar en uno de los apartados a los imputables y semi-imputables y en el otro los imputables. Así como agrupar o excluir diagnósticos. Obtuvimos una alta significación, $p < 0,001$.

Los individuos con Psicosis alcohólicas y Dependencia de Alcohol, eran más frecuentemente considerados inimputables por el Hospital, (20,58% frente al 0,09% de los semi o imputables). Igual sucedió con las Psicosis Esquizofrénicas y los Estados Paranoides, (39,21 frente a 3,63%).

Por el contrario, alcanzaron una mayor proporción entre los semi o imputables, los individuos con Trastornos neuróticos, de Personalidad y Desviaciones Sexuales, (29,09% frente a 9,80%), así como los que no presentaban enfermedad o la simulaban, (18,18% / 0,98%).

El Tiempo de Estancia en el primer ingreso judicial, vinculado al Diagnóstico está representado en la Tabla LV, proporcionando una alta significación, $p < 0,001$.

Los individuos con Psicosis Alcohólicas y Dependencia de Alcohol eran más frecuentes entre los que permanecieron entre 15 dias y 3 meses, (23,30%), frente a los que permanecieron más de un año, (6,66%), ingresados judicialmente.

Los sujetos con Psicosis, Abuso y Dependencia de Drogas, obtuvieron un mayor porcentaje entre los que su estancia fue de 1 a 15 dias, (20%), frente a los que permanecieron de 3 a 6 meses, (5%), y de 6 meses a 1 año, (6,45%).

En cuanto a los enfermos con Psicosis esquizofré-

TABLA LV. DIAGNOSTICO-TIEMPO DE ESTANCIA

	MESES O AÑOS DE ESTANCIA					
DIAGNOSTICO	1-15 d.	15-3 m.	3 - 6 m.	6-1 a.	más de 1 año	TOTAL
Ps.Alcohol + Dep. Alcohol	12 (17,14%)	55 (23,30%)	10 (12,5%)	5 (16,13%)	4 (6,66%)	86
Ps. Drogas Ab.y Dep.Drog.	14 (20%)	34 (14,40%)	4 (5%)	2 (6,45%)	0 (0%)	103
Ps. Esquizo. + E. Paranoid.	5 (7,14%)	28 (11,86%)	23 (28,17%)	9 (29,03%)	38 (63,33%)	54
Ttnos. neurot. y de personal.	10 (14,28%)	39 (16,52%)	14 (17,5%)	9 (25,03%)	8 (13,33%)	33
Les. orgánicas	6 (8,57%)	20 (3,47%)	4 (5%)	0 (0%)	3 (5%)	80
Retraso mental	11 (15,71%)	34 (14,40%)	17 (21,25%)	5 (16,13%)	7 (11,66%)	74
No enfermedad	12 (17,14%)	26 (11,02%)	8 (10%)	1 (3,22%)	0 (0%)	47
TOTAL	70 (%)	236 (%)	80 (%)	31 (%)	60 (%)	477

$\chi^2 exp = 111,17$ 24 (g.l.) $p < 0,001$

nicas y Estados Paranoides, alcanzaron el máximo tiempo de estancia, es decir, eran más frecuentes entre los que permanecieron más de 1 año, (63,33%), frente a los que estuvieron de 1 a 15 dias, (7,14%), y de 15 dias a 3 meses, (11,86%).

Respecto a los individuos con Trastornos Neuróticos, de Personalidad y Desviaciones Sexuales, obtuvieron una mayor frecuencia de la esperada entre los que su estancia duró de 6 meses a 1 año, (25,03%), siendo este mismo periodo de tiempo el más infrecuente entre los que padecían Lesiones Orgánicas, (0%).

Los sujetos con Retraso Mental eran más frecuentes entre los que permanecieron de 3 a 6 meses, (21,25%), y los que no padecían enfermedad mental alcanzaron una mayor proporción entre los que permanecieron de 1 a 15 días, (17,14%), frente a los que estuvieron más de 6 meses, (3,22% y 0%).

La Tabla LVI representa el cruce Delito - Tiempo de estancia en el Hospital. Se obtuvo una alta significación, $p < 0,001$.

Los sujetos que cometieron delitos contra las Personas, eran más frecuentes entre los que permanecieron más de 1 año, (60,32%), y menos frecuentes entre los que permanecieron de 1 a 15 dias, (12,5%) y de 15 días a 3 meses, (19,82%).

En cuanto a los individuos que realizaron delitos contra la propiedad, alcanzaron una mayor frecuencia entre los que estuvieron en el Hospital de 1 a 15 dias, (51,56%) y de 15 días a 3 meses, (36,94%), frente a los que permanecieron más de 1 año, (15,87%).

Respecto a los que perpetraron delitos contra la Honestidad, obtuvieron una mayor proporción entre los que permanecieron de 3 a 6 meses, (10,83%), frente a los que estuvieron más de 1 año, (7,93%).

Los individuos que realizaron delitos contra la autoridad eran menos frecuentes entre los que permanecieron más de 1 año, (4,76%).

TABLA LVI. DELITO-TIEMPO DE ESTANCIA

	MESES O AÑOS DE ESTANCIA					
DELITO	1-15 d.	15-3 m.	3-6 m.	6-1 a.	más de 1 año	TOTAL
Personas	8 (12,5%)	44 (19,82%)	20 (27,78%)	8 (25%)	38 (60,32%)	118
Propiedad	33 (51,56%)	82 (36,94%)	20 (27,78%)	11 (34,38%)	10 (15,87%)	156
Honestidad	8 (12,5%)	35 (15,76%)	15 (20,83%)	5 (15,62%)	5 (7,93%)	68
Autoridad	8 (12,5%)	22 (9,91%)	9 (12,5%)	4 (12,5%)	3 (4,76%)	46
Libertad y Seguridad	7 (10,94%)	39 (17,57%)	8 (11,11%)	4 (12,5%)	7 (11,11%)	55
TOTAL	64 (%)	222 (%)	72 (%)	32 (%)	63 (%)	453

$\chi^2 exp = 59,40$ 16 (g.l.) $p < 0,001$

Por último, los que llevaron a cabo delitos contra la Libertad y la Seguridad alcanzaron una mayor proporción entre los que permanecieron de 15 a 3 meses, (17,57%).

La Tabla LVII indica la relación entre el Diagnóstico y las Fugas. No encontrándose diferencias estadisticamente significativas en este cruce.

Las Tablas LVIII y LIX representan la Forma de salida del Hospital, en relación tanto con el Diagnóstico como con el Delito. Los presentamos desde el punto de vista desdriptivo, ya que no cumplían los requisitos necesarios para la aplicación del test de Chi cuadrado.

La Tabla LX, muestra la confluencia entre el Diagnostico y los Ingresos judiciales posteriores en este Hospital psiquiátrico. Se observó una diferencia significativa de $p < 0,05$.

Eran más frecuentes entre los que no tenían ingresos judiciales posteriores, frente a los que sí tenían, los individuos con: Psicosis debidas a Drogas, (6,83% frente a 2,43%); Estados Paranoides, (4,88% / 1,22%), y los que no padecían enfermedad mental, (10,73% / 3,66%).

Por el contrario eran más frecuentes entre los que sí tenían ingresos judiciales posteriores, frente a los que no tenían , los sujetos con: Lesiones Orgánicas, (10,97% / 5,85%); Trastornos neuróticos y de Personalidad y Desviaciones Sexuales, (23,17% / 14,63%), y Retraso Mental, (21,95% / 13,66%).

No encontramos significación estadística entre el tipo de Delito y el tener o no Ingresos judiciales posteriores en este Hospital, Tabla LXI.

TABLA LVII. DIAGNOSTICO-FUGAS

DIAGNOSTICO	FUGAS: NO TIENEN	FUGAS: TIENEN	TOTAL
Ps. Alcohol Dep. Alcohol	80	6	86
Ps. Drogas Ab.y Dep.Drogas	44	11	55
Ps. Esquizo. E. Paranoide	87	16	103
Ttnos. neurot. y de personal.	61	18	79
Les. orgánicas	31	2	33
Retraso mental	61	13	74
No enfermedad	43	4	47
TOTAL	407	70	477

$\chi^2_{exp.} = 10,25$ 16 (g.l.) No significativo

TABLA LVIII.- DIAGNOSTICO - FORMA DE SALIDA

	DIAGNOSTICO							
SALIDA	Ps. Alcohol Dep. Alcohol	Ps. Drogas Ab.Dep.Drogas	Ps.Esquiz. E. Paran.	Ttrnos. neurt. y de Personal. Desv. Sex.	Lesiones orgânic.	Retraso mental	No enferm. simulac.	TOTAL
Libertad O.J.	57	26	55	52	20	57	31	298
Prisión o Reformatorio	8	18	1	9	8	3	13	60
Psiquiátrico Penitenciario	2	2	3	2	0	1	0	10
Fuga	2	5	4	9	1	4	2	27
Fallecimiento	0	0	5	1	2	0	0	8
Permiso	12	4	18	4	0	1	1	40
Permanece	1	0	16	1	1	4	0	23
Otro hospital	4	0	1	1	1	4	0	11
TOTAL	86	55	103	79	33	74	47	477

TABLA LIX.- DELITO - FORMA DE SALIDA

SALIDA	DELITO					
	PERSONAS	PROPIEDAD	HONESTIDAD	AUTORIDAD	LIBERTAD Y SEGURIDAD	TOTAL
Libertad O.J.	58	92	48	33	47	278
Prisión o Reformatorio	16	28	7	5	1	57
Psiquiátrico penitenciario	2	2	1	0	2	7
Fuga	6	14	5	1	5	31
Fallecimiento	6	1	0	1	0	8
Permiso	11	10	4	5	5	35
Permanece	16	5	1	0	3	25
Otro hospital	3	4	2	1	2	12
TOTAL	118	156	68	46	65	453

TABLA LX. DIAGNOSTICO-INGRESOS JUDICIALES POSTERIORES

	INGRESOS JUDICIALES POSTERIORES		
DIAGNOSTICO	NO TIENE	SI TIENE	TOTAL
Ps. Alcohol	37 (9,02%)	8 (8,76%)	45
Ps. Drogas	28 (6,83%)	2 (2,43%)	30
Ps. Esquizofrénicas	71 (17,32%)	11 (13,41%)	82
Ps. Afectivas	14 (3,41%)	1 (1,22%)	15
E. Paranoide	20 (4,88%)	1 (1,22%)	21
Dep. alcohol	36 (8,78%)	5 (6,1%)	41
Ab. y Dep. Drogas	20 (4,88%)	5 (6,1%)	25
Lesiones orgánicas	24 (5,85%)	9 (10,97%)	33
Ttnos. neuróticos y de personalidad	60 (14,63%)	19 (23,17%)	79
Retraso mental	56 (13,66%)	18 (21,95%)	74
No enfermedad	44 (10,73%)	3 (3,66%)	47
TOTAL	410 (%)	82 (%)	492

$\chi^2 exp = 19,30$ 10 (g.l.) $p < 0,05$

TABLA LX1. DELITO-INGRESOS JUDICIALES POSTERIORES

	INGRESOS JUDICIALES POSTERIORES		
DELITO	NO TIENE	SI TIENE	TOTAL
Personas	105	13	118
Propiedad	121	35	156
Honestidad	55	13	68
Autoridad	34	12	46
Libertad y Segur.	59	6	65
C. Salud Pública	13	2	15
Supuestos	12	2	14
Peligros. Social	8	2	10
TOTAL	407	85	492

$\chi^2 exp = 12,04$ 7 (g.l.) No significativa

Entre el Diagnóstico y los Ingresos no judiciales posteriores encontramos una significación de $p < 0,10$, Tabla LXII. Lo cual nos indica que existen pequeños desequilibrios pero que no llegan a ser significativos. Igual sucede en la Tabla LXIII, que representa al Delito relacionado con los Ingresos no judiciales posteriores.

La Tabla LXIV muestra la correspondencia entre el Diagnóstico y la Hora en la que fue realizado el hecho delictivo. El test nos reveló una gran dependencia estadística, $p < 0,001$.

Las psicosis alcohólicas y las dependencias de alcohol eran más frecuentes entre los que cometieron el delito entre las 18 horas y las 00 horas, (25,26%), y menos entre las 6 de la mañana y las 12 del medio día, (4,25%).

Los individuos con Psicosis, Abuso y Dependencia de Drogas alcanzaron una mayor frecuencia entre los que realizaron el delito entre las 00 y las 06 horas, (17,86%) frente a los que lo llevaron a cabo de las 06 a las 12 del mediodía, (4,25%).

Por el contrario, los sujetos con Psicosis Esquizofrénicas y Estados Paranoides obtuvieron una mayor proporción entre los que perpetraron el delito entre las 6 de la mañana y las 12 del mediodía, (48,94%), frente a los que lo realizaron de 12 a 18 horas, (14,94%) y de 00 - 06 horas, (7,14%).

Los que presentaban Trastornos Neuróticos, de Personalidad y Desviaciones Sexuales eran ligeramente más frecuentes entre los que cometieron el delito de las 00 horas a las 06 horas, (25%). Los diagnosticados de Retraso Mental eran menos frecuentes entre los que delinquieron de 06 horas a 12 del mediodía, (4,25%).

Respecto al Delito entrecruzado con la Hora del hecho delictivo, Tabla LXV, también se observó una alta significación, $p < 0,001$.

TABLA LXII. DIAGNOSTICO-INGRESOS NO JUDICIALES POSTERIORES

	INGRESOS NO JUDICIALES POSTERIORES		
DIAGNOSTICO	NO TIENE	SI TIENE	TOTAL
Ps. Alcohol	30	15	45
Ps. Drogas	25	5	30
Ps. Esquizofrénicas	59	23	82
E. Paranoide	15	6	21
Dep. Alcohol	24	17	41
Ab. y Dep. Drogas	20	5	25
Lesiones orgánicas	27	6	33
Ttnos. neuróticos y de personalidad	58	21	79
Retraso mental	61	13	74
No enfermedad	40	7	47
TOTAL	359	108	447

$\chi^2 exp = 15,34$ (9 g.l.) $p < 0,10$

No significativo

TABLA LXIII. DELITO-INGRESOS NO JUDICIALES POSTERIORES

	INGRESOS NO JUDICIALES POSTERIORES		
DELITO	NO TIENE	SI TIENE	TOTAL
Personas	88	30	118
Propiedad	128	28	156
Honestidad	54	14	68
Autoridad	29	17	46
Libertad y Seguridad	45	20	65
C. Salud Pública	12	3	15
TOTAL	356	112	468

$\chi^2 exp = 9,71$ (5 g.l.) $p < 0,10$ No significativa

TABLA LXIV. DIAGNOSTICO-HORA DEL DELITO

	HORA DEL DELITO				
DIAGNOSTICO	06-12 h.	12-18 h.	18-00 h.	00-06 h.	TOTAL
Ps. alcohol + Dep. Alcohol	2 (4,25%)	17 (19,54%)	24 (25,26%)	7 (12,5%)	50
Ps. Drogas Ab. y Dep.Drog.	2 (4,25%)	14 (16,09%)	6 (6,32%)	10 (17,86%)	32
Ps. esquizo. + E. Paranoid.	23 (48,94%)	13 (14,94%)	16 (16,84%)	4 (7,14%)	56
Ttnos. neurot. y de personal.	9 (19,15%)	14 (16,09%)	16 (16,84%)	14 (25%)	53
Les. orgánicas	6 (12,76%)	5 (5,75%)	5 (5,26%)	7 (12,5%)	23
Retraso mental	2 (4,25%)	15 (17,24%)	17 (17,89%)	11 (19,64%)	45
No enfermedad	3 (6,38%)	9 (10,34%)	11 (11,59%)	3 (5,37%)	26
TOTAL	47 (%)	87 (%)	95 (%)	56 (%)	185

$\chi^2 exp = 56,93$ (18 g.l.) $p < 0,001$

TABLA LXV. DELITO-HORA DEL DELITO

	HORA				
DELITO	06-12 h.	12-18 h.	18-00 h.	00-06 h.	TOTAL
Personas	21 (42,86%)	19 (22,35%)	25 (26,59%)	6 (11,32%)	71
Propiedad	9 (18,37%)	22 (25,88%)	42 (44,68%)	37 (69,81%)	110
Honestidad	6 (12,24%)	23 (27,06%)	11 (17,7%)	2 (3,77%)	42
Autoridad	8 (16,33%)	9 (10,59%)	8 (8,51%)	6 (11,32%)	31
Libertad y Seg.	5 (10,20%)	12 (14,12%)	8 (8,51%)	2 (3,77%)	27
TOTAL	49 (%)	85 (%)	94 (%)	53 (%)	281

$\chi^2 exp. = 52,41$ (12 g.l.) $p < 0,001$

Los que cometieron delitos contra las personas eran más frecuentes entre los que los llevaron a cabo de 6 de la mañana a 12 del mediodía, (42,86%), frente al 11,32% de los que los realizaron de 00 horas a 06 horas.

En cuanto a los que cometieron delitos contra la Propiedad alcanzaron una mayor proporción entre los que las perpetraron de 18 horas a 00 horas, (44,68%), y de 00 a 06 horas, (69,81%), y una menor proporción entre las 06 - 12 horas, (18,37%), y las 12 horas - 18 horas, (25,88%).

Los individuos con delitos contra la Honestidad eran más frecuentes entre los que delinquieron de 12 a 18 horas, (27,06%), frente a los que los realizaron de 18 horas a 00 horas, (17,7%), y de 00 a 06 horas, (3,77%).

Los que llevaron a cabo delitos contra la Libertad y la Seguridad alcanzaron una mayor frecuencia proporcional entre los que realizaron el delito de 12 horas a 18 horas, (14,21%), frente al 3,77% de los que delinquieron de 00 a 06 horas.

Las Tablas LXVI y LXVII indican los cruces Diagnóstico - Mes del delito y Delito - Mes del delito, respectivamente. No encontrándose significación en ninguna de ellas.

Las Tablas LXVIIIy LXIX muestran el día de la semana del hecho delictivo en relación al Diagnóstico y al Delito. Las exponemos descriptivamente pues no era válido el Test de Chi cuadrado.

La Tabla LXX representa al Diagnóstico entrecruzado con haber existido o no violencia en el hecho delictivo. Hemos unido en esta última variable, las modalidades "violencia contra personas" y "violencia contra personas y cosas" en el apartado "contra personas", dejando en el apartado "contra cosas" sólo los que no cometieron violencia contra

TABLA LXVI.- DIAGNOSTICO - MES DE LOS HECHOS

	DIAGNOSTICO							
MESES	Ps. Alcohol Dep. Alcohol	Ps. Drogas Ab.y Dep.Drog.	Ps.Esquiz. E.Paranoid.	Ttrnos. neur. y de Person. Desv. Sex.	Lesiones Organic.	Retraso mental	No enferm. Simulacion	TOTAL
Enero-Marzo	12	4	12	17	4	15	5	69
Abril - Junio	10	6	24	13	7	14	10	84
Julio - Septiembre	24	13	23	21	7	16	14	118
Octubre - Diciembre	12	14	20	13	7	13	6	85
TOTAL	58	37	79	64	25	58	35	356

$\chi^2_{exp.} = 15,97$ 18 (g.l.) No significativo

TABLA LXVII.- DELITO - MES DE LOS HECHOS

	DELITO					
MESES	PERSONAS	PROPIEDAD	HONESTIDAD	AUTORIDAD	LIBERTAD Y SEGURIDAD	TOTAL
Enero - Marzo	13	29	11	9	10	72
Abril - Junio	22	29	17	8	12	88
Julio - Septiembre	29	42	19	12	13	115
Octubre- Diciembre	38	28	9	8	5	88
TOTAL	102	128	56	37	40	363

$\chi^2_{exp.} = 18,62$ 12 (g.l.) $p < 0,10$ No significativo

TABLA LXVIII.- *DIAGNOSTICO - DIAS DE LA SEMANA*

D I A G N O S T I C O

DIAS	Ps. Alcohol Dep.Alcohol	Ps.Drogas Ab.y Dep.Drogas	Ps.Esquiz. E.Paranoid.	Ttrnos.neurot. de Personal. Desv. Sex.	Lesiones orgánic.	Retraso mental	No enfermed. Simulacion	TOTAL
Lunes	6	7	11	4	4	8	6	46
Martes	14	7	9	13	2	7	5	57
Miercoles	9	4	12	9	4	7	3	48
Jueves	9	5	13	7	2	3	2	41
Viernes	5	7	8	7	4	10	5	46
Sábado	6	1	9	7	5	7	4	39
Domingo	7	6	8	9	2	7	6	45
TOTAL	56	37	70	56	23	49	31	322

TABLA LXIX.- DELITO - DIA DE LA SEMANA

DIAS	D E L I T O					
	PERSONAS	PROPIEDAD	HONESTIDAD	AUTORIDAD	LIBERTAD Y SEGURIDAD	TOTAL
Lunes	11	14	9	6	4	44
Martes	18	16	7	5	8	54
Miercoles	14	16	4	11	1	46
Jueves	8	16	4	3	9	40
Viernes	12	14	7	2	4	39
Sábado	10	16	6	3	6	41
Domingo	12	17	7	5	2	43
TOTAL	85	109	44	35	34	307

TABLA LXX. DIAGNOSTICO-VIOLENCIA DEL HECHO

DIAGNOSTICO	VIOLENCIA			TOTAL
	NO HUBO	CONTRA PERSONAS	CONTRA COSAS	
Ps. Alcohol Dep. Alcohol	12 (15%)	39 (18,57%)	15 (17,24%)	66
Ps. Drogas Ab. y Dep. Drogas	17 (21,25%	16 (7,67%)	12 (13,79%)	45
Ps. Esquizo. E. Paranoide	12 (15%)	57 (27,14%)	11 (12,64%)	80
Ttnos. neurot. y de personalidad	12 (15%)	37 (17,62%)	17 (19,57%)	66
Lesiones orgán.	3 (3,75%)	17 (8,09%)	6 (6,89%)	26
Retraso mental	14 (17,5%)	24 (11,43%)	21 (24,14%)	59
No enfermedad	10 (12,5%)	20 (9,53%)	5 (5,75%)	35
TOTAL	80 (%)	210 (%)	87 (%)	377

$\chi^2 exp = 28,44$ (12 g.l.) $p < 0,01$

personas). Obtuvimos en este cruce una significación de $p < 0,01$.

