

Programas de seguimiento y evaluaciones de riesgo actuales de personas exinternas con enfermedad mental grave: vulnerabilidades y oportunidades

Trabajo Fin de Grado

Grado en Criminología

Curso 2022-23



Trabajo realizado por: **Naia Cloe Maté Barrero**
Dirigido por: **Olaia Larruskain Mandiola**

Agradecimientos

A mi tutora, Olaia Larruskain, le quiero dar infinitas gracias por todos los recursos y herramientas que me ha proporcionado, y por su preocupación constante por mi evolución, ya que, sin sus consejos y ánimos constantes, el resultado no hubiera sido el mismo.

A mis tutores de las prácticas, quiero agradecerles el haber posibilitado que este proyecto saliese adelante, contribuyendo a mi investigación y aportándome conocimientos técnicos fundamentales para su realización.

Y a mis padres, amigos, amigas y pareja, les quiero agradecer el apoyo incondicional que me ha dispensado, y darles las gracias por motivarme a trabajar con constancia para lograr ser la mejor versión de mí misma.

Muchísimas gracias, de corazón, a todos/as.

Resumen

La infundada vinculación entre el trastorno mental y la peligrosidad social ha promovido la sobredimensión de la tasa de reincidencia delictiva protagonizada por personas exreclusas con enfermedad mental grave. A su vez, puede apreciarse la escasez de normativa legal acerca de medidas de seguimiento post-delictivo aplicables durante la fase de reinserción en la comunidad. De igual modo, la aplicación de instrumentos de evaluación del riesgo en entornos psiquiátrico-penitenciarios es una realidad aún infrecuente en España. Así, este estudio empírico se llevó a cabo mediante la realización de cinco entrevistas semiestructuradas a expertos y académicos de distintas ramas científicas, la mayoría pertenecientes a un centro socio-psiquiátrico de Guipúzcoa. Entre los principales hallazgos, caben destacar la carencia de normativa respecto al seguimiento post-delictivo de personas exinternas con trastorno mental grave, y la reducida variedad de estrategias de control postpenitenciario en el ámbito de la red de salud mental, así como la inhabitual aplicación de herramientas de valoración del riesgo de reincidencia en centros psiquiátrico-penitenciarios y/o centros ambulatorios. Quedó patente, así, el holgado margen de mejora en ambos contextos, y las posibilidades actuales de seguimiento y valoración del riesgo dimanantes de otras legislaciones internacionales.

Palabras clave: enfermedad mental grave, delito, reincidencia, seguimiento post-delictivo y evaluación de riesgo.

Laburpena

Nahasmendu mentalaren eta gizarte-arriskugarritasunaren arteko funtsezko loturarik ezak buruko gaixotasun larria duten preso ohien delitu-berrerortzearen tasaren gehiegizko dimentsioa sustatu du. Aldi berean, komunitateak gizarteratzeko fasean aplikatu beharko delitu-osteko jarraipe-neurriei buruzko lege-araudia eskasa dela ikus daiteke. Era berean, arriskua ebaluatzeko tresnak ingurune psikiatriko eta espetxeetan aplikatzea oso gutxitan gertatzen da Espainian. Hala, azterketa enpiriko hori bost elkarrizketa erdiegituraturen bidez egin zen, hainbat zientzia-adarretako aditu eta akademikoei, gehienak Gipuzkoako zentro soziopsikiatriko batekoak. Aurkikuntza nagusien artean, honako hauek azpimarratu behar dira: buru-nahaste larria duten preso ohien delitu-ondoko jarraipenari buruzko araudirik ez izatea, eta espetxe-osteko kontrolerako estrategia-aukera txikia izatea osasun mentaleko sarearen esparruan, bai eta zentro psikiatriko-espetxeetan eta/edo anbulatorioetan berrerortzeko arriskua baloratzeko tresnak ezohiko moduan erabiltzea ere. Argi geratu zen, beraz, bi testuinguruetan hobetzeko tarte handia zegoela, eta gaur egun nazioarteko beste legerietatik datorren arriskuaren jarraipena eta balorazioa egiteko aukerak zeudela.

Hitz gakoak: buru-eritasun larria, delitua, berrerortzea, delituaren ondoko jarraipena eta arriskuaren ebaluazioa.

Abstract

The unfounded link between mental disorder and social dangerousness has led to an overestimated recidivism rate among ex-prisoners with severe mental illness. At the same time, the scarce legal regulations on post-crime follow-up measures applicable during the phase of reintegration into the community can be appreciated. Similarly, the application of risk assessment tools in psychiatric-penitentiary settings is still rare in Spain. Thus, this empirical study was carried out by conducting five semi-structured interviews with experts and academics from different scientific fields, most of them belonging to a socio-psychiatric centre in Guipuzcoa. Among the main findings, it is worth highlighting the lack of regulations regarding the post-crime follow-up of ex-inmates with serious mental disorders, and the reduced variety of post-penitentiary control strategies in the mental health network, as well as the unusual application of recidivism risk assessment tools in psychiatric-penitentiary and/or outpatient centres. It thus became clear that there is a wide scope for improvement in both contexts, along with the current possibilities for monitoring and risk-assessing arising from other international legislation.

Key words: severe mental illness, crime, recidivism, post-crime follow-up and risk assessment.

Tabla de Contenido

PARTE I: MARCO TEÓRICO	12
1. Introducción	12
2. Salud Mental y Criminalidad. Estado Actual del Tema	14
2.1 La Salud Mental y el Trastorno Mental	14
2.1.1 Especial Mención del Trastorno Mental Grave	19
2.2 Características de los Trastornos Mentales	20
2.3 Tipología de Trastornos Mentales en Centros Penitenciarios	22
2.4 Origen de los Trastornos Mentales: Modelos Teóricos Explicativos	24
2.5 La Condena	26
2.5.1 Legislación Española en Vigor	26
2.5.2 Establecimientos e Instituciones para Cumplir las Penas	30
2.5.2.1 Especial Mención al Hospital Aita Menni	36
2.6 Incidencia del Trastorno Mental	37
2.6.1 Prevalencia de los Trastornos Mentales en la Población General	37
2.6.2 Prevalencia de los Trastornos Mentales en la Población Penitenciaria	41
3. La Reincidencia Delictiva y la Peligrosidad	46
3.1 Factores de Riesgo de Reiteración Delictiva	48
3.1.1 Consideración de la Enfermedad Mental Grave como Factor Criminógeno	50
3.2 Diferencias entre Personas Exinternas con Enfermedad Mental Grave y sin Enfermedad Mental Grave	51
4. Análisis de los Protocolos de Seguimiento Post-Delictivos: Claves y Síntesis	56
4.1 Concepto	56
4.2 Aplicación, Fundamentos Básicos y Funcionamiento	57
4.3 Deficiencias, Vulnerabilidades y Alternativas	61
5. Análisis de las Herramientas de Evaluación de Riesgo de Reincidencia actuales	66
5.1 Concepto	66
5.1.1 Peligrosidad versus Riesgo de Violencia	66

5.2 Aplicación y Fundamentos Básicos	68
5.2.1 Valoración de Tipo Clínica No Estructurada.....	69
5.2.2 Valoración de Tipo Actuarial	69
5.2.3 Valoración a través del Juicio Profesional Estructurado	70
5.3 Tipos de Herramientas	72
5.3.1 Diferencias en Aplicación dependiendo del Destinatario: Personas Exinternas con o sin Enfermedad Mental Grave	77
5.3.2 Evaluación de Riesgo con la Herramienta HCR-20 V.3	78
5.4 Vulnerabilidad de la Evaluación del Riesgo.....	82
5.4.1 Vínculo entre Enfermedad Mental y Delincuencia.....	82
5.4.1.1 El Estigma, los Estereotipos y Su Repercusión.	88
PARTE II. MARCO EMPÍRICO	90
6. Análisis Cualitativo: Investigación Empírica.	90
6.1 Objetivos.....	90
6.1.1 Objetivo General.....	90
6.1.2 Objetivos Específicos	91
6.2 Cronograma del Plan de Trabajo	92
6.3 Diseño Metodológico.....	92
6.3.1 Hipótesis	92
6.3.2 Muestra	93
6.3.2.1 Muestreo	93
6.3.2.1.1 Selección de Muestra	93
6.3.3 Herramientas	95
6.3.3.1 Entrevistas.....	95
6.3.3.1.1 Perfiles	95
6.3.3.1.2 Codificación de la Información Cualitativa.....	96
6.3.3.2 Ensayo Piloto de Aplicación de la Herramienta HCR.20 V.3	101
7. Resultados de la Investigación.....	104
7.1 Acerca de los Factores de Riesgo de Reincidencia.....	108
7.2 Acerca de los Protocolos de Seguimiento Post-Delictivos.....	114

7.3 Acerca de la Evaluación del Riesgo de Reincidencia.....	119
8. Conclusiones y Discusión de los Resultados	123
8.1 Aportaciones Científicas	123
8.1.1 Sobre los Factores de Riesgo	123
8.2 Aportaciones Sociales y Prácticas	130
8.2.1 Sobre los Protocolos de Seguimiento Post-Delictivos.....	130
8.3 Sobre la Evaluación del Riesgo de Reincidencia.....	135
8.3 Aportaciones Criminológicas	140
9. Limitaciones y Propuestas	141
9.1 Limitaciones de la Investigación	141
9.2 Oportunidades de Mejora.....	143
10. Referencias Bibliográficas	145
11. Anexos y Apéndices	152
Anexo A: Guiones de las cinco entrevistas realizadas	152
Anexo A1: Guion de la Entrevista 001	152
Anexo A2: Guion de la Entrevista 002.....	153
Anexo A3: Guion de la Entrevista 003	154
Anexo A4: Guion de la Entrevista 004.....	155
Anexo A5: Guion de la Entrevista 005	156
Anexo B: Transcripciones de las cinco entrevistas realizadas	158
Anexo B1: Transcripción de la Entrevista 001	158
Anexo B2: Transcripción de la Entrevista 002.....	161
Anexo B3: Transcripción de la Entrevista 003	163
Anexo B4: Transcripción de la Entrevista 004.....	165
Anexo B5: Transcripción de la Entrevista 005	167
Anexo C: Documentos de Consentimiento Informado.....	170
Anexo C1: Plantilla del Documento de Consentimiento Informado	170

Anexo C2: Documento de Consentimiento Informado firmado por el Entrevistado 001	174
Anexo C3: Documento de Consentimiento Informado firmado por la Entrevistada 002	178
Anexo C4: Documento de Consentimiento Informado firmado por el Entrevistado 003	182
Anexo C5: Documento de Consentimiento Informado firmado por la Entrevistada 004	186
Anexo C6: Documento de Consentimiento Informado firmado por el Entrevistado 005	190
Apéndice A	194
Apéndice A1: Hoja de Codificación de la Escala de Evaluación del Riesgo de Violencia HCR-20 V.3	194
12. Informe Ejecutivo	196

Índice de Tablas y Figuras

Tablas

Tabla 1. Categorización de los diferentes trastornos mentales más comunes en centros penitenciarios, acorde con los manuales DSM-IV y CIE-10.	12
Tabla 2. Síntesis de resultados principales y datos de relevancia epidemiológica de los estudios más relevantes llevados a cabo en regiones españolas sobre trastornos mentales.....	30
Tabla 3. Principales instrumentos y herramientas de evaluación del riesgo de reincidencia.....	66
Tabla 4. Conexión entre diferentes tipos de trastornos mentales y actos delictivos.....	76
Tabla 5. Cronograma de las actividades realizadas dividido en meses y semanas.....	83
Tabla 6. Codificación de los nombres de los profesionales entrevistados.....	87
Tabla 7. Categorización inicial en base a los objetivos concretos del estudio.....	89
Tabla 8. Leyenda de codificación de información cualitativa de las cinco entrevistas realizadas.....	95

Figuras

Figura 1. Interrelación entre factores sociales, biológicos y psicológicos en el origen de los trastornos mentales.....	8
Figura 2. Rasgos generales de todos los tipos de trastornos mentales.....	11
Figura 3. Las cuatro dimensiones del Modelo de las Vías Múltiples.....	15

Figura 4. Cuadro resumen de diferentes tipos de tratamientos alternativos al tratamiento ambulatorio involuntario.....56

Figura 5. Elementos centrales del modelo de investigación propuesto.....81

PARTE I: MARCO TEÓRICO

1. Introducción

Partiendo del trato discriminatorio que han recibido históricamente las personas con enfermedad mental grave (Mebarak, De Castro, Salamanca y Quintero, 2009; Zabala, 2016), no es extraño imaginar que hayan quedado posos históricos de dicho tratamiento en la actual aproximación la persona enferma, los cuales, a su vez, han dado forma a los estereotipos que hoy en día condicionan la imagen de la persona enferma, y, aún más, de la persona exinterna con una enfermedad mental severa.

La vinculación incuestionable entre el trastorno mental y la violencia genera formas de exclusión, discriminación, marginalización, pero, ante todo, dificulta aún más el objetivo de lograr una comprensión global de las circunstancias por las que atraviesa la persona y, en definitiva, de su costosa forma de vivir, inundada por mitos y estereotipos. Hava (2021) señala que “el enfermo mental no tiene por qué ser más violento que un individuo “normal”” (p.61), resaltando la necesidad de evitar su internamiento y aislamiento de la comunidad - a excepción de su uso para personas de las que emana una peligrosidad social incontrolable de un modo alternativo-, y tratando de confrontar el estado mental anómalo del individuo que comete un acto delictivo.

No obstante, pese a esta conexión injustificada, existen más lagunas respecto a la reinserción social regulada de estos individuos, en comparación con el plan de reinserción - que ya es, per se, limitado y básico - de las personas exinternas de centros penitenciarios, sin enfermedad mental conocida. La falta de normativa respecto a programas o medidas de seguimiento y control post-delictivo es una realidad manifiesta en la legislación española, con una situación semejante para la elaboración y aplicación institucionalizada y protocolaria de evaluaciones de riesgo a colectivos concretos como este, mientras que está ligeramente más extendida - aunque lejos aún de ser lo deseable e idóneo - en el marco de las personas exreclusas generales (Ferreirós, 2006; Magro, 2015).

Así, la razón subyacente a la elección de este tema de investigación está condicionada por dos aspectos: por un lado, la elección fue fruto de un proceso de observación durante la realización de mis prácticas externas obligatorias del último curso del Grado en Criminología, cuya estancia fue en la Unidad de Psiquiatría Legal del Hospital Aita Menni. La elección del tema de investigación, así, se gestó tras la

constatación de ciertas lagunas legales en lo que respecta al seguimiento post-delictivo, a la valoración de riesgo, y, en definitiva, al riesgo de reincidencia o reiteración delictiva en población penitenciaria-psiquiátrica; y, por otro lado, al advertir de que una gran proporción de personas internas en centros penitenciarios españoles sufren un trastorno mental severo (Vicens, Tort, Dueñas, Muro, Pérez-Arnau, Arroyo, Acín, De Vicente, Guerrero, Lluch, Planella y Sarda, 2011; Zabala, 2016), en muchas ocasiones, indebidamente tratado, que, tarde o temprano, cumplirán su condena, y no habrán sido adecuadamente preparadas para su retorno al entorno comunitario (Zabala, 2016).

Como consecuencia de la constatación y verificación de esta laguna normativo-legal relativa a estrategias de prevención delictiva enfocadas a este destinatario, se entiende que se trata de una materia de significación y trascendencia, en primer lugar, a nivel macro, para la comunidad en su conjunto, pues es la primera afectada por la comisión de hechos delictivos serios. Adicionalmente, el interés social de esta investigación recae sobre el hecho de que es un colectivo de la población general que contribuye en las tasas de criminalidad, cometiendo, en ocasiones, actos delictivos que revisten una gravedad considerable (Nuñez y López, 2009; Zabala, 2016). Igualmente, es una cuestión no abordada desde el punto de vista de la política criminal, ya que no se han aplicado de forma masiva herramientas de valoración de riesgo de reincidencia en población psiquiátrica exreclusa, ni existe una fuente de resultados razonablemente extensa que avale su uso y/o éxito en este tipo de público (Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010). Todo ello por no mencionar que, desde un plano más sanitario y menos vinculado a la perspectiva jurídico-penal, no existe fundamentación teórica suficiente que respalde la existencia de normativa respecto a protocolos o programas sobre el seguimiento a pacientes psiquiátricos exreclusos/as.

Por ende, desde un punto de vista socio-criminológico, los resultados obtenidos por este estudio, por una parte, pretenden arrojar luz sobre una cuestión polémica con un largo recorrido histórico, que ha sido desatendida, quizás por la falta de recursos para emprender nuevos proyectos respecto al cuidado y protección de las personas con enfermedad mental grave, y de la comunidad en su conjunto; y, por otra parte, se quiere manifestar el extenso recorrido que queda por delante, para el cual será necesario la cooperación y colaboración de disciplinas como la Psiquiatría y la Psicología (especialmente la vertiente forense), el Derecho, y, por supuesto, la Criminología.

2. Salud Mental y Criminalidad. Estado Actual del Tema

2.1 La Salud Mental y el Trastorno Mental

Resulta de ineludible responsabilidad hacer alusión a la salud mental, en primer lugar, destacando la mirada de la Organización Mundial de la Salud al respecto, describiendo la “salud mental” como: “un estado de bienestar, en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2001, p.1, como se cita en OMS, 2004, p.12).

Paralelamente, ahondar en el concepto de salud mental implica necesariamente, y por lógica, abordar también la noción de enfermedad mental. Desde una perspectiva histórica, el interés por tratar de dar una explicación a las conductas categorizadas como “anormales” constituye la primera aproximación que las sociedades de todas las épocas precedentes hacen respecto de la salud mental. No obstante, este interés ferviente respondía a la necesidad conocer los motivos subyacentes del por qué el ser humano actuaba de una forma o de otra (Mebarak et al., 2009).

La influencia de factores exógenos al cuerpo humano como la línea de pensamiento explicativa del comportamiento siempre ha tenido una vinculación más o menos intensa con la espiritualidad, y con lo sobrenatural (Mebarak, et al., 2009). En la época prehistórica este tratamiento era el imperante, dándole un sentido mágico, siendo frecuente la vinculación entre las fuerzas sobrenaturales y la enfermedad mental (Zabala, 2016). Después, allá por la época en la que vivió el filósofo Hipócrates (siglos IV y V a. C.), esa costumbre dio paso a una corriente de pensamiento ciertamente ligada a la biología, que ubicaba los condicionantes del actuar humano en descompensaciones o desajustes químicos, así como en enfermedades cerebrales (Mebarak et al., 2009). Siglos más tarde, acorde con Mebarak et al. (2009), aproximadamente rondando el comienzo de la Edad Media, la religión fue un elemento catalizador de teorías que unían la enfermedad mental con lo demoníaco.

El gran salto en términos de tratamiento acontece una vez se recogen los frutos que sembró la Ilustración, y se van desarrollando investigaciones científicas de forma exponencial en el ámbito de la Psicología, entre los siglos XV y XVIII. El entorno social, así como el desarrollo psíquico defectuoso ocupan un lugar de especial significación en

lo que a las causas de la enfermedad mental se refiere, acorde con Mebarak et al. (2009), pese a que, aún, seguía compatibilizándose esta visión más comprensiva con el paciente, con la influencia que ejerció la perspectiva de la Inquisición, extendiéndose en el tiempo el nexo entre trastorno psíquico y lo sobrenatural, lo demoníaco (Zabala, 2016).

Previamente a llegar a la Edad Contemporánea, en la época moderna (a finales del siglo XVIII y durante el siglo XIX) se comienza a vincular la enfermedad mental con otros elementos, como con la criminalidad. Aun así, el desarrollo de la Psiquiatría en Francia provee socialmente de puntos de vista más humanitarios para con el paciente. Asimismo, comienza un período de auge de la reflexión en torno a la clasificación de las enfermedades mentales, y del tratamiento que merecían (Zabala, 2016).

Llegado el siglo XX, dos corrientes alternativas irrumpen en las anteriores líneas de pensamiento. Primero, el psicoanálisis, cuyo máximo representante es el neurólogo Sigmund Freud, hace hincapié en la estructural cerebral, y en la proyección de la inconsciencia sobre el funcionamiento de la conducta humana. El conductismo, en segunda instancia, de la mano de psicólogos como Watson o Skinner, y de fisiólogos como Pavlov, concedió una mayor atención al proceso de aprendizaje, y a la adecuación a este como desencadenantes de la patología psíquica, como indican Mebarak et al (2009). Durante este periodo, también se produce un desarrollo exponencial de la psicofarmacología, y surgen numerosos métodos enmarcados en la noción de “psicoterapia”. Finalmente, otro gran paso que se alcanza es el proyecto y nacimiento de la Federación Mundial de la Salud Mental, a mediados del siglo XX, en concreto, en 1948 (Zabala, 2016).

En el momento actual, se han de considerar, entre otros, algunos elementos o criterios provenientes desde las ciencias sociales en general, para poder discernir entre conductas tendientes a la anormalidad o a la normalidad. Se distinguen habitualmente, como indicadores o rasgos de conducta anormal, según Mebarak et al. (2009) entre:

- (i) Infrecuencia estadística: referida a un distanciamiento notorio respecto de los patrones de conducta, o características comúnmente compartidas por los individuos de la sociedad.

- (ii) Violación de normas: las conductas anormales se pueden categorizar como tales, ya que infringen las normas o pautas socialmente establecidas, y conforman una amenaza a nivel social.
- (iii) Aflicción personal: remitiéndose al padecimiento de dolor, malestar psicológico, y alteraciones en quienes poseen esa conducta clasificada como anormal.
- (iv) Incapacidad o disfunción: que hace referencia a la interferencia u obstaculización que supone esta condición disfuncional a nivel psíquico, afectivo y conductual, de cara a materializar alguna meta de diversa índole, como familiar, social, laboral, etc.

Pero, en todo caso, lo que suscita interés de forma central, trasciende y supera lo relacionado con la desviación a nivel conductual – si bien conforma las bases del comportamiento antisocial, y también del delictivo -, y se aproxima a la delimitación de los trastornos mentales, así como al abordaje de su multicausalidad, sus características, y, en lo que respecta a este estudio, su vinculación con la delincuencia.

En esta línea, en el mundo de la salud mental, o, mejor dicho, de la enfermedad mental, el aunado de criterios diagnósticos era una preocupación en aumento, y originaba gran inquietud entre los profesionales de la psiquiatría y de la psicología, como queda patente en el artículo de Gutiérrez, Peña, Santiuste de Pablos, García, Ochotorena, San Eustaquio y Cánovas (2019). Es entonces cuando, a raíz de la labor cooperativa que aflora entre las mencionadas disciplinas, se estructuran dos manuales diagnósticos con trascendencia global: el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM MD), creado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), y la Clasificación Internacional de las Enfermedades y de los Problemas de Salud Relacionados (CIE), elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que actualmente se encuentran en su 5ª y 11ª ediciones respectivamente. La primera versión del DSM, así, surgió hacia 1952, cuando la CIE ya estaba en su sexta edición (Gutiérrez et al., 2019).

Habiéndose empleado como herramientas meramente cuantitativas para la obtención de medidas estadísticas, la intención de remodelar las arcaicas clasificaciones de trastornos mentales supone, por entonces, toda una revolución a escala metodológica para las ciencias anteriormente mencionadas, siendo la estandarización y uniformidad de criterios diagnósticos uno de los principales objetivos a alcanzar. Análogamente, el fin

primordial de su elaboración se centraba en proveer de criterios diagnósticos que permitieran incrementar la fiabilidad de las valoraciones clínicas a realizar (Gutiérrez et al., 2019).

En definitiva, se configuran, por primera vez en la historia, dos manuales de referencia para el diagnóstico de los trastornos mentales, y se especifica su sintomatología, criterios diagnósticos, etc; y, aunque, como sugieren Gutiérrez et al. (2019), su creación no alimenta las teorías explicativas de los diversos trastornos mentales, ni sustenta el fundamento para elaborar un plan farmacológico específico, sí pretende alcanzar otros objetivos, como son: lograr un consenso a nivel diagnóstico y maximizar la fiabilidad interjueces, así como para minimizar la posibilidad de disparidad de juicios clínicos; igualmente necesarios, y de los que debe partirse para aspirar a fines posteriores.

Este paso deja entrever, ya por entonces, una preocupación manifiesta por la delimitación de la noción de “Enfermedad Mental” y “Trastorno Mental”, de la que emanan diferentes propuestas, de organismos internacionales como los ya comentados. Entre otros, la Organización Mundial de la Salud (2001) parte para su definición de que no se trata de estados fluctuantes a lo largo de un continuum de normalidad, sino de que los trastornos mentales son condiciones indudablemente vinculadas a, y caracterizadas por la patología y la anormalidad, cuyo padecimiento es crónico, y perdura a lo largo de la trayectoria vital de las personas. De igual modo, generan angustia y malestar, incidiendo de forma negativa en el habitual desenvolvimiento de las diferentes dimensiones que conforman la vida de una persona. Insiste, de forma semejante, en que deben cubrirse todos los criterios que se estiman como centrales para el diagnóstico del trastorno correspondiente (OMS, 2001). En la misma línea, en el manual cuya redacción se atribuye a este organismo global, la CIE-11, se destaca el planteamiento que defiende la inexactitud o imprecisión del término “trastorno”, si bien se explica, que se emplea para calificar a toda conducta o conjunto de sintomatología discernible a nivel clínico, que provoca malestar, e irrumpe en el normal funcionamiento del individuo (Zabala, 2016).