Los individuos con Psicosis, Abuso y Dependencia de Drogas eran más frecuentes proporcionamente entre los que no habían realizado actos de violencia, (21,25%), frente al 7,67% de los que sí la realizaron contra personas.

Sin embargo, las Esquizofrenias y Estados Paranoides alcanzaron una mayor proporción entre los que llevaron a cabo violencia contra personas, (27,14%) y menos contra cosas, (12,64%).

Al contrario sucedió con los individuos con Retraso Mental que eran más frecuentes entre los que realizan violencia contra cosas, (24,14%), frente a violencia contra personas, (22,43%).

Los sujetos que no presentaron enfermedad mental eran menos frecuentes entre los que realizaron violencia contra cosas, (5,75%).

Entre el Diagnóstico y el tener Antecedentes en Comisaría, Tabla LXXI, se observó una significación de $p < 0,025$.

Los individuos con Psicosis alcohólicas eran más frecuentes entre los que tenían antecedentes en mala conducta, (22,99%), frente al 8,64% de los que tenían buena conducta.

Sucedió lo contrario con las Psicosis Esquizofrénicas y los Estados Paranoides, los cuales obtuvieron una frecuencia mayor entre los que tenían buena conducta en comisaría, (24,69% frente al 10,69% de mala conducta).

El entrelazamiento entre esos Antecedentes en Comisaría y el tipo de Delito, Tabla LXXII, nos proporcionó una significación mayor que en el cruce anterior, $p < 0,001$.

Los que cometieron delitos contra las personas eran más frecuentes entre los que tenían irregulares, (45,45%),

TABLA LXXI.- DIAGNOSTICO - ANTECEDENTES EN COMISARIA

	ANTECEDENTES EN COMISARIA		
DIAGNOSTICO	BUENA CONDUCTA	MALA CONDUCTA	TOTAL
Ps.Alcohol Dep. Alcohol	7 (8,64%)	43 (22,99%)	50
Ps. Drogas Ab.y Dep. Drogas	10 (12,34%)	25 (13,37%)	35
Ps. Esquiz. E. Paranoides	20 (24,69%)	20 (10,69%)	40
Ttrnos. neurot. y de Personal. Desv. Sex.	15 (18,52%)	38 (20,32%)	53
Lesiones orgánicas	5 (6,17%)	15 (8,02%)	20
Retraso Mental	13 (16,05%)	28 (14,97%)	41
No enfermedad Simulación	11 (13,58%)	18 (9,62%)	29
TOTAL	81 (%)	187 (%)	268

$\chi^2_{exp.} = 14,91$ 6 (g.l.) $p < 0,025$

TABLA LXXII.- DELITO - ANTECEDENTES EN COMISARIA

DELITO	ANTECEDENTES EN COMISARIA: BUENA CONDUCTA	MALA CONDUCTA	IRREGULAR CONDUCTA	TOTAL
Personas	29 (32,58%)	35 (20,34%)	10 (45,45%)	74
Propiedad	18 (20,22%)	79 (45,93%)	8 (36,36%)	105
Honestidad	23 (25,84%)	19 (11,04%)	3 (13,63%)	45
Autoridad	9 (10,11%)	20 (11,62%)	0 (%)	29
Libertad y Seguridad	10 (11,23%)	19 (11,04%)	1 (4,54%)	30
Total	89 (%)	172 (%)	22 (%)	283

$\chi^2_{exp.} = 28,76$ 8 (g.l.) $p < 0,001$

o buena conducta, (32,58%) frente al 20,34% de los que presentaron mala conducta.

Los individuos con delitos contra la propiedad obtuvieron una mayor frecuencia entre los que tenían mala conducta, (45,93%), frente a los de buena conducta, (20,22%).

Por el contrario, los sujetos que realizaron delitos contra la Honestidad eran más frecuentes entre los que tenían antecedentes de buena conducta, (25,84% frente al 11,04% de mala conducta).

La Tabla LXXIII muestra el cruce Diagnóstico - Resistencia a la Autoridad; la significación obtenida fué de $p < 0,05$.

Opusieron menos resistencia a la detención los individuos con Psicosis, Abuso y Dependencia de Drogas, (15,35% frente a 6,09%), y los individuos con Retraso Mental, (19,08% / 12,19%).

Entre si hubo o no Resistencia a la Autoridad y el tipo de Delito cometido, Tabla LXXIV, se observó una alta dependencia estadística, $p < 0,001$.

Eran más frecuentes entre los que no opusieron resistencia a la Autoridad, frente a los que sí la opusieron, los sujetos con Delitos contra: las personas, (25,85% frente a 13,47%); la Propiedad, (41,1% / 21,42%), y la Honestidad, (19,07% / 8,23%).

Por el contrario, eran más frecuentes entre los que opusieron resistencia a la autoridad los individuos con delitos contra: la Autoridad, (33,33% frente a 2,96%), y la Libertad y la Seguridad, (19,05% / 6,78%).

La Tabla LXXV representa la combinación entre el Diagnóstico y los Antecedentes en el Ministerio de Justicia. Siendo este cruce muy significativo, $p < 0,001$.

TABLA LXXIII.- DIAGNOSTICO - RESISTENCIA A LA AUTORIDAD

	RESISTENCIA		
DIAGNOSTICO	SI	NO	TOTAL
Ps.Alcohol Dep. Alcohol	17 (20,73%)	37 (15,35%)	54
Ps. Drogas Ab.y Dep. Drogas	5 (6,09%)	37 (15,35%)	42
Ps. Esquiz. E. Paranoides	21 (25,65%)	46 (19,08%)	67
Ttrnos. neuroticos de Personalidad Desv. Sex.	16 (19,51%)	40 (16,59%)	56
Lesiones Orgánicas	8 (9,75%)	10 (4,14%)	18
Retraso mental	10 (12,19%)	46 (19,08%)	56
No enfermedad Simulación	5 (6,09%)	25 (10,37%)	30
TOTAL	82 (%)	241 (%)	323

$\chi^2_{exp.} = 13,02$ 6 (g.l.) $p < 0,05$

TABLA LXXIV. DELITO-RESISTENCIA A LA AUTORIDAD

	RESISTENCIA A LA AUTORIDAD		
DELITO	NO TIENE	SI TIENE	TOTAL
Personas	61 (25,85%)	13 (13,47%)	74
Propiedad	97 (41,1%)	18 (21,42%)	115
Honestidad	45 (19,07%)	7 (8,23%)	52
Autoridad	7 (2,96%)	28 (33,33%)	35
Libertad y seguridad	16 (6,78%)	16 (19,05%)	22
C. Salud Pública	10 (4,24%)	2 (2,38%)	12
TOTAL	236 (%)	84 (%)	320

$\chi^2 exp = 76,07$ 5 (g.l.) $p < 0,001$

TABLA LXXV.- DIAGNOSTICO - ANTECEDENTES EN EL MINISTERIO DE JUSTICIA

	ANTECEDENTES		
DIAGNOSTICO	SI	NO	TOTAL
Ps. Alcohol Dep. Alcohol	16 (17,02%)	48 (17,14%)	64
Ps. Drogas Ab. y Dep. Drogas	17 (19,08%)	28 (10%)	45
Ps. Esquiz. E. Paranoides	6 (6,38%)	74 (26,42%)	80
Ttrnos. neuroticos de personalidad Des. sex.	23 (24,46%)	42 (15%)	65
Lesiones orgánicas	11 (11,70%)	15 (5,35%)	26
Retraso mental	12 (12,76%)	47 (16,78%)	59
No enfermedad Simulación	9 (9,57%)	26 (9,28%)	35
TOTAL	94 (%)	280 (%)	374

$\chi^2_{exp.} = 23,66$ 6 (g.l.) $p < 0,001$

Alcanzaron una mayor proporción entre los que no tenían antecedentes en el Ministerio de Justicia los individuos con Psicosis Esquizofrénicas, Estados Paranoides, (26,42% frente a 6,38% que sí los tenían).

Sin embargo eran más frecuentes entre los que sí tenían este tipo de antecedentes los individuos con: Psicosis, Abuso y Dependencia de Drogas, (18,08% frente a 10%), Lesiones orgánicas, (11,70% / 5,35%), y Trastornos neuróticos, de Personalidad y Desviaciones Sexuales, (24,46% / 15%).

También se obtuvo una alta significación, $p < 0,001$, entre los Antecedentes de Prisión y el Diagnóstico, Tabla LXXVI.

Eran más frecuentes entre los que sí habían estado antes en Prisión (frente a los que no estuvieron) los individuos con: Psicosis, Abuso y Dependencia de Drogas, (18,66% frente a 10,47%); Trastornos neuróticos, de Personalidad y Desviaciones sexuales, (25,33% / 15,54%), y Lesiones orgánicas, (12% / 5,74%).

Alcanzaron una mayor proporción entre los que no tenían estos antecedentes los sujetos con Psicosis esquizofrénicas y Estados Paranoides, (25,67% frente a 4%).

La Tabla LXXVII indica la confluencia entre el Diagnóstico y la Relación familiar con la víctima. No encontrándose significación estadística.

La Tabla LXXVIII muestra la relación entre el Diagnóstico y el Estado civil de la víctima. Se obtuvo una significación de $p < 0,01$.

TABLA LXXVI.- DIAGNOSTICO - ANTECEDENTES DE PRISION

DIAGNOSTICO	ANTECEDENTES SI	NO	TOTAL
Ps. Alcohol Dep. Alcohol	15 (20%)	49 (16,55%)	64
Ps. Drogas Ab. y Dep. Drogas	14 (18,66%)	31 (10,47%)	45
Ps. Esquiz. E. Paranoides	3 (4%)	76 (25,67%)	79
Ttrnos. neuróticos de Personalidad Desv. Sex.	19 (25,33%)	46 (15,54%)	65
Lesiones Orgánicas	9 (12%)	17 (5,74%)	26
Retraso mental	9 (12%)	49 (16,55%)	58
No enfermedad Simulación	6 (8%)	28 (9,45%)	34
TOTAL	75 (%)	296 (%)	371

$\chi^2_{exp.} = 24,47$ 6 (g.l.) $p < 0,005$

TABLA LXXVII.- DIAGNOSTICO - RELACION FAMILIAR CON LA VICTIMA

	RELACION FAMILIAR		
DIAGNOSTICO	NO	SI	TOTAL
Ps. Alcohol Dep. Alcohol	23	16	39
Ps. Drogas Ab. y Dep. Drogas	15	2	17
Ps. Esquiz. E. Paranoides	39	21	60
Ttrn s. neuróticos de personalidad Des. sex.	30	10	40
Lesiones orgánicas	12	3	15
Retraso mental	25	4	29
No enfermedad Simulación	20	6	26
TOTAL	164	62	226

$\chi^2_{exp.} = 10,93$ 6 (g.l.) No significativo

TABLA LXXVIII.- DIAGNOSTICO - ESTADO CIVIL DE LA VICTIMA

	ESTADO CIVIL		
DIAGNOSTICO	SOLTERO	CASADO	TOTAL
Ps. Alcohol Dep. Alcohol	5 (7,93%)	33 (22,44%)	38
Ps. Drogas Ab.y Dep. Drogas	4 (6,34%)	13 (8,84%)	17
Ps. Esquiz. E. Paranoides	10 (16,87%)	39 (26,53%)	49
Ttrnos. neuróticos de personalidad Desv. Sex.	18 (28,57%)	21 (14,28%)	39
Lesiones orgánicas	2 (3,17%)	14 (9,52%)	16
Retraso mental	13 (20,63%)	13 (8,84%)	26
No enfermedad Simulación	11 (17,46%)	14 (9,52%)	25
TOTAL	63	147	210

$\chi^2_{exp.} = 22,07$ 6 (g.l.) $p < 0,01$

Las víctimas de los sujetos con Trastornos neuróticos, de personalidad y Desviaciones Sexuales, así como retrasos mentales, los que no producían enfermedad, eran proporcionalmente más abundantes entre los solteros que entre los casados, (28,57%/14,28%; 20,63%/8,84%; 17,46%/9,52%, respectivamente).

Los perjudicados por los que padecían cuadros alcohólicos, Psicosis esquizofrénicas o Estados paranoides, eran más frecuentemente casados, (22,44%/7,93%; 26,53%/15,87%).

Las Tablas LXXIX y LXXX, representan los cruces Diagnóstico-Vecindad con la víctima, Diagnóstico-Naturaleza de la víctima, no habien encontrado significación estadística en ninguno de ellos.

La Tabla LXXXI, indica la relación entre La Naturaleza de la víctima(esta vez más referentes a niños y adultos) y el Diagnóstico. La presentamos desde el punto de vista descriptivo, ya que no cumplía los requisitos para realizarle el test. Igual sucede con las Tablas LXXXII y LXXXIII.

Encontramos una gran dependencia estadística, ($p < 0,001$), entre el Diagnóstico y si se efectuó bien Sentencia o bien Sobreseimiento, Tabla LXXXIV.

Las causas eran mas frecuentemente sobreseidas en los casos de Psicosis esquizofrénica, Estados paranoides, (38,66%/9,73%) y Retraso mental, (19,33/13,27%), mientras que recibieron en mayor proporción sentencias, los individuos con Psicosis y Dependencia de Drogas, (15,04%/7,33%); Trastornos neuróticos, de personalidad y Desviaciones Sexuales, (21,68%/10,66%); Lesiones orgánicas, (9,29%/3,33%) y los que no padecían enfermedad, (12,83%/4%).

La Tabla LXXXV, muestra el entrelazamiento entre

TABLA LXXIX.- DIAGNOSTICO - VECINDAD CON LA VICTIMA

	VECINDAD		
DIAGNOSTICO	*SI*	*NO*	*TOTAL*
Ps.Alcohol Dep. Alcohol	*21*	*18*	*39*
Ps. drogas Ab.y Dep. Drogas	*6*	*11*	*17*
Ps. Esquiz. E. Paranoides	*35*	*25*	*60*
Ttrnos. neuróticos de Personalidad Desv. Sex.	*22*	*18*	*40*
Lesiones orgánicas	*5*	*11*	*16*
Retraso mental	*17*	*12*	*29*
No enfermedad Simulación	*11*	*15*	*26*
TOTAL	*117* *(%)*	*110* *(%)*	*227*

$\chi^2_{exp.} = 7,29$ *6 (g.l.)* *No significativo*

TABLA LXXX.- DIAGNOSTICO - NATURALEZA DE LA VICTIMA

	NATURALEZA		
DIAGNOSTICO	VARON	MUJER	TOTAL
Ps. Alcohol Dep. Alcohol	20	20	40
Ps. Drogas Ab.y Dep. Drogas	13	4	17
Ps. Esquiz. F. paranoides	36	24	60
Ttrnos. neuroticos de personalidad Desv. Sex.	26	14	40
Lesiones orgánicas	10	7	17
Retraso mental	14	15	29
No enfermedad Simulación	11	15	26
TOTAL	130	99	299

$\chi^2_{exp.} = 7,89$ 6 (g.l.) No significativo

TABLA LXXXI.- DIAGNOSTICO - NATURALEZA DE LA VICTIMA

	NATURALEZA		
DIAGNOSTICO	NIÑOS	ADULTOS	TOTAL
Ps. Alcohol Dep. Alcohol	2	38	40
Ps. Drogas Ab.y Dep. Drogas	1	16	17
Ps. Esquiz. E. Paranoides	3	57	60
Ttrnos. neuroticos de Personalidad Desv. sex.	10	30	40
Lesiones orgánicas	1	16	17
Retraso mental	10	19	29
No enfermedad Simulación	6	20	26
TOTAL	33	196	229

TABLA LXXXII.- DIAGNOSTICO - SOBRESEIMIENTO

SOBRESEIMIENTO	Ps. Alcohol Dep.Alcohol	Ps. Drogas Ab.Dep.Drogas	Ps.Esquiz. E.paran.	Ttrnos.neur. de personal. Desv. Sex.	Lesiones orgánic.	Retraso mental	No enferm.	TOTAL
L. 3º E.M.	12	6	52	9	3	22	3	107
L. 3º T.M.T.	2	0	0	0	1	0	0	3
L. 3º Sordomudez	0	0	0	0	0	1	0	1
S. provisional	11	5	5	7	1	6	2	37
TOTAL	25	11	57	16	5	29	5	148

TABLA LXXXIII.- DIAGNOSTICO - SENTENCIA

DIAGNOSTICO	Ps.Alcohol Dep.Alcohol	Ps.Drogas Ab.y Dep.Drog.	Ps.Esquiz. E.paranoid.	Ttrnos.neur. de personal. Desv. Sex.	Lesiones orgánic.	Retraso mental	No enfermedad	TOTAL
Ab. E.M.	3	2	11	3	1	5	0	25
Ab. T.M.T.	2	1	0	4	1	1	0	9
Falta pruebas	1	4	3	2	0	1	3	14
Ab. Perdón	1	0	0	1	0	0	4	6
C. sin circunst.	12	14	2	13	8	4	17	70
C. at. E.M.	5	4	3	16	4	18	3	53
C. at. T.M.T.	3	3	0	2	4	0	1	13
C. at. arrebato u obcecación	0	0	0	2	0	0	0	2
C. at embriaguez	4	1	0	1	1	0	0	7
J.P.R.S.	7	3	3	1	1	0	0	15
No por fallecimiento o fuga	0	3	0	1	1	1	1	7
TOTAL	38	35	22	46	21	30	29	221

TABLA LXXXIV.- DIAGNOSTICO - SOBRESEIMIENTO, SENTENCIA

DIAGNOSTICO	SOBRESEIMIENTO	SENTENCIA	TOTAL
Ps. alcohol Dep. Alcohol	25 (16,66%)	41 (18,14%)	66
Ps. Drogas Ab. y Dep. Drogas	11 (7,33%)	34 (15,04%)	45
Ps. Esquiz. E. Paranoides	58 (38%)	22 (9,73%)	80
Ttrnos. neuroticos de personalidad Des. sex.	16 (10%)	49 (21,6%)	65
Lesiones orgánicas	5 (3,33%)	21 (9,29%)	26
Retraso mental	29 (19,33%)	30 (13,27%)	59
No enfermedad Simulación	6 (4%)	29 (12,83%)	35
TOTAL	150 (%)	226 (%)	376

$\chi^2_{exp.} = 60,68$ 6 (g.l.) $p < 0,001$

319

TABLA LXXXIV.- DIAGNOSTICO - SOBRESEIMIENTO, SENTENCIA

DIAGNOSTICO	SOBRESEIMIENTO	SENTENCIA	TOTAL
Ps. alcohol Dep. Alcohol	25 (16,66%)	41 (18,14%)	66
Ps. Drogas Ab. y Dep. Drogas	11 (7,33%)	34 (15,04%)	45
Ps. Esquiz. E. Paranoides	58 (38%)	22 (9,73%)	80
Ttrnos. neuroticos de personalidad Des. sex.	16 (10%)	49 (21,6%)	65
Lesiones orgánicas	5 (3,33%)	21 (9,29%)	26
Retraso mental	29 (19,33%)	30 (13,27%)	59
No enfermedad Simulación	6 (4%)	29 (12,83%)	35
TOTAL	150 (%)	226 (%)	376

$\chi^2_{exp.} = 60,68$ 6 (g.l.) $p < 0,001$

el tipo de Delito y el Sobreseimiento o la Sentencia no hallándose dependencia en este cruce.

Obtuvimos una alta significación, $p < 0,001$, entre el Diagnóstico y la Delictividad del hecho, Tabla LXXXVI

El hecho era considerado frecuentemente delito o falta en los sujetos con: Psicosis y Abuso o Dependencia de drogas, (14,01%/9,09%); Trastornos neuróticos, de personalidad y desviaciones sexuales, (24,20%/11,76%); lesiones orgánicas, (10,82%/3,74%) y "no enfermedad", (17,83%/4,27%).

Por el contrario los enfermos con Psicosis esquizofrénicas y Estados paranoides eran más numerosos entre los que no se consideró el hecho delito o falta.

Del mismo modo existía gran dependencia, $p < 0,001$, entre la Delictividad del hecho y el tipo de Delito, Tabla LXXXVII.

Los delitos perpetrados contra la propiedad y la salud pública eran más frecuentes entre los considerados "delictivos", (47,61%/29,87% y 4,76%/1,21%, respectivamente), mientras que sucedía lo contrario con delitos tales como los realizados contra personas, (29,87%/18,36%); Autoridad, (15,24%/7,48%) y Libertad y seguridad, (10,36%/4,76%).

La Tabla LXXXVIII, indica la realción entre el Diagnóstico y la Propuesta pericial. Se halló una alta significación, $p < 0,001$.

Eran más abundantes entre los que se aceptó la propuesta pericial. Los cuadros psicóticos (Esquizofrenia y Estados paranoides

TABLA LXXXV.- DELITO - SOBRESEIMIENTO - SENTENCIA

DELITO	SOBRESEIMIENTO	SENTENCIA	TOTAL
Personas	42	53	95
Propiedad	41	86	127
Honestidad	23	36	59
Autoridad	18	20	38
Libertad y Seguridad	21	19	40
Salud Pública	3	9	12
TOTAL	148	223	371

$\chi^2_{exp.} = 9,54$ 5 (g.l.) No significativo

TABLA LXXXVI DELICTIVIDAD DEL HECHO - DIAGNOSTICO

	Delito o Falta	Ni delito Ni falta	Total
Ps. alcohol + Depend. Alcohol	26 (16,56%)	29 (15,50%)	55
Ps. Drogas + abuso y/o Depd. drogas	22 (14,01%)	17 (9,09%)	39
Ps. esquizofrénica + E. Paranoides	4 (2,54%)	69 (36,89%)	73
Ttnos. Neurót., de Personalidad + Desv. Sexuales	38 (24,20%)	22 (11,76%)	60
Lesiones orgánicas	17 (10,82%)	7 (3,74%)	24
Retraso mental	22 (14,01%)	35 (18,71%)	57
No enfermedad + Simulación	28 (17,83%)	8 (4,27%)	36
TOTAL	157 (%)	187 (%)	344

$\chi^2_{exp.} = 60,59$ 6 g.l. $p < 0,001$

TABLA LXXXVII DELICITIVIDAD DEL HECHO - DELITO

	Delito o falta	No delito ni falta	Total
Personas	27 (18,36%)	49 (29,87%)	76
Propiedad	70 (47,61%)	49 (29,87%)	119
Honestidad	25 (17,00%)	22 (13,41%)	47
Autoridad	11 (7,48%)	25 (15,24%)	36
Libertad y Seguridad	7 (4,76%)	17 (10,36%)	24
C. Salud Pública	7 (4,76%)	2 (1,21%)	9
TOTAL	147 (%)	164 (%)	311

$\chi^2_{exp.} = 21,79$ 5 g.l. $p < 0,001$

TABLA LXXXVIII.- DIAGNOSTICO - PROPUESTA PERICIAL

	PROPUESTA PERICIAL		
DIAGNOSTICO	SE ACEPTA	NO SE ACEPTA	TOTAL
Ps. alcohol Dep. alcohol	44 (14,76%)	14 (30,43%)	58
Ps. Drogas Ab.y Dep. Drogas	33 (11,07%)	5 (10,89%)	38
Ps. Esquiz. E. Paranoides	74 (24,83%)	3 (6,52%)	77
Ttrnos neuróticos y de personalidad Desv. Sex.	56 (18,79%)	4 (8,69%)	60
Lesiones orgánicas	15 (5,03%)	9 (19,56%)	24
Retraso mental	49 (16,44%)	7 (15,21%)	56
No enfermedad Simulación	27 (9,06%)	4 (8,69%)	31
TOTAL	298	46	344

$\chi^2_{exp.} = 35,79$ 6 (g.l.) $p < 0,001$

No encontramos significación estadística entre el Delito y la Propuesta pericial, Tabla LXXXIX.

La Tabla XC representa la relación entre las Medidas acordadas por el Tribunal y el Diagnóstico. La significación observada fue de $p < 0,001$.

Los individuos con psicosis y dependencia de alcohol eran más frecuentes entre los que se les concedía la libertad después de la sentencia, (23,07%), frente a los que permanecían internados en el hospital, (12,65%).

Los drogadependientes eran mas abundantes entre los que se trasladaban a prisión, (15,84%), frente a los que permanecieron en el hospital, (6,96%).

Por el contrario los individuos con Psicosis esquizofrénicas y estados paranoides alcanzaron una mayor frecuencia de la esperada entre los que quedaban en el hospital, (43,03%) que entre los que iban a prisión, (3,96%).

Los sujetos con lesiones orgánicas eran trasladados preferentemente a prisión, (11,88%), y en menor proporción quedaban en el hospital, (3,79%).

Por último los individuos sin enfermedad mental, eran más abundantes entre los que se les concedía la libertad, (15,38%), o bien eran trasladados a prisión, (16,83%), frente a los que permanecían en el hospital, (1,26%).

La Tabla XCI muestra el cruce Interrupción del Internamiento - Diagnóstico. Esta Tabla es descriptiva pues no cumplía los requisitos para la realización del test.

La Tabla XCII indica una fuerte dependencia $p < 0,001$ entre el tipo de Diagnóstico y la Imputabilidad dada por los Tribunales.

Los drogodependientes eran considerados mas frecuentemente imputables, (18,08%).

TABLA LXXXIX.- PROPUESTA PERICIAL - DELITO

	PROPUESTA PERICIAL		
DELITO	Se acepta	No se acepta	Total
Personas	77 (26,36%)	14 (30,43%)	91
Propiedad	96 (32,87%(	17 (36,95%)	113
Honestidad	46 (15,75%)	9 (19,56%)	55
Autoridad	33 (11,30%)	3 (6,52%)	36
Libertad y Seguridad	30 (10,27%)	3 (6,52%)	33
C. Salud Pública	10 (3,42%)	0 (0,00%)	10
TOTAL	292 (%)	46 (%)	338

$\chi^2_{exp.} = 3,79$ 5 g.l. No significativo

TABLA XC .- MEDIDAS ACORDADAS POR EL TRIBUNAL - DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO	Libertad	Prision	Hospital Psiquiatrico	Total
Ps. Alcohol. + Depend. Alcohol	12 (23,07%)	17 (16,83%)	20 (12,65%)	49
Ps. Drogas + abuso y Depend. drogas	6 (11,53%)	16 (15,84%)	11 (6,96%)	33
Ps. Esquizof. + E. Paranoides	7 (13,46%)	4 (3,96%)	68 (43,03%)	79
Ttnos. neurot., de Personal. + Desv. Sexuales	3 (5,76%)	12 (11,88%)	6 (3,79%)	21
Lesiones orgánicas	8 (15,38%)	19 (18,81%)	23 (14,55%)	50
Retraso Mental	8 (15,38%)	16 (15,84%)	28 (17,72%)	52
No enfermedad + Simulación	8 (15,38%)	17 (16,83%)	2 (1,26%)	27
TOTAL	52 (%)	101 (%)	158 (%)	311

$\chi^2_{exp.} = 75,363$ 12 g.l. $p < 0,001$

TABLA XCI.- DIAGNOSTICO - INTERRUPCION DEL INTERNAMIENTO

(Después de la sentencia)

		INTERRUPCION		
DIAGNOSTICO	NO HUBO	NO	SI	TOTAL
Ps. Alcohol Dep. Alcohol	38	3	25	66
Ps. Drogas Ab. y Dep. Drogas	33	0	10	43
Ps. Esquiz. E. Paranoides	11	20	48	79
Ttrnos. neuroticos y de personal. Desv. Sex.	39	1	25	26
Lesiones orgánicas	19	3	4	65
Retraso mental	24	2	33	59
No enfermedad	32	0	5	37
TOTAL	196	29	150	376

TABLA XCII IMPUTABILIDAD - DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO	Ininputab.	Semi-Imputab.	Imputab.	Total
Ps. Alcoholicas + Depend. Alcohol	31 (15,81%)	12 (15,38%)	12 (15,58%)	55
Ps. Drogas + Abuso Alcohol y Abuso y/o Depend. Drogas	18 (9,18%)	8 (10,25%)	14 (18,18%)	40
Ps. Esquizof. + E. Paranoides	71 (36,22%)	3 (3,84%)	3 (3,89%)	77
Ttnos. neurót., de Personal. + Desv. Sexuales	25 (12,75%)	23 (29,48%)	14 (18,18%)	62
Lesiones orgánicas	7 (3,57%)	9 (11,53%)	8 (10,38%)	24
Retraso Mental	36 (18,36%)	17 (21,79%)	4 (5,19%)	57
No enfermedad + Simulación	8 (4,08%)	6 (7,69%)	22 (28,57%)	36
TOTAL	196 (%)	78 (%)	77 (%)	351

$\chi^2_{exp.} = 98,48$ 12 g.l. $p < 0,001$

Los sujetos con Psicosis esquizofrénicas y Estados paranoides eran mas abundantes entre los inimputables (36,22%), frente a los semi,(3,84%),o imputables,(3,89%).

Los que padecían Trastornos neuróticos, de personalidad y Desviaciones Sexuales, alcanzan una mayor proporción entre los semi-imputables,(29,48%),que entre los inimputables, (12,75%).

Los individuos con lesiones orgánicas eran más abundantes entre los semi o imputables,(11,53% y 10,93%), frente a los inimputables,(3,57%).

Los sujetos con retraso mental eran considerados en mayor proporción inimputables,(18,36%),o semi-imputables, (21,79%), que imputables, (5,9%), lógicamente, a los que no se les halló enfermedad mental eran mas frecuentes entre los imputables,(28,57%).

La Tabla XCIII observamos el cruce influencia de alcohol en el Delito-Sentencia, Sobreseimiento. La significación obtenida fue de $p < 0,01$.

Eran más frecuentes las sentencias entre los individuos que ingirieron drogas, (77,19%), frente a los que no consumieron tóxicos, (46,29%), mientras que alcanzaron una mayor proporción de la esperada entre los que recibieron sobreseimiento, los que no ingirieron tóxicos,(53,70%),frente a los que consumieron drogas,(22,80%). El alcohol sin embargo, no mostró desequilibrios marcados.

TABLA XCIII INFLUENCIA ALCOHOL-SOBRESEIMIENTO, SENTENCIA

	Sentencia	Sobreseimiento	
Sin ingesta	50 (46,29%)	58 (53,70%)	108 (%)
Alcohol	81 (62,30%)	49 (37,69%)	130 (%)
Drogas + Alcohol	44 (77,19%)	13 (22,80%)	57 (%)
TOTAL	175	120	295

$\chi^2_{exp.} = 15,62$ 2 g.l. $p < 0,01$

RESUMEN DE TABLAS DE CONTINGENCIA

Nº TABLA	CRUCE	$\chi^2_{exp.}$	g.l.	SIGNIFICACION
II	Sexo - Diagnóstico	19,83	5	$p < 0,01$ *
III	Sexo - Delito	24,21	5	$p < 0,001$ *
IV	Sexo - Edad	9,52	7	N.S.
V	Estado civil - Diagnóstico	61,12	8	$p < 0,001$ *
VI	Estado civil - Delito	45,69	5	$p < 0,001$ *
VII	Naturaleza - Diagnóstico	70,82	24	$p < 0,001$ *
VIII	Naturaleza - Delito	74,74	15	$p < 0,001$ *
IX	Residencia - Diagnóstico	77,56	32	$p < 0,001$ *
X	Residencia - Delito	73,49	20	$p < 0,001$ *
XIII	Edad (I) - Diagnóstico	184,51	36	$p < 0,001$ *
XIV	Edad (II) - Diagnóstico	140,79	9	$p < 0,001$ *

* Cruce Significativo. Consideramos significativos únicamente aquellos valores a partir de $p < 0,05$

Nº TABLA	C R U C E	$\chi^2_{exp.}$	g.l.	SIGNIFICACION
XV	Edad (I) - Delito	114,93	20	$p < 0,001$ *
XVI	Edad (II) - Delito	90,05	5	$p < 0,001$ *
XVII	Hogar - Diagnóstico	51,53	12	$p < 0,001$ *
XVIII	Hogar - Delito	42,56	10	$p < 0,001$ *
XIX	Nivel socioeconómico - Diagnóstico	60,79	9	$p < 0,001$ *
XX	Nivel Socioeconómico - Delito	11,45	5	$p < 0,05$ *
XXI	Estudios formación - Delito	4,13	5	N.S.
XXII	Profesión - Diagnóstico	159,72	30	$p < 0,001$ *
XXIII	Profesión - Delito	66,41	20	$p < 0,001$ *
XXIV	Situación Laboral - Delito	24,81	16	* $p < 0,10$ N.S.
XXV	Antecedentes familiares psiq. - Diagnóstico	7,89	9	N.S.
XXVI	Antecedentes familiares psiq. - Delito	8,15	9	N.S.

$p < 0,10$, Ligeros desequilibrios en la Tabla pero no llegan a ser significativos.

Nº TABLA	C R U C E	$\chi^2_{exp.}$	g.l.	SIGNIFICACION
XXVIII	Antecedentes personales psiq. - Delito	16,93	5	$p < 0,01$ *
XXIX	Antecedentes personales somáticos-Diagnóstico	17,36	9	$p < 0,05$ *
XXX	Antecedentes de emigración - Diagnóstico	19,27	8	$p < 0,025$ *
XXXI	Antecedentes de emigración - Delito	7,61	5	N.S.
XXXII	Ingresos anteriores - Diagnóstico	51,92	9	$p < 0,001$ *
XXXIII	Ingresos anteriores - Delito	7,67	5	N.S.
XXXIV	Mes - Diagnóstico	16,40	18	N.S.
XXXV	Año - Diagnóstico (I)	71,18	24	$p < 0,001$ *
XXXVI	Año - Diagnóstico (II)	45,57	9	$p < 0,001$ *
XXXVII	Año - Delito (I)	32,40	16	$p < 0,01$ *
XXXVIII	Año - Delito (II)	19,17	4	$p < 0,001$ *
XXXIX	Aparición de la posible enferm.- Diagnóstico	237,72	9	$p < 0,001$ *
XL	Aparición de la posible enferm.- Delito	18,26	5	$p < 0,01$ *

Nº TABLA	C R U C E	$\chi^2_{exp.}$	g.l.	SIGNIFICACION
XLI	Estado psíquico al ingreso - Diagnóstico	630,09	30	$p < 0,001$ *
XLII	Estado psíquico al ingreso - Delito	69,33	20	$p < 0,001$ *
XLIV	Diagnóstico - Delito (I)	60,52	24	$p < 0,001$ *
XLV	Diagnóstico - Delito (II)	89,01	16	$p < 0,001$ *
XLVI	Influencia de Alcohol y Drogas - Diagnóstico	133,65	6	$p < 0,001$ *
XLVII	Influencia de Alcohol y Drogas - Delito	72,79	10	$p < 0,001$ *
XLIX	Conflictiva sociofamiliar - Delito	43,56	12	$p < 0,001$ *
LII	Comportamiento intrahospitalario - Diagnóstico	24,18	9	$p < 0,01$ *
LIII	Comportamiento intrahospitalario - Delito	7,60	7	N.S.
LIV	Informes ofrecidos acerca de la Imputabilidad - Diagnóstico	43,89	6	$p < 0,001$ *
LV	Meses o años de estancia - Diagnóstico	111,17	24	$p < 0,001$ *
LVI	Meses o años de estancia - Delito	59,40	16	$p < 0,001$ *
LVII	Fugas - Diagnóstico	10,55	6	N.S.

Nº TABLA	C R U C E	$\chi^2_{exp.}$	g.l.	SIGNIFICACION
LX	Ingresos Judiciales posteriores - Diagnóstico	19,30	10	$p < 0,05$ *
LXI	Ingresos Judiciales posteriores - Delito	12,04	7	N.S.
LXII	Ing. No Judiciales posteriores - Diagnóstico	15,34	9	$p < 0,10$ N.S.
LXIII	Ing. No Judiciales posteriores - Delito	9,71	5	$p < 0,10$ N.S.
LXIV	Hora del delito - Diagnóstico	56,93	18	$p < 0,001$ *
LXV	Hora del delito - Delito	52,41	12	$p < 0,001$ *
LXVI	Mes de los Hechos - Diagnóstico	15,97	18	N.S.
LXVII	Mes de los Hechos - Delito	18,62	12	$p < 0,10$ N.S.
LXX	Violencia del Hecho - Diagnóstico	28,44	12	$p < 0,01$ *
LXXI	Antecedentes en comisaría - Diagnóstico	14,91	6	$p < 0,025$ *
LXXII	Antecedentes en comisaría - Delito	28,76	8	$p < 0,001$ *
LXXIII	Resistencia a la Autoridad - Diagnóstico	13,02	6	$p < 0,05$ *
LXXIV	Resistencia a la Autoridad - Delito	76,07	5	$p < 0,001$ *
LXXV	Antecedentes en Minist. Justicia - Diagnóstico	23,63	6	$p < 0,001$ *

Nº TABLA	C R U C E	$X^2_{exp.}$	g.l.	SIGNIFICACION
LXXVI	Antecedentes de prisión - Diagnóstico	24,47	6	$p < 0,001$ *
LXXVII	Relación familiar de la víctima - Diagnóstico	10,93	6	N.S.
LXXVIII	Estado civil de la víctima - Diagnóstico	22,07	6	$p < 0,01$ *
LXXIX	Vecindad con la víctima - Diagnóstico	7,29	6	N.S.
LXXX	Naturaleza de la víctima - Diagnóstico	7,89	6	N.S.
LXXXIV	Sobreseimiento, sentencia - Diagnóstico	60,68	6	$p < 0,001$ *
LXXXV	Sobreseimiento, sentencia - Delito	9,54	5	N.S.
LXXXVI	Delictividad del Hecho - Diagnóstico	60,59	6	$p < 0,001$ *
LXXXVII	Delictividad del Hecho - Delito	21,79	5	$p < 0,001$ *
LXXXVIII	Propuesta pericial - Diagnóstico	35,79	6	$p < 0,001$ *
LXXXIX	Propuesta pericial - Delito	3,79	5	N.S.
XC	Medidas acordadas por el Trib.- Diagnóstico	75,36	12	$p < 0,001$ *
XCII	Imputabilidad - Diagnóstico	98,48	12	$p < 0,001$ *
XCIII	Influencia de Alcohol - Sobreseim.,Sentencia	15,62	2	$p < 0,01$ *

Nº TABLA	C R U C E	χ^2	g.l.	SIGNIFICACION
19-A	Mes del primer ingreso judicial	20,52	11	$p < 0,05$ *
20-A'	Año del primer ingreso judicial	309,05	6	$p < 0,001$ *

IX. CONSIDERACIONES Y DISCUSION

Para la colectividad, el enfermo mental es considerado peligroso "per se". Además, al llevar a cabo un acto antisocial, se ven confirmadas y supervaloradas las espectativas de esta peli - grosidad. Sin embargo, diversos autores estiman que la incidencia de peligrosidad no es más elevada en la población de enfermos mentales que en la población general. Así HÄFNER y BÖKER, (citados por GREENLAND, 1978), estudiando la población total de criminales en Alemania Federal entre 1955 y 1964, encuentran que las tasas de criminalidad en la población global de enfermos mentales y en la población general, son comparables. Estas tasas varían en función de enfermedades mentales particulares, pasando de un 6 por 100.000 en las psicosis afectivas, a un 50 por 100.000 en las esquizofrenias.