En la otra cara de la moneda, el segundo manual que complementa al primero, cuya elaboración se atribuye a la Asociación Psiquiátrica Americana, el DSM-5, y sin distanciarse en exceso del hilo de definiciones anteriores, alude al concepto de

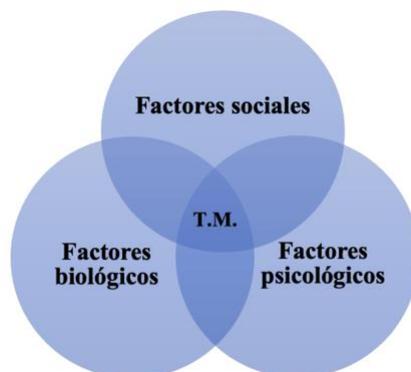
enfermedad mental como un “patrón comportamental o psicológico, de significación clínica”, y que está vinculado a “un malestar, a una discapacidad, o a un riesgo significativamente aumentado de morir, sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad” (Zabala, 2016, p.24). Como elemento innovador respecto a previas descripciones y requerimientos, plantea que, para ser considerado un trastorno mental, no debe poder encasillarse como una “respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular” Zabala (2016, p.24), y que debe atender a una expresión personal respecto de una alteración de carácter conductual, biológico o psíquico. En la misma línea, según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013, p.5), “una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o pérdida (...) no constituye un trastorno mental”.

Ahondando en los posibles condicionantes situacionales, orgánicos y psíquicos que tienen un papel clave en la aparición de los trastornos mentales, a pesar de que los factores puramente biológicos no merecen una observancia menor, cabe otorgar igual relevancia a un planteamiento de la enfermedad mental, como sugiere Amigo (2012, como se cita en Zabala, 2016), que implique entender dicha condición como un conjunto de elementos biológicos, pero también comportamentales y de personalidad. Este enfoque plasma la influencia recíproca que ejercen la salud mental y la salud en general, la una sobre la otra. Y, por supuesto, condicionadas ambas por circunstancias de triple carácter: social, psicológico y biológico, como indica Zabala (2016)

Los factores de carácter social, socioeconómico, o ambiental, por su parte, también poseen un papel con un peso considerable en la balanza de la salud, como comentan Zabala (2016) y la OMS (2004). Los estudios de los anteriores autores sugieren condiciones como los indicadores de pobreza y la vulnerabilidad social, el nivel de educación, el trabajo, la vivienda, el riesgo de victimización violenta, la incertidumbre, o la inseguridad, entre otros muchos, como circunstancias de tipo social que pueden desencadenar la aparición de enfermedades mentales.

Figura 1:

Interrelación entre factores sociales, biológicos y psicológicos en el origen de los trastornos mentales.



2.1.1 Especial Mención del Trastorno Mental Grave

Sin embargo, es conveniente destacar que, sobre todos ellos, son merecedores de una atención especial los que se consideran que entrañan una condición “grave”. Conforme a los requisitos que impone el National Institute of Mental Health (1987, como se cita en Munilla, 2012), esta subcategorización se debe ajustar a: los trastornos psicóticos, y, en concreto, la esquizofrenia; una discapacidad o manejo deficiente en áreas como la independencia o autonomía, los cuidados propios, el control sobre uno mismo, las relaciones sociales, la ocupación laboral, el ocio, etc; y una vigencia de su curso clínico sostenida en el tiempo. Parabiaghi, Bonetto, Ruggeri, Lasalvia y Leese (2006), en su estudio, con el afán de intentar consensuar una serie de indicadores comunes para discernir los trastornos mentales graves de los que no lo son, sugieren, bajo el apadrinamiento de los requerimientos apuntados por el National Institute of Mental Health, que, básicamente, las tres parámetros entre los que se mueve la definición de dicho organismo son los que siguen: (a) el criterio del diagnóstico, asumiendo que son trastornos graves implican psicosis no orgánica o trastornos de la personalidad; (b) el criterio de la duración, que entiende que las personas con enfermedad mental severa poseen un largo historial de hospitalizaciones múltiples, o de tratamiento ambulatorio; y (c) el criterio de disfunción, que abarca conductas de riesgo o socialmente perturbadoras, disfunción o discapacidad moderada en el ámbito laboral y no laboral, y disfunción más leve en ámbitos de cuidados básicos.

En definitiva, recientemente, la comunidad psiquiátrica global ha optado por sustituir la expresión “crónica” para aludir a la perennidad de las enfermedades mentales, por “grave o severa, y persistente”, a fin de evitar una conexión directa con una visión pesimista, que resalte la continuidad inquebrantable y la falta de cura para dichas condiciones psiquiátricas (Parabiaghi et al., 2006).

2.2 Características de los Trastornos Mentales

La diferencia de criterios diagnósticos entre los diversos grupos, y, dentro de ellos, entre los múltiples trastornos psíquicos, que se contemplan tanto en el DSM-5 como en la CIE-11, y, por tanto, la diferente sintomatología y características de cada trastorno, es una realidad patente. Ello no compromete la posibilidad de hacer un agrupamiento de rasgos (Figura 2), grosso modo, compartidos por todos ellos (OMS, 2001, 2004 y 2013, como se citan en Zabala, 2016). Entre otras características, las más prototípicas y comúnmente compartidas entre todos los trastornos son las siguientes:

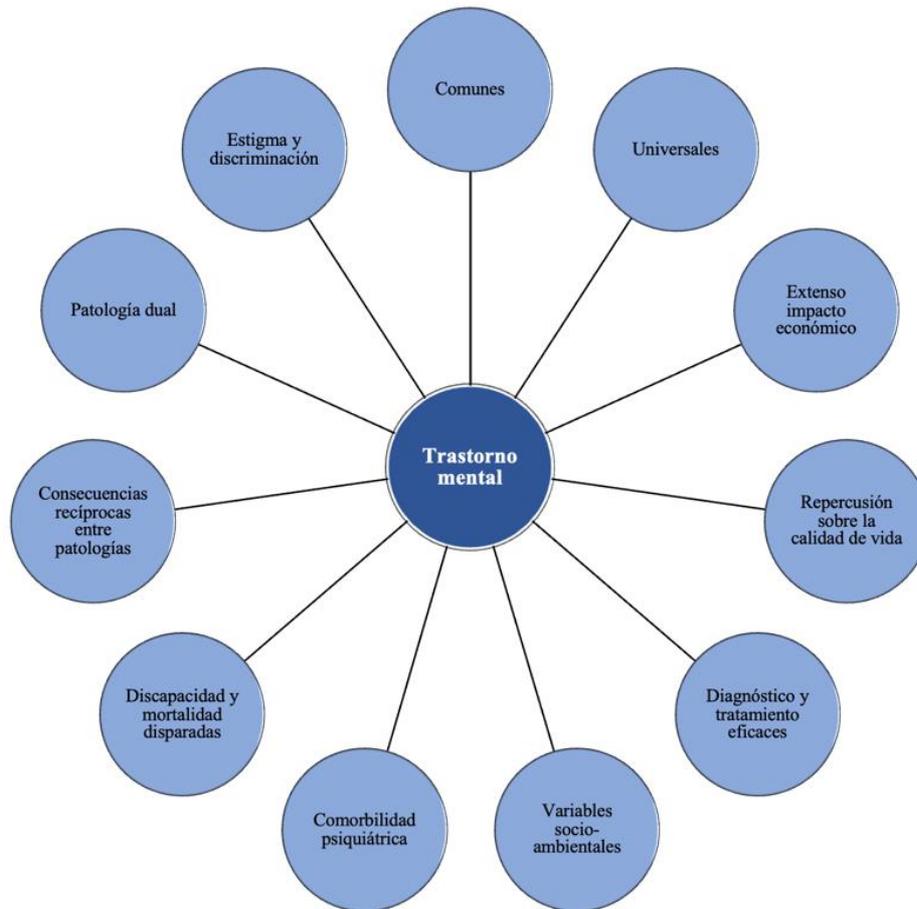
- (i) Son habituales, generalizados, y comunes, y su padecimiento puede surgir en cualquier etapa de la trayectoria vital de cualquier ser humano.
- (ii) Su universalidad hace que pueda comprometer a personas de edades y orígenes diversos.
- (iii) A nivel económico, su impacto es notorio, tanto de forma directa como indirecta, ya que su peso a escala mundial constituye un 14% de todas las enfermedades existentes y padecidas. Asimismo, los servicios asistenciales que requiere son elevados y no económicos.
- (iv) La calidad de vida de las personas enfermas, así como de sus familias experimenta efectos negativos elevados, generando grados de sufrimiento y malestar para ambos.
- (v) Su diagnóstico y tratamiento puede manejarse de forma eficaz.
- (vi) Su nacimiento y evolución están condicionados por tres grupos de factores: biológicos y sociales; biológicos u orgánicos; e individuales.
- (vii) Es frecuente la comorbilidad psiquiátrica, refiriéndose a la posibilidad de compatibilizar y coexistir el padecimiento de varios trastornos. Investigaciones emprendidas a nivel global dejan entrever su elevada frecuencia: se da en un 50% de los casos de quienes sufren algún tipo de trastorno mental (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas y Walters, 2005, como

se citan en Zabala, 2016), siendo la comorbilidad más frecuente: (a) la patología dual, entendida como el padecimiento de una enfermedad mental, y de otra aducida por el consumo de sustancias tóxicas; (b) entre trastornos mentales y físicos, especialmente en edades más avanzadas; y (c) entre trastornos de ansiedad y la depresión.

- (viii) Las tasas de discapacidad y mortalidad son desmesuradas entre este colectivo de población.
- (ix) Son un elemento influyente e influido por otros tipos de padecimientos físicos graves, tales como cáncer, VIH o SIDA, y enfermedades de carácter cardiovascular.
- (x) La discriminación y estigmatización que deben soportar las personas que las sufren son manifiestas, e implican que muchas veces se vean inmersas en situaciones de marginalización o exclusión social.

Figura 2:

Rasgos generales de todos los tipos de trastornos mentales.



Nota. Adaptado de *Características del trastorno mental*, de Zabala, 2016, p.30. Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia.

2.3 Tipología de Trastornos Mentales en Centros Penitenciarios

Referirse a clasificaciones de los trastornos mentales sin aludir a los dos manuales de diagnóstico principales a escala mundial sería una equivocación evidente. Así, acorde con Zabala (2016), para poder conocer en detalle la forma en la que se agrupan, en aras de promover un diagnóstico eficaz, así como la detección pronta de su sintomatología, es ineludible describir la categorización clínica que hacen tanto el DSM-IV como la CIE-10 (Tabla 1), siendo estas sus penúltimas versiones.

Tabla 1:

Categorización de los diferentes trastornos mentales más comunes en centros penitenciarios, acorde con los manuales DSM-IV y CIE-10

DIAGNÓSTICO DSM-IV	DIAGNÓSTICO CIE-10	CARACTERÍSTICAS
Trastornos relacionados con sustancias	Trastornos Mentales y del Comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas	Consumo continuado de sustancias psicoactivas pese a las consecuencias que ello acarrea. Ciertos Trastornos de Ansiedad o del Estado del Ánimo se incluyen en esta sección si son inducidos por la ingesta de sustancias.
Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos	Esquizofrenia, Trastorno esquizotípico y Trastorno de ideas delirantes	Deterioro grave del pensamiento y la percepción. Presencia de delirios, alucinaciones y afectividad inadecuada. Posible discurso incoherente.
Trastornos del Estado de Ánimo	Trastornos del humor (afectivos)	El estado anímico puede ser consecuencia de una depresión o estado maniaco severo. En condiciones bipolares se manifiestan tanto episodios depresivos como episodios maníacos.
Trastornos de Ansiedad	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	La ansiedad es el síntoma central. Presencia de conductas evitativas (en caso de las fobias). Posible presencia de obsesiones, pensamientos recurrentes, compulsiones o conductas repetitivas que causan angustia si no se realizan.
Trastornos Somatomorfos		Síntomas de un trastorno físico que no pueden explicarse por una causa médica. Las personas experimentan disfunciones corporales, y creen tener un problema de salud, pudiendo experimentar dolor.
Trastornos Adaptativos	Reacciones al estrés graves y trastornos de adaptación	Angustia exacerbada y deterioro en el funcionamiento social, ocupacional o académico por un estresor reciente. Los síntomas no cumplen los criterios para los trastornos de los Ejes 1 y 2. Se excluye el duelo.
Trastornos del Control de Impulsos no clasificados en otros apartados	Trastornos de los hábitos y del control de impulsos	Fracaso para resistir el impulso o tentación de realizar un acto perjudicial para uno/a mismo/a u otras personas. Desórdenes sobre el control de los impulsos sobre: robos, agresiones, apuestas, incendios, arrancar el cabello, etc.
Trastornos de la Personalidad	Trastornos de la Personalidad y del comportamiento adulto	Rasgos personales inflexibles y desadaptativos. Deterioro notable en el funcionamiento y/o causa de angustia. Conlleva conductas excéntricas o bizarras, y/o excesivamente dramáticas, emocionales, ansiosas y temerosas.

Nota. Adaptado de *Clasificación de los trastornos mentales según DSM-IV y CIE-10*, de Zabala, 2016, p.37. Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia. Adaptado de Sue, Sue y Sue, 2010, pp.86-87.

Esta clasificación contempla las categorías de trastornos psíquicos mayoritariamente presentes en centros penitenciarios españoles (Zabala, 2016), ya que son los que, en mayor o menor medida, han provocado que la persona presa (y no olvidemos que enferma), se vea involucrada en actividades delictivas, con mucha probabilidad, en el marco de una descompensación psicótica de cualquiera de las enfermedades nombradas.

2.4 Origen de los Trastornos Mentales: Modelos Teóricos Explicativos

La aparición del trastorno mental grave sigue siendo una incógnita actualmente. No obstante, las investigaciones que se han desarrollado hasta el día de hoy dejan patente una innegable e indiscutible vinculación entre las enfermedades físicas y la psíquicas, de tal modo que se puede percibir un papel recíproco entre ellas, en lo que a su surgimiento se refiere. Ahora bien, no puede dictarse con certeza que exista una circunstancia o motivo subyacente particular, exclusivo y reconocible detrás de su nacimiento (Zabala, 2016). En todo caso, el estudio de la etiología de los trastornos mentales precisa de un enfoque holístico e integral, de acuerdo con autores como Loinaz (2019).

Por ende, y del mismo modo que existe una explicación multifactorial respecto de los elementos que condicionan su presencia, como se ha comentado anteriormente, también se puede apreciar una situación semejante a la hora de aproximarse a explicaciones causales en lo que concierne a su origen.

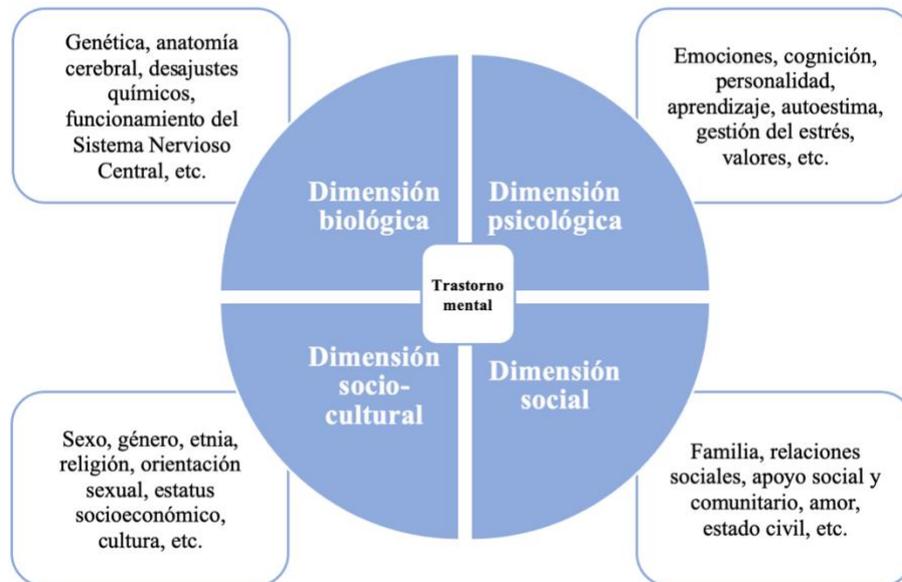
Zabala (2016), haciendo referencia a distintos modelos explicativos, sugiere tres enfoques que tratan de dar sentido a la aparición de las disfunciones a nivel psíquico. El primero que señala, el Modelo Médico Tradicional, se sitúa lejos de una visión humanitaria en torno a la enfermedad mental, y no contribuye a un mejor entendimiento de esta, puesto que no aborda las circunstancias que rodean al paciente, durante la vivencia del trastorno (Pelechano, 2006, como se cita en Zabala, 2016). Actualmente, mientras tanto, el modelo vigente concluye que se trata de un fenómeno multicausal, dentro del cual concurren circunstancias biológicas, psicológicas, sociales y culturales, convirtiéndola en una cuestión pluridimensional, “y que requiere, por tanto, un enfoque multidisciplinar que pueda explicarlo” (Moreno y Ortiz-Tallo, 2013, como se cita en Zabala, 2016, p.38).

En segunda instancia, el Modelo Biopsicosocial, elaborado en 1977 por Engels, avanza un paso más, e insiste en la interconexión entre dichas dimensiones, como elementos condicionantes, que cooperan en el continuum de salud-enfermedad, y cuyos papeles son determinantes los unos sobre los otros, de forma que, al producirse cualquier modificación en uno de los tres pilares, se alterarán los otros dos, de cierta forma (Amigo, 2012, como se cita en Zabala, 2016; Loinaz, 2019). Otros autores como Moreno y Ortiz-Tallo, (2013, como se cita en Zabala, 2016) insisten en la relevancia de conocer la carga que cada uno de los tres pilares tiene en diferentes momentos de la enfermedad: tanto en su aparición, como en su curso, evolución, y tratamiento. Por ello, este estudio de Zabala (2016) y el análisis de Loinaz (2019) resaltan la trascendencia que tiene hacer una subclasificación, entre: (a) factores predisponentes, esto es, aquellos relacionados con una mayor o menor vulnerabilidad genética respecto del nacimiento del trastorno mental; (b) factores precipitantes, entendidos como aquellos que facilitan su inicio, y cuya presencia es habitual justo antes de las primeras manifestaciones clínicas; y (c) factores mantenedores, que, como el propio nombre delata, propician que el trastorno continúe activo. Así, Loinaz reitera la equivocación que resultaría de conceder un peso uniforme y homogéneo a todos los factores de la ecuación, ya que ello negaría la diversidad de vivencias respecto de la misma enfermedad (2019).

Por último, y al hilo de los modelos multifactoriales anteriores, Sue et al. (2010, como se cita en Zabala, 2016), proponen el Modelo de las Vías Múltiples (Figura 3), que aboga por una explicación multicausal encasillada en cuatro vertientes, que son: la biológica, la psicológica, la social, y la sociocultural, además de reiterar que su contribución al inicio, curso y evolución de cada tipo de trastorno mental es diferente para cada individuo, generando millones de combinaciones distintas posibles.

Figura 3:

Las cuatro dimensiones del Modelo de las Vías Múltiples.



Nota. Adaptado de *Modelo de vías múltiples de Sue et al. (2010)*, de Zabala, 2016, p.40. Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia.

En lo que se refiere, más concretamente, al tratamiento de los trastornos de la personalidad, autores referentes a escala mundial como Theodore Millón (2006, como se cita en Loinaz, 2019) consideran imprescindible mantener una visión inclusiva e integradora para abordar el nacimiento, valoración y tratamiento de dichas disfunciones psíquicas. Desde su perspectiva, se debe tender a una comprensión íntegra del entramado de estructuras y funciones que conforman al individuo. Más allá, para lograr un entendimiento más pleno de la enfermedad, será ineludible abstraerse, y otorgar sentido a esa condición desde una comprensión integral de la persona enferma, lo cual repercutirá de forma evidente en la pauta de tratamiento (Loinaz, 2019).

2.5 La Condena

2.5.1 Legislación Española en Vigor

La Fundación Abogacía Española (2012, como se cita en Zabala, 2016) puso de relieve cómo, a través de la evolución histórica del perfil de la persona reclusa con enfermedad mental, siempre ha quedado patente la inquietud social por proteger a la

comunidad de un sujeto considerado, aunque no responsable de sus actos, sí una figura de la que emana peligrosidad. A través de las distintas versiones y reformas que sufrió nuestro Código Penal puede apreciarse este tratamiento: en los Códigos de los años 1848, 1850 y 1870 recibía el trato de “loco” o “imbécil”; después, iniciado el siglo XX, en los Códigos Penales de la Dictadura de Primo de Rivera (1928) y la reforma de este último durante la Segunda República (1932) se mantuvo la noción de “enajenado”, vinculando a esta figura con las medidas de seguridad (Zabala, 2016).

Más tarde, se produce una transposición de la normativa y acuerdos internacionales a la legislación penitenciaria Española, en materia de delincuentes con enfermedad mental, quedando dispersada dicha normativa en múltiples leyes y reglamentos, donde cabe destacar los siguientes (Zabala, 2016):

- (i) En el artículo 25.2 de la Constitución Española del año 1978, donde, con carácter general, se menciona la finalidad última tanto de las penas privativas de libertad, como de las medidas de seguridad: la resocialización, la reeducación, y la reinserción social. En los artículos 43 y 44 de la misma ley, se trata la salvaguarda de la salud, así como la implementación de estrategias de “prevención, tratamiento, rehabilitación e integración” de personas que padezcan un grado de discapacidad, a través del trato individualizado y específico que necesiten (Zabala, 2016, p.57).
- (ii) En la Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre por el que se fundamenta el Código Penal vigente, se hace alusión a la discapacidad y al trastorno mental en diversos artículos: entre ellos, el artículo 20, menciona las diferentes eximentes de responsabilidad penal para aquella persona que “en el momento de la comisión del delito, (...) no puede comprender la ilicitud del hecho a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica (...)” (Zabala, 2016, p. 58) o bien por “tener gravemente alterada la conciencia de la realidad por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia” (Zabala, 2016, p.58), siéndoles de aplicación impositiva una condena en formato de medida de seguridad; o el artículo 21, en casos donde no se responde a todos los requerimientos necesarios para eximir íntegramente de responsabilidad criminal. Igualmente, el artículo 60 indica la obligación de suspender la condena a una pena de prisión, y proceder a su reubicación en un centro

especializado con los recursos asistenciales necesarios, dentro de la Red de Salud Mental de la comunidad autónoma correspondiente, para tratar el estado mental descompensado de la persona interna a la que se le ha detectado sintomatología o aparición repentina de un trastorno mental en el centro penitenciario. En los artículos 102 y 103 del citado código, también se alude a la posibilidad de internamiento en un centro de deshabitación o educativo con características especiales si se estimase conveniente y necesario (Zabala, 2016).

- (iii) En la Ley Orgánica General Penitenciaria, se contienen, de igual modo, tres artículos concernientes a personas reclusas con enfermedad mental. En su artículo 10, se determina que el ingreso de personas penadas valoradas como extremadamente peligrosas, o para aquellas cuya adaptación a los regímenes abiertos y ordinarios haya resultado fallida, se mantendrá hasta que las circunstancias que fundamentaron su ingreso se atenúen o se desvanezcan. Por su parte, el artículo 16 de la misma ley se resalta la facultad de separación del régimen habitual a internos que padezcan una enfermedad física o psíquica, si fuese necesario. Y, por último, en el artículo 36, se menciona la obligatoriedad de contar, en dichas instituciones, con la figura de un médico general que conozca del ámbito de la Psiquiatría, con el fin de cuidar de la salud mental de los internos, ya sea dentro de las propias instalaciones penitenciarias, pero en zonas especialmente habilitadas para brindar esos servicios asistenciales hospitalarios, o bien en centros hospitalarios ajenos a las mismas (Zabala, 2016).
- (iv) En el Real Decreto 190/1996 de 9 de febrero, mediante el cual se produce la aprobación del Reglamento Penitenciario que, a su vez, aprueba la Ley Orgánica General Penitenciaria, persiguiendo, así, la correcta organización y el normal funcionamiento de los centros penitenciarios de España. Dicho decreto en su artículo 62 hace referencia a la necesidad de cooperar con entes ajenos a instituciones penitenciarias (Zabala, 2016).

Posteriormente, en su artículo 117, enfocado a internos cumpliendo la condena en segundo grado, con bajo riesgo de quebrantamiento de condena y

baja peligrosidad, se establece la potestad de ser incluidos en la realización de actividades fuera del centro penitenciario, cuando fuese requerido para su correcto progreso y de cara a la reinserción social. Igualmente, los artículos 183 a 191 determinan los casos singulares y especificados en los que es de aplicación el ingreso en unidades psiquiátrico-penitenciarias, que son: (a) para la valoración puntual en caso de psicopatología; (b) para el cumplimiento de medidas de seguridad; y (c) para personas en situación de “penado” a quienes les haya sobrevenido una patología psiquiátrica, y se les haya cambiado el régimen de cumplimiento a medida de seguridad privativa de libertad (Zabala, 2016).

- (v) En el Real Decreto 515/2005 de 6 de mayo, donde se profundiza en el modo de ejecución e implementación de diversas condenas, alternativas a la pena de prisión, tales como: los Trabajos en Beneficio de la Comunidad, la localización permanente, las medidas de seguridad, así como la suspensión de penas privativas de libertad (Zabala, 2016).
- (vi) Y, por último, en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en el ámbito sanitario, por el que se dictamina el traslado de competencias a las Comunidades Autónomas de servicios de índole sanitaria que dependen funcionalmente de las Instituciones Penitenciarias, para su posterior incorporación a los servicios de salud autonómicos.

2.5.2 Establecimientos e Instituciones para Cumplir las Penas

Las diversas corrientes de pensamiento respecto a la noción de salud mental, como se relatan en el artículo de Mebarak et al. (2009), a su vez, también sentaron las bases acerca del lugar en el que se “debía” internar a sujetos que sufrían de alguna psicopatología, pero que, sin duda, eran establecimientos caracterizados por dispensar un trato primitivo, incivilizado y ciertamente alejado del concepto de humanidad a este colectivo. Y es precisamente en este punto de la línea histórica de la Psiquiatría cuando se unen por primera vez la noción de “enfermo mental”, y la de “delincuente”. Así, la reclusión en prisiones, o en asilos y torres apartadas de la civilización específicamente para la “locura” comienza a ser una práctica habitual y extendida (Mebarak, 2009).

Sin embargo, el primer amparo legal del enfermo mental, por entonces calificado jurídicamente como “loco” o “demente” se da en el Código Penal de 1848, donde se contempla una eximente de responsabilidad penal para personas con trastornos psíquicos que se hubieren visto involucradas en actividades delictivas necesariamente graves, justificándose su ingreso y reclusión en “uno de los hospitales destinados a los enfermos de aquella clase del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo Tribunal” (Hava, 2021, p.64). No obstante, pese a haber nacido, ya por 1886, la motivación por inaugurar un “manicomio penitenciario” (Hava, 2021, p.64), su puesta en marcha no se hace efectiva hasta casi transcurrida la mitad del siglo XX. Por ende, hasta entonces, las instituciones que acogían a “locos” condenados – tanto los declarados no responsables de sus actos, como los que sufrían de una enfermedad mental sobrevenida durante su reclusión – eran, fundamentalmente, los manicomios. Todo ello, salvo que la gravedad del trastorno o la extensa duración de la condena justificara su reingreso en otro tipo de instituciones, como la Penitenciaría Hospital del Puerto de Santa María, o que fueran devueltos a las prisiones, junto con la población penitenciaria general, por ser mal integrados en el tejido social del manicomio, como sugiere Hava (2021).

Las circunstancias de descuido, desatención y hacinamiento se veían replicadas en los manicomios de carácter civil, que autores como Rodríguez (1916, como se cita en Hava, 2021) calificaban de “refugios de desgraciados a quienes la sociedad quiere olvidar o ignorar”, víctimas de las peores condiciones de insalubridad y abandono posibles, donde imperaba, aún en las “instituciones sociales para alineados” de comienzos del siglo XX (Hava, 2021, p.66). La mayor inquietud social al respecto se ceñía a prescindir del

loco, del alineado, internándolo, y privándole de libertad; de poder convivir, aun dentro de un lugar cerrado, dentro de las fronteras de la comunidad (Hava, 2021).

Algunos años antes, autores como Concepción Arenal ya condenaban la decisión de optar por un profesional médico para la elaboración de una potencial “Ley de Dementes”, puesto que se trataba de un problema jurídico, como deja patente en el siguiente extracto de la misma autora (1900, como se cita en Hava, 2021, p.67):

“Los derechos del demente, por lo mismo que son muy fáciles de atropellar, deben ser protegidos por la ley con particular esmero y estar rodeados de garantías especiales. Hay que fijar bien lo que constituye la demencia. Marcar sus varios grados. Graduar la pérdida de los derechos por la de la razón, que puede parcial o total. (...) La queja del criminal se escucha, la del loco no se atiende; ni su derecho es derecho, ni su justicia, justicia, una vez declarado ser sin razón, las que da no se aprecian, y se miran como una singularidad, como una rareza, como una reminiscencia de su perdido estado anterior, no como cosa respetable y atendible. Ya se comprende la gravedad de declarar a un ser racional fuera de la ley de la razón, y cuánto debe esforzarse el legislador para que sin derecho no se haga.”

Lo cierto es que, hasta no adquirir los conocimientos necesarios que emanan de la Psicopatología Forense, no pudo lograrse una comprensión íntegra de la enfermedad mental, situación a la que España aún no había llegado a finales del siglo XIX y principios del siglo XX; y situación semejante a la vivida en países contiguos, por entonces (Hava, 2021). Este contexto jurídico se reproducía con facilidad y perduró en el tiempo, amparado en que, administrativamente, convenía mantener el tratamiento del enfermo en esta etapa histórico-social (Pérez y Peñaranda, 2017, como se cita en Hava, 2021), ya que, aunque el criterio de reclusión incuestionado colisionaba con el tratamiento clínico, el miedo que el enfermo despertaba en la población tenía más poder en la política criminal de antaño. Doménech (1991, como se cita en Hava, 2021) destaca la influencia que tenía sobre el ámbito jurídico-legal la percepción del enfermo mental como un ser potencialmente peligroso, por encima de sus necesidades terapéuticas, puesto que, con ello, se fomentaba la reclusión - indefinida de partida, y sin asistencia jurídica – en una institución lejana como una práctica habitual (Hava, 2021). Campos y Huertas (2008, como se cita en Hava, 2021) ponen de manifiesto que la defensa de la sociedad era el

lema social, así como el imperativo deber institucional durante los mencionados siglos, traducido en la reclusión infinita, la falta de tratamiento, y la represión injustificada.

Durante el régimen instaurado con la Segunda República española, se produjeron intentos esperanzadores de modernizar el trato inhumano dispensado hasta entonces a los enajenados mentales, aunque fueron obstaculizados por la irrupción de la Guerra Civil española. La injerencia de las políticas socio-criminales de la Dictadura franquista en la línea mantenida hasta entonces, aunque cambiaron la concepción de la asistencia psiquiátrica suministrada hasta entonces, no dieron pie a mejoras notorias, pues estaba caracterizada por ser represiva y firme, y con fuertes connotaciones morales y raciales. Posteriormente, el retorno de la perspectiva científica, pese a ofrecer avances como el nacimiento del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, la falta de interés y atención brindada institucionalmente al estado socio-jurídico en el que se encontraban amparadas las personas enfermas mentales no promovió la remodelación de la disciplina psiquiátrica, ni la mejora en la aplicación de políticas preventivas de la enfermedad psíquica (Hava, 2021).

Así, según Hava (2021) la verdadera evolución y transición en el tratamiento jurídico y asistencial respecto a las personas con trastorno mental aconteció con la entrada en vigor de la Constitución Española de 1978. Desde entonces, se propaga una percepción social renovada, que divulga la necesidad de prohibir los manicomios, y de reconceptualizar los lugares de tratamiento terapéutico para este segmento de población. Toda esta trayectoria de "desinstitucionalización" (Desviat 2010; Revelles, 2019, como se cita en Hava, 2021, p. 71) se erige en base a motivos técnicos – dado el colapso de las estructuras de reclusión antiguas – y éticos – por la importancia concedida desde entonces a los derechos fundamentales del ser humano, así como la dignidad como bien jurídico superior del ordenamiento jurídico español - , dando lugar al diseño de establecimientos comunitarios que permitiesen impulsar y afianzar los "recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial (...)" (p.71), siempre teniendo presente que el objetivo esencial de todo el proyecto asistencial era promover la reinserción social, a través de la resocialización y rehabilitación de las personas con trastorno mental. Para la consecución de tal fin, resultó ser ineludible la absorción de los servicios sanitarios públicos por parte del Sistema Nacional de Salud, y delegar las funciones de organización y funcionamiento a todas las Comunidades Autónomas españolas.

La progresión histórica del tratamiento e internamiento del enfermo mental ha sido notoria desde entonces. Así, el marco jurídico referente al sistema penitenciario español se ha adherido a la normativa y reglas jurídicas internacionales que refiere al trato del/de la delincuente, a través de diferentes tratados o acuerdos: las Normas Penitenciarias Europeas; las Reglas para el Tratamiento de Reclusos de la Organización de las Naciones Unidas de 1995; la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948; los Pactos Internacionales sobre Derechos Civiles y Políticos de 1966; la Declaración sobre Protección contra la Tortura y otras Penas o Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes de 1948; y la Convención Internacional sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación Racial de 1965 (Altamirano, 2013, como se cita en Zabala, 2016).

Así, de acuerdo con la última actualización, en 2014, del documento del Sistema Penitenciario Español de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, uno de los centros de cumplimiento de penas incluidos dentro de la lista, enfocados a personas penadas con trastorno mental, son los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, concretamente, aquellos situados en dos provincias españolas: uno en Alicante, y otro en Sevilla (Zabala, 2016). La razón de creación de dichas unidades, de acuerdo a Zabala (2016), fue el desarrollo de centros con características especiales, encaminados al cumplimiento de medidas de seguridad privativas de libertad para condenados que, previa valoración, se considerasen en situación de inimputabilidad, por padecer una alteración o anomalía psíquica, y, en concreto, de enfermedades mentales severas, como pueden ser los trastornos psicóticos - al encontrarse comprometidas sus facultades intelectivo-volitivas, y no permitiéndoles entender la ilicitud característica del hecho cometido -. También es de utilidad en los casos de psicopatología sobrevenida, en los que el ingreso en dichas instituciones queda amparado bajo marco de una valoración, con el fin de que se observe su estado psíquico, y se refleje dicho análisis en un informe. Si, en su caso, el organismo judicial correspondiente ordenase su no puesta en libertad, la institución sanitaria podría decretar su ingreso inmediato en un centro asistencial de características similares (Zabala, 2016).

Dentro de estos centros, se lleva a cabo una tarea socialmente rehabilitadora, mediante la cooperación y colaboración de profesionales provenientes de múltiples disciplinas: Medicina, Psiquiatría, Psicología, Enfermería, y Trabajo Social, con el fin de abordar la descompensación psicótica del paciente desde una perspectiva

multidimensional, contando con un Equipo Técnico multidisciplinar detrás de ese cometido, como indica Zabala (2016).

En este tipo de instituciones no hay cabida para regímenes de clasificación en grados penitenciarios (Zabala, 2016), ya que, siendo su principal propósito la estabilización psicopatológica, y la disminución de su nivel de peligrosidad social, la línea existencial que une todo el proceso se corresponde con una “progresión de grado” equivalente en un centro penitenciario, de forma que el cumplimiento de la medida de seguridad privativa de libertad pueda terminarse en un régimen más flexible, como el sometimiento a un tratamiento ambulatorio involuntario. Con vistas a esa evolución, se vuelve imprescindible la colaboración de los organismos sociosanitarios públicos, ya que de ellos depende el cuidado y seguimiento del ciudadano con enfermedad mental dentro de las fronteras de la comunidad, puesto que su internamiento en un centro psiquiátrico quedaría solo justificado bajo el paraguas de un requerimiento legal (Zabala, 2016).

No obstante, en el contexto español, hay una variedad razonable de propuestas penitenciario-asistenciales para las personas presas con enfermedad mental, siendo diferente el tratamiento dependiendo, en este caso, de la Comunidad Autónoma (Arnau-Peiró, 2016).

De esta forma, y, en primer lugar, Cataluña se encuentra en un régimen diferente, ya que, hasta el año 2021, era la única Comunidad Autónoma que tenía transferidas y concedidas las competencias en el ámbito penitenciario, desde el año 1984, siendo ya independiente del Ministerio del Interior del Gobierno español. Así, en 2001, fruto de un convenio entre el Hospital San Joan de Déu y el Departamento de Justicia, surge la creación e inauguración de tres Unidades Polivalentes de Salud Mental en tres centros penitenciarios diferentes, así como la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria dentro del centro Penitenciario de Brians I. De tal forma que, actualmente, se dispensa una asistencia médica psiquiátrica especializada, con una figura profesional con conocimientos en la materia en prisiones con una tasa inferior a 1.000 internos, y con entre dos y tres profesionales en centros penitenciarios con tasas superiores a 1.000 internos, tras la Resolución SLT/785/2014, de 19 de marzo, por la que se incorporan los servicios sanitarios de dicha profesión al medio penitenciario (Arnau-Peiró, 2016).

En el mismo artículo de Arnau-Peiró (2016) se destaca que, también en condiciones de excepcionalidad respecto al resto del territorio nacional, el País Vasco tenía, hasta el año 2016, concedidas competencias en materia de Sanidad Penitenciaria. De tal forma, en materia sanitaria, quedaron transferidas la totalidad de las competencias a la Red de Salud Mental de dicha comunidad, conformada por una red de asistencia hospitalaria y ambulatoria, dependiendo del territorio histórico equivalente a cada una de las tres provincias: Álava, Guipúzcoa, y Vizcaya. Así, cada centro penitenciario funciona como una Unidad de Salud Mental, conformado por personal profesional e historiales clínicos de Osakidetza. Además, dependiendo de la tasa de población penitenciaria (menor o superior a 500 internos por centro), el/la médico psiquiatra se desplaza al centro a realizar su cometido asistencial una vez por semana, o todos los días, respectivamente. Pese a todo, en situación de necesitar una hospitalización, existen las denominadas Unidades de Hospitalización Breve, dentro de la red de atención hospitalaria, de ser recomendado su ingreso por el psiquiatra correspondiente (Arnau-Peiró, 2016).

No obstante, de ser declarada la situación de inimputabilidad durante la celebración de la fase del juicio oral, o bien tras observar la aparición repentina de un trastorno psíquico grave que le imposibilitaría comprender el fin y sentido de la pena, en aplicación del contenido del artículo 60 del Código Penal, mencionado con anterioridad, podría decretarse su traslado y cambio de régimen penitenciario, a una unidad de características muy especiales, como es la Unidad de Psiquiatría Legal encuadrada dentro del Hospital Aita Menni, en Arrasate-Mondragón, como se desarrollará más adelante (Arnau-Peiró, 2016).

Sin embargo, desde hace ya dos años, también le han sido transferidas a esta Comunidad Autónoma las competencias en materia penitenciaria, haciéndose firme este acuerdo a través del Real Decreto 474/2021, de 29 de junio, de traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco sobre ejecución de la legislación del Estado en materia penitenciaria (BOE, 2021).

En el caso que acoge al resto de situaciones y centros penitenciarios españoles, si bien es cierto que hay constancia de diversos convenios de colaboración entre centros penitenciarios y Servicios de Salud, en el marco de las Comunidades Autónomas, no hay, hoy por hoy, y como señala Arnau-Peiró (2016), un convenio uniforme ni semejante a nivel estatal, para todas las Comunidades Autónomas. Ahora bien, sí que hay fórmulas

novedosas, como la que sigue el Consorcio Hospital Provincial (CHP) de Castellón, cuya asistencia psiquiátrica posee una jornada semanal en las dos prisiones de dicha provincia; o la de la prisión de Valencia, donde la labor asistencial se lleva a cabo en “concurso oposición” (p.52) en un sistema de vinculación con la Administración Penitenciaria. Además, quedó constatado en el último encuentro estatal entre los psiquiatras consultores estatales y la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria, la realidad existente en torno a la dispensa de atención psiquiátrica penitenciaria, siendo esta escasa y muy fluctuante en base al territorio nacional que se tratara. La media de consultas realizadas, en todo caso, no superaba nunca la de entre 1 y 4 mensuales, y nunca en una base diaria y regular.

Así, en términos generales, puede establecerse con una certeza casi plena que existen lugares adecuados para el internamiento de reos/as con alteraciones mentales graves, tal y como destaca Hava (2021), pudiendo discernirse tres situaciones jurídicas que avalarían el ingreso en instituciones psiquiátrico-penitenciarias como las mencionadas previamente: (a) Conforme a los artículos 20 y 95 del Código Penal, podrían ingresar personas que hayan cometido una actividad delictiva, y cuyo estado mental anómalo o alterado pueda vincularse a la comisión de dicho delito, de forma que se le declare inimputable, y se constate una peligrosidad futura que debe ser tratada; (b) Conforme a los artículos 21 y 104 del mismo código, podría, si no, imponerse o bien el sistema vicarial – que implica el cumplimiento de una medida de seguridad seguido del de la pena impuesta – o bien reflejar que no se cumplen todos los requisitos del artículo 20 para eximir al/a la reo/a de la responsabilidad criminal en la que ha incurrido, debido a un estado mental enajenado que no hubiera anulado íntegramente sus facultades intelectual-volitivas; y (c) también podría darse el caso de la aparición de una enfermedad mental grave repentina y sobrevenida durante el cumplimiento de la pena de prisión, siendo potestativa la opción de suspender esta, e imponer una medida de seguridad.

2.5.2.1 Especial Mención al Hospital Aita Menni

En el País Vasco en concreto, se encuentra una unidad de hospitalización penitenciaria de características únicas en todo el territorio nacional (Arnau-Peiró, 2016). Madariaga (2019) señala que se trata de “un proyecto pionero de atención integral” (p.2) fundamentado en la colaboración entre tres entes o pilares fundamentales: Instancias Judiciales – como la Audiencia Provincial de Guipúzcoa -, la Consejería de Sanidad de

Guipúzcoa, y el Hospital Aita Menni, perteneciente al organismo de las Hermanas Hospitalarias, aunque siempre dependientes funcionalmente de las instituciones judiciales del Gobierno Vasco.

Fruto de la creencia de que los centros penitenciarios comunes no son el lugar adecuado para personas con enfermedad mental grave que se han visto involucradas en actividades delictivas de notoria relevancia a nivel jurídico (Madariaga, 2019), surge la idea de creación de un centro tal, que trata de compensar la falta de instituciones para la hospitalización e internamiento de un perfil con estos atributos. Especialmente, el ánimo de inauguración de la Unidad de Psiquiatría Legal se sustenta en la preocupante cifra de entre un 7 y 8 % de personas presas en centros penitenciarios españoles que cumplen los requisitos para ser diagnosticados con un trastorno mental severo, además de un 35 a 40% de internos que poseen cuadros ansioso-depresivos y tienen problemas de abuso de sustancias tóxicas (Madariaga, 2019).

Madariaga apunta (2019) que, en esta línea, las probabilidades de éxito dependen, en gran medida, de la interconexión y cooperación entre los tres organismos colaboradores en este proyecto, como se han mencionado con anterioridad: el Hospital Aita Menni, las Instancias Judiciales, y Administración Sanitaria del Gobierno Vasco.

2.6 Incidencia del Trastorno Mental

2.6.1 Prevalencia de los Trastornos Mentales en la Población General

Para poder conocer la magnitud del problema, será imprescindible, en primera instancia, hacer una estimación de la proporción de personas a las que dicho problema involucra o perjudica. De esta forma, resulta inevitable remitirse a la prevalencia. Así, el Diccionario de la Real Academia Española, en su vigésimo tercera edición alude a los conceptos de *prevalencia* e *incidencia* de la siguiente forma: “En Epidemiología, proporción de casos de una enfermedad en un período de tiempo, respecto a la población existente en la zona objeto de estudio” (Real Academia Española, 2023). No obstante, es crucial concretar el período o tramo evolutivo del ciclo vital sobre el que se pone el foco en estudios de esta índole. La OMS, en esta línea, distingue tres tipos de prevalencia (Zabala, 2016): (a) la prevalencia puntual como el padecimiento de una enfermedad mental en un punto concreto del historial clínico – y se entiende que de forma breve - ; (b) la prevalencia de periodo, entendida como una enfermedad mental que altera el

funcionamiento de la persona durante un lapso de tiempo más extenso que el anterior; y (c) la prevalencia vida, que alude al padecimiento de una enfermedad a lo largo de todo el periodo de vida restante del paciente.

Ahora bien, los estudios pioneros llevados a cabo en este campo estaban caracterizados por la falta de herramientas de medición apropiadas, la falta de consenso y uniformidad de criterios, y la distinción entre zonas geográficas, como señalan Borges et al. (2004, como se cita en Zabala, 2016). En los años 70, se produce un cambio drástico, principalmente impulsado por cuatro aspectos: una mejor comprensión de la enfermedad mental como fenómeno concreto, definido e independiente; la incorporación de la variable de la comorbilidad entre trastornos; el nacimiento de los dos manuales diagnósticos a escala mundial (como se ha comentado anteriormente); y la elaboración revolucionaria de herramientas de medida, eficaces en población general inespecífica, que posibilitaban el diagnóstico preciso del trastorno mental (Borges et al., 2004, como se cita en Zabala, 2016).

A escala internacional, el gran avance en la delimitación y comprensión de la enfermedad mental trasciende se produce al elaborarse la primera entrevista estructurada diagnóstica en Estados Unidos, la Diagnostic Interview Schedule (DIS) (Robins, Helzer, Croughan & Ratchliff, 1981, como se cita en Zabala, 2016), que permitió poner en marcha el primer estudio macro en población general en 1984 (Robins & Regier, 1991, como se cita en Zabala, 2016), la Encuesta de Captación Epidemiológica por Áreas (ECA), con el propósito de medir la incidencia de los trastornos mentales en la muestra poblacional inespecífica. Algunos de los descubrimientos arrojaron datos como la prevalencia vida de enfermedades de carácter grave, como la esquizofrenia, que mostró una incidencia en la poblacional estadounidense de un 1,5%, información ligeramente elevada con respecto al paradigma europeo. También el alcoholismo mostró ser una enfermedad presente en gran medida en este segmento de población mundial, con un 14% de incidencia. Asimismo, en la línea de la comorbilidad, la vinculación entre el abuso y la dependencia de sustancias tóxicas y trastornos graves como el bipolar Tipo I, se halló que fue del 60,7%.

En el plano europeo, el progreso fue significativamente menos vertiginoso, principalmente, debido a la escasa plantilla de profesionales de la salud existentes en ese momento, siendo este el único perfil apto para la aplicación de herramientas como las entrevistas semiestructuradas para estudios epidemiológicos. Sin embargo, surgieron

métodos innovadores con cribados y entrevistas, siendo los más destacables la *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* SCAN (Gabilondo, 2011, como se cita en Zabala, 2016) o el *European Study of Epidemiology of Mental Disorders Project* (ESEMED) (Alonso et al., 2004, como se cita en Zabala, 2016), arrojando datos como que una de cada cuatro personas habría padecido un trastorno psíquico durante su vida, y una de cada diez durante los últimos 12 meses (Retolaza, 2007, como se cita en Zabala, 2016).

Posteriormente, el interés por conocer la escala de esta problemática incrementa exponencialmente a nivel mundial, y surgen iniciativas como el Cross National Collaborative Group (Cross National Collaborative Group, 1992; Weissman, 1996, 1997, como se cita en Zabala, 2016), especialmente gracias al conjunto de herramientas ya homogeneizadas y de instrumentos con validez y fiabilidad suficientes para ello. Después la OMS, con el fin de facilitar aún más el cometido, crea el Consorcio Internacional en Epidemiología Psiquiátrica en 1996 y después, en el 2000, el Consorcio de la Encuesta Mundial de Salud Mental (Zabala, 2016). Finalmente, fruto de toda esa investigación, en el año 2001, en el Informe sobre la salud en el mundo de la OMS, enfocado en la salud mental, se refleja una incidencia puntual de trastornos de índole neuropsiquiátrica de aproximadamente un 10%, lo que se traduce en 450 millones de personas en el mundo; y una prevalencia vida de un 25% de población que padece uno o más trastornos mentales a lo largo del ciclo evolutivo, como constata la investigación de Zabala (2016) y la de la propia OMS (2001).

Poniendo el foco en el marco nacional, en España, tanto Gabilondo (2011, como se cita en Zabala, 2016) como Requena et al. (2013, como se cita en Zabala, 2016) resaltan la escasez de estudios interestatales en los que este país ha sido partícipe, así como la reducida cantidad de datos e información utilizable que deriva de los pocos que se han llevado a cabo. No obstante, existen algunas investigaciones llevadas a cabo en regiones de España que arrojan datos relevantes para valorar la magnitud del problema (Tabla 2).

Tabla 2:

Síntesis de resultados principales y datos de relevancia epidemiológica de los estudios más relevantes llevados a cabo en regiones españolas sobre trastornos mentales.

REFERENCIA	INSTRUMENTO	MUESTRA	RESULTADOS
Gutiérrez-Fraile, García-Calvo, Prieto y Gutiérrez-Garitano (2011).	MINI	1.436 pacientes de ambos sexos, con media de edad de 49,2 años reclutados de consultas psiquiátricas ambulatorias.	El 90,3% de los pacientes fueron diagnosticados de al menos un trastorno mental.
Barrachina et al. (2011)	Entrevistas semiestructuradas	484 pacientes de ambos sexos, afectados de Trastorno Límite de la Personalidad.	El 74% de los pacientes tenían al menos comorbilidad con un trastorno del Eje II.
Torrens et al. (2011)	Entrevista de Investigación psiquiátrica para sustancias y trastornos mentales	629 usuarios de ambos sexos, consumidores de drogas ilícitas reclutados de tratamiento y de los ámbitos de tratamiento.	La prevalencia vida de los trastornos del Eje I fue del 41,8%, siendo el trastorno más prevalente la depresión mayor (17%). La prevalencia vida de los trastornos de personalidad antisocial fue del 22,9%.
Perales et al. (2013)	Metodología Estudio ESEMeD España	Muestra nacional representativa de la población nacional española.	La aparición de los trastornos mentales (del estado de ánimo, de ansiedad y por uso de sustancias) parece estar relacionada con experiencias adversas en la infancia. El 20,6% habían sufrido alguna experiencia traumática en su infancia.
Qureshi et al. (2013)	MINI; Entrevista Psiquiátrica Estandarizada Polivalente, sección síntomas somáticos.	1.503 sujetos inmigrantes reclutados de dos centros de Atención Primaria, emparejados con el mismo número de controles españoles, ajustados por sexo y edad.	Los inmigrantes latinoamericanos tenían niveles más altos de psicopatología (36,8%) que los españoles (30,9%), los africanos subsaharianos (24,4%) y los asiáticos (16%), que tenían niveles más bajos.
Baladón et al. (2015)	Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos DSM-IV, Axis I, SCID-I-RV; MINI; Lista de verificación de condiciones físicas crónicas, SDS.	1.192 pacientes de población general española mayor de 65 años de ambos sexos, reclutados de 77 centros de Atención Primaria en Cataluña.	La prevalencia año de trastorno mental fue del 20%, siendo el Trastorno por Ansiedad el más frecuente, con un 10%.

Nota. Adaptado de *Principales estudios epidemiológicos Nacionales de los Trastornos Mentales en España, resumen de los resultados e información relevante*, de Zabala, 2016, p.107. Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia.

En definitiva, y como se ha comentado con anterioridad, el estudio ESEMeD replicado en España en 2006, permitió arrojar luz sobre incidencia en población general acerca de los trastornos mentales, brindando resultados contundentes, como que uno de cada cinco españoles padeció un trastorno psíquico a lo largo de su historia clínica y vital, constituyendo esto un porcentaje del 19,5% en términos de prevalencia vida (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

2.6.2 Prevalencia de los Trastornos Mentales en la Población Penitenciaria

En lo relativo al ámbito penitenciario, cabe destacar que la población en centros penitenciarios ha experimentado un incremento notorio en las últimas décadas a escala mundial, con una cifra de 10 millones de personas presas en el mundo, y con una tendencia al alza de un millón de incremento por cada 10 años transcurridos (Walmsey, 2011, 2013; González, 2011, como se cita en Zabala, 2016), habiendo una variabilidad significativa entre países. Lo alarmante es que el aumento de la tasa carcelaria avanza en paralelo con el incremento de la incidencia del trastorno mental en el medio penitenciario, de acuerdo con los resultados que brindan estudios como los de Fazel y Danesh (2002, como se cita en Zabala, 2016); Mundt et al. (2013, como se cita en Zabala, 2016) y Vicens et al. (2011), y, de alguna forma u otra, es una cuestión que perjudica a nueve de cada diez personas encarceladas.