También BROMBERG (1963), entre diez mil convictos estudiados psiquiátricamente, halla un 18% de individuos con trastornos mentales, de los que únicamente un 1,5% eran psicóticos. Asimismo, BEARCROFF (1967) señala como sólo el 5% de los delincuentes adultos son enviados para estudios psiquiátricos, de los que el 50% padecían grave trastorno mental. GILLIES (1976), de 367 asesinos, encuentra que el 82% eran sujetos normales, siendo el resto psicópatas y psicóticos.

Respecto a la población delincuente enferma mental, en Francia, LEAUTE (1972) estima que, excluyendo los psicópatas, no debe sobrepasar el 5%. Asimismo, GIBBENS y ROBERTSON (1983), muestran como sólo el 0.75% de las admisiones en los hospitales del Reino Unido se deberían a enfermos mentales delincuentes, y que del 1,6% al 2,1% se encontrarían de entre los sentenciados a prisión.

Sin embargo, autores como TAYLOR y GUNN (1984) encuentran porcentajes más elevados. Así, de un total de 2.743 prisioneros estudiados, el 9% mostraron síntomas de grave enfermedad mental, (psicosis) y el 8,6% abuso o dependencia de alcohol o drogas.

En la población objeto de nuestro estudio, los enfermos con actos delictivos constituyen el 5,89% de todas las admisiones realizadas en este Hospital Psiquiátrico Provincial, teniendo en cuenta que esta cifra se refiere a delincuencia patológica detectada e institucionalizada. Si esta cifra se comparase con la totalidad de enfermos mentales de la Provincia granadina, ciertamente se vería aún más reducida.

Podemos afirmar que los enfermos con actos delictivos representan un reducido número. En este sentido coincidimos con BENEZECH, ADDAD y GRASSET (1981) que ratifican que si los enfermos mentales cometen actos antisociales, la delincuencia patológica

no representa mas que una pequeña porción de la delincuencia general. De otra parte PONS (1981) muestra además, como los enfermos mentales son mas peligrosos cuanto más próximos están a la normalidad.

Aunque estos enfermos constituyen una escasa cifra, nos ha llamado atención el incremento significativo de los mismos ($p < 0,001$) en el transcurso del tiempo, Así, en el último cuatrienio estudiado (1979-82), la población judicial ha aumentado cerca de dos veces respecto al período anterior (1975-78), (gráfica 20 A'). PONS (1981) atribuye este incremento de enfermos judiciales a la situación deplorables de la asistencia psiquiátrica. Esta teoría es compartida parcialmente por nosotros puesto que tres cuartas partes de nuestra población no había estado ingresado con anterioridad y la reincidencia judicial se produjo en una minoría de los casos, en este hospital.

Si bien todas las categorías diagnósticas se han visto incrementadas en el número de sujetos, son los toxicómanos los que significativamente han intensificado su proporción respecto al resto de diagnósticos. Sin embargo, las psicosis esquizofrénicas y los estados paranoides proporcionalmente se encontraban disminuidos, sobre todo en el período 1975-78, (Tabla XXXV). Pensamos que la elevación de drogodependencias se debe en parte al incremento de toxicomanías en nuestro medio y al consiguiente trasvase que se viene produciendo en los últimos años desde la prisión, para el tratamiento de cuadros de abstinencia.

Con relación a los delitos cometidos, eran mas numerosos los relativos a la propiedad, (30,35%), seguidos de los prepetrados contra personas, (22,96%).

Tambien hemos observado en el último período estudiado un aumento significativo de estos delitos contra la propiedad y una disminución proporcional de delitos contra las personas. Autores

como WRIGHT (1982), opinan que los factores económicos podrían estar relacionados con este tipo de delitos, esperando éste mismo autor un aumento de delitos contra la propiedad en la década de los 80, debido a la decadencia económica. Este mismo autor afirma que los crímenes contra personas no han de incrementarse significativamente, ya que estas categorías de delito, no están influenciadas hasta cierto punto por las fluctuaciones económicas.

PETURSSON y GUDJONSSON (1981), refieren que en los países con tasas de homicidio elevadas, generalmente, presentan tasas de homicidio anormal bajas, por debajo de las tasas medias. Parece probable que el homicidio anormal refleje la epidemiología de las enfermedades psiquiátricas mas importantes que han permanecido invariables, según estos autores, en este último siglo. La incidencia global de homicidios se ve afectada por factores sociológicos inherentes en las distintas culturas en cualquier punto determinado del tiempo.

TIPOS DE DIAGNOSTICO EN FUNCION DE LOS DELITOS COMETIDOS.

El estudio de los diagnósticos mas representativos nos ha llevado a encontrar una alta dependencia en relación al tipo de delito cometido, (Tablas XLIV y XLV). En este apartado intentaremos pormenorizar esta dependencia en función de cada tipo de diagnóstico pero siempre teniendo en cuenta que estas comparaciones lo son a su vez, con los restantes diagnósticos, de forma que un determinado delito se produce con mayor frecuencia en una enfermedad en comparación con el resto de los procesos patológicos. Este hecho lo hacemos extensivo a todas las combinaciones de variables estudiadas.

Psicosis alcohólicas y dependencia de alcohol

Todos los autores constatan la influencia del alcohol en la delincuencia. Esta participación del alcohol ha sido estudiada

desde distintos puntos de vista y en diferentes poblaciones. Así, KRAUS (1975) demuestra la correlación existente entre el alcoholismo en la población general y la delincuencia juvenil, así como las admisiones en centros psiquiátricos de enfermos esquizofrénicos y paranoides. HUSSON et al. (1973), observan la relación con el alcohol en grupos de agresores. GOODWIN (1973) y MAC DONALD (1961), relacionan directamente el alcohol con el homicidio. Como bien resumen BENEZECH, ADDAD y GRASSET (1981), el abuso de bebidas alcohólicas, ocasional o permanente, es el principal factor criminógeno para facilitar el paso al acto criminal. PETURSSON y GUDJONSSON (1981), en estudios estadísticos realizados sobre el homicidio, sugieren que aunque éste está marcadamente ligado al alcohol, en sí el alcoholismo quizás no haga una contribución significativa al crimen. Otros autores, en nuestro medio, sugieren esta misma hipótesis, ROJAS (1958); SOLER VIÑOLO (1970); y ROJAS, SOLER y MORA (1970), resaltando la evidente escasez de delitos de alcohólicos en comparación con otras delincuencias de enfermos psíquicos.

Si bien nosotros constatamos estos hechos, hemos notado un fuerte incremento significativo de delitos de alcohólicos en nuestra población de estudio, durante el cuatrienio 1975-78. Colocándose en este período tanto las psicosis como las dependencias de alcohol como mayoritarias, en relación a otro tipo de diagnósticos de enfermos mentales delincuentes.

Las psicosis alcohólicas constituyen el 8,6% de nuestros enfermos y las dependencias de alcohol obtuvieron un porcentaje semejante, (7,9%). En estudios de otros autores sobre poblaciones de enfermos delincuentes, los porcentajes de alcohólicos varían desde 1,8% de ROUX (1975) hasta el 12% de DURAND et al. (1980); pasando por el 6,7% de BENEZECH y ADDAD (1977); el 6,9% de ANDRIUX-LAFAYE (1976); el 7,9% de TORRES GONZALEZ (1970); y el 8% de SOLER VIÑOLO (1970).

Dentro del grupo de las psicosis alcohólicas, destacamos la embriaguez patológica como mayoritaria con un 46,6 % de todos los casos, concordando con todos los autores al destacar como esta embriaguez patológica tiene un mayor potencial delictivo y de peligrosidad. La celotipia alcohólica supuso dentro de este grupo el 13,3% de los casos.

En el apartado de las dependencias de alcohol, el alcoholismo crónico representa el 95%; las dipsomanías sólo estuvieron presentes en un 5%.

Tanto las psicosis como la dependencia alcohólica, obtuvieron una mayor frecuencia de la esperada entre los que realizaron delitos contra la libertad y la seguridad; es decir, principalmente amenazas y coacciones. Pensamos que estas descargas agresivas pueden servir de "equilibrio" a sus sentimientos de inseguridad, minusvalía, a sus propias frustaciones, al agredir al medio al que culpa de su fracaso. Por el contrario, presentaron una menor proporción frente a los delitos contra la propiedad. Así, por cada delito contra la propiedad, cometido por un alcohólico, existían tres más relacionados con la libertad y al seguridad.

En cuanto a los delitos contra las personas, estos sujetos los llevaron a cabo con una frecuencia importante, si bien ésta no alcanzaba los límites de la significación. PETURSSON y GUDJONSSON (1981), indican que del 10 al 20% de los homicidios estarían realizados por alcohólicos. Nosotros encontramos que el 18,64% de todos los delitos contra las personas estarían perpetrados por estos sujetos y que en un 14% estos individuos habrían llevado a cabo el homicidio o bien su tentativa.

Otros delitos tales como contra la honestidad y la autoridad presentaban asimismo, una frecuencia media.

Lo que sí destacamos es que no existían diferencias significativas entre el tipo de delito cometido por estos sujetos y el llevado a cabo por los esquizofrénicos, teniendo ambos proporciones muy parecidas, si bien los esquizofrénicos resaltaban además por delitos contra las personas. Estos resultados concuerdan con los estudios de BENEZECH y ADDAD (1977), que muestran este paralelismo de la fuerte incidencia de comportamientos asesinos y violentos en psicóticos y alcohólicos.

Psicosis, abuso y dependencia de drogas

El aumento considerable del número de sujetos jóvenes que consumen drogas, sitúa actualmente a la toxicomanía en un lugar desde el punto de vista criminológico, importante. De un lado, porque hasta la fecha estudiada por nosotros, (1982), la simple tenencia de drogas constituía ya por sí una infracción; de otro, por la necesidad de procurarse el dinero suficiente para su adquisición, que conduciría a estos sujetos a realizar numerosos robos, asaltos y prostitución, entre otros.

En nuestra muestra, las drogodependencias alcanzan el 10,6% de todos los casos. Esta proporción no es en absoluto indicativa de la población delincuente toxicómana en nuestro medio. Sin embargo, lo que sí sería ciertamente importante y relevante es el incremento masivo que se ha producido en los ingresos judiciales de toxicómanos a este Hospital Psiquiátrico Provincial. De esta forma podemos comprobar que hasta 1974, sólo habían ingresado cuatro sujetos con estas patologías, y en los últimos ocho años esta cifra se ha multiplicado por trece, pasando de tener un porcentaje de 1,8% durante veinte años a un 17% en solo ocho años.

Las psicosis debidas a drogas constituirían el 54,54% del conjunto de las drogodependencias. Dentro de éstas destacan

los síndromes de abstinencia de morfínicos y derivados, que supondrían un 29% de ambos grupos. Los cuadros paranoides debidos a drogas alcanzaron el 16,36%.

BELL y CHAMPION (1979), opinan que la desviación social de los toxicómanos es proporcional al tipo de droga usada; GORDON (1978), indica que la asociación de drogas y delincuencia tendrían un mal pronóstico desde el punto de vista médico ya que habría una consolidación de hábitos de conducta.

Nosotros coincidimos con los resultados de KRAUS (1981), que observa cómo las drogas mas implicadas en conductas delictivas son los opiáceos en comparación con otro tipo de sustancias. Igual opina GONZALEZ LLERA (1980), que muestra cómo existe mayor criminalidad entre los consumidores de morfínicos.

Los drogodependientes estudiados por nosotros estaban asociados significativamente a delitos contra la propiedad y la salud pública mientras que en muy pocas ocasiones llevaron a cabo delitos contra las personas. LEGER y GAROUX (1980), afirman que los toxicómanos no representarían un factor de crecimiento de heteroagresividad, mientras que sí es importante en ellos la autoagresividad.

GREENE (1981), muestra en su estudio cómo los consumidores de drogas estarían mas frecuentemente implicados en delitos contra la propiedad, mientras que el consumo de alcohol mostraría mas conductas criminales. Nosotros observamos una proporción de delitos contra la propiedad frente a los realizados contra las personas, de cuatro a uno.

No existían diferencias significativas entre drogodependientes y oligofrénicos en cuanto al tipo de delito realizado. Con ambos diagnósticos se llevaron a cabo en mayor proporción, delitos contra la propiedad.

Psicosis esquizofrénicas y estados paranoides

Ambas entidades son consideradas por la mayoría de los autores como las enfermedades mentales de mayor peligrosidad, adquiriendo, por tanto, una gran importancia desde el punto de vista médico-legal.

En nuestra población, las psicosis esquizofrénicas alcanzan el porcentaje mas elevado, con un 15,83%, respecto a otras entidades. Las proporciones encontradas por otros autores varían desde un 12% hasta un 40% (HENN et al., 1977, ANDRIUX-LAFAYE, 1976; ROUX, 1975; ODEJIDE, 1981, etc.). Las diferencias de estos porcentajes son debidas a que en las de mayor cuantía van incluidos otro tipo de psicosis, pero sin embargo, en todos estos estudios citados, la esquizofrenia suponía el primer lugar en cuanto a frecuencia en el conjunto de psicosis.

Dentro de estas psicosis esquizofrénicas, la forma paranoide supone en nuestro estudio el 73%. Contrariamente a las formas en las que clásicamente se centraba la criminalidad como las hebefrénicas y catatónicas; éstas constituyen en nuestro grupo un número muy reducido. Todas las estadísticas actuales confirman la supremacía de la modalidad paranoide. ADDAD et al. (1977), encuentran un 62% de formas paranoides en sus esquizofrénicos delincuentes; BENEZECH Y ADDAD (1982), así como ODEJIDE (1981), muestran ambos aproximadamente un 65% de estas formas; PETTURSSON y GUDJONSSON (1981), también obtienen un mayor porcentaje de estas modalidades paranoides.

Los estados paranoides representan solo un 4%; BENEZECH et al. (1977), también alcanzan un porcentaje bajo con respecto a otras entidades diagnósticas, (7,7%). Las formas predominantes en nuestro estudio eran los estados paranoides simples, (47,6%) y los delirios de celos no alcohólicos, (28,57%).

Las condiciones paranoicas en los ofensores, suponen para PETTURSSON y GUDJONSSON (1981), LANZKRON (1963), y McKNIGHT et al. (1966), de un 35 a un 40% de todos los procesos psicóticos.

En cuanto al hecho delictivo de estos sujetos, fueron los delitos contra las personas y contra la libertad y la seguridad con los que se asociaban significativamente. Tanto las psicosis esquizofrénicas, como los estados paranoides son los únicos diagnósticos que se relacionan proporcionalmente con delitos contra las personas.

Los enfermos con estos cuadros cometieron el 31% de todos los delitos llevados a cabo contra las personas y el 48% de todos los homicidios, parricidios y asesinatos consumados. Para PETURSSON y GUDJONSSON (1981), del 30 al 50% de los perpetradores de homicidios serán sujetos esquizofrénicos. ADDAD y BENEZECH (1977), hallaron también relación significativa entre los esquizofrénicos y delitos del tipo de homicidios y agresiones; TORRES GONZALEZ y GARCIA PRIETO (1970), observan como el único diagnóstico que se encuentra asociado significativamente el homicidio es el de la esquizofrenia; ODEJIDE (1981), confirma también la peligrosidad de los esquizofrénicos. BENEZECH (1983), estudiando a los asesinos patológicos, muestra como más de la mitad de ellos eran psicóticos delirantes crónicos.

Por otro lado LEAUTE, (citado por BENEZECH (1981), observa cómo los cuadros esquizofrénicos tienen proporcionalmente más delitos contra las personas que la población generalmente delincuente. HENN et al. (1976-b), al igual que BRADFORD (1983), refiere que la prevalencia de esquizofrénicos con cargas de homicidio es similar a la de la población normal. Al contrario, opinan TAYLOR y GUNN (1984), quienes indican cómo estos cuadros psicóticos tendrían una mayor prevalencia entre los acusados de homicidio que la esperada

en una población general. De todas formas podemos afirmar que estos sujetos muestran una gran peligrosidad, desde el punto de vista delictivo. Sin embargo, tambien queremos constatar que no todos los esquizofrénicos ni los que padecian estados paranoides llevaron a cabo delitos contra las personas. De esta forma también realizaron delitos contra la propiedad (18 casos) y contra la honestidad (4 casos). La poca frecuencia de delitos contra la honestidad en estos individuos es corroborada por HENN et al. (1977) y por GIBBENS y ROBERTSON (1983) que nos muestran cómo las ofensas violentas son mas abundantes que los asaltos de tipo sexual, los cuales raramente estos enfermos llevan a cabo.

Trastornos neuróticos, de personalidad y desviaciones sexuales

Este grupo de caracteristicas heterogéneas, constituye lo que BONNET (1984) llama "delincuentes anormales no patológicos", y en conjunto suponen el 15,25% de la población estudiada.

El grupo de Trastornos neuróticos está compuesto por 25 (4,82%) sujetos, siendo los cuadros principales las depresiones neuróticas o ansioso-reactivas.

Estudios de otros autores muestran porcentajes mas bajos. Así BENEZECH y ADDAD (1977) encuentran un 1,3% de estos trastornos en admisiones judiciales; ROUX (1975) halla un 0,6%; PINTO DA COSTA (1982), un 1,85% y TENNENT (1974), un 1%. Mientras que nuestros resultados coincidirían con los de TORRES GONZALEZ y GARCIA PRIETO (1970) que indican un 4,76% de estos Trastornos neuróticos.

Las desviaciones sexuales (codificadas como tales, según (C.I.E.9ª ed.) solo estuvieron presentes en 2 casos.

Los trastornos de personalidad constituyen por sí mismos

el 10,03% (52 casos) del total de los individuos estudiados, predominando los trastornos explosivos de personalidad y los de manifestaciones asociales. Estudios de autores como BENEZECH y ADDAD (1977) encuentran un 40%; TENNENT (1974), un 29%; ANDRIUX-LAFAYE (1976), un 24%; TORRES GONZALEZ y GARCIA PRIETO (1970), un 22%; PINTO DA COSTA (1982), un 17,32% y HENN et al. (1976), un 27%. Quizás nuestros resultados sean mas bajos debido a que estos sujetos se encuentran frecuentemente en el ámbito carcelario. Nuestros datos coinciden con los obtenidos por GIBBENS Y ROBERTSON (1983) que muestran unas frecuencias de 6,4% para los individuos internados por orden judicial en hospitales ingleses y un 12% para los internados con órdenes restrictivas de salida.

Aunque en número estos sujetos realizaron mas delitos contra la propiedad, seguidos de los perpetrados contra las personas (coincidentes con los estudios de BENEZECH et al (1977), GIBBENS y ROBERTSON (1983), son los delitos contra la honestidad los que alcanzaron una mayor proporción que en el resto de diagnósticos, observando HENN et al. (1976) también un mayor número de ofensas sexuales en estos sujetos.

TORRES GONZALEZ y GARCIA PRIETO (1970), muestran una asociación significativa entre psicópatas y delitos de robo, en nuestro estudio este tipo de acto actisocial no llegó a sobrepasar significativamente la frecuencia esperada.

Epilepsias

La Epilepsia es uno de los trastornos que mayores discusiones ha provocado desde el punto de vista criminológico, debido a que se le ha asociado comúnmente a conductas impulsivas, especialmente en los crímenes violentos. H. MARCHIORI (1982), piensa que esta asociación está derivada probablemente por ls similitud con

el descontrol psicomotor siendo esto indudablemente cuestionable.

El mito de la epilepsia ligada al crimen está desapareciendo con las investigaciones realizadas sobre el tema. Asi ALSTROOM (1950) sobre 345 epilépticos adultos solo encuentra actitudes criminales en el 17% de ellos, comparándolos con una población de igual número de no epilépticos obteniendo un 11% de conductas criminales, mostrando como esta diferencia no justifica la potencialidad criminógena. También GUNN en 1969 realiza comparaciones de tipo estadistico, encontrando proporciones similares entre la prevalencia de sujetos normales y epilépticos en las cárceles; GUNN Y BONN (1971) afirman que estas personas no son mas violentos que los criminales no epilépticos. IRANY BALONG et al. (1982) sobre una población de 1500 sujetos encuentran un 1,6% de epilépticos delincuentes. Estos mismos autores aunque destacan la importancia desde el punto de vista forense de la criminalidad de estos sujetos, refieren que sus crímenes no son tan frecuentes como se les ha referido en épocas pasadas.

Lo cierto es que en nuestro muestreo las lesiones orgánicas solo alcanzan el 6,13% del total de enfermos. Este porcentaje concuerda aproximadamente con otros estudios estadisticos realizados con enfermos mentales delincuentes; así BENNEZECH (1981) obtiene un 6% de epilépticos judiciales; TENNENT et al. (1974) un 4%; ANDRIUX-LAFAYE (1976) un 5,9%, ROUX (1975) un 5,5%, otros como PINTO DA COSTA (1981) alcanzan una frecuencia ligeramente superior 9,25% y ODEJIDE (1981) que obtiene un 18,9% de casos.