En el marco internacional, las investigaciones desarrolladas convergen en una conclusión principal: la probabilidad de padecer un trastorno de rasgos psicóticos o una depresión grave es entre cuatro y seis veces mayor en población penitenciaria que en población general; e, igualmente, las personas presas poseen diez veces más posibilidades de experimentar un trastorno antisocial de la personalidad, de acuerdo con autores como Andersen; Bruga et al.; Fazel y Danesh (2004; 2006; 2002, como se citan en Zabala, 2016). Ello convierte al trastorno mental es una cuestión alarmante, y en una inquietud sanitaria-penitenciaria, dentro del sistema de salud mundial, y, concretamente, en entornos judiciales como lo es la prisión (Fazel y Baillargeon, 2012, como se cita en Zabala, 2016). Diversas investigaciones epidemiológicas puestas en marcha con muestras de población penitenciaria mundial destacan, en la misma línea, que la tasa de incidencia de los trastorno mentales, y de la vertiente grave de los mismos, es entre dos y cuatro veces mayor respectivamente en los/as delincuentes cumpliendo condena, que en la población general (Arroyo-Cobo, 2011, como se cita en Zabala, 2016). De hecho, de

Carvalho, Andreoli, Vaidyanathan, Patrick, Quintana y Jorge (2012, como se citan en Zabala, 2016) resaltan que este segmento de población suele incurrir en psicopatologías más graves que la población general, presentando, asimismo, una mayor comorbilidad respecto de otros trastornos, en comparación con la comunidad.

No merece menos relevancia el consumo y abuso de sustancias tóxicas, dado que se trata de una de las problemáticas centrales en el entorno penitenciario, y que afecta a delincuentes con enfermedad mental antes y durante su ingreso en prisión; lo que, a su vez, se traduce en un factor que, inevitablemente, comporta y comportará consecuencias graves para las personas con enfermedad mental en condiciones de reclusión (Altamirano, 2013, como se cita en Zabala, 2016).

Así, autores como Teplin (1990, pp. 118-119, como se cita en Zabala, 2016) insisten en que las cárceles se están transformando en “un repositorio de los enfermos mentales graves”, cuyo hacinamiento se debe a factores muy lógicamente vinculables a esta situación, como son: el aumento de la criminalidad ligada a las drogas y el aumento de trastornos derivados de un consumo abusivo de estas; o la invisibilidad de la enfermedad mental en prisión, lo que se correlaciona positivamente con un agravamiento de dicha patología psíquica, por pasar desapercibida, y no ser derivada adecuadamente a un medio asistencial sanitario donde poder tratarla con propiedad.

A escala mundial, los trabajos pioneros en el ámbito de la salud mental en prisión, o, mejor dicho, de la enfermedad mental, fueron promovidos por leyes emprendidas en esta esfera, como la “Ley de Penrose”, del psiquiatra anglosajón Penrose, en la década de finales de los 30 del siglo pasado. Con ello, se pretendía dejar patente la existencia de una correlación negativa entre la tasa de ingresos en medios penitenciarios, y la tasa de camas en centros sanitario-psiquiátricos (Varela-González et al., 2007, como se cita en Zabala, 2016). A posteriori, prácticamente rozando el siglo XXI, la OMS advierte de la urgencia de paliar la brecha en recursos sanitarios entre la población general y el entorno penitenciario. Desde entonces (1995) las investigaciones iniciadas en el contexto de las psicopatologías y su incidencia en prisión crecen exponencialmente, como indica Varela-González et al. (2007, como se cita en Zabala, 2016), y destacan las conclusiones de algunas, como las del estudio EUPRIS, donde se alerta de un incremento incesante de los trastornos mentales en el mundo, que, además, no están recibiendo el trato conveniente, y cuya incidencia dentro del medio penitenciario arroja cifras que ascienden a un total de

12% de personas internas que requieren de un abordaje psiquiátrico específico (Salize, Dressing y Kief, 2007, como se citan en Zabala, 2016).

Centrando el foco de estudio en el marco de la población penitenciaria española, con una tendencia al alza, España es uno de los países con tasas de población reclusa más elevadas de Europa: 153,6 internos por cada 100.000 habitantes. No obstante, desde 2015 esa tendencia ha cambiado de dirección, acorde con la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, situándose la cifra en 65.039 internos en total. En lo referente al sexo, la distribución es la siguiente: 92,35% de los mismos son hombres, y 7,65% mujeres. Asimismo, el abanico de edad común en estos centros era de entre 31 y 60 años, en un 71, % de los casos. Igualmente, en lo relativo al delito cometido, la mayoría, en un 37,7% estaban penados por delitos contra el patrimonio y el orden socioeconómico, seguido de delitos contra la salud pública, que abarcan a la situación penal de un 23,8% de los internos (Zabala, 2016).

En lo concerniente a los factores de riesgo ligados a la carrera delictiva, estudios como este señalan que las personas con cierta vulnerabilidad de origen social, o cuyo círculo de actividad se ciñe a contextos de exclusión social y desfavorecimiento (como contextos de familias sumergidas en la pobreza) tienen muchas más oportunidades de verse inmersas en el sistema penitenciario, en el marco de la participación en actividades delictivas, acorde con CERMI (2008, como se cita en Zabala, 2016). Esta situación desfavorecedora se acentúa aún más en torno a un perfil de población concreto: las personas con trastorno mental, según Zabala (2016).

La prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios es una de las mayores inquietudes en el marco europeo y español, y que preocupa a organismos y entes como la Unión Europea, la Organización Mundial de la Salud, o las Naciones Unidas, sobre todo si se toma en consideración que, de acuerdo con estudios como los realizados por Andersen (2004); Birmingham, Mason & Grubin, (1996); Brooke, Taylor, Gunn y Maden (1996); o Coid y Ullrich (2011) (como se citan en Zabala, 2016), la tasa de padecimiento de trastornos mentales en entornos penitenciarios es más elevada que la que puede apreciarse entre la población general.

Estudios como el llevado a cabo por Martín-Basallote y Navarro-Repiso (2012, como se cita en Zabala, 2016) revelan, en esta línea, que los ingresos en medios carcelarios de personas con trastorno psíquico severo pueden producirse bajo el amparo de tres escenarios: (i) que el padecimiento del trastorno permanezca invisibilizado durante el transcurso de todo el proceso judicial; (ii) que la enfermedad mental sea patente, pero no perjudique la imputabilidad de la persona, por lo que sea considerada imputable a efectos legales; y (iii) que el inicio del trastorno se dé durante el estado de reclusión, y sea probablemente causado por encontrarse bajo dichas condiciones.

Cabría destacar, en este sentido y únicamente, los tres macro estudios llevados cabo en esta materia en España, ambos iniciados por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP, en 1998 y 2006 respectivamente) y el Estudio PreCa (Estudio de Prevalencia en Cárceles, en 2011). El primero de los comandados por la SGIP dictaminó que la incidencia de la patología psíquica en prisión era de un 4,8% respecto a los trastornos psicóticos crónicos, y de un 3,5% para las discapacidades mentales, tras haber transcurrido las investigaciones desempeñadas en los centros penitenciario-psiquiátricos españoles ubicados en Sevilla y en Alicante (Zabala, 2016). En el segundo de los estudios del mismo organismo se abordó la situación en los centros penitenciarios españoles en general, mediante una perspectiva transversal, recogiendo los datos a través del uso de encuestas a médicos pertenecientes a los 64 centros españoles de estas características, todo ello tomando como base el historial clínico de los/as pacientes-internos/as. En relación con los resultados obtenidos, aproximadamente el 25% de la muestra podía ser incluido dentro de una o más categorías psicopatológicas, exceptuando la de abuso de sustancias, y casi la mitad de esta podía ser diagnosticada con uno o varios trastornos psíquicos, ahora sí, incluyendo el de abuso de sustancias tóxicas. Entre otros, el 3,4% padecía un trastorno psicótico; el 12,8% una enfermedad mental de tipo afectiva; el 9,4% un trastorno vinculado a rasgos de la personalidad; y un 4,2% pertenecía a otros trastornos diversos (Zabala, 2016).

Así, se está haciendo referencia a trastornos de cierta complejidad y cronicidad, sometidos a circunstancias ambientales y sociales que han podido agravar su pronóstico y evolución, como el abuso de sustancias tóxicas (la denominada “patología dual”), tal y como sugiere Zabala en su estudio (2016).

En definitiva, una de las más inquietantes conclusiones fue el alto porcentaje de personas internas con enfermedad mental severa, siendo esta tasa notoriamente superior a la hallada entre la población general (Zabala, 2016). Otros autores como Hava (2021) destacan de este estudio encuadrado en el medio penitenciario la gravedad que comporta que uno de cada cuatro personas presas (el 25,6% concretamente) sufran alguna clase de trastorno psiquiátrico, cuya cifra se ve incrementada al incorporar en este recuento a aquellas con problemas de dependencia de estupefacientes y sustancias tóxicas.

Finalmente, el Estudio PreCa, puesto en marcha en el año 2011 (Zabala, 2016; Arnau-Peiró, 2016; Vicens et al. 2011), y en el contexto de diversas cárceles españolas de comunidades como Aragón, Cataluña o Madrid, determinó que la prevalencia vida de los trastornos psíquicos en centros penitenciarios fue de un 84,4%; es decir, ocho de cada diez personas internas padecían uno. Vicens et al. (2011) destaca que es el mayor estudio llevado a cabo en España para cuantificar la magnitud del problema de la enfermedad mental en prisiones, demostrando, nítidamente, cómo la prevalencia de los trastornos mentales en prisión es muy superior a la prevalencia entre la población general. Desglosado en categorías, el trastorno derivado del consumo de sustancias tóxicas encabezaba la lista, con una incidencia del 76,2%; seguido este del trastorno por ansiedad, con una incidencia del 45,3%, así como del trastorno vinculado al estado de ánimo, con una prevalencia del 41%, y, para concluir, los trastornos con rasgos psicóticos, con una incidencia del 10,7% (Zabala, 2016). Esto es, de tales datos se podía extraer que, como destacan Hava (2021) y Vicens et al. (2011), el padecimiento de una enfermedad mental entre la población penitenciaria era en torno a cinco veces más elevada que respecto a la población general española.

Además, estos resultados son equiparables a los hallados en estudios ejecutados en otros países con las dos muestras de población (Brinded et al., 2001; Fazel & Danesh, 2002; Assasadi et al., 2006; Buttler et al., 2006, como se citan en Vicens et al., 2011).

Estas conclusiones se vuelven a repetir en otros estudios efectuados a posteriori, como uno realizado en prisiones de la Comunidad Autónoma de Madrid, y en la de Castilla- La Mancha en el año 2017 (Hava, 2021), donde se halla que la incidencia de la patología psiquiátrica entre las personas reclusas es cinco veces mayor que entre la población española general, siendo la prevalencia vida de un alarmante 90,2% en la muestra de casi 200 personas penadas; y siendo los trastornos más presentes los

vinculados a rasgos psicóticos, afectivos, y por consumo perjudicial de sustancias tóxicas.

Asimismo, en lo concerniente al seguimiento, Arnau y sus compañeros de investigación llevaron a cabo en 2012 un estudio, valiéndose de una consultoría psiquiátrico-penitenciaria, donde valoraron a internos de tres prisiones de la Comunidad Valenciana, derivados desde consultas médicas de atención primaria, durante un período de 2 años (2009 a 2011) (Arnau-Peiró, 2016). De dicho estudio se obtuvieron diferentes porcentajes de población con psicopatología: un 59,2% padecía algún trastorno de personalidad; un 11,6% fue diagnosticada con algún trastorno psicótico del espectro esquizofrénico; y, se destaca que casi 7 de cada 10 personas internas (un 69,5% de la muestra) podía ser diagnosticada con un trastorno por abuso de sustancias tóxicas.

3. La Reincidencia Delictiva y la Peligrosidad

Para Nguyen, Arbach-Lucioni y Andrés-Pueyo (2011, p.274), “la intervención y el tratamiento de los delincuentes, así como la valoración de su nivel de riesgo para la comisión de nuevos delitos es una necesidad, no sólo a nivel judicial y penitenciario, sino también una demanda social.” Estos autores exhiben la relevancia de identificar a las personas exinternas con enfermedad mental grave, en aras de perfilar las herramientas y programas con objetivos de reinserción, así como para optimizar la eficiencia de dichos instrumentos.

Lo cierto es que el fenómeno de la reincidencia tiene un recorrido ya extenso como parámetro empírico en el ámbito de la Criminología, especialmente, para la medición de aspectos como la eficacia de las intervenciones y programas llevados a cabo en el medio penitenciario, o la identificación de factores de riesgo de reiteración delictiva, así como para otros muchos usos (Cid, 2007; Andrews y Bonta, 1994; 2007; Andrés-Pueyo y Redondo, 2007, como se citan en Nguyen et al., 2011). Es más, de acuerdo con Nguyen et al. (2011) el indicador “reincidencia delictiva” se halla inserto en la vasta mayoría de normativa penal de países de Occidente como variable de gran peso, a la hora de evaluar la denominada “peligrosidad criminal” de sujetos inmersos/as en el sistema penal.

Así, Nguyen et al. (2011, p.274) aluden a la reincidencia como la “reiteración del comportamiento delictivo”, pero exhiben la necesidad de discernir entre diferentes clases de reincidencia, dados los rasgos que posee el término, por su origen jurídico, diferenciando diversas categorías de reincidencia, entre las que están: penitenciaria, judicial, policial, por autoinculpación, ... de acuerdo con la fuente de procedencia de la alerta. La trascendencia que posee la elección de un tipo de reincidencia como fuente de información no es menor, ya que, según Capdevilla y Ferrer (2009, como se cita en Nguyen, 2011), ello puede condicionar el acercamiento a la tasa de reiteración delictiva real. De acuerdo con estos últimos autores, las clases de reincidencia ordenadas en función de la eficacia de aproximación a la tasa real son: la reincidencia por autoinculpación, la reincidencia policial, reincidencia penal, la reincidencia judicial, la reincidencia penitenciaria y la reincidencia jurídica (Nguyen et al., 2011).

En el marco de la prevalencia de reincidencia en el ámbito español, las instituciones penitenciarias nacionales se valen de la reincidencia penitenciaria para la elaboración y difusión de estudios estadísticos. Así, aunque dista mucho de ofrecer cifras reales de reincidencia, de acuerdo con Cid (2007, como se cita en Nguyen et al, 2011), resulta ser el indicador empírico que menor cantidad de problemas brinda a nivel metodológico, y el que presenta mayores niveles de fiabilidad (Luque, 2007, como se cita en Nguyen et al, 2011). Y, pese a que, actualmente, el número de investigaciones de carácter empírico sobre reincidencia delictiva es escaso, afortunadamente, la tendencia es al alza, y la necesidad de tener rigor a la hora de distinguir entre los tipos de reincidencia es una percepción cada vez más frecuentemente compartida (Nguyen et al, 2011); y, en especial, se ha apreciado el requerimiento de discernir entre reincidencia no violenta y reincidencia violenta, tanto por la trascendencia que tiene agrupar ambos tipos en términos de política criminal, como por el análisis diferenciado de factores de riesgo asociados que se ha venido experimentando en estudios recientes (Andrés-Pueyo y Redondo, 2007; Bovasso, Alterman, Cacciola y Rutherford, 2002, como se citan en Nguyen et al, 2011).

La diferencia principal reside en el tipo de delito cometido en ese segundo acto delictivo: será categorizado como reincidencia violenta si se produce la comisión de un delito violento (tal y como podría considerarse al homicidio, al asesinato, a la agresión sexual, etc), y será considerada reincidencia general la comisión de cualquier otro hecho delictivo que no revista caracteres de violencia o agresividad (Capdevilla y Ferrer, 2009,

como se cita en Nguyen et al, 2011). La magnitud de dicha separación viene justificada al contemplar cifras como las que brindan diversos estudios, mostrando que la tasa de reiteración delictiva general asciende a un 37-40% de las personas exinternas, mientras que es de entre un 10 a un 18% en el caso de la reincidencia violenta (Andrés-Pueyo, Arbach-Lucioni y Redondo, 2010, como se citan en Nguyen et al., 2011).

3.1 Factores de Riesgo de Reiteración Delictiva

Nguyen et al. 2011 aluden a la noción de “factor de riesgo” que resalta su función como instrumento de predicción, vinculado a la reincidencia delictiva de personas exinternas. De esta forma, lo definen como un rasgo o característica identificable en una persona o conjunto de estas, y que está ligado a una mayor posibilidad de aparición y desarrollo de, este caso concreto, un comportamiento delictivo o hecho punible.

Modelos explicativos como el diseñado por los investigadores Andrews y Bonta (1994, 2003, como se citan en Nguyen et al., 2011) trataron de abordar el fenómeno de la conducta delictiva desde una perspectiva integral, lo que dio lugar a su “Modelo de Riesgo-Necesidades-Responsividad”. La base teórica de este modelo contemplaba principios como los condicionamientos clásico y operante, el aprendizaje social, o la Psicología Diferencial, entre otros, y partía del planteamiento de que el comportamiento delictivo es el resultado de una interlocución entre los componentes cognitivos, biológicos, emocionales y atributos personales de un individuo, y las oportunidades ofrecidas por el ambiente (Nguyen et al., 2011). De hecho, ellos mismos llevaron a cabo un análisis exhaustivo en materia de factores de riesgo y eficacia, en el contexto penitenciario, de los tratamientos aplicados, cuyo fruto fue la conclusión de la existencia de ocho factores de riesgo principales vinculados al comportamiento criminal, que constituían los posiblemente más eficaces predictores de reincidencia hasta el momento. Traspusieron esa conclusión a su propio modelo, y diferenciaron, finalmente, cuatro indicadores de riesgo centrales (Nguyen et al., 2011):

- (i) Las distorsiones cognitivas antisociales, que promueven la criminalidad y la identidad de la persona delincuente
- (ii) Las amistades, relaciones e influencias antisociales
- (iii) El historial de comportamiento antisocial del individuo
- (iv) El patrón o esquema de personalidad antisocial

También se deben incluir en la ecuación delictiva otros cuatro parámetros de donde pueden darse circunstancias de riesgo, como son: (a) la esfera familiar; (b) la esfera académico-laboral; (c) la esfera del ocio y tiempo libre; y (d) el abuso de sustancias tóxicas y perjudiciales para la salud (Nguyen et al., 2011).

Así, Andrew y Bonta (1994, como se cita en Nguyen et al., 2011), al hacer referencia a una realidad del riesgo multifactorial, donde no existe una única e identificable vía de implicación e inicio en el contexto delictivo, especifican que los factores que promueven la participación reiterativa en actividades criminales tienen carácter estático, o carácter dinámico. Serán categorizados como estáticos si son aspectos inmodificables, y serán contemplados como dinámicos si su presencia y peso son modificables, ya sea mediante intervenciones, o por el mismo paso del tiempo, a las cuales suele hacerse alusión como “necesidades criminógenas” (Bonta, Hanson y Law, 1988); y son precisamente estos rasgos sobre los que debe hacerse hincapié, pues son los que reflejan de forma estadísticamente más realista la probabilidad de reincidencia.

Existen, de este modo, algunas variables que tradicionalmente se han vinculado con una capacidad predictora alta de la reincidencia de carácter tanto general, como violenta, que son, entre otras: la edad, el género, el historial o carrera delictiva, las redes antisociales, la desestructuración social, el consumo abusivo de drogas, o la existencia de rasgos vinculables a la personalidad antisocial (Gendreau, Little y Goggin, 1996; Hanson y Bussière, 1998; Hanson y Morton-Bourgon, 2004, 2005; Hanson, 2009, como se citan en Nguyen et al., 2011; Bonta, Law y Hanson, 1998).

Pero, definitivamente, la variable predictora más eficiente en lo que concierne a la reincidencia general es el historial de conducta criminal (Andrews y Bonta, 1994; Gendreau et al., 1996, como se citan en Bonta, Hanson y Law, 1998), que, sin embargo, no parece ser igual de eficaz respecto a la predicción de reincidencia violenta, que es poco habitual (Bonta, Hanson y Law, 1998). En el mismo sentido, el historial de criminalidad juvenil también se tornó como un predictor de reincidencia general y violenta muy sólido, según Bonta, Hanson y Law (1998), tomando especial relevancia la participación en actividades antisociales, y el comportamiento agresivo.

3.1.1 Consideración de la Enfermedad Mental Grave como Factor Criminógeno

Para Louden y Skeem (2013), el trastorno mental grave, per se, es un factor de riesgo y predictor de reincidencia débil, en comparación con otros, como podría ser el abuso de sustancias tóxicas.

En la misma línea se dirigen las conclusiones del metaanálisis efectuado por Bonta, Hanson y Law (1998), en el cual proponen que, posiblemente, uno de los motivos subyacentes al fracaso en la aplicación de diferentes escalas de evaluación del riesgo de reincidencia recaía en la cuestionable premisa de considerar la presencia de una condición psicopatológica en personas exinternas como un factor criminógeno, o predictor del riesgo de reincidencia. Desde entonces, la tendencia a incluir otros factores no psiquiátricos o psicopatológicos ha ido en aumento, y proyectos como el emprendido por Steadman et al., (1994, como se cita en Bonta, Hanson y Law, 1998), el “*MacArthur Risk Assessment Study*”, ya contemplaba un abanico de predictores que abarcaban desde la presencia de un trastorno psíquico diagnosticado o el número de hospitalizaciones, hasta el historial delictivo.

Análogamente, las variables clínicas o relacionadas con la patología psíquica han demostrado tener una ponderación mínima en el contexto de la reincidencia delictiva (Bonta, Hanson y Law, 1998). De hecho, el metaanálisis anteriormente citado de Bonta, Hanson y Law (1998) pone de manifiesto cómo los factores vinculados a lo psiquiátrico y a la presencia de un trastorno mental grave se correlacionaban o bien de manera inversa con el riesgo de reincidencia general y violenta, o bien no había correlación alguna. Todo ello podría entenderse desde la base de que muchos de los factores clínicos que comprometieron las capacidades intelectivo-volitivas de los sujetos y les hicieron involucrarse en actividades delictivas tienen una naturaleza episódica, y ello provoca que, de cara a la predicción de reincidencia, su influencia no sea tal, como pudo ser antes de la comisión del primer (y a veces único) hecho delictivo. Y, de hecho, una vez se produce una mejora del estado psíquico de la persona exreclusa, los factores psicopatológicos que pudieron una vez condicionarle, pueden desaparecer, y no volver a irrumpir (Bonta, Hanson y Law, 1998). No obstante, dichos autores, en lo referente a las limitaciones de su metaanálisis, hacen hincapié en el hecho de que, por ejemplo, la sintomatología psicótica (como las alucinaciones o los delirios, típicos de cuadros esquizofrénicos) no

tiene validez suficiente para predecir la reiteración delictiva a largo plazo, pero sí a corto plazo. Además, destacan que algunos estudios que han testado la validez predictiva de la sintomatología psicótica solo han logrado predecir futuros intentos autolíticos, pero no violencia exógena (Link, Andrews y Cullen, 1992, como se cita en Bonta, Hanson y Law, 1998).

3.2 Diferencias entre Personas Exinternas con Enfermedad Mental Grave y sin Enfermedad Mental Grave

La realidad estadística, conforme a Loudon y Skeem (2013) revela que, una vez ha habido contacto con el sistema penal, los/as internos/as cuya condena ha sido suspendida, que padecen alguna psicopatología, poseen más probabilidades de volver a ingresar en prisión por quebrantamiento de condena que sus compañeros/as sin enfermedad mental. Estas investigadoras entienden que, para poder interpretar correctamente las estadísticas de reincidencia, deben contemplarse las vías por las que los/as personas exinternas/as con y sin trastorno mental grave reingresan en prisión.

Entienden, así, que podrían existir una serie de justificaciones lógicas para la desproporción existente respecto a la tasa de quebrantamientos de condena de personas exinternas/as con alguna alteración psíquica. Sin embargo, como motivo principal se expone que, por el hecho de estar sometidos/as al cumplimiento (en forma de ingesta) de un tratamiento farmacológico, ya poseen un requerimiento añadido, con respecto a los/as personas exinternas/as sin alteración psíquica alguna, y están en desventaja de cara a cumplir con los requisitos que se exigen como parte de una reinserción social eficaz, lo que puede hacer que el abandono del tratamiento, por ende, se contabilice como “violación de las normas comunitarias”, y, así, como quebrantamiento de condena, en su caso particular (Louden y Skeem, 2011, como se cita en Loudon y Skeem, 2013). Esta mayor supervisión destinada al control de la persona exreclusa que padece un trastorno mental severo se vincula, directamente, de acuerdo con Petersilia y Turner (1993, como se cita en Loudon y Skeem, 2013), a mayores tasas de rearresto, y de quebrantamiento de reglas comunitarias, siendo todo ello atribuible al descubrimiento de actividades ilícitas menores que, de otra forma, y sin esa supervisión tan estrecha, conformarían parte de la cifra negra de criminalidad general.

Las mismas autoras (2013) sugieren que, en la medida en que los funcionarios de prisiones asocien en mayor medida el perfil de la persona delincuente-paciente con la peligrosidad y el alto riesgo de reincidencia, frente a sus compañeros/as sin alteración psíquica, habrá una mayor posibilidad de que existan sesgos a la hora de contabilizar la prevalencia de reincidencia delictiva de este grupo.