En cuanto al tipo de infracción, eran los delitos contra la autoridad los que estaban significativamente asociados a las lesiones orgánicas, los delitos contra las personas no mostraron una frecuencia mayor de la esperada. Nosotros no encontramos una correlación positiva entre epilépsia y asesinato como la halla HILL

y POND (1952) ni como ODEJIDE (1981) que expone que la epilepsia estaría después de la esquizofrenia en la frecuencia de comisión de homicidios. Solo encontramos que un 6,7% de delitos contra las personas fueron cometidos por sujetos con estas patologías.

Retraso mental

Se han investigado en numerosos trabajos la proporción de delincuentes en relación al coeficiente intelectual y los resultados siguen siendo contradictorios. Algunos autores como SHUSTER (1982), que investiga esta capacidad, encuentra una alta asociación de niveles bajos de inteligencia en relación a delincuentes. Sin embargo esto es discutido por autores que resaltan cómo las condiciones socilculturales y escasa adaptación al medio hacen que se porduzcan seudo-oligofrenias. STAAK (1963), en doscientos cuarenta delincuentes juveniles encuentra cómo la mitad de ellos presentaban déficit intelectivos. BOISSON (1952) refiere cómo en Francia existe una proporción de débiles mentales dos veces mayor entre los delincuentes que en el conjunto de la población. Sin embargo, BENEZECH (1981), manifiesta que la población débil mental entre los delincuentes es solo un poco más elevada que la población normal. RESTEN (1964) indica cómo la capacidad intelectual solo ejercería una influencia complementaria en la criminogénesis. Por otro lado AMARISTA (1968) estudiando a los internos de una prisión venezolana, encuentra un 16% de individuos oligofrénicos siendo este el diagnóstico mayoritario de la población estudiada por este autor.

Las oligofrenias constituyen en nuestro estudio el 14,28%, ocupando un lugar relevante entre los distintos tipos de diagnósticos. Mas de la mitad de los casos fueron considerados como retrasos mentales de tipo leve; un 27%, de tipo moderado; y en el 12,18% no fue especificado el tipo de retraso mental. En otros estudios consultados sobre poblaciones de enfermos mentales, las propor-

ciones varían desde un 16% que encuentra BENEZECH et al. (1977), pasando por ANDRIUX-LAFAYE (1976), que muestra un 8,3%, DURAND et al. (1981), un 7,9%, hasta ROUX (1975), que indica 4,5%.

Para GIBBENS (1983-b), los pacientes con carreras criminales oligofrénicos y que habían recibido órdenes de restricción para ingresar en hospitales ingleses suponían el 35%, ocupando el segundo lugar después de los cuadros psicóticos.

En relación al hecho delictivo, estos sujetos estaban significativamente asociados a delitos contra la propiedad y ligeramente a delitos contra la honestidad. Estas asociaciones las confirman autores como GIBBENS (1983), que estima que las ofensas al ser ingresados en el hospital eran principalmente las de robos, con un 38%, seguida de "asaltos indecentes", en un 11%. TORRES GONZALES (1970) encuentra significación estadística entre inteligencia inferior y el delito de robo. Por otro lado GARCIA ANDRADE (1971), refiere que el 36,5% de los delitos contra la honestidad estarían realizados por oligofrénicos. Estos delitos los cometen principalmente con niños y ancianos, con los que se encuentran en condiciones de menor desventaja. Por otro lado, los delitos contra la propiedad son llevados a cabo casi siempre con otros sujetos, los cuales son los verdaderos artífices de los robos.

SEXO

Todos los estudios estadísticos muestran una mayor criminalidad o conducta asocial del hombre respecto a la mujer y constituyen un hecho evidenciable en todos los paises, grupos sociales y épocas históricas. Se basa tanto en factores anatomo-fisiológicos como culturales, sucediendo igual con la delincuencia de los enfermos mentales.

En cuanto a la población judicial estudiada por nosotros está compuesta mayoritariamente por varones, (89,77%). Resultados semejantes a los nuestros obtienen SOLER VIÑOLO (1970), un 95% de hombres; TORRES GONZALEZ Y GARCIA PRIETO (1970), un 87,3%; HERJANIC, HENN y VANDERPEARL (1977), un 89,37%; y PINTO DA COSTA (1982), un 82%.

Sin embargo, como constatan diversos autores, entre ellos BENEZECH, ADDAD y GRASSET (1981), esta criminalidad aumenta cuando las mujeres padecen desequilibrios psicopatológicos. Estos mismos autores encuentran una proporción de 50 hombres por cada mujer, en las cárceles francesas, mientras que en estudios realizados en enfermos mentales con delitos, la proporción es de 13 hombres por cada mujer.

En nuestro medio, encontramos en la carcel granadina en los años 1982-83, una proporción de 28 varones por cada mujer (Dirección General de Justicia, Consejería de Gobernación, 1984), en tanto que la proporción hallada en delincuentes patológicos del Hospital Psiquiátrico Provincial es de aproximadamente de 9 hombres por cada mujer. También HERJANIC, HENN y VANDERPEARL (1977) daban, en Norteamérica, una proporción similar a la nuestra, de 8 hombres por cada mujer.

La diferencia entre ambos sexos fue muy significativa, tanto en relación al diagnóstico como al hecho delictivo, (Ver Tablas II y III).

Las mujeres realizaron proporcionalmente con mayor frecuencia que los hombres, delitos contra personas, la libertad y la seguridad. En ellas, los diagnósticos mas reiterados fueron los de trastornos neuróticos y de personalidad, (32,07% del total); asimismo, los de psicosis esquizofrénicas y estados paranoides, (26,41%).

Igualmente, las mujeres padecian en mayor proporción psicosis maniaco-depresivas, (9,43% frente al 2% de hombres), aunque este dato no es significativo ya que no pudimos incluir -por su número reducido- este diagnóstico dentro de la estadística de inferencia. HERJANIC, HENN y VANDERPEARL (1977), confirman esta superioridad de psicosis maniaco-depresivas en mujeres, (13% de mujeres frente a 4% de hombres.

En otros estudios consultados, los porcentajes obtenidos sobre todo para las psicosis esquizofrénicas en mujeres son similares a los nuestros. Así, DESCHAT (1977), obtiene un 29,3% y MITCHELL y MURPHY (1975) un 25%. Sin embargo los resultados referentes a trastornos neuróticos y de personalidad son mas bajos que los nuestros. DESCHAT (1977), un 17,8% y MITCHELL Y MURPHY (1975) un 11%; obtienen además estos autores un fuerte porcentaje de oligofrenias, que nosotros no encontramos. HERJANIC, HENN y VANDERPEARLS (1977), si encuentran una tasa de morbilidad mental más elevada en las criminales, aparte de las psicosis maniaco-depresivas, para las neurosis.

Coincidimos con estos últimos autores, para quienes las mujeres son remitidas a Centros psiquiátricos con más serios disturbios mentales, y ponen de manifiesto cómo tienen mayores sobrecargas de homicidios, incendio, falsificación y fraude.

Los hombres sin embargo, cometieron de manera mas reiterada, delitos contra la propiedad -en relación a las mujeres- y porcentualmente fueron diagnosticados con mayor frecuencia de cuadros alcohólicos y de retraso mental.

EDAD AL PRIMER INGRESO JUDICIAL

Con relación a la edad, aproximadamente el 50% de la población que hemos estudiado ingresó por primera vez judicialmente antes de los treinta años, observándose una mayor incidencia de los dieciseis a los veinticinco años. Parecidos resultados obtiene PINTO DA COSTA (1982), cuya máxima incidencia oscila entre los 21 y 25 años.

En cuanto a la edad media de nuestra muestra, para los varones fue de 32,06 años y para las mujeres, de 37,15 años. Similares resultados obtienen HERJANIC, HENN y VANDERPEARL (1977), quienes observan una edad media para los hombres de 31 años y para las mujeres de 33 años. Asimismo, DESCHAT (1977), también encuentra una edad media superior para las mujeres, -33 años-. Sin embargo, a pesar de esa mayor edad de las mujeres respecto a los hombres, constatada por nosotros y por otros autores, no encontramos diferencias significativas entre la edad al primer ingreso judicial y el sexo de estos individuos.

La edad media global obtenida en nuestra investigación fue de 32,6 años, la cual coincide con la obtenida en otros estudios, como los de ANDRIEUX-LAFAYE (1976), que encuentra, en el distrito de Villejuif (Francia), una edad media de 32 años; también con los de BENEZECH y ADDAD (1977), quienes en una muestra de 518 pacientes judiciales, observan una edad media de 33 años. Asimismo ROUX (1975), en un estudio realizado durante los años 1947 a 1975, en enfermos judiciales, muestra una mayor primacia de estos para las edades

comprendidas entre los 25 y 34 años. Sin embargo, TORRES GONZALEZ y GARCIA PRIETO (1970), halla una edad media mas tardia, de 38 años, si bien hay que hacer constar que estudiaron sólo un año de ingresos.

Ya LOMBROSO habia señalado que "cada edad tiene su criminalidad especifica". Nosotros, hemos podido observar una gran dependencia estadistica entre esta variable y el tipo de delito cometido ($p < 0,001$).

Los individuos con mas de 30 años realizaron de manera dominante delitos contra personas, libertad y seguridad. Estos resultados están en concordancia con los estudios realizados sobre el homicidio, tanto en enfermos mentales como en sanos, por PETURSSON y GUDJONSSON (1981), para los que la edad media fue de 35,7 años. En este sentido son de destacar otros trabajos, pero ya realizados solamente con enfermos mentales y con un mayor número de delitos contra personas, como los de ODEJIDE (1981), quien encuentra una edad media de 38,7 años; y los de DURAND et al. (1980), quienes encuentran una mayor incidencia entre los 30 y los 50 años.

De otra parte, los individuos entre 10 y 30 años cometieron de manera mas usual delitos contra la propiedad y la salud pública.

Respecto a los diagnósticos, también encontramos una alta dependencia en relación a la edad. Las patologías producidas por el alcohol eran mas frecuentes entre los ingresados a partir de los 30 años. La edad media en las psicosis alcohólicas fue de 38,56 años, en tanto que en las dependencias alcohólicas fue de 40,92 años. Otros autores, como SCHUCKIT y RUSSELL (1984), encuentran una edad media en alcohólicos primarios con historias de violencia, de 43,9 años. También LOBERG (1983), halló una edad media en alcohólicos de 39,6 años. Estos autores coinciden en afirmar que los suje-

tos alcohólicos con historias de violencia son más jóvenes que los alcohólicos no violentos.

Con relación a las psicosis esquizofrénicas y estados paranoides tenían también una mayor frecuencia proporcional de ingresar judicialmente, a partir de los 30 años, aunque los estados paranoides obtuvieron una mayor prevalencia a partir de los 41 años. Respecto a la edad media de los esquizofrénicos, obtuvimos una edad de 36,58 años y para los estados paranoides, de 43,7 años. Edades mas o menos coincidentes con las observadas por otros autores, como GIBBENS y ROBERTSON (1983) quienes encuentran una edad media para los esquizofrénicos de 38 años. Para BENEZECH y ADDAD (1982), la edad media de los esquizofrénicos fue de 33 años y de 48 años para los estados paranoides.

Sin embargo, diagnósticos tales como psicosis, abuso y dependencia de drogas, epilépsia, trastornos neuróticos y de personalidad y retrasos mentales, alcanzaron una mayor frecuencia proporcional en dades mas tempranas -entre 10 y 30 años- (Ver Tablas XIII y XIV). Estos resultados son coincidentes con los descritos por autores como BENEZECH et al. (1977), THURSSON y GUDJONSSON (1981), y GIBBENS y ROBERTSON (1983 a y b).

FACTORES PSICOSOCIALES

Más del doble de la población de nuestro estudio (64,86%) eran solteros. En este sentido PINTO DA COSTA (1982), TORRES GONZALEZ Y GARCIA PRIETO (1970), obtienen un 51% y un 70% respectivamente, de solteros. Resultados consecuentes con la edad relativamente joven de la población estudiada.

Aunque el 39,96% de los sujetos procedían de zonas rurales de menos de 10.000 habitantes de la provincia granadina, la residencia habitual era en el 45% Granada capital y su zona de influencia. Destacamos como el 27% del total de sujetos habitaban en barrios periféricos de la Ciudad.

Cerca de la mitad de los casos (44,2%, vivían con la familia de origen y un 27% con la familia propia, presentando conflictividad familiar, el 35,5%; en segundo lugar destacaban los que tenían conflictividad con el cónyuge (32,08%) y por último, aquéllos que presentaban conflictiva bien con el padre o la madre particularmente (12,28%), o bien ésta era de tipo social (13,65%).

El nivel socioeconómico era bajo en el 76,26% de los casos en que constaba este dato.

En cuanto a los estudios realizados por estos sujetos observamos como el 36,86% de los casos conocidos eran analfabetos y el 32,26% solo tenían educación primaria. En este sentido ODEJIDE (1981) encuentra tambien un alto número de sujetos analfabetos y solo observa un 5,4% con estudios superiores. Tambien TORRES GONZALEZ Y GARCIA PRIETO (1970) hallan un 7% de individuos con estudios superiores, en tanto que nosotros encontramos un 11,86% de sujetos con tales estudios superiores; este aumento encontrado en nuestra investigación puede ser debido al mayor tamaño de nuestra muestra.

De acuerdo al nivel socioeconómico puntual anteriormente reseñado, predominaban los trabajadores no cualificados, de esta manera destacamos las profesiones agropecuarias (28,55%, servicios (20,82%), industriales (14,43%) y un 11,34% de individuos sin profesión. ODEJIDE (1981) encuentra en el 79% de sus casos, trabajadores no cualificados y sin empleo. PINTO DA COSTA (1982) tambien obtiene un amyor número de trabajadores agropecuarios y sin cualificar.

En cuanto a la situación laboral, encontramos un 24,13%

en paro, un 33,72% en activo y un 17,44% de trabajos no remunerados. De igual forma no tenían antecedentes de emigración el 66,88% de los casos en que constaba este dato.

Se desprende de estos resultados que las características socioeconómicas y culturales de los sujetos ingresados, son ciertamente deficiatrias.

Para MARCHIORI (1982) estos individuos se encuentran deprivados en sus necesidades externas así como en posibilidades de instrucción, pero fundamentalmente las privaciones afectivas, de cuidado, de protección, impiden un sano desarrollo psiquico y social.

AXENROTH (1983) opina que un bajo status social unido a una educación deficiatria estaría relacionados con las conductas delictivas.

Por otro lado nos llama la atención la escasa emigración, en individuos con nivel socioeconómico bajo y en una provincia como la nuestra, de altos indices de emigración, que nos induce a pensar en una temprana aparición de enfermedades mentales en estos sujetos. De esta forma su nivel socioeconómico y su integración social quedan menoscabados.

Los factores anteriormente expuestos inciden de distinta forma en el diagnóstico y en el delito.

Referente al hecho delictivo encontramos una fuerte correlación con el estado civil ($p < 0,001$). De modo que los que realizaron delitos contra las personas se daban proporcionalmente mas entre los casados, en tanto que los solteros delinquían con mayor frecuencia contra la propiedad. Estos resultados son coincidentes con los obtenidos con anterioridad para la edad.

Tambien se obtuvo dependencia estadistica entre el tipo de delito y la residencia ($p < 0,001$), el tipo de convivencia ($p < 0,001$), la conflictividad sociofamiliar ($p < 0,001$), el nivel socioeconómico ($p < 0,05$), y la profesión ($p < 0,001$). De esta forma los delitos contra las personas eran mas usuales entre los que residian en zonas rurales o pueblos grandes de la provincia de Granada, frente a los que residian en barrios periféricos y zona de influencia de la ciudad.

DURAND et al. (1980) encuentran un mayor número de individuos que vivían en zonas rurales en relación a una mayor criminalidad. VAN ROY (1962) explica este hecho refiriéndose a la influencia que ejerce el medio urbano o rural en la criminogénesis, reflejando que en el medio rural la proporción relativa de actos de violencia es mayor, ocurriendo a la inversa en el medio urbano. Hay que tener en cuenta sin embargo, que en este medio rural las relaciones interpersonales son mas estrechas, lo que multiplica los puntos de fricción derivándose a una mayor frecuencia de actos de violencia.

Estos sujetos con delitos contra las personas son mas frecuentes entre los que viven con la familia propia y entre los que presentan una conflictiva, bien conyugal o bien de tipo social. A su vez son mas abundantes proporcionalmente entre los que ejercen profesiones agropecuarias y labores domésticas, no presentando diferencias ostensibles en cuanto al nivel socioeconómico.

En relación a los delitos contra la propiedad, los sujetos que los llevaron a cabo abundaban más entre los que residian en barrios periféricos y zonas de influencia de la ciudad, vivían con la familia de origen, tenían conflictividad familiar en general y carecían de profesión definida.

Los delitos contra la honestidad alcanzaron mayores propor-

ciones en correlación con determinados factores. Entre ellos figuran, una menor proporción entre los que vivían con la familia propia, presentaban conflictividad con el padre o con la madre, tenían nivel socioeconómico medio o alto y carecían de profesión definida.

De estos resultados cabe destacar la conflictividad dirigida particularmente hacia el padre o la madre. Para ABRAHAMSEN (1964) todos los delincuentes sexuales exteriorizan hostilidad, resentimiento frente a la autoridad, todos han sufrido carencias emocionales en la infancia y todos han sido afectados por la conducta de uno o ambos padres de características sádicas o dominantes. GROSS (1968) postula que a estos sujetos se les había negado dos necesidades fundamentales: seguridad y afecto. Presentan una vida seudoadaptada en el área laboral, de educación y familiar; sin embargo tienen rasgos de personalidad inmadura e infantiles.

Con referencia a los delitos perpetrados contra la autoridad, destacamos como mas frecuentes los cometidos por trabajadores de servicios.

Los delitos perpetrados contra la libertad y la seguridad, presentaban características similares a los realizados contra las personas, aunque hemos de destacar que tales sujetos eran mas numerosos entre los que vivían en el centro de la ciudad.

En cuanto a los delitos contra la salud pública, encontramos como dato destacable una mayor frecuencia entre los individuos que tenían nivel socioeconómico medio alto.

El tipo de acto antisocial no dependía del nivel de estudios, ni de la emigración ni de la situación laboral, si bien esta última variable rozaba los límites de la significación ($p < 0,10$).

Con independencia del tipo de delito los factores mesológicos anteriormente reseñados -estado civil, residencia, tipo de convivencia, conflictividad socio familiar, antecedentes de emigración, nivel socioeconómico y profesión- influyeron de distinta forma en cada diagnóstico.

Las psicosis alcohólicas y dependencias de alcohol alcanzaron una mayor proporción entre los casados. Las psicosis alcohólicas eran mas usuales entre los que residian en barrios periféricos de la ciudad. Tanto en las psicosis alcohólicas, como en las dependencias, la convivencia se establecia preferentemente con la familia propia, siendo la conflictividad mas acusada con el cónyuge. Estos cuadros alcohólicos se daban con mas frecuencia entre los profesionales de la construcción y de la agricultura. Existia un predominio socioeconómico bajo.

LEGER y GAROUX (1980), ante estas caracteristicas deficitarias de los alcohólicos, opinan que es dificil hacer al alcohol solo, responsable de los hechos antisociales, ya que las familias de estos sujetos se encuentran en condiciones socioeconómicas deplorables. En cuanto a la conflictividad de los mismos, ACHAVAL (1977), pone de manifiesto como la mayoria de los actos delictivos se centran en el propio hogar, contra los integrantes del grupo familiar o de la vecindad. MARCHIORI (1982), explica que las agresiones al grupo familiar existen puesto que estos individuos son de personalidad inmadura, dependiente y tienen una gran inseguridad.

Las psicosis, abusos y dependencia de drogas, son mas frecuentes entre los solteros y entre los que habian nacido y residian en otras capitales y provincias. De esta forma hemos podido observar el fenómeno migratorio de los mismos. Fenómeno migratorio comprobado tambien por BOBES GARCIA et al (1981), y por RODRIGUEZ MARTOS (1979).

en nuestro estudio, los drogodenpendientes vivían generalmente con la familia de origen. En este sentido, CARBONELL MASIA y cols. (1980), comprueban como la mayoría de los toxicómanos están más tiempo ligados a sus padres, aunque sus frecuentes excapadas parecen indicar una independencia que no existe.