En realidad, los estudios que han tratado de arrojar luz sobre la probabilidad de reincidencia delictiva en estos dos segmentos de población penitenciaria han expuesto resultados dispares y heterogéneos. Por ejemplo, mientras que las investigaciones desarrolladas por Porporino y Motiuk (1995, como se cita en Louden y Skeem, 2013) apuntan a una mayor tasa de reincidencia delictiva durante 6 meses tras la concesión de la libertad condicional de las personas exreclusas sin enfermedad mental (23,1%) frente a las que sí padecían un trastorno (4,8%), otras sugieren que la probabilidad de ser arrestados nuevamente por un delito es ligeramente superior (en un 14%) en el caso de personas exinternas con trastorno psíquico (Dauphinot, 2006, como se cita en Louden y Skeem, 2013); si bien, Porporino y Motiuk asocian esta limitada diferencia entre sujetos a la mayor probabilidad que poseen las personas exinternas con enfermedad mental grave de quebrantar normas comunitarias, como aquellas socialmente impuestas relacionadas con la toma de la medicación (1995, como se cita en Louden y Skeem, 2013).

Bonta, Hanson y Law (1998) en un metaanálisis relacionado con la predicción de la reincidencia violenta en población penitenciaria con enfermedad mental grave, mientras tanto, concluyen que a las personas exreclusas con enfermedad mental grave se les atribuye una probabilidad de reincidencia mayor respecto a la población general, pero inferior si la comparación se hace con población penitenciaria sin enfermedad mental grave. Aunque, en términos generales, Hodgins (1998) recalca que diversos estudios han certificado que las personas exinternas con trastorno mental grave no tienen asociado un riesgo mayor de comisión de criminalidad violenta.

En relación con los indicadores de riesgo de reincidencia, diferentes estudios internacionales consideran fundamental valorar, para el caso de exreclusos/as que padecen un trastorno psíquico severo, la presencia de algunos factores que no tienen semejante trascendencia para sus contrapuestos/as. Entre ellos, estiman necesario valorar los patrones cognitivos antisociales, y los esquemas de personalidad antisocial (Morgan, Fisher, Duan, Mandracchia y Murray, 2010; Skeem, Nicholson y Kregg, 2008, como se

citan en Louden y Skeem, 2013). Adicionalmente, el consumo abusivo de sustancias tóxicas también es un indicador empíricamente contrastado y empleado para evaluar el riesgo de reincidencia en este segmento de población penitenciaria, siendo una cuestión problemática para el 75% de las personas exreclusas con trastorno mental grave (Abram y Teplin, 1991; Hartwell, 2004, como se citan en Louden y Skeem, 2013), y calificado como un potente predictor de reincidencia tanto general como violenta (Appelbaum, Robbins y Monahan, 2000; Bonta, Law y Hanson, 1998; Douglas, Guy y Hart, 2009, como se citan en Louden y Skeem, 2013). Y, por supuesto, y como es evidente, el abandono de la pauta de tratamiento prescrita se valora con frecuencia como un factor de riesgo de reiteración delictiva en esta muestra (Skeem y Louden, 2006, como se cita en Louden y Skeem, 2013).

Cabe mencionar también el peso que tienen, en el marco de la predicción del riesgo de reincidencia, para el caso de personas exinternas con trastorno mental grave, la presencia del propio trastorno diagnosticado, la sintomatología psicótica, la ansiedad o la depresión, entre otros predictores estudiados (Bonta, Hanson y Law, 1998).

De hecho, un estudio emprendido en uno de los Tribunales de Distrito de Nueva Gales del Sur, Australia, con una muestra de 661 personas exinternas condenadas por delitos violentos, pretendía comparar las tasas de reincidencia entre aquellas con y sin enfermedad mental severa (Nielssen, Yee, Dean y Large, 2019). Se partía de la literatura internacional, con planteamientos que afirmaban que los/as delincuentes diagnosticados/as con trastornos psicóticos graves, como esquizofrenia, poseían una mayor probabilidad de reiteración delictiva, incluso respecto de la reincidencia violenta (Grann et al., 2008, como se cita en Nielssen et al., 2019), cuyo motivo subyacente podría centrarse en que el riesgo de violencia aumenta en este tipo de muestra si se aprecian factores de riesgo como el consumo de sustancias tóxicas, o la mala adherencia al tratamiento (Igoumenou et al., 2015, como se cita en Nielssen et al., 2019).

Pese a ello, los cuatro autores de dicho estudio australiano hallaron conclusiones contrapuestas a las anteriores, que equiparaban el historial delictivo, los patrones de consumo, y las desventajas sociales de personas exinternas con esquizofrenia y personas exinternas sin enfermedad mental grave, admitiendo que tan solo una ínfima parte de los/as criminales diagnosticados/as con trastornos psicóticos tenían sintomatología activa en el momento de comisión del delito (Peterson et al., 2010, como se cita en Nielssen et

al., 2019). Asimismo, diversas investigaciones han corroborado esta línea de hallazgos, resaltando que la prevalencia de reincidencia delictiva de delincuentes hallados/as inimputables por razón de descompensación psicopatológica en el momento del delito, o cuya responsabilidad penal había sido reducida por dichos motivos, era significativamente menor, en comparación con la de la población penitenciaria general (Fazel et al., 2016; Hayes et al., 2014; Ong et al., 2009; Skipworth et al., 2006, como se citan en Nielssen et al., 2019).

Finalmente, la conclusión central alcanzada por este estudio reveló que los personas exinternas con enfermedad mental grave no tenían significativamente mayores probabilidades de ser condenados nuevamente, y Nielssen et al. (2019) señalaron que las posibles razones implícitas que explicasen niveles similares de reincidencia delictiva en los dos grupos de población penitenciaria respondían a características sociodemográficas y criminológicas prácticamente análogas en ambos grupos (Yee et al., 2011, como se cita en Nielssen et al., 2019).

Otras investigaciones que han tratado de comparar las tasas de reincidencia de internos con trastornos psicóticos graves de internos/as sin ningún trastorno, han obtenido conclusiones muy similares, e informan de una probabilidad mayor de reincidencia delictiva en personas exinternas con trastornos de rasgos psicóticos, respecto a la población general sin ningún trastorno psíquico (superior en un 40%), pero con cifras muy similares respecto a personas exinternas con otros trastornos mentales (Fazen y Yunh, 2011, como se cita en Zabala, 2016).

No obstante, no es de menor pertinencia poner de relieve que, como ya constatan Monahan y Rabkin (1993; 1979, como se cita en Bonta, Hanson y Law, 1998), los estudios llevados a cabo en las últimas décadas apuntan hacia una misma dirección: el perfil de la persona exinterna con enfermedad mental grave que mayor riesgo de reincidencia presenta es aquel cuyo historial delictivo comienza previamente a la comisión del delito enmarcado en, y vinculado con la descompensación psicopatológica. Por ende, se podría leer entre líneas una fiable conclusión: que los indicadores de predicción empleados para población expenitenciaria general pueden ser comunes a los de la población expenitenciaria con alguna alteración psíquica severa, de acuerdo con las revelaciones del metaanálisis de Bonta, Hanson y Law (1998) mencionado anteriormente,

lo que otorga una relevancia mayor, en el ámbito de la reincidencia delictiva, a los modelos criminológicos explicativos de la criminalidad.

El mismo metaanálisis (de Bonta, Hanson y Law, 1998) sugirió, finalmente, que los predictores de reiteración delictiva aplicables a personas exinternas generales apenas diferían de los aplicables a personas exinternas con enfermedad mental grave; es decir, que los predictores de reincidencia delictiva, aparentemente, parecen ser prácticamente idénticos, tanto referidos a la reincidencia general, como aludiendo a la reincidencia violenta. Y, en general, el mismo estudio reveló que las personas exinternas con enfermedad mental grave mostraron tasas de reincidencia significativamente inferiores a las pertenecientes a la población penitenciaria general.

Pese a todo, como una de las principales limitaciones con las que contaba el estudio, era la selección de la muestra, ya que, como los propios Bonta, Hanson y Law indican (1998), la revisión teórica no abarcaba a la gran mayoría de individuos que padecen una enfermedad mental severa, y que son asistidos o tratados en hospitales civiles, o como pacientes en régimen ambulatorio, lo que permite dilucidar la necesidad de un análisis de predicción de reincidencia más en profundidad en este segmento de población.

Ante todo, es imprescindible aludir a la realidad que muestran estudios como el de Ramajo (2014, como se cita en Zabala, 2016), apuntando hacia una mayor tasa de reincidencia delictiva de delitos menores, respecto a personas exinternas con enfermedad mental grave condenadas a medidas de seguridad (en un 81%); tasa que se vincula intensamente con el diagnóstico de patología dual (trastorno mental y trastorno derivado del abuso de sustancias). Según este autor, es un acontecimiento habitual en este tipo de población encontrarse con pacientes-internos/as que ingresan y salen incesantemente del sistema penitenciario, pero se refleja que es una cadena que puede cortarse de raíz si se garantiza una adherencia al tratamiento prescrito, y una canalización del paciente hacia la Red de Salud Mental civil, cerciorándose de la permanencia de sus cuidados en centros asistenciales, y de su rehabilitación social a través de actividades de índole terapéutica (Ramajo, 2014, como se cita en Zabala, 2016).

Se destaca, igualmente, el escaso número de investigaciones emprendidas en relación con el análisis de la reiteración delictiva de personas exinternas con trastorno mental grave (Zabala, 2016).

4. Análisis de los Protocolos de Seguimiento Post-Delictivos: Claves y Síntesis.

4.1 Concepto

El problema que entraña la realidad postpenitenciaria, en el caso de personas exinternas con enfermedad mental grave, según Wang, Zhang, Jiang, Bai, Cucolo y Perlin (2007, p.1) se circunscribe a que “el destino de un paciente psiquiátrico forense a menudo se encuentra en el espacio entre la percepción de una sociedad sobre su necesidad de seguridad, y el derecho de un individuo a la libertad.”

Para Magro (2015), las personas con enfermedad mental grave requieren de un tratamiento sanitario concreto que les habilite para poder desenvolverse de forma normal en el medio comunitario, eludiendo, a toda costa, la probabilidad de violencia tanto endógena como exógena, contemplando esa incapacidad de autogestión sobre su persona.

Por ende, la presencia y aplicación de programas o medidas de seguimiento sobre este colectivo, en forma de protocolos en los centros asistenciales ambulatorios, sería una opción viable de implantación valorable. A nivel comunitario, estos programas o medidas pueden describirse como la asignación de un profesional concreto, o de un equipo sanitario a un paciente en particular que, en el marco del padecimiento de un trastorno mental, se ve en la necesidad tener que utilizar una serie de recursos sociosanitarios, de salud mental, y comunitarios diversos (Fernández y García, 1990; Fernández, 1995; Donas y Fernández, 1997, como se citan en Alonso, Bravo y Fernández, 2004). Así, Hernández (2000, p.27 como se cita en Alonso, Bravo y Fernández, 2004) señala el “seguimiento comunitario” como noción para referirse a las “intervenciones que consisten en acompañar a la persona en su medio de vida, proponerle una relación de ayuda para superar las dificultades que surgen a diario, y para sortear las barreras internas y externas que le impiden utilizar los recursos necesarios para su integración social.

No obstante, todas estas medidas de control asistencial comunitario aluden a una situación que carece de una variable: se trata de controlar a pacientes con enfermedad mental grave, pero que no se han visto involucrados en actos delictivos, ni han atravesado por una experiencia en el sistema de justicia penal. De esta forma, como señalan Alonso, Bravo y Fernández (2004, p. 27), el objetivo es emplear programas que conforman un método para ordenar y planificar la accesibilidad y disponibilidad de la atención que necesitan las personas que poseen un trastorno mental crónico, conformándolos como “el vehículo a través del cual se van a facilitar los tratamientos, rehabilitación, cuidados y apoyo necesarios”, sin hacer mención, en ningún momento, a la variable de reinserción social postpenitenciaria.

El punto clave se sitúa en el hecho de que las enfermedades mentales se caracterizan por la cronicidad y la discapacidad; rasgos que no se suprimen por el mero internamiento o institucionalización de la problemática, sino que, como indica Ferreirós (2006, p.13) constituye una parte del “proceso personal y social de la psicosis”. La perspectiva fundamental se basa en asumir que esa cronicidad inherente al trastorno, y la desadaptación social y obstáculos al funcionamiento personal del paciente, resurgirán en el entorno comunitario, o harán su aparición bajo el disfraz de un renovado patrón de comportamiento (Ferreirós, 2006).

4.2 Aplicación, Fundamentos Básicos y Funcionamiento

En la realidad comunitaria que nos ocupa, la decisión del control postpenitenciario de personas exinternas con trastorno mental grave se ciñe a dos posibilidades concretas: o la vía de la incapacitación, de acuerdo con la cual se le declararía incapaz de gestionar sus bienes y su propia persona; o la vía del internamiento judicial, requiriendo al Juez o Tribunal el internamiento en un centro hospitalario o similar, adecuado, como una medida con notas de provisionalidad y brevedad (Magro, 2015). La cuestión problemática, en muchas ocasiones, es la falta de justificación para que cualquiera de las dos últimas opciones sean de legítima aplicación, sin existir una opción que sea intermedia, que sería la de un tratamiento periódico y continuado. Como bien indica Magro (2015), en el año 2004, ya se dio un intento de regular la cuestión de personas con trastorno mental grave que no tienen adherencia al tratamiento, ya sea por una negativa rotunda a tomarlo, o por poseer una nula conciencia acerca de su enfermedad psíquica. Con el fin de paliar esta situación, se comenzó a tramitar un proyecto de ley o “iniciativa legislativa” que se

terminó publicando en el Boletín Oficial del Estado, con el propósito de regular, de algún modo, los tratamientos involuntarios para personas que padecieran una enfermedad mental, ubicados en términos legales en la Ley de Enjuiciamiento Civil (artículo 763), y evitar que se produzca el fenómeno de las “puertas giratorias”, con ingresos y salidas constantes de medios penitenciarios (Magro, 2015).

No obstante, el planteamiento de Magro se centra en profundizar más, en no limitarse a forzar el tratamiento farmacológico, y en avanzar hacia un “tratamiento integral sanitario”, que, acorde con este autor, posibilite dispensar una atención y seguimiento constante por parte de los departamentos de salud mental de los centros sanitarios, maximizando el compromiso para con el paciente (2015, p.3), ya que, al fin y al cabo, por su condición psicopatológica, no dejan de ser personas con una probabilidad de descompensación psíquica, que comporta cierto riesgo para su persona, para su entorno, y para la comunidad en conjunto.

La legitimación jurídica que justifica el tratamiento ambulatorio no voluntario puede hallarse, como apunta Magro (2015), entre otros lugares, en los artículos 96.2. 11ª, 100.1, 101.1, 104.2, y en la Disposición Adicional Primera del Código Penal español, como una medida alternativa y menos grave a aplicar, en lugar del internamiento.

Igualmente, el Tribunal Constitucional se pronuncia sobre la necesidad de contar con el consentimiento del afectado para la aplicación justa y ética del tratamiento ambulatorio involuntario en la sentencia 120/90, subrayando que la propia Constitución Española, en su artículo 15, alberga el derecho a la vida, así como a la integridad física y moral de las personas, salvaguardando a la persona de intromisiones indebidas de ajenos que intentan lesionar su persona, o de intervenciones sobre esta sin su consentimiento (Magro, 2015).

Así, el tribunal entiende que al imponer un tipo de atención asistencial-médica a una persona en contra de lo que desea, puede estar resultando afectado este derecho, a excepción de que posea legitimación constitucional para llevarse a cabo, siempre que concurren una serie de requisitos: (i) a tenor de la obligación estatal de asegurar la protección de la salud recogida en el artículo 43 de la Constitución Española, la medida impuesta que esté restringiendo este derecho fundamental debe revestir carácter de necesidad para alcanzar el objetivo deseado, que se circunscribe en curar al enfermo; (ii)

que haya una relación de proporcionalidad entre la situación asistencial a la que se le somete a la persona y el derecho lesionado; y (iii) que, ante todo, se tenga presente y se respete siempre la esencia de dicho derecho a la vida, a la integridad, a la dignidad, y a la libre determinación del enfermo implicado (Magro, 2015).

No obstante, se podría hallar amparo legal para la aplicación de este tipo de medidas en caso de personas con trastorno mental sin su aprobación, como queda reflejado y recogido en el artículo 7 del Convenio relativo a los Derechos Humanos y a la Biomedicina, de 4 de abril de 1997 (Ferreirós, 2006): “La persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprenda procedimientos de supervisión y control, así como los de recurso.”

Así, una vez contemplada la legitimación legal que habilitaría la imposición de este tipo de medidas en caso de necesidad, cabe remarcar que es habitual hallar situaciones en las que, el Juez o Tribunal sentenciador, tras un análisis de los informes que le remiten los establecimientos psiquiátricos – previa propuesta del/de la Juez de Vigilancia Penitenciaria -, y diversas reconsideraciones previas, detecte la posibilidad de cambiar la situación, ya sea sustituyendo la medida de seguridad por otra alternativa más conveniente para la persona afectada; o bien suspendiendo la ejecución de esta al detectar que los resultados de su aplicación son desfavorables; o bien cesándola si se estima que el nivel de peligrosidad futuro (fundamento que determina la imposición de una medida de estas características) ha desaparecido; situaciones que están ampliamente reguladas en el propio Código Penal, en el artículo 97 (Ferreirós, 2006).

Sin embargo, puede suceder que la preocupación surja cuando se aproxima la finalización del cumplimiento de la medida, y la consecuente salida del centro del paciente, sin que se haya logrado una estabilización psicopatológica suficiente que permita su reincorporación en la comunidad con niveles de seguridad bajos respecto de su probabilidad de reincidencia (Magro, 2015). En este caso, el amparo legal es semejante, pues la Disposición Adicional Primera del citado código recoge la posibilidad de que, si se ha declarado a priori la inimputabilidad de la persona por entenderse de aplicación las causas contenidas en los apartados 1 y 3 del artículo 20 del Código Penal,

la Fiscalía pueda impulsar la declaración de incapacidad de dicha persona, e incluso el dictamen de internamiento bajo el régimen civil en un establecimiento adecuado para sus circunstancias psíquicas. Esta posibilidad, que es la única legalmente aplicable, y la más idónea en caso de que haya transcurrido ya el periodo de cumplimiento de la medida de seguridad impuesta a la persona interna con enfermedad mental, trata de confrontar la tesitura en la que, de otro modo, se hallarían las personas de este colectivo: en plena libertad, y en ausencia de cualquier clase de atención médica y, en definitiva, asistencial (Magro, 2015).

En todo caso, se pone de relieve que la imposición del tratamiento ambulatorio involuntario, como única metodología de seguimiento (forzado, además) de la persona exreclusa con enfermedad mental ha desembocado en una infinidad de argumentos en contra de dicha medida (Bazelon Center, 1999, como se cita en Ferreirós, 2006), especialmente, si, de cara a la reinserción social, y como plantea la OMS (Ferreirós, 2006, p.16), una de las variables que mejor garantiza la adhesión al tratamiento es “la intervención negociada del paciente en el tratamiento”, así como “la relación de confianza médico-paciente (alianza terapéutica)”. Entre otros, algunos de los argumentos de mayor peso sostenidos por las posturas en contra de la adopción de esta medida son, de acuerdo con Ferreirós (2006):

- (i) El tratamiento ambulatorio no voluntario no puede emplearse para subsanar la falta de servicios asistenciales y comunitarios adecuados y eficientes.
- (ii) La implantación de estas medidas conlleva costes y esfuerzos excesivos.
- (iii) El tratamiento ambulatorio no voluntario erosiona y degrada la relación paciente-especialista.
- (iv) La justificación y los motivos subyacentes a la implantación de esta clase de regímenes son inciertos, y cabe la posibilidad de que se vulneren los derechos civiles de la persona afectada.
- (v) De esta forma, no se trabaja la conciencia de la enfermedad con un especialista.
- (vi) Puede llegar a ser la única vía conocida, y convertirse en la acomodada como método de acceso a los servicios asistenciales.

En definitiva, se asegura que la imposición de medidas dictaminadas judicialmente, por cuenta propia, y sin el agregado asistencial, no conduce a resultados merecedores de ser perpetuados (Ferreirós, 2006).

4.3 Deficiencias, Vulnerabilidades y Alternativas

Pese a que han transcurrido aproximadamente tres décadas desde que se llevó a cabo en España una remodelación del sistema psiquiátrico, con la subsiguiente incorporación de un elevado número de profesionales dedicados a la dispensa de servicios sanitarios para este segmento de población, y con la subsidiaria renovación de la percepción social sobre la persona enferma mental, la asistencia psiquiátrica que se brinda a estas personas sigue careciendo de equipos, instrumentos y recursos humanos suficientes y válidos para poder abordar debidamente su rehabilitación terapéutica, y lograr una reinserción social eficiente (Hava, 2021). Pero, lo cierto es que los limitados recursos económicos y humanos, así como la precariedad de los servicios sanitarios de salud mental se destinan a pacientes que acuden con regularidad a las consultas médicas que, causal o casualmente, constituyen una tasa reducida. Todo ello tiene relación con, probablemente, la falta de conciencia sobre su estado mental y su necesidad de tratamiento, que genera, así, altas tasas de abandono de la toma de la medicación, con las esperables consecuencias que ello acarrea sobre la experiencia familiar y social de la persona enferma, así como sobre su probabilidad de verse inmersa, equivocadamente, en un sistema jurídico-penal, por actuaciones vinculadas a la omisión de atención sobre su trastorno, y no a su deseo de comisión de hechos delictivos, como indica Hava (2021).

La misma autora (Hava, 2021) apunta que el primer contacto de la persona enferma con el sistema penal le aboca a un inevitable e indebido ingreso en prisión. Todo ello lo justifica explicando que, en primera instancia, su estado de descompensación psicopatológica (por supuesto, teniendo mucha relación con esa escasez de recursos dispensados) la somete, y le lleva a involucrarse en actos delictivos (aunque no revistan especial gravedad). En segundo lugar, comenta que la canalización procesal de casos como este suele ser siempre el uso de procedimientos caracterizados por la celeridad en los trámites, como son los enjuiciamientos rápidos. Con mucha frecuencia, a estos casos judiciales se les pone término con la firma de una sentencia de conformidad, aceptada y

asumida por una persona en tales circunstancias, sin ser informada de los derechos que le asisten. Posteriormente, la detección de su enfermedad mental da lugar, habitualmente, a la suspensión de la ejecución de la condena privativa de libertad, y a la imposición de otras medidas sustitutivas, de obligado cumplimiento (según los artículos 83 y 84 del Código Penal), que, al ser incumplidas, como era de esperar, producen su encarcelamiento definitivo en un medio penitenciario (Hava, 2021).

Sin embargo, la misma autora ya advierte de que la tesitura en la que se hallan las personas debidamente diagnosticadas de un trastorno mental grave es igualmente precaria (Hava, 2021), dadas las limitadas plazas hospitalarias para personas con enfermedad mental, necesitadas de cuidados especiales, así como de la subsiguiente sobreocupación que existe en hospitales psiquiátrico-penitenciarios, por no existir otro método y lugar de canalización de casos de pacientes graves que deben cumplir una condena.

Otra de las grandes cuestiones problemáticas, y que deja entrever la debilidad del sistema de tratamiento ambulatorio para pacientes psiquiátricos/as, es el momento en el que se produce la suspensión o sustitución de la medida de seguridad privativa de libertad inicialmente impuesta, cuando se aprecia que la situación de peligrosidad que fundamentó su dictamen ha disminuido, o desaparecido. Ahí, precisamente, es cuando resalta la limitada cantidad de recursos existentes a nivel comunitario destinados al tratamiento ambulatorio de la persona enferma, lo que puede generar situaciones de internamiento indebidamente justificadas, o, directamente, injustificadas, propiciando, a su vez, la sobreocupación de los hospitales psiquiátrico-penitenciarios (Hava, 2021).

En definitiva, Hava (2021) advierte de que, tanto en la situación en la que la persona con trastorno mental grave cumple la condena impuesta judicialmente, como en aquella en la que se transcurre la duración máxima de la medida de internamiento dictaminada por el Juez o Tribunal, a la hora de reincorporarse a un entorno comunitario normalizado, la persona exreclusa- que no se olvide que sigue padeciendo una enfermedad psíquica de relevancia y trascendencia notorias de cara a su reinserción social - se ve, por una parte sola; se ve abandonada por el sistema asistencial público de salud mental, lo cual no propicia una adecuada adherencia al tratamiento prescrito; y, por otra parte, y sumado al abandono que, en múltiples ocasiones, sufre por parte del entorno socio-familiar (que por falta de medios o por no desearlo) que se aleja y se desinteresa por su situación, todo ello confluye en el denominado “síndrome de las puertas

giratorias”, que se materializa en constantes y continuos reingresos y salidas de medios penitenciarios o penitenciario-psiquiátricos.

En la propuesta de Magro (2015), se reitera la misma idea de que es esperable que la persona exinterna recaiga y vuelva a acceder al círculo de la reincidencia delictiva, tomando en consideración que, a menos que haya un entorno familiar, una sociedad, y unos servicios públicos dispensados por la Administración sanitaria, la probabilidad de que se abandone la toma de la medicación y no se sigan las pautas farmacológicas es elevada. Así, una docente de la Universidad de Alicante, referente en al ámbito en cuestión, insiste en que se trata de un problema que debe abordarse desde una perspectiva multidimensional, en tanto que en la ecuación hacia la reinserción normalizada se ven implicados multitud de sectores, áreas, así como actores sociales (Magro, 2015).

De esta forma, una de las propuestas que se plantea, partiendo desde este enfoque, consiste en erigir nuevos centros con especialización en este ámbito, asumiendo el coste tanto el Ministerio del Interior, como las correspondientes Consejerías de Justicia o Departamentos de la Administración de Justicia especializadas en materia legal. Su función implicaría la ejecución de un cribado entre las personas penadas con enfermedad mental grave de los diversos centros penitenciarios españoles, con el objetivo de detectar, a través de informes médicos, la previsibilidad de no poder lograr que el/la paciente-interno/a salga del centro en condiciones óptimas de autogestión de su persona, manteniéndose el riesgo de comisión delictiva, sin estar en condiciones de adaptarse a una vida “normalizada” (Magro, 2015).

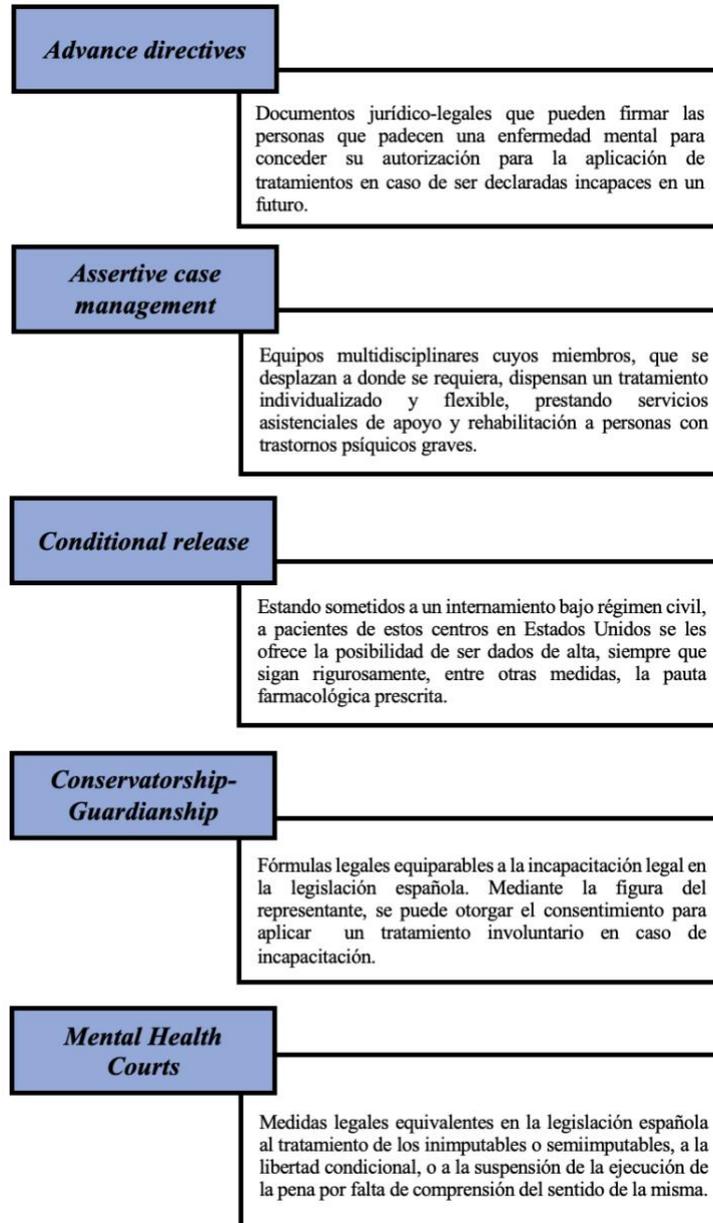
Se sugiere la participación activa, de este modo, del Ministerio Fiscal, permaneciendo en constante interlocución con los/as profesionales sanitarios/as – particularmente, de Medicina – de los centros penitenciarios, para poder valorar, en fechas próximas a la concesión de la libertad de la persona exinterna, si se aprecian o no estabilidad psicopatológica y unos niveles de autonomía suficientes para que, una vez reinsertada en la vida comunitaria, pueda continuar con la misma, autogestionándose adecuadamente. En caso contrario, propone que, como alternativa a un internamiento judicial, o a un tratamiento ambulatorio involuntario, se desdoblase las opciones en dos posibles: o bien decretar un internamiento civil, o acudir a un centro especializado en la gestión de esta situación, como se ha abordado anteriormente (Magro, 2015).

De hecho, profesionales de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Cataluña (Magro, 2015) recomiendan que el tratamiento que se dispensa a las personas internas con patologías psíquicas fuese semejante al que promueve el sector civil de la Psiquiatría, debiendo asumirse la necesidad de contar con una mayor proporción de recursos humanos sanitarios, así como asistenciales, de índole extrapenitenciaria, de manera que se pudiera optar por cambiar del régimen penitenciario ordinario a uno con estos rasgos a personas reclusas a las que se les percibiese con una probabilidad más elevada de reinserción eficiente y de rehabilitación. Hacen hincapié, así, en la necesidad de una vinculación mayor, más sólida y de mayor reciprocidad entre la Psiquiatría sita en los medios penitenciarios, y servicios psiquiátricos dispensados por la Red pública de Salud Mental, a nivel estatal (Magro, 2015).

Es fundamental no quedarse estancada en el punto de partida, y asumir que hay, internacionalmente, multitud de alternativas que pueden adaptarse al contexto concreto, y, sobre todo, a la legislación de cada Estado, así como al funcionamiento de los servicios de salud públicos propios. Ferreirós (2006) así, pone de relieve algunos de los tratamientos más punteros, y aquellos que están más en boga en diferentes países (Figura 4).

Figura 4:

Cuadro resumen de diferentes tipos de tratamientos alternativos al tratamiento ambulatorio involuntario.



Nota. Adaptado de *Formas de Tratamiento Asistido en la Comunidad*, de Ferreirós, 2006, p. 18. El Tratamiento Ambulatorio: Cuestiones Legales y Prácticas.

5. Análisis de las Herramientas de Evaluación de Riesgo de Reincidencia actuales

5.1 Concepto

5.1.1 Peligrosidad versus Riesgo de Violencia

En el ámbito de la prevención de la violencia y del riesgo de reincidencia se han venido incluyendo e incorporando novedosas técnicas de evaluación, cuyo funcionamiento tiene como finalidad la valoración probabilística, o probabilidad de ocurrencia de conductas violentas en un contexto futuro, y cuya repercusión se extiende más allá del entorno asistencial-sanitario, llegando a ser de interés en contextos jurídico-penales. La estimación del riesgo de comportamientos reincidentes tiene aplicaciones jurídico-forenses directas y lógicas, como pueden ser la valoración de la necesidad de aplicación de tratamientos, la concesión de permisos en el medio penitenciario, la evaluación de modificación del régimen penitenciario, o la valoración de concesión de la libertad condicional, entre otros. En definitiva, la gestión del riesgo en diversos contextos profesionales necesita de procedimientos de valoración tales para poder ser de utilidad (Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010; Bello, 2014).

Dimanante de un proceso de comprensión global y de conocimiento en profundidad de las situaciones vinculadas a la violencia, en las últimas dos décadas se han producido avances significativos en materia de creación de nuevas estrategias y técnicas de pronóstico, y predicción de comportamiento violento. Una de las más trascendentes novedades ha sido la sustitución del término “peligrosidad” por la locución “riesgo de violencia”, con la consecuente elaboración de herramientas específicas para su estimación (Andrés-Pueyo y Redondo, 2007, como se cita en Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010). No obstante, a raíz de la etiología múltiple, de la violencia y de lo inhabitual que es que acontezcan sucesos de considerable agresividad, la predicción del riesgo de comportamientos violentos se ha tornado un aspecto complejo de atajar. En esta línea, a nivel nacional, los profesionales que se dedican a cometidos como este no hacen uso, frecuentemente, de instrumentos para tal fin, como pueden ser los protocolos de valoración del riesgo de comportamientos violentos (Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010).

La forma más común de hallar la valoración del riesgo es en el formato de “diagnóstico de peligrosidad” futura, que, aun recibiendo múltiples críticas, es una fórmula muy habitual en contextos penitenciario-legales, además de ser el fundamento

teórico para la imposición de las medidas de seguridad (Carrasco y Maza, 2005, como se cita en Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010). Así, el término “peligrosidad” alude a la proclividad o predisposición de una persona a involucrarse en actuaciones violentas. Puede discernirse, igualmente, entre su vertiente criminal, al hacer referencia al riesgo de cometer nuevos actos delictivos violentos que se puede apreciar en una persona que ya ha delinquido con anterioridad; y su vertiente social, si hace referencia al riesgo percibido en sujetos que aún no se han visto inmersos en actividades delictivas. Esta noción, adicionalmente, se ha interconectado históricamente con los trastornos psíquicos severos, así como con el historial delictivo, y el grado de adaptación social que tiene el sujeto (Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010). Sin embargo, y más allá del contexto en el que se inserte, se percibe la peligrosidad como la variable que mejor predice la conducta violenta a futuro, de acuerdo con estos dos últimos autores (Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010).

El problema nace, no obstante, en el momento de llevar a cabo dicho pronóstico, y el tipo de respuestas que genera. Esto es, mientras que la peligrosidad da lugar a decisiones polarizadas (de clase todo/nada) y es inespecífica (no clarifica en torno a qué tipo de conductas hay peligro), el riesgo de violencia futura es una variable flexible, dinámica, y específica (se concreta el riesgo de que suceda un tipo de violencia en particular), lo que implica que las decisiones de cualquier índole que se tomen al respecto tienen margen de graduación y revaloración por parte del profesional que las estime, sobre todo, tomando en consideración que, al contrario que la peligrosidad - cuyo objetivo es la averiguación de la etiología del acto delictivo - , la valoración del riesgo analiza los factores de riesgo asociados a la conducta (Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010; Bello, 2014).

Andrés-Pueyo y Echeburúa (2010) advierten de que analizar la peligrosidad como el origen del comportamiento violento implica una capacidad predictora reducida, y, asimismo, origina dos tipos de equivocaciones o errores clínico-forenses: falsos negativos (al clasificar al individuo como no peligroso y terminar éste delinquirando nuevamente), y falsos positivos (al identificarlo como peligroso, y no cometer verse involucrado éste, finalmente, ninguna conducta violenta).

En definitiva, Andrés-Pueyo y Echeburúa (2010, p.404) aconsejan que: “es preferible valorar el riesgo a diagnosticar peligrosidad”, y todo ello resulta de comprender que atribuir esta condición, la peligrosidad, a un individuo, implica atajar el problema con

medidas de contención, de forma puntual y concreta en el tiempo, ya sea mediante el control de la situación, o a través del tratamiento de índole terapéutica. Aunque, a su vez, no se brinda al profesional con las herramientas suficientes y necesarias para gestionar ese riesgo de actuación, y solo lo aborda empleando medidas de seguridad y de protección de las potenciales víctimas (Andrés-Pueyo, 2009, como se cita en Bello, 2014).

En lo concerniente a su repercusión y utilidad, Andrés-Pueyo y Redondo (2007) puntualizan que el verdadero y lógico interés en la tarea de predicción del riesgo se centra en eludir su reaparición. Más allá, los mismos autores detallan el para qué de evaluar el riesgo de reincidencia delictiva, desglosándolo en determinados objetivos (Andrés-Pueyo y Redondo, 2007):

- (i) Dirigir y orientar al profesional en su misión por predecir el comportamiento violento futuro, dado que se ha constatado la reducida validez y fiabilidad que comporta el dejarse guiar por la discrecionalidad durante el proceso de valoración.
- (ii) Reforzar la uniformidad y solidez de las decisiones tomadas, al contemplar protocolos verificados empíricamente de recogida de datos destacables y relevantes sobre la bibliografía del destinatario, sobre su situación clínica, y otros cuantos factores de riesgo y de protección pertinentes para pronosticar el comportamiento futuro de dicho sujeto.
- (iii) Potenciar la claridad durante el proceso de toma de decisiones, al disponer de un registro del itinerario a seguir durante la estimación del riesgo futuro.
- (iv) Salvaguardar los derechos que les corresponden tanto a las víctimas como a los victimarios, llevando a cabo un análisis de las decisiones tomadas bajo el respeto a dichos derechos.

5.2 Aplicación y Fundamentos Básicos

La evaluación del riesgo de violencia, y en este caso, del comportamiento violento reincidente, debe tener como base, no solo las intuiciones de carácter clínico, sino también los datos empíricos. De esta forma, la metodología de recogida de información y el

proceso de toma de decisiones acerca del pronóstico, se pueden atajar por medio de tres tipos de herramientas: instrumentos clínicos no estructurados, instrumentos actuariales, e instrumentos de Juicio Profesional Estructurado. El denominador común de todos es el proceso de toma de decisiones de futuro, partiendo de la evaluación de factores de riesgo y factores de protección para cada conducta delictiva concreta (Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010).

5.2.1 Valoración de Tipo Clínica No Estructurada

De acuerdo con Andrés-Pueyo y Echeburúa (2010), este tipo de método de evaluación está fundamentado íntegramente en el análisis del historial clínico y de los diagnósticos psicopatológicos del interno. El proceso de toma de decisiones sobre el comportamiento esperado a futuro se caracteriza por ser un juicio clínico subjetivo y discrecional. Se considera que su fiabilidad interjueces es reducida (Andrés-Pueyo y Redondo, 2007) y, que hace presunciones erróneas acerca de la conducta pronosticada, ya que contempla las carreras delictivas como fenómenos estáticos e inmodificables. Uno de los mayores hándicaps de esta estrategia es que hay una libertad de criterio muy amplia entre el personal evaluador, todo ello añadido al obstáculo que supone la falta de normas estables y nítidas de cara a tomar una decisión (Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010; Bello, 2014). Además, la sustentación teórica de herramientas de este tipo es más bien reducida y endeble (Andrés-Pueyo y Redondo, 2007; Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010).

5.2.2 Valoración de Tipo Actuarial

Bello (2014) y Andrés-Pueyo y Echeburúa (2010) coinciden en que las herramientas de tipo actuarial tienen detrás un fundamento matemático. Están caracterizadas por su objetividad, y por ser creadas *ad hoc* para la ocasión, cuyos datos se extraen, principalmente, de la historia personal del individuo, registrada desde dos posibles fuentes de información: o bien a través de la realización de entrevistas a profesionales relevantes o a las propias personas internas para proporcionar dicha información, o bien sirviéndose de expedientes, carpetas de información, etc. Posteriormente, la información debe ser clasificada según su relevancia para valorar el riesgo, haciendo uso de técnicas matemáticas, que den como resultado final una probabilidad de reincidencia en formato de puntuación concreta (Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010).

Según Litwack (2001, como se cita en Bello, 2014), las fórmulas empleadas en procedimientos como este tienen como base determinar la presencia/ausencia de variables o factores de riesgo que, en un momento anterior de investigación, se han clasificado como promotoras de conductas violentas, y se han vinculado al riesgo de reincidencia. Sin embargo, este cribado puede dejar fuera factores de riesgo que contribuyen a la aparición del hecho delictivo, al no haber sido identificados por el/la profesional evaluador/a. Asimismo, no es infrecuente que las herramientas de tipo actuarial no incorporen factores de riesgo dinámicos en su valoración de la probabilidad futura de reincidencia delictiva (Bello, 2014).

Lo cierto es que, como bien indican Andrés-Pueyo y Echeburúa (2010), la valoración del riesgo, con instrumentos de índole actuarial, se realiza para un periodo concreto de tiempo, dirigido a una población específica, y todo ello enmarcado en un contexto sociocultural determinado. En su afán por pronosticar la conducta futura de los individuos, estiman que se debe tomar como base la combinación de variables de riesgo que condicionó y propició que surgiera en un tiempo pasado, añadiendo las variables que en el presente son relevantes, a fin de que se potencie la precisión en la predicción del comportamiento (Andrés-Pueyo y Redondo, 2007; Harris y Rice, 2007; Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010, como se cita en Bello, 2014). Adicionalmente, se resalta el hecho de que las reglas de determinación de la conducta futura son aplicadas en investigaciones grupales, a diferentes individuos, dando lugar a mayor probabilidad de error, a medida que la heterogeneidad del grupo en cuestión sea mayor (Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010; Bello, 2014).

5.2.3 Valoración a través del Juicio Profesional Estructurado

Las técnicas de Juicio Profesional Estructurado aúnan el método base del procedimiento clínico (que necesita de las decisiones del evaluador respecto a los factores de riesgo y a su *expertise* en torno a la violencia) y del actuarial (con la recopilación y análisis de datos empíricamente contrastados que sirvan para predecir), acorde con Andrés-Pueyo y Echeburúa (2010) y Bello (2014). Se trata de un tipo de evaluación compleja que se sirve de las guías de valoración del riesgo nacidas de estudios de índole epidemiológica y de investigaciones clínicas, cuyo primer requerimiento es la necesidad de protocolización del proceso de valoración, y el segundo, la exigencia de formar a los

profesionales evaluadores (Andrés-Pueyo y Redondo, 2007, como se cita en Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010).

La metodología recurre al análisis de aquellos factores de riesgo o variables predictoras que han sido vinculadas al riesgo de violencia, y de reincidencia tanto general, como violenta, de forma que son, después, verificados empíricamente mediante el protocolo de la guía de valoración del riesgo. Dichas guías pueden responder a una gran diversidad de clases de violencia, pero todas tratan de apoyar al profesional en sus decisiones, de cara a predecir una conducta violenta futura (Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010; Bello, 2014). En términos generales, todas las guías se diseñan con el fin de poder predecir una consecuencia específica y gestionar el riesgo que comportará, para un segmento de población concreto, en un momento espaciotemporal particular (Hilton et al., 2006, como se cita en Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010).

Así, respecto al procedimiento clínico no estructurado, se produce la inclusión, en la valoración del riesgo, de variables dinámicas, poniendo de relieve que la evaluación del riesgo de reincidencia constituye un proceso de continuidad, y que no termina cuando se llega a una decisión concreta en el tiempo, para ese periodo específico (Douglas y Kropp, 2002, como se cita en Bello, 2014). Además, la estimación de la presencia e intensidad tanto de los factores dinámicos, como de los estáticos, permite, respecto de otros procedimientos, eludir sesgos introducidos típicamente por el evaluador al tomar decisiones clínicas, evitando que trabaje por impulsos, intuiciones, o indicios notorios (Andrés-Pueyo y Redondo, 2007), y permitiendo alcanzar diferentes conclusiones, como: a) sugerir estrategias de gestión del riesgo adaptadas al contexto e individuos puntuales; b) dar comienzo a métodos preventivos de cara a comportamientos violentos futuros; c) iniciar la elaboración de planes de protección específicos de las posibles víctimas; y d) desarrollar planes de tratamiento específicos para diferentes perfiles de agresores, constituyendo, todas esas decisiones, un plan de gestión del riesgo de reincidencia futura (Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010).

5.3 Tipos de Herramientas

La valoración del riesgo en población penitenciaria es un fenómeno que comienza desde las décadas de los 80 y 90 del siglo pasado, pese a que las primeras investigaciones se emprendieran diez años antes, por profesionales como Burgess (Burguess, 1928, como se cita en Nguyen et al., 2011). Desde hace 20 años, en especial, las técnicas y estrategias de evaluación del riesgo adquieren relevancia de manera exponencial, a pesar del reducido número de estudios que se habían desempeñado hasta el momento, y que constituían las actuaciones más pioneras al respecto, como, por ejemplo, las llevadas a cabo por: Steadman y Coccozza, 1980; Steadman y Keveles, 1972; Thornberry y Jacoby, 1979; Kozor, Boucher y Garófalo, 1972; Litwack y Schlesinger, 1987; Prins, 1988; Scott, 1977; Dix, 1980; Ennis y Litwack, 1974 (Douglas, Hart, Webster, Belfrage, Arbach-Lucioni y Andrés-Pueyo, 2015). No obstante, las escalas y los diversos instrumentos de valoración del riesgo adolecían de no haber sido testados en cuanto a su efectividad, mientras también era cuestionada la validez de los factores de riesgo determinantes para estimar el riesgo futuro.

La tendencia sostenida en el tiempo dio un giro drástico al aumentar el interés y la motivación científica y social por investigar, lo que dio lugar a una mayor abundancia de material empírico que poder emplear para contrastar y verificar criterios y factores (Douglas et al., 2015). Así, como bien apuntan estos autores, la evidencia empírica permitió reafirmar tres interrogantes: a) se consolidó la percepción de que los actos violentos no son un fenómeno aislado e infrecuente, sino una problemática social que se manifiesta en multitud de formatos, y que aparece en unos contextos con más frecuencia que en otros; b) se afianzó la validez de diferentes factores de riesgo que pueden predecir la conducta futura, basada en algunos atributos personales y psicológicos, o hábitos, como puede ser el consumo de sustancias tóxicas; y c) se constató la validez empírica de los diversos instrumentos de valoración de riesgo multifactoriales, que ya no introducían el sesgo de la intuición o experiencia del evaluador como base única de la evaluación.

Iniciado el nuevo siglo, los profesionales ya tenían a su disposición una gran variedad de herramientas para valorar la posibilidad de cometer actos violentos en un tiempo futuro, con fiabilidad y validez contrastadas, para cada contexto, tipo de violencia, destinatario, y momentos específicos (Douglas et al., 2015). Hanson (2005, como se cita en Bello, 2014) recalca que los avances de las recientes dos décadas pasadas han

permitido que, habiendo progresado en el estudio de las variables de riesgo y de protección que gradúan el comportamiento delictivo, se hayan logrado elaborar herramientas en formato de escalas, protocolos, pruebas y guías de evaluación del riesgo de reincidencia, con competencia y capacidad suficientes para valorar la posibilidad de que se produzca un nuevo delito.

Respecto a su utilización, Nguyen et al. (2011) recalcan que los programas de predicción de la reincidencia en el medio penitenciario se han venido aplicando de manera sistemática en países anglosajones como Estados Unidos, Canadá, o Reino Unido, donde, de hecho, se produjo la elaboración de la mayoría de ellos (Esbec y Fernández, 2003; Andrés-Pueyo y Redondo, 2007; Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010, como se cita en Bello, 2014). Algunas de las que se emplean de forma rutinaria y continua en estas regiones, según Nguyen et al. (2011) son: el *Level of service-revised* (Lsi-r, Andrews y Bonta, 1995), el *offender Assessment system* (oAsys, home office, 1999), o el *Correctional offender management Profiling for Alternative sanctions* (ComPAs, Brennan y Olive, 2000), entre otras.

Por el contrario, en nuestro territorio, pese a que se disponga de algunos instrumentos para tal efecto, no es habitual su aplicación en contextos forenses, sanitarios, ni penitenciarios, aunque se estén comenzando a emprender proyectos de elaboración de herramientas que valoren el riesgo futuro (Nguyen et al., 2011). Aun así, se estima que las reducidas herramientas disponibles incluyen la ponderación de todos los factores de riesgo y de protección empíricamente vinculados con la valoración de la reincidencia delictiva (Singh y Fazel, 2010; Andrews y Bonta, 2010; Shawn, 2011, como se cita en Bello, 2014). Andrés-Pueyo, Arbach-Lucioni y Redondo (2009, como se cita en Nguyen et al., 2011) destacan que, por ejemplo, en la Comunidad Autónoma de Cataluña se diseñó un instrumento para valorar la probabilidad de distintos tipos de reincidencia en población reclusa: violencia endógena, violencia intra-institucional, reincidencia violenta, y quebrantamiento de la condena. Este protocolo, nombrado “RisCanvi”, abarca la ponderación de diversos factores de riesgo que se han vinculado, de acuerdo con las referencias literarias criminológicas, con la posibilidad de involucrarse en conductas delictivas y violentas, y es un instrumento que, en fechas actuales, se está aplicando de forma rutinaria en centros penitenciarios de esta zona.

Sin embargo, ampliando el foco de atención, a nivel nacional existen una amplia variedad de instrumentos de evaluación del riesgo de reincidencia, que pueden dividirse en base al criterio de la especificidad de la conducta cuya aparición se pretende pronosticar (Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010). De este modo, existen algunas herramientas más generales, que intentan valorar la posible ocurrencia de violencia física severa en población penitenciaria, y población psiquiátrica forense, como: la *Assessing Risk por Violence* o Escala de Evaluación del Riesgo de Violencia (HCR-20, de Webster et al., 1977), la *Psychopathy Checklist-Revised* o Listado de Psicopatía Revisado (PCL-R, de Hare, 1991), o la *Violent Risk Appraisal Guide* o Guía de Valoración de Riesgo de Violencia (VRAG, de Harris, Ricem y Quinsey, 1993, 2008; Quinsey et al., 1998), como mencionan Andrés-Pueyo y Echeburúa (2010) y Bello (2014).

Por otra parte, también se han configurado y elaborado instrumentos especificados para tipos de violencia, actividades delictivas, o destinatarios concretos. De esta forma, es posible hallar herramientas para la delincuencia juvenil, tal como la *Structured Assessment of Violence Risk in Youth* (SAVRY, de Borum et al., 2003), como apunta Bello (2014). Igualmente, se han diseñado instrumentos técnicos de valoración del riesgo para tipos delictivos concretos, como violencia contra la pareja, tales como la *Spousal Assault Risk Assessment Guide* (SARA, de Kropp, Hart, Webster y Eaves, 1995), o la Escala de Predicción de Riesgo de Violencia Grave contra la Pareja (EPV, de Echeburúa, Fernández- Montalvo, Corral y López-Goñi, 2009); o contra la violencia sexual, como la *Guide for Assessment of Sexual Risk Violence* (SVR-20, de Boer, Hart, Kropp, y Webster, 1997), como bien indica Bello (2014).

Esbec (2003, como se cita en Andrés-Pueyo y Redondo, 2007) resalta que, a raíz del diseño y aplicación extendida de estas herramientas, el cometido de la predicción del riesgo futuro que se venía realizando en contextos penitenciarios y clínicos se ha visto reforzado notoriamente. Así, se ha producido la adaptación de diversas herramientas al contexto de la población penitenciaria española, y otras muchas diseñadas en el propio territorio (Tabla 3).

Tabla 3:

Principales instrumentos y herramientas de evaluación del riesgo de reincidencia.