Tambien en nuestra investigación, los toxicómanos alcanzaron una mayor proporción de la esperada en cuanto a conflictividad familiar. Se daban con mas frecuencia entre los que tenían nivel socioeconómico alto o medio, en profesionales tales como artistas, funcionarios y estudiantes. En este sentido BOBES GARCIA (1980), encuentra diferencias significativas en cuanto a un mayor nivel de estudios en toxicómanos judiciales, frente a los no judiciales.

En las psicosis esquizofrénicas y estados paranoides, existían similares proporciones entre solteros y casados, residiendo en mayor porcentaje en zonas rurales de la provincia de Granada. Estas patologías eran mas frecuentes entre los que vivían solos y entre los que presentaban una conflictiva dirigida en particular hacia el padre o la madre. Profesionalmente obtuvieron un mayor porcentaje los que ejercían trabajos agropecuarios y labores domésticas. Tambien eran mas frecuentes entre los que habían emigrado. No encontramos ningún nivel socioeconómico predominante en ninguna de las dos patologías.

ADDAD BENEZECH (1977), refieren como los factores de índole social no son de orden secundario, sino que presentan gran importancia en los esquizofrénicos, ya que el núcleo familiar y las figuras parentales tienen gran importancia respecto a la hostilidad que manifiesten. Estos mismos autores muestran como se han realizado comparaciones entre esquizofrénicos delincuentes y no delincuentes existiendo en los que cometieron actos antisociales peores relaciones afectivas con su familia.

LEHMANN (1982), explica como el factor aislado mas significativo en muchos suicidios y homicidios imprevisibles es una experiencia traumática de rechazo. La sensibilidad patológica del esquizofrénico la hace extraordinariamente vulnerable a todos los stress de la vida cotidiana y el rechazo particularmente de los propios miembros de la familia parece ser mas problemático para él, que la mayoría de otros tipos de stress.

Respecto a las características ambientales y sociales que presentaban los sujetos con trastornos neuróticos y de personalidad no se encontraron diferencia respecto al estado civil, la residencia, ni tampoco frente al tipo de convivencia. Sin embargo, eran mas frecuentes entre los que presentaban conflictiva familiar en general, tenían un nivel socioeconómico medio o alto y profesionalmente, los que se dedicaban a las labores domésticas (proporcionalmente eran mas frecuentes en mujeres), frente a los que no tenían profesión. El resto de las profesiones mantenían unas porporciones equilibradas.

Entre 105 epilépticos destacaban los que presentaban un nivel socioeconómico bajo, y los que no tenían profesión.

Respecto a los retrasos mentales observamos una mayor proporción entre los solteros. La residencia habitual era en pueblos de mas de 10.000 habitantes de la Provincia de Granada. BENEZECH et al (1977), tambien encuentra en su estadística un bajo nivel socioeconómico, asi como una procedencia fundamentalmente del medio rural en los oligofrénicos. La convivencia de estos sujetos era prioritaria con la familia de origen, con la que con frecuencia presentaban conflictividad. Desde el punto de vista socioeconómico presentaban un nivel socioeconómico bajo y mayoritariamente carecían de profesión.

Tambien alcanzaron una mayor proporción de la esperada entre los que no habían emigrado.

RESTEN (1963), opina que la disminución de la capacidad intelectual, complica las posibilidades de clasificación profesional; empujando a estos individuos a un vagabundeo profesional e inseguridad material, que los conduciría a la delincuencia.

Por otro lado pensamos que el ambiente familiar negativo en que se desenvuelven, junto a la incapacidad de independencia, estarían relacionados con las actitudes antisociales, las cuales utilizarían como medio para obtener satifacción a sus necesidades.

ANTECEDENTES Y REINCIDENCIA EN EL HOSPITAL

Los antecedentes personales psiquiátricos, las anteriores admisiones en este hospital junto con antecedentes de tipo judicial (comisaría, Ministerio de justicia y prisión), tendrían un importante valor para determinar estados de peligrosidad (BENEZECH, ADDAD y GRASSET, (1981), al igual que un valor predictivo de la reincidencia judicial (GIBBENS y ROBERTSON, 1983).

Antecedentes personales psiquiátricos los presentaban un gran número de sujetos (88,64%). Una proporción mas baja (68%) aunque tambien numerosa, encuentra TORRES GONZALEZ y GARCIA PRIETO (1970). Sin embargo, las tres cuartas partes de la población judicial estudiada por nosotros, no tenían ingresos previos en este hospital. Los autores antes reseñados encuentran un 55% de individuos que no habían ingresado previamente.

Respecto a la historia judicial de estos sujetos, observamos cómo aproximadamente la mitad, tenían antecedentes de mala o

irregular conducta en comisaría, mientras que habían realizado con anterioridad algún delito o habían estado en prisión un 23 % y un 18% respectivamente.

Por otro lado la gran mayoría (83%) no volvió a reincidir judicialmente en este hospital y un 24% ingresó nuevamente pero de forma no judicial.

En nuestra casuística, el tipo de delito no estaba relacionado con el hecho de haber ingresado con anterioridad en este hospital con la reincidencia judicial o no judicial.

Sí encontramos una relación de dependencia estadística entre el delito realizado y los antecedentes personales psiquiátricos y con los antecedentes en comisaría. De forma que los que perpetraron delitos contra las personas tenían normalmente antecedentes personales psiquiátricos y mejores conductas en los archivos de comisaría. Peores informes policiales se encontraron en individuos con delitos contra la propiedad.

Los que llevaron a cabo delitos contra la honestidad, eran mas frecuentes entre los que no tenían antecedentes personales psiquiátricos y presentaron mejores informes de tipo policial.

Con independencia del tipo de delito cometido, los distintos diagnósticos se **comportaron** de manera diferentes respecto a variables tales como ingresos anteriores en este hospital ($p < 0,001$), antecedentes en comisaría ($p < 0,001$), en el Ministerio de Justicia ($p < 0,001$), y en prisión ($p < 0,001$).

Como datos relevantes de los enfermos afectos de cuadros alcohólicos destacaremos que presentaban peores informes policiales. Trabajos realizados por SCHUKYT Y RUSSELL (1984), encuentran

también este tipo de asociación.

Los drogodependientes tenían menos ingresos previos en este hospital frecuentemente habían cometido algún delito con anterioridad y habían estado en prisión. GREEN (1981) opina que en la mayoría de los drogodependientes las conductas delictivas comenzarán antes del consumo habitual.

Las psicosis debidas a drogas con frecuencia no volvieron a reingresar judicialmente; sin embargo esto no quiere decir que los tóxicómanos reincidieran menos en su actividad delictiva. Este dato solo indicaría que son menos frecuentemente reingresados en este hospital.

Respecto a los antecedentes de las psicosis esquizofrénicas y estados paranoides, destacamos un mayor número de ingresos anteriores en este Centro; tenían buena conducta en los archivos de comisaría; la mayor parte de los casos no habían estado en prisión ni tenían antecedentes en el Ministerio de Justicia. Por otro lado, las psicosis esquizofrénicas mostraron proporciones similares en cuanto a reingresar o no judicialmente; mientras que los estados paranoides, con frecuencia no tenían nuevos ingresos judiciales. Coincidimos con los trbajos de PETURSSON y GUDJONSSON (1981) y los de BENEZECH y ADDAD (1982), que observan en sus estudios como los pacientes con estas patologías presentan un menor número de antecedentes judiciales y mas ingresos previos en hospitales. También MACKAY y WIGHT (1984) ponen de manifiesto una alta proporción de estos enfermos que no tenían procesos penales, pero si habían sido internados mas frecuentemente en hospitales por los asistentes sociales o la policia.

Los enfermos con epilepsia, al igual que los individuos con trastornos neuróticos y de personalidad, presentaban con mayor

frecuencia de la esperada antecedentes en el Ministerio de Justicia, antecedentes de prisión, y un mayor número de reincidencias judiciales. Indicando esos datos la prontitud con que comenzaron su carrera delictiva, dada la edad de estos sujetos, asi como las recidivas antisociales confirmadas por la mayoría de los autores, bástenos citar a BENEZECH et al (1977).

Los oligofrénicos, eran mas abundantes entre los que no habían ingresado con anterioridad en este hospital, pero si presentaron un mayor número de reincidencias judiciales en el mismo, quizás explicables por la gran influenciabilidad y sugestibilidad de estos sujetos. Su sensibilidad a la frustaciones y déficit de posibilidades de respuesta y adaptación (SOLER et al., 1977).

CARACTERISTICAS DEL HECHO DELICTIVO

La hora en la que se cometió el hecho delictivo muestra porcentajes similares para los distintos intervalos estudiados no nos llaman la atención en ningún sentido; igual ocurre con el mes y el día en que se perpetró el delito.

Ya reseñábamos anteriormente la importancia del alcohol como factor criminógeno. MYERS (1983), aunque encontró que el crimen violento estaba asociado al alcohol, afirma que las relaciones no pueden ser sin embargo explicadas simplemente por los efectos tóxicos de éste.

Nosotros encontramos en nuestro estudio que, un 41,95% de los casos en que constaba este dato, habían consumido alcohol en el momento de llevar a cabo el delito.

En este sentido PETERSON y GUDJONSSON (1981), encuentran

una cifra superior a la nuestra (60%). Sin embargo, estos mismos autores que comparan grupos de enfermos mentales y sanos en relación al crimen, destacan cómo los enfermos mentales habían consumido - menos significativamente alcohol que el resto de los grupos.

Por otro lado, el 42,93% de los casos habían perpetrado el hecho delictivo con violencia contra las personas; y el 12% de estos sujetos habían llevado a cabo violencia contra las cosas, mientras que solo un 25% se resistieron a la hora de la detención.

En nuestro estudio el tipo de hecho delictivo figura relacionado con la hora ($p < 0,001$), la consumisión de tóxicos (p 0,001) y la resistencia a la detención ($p < 0,001$). De esta forma, los delitos contra las personas eran mas frecuentes entre los realizados de seis de la mañana a doce del mediodía; siendo mas abundantes entre los no consumidores de tóxicos frente a los adictos a drogas, presentando el alcohol una frecuencia media. Constatamos la menor resistencia ofrecida por estos sujetos a la hora de la detención.

Los delitos contra la propiedad son mas numerosos proporcionalmente a partir de las seis de la tarde. Los sujetos que los realizaron habían consumido mas drogas frente a los que no consumieron ningún tipo de tóxico, oponiendo menor resistencia a la autoridad.

En cuanto a los delitos contra la honestidad, eran realizados principalmente desde las doce del medio dia a las seis de la tarde. Preferentemente los individuos que los llevaron a cabo no consumieron tóxicos y ofrecieron menor resistencia a la detención.

Solo destacaremos de los delitos contra la autoridad, que opusieron mas resistencia a la hora de la detención, sin mostrar preferencia por una hora determinada.

Desde las doce del medio dia hasta las seis de la tarde se produjeron mas delitos contra la libertad y la seguridad. Delitos que estaban asociados al consumo de alcohol: sus autores presentaron mayor resistencia a la detención.

Los diagnósticos estaban relacionados significativamente con: la hora del delito ($p < 0,001$), consumisión de tóxicos ($p < 0,001$), violencia del hecho ($p < 0,001$) y resistencia a la autoridad ($p < 0,001$).

Los enfermos afectos de cuadros alcohólicos realizaron con mas frecuencia el hecho delictivo entre las seis de la tarde y las doce de la noche; significativamente ingirieron alcohol en el momento de llevar a cabo el acto punible.

Los drogodependientes, usualmente realizaban el hecho delictivo a partir de las doce de la noche. Asimismo significativamente consumieron mas drogas. Eran mas abundantes entre los que no presentaron violencia en el hecho punible y opusieron una menor resistencia a la hora de la detención. Coincidimos con LEGER y GAROUX (1980), quienes evidenciaron cómo los toxicómanos no son fuente de heteroagresividad, mientras que la autoagresividad sí es importante.

Los enfermos con psicosis esquizofrénicas y estados paranoides realizaron significativamente el hecho delictivo entre las seis de la mañana y las doce del medio dia. Con frecuencia no consumieron tóxicos a la hora de llevar a cabo el delito, pero presentaron una mayor violencia hacia las personas. En cuanto a la resistencia a la autoridad encontramos porcentajes equilibrados.

Estudios realizados por PETTURSSON y GUDJONSSON (1981), muestran cómo los individuos afectos de cuadros psicóticos habían consumido significativamente menos bebidas alcohólicas a la hora

de llevar a cabo el delito, pero mostraron una mayor violencia en su realización. TAYLOR y GUNN (1984) señalaron tambien el riesgo de violencia en estos sujetos y BRADFORD (1983) opina que aunque se les asocie a crímenes violentos, esta agresividad depende del estadio en que se encuentre la enfermedad.

Los pacientes con trastornos neuróticos, de personalidad y desviaciones sexuales, perpetraron el hecho delictivo a partir de las doce de la noche. Eran mas abundantes entre los que no consumieron alcohol, y mostraron proporciones parecidas en cuanto a llevar a cabo el acto antisocial con violencia o sin ella. HARE (1984) opina que estos individuos tienden a utilizar mas conductas agresivas que las criminales en general.

Los epilépticos, no mostraron ninguna desviación en ninguna de las características que se citas en este apartado.

Por lo que respecta a los retrasos mentales, la realización del acto antisocial se llevó a cabo entre la seis de la tarde y las doce de la noche. Con más frecuencia no consumieron alcohol, pero sin embargo, mostraron una mayor violencia contra las cosas, y ofrecieron menos resistencia a su detención. En este sentido, TORRES GONZALEZ y GARCIA PRIETO (1970) evidencian tambien una relación muy significativa entre oligofrenia y daños a cosas. MARCHIORI (1982), explica como la violencia contra las cosas representaria en los oligofrénicos un mecanismo psicológico de desplazamiento, mediante el cual la carga afectiva se transfiere de un objeto verdadero a un elemento sustitutivo, el dañado.

DATOS DEL INGRESO

En el 72% de los casos, los enfermos fueron conducidos al Hospital por la policía; procediendo, en su mayoría, de las Comisarías; y los arrestos, (48,82% en total). En segundo lugar provenían directamente desde la prisión, (25,45%).

Encontramos diferencias muy significativas en cuanto al mes en que ingresaron estos sujetos. Se observa una menor afluencia durante los meses de enero y febrero, en comparación con meses tales como junio y julio, septiembre y octubre, en los que el número de casos fue proporcionalmente mas elevado. PINTO DA COSTA (1982), encuentra mayor proporción en los meses de julio, octubre y noviembre. DURAND et al. (1983), obtiene una mayor frecuencia en los meses de verano, (julio y agosto), y en aquellos en que se producen acontecimientos festivos.

Respecto a la aparición de la enfermedad, en el 80% de los casos se produjo antes del delito; en un 15%, con el delito y en un 2%, después de llevar éste a cabo. Achaval (1977), encuentra cómo un 70% padecían antes enfermedad mental, y en un 30%, ésta apareció con y tras el hecho delictivo.

Nosotros encontramos que la enfermedad apareció con más frecuencia, con o tras el acto antisocial, en los sujetos afectos de psicosis alcohólicas en los que no se les halló enfermedad mental y en los que llevaron a cabo delitos contra la Propiedad.

La sintomatología que presentaron estos sujetos a su ingreso, dividida en 16 items, alcanzó la máxima frecuencia para aquellos individuos que ingresaron "normales" o sin síntomas evidentes, (27%), seguida de aquellos que mostraron trastornos de tipo psicótico y/o delirante, (21%).

Esta sintomatología estaba unida al hecho delictivo. Así, los que presentaron trastornos psicóticos y delirantes se encontraban más asociados a delitos contra las personas, la libertad y la seguridad. Los que mostraron deficiencia y oligofrenia, así como trastornos de tipo tóxico, era más frecuente que hubiesen cometido delitos contra la propiedad. Los sujetos que ingresaron sin síntomas evidentes de enfermedad mental estaban relacionados con delitos contra la honestidad. Por último, los que mostraron conductas psicopáticas y trastornos de psicomotricidad se asociaban repetidamente a delitos contra la autoridad.

También los diagnósticos en relación a la sintomatología presentada al ingreso (Ver Tabla), era acorde a lo obtenido entre el diagnóstico y el delito (Ver Tabla

CARACTERISTICAS DE LA VICTIMA

En 1948, VON HENTING describió las relaciones entre el criminal y la víctima, y las curiosas formas de atracción específicas ejercidas por la víctima hacia el criminal. El síndrome de Abel sería como refiere RANJEVA et al. (1971) las víctimas nacidas (con sentimientos de culpabilidad mal definidos, masoquismo, etc.). Este mismo autor describe a otras víctimas que serían transitorias, bien por su edad (niños y viejos), bien por sus capacidades (oligofrénicos).

En nuestro trabajo encontramos que en 252 casos hubo víctimas; en el 72,17% de estos casos no tenían relación familiar con el sujeto; y en más de la mitad de los casos (52,42% existía una relación de vecindad o bien eran conocidos del enfermo. En un 65%, las víctimas eran casados, y en un 28% lo eran solteros. El 15,2% eran niños; el 2,8% ancianos; y el 82% hombres y mujeres en edad adulta. Los hombres y las niñas era, en sus respectivos grupos los mas numerosos.

Solo pudimos constatar respecto al nivel de inteligencia de las víctimas un 2,4% de bajo nivel intelectual. Dato no fiable puesto que estas características han sido recogidas de los expedientes sumariales y normalmente a los perjudicados no se les realizaba ninguna exploración de este tipo. Solo se constataba este dato si el retraso mental era muy evidente.

LEYRIE (1977) sistematiza las víctimas en dos grupos.
1º. Relaciones inexistentes o puramente accidentales para los actos antisociales o impulsivos de dementes, retrasados y esquizofrénicos.
2º. Relaciones mas o menos estrechas para los crímenes de los delirantes, verdugos de niños o parientes e incestuosos.

En relación al diagnóstico las características de la víctima (relación familiar, vecindad, naturaleza), no nos proporcionaron significación. Sin embargo, queremos destacar algunos aspectos referentes a diagnósticos en los que se ha obtenido un más alto porcentaje. Así el 41% de los sujetos con psicosis y dependencia de alcohol tenían relación familiar con la víctima. Lo mismo ocurrió con el 35% de los sujetos con psicosis esquizofrénicas y estados paranoides. Estos dos último cuadros, además tenían una relación de vecindad con el perjudicado que suponía un 58%. ADDAD y BENEZECH (1977) encuentran que las víctimas mas expuestas en referencia a psicosis esquizofrénicas y estados paranoides serían los miembros del entorno, encontrando estos autores un 43,58% de personas conocidas del enfermo y un 23% de parientes cercanos. BENEZECH et al. (1984) observa además, dependencia estadística ($p < 0,01$) que nosotros no hemos llegado a alcanzar.

Sí encontramos relación de dependencia en cuanto al estado civil de la víctima y el diagnóstico de estos sujetos, de modo que la víctimas solteras eran mas frecuentes entre los sujetos que padecían trastornos neuróticos y de personalidad, desviaciones sexuales y retraso mental. Por otro lado los individuos con psicosis esquizofrénicas y estados paranoides así como los que padecían psicosis alcohólicas y dependencia de alcohol eran mas frecuentes entre los que tenían como víctimas sujetos casados.

Esto vendría a coincidir con la Tabla LXXXI (Naturaleza:niños adultos) a la que no pudimos realizarle el test por no presentar número suficiente de casos, pero en la que se vislumbraba cierta significación de forma que los niños serían mas frecuentes entre las víctimas de los sujetos con trastornos neuróticos, de personalidad y retraso mental. Mientras que los esquizofrénicos y los individuos con estados paranoides se asociaría a víctimas adultas.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Destacamos el escaso número de estas pruebas realizadas durante el internamiento. En E.E.G. solo se llevó a cabo en un 13% de los casos y coeficiente intelectual se realizó a un 10% de los individuos, siendo la mayoría establecido mediante la clínica.

TORRES GONZALEZ y GARCIA PRIETO (1970), confirman "lo poco que se recurre a estas exploraciones en casos donde el diagnóstico acertado es la base de un peritaje dirigido a la Administración de Justicia, estando implicados tanto responsabilidades penales como civiles". Si bien estas exploraciones se realizaron en mayor número en los últimos años estudiados por nosotros.

DATOS DEL INTERNAMIENTO

Por lo que respecta al comportamiento intrahospitalario, éste fué correcto en el 70% de los casos; solo el 16% de los pacientes produjeron graves altercados del tipo de agresiones, amenazas, etc.

El tiempo que duró el primer ingreso judicial fué, en el 50% de los casos de 15 días a tres meses; sin embargo, no hay que olvidar que un 18% estuvieron ingresados de uno a veinte años. OBJIDE (1981), muestra internamientos en su población, de más larga estancia, de tal modo que de 50 casos, 34 permanecieron mas de dos años ingresados, si bien los enfermos estudiados por este autor tenian mas cargas de homicidios y agresiones.