HERRAMIENTA	CLASE	PROPIEDADES	FINALIDAD	DESTINATARIO	CONTEXTO DE APLICACIÓN
HCR-20	Juicio Clínico Estructurado	Escala de 20 ítems estáticos y dinámicos. Agrupación de ítems históricos, clínicos y de gestión del riesgo futuro.	Valoración del riesgo de conducta violenta.	Pacientes psiquiátricos y delincuentes adultos.	Forense, penitenciario y clínico.
VRAG	Actuarial	Instrumento compuesto por 12 ítems de heterogénea naturaleza. Ponderación de factores de riesgo.	Valoración de riesgo de conducta violenta grave.	Adultos con patología psíquica o historial delictivo.	Forense, penitenciario y clínico.
COVR	Actuarial	Instrumento de Software con valoración de 40 ítems de riesgo. Incluye factores personales, históricos, contextuales/sociales y clínicos.	Valoración de violencia física grave.	Pacientes psiquiátricos.	Forense, penitenciario y clínico.
PCL-R	Juicio Clínico Estructurado	Listado de 20 ítems obtenidos después de una entrevista semiestructurada, aunados en dos factores.	Valoración de presencia/ausencia de psicopatía. Valoración de ingreso y tratamiento.	Adultos con historial delictivo o de violencia.	Forense, penitenciario y clínico.
LSI-R	Juicio Clínico Estructurado	Instrumento compuesto por 54 ítems para medir 10 áreas consideradas de riesgo.	Valoración y predicción del riesgo de reincidencia general, violenta y sexual.	Adultos delincuentes.	Forense y penitenciario

Nota. Adaptado de “Predicción de la Violencia: entre la Peligrosidad y la Valoración del Riesgo de Violencia” (p.167), por S. Redondo y A. Andrés-Pueyo, 2007, Papeles del Psicólogo 28(3); y “Valoración del riesgo de violencia: instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación” (p.406), por A. Andrés-Pueyo y E. Echeburúa, 2010, Psicothema, 22(3).

Tabla 3:

Principales instrumentos y herramientas de evaluación del riesgo de reincidencia (continuación).

HERRAMIENTA	CLASE	PROPIEDADES	FINALIDAD	DESTINATARIO	CONTEXTO DE APLICACIÓN
SAQ	Psicométrico	Instrumento compuesto por 72 ítems de autoinforme.	Valoración y predicción del riesgo de reincidencia general. Valoración de ingreso, tratamiento, clasificación y medidas pre-post tratamiento.	Adultos delincuentes violentos y no violentos.	Forense, penitenciario, clínico y judicial.
IGI-J	Juicio Clínico Estructurado	Escala de 42 ítems divididos en 8 factores de riesgo: delitos y sentencias judiciales; educación y empleo; pautas educativas; relación con amistades; consumo de drogas; ocio; personalidad y comportamiento; y actitudes, valores y creencias.	Valoración del riesgo de reincidencia, e identificación de objetivos de la intervención.	Adultos delincuentes.	Forense y penitenciario.
SAVRY	Juicio Clínico Estructurado	Escala de 30 ítems: 24 factores de riesgo agrupados en: históricos, sociales e individuales; y 6 de protección heterogéneos.	Valoración del riesgo de conducta violenta física, sexual y amenazas severas.	Pacientes psiquiátricos y delincuentes jóvenes de entre 14 y 18 años.	Forense y judicial.
SVR-20	Juicio Clínico Estructurado	Protocolo compuesto por 20 factores de riesgo, clasificados en funcionamiento psicosocial (factores clínicos), delitos sexuales (factores históricos) y planes de futuro (riesgo futuro).	Valoración del riesgo de comisión de delitos sexuales.	Pacientes psiquiátricos y delincuentes adultos acusados de delitos sexuales.	Forense, penitenciario y clínico.
SARA	Juicio Clínico Estructurado	Protocolo compuesto por 20 factores de riesgo: historial delictivo; historial de agresiones contra la pareja; adaptación psicosocial; y delito o agresión presente.	Valoración del riesgo de conducta violenta sexual o física grave contra la pareja o expareja.	Adultos acusados de delitos de violencia contra la pareja o expareja.	Forense, penitenciario y clínico.
EPV	Actuarial	Escala de 20 ítems categorizados en: datos individuales; relación en pareja; clase de conducta violenta; perfil del victimario; y vulnerabilidad de la víctima.	Valoración y predicción del riesgo de violencia severa u homicidio contra la pareja o expareja.	Adultos acusados de delitos de violencia contra la pareja o expareja.	Policial, judicial, penitenciario y forense.

Nota. Adaptado de “Predicción de la Violencia: entre la Peligrosidad y la Valoración del Riesgo de Violencia” (p.167), por S. Redondo y A. Andrés-Pueyo, 2007, Papeles del Psicólogo 28(3); y “Valoración del riesgo de violencia: instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación” (p.406), por A. Andrés-Pueyo y E. Echeburúa, 2010, Psicothema, 22(3).

5.3.1 Diferencias en Aplicación dependiendo del Destinatario: Personas Exinternas con o sin Enfermedad Mental Grave

De todas las herramientas mencionadas, son aquellas más inespecíficas las más idóneas para ser aplicadas en el paciente psiquiátrico forense, en términos generales (Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010; Bello, 2014), como la HCR-20 y la VRAG. Se trata de dos instrumentos de valoración del riesgo de diferente naturaleza: una de juicio profesional estructurado, y otra actuarial. Lo cierto es que, como señalan Andrés-Pueyo y Echeburúa (2010) prácticamente todos los instrumentos mencionados pueden ser aplicados en un contexto de pacientes mentales, si bien algunos de ellos están diseñados específicamente para valorar el riesgo de violencia o reincidencia para un tipo delictivo concreto, padezca o no el victimario un trastorno mental (Tabla 3).

En lo que concierne a su aplicabilidad y efectividad en personas exinternas con patología psíquica, se debe atender al hecho de que, gran parte de las variables predictoras son equivalentes y equiparables tanto para la población reclusa general, como para la población penitenciaria psiquiátrica (Bonta, Hanson y Law, 1998). De hecho, los factores de riesgo clínicos, y las valoraciones clínicas al respecto, contribuyen de forma mínima en la evaluación del riesgo de reincidencia general (Bonta, Hanson y Law, 1998), ponderándose el trastorno mental como una variable predictora débil del riesgo de reincidencia (Louden y Skeem, 2013), si se hace una comparación con otros con mayor capacidad predictora, como puede ser el abuso de drogas (Bonta et al., 1998, como se cita en Louden y Skeem, 2013).

Un punto deficiente por destacar es el modo en el que incide y repercute la formación del evaluador que aplica el instrumento en relación con la probabilidad de riesgo de reincidencia que se detecta u obtiene (Louden y Skeem, 2013). La percepción y prejuicios del evaluador que aplica la herramienta de valoración conlleva un sesgo de gran peso, dado que, la percepción del trastorno mental como una variable de riesgo contundente es directamente proporcional a la valoración de la persona delincuente con patología mental como un sujeto categorizado como de “alto riesgo”, especialmente cuando las escalas o instrumentos que se aplican siguen el procedimiento de juicio profesional estructurado, donde la decisión del profesional tiene una carga especial en la modificación o alteración del resultado final obtenido tras aplicarla, pudiendo llegar a considerar a un paciente-interno/a de “alto riesgo” por medio de la intuición o de indicios (Louden y Skeem, 2013). En la práctica, la valoración llevada a cabo por personal clínico

ha demostrado adolecer de precisión (Steadman y Coccozza, 1974; Thornberry y Jacoby, 1979, como se cita en Bonta, Hanson y Law, 1998), y se ha recomendado encarecidamente que prosiga la investigación y desarrollo de técnicas en esta área. En la misma línea, Dernevik (2004) insiste en la potencial problemática que supone que el personal evaluador del riesgo esté constituido por profesionales clínicos/as, ya que no han sido entrenados/as para valorar la posibilidad de un comportamiento delictivo o violento futuro. De hecho, la asunción de que el personal clínico tiene conocimientos suficientes para aplicar este tipo de herramientas correctamente descansa sobre la percepción de que patología psíquica y delincuencia están conectadas (Ennis y Litwack, 1974, como se cita en Dernevik, 2004).

5.3.2 Evaluación de Riesgo con la Herramienta HCR-20 V.3

Webster, catedrático de la Universidad de Simon Fraser, Canadá, con la colaboración de Belfrage, Douglas y Hart, y la financiación dispensada por el equipo clínico que conformaba entonces la “Comisión de Servicios Forenses Psiquiátricos de la Columbia Británica”, al que pertenecía Eaves, diseñó y dio nacimiento a la herramienta de evaluación de riesgo futuro *Historical, Clinical and Risk Management – 20*, que sería más adelante divulgada bajo las siglas “HCR-20” (Douglas et al., 2015, pp.29-30). La motivación inicial de este proyecto era configurar un instrumento que pudiera auxiliar a los equipos técnicos en su tarea de evaluación de riesgo, permitiéndoles emplear esta herramienta sistemáticamente en el ámbito de la valoración pre-sentencia, tanto para personas condenadas y consideradas penalmente responsables, como para aquellas regidas bajo el régimen de inimputabilidad a consecuencia del padecimiento de un trastorno psíquico (Douglas et al., 2015).

Fruto de aquella colaboración interprofesional surgió HCR-20, cuya primera publicación fue en 1995, y que actualmente se encuentra en su tercera versión, con ligeros cambios respecto al primer borrador. Así, de acuerdo con Douglas et al. (2015) sus principales características podían reducirse en:

- (i) Se centraba más que la prevención certera que en la predicción, tratando de proporcionar una guía para orientar caso por caso la gestión del riesgo, y no limitándose simplemente a categorizar.
- (ii) Se diseñó para ser aplicable de forma rutinaria en diversos contextos.

- (iii) Su fundamento teórico era sólido, y estaba erigido en torno a “revisiones sistemáticas de la literatura científica, clínica y legal” (Douglas et al., 2015, p.30).
- (iv) El procedimiento de aplicación o administración era flexible, y permitía la inclusión de factores de riesgo añadidos, que el profesional considerará de relevancia para el caso.
- (v) Insistía en que la decisión probabilística final exigía de un juicio experto, combinado con la información proporcionada por los diversos factores de riesgo contemplados, y no de una simple suma numérica, y de un punto de corte más típico de procedimientos actuariales.

Su concepción original aspiraba a contribuir a la evaluación del riesgo de violencia en el marco tanto institucional como comunitario, con el fin de coadyuvar en el proceso de toma de decisiones respecto al internamiento o la ubicación en una institución u otra, la reinserción social, el control y seguimiento una vez reinserta la persona en la comunidad, la gestión y planificación de la pauta farmacológica (de ser necesaria), etc (Douglas et al., 2015). Esto es, Webster y su equipo se esforzaron por lograr elaborar una herramienta aplicable en diversos contextos, donde prevalecían el psiquiátrico civil, el penitenciario, o el forense; y especialmente dirigida a diversos colectivos vulnerables como los internos con enfermedad mental severa, con trastornos de personalidad, o derivados del consumo abusivo de sustancias tóxicas (Douglas et al., 2015).

Esta herramienta para valorar el riesgo de violencia física, según Arbach y Andrés-Pueyo (2007), se estructura como una guía a través de la cual se orienta al profesional aplicador en su labor probabilística de estimar el riesgo de ocurrencia futura de un acontecimiento violento. Además, su uso está orientado a pacientes mentales y personas internas violentas, de acuerdo con Bello (2014), y es una de las herramientas probabilísticas más empleadas en contextos psiquiátrico-penitenciarios para evaluar el riesgo de conductas violentas futuras (Pueyo y Arbach, 2008, como se cita en Bello, 2014), ya que concede la posibilidad de personalizar la evaluación de cara a una gestión preventiva de la persona interna o exinterna con enfermedad mental (Arbach y Andrés-Pueyo, 2007). La guía la componen 20 factores de riesgo que han sido empíricamente vinculados al comportamiento violento (Guy et al., 2013, como se cita en Folino y Arbach, 2021; Douglas, Yeomans y Boer, 2005, como se cita en Arbach y Andrés-Pueyo,

2007), y se dividen en tres subescalas, evaluando factores de riesgo pasados, presentes y futuros, que son: las escalas Histórica, Clínica y de Gestión de Riesgo (Arbach y Andrés-Pueyo, 2007; Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010; Bello, 2014; Folino, 2018; Folino y Arbach, 2021). Asimismo, contempla factores de riesgo tanto estáticos como dinámicos, lo cual posibilita que la herramienta se utilice y aplique repetidamente, y en diferentes periodos de tiempo, permitiendo valorar los cambios que se hayan podido dar en las circunstancias contextuales y personales de la persona exinterna (Douglas y Webster, 1999, como se cita en Arbach y Andrés-Pueyo, 2007; Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010; Bello, 2014). De esta forma, las subescalas se dividen en tres ámbitos, como se ha mencionado con anterioridad:

La subescala histórica la conforman un total de 10 ítems, vinculados a historial de violencia y comportamientos antisociales, historial de trastornos mentales severos y adherencia al tratamiento, e historial de vivencias y experiencias traumáticas. Por su parte, la subescala clínica está compuesta por 5 ítems que versan sobre la situación vigente de la persona evaluada, y tratan de medir la sintomatología activa, el grado de *insight* respecto a la enfermedad padecida, la ideación de comportamientos hetero o autoagresivos, el grado de inestabilidad psíquica, y la adherencia al tratamiento. Por último, la subescala de gestión del riesgo pretende hacer un juicio probabilístico de una perspectiva de funcionamiento futuro en lo que concierne al uso de los servicios profesionales, el abandono o adherencia a la pauta farmacológica, y la capacidad de afrontamiento del estrés y de problemas futuros (Bello, 2014; Douglas et al., 2015; Folino, 2018). La valoración debe especificar si se hace para un contexto “in” o “out”, aludiendo a si se valora su funcionamiento futuro dentro de la institución en la que actualmente está interna la persona, o en el contexto comunitario (Arbach y Andrés-Pueyo, 2007; Folino, 2018; Folino y Arbach, 2021). De igual modo, se suele barajar un periodo de entre 3 y 6 meses de valoración del comportamiento futuro tras la salida del centro (Folino, 2018; Folino y Arbach, 2021).

Pero, ante todo, la esencia del instrumento reside en que permite discernir tres niveles de presencia del factor: ausente, parcialmente presente, o completamente presente (Douglas et al., 2015; Folino, 2018) y de relevancia de este: baja, media o alta (Folino y Arbach, 2021). También cabe clasificar el factor como “omitido”, si no se menciona en ninguna fuente de información (Bello, 2014). Asimismo, se puede evaluar el riesgo en diferentes estadios de gravedad y/o urgencia, sin hacer alusión a puntajes de corte

explícitos, distinguiendo entre riesgo bajo, medio o alto - también denominado “inminente” – (Arbach y Andrés-Pueyo, 2007; Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010; Folino y Arbach, 2021). Adicionalmente, cabe destacar que estas escalas valoran el riesgo en diferentes modalidades: el riesgo de violencia futura o prioridad del caso, riesgo de daño físico grave, riesgo de violencia inminente, revisión del caso, y otros riesgos que hayan podido detectarse en el transcurso de la evaluación (Douglas et al., 2015).

En lo que concierne a su administración, se recomienda emplear fuentes de datos con alto grado de fiabilidad, empleando para la cumplimentación de la escala, en primer lugar, registros de información del/de la paciente, tales como expedientes, informes o historiales clínicos; y, en segundo lugar, para corroborar el anterior registro, y finalizar la cumplimentación, entrevistas personales con el/la paciente, según Arbach y Andrés-Pueyo (2007). Bello, (2014), Folino (2018) y después, Folino y Arbach (2021), igualmente, sugieren completar y contrastar esa información con otras fuentes fiables, como podrían ser entrevistas a figuras de interés dentro de la vida del/de la paciente (familiares, amistades cercanas, profesionales que le traten con habitualidad, etc). Ahora bien, los propios creadores del instrumento recalcan la necesidad de un entrenamiento y conocimientos previos a la aplicación de este (Folino, 2018), y la familiarización con conocimientos técnicos y empíricos vinculados a la naturaleza y predicción de comportamientos violentos (Arbach y Andrés-Pueyo, 2007; Webster et al., 1997, como se cita en Bello, 2014).

El siguiente gran reto respecto a esta herramienta se centraba en valorar sus propiedades psicométricas, que fue uno de los cometidos donde mayor interés científico se depositó, tras la publicación de sus diversas versiones (Douglas et al., 2015). Aunque, lo cierto es que la vasta mayoría de investigaciones a este respecto se han ejecutado en países extranjeros como Estados Unidos, Canadá, los países nórdicos, o en Países Bajos, desde su traducción al castellano, también hay algunas investigaciones que han nacido con el fin de analizar su fiabilidad y validez, como la de Folino, en Argentina, o la de Virués Ortega, en España, en ambos casos, con una muestra compuesta por población psiquiátrica-penitenciaria (Arbach y Andrés-Pueyo, 2007).

Lo cierto es que el número de estudios que han corroborado la buena validez de predicción de dicha herramienta es significativo, como: el de Dernevik, Grann y Johansson (2002); Dolan, Doyle y McGovern (2002); Belfrage, Fransson y Strand (2000); Douglas

y Webster (1999); Strand, Belfrage, Fransson y Levander (1999) o Belfrage (1998), entre otros (Arbach y Andrés-Pueyo, 2007). Destacaba su gran validez predictiva, especialmente, respecto a la violencia tras haberse producido la reinserción comunitaria (Douglas, Ogloff, Nicholls y Grant, 1999; Klassen, 1996; Ross, Hart y Webster, 1998, como se citan en Douglas et al., 2015). También resultó ser buena su validez predictiva en alusión a la reincidencia de carácter violento, y respecto a la rehospitalización, y al riesgo de quebrantar las normas de supervisión (Douglas, Webster, Eaves, Wintrup y Hart, 1996; Wintrup, 1996; Brown, 2001; Douglas, Klassen et al., 1998; Vincent, 1998; Whittemore, 1999, como se citan en Douglas et al., 2015).

En relación con su fiabilidad, los resultados arrojados tras numerosos estudios que han analizado esta cualidad apuntan en la misma dirección: una buena fiabilidad interevaluador (Douglas, Ogloff y Hart, 2003; Dernevik, Grann y Johansson, 2002; Douglas, 2001; Douglas y Webster, 1999; Belfrage, 1998, como se citan en Arbach y Andrés-Pueyo, 2007; Douglas, Webster y Wintrup, 1996; Brown, 2001, Douglas, Klassen et al., 1998, Vincent, 1998; Whittemore, 1999, como se citan en Douglas et al., 2015).

En la misma línea, desde su adaptación al español, también se han corroborado esas adecuadas propiedades psicométricas, avalando su capacidad predictiva para la población psiquiátrica (Arbach y Andrés-Pueyo, 2007; Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010; Bello, 2014).

5.4 Vulnerabilidad de la Evaluación del Riesgo

5.4.1 Vínculo entre Enfermedad Mental y Delincuencia

El vínculo entre los trastornos psíquicos y la criminalidad es una tendencia clásica que ha perdurado siglos, y lo cierto es que hay conductas delictivas que bien pueden asociarse o imputarse a alteraciones psicopatológicas (Núñez y López, 2009). El debate y la controversia en torno a este nexo es un fenómeno histórico, habiendo autores que afirman que su nacimiento tuvo lugar a consecuencia de la percepción de peligrosidad que la clase burguesa expandió respecto de las clases más desfavorecidas, cuya gestión y control a sus ojos, debía atribuirse a las instituciones públicas pertinentes (Rey y Plumed, 2004, como se cita en Núñez y López, 2009). Zabala (2016) destaca que es en los años 80 cuando toma fuerza la inquietud por descubrir explicaciones causales que vincularan la enfermedad mental con la criminalidad, ya que, hasta ese momento histórico, convivían

dos perspectivas contrapuestas: una visión generalizada en la comunidad científica que apoyaba que las personas que sufrían de trastornos del espectro de la esquizofrenia y otras psicosis no tenían mayor probabilidad de actuar de forma violenta, respecto de la población general; y otra completamente opuesta, que pretendía reafirmar esa probabilidad estadística mayor de las personas con esquizofrenia de protagonizar episodios de violencia, en comparación con personas que no padecían ninguna enfermedad mental (Vicens, 2006, como se cita en Zabala, 2016).

Lo relevante, más allá de su origen, es evitar criminalizar a las personas con una enfermedad psíquica, dado que, como sugieren Sánchez y Gutiérrez (2000, como se cita en Núñez y López, 2009) y Garrido y López (2006, como se cita en Núñez y López, 2009), no debe asumirse que toda persona que ha delinquido o ha transgredido una normal socialmente impuesta padece un trastorno mental, ni tampoco, por el contrario, que toda persona que sufre un trastorno mental se ve involucrada en actividades delictivas, pues, ante todo, deberá constatarse y demostrarse que entre el diagnóstico y el hecho cometido hubo un vínculo de causalidad

No obstante, y aun cuando se han dado multitud de intentos de vincular las anomalías o alteraciones psíquicas con el fenómeno de la criminalidad, no ha sido posible obtener teorías fundamentadas ni veredictos definitivos, tomando en consideración, entre otros obstáculos, la condición jurídica en la que se hallaban las personas que contenían las muestras de estudio: pues se trataba de personas bajo régimen de reclusión, cuyo ambiente es proclive al surgimiento de patologías psíquicas de gravedad notoria (Luberto, Zavatti y Gualandri, 1997, como se cita en Núñez y López, 2009).

Conforme a Silver, Felson y Vaneseltine (2008, como se cita en Núñez y López, 2009), la vasta mayoría de los pacientes psiquiátricos no se ve implicado en ninguna actividad delictiva, ni responde de manera violenta, si bien el riesgo de que se dé alguna de esas dos circunstancias aumenta exponencialmente respecto a este segmento de población, en comparación con aquellas personas que no manifiestan alguna una alteración psicopatológica. Así, una de las variables que introdujo Goldstein (1985, como se cita en Zabala, 2016) para hallar un razonamiento lógico que explicara realmente si las personas con enfermedad mental eran más violentas era el consumo de drogas, y su repercusión sobre el comportamiento de diferentes muestras de la población. Entre otros autores, Laajasalo y Häkkänen, o Walsh, Buchanan y Fahy (2006 y 2002, como se citan

en Núñez y López, 2009) recalcan que la incidencia del trastorno mental fuera y dentro del medio penitenciario arroja resultados equiparables, aunque la probabilidad de mostrar conductas violentas se ha tornado mayor entre la población reclusa, especialmente si se pondera el hecho de que el trastorno derivado del consumo abusivo de sustancias tóxicas es el que mayor prevalencia presenta en prisiones (Brink, 2005; Esbec y Gómez-Jarabo, 1999, como se citan en Núñez y López, 2009).

No obstante, síntomas y trastornos psíquicos concretos pueden vincularse, de algún modo u otro, y en ocasiones, con determinadas actividades delictivas (Tabla 4). Ahora bien, este nexo no es consistente, ni estable, ni pueden asociarse ambos fenómenos de forma directamente causal (Vinkers, De Beurs, Barendregt, Rimie, y Hoek, 2011, como se cita en Loinaz, 2019).

Tabla 4:

Conexión entre diferentes tipos de trastornos mentales y actos delictivos.

TRASTORNO	MECANISMO EMPLEADO	PRINCIPAL DELITO
Consumo de sustancias		
Abuso o dependencia del alcohol y/u otras drogas.	Desinhibición y dependencia. Variable mediadora del efecto de los demás trastornos.	Instrumental: dirigido a la obtención de droga o dinero, mediante robos (con o sin violencia). Reactivos: violencia relacionada con la intoxicación (contra la pareja, violencia sexual, agresiones, etc).
Trastornos de la Personalidad		
Paranoide	Desconfianza y atribuciones hostiles. Premeditación y malicia. Usan estrategias y medios para asegurar su objetivo. Periodo de latencia entre el primer acto violento y el delito contra las personas. Motivación mediada por venganza y rencor, sentimiento de humillación, celos o vergüenza, justificando la conducta violenta como una obligación sin remordimientos.	Delitos contra las personas, lesiones, chantajes, injurias y falsas denuncias. Estilo de personalidad frecuente en agresores de pareja y delincuentes sexuales. Comisión de los actos en solitario.
Esquizotípico	Malestar interpersonal, distorsiones cognitivas, comportamiento excéntrico. Complicaciones del espectro psicótico, siendo diagnosticados erróneamente de esquizofrenia en un 25%-44%. Afectividad inapropiada. Ausencia de un motivo claro y actúan sin un plan, de forma impulsiva. Motivación extravagante, mesiánica, pensamientos mágicos.	Descrito en determinados agresores sexuales. Delitos extraños e impulsivos. Criminología semejante a la esquizofrenia (contexto familiar). Realizan actos violentos en solitario.
Esquizoide	Desconexión social y restricción emocional. Ataques de ira graves si se invade su espacio personal. Conducta violenta mediada por fantasías y faltas de sentimientos hacia las personas. Pueden responder a ese mundo imaginario de la persona desembocando en acciones impredecibles e inesperadas.	Descrito en determinados agresores sexuales. Homicidio, incluido el de la pareja. Secuestro y allanamiento de morada. Hurtos, robos y estafas.

Nota. Adaptado de “Psicopatología y delincuencia”, por I. Loinaz, en M. Ortiz-Tallo (Ed), Psicopatología clínica. Adaptado al DSM-V (edición nº2, pp.168-173), 2019, Ediciones Pirámide.

Tabla 4:

Conexión entre diferentes tipos de trastornos mentales y actos delictivos (continuación).

TRASTORNO	MECANISMO EMPLEADO	PRINCIPAL DELITO
Trastornos de la Personalidad		
Antisocial	Desprecio y violación de derechos y normas. Violencia temprana, estable, versátil y dentro de un grupo. Antecedentes criminales y escalada de violencia. Baja empatía y tolerancia a la frustración, no acata autoridad y siente fascinación por la violencia.	Relacionado con cualquier delito por la estructura del propio trastorno. Violencia contra extraños generalmente vecinos o simples conocidos.
Narcisista	Necesidad de admiración, arrogancia, falta de empatía. Extremadamente sensibles a cualquier tipo de rechazo o desprecio, y no son capaces de reconocer los sentimientos de los demás. Reacciones violentas en respuesta de su herida en el ego (herida narcisista).	Falsificación, fraude. Explotación de personas. Dimensión descrita en agresores sexuales y de pareja.
Límite	Impulsividad, inestabilidad y dependencia emocional, ira, comorbilidad toxicológica.	Acoso. Agresión reactiva. Hurto, conducción bajo los efectos de sustancias. Frecuente en agresores sexuales y de pareja, relaciones intensas e inestables, personalidad abusiva.
Histriónico	Exageración emocional. Demanda de atención. En ocasiones, marco familiar sobreprotector. Tendencia a la fantasía. Hipersensibilidad. Conductas violentas comunes sólo si existe comorbilidad con Trastorno Antisocial o Trastorno Narcisista.	Denuncias falsas como vehículo para llamar la atención.
Evitativo	Inhibición. Falta de confianza. Hipersensibilidad a las críticas.	Se ha descrito en delincuentes sexuales (sentimientos de venganza hacia la mujer).