En el 89% de los enfermos judiciales no se registran fugas. La forma de salida prioritaria fue mediante libertad (provisional o total) por Orden Judicial (61%), seguida de la salida a Prisión (13%).

El tipo de delito cometido no influía en el comportamiento intrahospitalario, pero sí el diagnóstico ($p < 0,001$). Tenían en mayor proporción peores comportamientos, los que padecían trastornos neuróticos, de personalidad y drogodependencias. Por el contrario, los individuos con psicosis alcohólicas tenían preferentemente una conducta correcta en la institución.

El tiempo de permanencia dependía tanto del diagnóstico ($p < 0,001$), como del tipo de delito realizado ($p < 0,001$) (Tablas LV y LVI). A modo de resumen expondremos que permanecieron menos tiempo ingresados los toxicómanos y los que realizaron delitos contra la propiedad, mientras las estancias mas largas correspondían a las psicosis esquizofrénicas y estados paranoides, así como a los que perpetraron delitos contra las personas.

Todos los autores confirman estas estancias mas largas de los sujetos con Psicosis esquizofrénicas y estados paranoides como GIBBENS, ROBERTSON (1983), ODEJIDE (1981), mostrando este último autor los graves inconvenientes de adaptación social que tendrían estas estancias prolongadas.

Para AXELROD (1981), "la evolución de estas enfermedades no dependería de la delincuencia en sí mismo ni de las medidas médico-forenses adoptadas sino que estaría más bien en relación con la forma de psicosis de la que se trate".

ASPECTOS JURIDICOS

El sumario fué el tipo de expediente mayoritario (60%). Una destacada proporción de estas causas fueron sobreseidas (40%). De ellas en el 71,73% se realizó mediante sobreseimiento libre 3º por enajenación mental y solo un 2,4% por trastorno mental transitorio.

Como dejo a reseñar 40 expedientes fueron sobreseidos provisionalmente, de los que 7 pertenecían a intentos de suicidio, el resto correspondían a delitos tipificados. Recordamos que el sobreseimiento provisional se aplica según el Artículo 641 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (1934), cuando existen dos tipos de circunstancias: 1ª. "Cuando no resulte debidamente justificada la perpetración del delito que halla dado motivo a la formación de la causa". Insuficiencia objetiva de prueba (FENECH, 1982) y 2ª. "Cuando resulte del sumario haberse cometido un delito y no haya motivos suficientes para acusar a deteminada o determinadas personas, como autores cómplices o encubridores". Insuficiencia de prueba respecto a participación (FENECH, 1982). Aunque no pretendemos entrar en polémica ya que nos llevaría a especificar caso por caso, consideramos importante la mención de este hecho.

La sentencia se efectuó en el 60% de las causas. Fueron condenatorias sin circunstancias en 30,83%; condenatorias con atenuantes en 34,58% y solo en un 15,4% resultaron absueltas por eximente de enajenación mental o trastorno mental transitorio.

Respecto a la imputabilidad, en el 52,8% los sujetos fueron considerados inimputables, en un 20,34% semi-imputables y en un 19,35% imputables. PINTO DA COSTA (1982), obtiene sin embargo, mayor número de sujetos con semi-imputabilidad (45,76%), seguidos de los inimputables (34,66%) y de los imputables (11,64%).

GUDJONSSON y PETURSSON (1984), indican como en Islandia se requiera pocas veces informes periciales-psiquiátricos, pero muestran como en 2/3 de acusados se encontraron anomalías psiquiátricas y únicamente en un 8% fueron considerados insanos en el tiempo de la ofensa.

En nuestro estudio solo en un 12% de los casos la propuesta pericial no fue aceptada. Pensamos que esto es debido a que en Gra-

nada han existido tradicionalmente Escuelas de Psiquiatría y Medicina Legal y la mayoría de los médicos forenses son a la vez psiquiatras. Estas observaciones han sido consideradas por especialistas en la práctica jurídica, quienes nos indicaron que en otras provincias donde no existen tales escuelas se presentan mas complicaciones a estos niveles.

En un 43%, después del fallo de los Tribunales se acordó el internamiento en el hospital psiquiátrico. En el 26% de los casos, los jueces acordaron su internamiento en prisión, aunque en algunos de estos individuos se llevó a cabo la pena privativa de libertad en el hospital psiquiátrico, principalmente en sujetos que recibieron sentencia condenatoria con atenuantes.

No hemos encontrado dependencia estadística entre el tipo de delito realizado y el hecho de producirse sobreseimiento o bien sentencia de la causa incoada. Tampoco el tipo de delito influía en que se aceptara o no la propuesta pericial.

Lógicamente, el acto antisocial estaba significativamente relacionado con la delictividad del hecho ($p < 0,001$). Puesto que esta variable se encuentra influenciada por las características esenciales del delito (antijuridicidad, tipicidad, punibilidad y culpabilidad), fallando evidentemente en nuestros acasos -enfermos mentales- la culpabilidad. De esta forma, hemos observado que los delitos contra las personas eran considerados con menor frecuencia actos punibles, mientras que los perpetrados contra la propiedad y la honestidad, normalmente reunían las características de delito.

Respecto a los diagnósticos, encontramos una alta dependencia en relación a variables tales como: que se produjera sobreseimiento o sentencia ($p < 0,001$), delictividad del hecho ($p < 0,001$), imputabilidad dada por el hospital ($p < 0,001$), imputabilidad fallada

por los Tribunales ($p < 0,001$), propuesta pericial ($p < 0,001$) y medidas acordadas por el Tribunal ($p < 0,001$). Estas circunstancias afectaron de modo diferente a los tipos de diagnósticos estudiados. Así los enfermos con psicosis y dependencia de alcohol tenían similares proporciones en cuanto a recibir de los Tribunales sobreseimientos o sentencias en sus causas. Igual sucedió con la delictividad de los hechos. Sin embargo, los cuadros alcohólicos eran mayoritarios entre los considerados por el hospital como inimputables, mientras que en los Tribunales las diferentes formas de imputabilidad tenían proporciones semejantes. Por otro lado, estas patologías eran más abundantes entre los que no se aceptó la propuesta pericial, bien total o parcialmente. Después de la sentencia los Tribunales proporcionalmente concedían la libertad en mayor número a estos sujetos.

OJESJO (1983), refiere cómo en Suecia a las Cortes les causa confusión los cuadros alcohólicos, en relación tanto a su tratamiento como al castigo impuesto. FINE (1983), describe la necesidad de una buena clasificación de los cuadros alcohólicos para su tratamiento jurídico.

En cuanto a los individuos con psicosis, alcohol y dependencia de drogas, frecuentemente recibían sentencias por parte de los Tribunales, así como sus actos delictivos eran considerados preferentemente delitos o faltas. Con relación a la imputabilidad, el hospital en sus informes les consideraba en parecidas proporciones tanto imputables como inimputables, mientras que los Jueces observaron una mayor imputabilidad. Asimismo, no existían grandes diferencias entre aceptar o no la propuesta realizada por los peritos, siendo frecuentemente estos toxicómanos después de la sentencia enviados a prisión.

En los casos de psicosis esquizofrénicas y estados paranoi-

des sus causas eran frecuentemente sobreseidas. HELLER, TAYLOR y EHRLICH (1983), muestran en su estudio cómo los psicóticos eran con mas frecuencia evaluados incompetentes para acudir a juicio.

Los hechos de estas patologías psicóticas eran considerados con mas abundancia no delictivos. Tanto el Hospital como los jueces los consideraban en mayor cuantía como inimputables y con mayor frecuencia fue aceptada la propuesta pericial. También en mayor número continuaron o fueron internados después de la sentencia en el Hospital Psiquiátrico.

De lo anteriormente expuesto se desprende que estas enfermedades eran menos conflictivas en razón a la imputabilidad, tanto por los jueces como por los psiquiatras. Autores como PONTI y GALLINA FIORENTINI (1982), muestran como el juez y el psiquiatra experto suelen ver una incompatibilidad entre psicosis y culpa plena. Sin embargo, estos autores explican cómo los cambios que han tenido lugar tanto en la Ciencia psiquiátrica como en el contexto social, respecto a las enfermedades mentales, han dado lugar a una revisión de esta incompatibilidad Del mismo modo que el paciente mental ha adquirido una nueva dignidad humana y social, debe adquirir una mayor responsabilidad respecto a sus acciones ilegales. Esta orientación, naturalmente, no debe generalizarse, sin embargo, permite, en algunos casos reconocer la culpa total del paciente mental.

Los enfermos con trastornos neuróticos, de personalidad y desviaciones sexuales, tenían proporcionalmente mas sentencias que sobreseimientos. Tambien en mayor cuantía sus hechos eran considerados delictivos y tanto por el Hospital Psiquiátrico, como por los Tribunales de Justicia fueron considerados en mayor número como semi o imputables. Nos llama la atención que estos individuos alcanzaron una mayor proporción entre los que sí se aceptó la propuesta pericial.En cuanto a las medidas que adoptó el Tribunal tras la

sentencia, existían semejantes proporciones en cuanto a internamiento (hospitalario o de prisión) o libertad.

Los epilépticos recibieron mas sentencias que sobreseimientos. Sus hechos eran considerados mas "delictivos". Respecto a la imputabilidad establecida por el hospital no encontramos modificaciones manifiestas, mientras que la fallada por los Tribunales se inclinaba más hacia la semi o imputabilidad. Frecuentemente las propuestas periciales en estos individuos eran menos aceptadas. Las medidas acordadas por el Tribunal se dirigían preferentemente hacia el ingreso en la prisión.

Los sujetos afectos de retraso mental, por el contrario, recibieron mas sobreseimientos. HELLER, TAYLOR y EHRLICH (1983), muestran también el mayor número de individuos con déficit intelectivos en relación a la incompetencia para presentarse a Juicio.

Respecto a la imputabilidad de los deficientes mentales, los informes ofrecidos por el Hospital no mostraban desequilibrios hacia considerar a estos individuos imputables o inimputables; sin embargo los Tribunales se inclinaron mas hacia la semi o imputabilidad, dado que la mayoría presentaban retraso mental leve. No mostraron modificaciones llamativas en cuanto que se aceptara o no la propuesta de los peritos. Tambien las medidas acordadas por el Tribunal después de fallar la sentencia, presentaban proporciones similares.

X. CONCLUSIONES

1ª.- Los enfermos judiciales constituyen un reducido número (alrededor del 6%) frente al total de admisiones realizadas en el Hospital Psiquiátrico.

2ª.- La población judicial ha ido incrementándose significativamente en el transcurso de los años, presentando en el último cuatrienio estudiado (1979-1982) un aumento especialmente marcado de delitos contra la propiedad, así como de cuadros referentes a drogodependencias.

3ª.- Aunque la población judicial es preferentemente masculina (89%), las mujeres son enviadas al hospital con más serios disturbios psiquiátricos y con más cargas relativas de delitos contra personas y contra la libertad y la seguridad. La criminalidad relativa de las mujeres es mayor entre las que padecen disturbios psicopatológicos.

4ª.- Los enfermos ingresados por orden judicial son preferentemente jóvenes, con una máxima incidencia entre los 16 y los 25 años. Los menores de 30 años son mas frecuentes entre los drogodependientes, los que padecen trastornos neuróticos, de personalidad, epilepsías y retraso mental; los delitos cometidos preferentemente son contra la propiedad y la salud pública. Los mayores de 30 años están proporcionalmente más asociados a cuadros de tipo alcohólico, psicosis esquizofrénicas, estados paranoides y a delitos tales como contra las personas y contra la libertad y la seguridad.

5ª.- La mayor frecuencia de los casos estudiados, (45%), residían en Granada capital. De ellos, los que vivían en el centro de la ciudad cometieron predominantemente delitos contra la libertad y la seguridad. Los que habitaban en barrios y zonas de

influencia de la misma, eran más usuales entre los que llevaron a cabo delitos contra la propiedad; mientras que, los que realizaron delitos contra las personas, se dieron con mayor frecuencia en zonas rurales.

El lugar de residencia figura relacionado con el tipo de diagnóstico. Así, entre los que vivían en barrios periféricos y zonas de influencia de Granada se daban en mayor número psicosis alcohólicas; entre los que vivían en pueblos de más de 10.000 habitantes se dieron más epilepsías y retrasos mentales; los que vivían en zonas rurales padecieron de manera mas reiterada psicosis esquizofrénicas y estados paranoides.

6ª.- La forma de convivencia mayoritaria era con la familia de origen, (44,2%). Los individuos que cometieron delitos contra la propiedad eran proporcionalmente más frecuentes entre los que vivían con la familia de origen, mientras que los que realizaron delitos contra las personas, la libertad y la seguridad lo eran entre los que vivían con la familia propia o bien solos.

Con relación a los diagnósticos, encontramos que los cuadros alcohólicos abundaban relativamente más, entre los sujetos que vivían con la familia propia o solos. Esta última modalidad de convivencia era proporcionalmente la más frecuente para las psicosis esquizofrénicas y estados paranoides. Los retrasos mentales, por el contrario eran más usuales entre los que vivían con la familia de origen.

7ª.- El tipo de delito está relacionado con la conflictividad sociofamiliar. Los que llevaron a cabo delitos contra las personas, presentan con mayor frecuencia conflictiva conyugal o social. Los que realizaron delitos contra la propiedad muestran usualmente conflictiva familiar en general y los que perpetraron delitos contra la honestidad, se asocian más a una conflictiva dirigida particularmente hacia el padre o la madre.

8ª.- El nivel socio-económico de los individuos estudiados era bajo en un 76,20 % de los casos. A este nivel, pertenecían preferentemente los epilépticos y los deficientes mentales. En cambio, los sujetos que llevaron a cabo delitos contra la honestidad y la salud pública pertenecían con más frecuencia a la clase media y alta. También se incluían en esta clase social los drogodependientes, los que padecían trastornos neuróticos, de personalidad y los individuos a los que no se les halló enfermedad mental.

9ª.- Dentro de la población judicial ingresada, prevalecen las profesiones de baja cualificación laboral y los individuos de escaso nivel cultural, encontrando que las profesiones estaban muy relacionadas con el diagnóstico y con el tipo de delito. No ocurre así entre el nivel cultural y el tipo de acto antisocial.

10ª.- Aunque la mayoría de los casos, de la población judicial, tenían antecedentes personales psiquiátricos (88,64%), solo una cuarta parte de ellos poseían antecedentes penales y de prisión. Tenían proporcionalmente mas antecedentes en el Ministerio de Justicia los drogodependientes, los individuos con trastornos neuróticos, de personalidad y epilepsía. Los afectos de psicosis esquizofrénicas y estados paranoides tenían relativamente más antecedentes de ingresos previos en el hospital psiquiátrico y menos en el Ministerio de Jusitica.

11ª.- La reincidencia judicial en el hospital, sólo se produjo en el 17,8% de los casos. Esta, no figura relacionada significativamente con el tipo de delito cometido, pero sí con el diagnóstico. Fue más frecuente entre los que padecieron trastornos neuróticos, de personalidad, epilepsía y retraso mental.

12ª.- El 41,95% de los casos ingirieron alcohol a la hora de llevar a cabo el delito y sólo un 12,93% consumieron algún tipo de droga. Proporcionalmente el consumo de alcohol, está mas asociado a delitos contra la libertad y la seguridad, mientras el consumo de drogas se relaciona con delitos contra la propiedad y salud pública. En otros actos delictivos, como los perpetrados contra las personas y la honestidad, el alcohol jugó un papel intermedio, estando los individuos que los llevaron a cabo más en relación con el no consumo de tóxicos.

13ª.- El hecho delictivo se llevó a cabo con violencia en el 77,92% de los casos. Cerca de la mitad de esta cifra corresponde a violencia realizada contra las personas. Proporcionalmente, los sujetos con esquizofrenia y estados paranoides realizaron el acto delictivo violentamente contra las personas. Los retrasos mentales se asociaban frecuentemente a realizar el hecho delictivo con violencia hacia objetos. Por el contrario, los toxicómanos eran más abundantes en términos relativos, entre los que llevaron a cabo el hecho delictivo sin violencia y menos aún contra personas.

14ª.- En el 61,54% de los casos estudiados hubo víctimas. La mayoría de los perjudicados eran hombres en edad adulta. En el 17,12% existía relación familiar mientras que en 32,63% la relación era de vecindad.

No encontramos diferencias significativas entre el tipo de diagnóstico del perpetrador con la vecindad, la relación familiar o la naturaleza de la víctima. No obstante, los alcohólicos y los individuos con psicosis esquizofrénicas o estados paranoides, alcanzaron mayores proporciones respecto a tener algún tipo de relación (familiar o de vecindad)con los perjudicados.

15ª.- El comportamiento intrahospitalario no depende del tipo de delito realizado, pero sí del diagnóstico. Los sujetos con psicosis alcohólicas eran relativamente más abundantes entre los que tuvieron un comportamiento correcto en la institución, mientras que los que padecían trastornos neuróticos, de personalidad y abuso o dependencia de drogas, mostraron en mayor medida peores conductas durante el internamiento judicial.

El tiempo de estancia en el hospital dependía del diagnóstico y del tipo de delito realizado. De un modo general, las estancias mas cortas correspondían a drogodependientes ya sujetos con delitos contra la propiedad. Las de mayor duración pertenecían preferentemente a psicóticos (esquizofrenia, estados paranoides) y a los que llevaron a cabo delito contra las personas.

16ª.- El tipo de diagnóstico estaba muy relacionado con el tipo delictivo, produciéndose las siguientes asociaciones:

- Delitos contra las personas en psicosis esquizofrénicas y estados paranoides.
- Delitos contra la propiedad en drogodependencias y retrasos mentales.
- Delitos contra la honestidad en trastornos neuróticos, de personalidad y retrasos mentales.
- Delitos contra la autoridad en epilepsías.
- Delitos contra la libertad y seguridad en cuadros alcohólicos, esquizofrenias y estados paranoides.
- Delitos contra la salud pública en drogodependencias.

17ª.- Un importante número de causas, (40%), fueron sobreseidas, siendo más frecuente este sobreseimiento para los individuos con psicosis esquizofrénicas, estados paranoides y retraso mental. Recibían sentencias en mayor proporción los individuos con trastornos neuróticos, de personalidad, epilepsías y drogodependencias.

18ª.- Entre las causas sentenciadas, predominan en su mayoría los fallos condenatorios sin circunstancias, seguidos de los condenatorios con atenuantes de enajenación mental. El trastorno mental transitorio fue empleado en muy pocas ocasiones tanto como atenuante y menos aún como eximente completo.

19ª.- En más de la mitad de los casos, los individuos fueron considerados inimputables. Esta inimputabilidad estaba asociada proporcionalmente a las psicosis esquizofrénicas y estados paranoides. La semi o imputabilidad se relacionaba con trastornos neuróticos, de personalidad, epilepsías, retrasos mentales y drogodependencias. De forma general, el Hospital considerada más inimputables a los sujetos que los Tribunales de Justicia.

20ª.- Aunque la propuesta pericial se aceptó en la mayoría de los casos, en los cuadros alcohólicos y de tipo epiléptico, la propuesta realizada por los peritos era proporcionalmente menos aceptada. Los peritajes de los cuadros psicóticos, así como los de los trastornos neuróticos y de personalidad, eran aprobados en su mayoría.

21ª.- Las medidas acordadas por el Tribunal después de la sentencia, dependían del tipo de diagnóstico. A los individuos con cuadros alcohólicos se les concedía preferentemente la libertad. Los sujetos con psicosis esquizofrénicas y estados paranoides eran con mayor frecuencia internados en el hospital y los que padecían epilepsía y drogodependencias, proporcionalmente, eran trasladados en mayor número a prisión.

XI. BIBLIOGRAFIA

ABRAHAMSEN, D. (1964): Delito y Psique. Mexico, Fondo de Cultura Económica.

ACHAVAL, A. (1977): Psiquiatria Forense. En: VIDAL, BLEICHMAR, USANDIVARAS. Enciclopedia de Psiquiatria. Buenos Aires. El Ateneo. pp. 584-590.

ADDAD, M.; BENEZECH, M. (1977): Schizophrénie et delinquance. Enquête médico-sociale chez 116 psychotiques, dont 63 delinquants, hospitalisé en centres hospitaliers spécialisés. Ann. Med. Psychol., 1, 1-33.

ALBERCA LORENTE R. (1958): La capacidad de obrar. Bases cientificas del peritaje psiquiátrico. Symposium de Psiquiatria Forense. Madrid C.S.I.C. pp. 67-95.

ALBERCA LORENTE, R. et al. (1965): Psiquiatria y Derecho Penal. Madrid, Tecnos,

ALEXANDER, F.J.; SEESNICK, S.T.(1970): Historia de la Psiquiatria. Barcelona. Expaxs,

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

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

ALSTROOM, C.H. (1950): Citado por SORIANO (1973).

AMARISTA F.J. (1968): El perfil del delincuente. Caracas. Edigraph.

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

AXELROD, M. (1981). Le sort des malades psichotiques delinquants, etude catamnestique. Schweiz. Arch. Neurol. Neur. Chir. Psychiatr., 129, 2, 241-281.

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

BARBERO SANTOS, M. (1965): Psiquiatria y Derecho Penal. Estudio preliminar. Madrid. Tecnos.

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

BEARCROFT, J.S. (1967): Mental disorders and delinquency. Brit. Med. J., 2, 619-621.

BELL, D.S.; CHAPION, R.A. (1979): Deviancy, delinquency and drug use. Brit. J. Psychatry, 134, 269-276.

BENEZECH, M.; VANKEIRSBILCK, D.; ADDAD, M.; BOURGEOIS, M.- (1977). Les malades mentaux difficiles et/ou dangere. Enquête criminologique sur 547 sujets places d'office de 1967 a 1976 au service de sûreté de Cadillac. Ann. Med. Psychol. 2, 641-675.

BENEZECH, M.; ADDAD M.; GRASSET, A. (1981): Criminologie et psychiatrie. Ency. Med. Chir. Psychiatrie., 37906 A^{10}, 10, 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. Med. Psychol. 1:101-105.

BENEZECH, M. (1983): Mentally ill murderers in France. Int. Crim. Pol. Rev., 38, 226-229.

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

BIGGS, J. (1955): The guilty mind. En: Psychiatry and law of homicide. Nueva York. Horcourt. Brace.

BIRNBAUM. Citado por GISBERT CALABUIG (1962).

BLEULER, E. (1967): Tratado de Psiquiatria. 2ª Ed.. Madrid, Espasa Calpe,

BOBES GARCIA, J.; BOUSOÑO GARCIA, M.; FERNANDEZ DOMINGUEZ, J.M.; HINOJAL FONSECA, R. (1981): Análisis de las Toxicodependencias en Asturias en 1980. Actas Luso-Esp. Neurol Psiquiatr., 5, 351-362.

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

BONNET, E.F.P. (1984): Psicopatologia y Psiquiatria Forense. Parte general. Buenos Aires. Lopez Libreros.

BONNET, E.F.P. (1984). Psicopatologia y Psiquiatria Forense. Parte especial. Buenos Aires. Lopez Libreros.

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

BROMBERG, W. (1963): Psicologia de la delincuencia, personalidad y criminalidad. 1ª Ed. Madrid. Morata

BUNKE, O. (1946). Nuevo Tratado de las Enfermedades mentales. Barcelona. Seix. Editor.

CALCEDO ORDOÑEZ, A. (1982). El peritaje Psiquiátrico. Psicologia, 2, 1, 171-180.

CALCEDO ORDOÑEZ, A. (1982). Psiquiatria y Leg. Psicopatologia, 2, 2, 113-116.

CARBONELL MASIA, C.; RIOS, B. (1984): Familia y drogodependencia. Psicopatologia, 4, 3, 221-226.

CHRISTIAN, W. (1970): Atlas de EEG Clinica. Madrid, Paz Montalvo.

CHARDON, G.; BOITEAU, H.; BOGAERT, (1959): Citados por BONNET (1984).

CODIGO Penal y Legislacion Complementaria. (1983). 7ª Ed. Madrid. Civitas.

DAVIES, W.; FELDMAN, P. (1981): The Diagnosis of Psichopathy by Forensic Specialists. Brit. J. Psychist., 138, 329-331.

DELL, S.; SMITH, A. (1983): Changes in the sentencing of diminished reponsability homicides. Brit. J. Psychiat., 142, 20-34.

DESCHACHT, J.M. (1977): Citado por BENEZECH et al., 1981.

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

DORADO MONTERO, P. (1905). Citado por BARBERO SANTOS (1965)

DUCOSTE.. (1906). Citado por BONNET. (1984).

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

EDWARD, (1968): Citado por BONNET (1984)

EHRHARDT y VILLINGER, (1961): Forensische und administrative Psychiatric der Vegenwart, III. Berlin, pp. 226.

ELLENBERGER, R.; DONGIER, M. (1958): Varietés de crimes. Ency. Med.Chir. Psychiat., 37760, A, 50.

ENJUICIAMIENTO CRIMINAL. (1984). 6ª Ed. Madrid. Civitas

ENNIIS, B.J.; LITWACH, T.R. (1980): Citado por CALCEDO ORDOÑEZ (1981).

ESTAMPA BRAUN, J.M. (1950): Las ideas penales de Lucio Anneo Seneca. Valladolid.

EXNER, F. (1946): Biologia Criminal. Barcelona. Bosch

EY, H.; BERNARD, P.; BRISSET, Ch. (1978): Tratado de Psiquiatria. 8ª Ed. Barcelona. Toray-Masson,

FENECH, M. (1982): El proceso penal. 4ª Ed. Madrid. Agesa

FINE, F. (1983): alcoholism and forensic psychiatry. Am. J. Forensic Psychiat. 4, 3, 113-118.

GARCIA ANDRADE, J. (1973): el hombre, el delito y su mundo. Madrid, Maisal

GIBBENS, T.C.N.; ROBERTSON, G. (1983): A survey of the criminal careers of hospital Order Patients. Brit. J. Psychiat., 143, 362-369.

GIBBENS, T.C.N.; ROBERTSON C. (1983): A survey of the criminal careers of restriction order patients. Brit. J. Psychiat., 143, 370-375.

GILLIES, H. (1976): Homicide in the west of Scotland. Brit. J. Psychiat. 128, 105-127.

GISBERT CALABUIG, J.A. (1962). Psiquiatría Forense. En: Tratado de Medicina Legal. Valencia, Saber, pp 237-531.

GISBERT CALABUIG, J.A. (1977): Medicina Legal y Toxicologia. Valencia, Garcia Muñiz.

GISBERT CALABUIG, J.A. (1982): Psiquiatría Forense. En: RUIZ OGARA, LOPEZ-IBOR y BARCIA SALORIO. Psiquiatría. Tomo II. Barcelona. Toray, pp. 1566-1581.

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

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

GORDON, A.M. (1978): Drugs and delinquency: A four year fallow-up of drug clinic patiens. Brit. J. Psychiat., 132, 6-21.

GREENLAND, C. (1978): The prediction and management of dangerous behavior social policy issues. Intern. J. Law Psychiat., 2, 205-222.

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, 624-645.

GROSS, (1968): Citado por MARCHIORI (1982).

GRUNTHAL , E. (1958): Enfermedades cerebrales orgánicas de la edad media de la vida y de la vejez. En: REICHARDT. Psiquiatría General y Especial. 4ª Ed. Madrid, Gredos pp. 520-544.

GUDJONSSON, G.H.; PETURSSON, H. (1984): Psychiatric court reports in Iceland.1979-1982. Acta Psychiat. Scand., 40, 1, 44-49.

GUNN, J. (1969): The prevalence of epilepsy among prisioners. Proc. Roy. Soc. Med., 6, 60-63.

GUNN, J.; BONN, J. (1971): Criminality and violence in epileptic prisioners. Brit. J. Psychiat., 118, 337-343.

GUTTMACHERM, M. (1951). Citado por CALCEDO (1982).

HARE, R.D.; McPHERSON, L.M. (1984): Violent and agresive behavior by criminal psychopaths. Special Issues: Empirical approaches to law and psychiatry. Inter. J. Law Psychiat., 7, 35-50.

HEILDBROM, A.B. (1982): Cognitive models of criminal violence based upon intelligence and psychopathy levels. J. Consult. Clin. Psychol. 50, 4, 546-557.

HELLER, M.S.; TAYLOR, W.H.; EHRLICH, S.M. (1983): Competent and incompeteur defendants referred to a court psychiatric clinic: A clinical comparison. J. Forensic Sci., 28, 415-422.

HENDENSTROM, I.; SCHMIDT, O. (1961): Elektroencephalographische. Dtsch. ges gerichtl. Med. pp. 234.

HENN, F.; HERJANIC, M.; VANDERPEARL, R. (1976-a): Forensic psychiatry. Profiles of two types of sex offenders. Am. J. Psycgiat., 133, 6, 694-696.

HENN, F.; HERJANIC, M.; VANDERPEARL, R. (1976-b): Forensic psychiatry: Diagnosis and criminal responsability. J. Nerv. Mental Dsease., 162, 6, 423-429.

HENN, F.; HERJANIC M.; VANDERPEARL, R. (1977): forensic psychiatry: Anatomy of a service. Comprehensive Psychiat., 18, 4, 337-345.

HENTING Von (1954). Citado por BONNET (1984).

HERJANIC, M.; HENN, F.; VANDERPEARL, R. (1977): Forensic psychiatry: Female offenders. Am. J. Psichiat., 134, 5, 556-558.

HILL, D.; POND, D.A. (1952): Reflections on one hundred capital cases submtted to electoencephalography. J. Met. Sci., 98, 23-43.

HURTWITZ, S. (1956): Criminologia. Barcelona. Ariel

HUSSON, F.; ROBERT, P.H.; GODEFROY, T.H. (1973): Alcoolisme et coût du crime en France dans les anneées 1970-1971. Rev. Alcoolisme, 19, 1, 9-38.

INGENIEROS, J. (1919): Criminologia. Buenos Aires, J.L. Rosso.

IRANYI, J.; BALOGH, A.; CSANDA, E.; SOMOGY, E. (1982): Evaluation of psychical symptoms of epilepsy in forensic-psychiatryc practice que. Morphol. Igazsagugyi. Orv. Sz _, 22, 2, 133-140.

KLUGER, J. (1969): La electroencefalografía en la clínica y en la práctica. Madrid. Alhambra.

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

KRAUS, J. (1981): Juvenile drug abuse and delinquency: some differencial association. Brit. J. Psychiat., 139, 422-430.

KRETSCHMER, E. (1954): Constitucion y Caracter. 2ª Ed. Barcelona, Labor,

LAINGHNEL-LAVASTINE, M. (1927). conferencias de Simpatologia clinica. Barcelona. Levantina

LANGELUDDEKE, A. (1972): Psiquiatria Forense. Madrid. Espasa Calpe

LANZKRON, J. (1963): Murder and insanity: a survey. Am. J. Psychiat., 119, 754-758.

LEAUTE J. (1972): Criminologia et Science Penitentaire. Paris, Presses Universitaires de France

LEDESMA JIMENO, A. (1980): El problema de la agresividad en el hombre contemporáneo. En Curso Monográfico sobre Agresividad. Salamanca, Castalia, pp 11-29.

LEDESMA JIMENO, A. (1982): Agresividad y Patologia Psiquica. En RUIZ OGARA, LOPEZ-IBOR y BARCIA SALORIO. Psiquiatria. Tomo I. Barcelona. Toray. pp. 337-350.

LEGER, J.M.; GAROUX, R. (1980): L'approche clinique de l'agresivité en psychiatrie. VII Congress Asoc. Medit. Psiquiat. Granada, pp. 75-118.

LEHMANN, H.E. (1982): Esquizofrenia rasgos clínicos suicidio y homicidio. En: FREDMAN, KAPLAN y SADOK Tratado de Psiquiatria. Tomo I. Barcelona. Salvat. pp. 1016-1017.

LEYRIE, J. (1977): Manual de Psychiatrie et de Criminologie Clinique, Paris, Vrin,

LOBERG, T. (1983): Belligerance in alcohol dependence. Scand. J. Psychol. 24, 4, 285-292.

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

LOPEZ IBOR, J.J. (1958): Psiquiatria forense. En: REICHARDT. Psiquiatria general y especial. Madrid. Gredos. pp. 572-596.

LOPEZ-IBOR ALIÑO, J.J. (1982): Manual de la Historia Clinica Unificada Psiquiátrica. Madrid. Garci.

LOPEZ SAIZ, J.; CODON, J.M. (1964). Psiquiatria Juridia, Penal y Civil. 3ª Ed. Burgos. Aldecoa S.A. Tomo I y II.

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

MACKAY, R.D.; WIGHT, R.E. (1984): Schizophrenia and anti-social (criminal) behaviour: some responses from sufferers and relatives. Med. Sci. Law., 24, 3, 192-198.

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

McKHINGHT, C.K. et al. (1966): Mental illness and homicide. Canad. Psychiat. Ass. J., 2, 91-98.

MARTIN ANDRES, A. et al. (1984): Bioestadistica. Granada, LUz

MARCHIORI, H. (1982): Personalidad del delincuente. Mexico, Porrua S.A.

MATA, P. (1864). Tratado de Medicina y Cirugía Legal Teórica y Práctica. 2ª Ed. Tomo II. Madrid. Bailliere.

MEZGER, E. (1957). Citado por BONNET (1984)

MOREAU, J.J. (1845). Citado por BONNET (1984).

MIRA, E. y LOPEZ, E. (1954). Problemas Medico Legales de la epilepsia. En: Psiquiaqtria clinica. Tomo II. Ed. Buenos Aires. El Ateneo, 529-532.

MIRA, E. y LOPEZ E. (1961): Manuel de Psicologia juridica, 5ª Ed. Buenos Aires. El Ateneo.

MITCHELL, G.; MURPHY, J.B. (1975): A survey of female patients in Carstairs state hospital. Brit. J. Psychiat., 127, 445-447.

MUÑOZ CONDE, F. (1982): La imputabilidad al enfermo mental. Psicopatologia, 2, 2, 127-134.

MYERS, T. (1982): Alcohol and violent crime re-examined: self reports from two sub groups of Scottish made prisoners. Brit. J. Addict. 77, 4, 399-413.

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

OJESJO, L. (1983): alcohol, drugs, and forensic psychiatry. Psychiat. Clinics of North America. 6, 4, 723-749.

OLIVA GARCIA, H. (1982): Introducción a las bases doctrinales de la imputabilidad. Psicopatologia, 2, 2, 117-122.2

O.M.S. (1978): clasificación Internacional de las Enfermedades. 9ª Ed. Washington. D.C. Publicaciones Cientificas. 353. 1 pp. 187-230.

O.N.U. (1957): La responsabilité penale des delinquents anormaux. Int. Rev. Crim. Pol., 2, 12-24.

PELAZ, E. (1958). Peritaje de la epilepsia. Symposium de Psiquiatria. C.S.I.C. Madrid pp. 149-165.

PERRIN, P.; MACHINAUD, R.; SIMON, G. (1961). L'alcoolismo. Paris. WALON.

PESSET LLORCA, (1960-61). La Psiquiatria de un médico humanité, Archivs de Neurologia, 23, 1, 2, 4 de 1960, Nº 1 de 1961.

PETURSSON, H.; GUDJONSSON, G.H. (1981): Psychiatric aspects of homicide Acta Psychiat. Scand., 64, 363-372.

PINTO DA COSTA, J. (1982): La imputabilidad del enfermo mental. Casuistica médico-legal en Oporto (1977-1981). Psicopatologia, 2, 193 - 198.

PONS BERTRAN, R. (1980): Reflexiones sobre la peligrosidad de los enfermos psiquicos. Rev. Depart. Psiquiatria Facult. Med. Barna.,. 7, 6, 469-477.

PONSOLD, A. (1955): Manual de Medicina Legal. Barcelona. Científico Medica.

PONTI, G.; GALLINA FIORENTINI, P. (1982): Compatibilitá tra psicosi e piena imputabilitá. Riv. Ital. Med. Leg., 4, 1, 97-110.

POROT, A. y BARDENAT, Ch. (1959): Psychictrie medico legale. Paris. Maloine.

RANJEVA, H et al. (1971): La notion de victime latente. Contribution psychopathologique á l'etude de la victimologie. Ann. Med. Psychol., 129, 2, 349-366.

REGIS (1924). Citado por BONNET (1984).

REICHARDT (1958): Psiquiatria General y Especial. 4ª Ed. Madrid, Gredos.

RESTEN, R. (1963): Caracterologia del criminal. Estudio de la personalidad del criminal y de los móviles que conducen al delito. Barcelona. Luis Miracle.

RODRIGUEZ-MARTOS, A.; WELS PASTOR, T. (1979): Psicosociologia del tóxico manoactual. Análisis crítico a partir del estudio protocolizado de 48 casos. VII. Jornadas Nacionales de socidrogalcohol.

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

ROJAS BALLESTEROS, L. (1958): El peritaje psiquiátrico en las toxifrenetilicas. Symposium de Psiquiatria Forense. Madrid. C.S.I.C. pp. 97-117.

ROJAS , N. (1932): Psiquiatria Forense. Buenos Aires. El Ateneo.

ROSAL, V.J. (1945): Principios de Derecho Penal especial. Tomo I. Valladolid, Martin.

ROUX, M. (1975): Citado por BENEZECH et al (1981).

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

RUIZ OGARA, C. (1976): Manual de Psicologia Médica. Psicopatologia. Barcelona. Toray,

RUIZ OGARA, C. (1982): Corrientes del pensamiento pragmático. En: RUIZ OGARA, LOPEZ IBOR y BARCIA SALORIO. Psiquiatria, Tomo I. Barcelona. Toray pp. 44-58.

RUIZ MAYA, M (1931)· Psiquiatria penal y civil. Madrid. Plus Ultra.

SAINZ CANTERO, J.A. (1985): Lecciones de Derecho Penal. Barcelona. Bosch.

SCHNEIDER, R. (1962): Las personalidades psicopáticas. Barcelona. Cientifico Medica.

SCHUCKIT, M.; RUSSELL, J. (1984): An evaluation of primary alcoholics with histories of violence. J. Clinic Psychiat., 45, 1, 3-6.

SEELIG, E. (1950). Citado por BONNET (1984).

SEYFFERT (1951). Citado por CALCEDO (1982).

SHUSTER R.; GUGGENHEIM, P.D. (1982): An investigation of the intellectual capabilities of juvenile offenders. J. Forensic Sci., 27, 2, 393-400.

SOLER VIÑOLO, M.(1970): Las reacciones-infracciones de los enfermos mentales. Análisis casuístico de los ingresos por Orden Judicial en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Granada. Folia Neuropsiquiatrica, 5, 1, 5-22.

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

SORIANO ORTEGA M. (1977): La personalidad del delincuente. Rev. Psyquiat. Psicol. Med., 13, 1, 17-38.

STAAK, M. (1968): Zur soziogenetischen problematik des debinden ingedlichen. Mschr. Crimonl., 51, 124-132.

SUAREZ, J.M. (1981): Ethical considerations in forensic psychiatric consultations. Am. Acad. Psych. Law., 6, 3, 6.

SUBIRANA, A. (1954): La epilepsia desde el punto de vista neurológico, forense y social. Curso de Neuropsiquiatria forense y criminologia. Escuela de Medicina Legal. Madrid. pp. 239-269.

SUTKER, P.B.; MOAN, C.E.; ALLAIN, a.N. (1983). Assessment of cognitive control in psychopathic and normal prisioners. J. Behav. Assess., 5, 4 275-287.

SZASZ, T. (1963): Law, liberty and Psychitry. Nueva York. Collier Books. pp. 113.

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

TENNENT, J. et al. (1974): Male admissions to Broadmoor hospital. Brit. J. Psychiat., 125, 44-50.

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

URIBE CUALLA G. (1971): Medicina legal y Psiquiatria forense. Bogotá. Temis.

VALLEJO NAJERA, A. (1944): Tratado de Psiquiatria. Barcelona, Labor.

VALLEJO NAJERA, A. (1958): El peritaje psiquiátrico y el arcaismo de las leyes de enjuiciamiento criminal y civil españolas. Symposium de Psiquiatria Forense. Madrid C.S.I.C. pp. 9-29.

VAN ROY, (1972). Citado por BARCIA SALORIO (1981).

VELAZCO ESCASSI Y SANCHEZ MORATE (1957). Psicopatologia y Peligrosidad. V Congreso Nacional de Neuropsiquiatria. Salamanca.

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

WATSON, A.S. (1982): Psiquiatria forense. En: FREEDMAN, KAPLAN y SADOK Tratado de Psiquiatria. Tomo II. Barcelona. Salvat, pp. 2679-2695.

WRIGHT, K.N. (1982). A delphi assesement of the effects of a declining, economy on crime and the criminal justice system. Fed Probat 46, 2, 36-40.

ZILBOORS, G. (1939). Mis conceptionis of legal insanity. American Journal of Orthopsychiatry, 9, 3, 549.