Nota. Adaptado de “Psicopatología y delincuencia”, por I. Loinaz, en M. Ortiz-Tallo (Ed), Psicopatología clínica. Adaptado al DSM-V (edición nº2, pp.168-173), 2019, Ediciones Pirámide.

Tabla 4:

Conexión entre diferentes tipos de trastornos mentales y actos delictivos (continuación).

TRASTORNO	MECANISMO EMPLEADO	PRINCIPAL DELITO
Trastornos de la Personalidad		
Dependiente	Sumisión	Descrito frecuentemente en algunos tipos de agresores de pareja.
Obsesivo-Compulsivo	Orden, perfeccionismo y control.	Negligencias en el hogar. Agresiones desmedidas en determinadas ocasiones (ámbito familiar por rigidez y orden). Delitos con armas. Comisión de las conductas violentas en solitario. Violencia poco probable pero extrema.
Esquizofrenia y Psicosis		
Esquizofrenia y Psicosis	Descompensación, mala adherencia al tratamiento o abandono del mismo. Presencia de delirios y/o alucinaciones.	Delito violento contra las personas. Lesiones. Homicidio. Principalmente limitadas al ámbito familiar. Precedidos de señales de alarma pasivas (aislamiento e incomunicación) y activas (conflictos o abandono de pautas).
Depresión y Trastorno Bipolar		
Depresión	Fases de mejora. Desesperación. Ideación psicótica. Aislamiento. Rumiación. Abuso de sustancias.	Suicidio ampliado (la víctima es un familiar. Homicidio por compasión). Asesinato en masa por desesperación. Comportamientos antisociales en adolescentes. Victimización de personas como chivo expiatorio.
Trastorno Bipolar	Impulsividad y comorbilidad toxicológica	Fase maniaca: delincuencia general. Agresión impulsiva. Delito económico y vandalismo. Fase depresiva: homicidio, acompañado o no de suicidio, especialmente filicidio y parricidio.

Nota. Adaptado de “Psicopatología y delincuencia”, por I. Loinaz, en M. Ortiz-Tallo (Ed.), Psicopatología clínica. Adaptado al DSM-V (edición nº2, pp.168-173), 2019, Ediciones Pirámide.

Pese a posibles relaciones causales, en realidad, la mayor parte de las actuaciones violentas son perpetradas por personas que no padecen ningún trastorno psíquico (Arbach y Andrés-Pueyo, 2007, como se cita en Loinaz, Echeburúa e Irureta, 2011), aunque en múltiples ocasiones se emplee el miedo asociado a categorías diagnósticas concretas estigmatizadoras (como, por ejemplo, la esquizofrenia). La OMS (2001, como se cita en Zabala, 2016) corrobora esa premisa, señalando que las personas libres de dicho

padecimiento mental son protagonistas de muchos más actos de violencia, y con mayor frecuencia, que las que experimentan ese sufrimiento psíquico.

Bonta, Hanson y Law (1998) refieren que es tradición categorizar a los/as delincuentes con enfermedad mental como sujetos de manifiesta peligrosidad, ya que su comportamiento imprevisible e incomprensible los/as hacen ser temidos/as por la comunidad. Y lo cierto es que la psicopatología siempre ha sido valorada como el fruto del cual emana el comportamiento criminal. No obstante, los mismos autores indican que hay investigaciones con conclusiones contrapuestas en torno a este nexo (Bonta, Hanson y Law, 1998): mientras que estudios como el llevado a cabo por Monahan y Steadman (1983) o Rabkin (1979) niegan una vinculación entre esos dos fenómenos, otras investigaciones más recientes, como la de Hodgins (1993) o la de Monahan (1993), afirman que la relación es patente. Estos tres autores atribuyen la posible conflictividad en la interpretación a los diferentes factores metodológicos empleados (Bonta, Hanson y Law, 1998). De hecho, esto puede advertirse al comparar las tasas de reincidencia entre diferentes poblaciones, como apuntan estos tres investigadores: si la comparación se hace con la población general, las personas que sufren una enfermedad psíquica y han cometido un delito reportan mayores probabilidades de reincidir; pero si la comparación se hace con otras personas que han cometido delitos, pero que no padecen ninguna enfermedad mental, la prevalencia comunicada es menor (Bonta, Hanson y Law, 1998).

5.4.1.1 El Estigma, los Estereotipos y Su Repercusión.

El estereotipo del mayor riesgo o peligrosidad de aquellas personas que sufren enfermedades mentales refleja solo la realidad de una muestra muy reducida de dicha población psiquiátrica, donde, en la mayoría de los casos, se está poniendo de relieve la visión de las personas internadas en centros especializados, que constituye una minoría de toda la población de pacientes con patologías mentales. Ello da lugar a una visión errónea de la prevalencia de personas con enfermedad mental con problemas conductuales o actitudes violentas (Choe, Teplin y Abram, 2008, como se cita en Loinaz, Echeburúa e Irureta, 2011).

Utilizar el padecimiento de una enfermedad mental, en realidad, es una técnica de uso frecuente en el plano judicial, dado que es habitual que se trate de eximir de responsabilidad penal a las personas imputadas por la comisión de un hecho delictivos

por parte de su defensa letrada, lo que, a fin de cuentas, provoca un “doble rechazo social” (Loinaz, Echeburúa e Irureta, 2011, p.422), por el temor que se infunde respecto del paciente, y por la suspicacia que se genera en las causas jurídico-penales en las cuales se alega el padecimiento de un trastorno mental para tratar de exculpar a la persona imputada. Zabala (2016) habla de que la violencia y la peligrosidad son las etiquetas más habitual y frecuentemente concedidas a las personas con trastorno mental, acción que, sobre todo, contribuye a que se formen en su entorno comportamientos y actitudes de rechazo y exclusión social.

Lo que convendría, por ende, según Loinaz, Echeburúa e Irureta (2011) sería atender en mayor medida a las variables de riesgo de victimización a las que las personas que experimentan una patología psíquica están expuestas, antes que a los factores que pueden contribuir a que protagonicen conductas violentas, pues, al fin y al cabo, al mismo tiempo que deben soportar el estigma que se genera por el desconocimiento en torno a su condición mental, y las consecuencias que ello comporta conductualmente, poseen una mayor proclividad a ser víctimas de abusos, comportamientos violentos, e incluso tienden a ser instrumentalizados para la comisión de hechos delictivos. Este hecho es corroborado por multitud de estudios empíricos, que afirman que la posibilidad de ser victimizada por la vivencia un acto violento contra su persona aumenta significativamente en la población penitenciaria con una enfermedad mental, respecto de la población general (Blitz, Wolff y Shi, 2008; Blitz, Crisanti y Fruech, 2011; Wolff, Blitz, Shi, Bachman y Siegel, 2006, como se cita en Zabala, 2016).

PARTE II. MARCO EMPÍRICO

6. Análisis Cualitativo: Investigación Empírica.

6.1 Objetivos

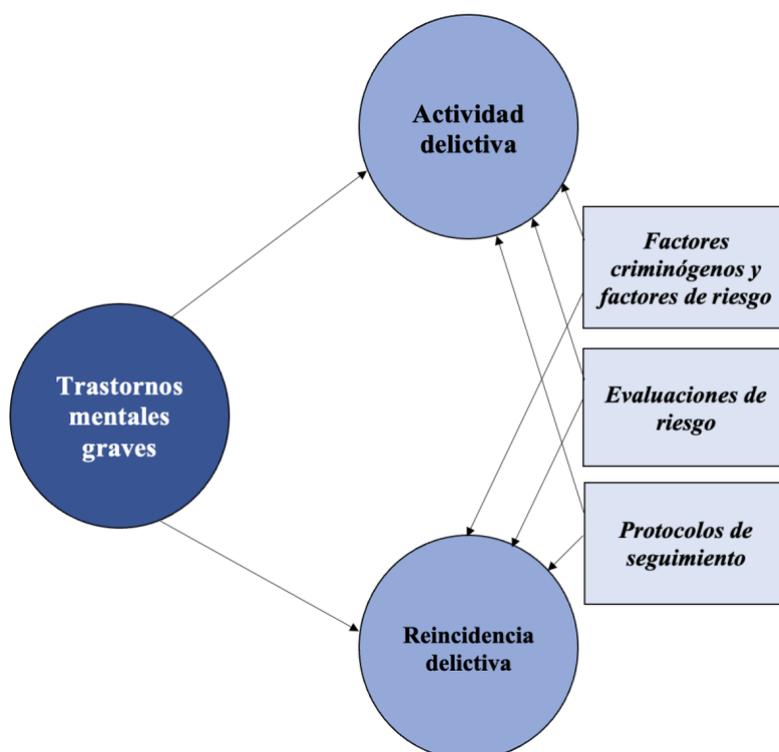
6.1.1 Objetivo General

El objetivo principal de la presente investigación es identificar y conocer las claves para, por una parte, la elaboración de protocolos de seguimiento válidos y eficaces, de personas exinternas con enfermedad mental grave, que, una vez cumplida su condena por el delito cometido, se ven involucrados en el proceso de reinserción social, y de retorno al medio natural de convivencia; y, por otra parte, para el desarrollo y confección de evaluaciones de riesgo válidas para este colectivo, y eficaces en la detección de situaciones de riesgo de reincidencia, una vez reinsertados en la comunidad.

En el marco de este propósito, se pretende, de igual modo, delimitar los factores criminógenos que promueven la posibilidad de volver a participar en actividades delictivas, una vez se ha iniciado la habituación a un entorno normalizado, comprometiendo este proceso.

Figura 5:

Elementos centrales del modelo de investigación propuesto.



6.1.2 Objetivos Específicos

De forma desglosada, los objetivos específicos y concretos que persigue este estudio son los siguientes:

1. Valorar si la enfermedad mental grave es un factor criminógeno, en términos de incidencia y reincidencia delictiva.

2. Determinar si los factores de riesgo sociales, culturales, ambientales, biológicos y psicológicos que promueven la participación en actividades delictivas, así como respecto de la reiteración delictiva, son semejantes para la población general expenitenciaria sin enfermedad mental grave, y para la población expenitenciaria con enfermedad mental grave.
 - 2.1 Analizar si existen factores específicos que inciden en la probabilidad de reincidencia delictiva entre las personas exinternas con enfermedad mental grave, y que poseen un papel clave en la compatibilidad con la reinserción social de dicho colectivo.

3. Ilustrar qué medidas de seguimiento post-delictivas y qué tipo de control postpenitenciario existen a escala española para personas exinternas con enfermedad mental grave.

4. Identificar las diversas herramientas de evaluación de riesgo que existen a nivel nacional para personas exinternas con enfermedad mental grave.
 - 4.1 Evaluar si las estrategias preventivas diseñadas desde un plano criminológico, y, en concreto, si las evaluaciones de riesgo como herramientas de tales características, se pueden aplicar de forma válida e indiferente tanto en población expenitenciaria general, como en población expenitenciaria con enfermedad mental grave.

6.2 Cronograma del Plan de Trabajo

Tabla 5:

Cronograma de las actividades realizadas dividido en meses y semanas

	FEBRERO				MARZO					ABRIL				MAYO				JUNIO		
FASES Y ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Selección del tema	■																			
Planteamiento de objetivos	■																			
Índice		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Búsqueda bibliográfica		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Elaboración del marco teórico				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Elección de metodología					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Realización de entrevistas						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Codificación de resultados							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Análisis y redacción de resultados									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Conclusiones y discusión														■	■	■	■	■	■	■
Limitaciones																	■	■	■	■
Propuestas																		■	■	■
Otros epígrafes y correcciones																				■
Revisión y edición finales																				■

6.3 Diseño Metodológico

6.3.1 Hipótesis

H1. Hay un vínculo leve entre los trastornos mentales y la violencia (Núñez y López, 2009; Loinaz, 2019).

H2. Hay un vínculo moderado entre los trastornos mentales y la probabilidad de reincidencia delictiva (Bonta, Hanson y Law, 1998; Loudon y Skeem, 2013; Nielssen et al., 2019).

H3. Los factores de riesgo que inciden en la población psiquiátrica expenitenciaría son prácticamente equiparables a los que inciden en la población general expenitenciaría, a excepción del riesgo de abandono del tratamiento por mala adherencia, entre otros (Bonta, Hanson y Law, 1998; Zabala, 2016; Nielssen et al., 2019).

H4. No existen protocolos de seguimiento claramente definidos ni rutinariamente aplicados dentro de la Red de Salud Mental del estado español, que velen por los enfermos mentales graves, respecto a elementos como adherencia al tratamiento, o riesgo de reincidencia delictiva (Ferreirós, 2006; Magro, 2015; Hava, 2021).

H5a. Existen herramientas para evaluar el riesgo de reincidencia en población psiquiátrica-penitenciaria (Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010; Nguyen et al., 2011; Bello, 2014; Douglas, Hart, Webster, Belfrage, Arbach-Lucioni y Andrés-Pueyo, 2015).

H5b. Las herramientas actuales para evaluar el riesgo de reincidencia delictiva no difieren en estructura y método de aplicación en función de si el destinatario es una persona exinterna general, o una persona exinterna con enfermedad mental grave (Bonta, Hanson y Law, 1998; Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010; Bello, 2014).

6.3.2 Muestra

6.3.2.1 Muestreo

6.3.2.1.1 Selección de Muestra

La selección de la muestra para la investigación actual tiene como base las prácticas externas obligatorias del Grado en Criminología, en base a las cuales se realizó una estancia de dos meses en el Hospital Aita Menni – Hermanas Hospitalarias, ubicado en Arrasate-Mondragón, y, en particular, en la Unidad de Psiquiatría Legal del mismo, haciendo una inmersión en las actividades de las personas internas, así como una intervención de carácter psicosocial.

Durante el transcurso de una de las actividades en particular - la asistencia a las reuniones semanales celebradas con el Equipo Técnico Terapéutico - , en la que, entre otras cuestiones, se abordaba la preparación para la salida de los internos al medio comunitario, hubo una percepción de, por un lado, falta de medidas de seguimiento en relación a la adherencia al tratamiento y seguimiento de la pauta farmacológica; y, por otro lado, la percepción de que no se llevaban a cabo valoraciones del riesgo de reincidencia, tanto rutinarias, como previas a la salida del centro. También se puede apreciar, dentro de la limitada literatura respecto a esta problemática tan concreta, la escasez de recursos asistenciales dispensados a tal efecto (Hava, 2021; Magro, 2015;

Ferreirós, 2006) por lo que se percibió también la necesidad de abordar esta cuestión ya desde las primeras revisiones y análisis bibliográficos en profundidad de la literatura relacionada con estos temas (Gibbs, 2012).

A raíz de esas dos algunas observadas, se estimó pertinente, con el fin de poder arrojar luz sobre esa problemática, la realización de un análisis de la visión de los profesionales de las ramas de Psiquiatría Forense, Psicología Clínica y Forense, y Trabajo Social, en torno a esta cuestión que había pasado o bien desapercibida hasta entonces, o bien había sido desatendida. Se consideró, así, que la elección de los profesionales que iban a conformar el segmento de trabajadores entrevistados obedecía a su capacidad de responder al objetivo principal de la investigación, así como a sus objetivos específicos, atendiendo a factores como: la experiencia laboral en el ámbito de la psiquiatría penitenciaria, el conocimiento a nivel académico en torno a cuestiones de índole forense (como la gestión de penas), o la idoneidad de su cualificación profesional para ser aptos para contestar de forma eficiente y fiable a preguntas que cumplimentaran las hipótesis planteadas, y dieran sentido a la línea existencial de toda la investigación llevada a cabo.

Adicionalmente, en el marco de las evaluaciones del riesgo, se contactó con un profesional y referente a nivel nacional en cuestiones de valoración de riesgo, con el que con el objetivo de conocer de primera mano la situación de las valoraciones de riesgo aplicadas a un colectivo muy concreto de población - que es el conformado por personas exinternas penitenciarias o provenientes de hospitalización psiquiátrica legal, con enfermedad mental grave -. Así, la selección de perfiles como este atendió a cuestiones muy concretas, como es la capacidad de responder y satisfacer las incógnitas dimanantes del ámbito de la evaluación de riesgo, así como la amplia trayectoria en el puesto profesional.

6.3.3 Herramientas

6.3.3.1 Entrevistas

Como se ha expuesto con anterioridad, la selección de los profesionales entrevistados resultó en una muestra expertos de diferentes disciplinas, si bien la mayoría están vinculadas a la rama sociosanitaria. Se trata de una muestra de cinco personas, compuesta por expertos tanto en el ámbito de realización de las prácticas externas obligatorias del grado (el Hospital Aita Menni), como en el ámbito de estudio de la presente investigación, contemplando siempre que se están abarcando varias dimensiones, como son: la sanitaria-psiquiátrica, la judicial y la criminológica.

Tras la selección, para la realización de las entrevistas semiestructuradas se diseñaron diferentes guiones con puntos concretos a abarcar siendo cinco en total los diseñados (Anexo A), en función de la profesión, y de los objetivos de investigación a los que se creía que podrían responder. No obstante, todos los guiones convergían en ciertos puntos, en especial, en aquellos relacionados con los elementos principales de la investigación (Figura 5), aunque siempre centrando el foco en la influencia que pudiera tener el ámbito profesional de la persona entrevistada sobre el estudio, y cerciorando que cada uno estuviese adaptado a los objetivos que posiblemente iban a ser cubiertos, en mayor medida, por cada entrevista. Igualmente, los temas a abordar se reflejaron en los guiones en formato de temas amplios, concretando y personalizando las subcategorías a abarcar en función del profesional a entrevistar.

6.3.3.1.1 Perfiles

Todos los profesionales, antes de comenzar las entrevistas, fueron informados de los fines y objetivos de la investigación presente, así como del contenido del estudio, tras lo cual, se les dispuso un documento de consentimiento informado donde quedaba plasmada y recogida toda la información relativa a este, con el fin de que pudieran guardar una copia de este para sí (Anexo C1). A posteriori, se les requirió firmar dicho documento para validar su participación voluntaria en la investigación de índole cualitativa (Anexo C), quedando patente que no existía ningún tipo de remuneración o retribución a cambio de dicha participación. De igual modo, se les fue solicitado el permiso para poder grabar las conversaciones orales directas resultantes de dichas entrevistas, que serían después eliminadas tras haber llevado a cabo el análisis de estas (Anexo C).

Adicionalmente, tanto por razones de confidencialidad, como por aquellas vinculadas a la privacidad y a la protección de datos personales, y siempre, a tenor de la normativa europea y española referente en dicho ámbito (Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento General de Protección de Datos); y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales), se percibió la necesidad de codificar y anonimizar los nombres de los/as entrevistados/as, nombrándolos/as, desde entonces, por la profesión ejercida (Tabla 6).

Tabla 6:

Codificación de los nombres de los profesionales entrevistados.

PROFESIONAL	NOMBRE CODIFICADO
Psiquiatra Forense	Entrevistado 001
Trabajadora Social	Entrevistada 002
Psicólogo clínico y forense-legal	Entrevistado 003
Psicóloga clínica y forense-legal	Entrevistada 004
Psico-criminólogo	Entrevistado 005

6.3.3.1.2 Codificación de la Información Cualitativa

Acorde con Urbano (2016, p. 122): “la codificación es una forma de clasificar información de manera dinámica para poder analizar y facilitar el análisis”, y, por ende, en contraposición con las técnicas cuantitativas, en el uso y aplicación de herramientas cualitativas como la entrevista semiestructurada, resulta de especial interés y relevancia ordenar y categorizar la información, con el fin de lograr mostrar de forma clara la realidad que se pretende exhibir.

Así, para proceder con la fase de codificación, se empleó el software de codificación de información cualitativa MAQXDA 2022 (Kuckartz, 1989), en su última versión.

En aras de codificar la información extraída de la transcripción de las entrevistas, se hizo uso, en primera instancia, de la codificación abierta. Para dividir en áreas temáticas cada relato, el primero de los pasos fue la codificación por líneas, y, de esta forma, las cinco entrevistas transcritas se analizaron por líneas, tratando de identificar la idea principal contenida en estas, como una categoría analítica o teórica, lo que, de acuerdo con Gibbs (2012), obliga a atender a lo que realmente dice el entrevistado, y a reflejar ese conocimiento y experiencia en códigos, sin dar lugar a la formación de ideas preconcebidas o categorizaciones sesgadas. El propósito de tal elección fue discriminar qué posibles categorías generales de codificación podrían surgir, teniendo siempre presentes, ante todo, los objetivos general y específicos mencionados en un epígrafe anterior.

Posteriormente, haciendo valía de la metodología de la codificación selectiva, una vez a cada línea se le atribuyó un concepto teórico, se agruparon las nociones teóricas (códigos), en varias subcategorías (Gibbs, 2012), quedando después patente que respondían a los objetivos concretos de la investigación. Posteriormente, dichas subcategorizaciones se agruparon en tres categorías generales, que, básicamente, se correspondían con los objetivos específicos del estudio.

Asimismo, la codificación axial (Gibbs, 2012) fue igualmente empleada como paso final, de forma que se pudiera terminar de encasillar piezas de las transcripciones que no parecían encajar en ninguna categoría hasta el momento.

Igualmente, fue habitual encontrar en las transcripciones las denominadas codificaciones “in vivo”, que hacen alusión a la propia codificación lingüística inconsciente que hace el participante durante la entrevista (Glaser y Stauss, 1967, como se cita en Gibbs, 2012).

Queda patente, por ende, que la categorización se hizo de modo flexible, atendiendo tanto a metodologías clásicas de codificación (abierta, selectiva, y axial, entre otras, como se cita en Gibbs, 2012), como a las posibilidades de clasificación que iban ofreciendo los relatos, en lo que concierne a la posible inclusión de nuevas temáticas. Así, pudieron discernirse tres categorías principales e iniciales de las que parte la categorización de códigos siguiente (Tabla 7).

Tabla 7:

Categorización inicial en base a los objetivos concretos del estudio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CATEGORÍA GENERAL
<i>Determinar si los factores criminógenos y de riesgo sociales, culturales, ambientales, biológicos y psicológicos que promueven la participación en actividades delictivas, así como la reiteración delictiva, son semejantes para la población general expenitenciaria sin enfermedad mental grave, y para la población expenitenciaria/psiquiátrica con enfermedad mental grave.</i>	Factores de riesgo de reincidencia
<i>Identificar qué medidas de seguimiento post-delictuales y qué tipo de control postpenitenciario existen a escala española para personas exinternas con enfermedad mental grave.</i>	Protocolos de seguimiento
<i>Identificar las diversas herramientas de evaluación de riesgo que existen a nivel nacional para personas exinternas con enfermedad mental grave.</i>	Evaluación de riesgo

Con el fin de garantizar la validez y fiabilidad de la investigación cualitativa, hay que contemplar la posibilidad de que los datos, y el método de recogida de estos, condicione los resultados. Para ello, se pueden adoptar diversas medidas de aseguramiento para cerciorar que la investigación posee unos parámetros de calidad adecuados, como las que siguió esta investigación, y que se mencionan a continuación.

En relación con la validez, Gibbs (2012) sugiere, en primer lugar, que ya durante la transcripción de los relatos de las personas entrevistadas pueden tergiversarse los discursos, y cambiarse el sentido de lo que se pretendía decir, lo que, sin embargo, puede ilustrar las limitaciones que, a posteriori, el estudio tendría, aportando una visión diferente e innovadora. También puede existir, en este sentido, una visible incoherencia interna dentro de los propios relatos de los/as entrevistados/as, de forma que haya constantes contradicciones dentro de su discurso; lo cual, para Flick (2007, como se cita en Gibbs, 2012, p.128) demuestra que las personas no se comportan siempre de forma homogénea o consonante, y que pueden revelarse “nuevas dimensiones de la realidad social” a raíz de esos sucesos.

En esta línea, una estrategia para afrontar la inconsistencia de los relatos, y que se recomienda que continúe durante todo el período de análisis de los datos es el que se refiere a las comparaciones constantes (Gibbs, 2012). Esta dinámica debe comenzar ya desde el momento de creación de los códigos, y del proceso de codificación de la información cualitativa de las entrevistas, procurando “captar con minuciosidad” lo que las personas entrevistadas refieren y cómo actúan (Gibbs, 2012, p. 130). Asimismo, es importante que las comparaciones se realicen para comprobar la concreción y uniformidad a la hora de aplicar los códigos creados, intentando que los extractos de las entrevistas codificados bajo la misma noción analítica tengan en común algo más que la agrupación, como la similitud; pero también es relevante apreciar las diferencias entre pasajes agrupados bajo un mismo paraguas analítico, lo que alude a los casos desviados y negativos (Gibbs, 2012; Seale, 1999, como se citan en Rapley, 2014). Estos últimos casos a los que se hace referencia son aquellos que parecen no ajustarse a los códigos inicialmente predeterminados, y que permiten poner en cuestión toda la estructura, y matizar aún más la técnica de codificación, ampliando el espectro de situaciones que se amparan bajo cada noción, y motivando la creación de, en su caso, nuevos y necesarios códigos, lo que, de acuerdo con Gibbs (2012), aporta riqueza al proceso de codificación.

Respecto a la presentación de los datos, Gibbs (2012) recomienda que, para facilitar al lector la comprensión del código, se ejemplifique cada uno de ellos con citas extraídas de las transcripciones de las entrevistas, lo que le permitiría al mismo acercarse a la experiencia vivida y a los pensamientos de las personas entrevistadas. No obstante, el mismo autor asegura que es fundamental no incluir citas que se extiendan demasiado, pero que tampoco sean excesivamente breves o concisas. Por tanto, en esta investigación se trataron de ejemplificar los códigos mediante el uso de citas directas breves, extraídas de las cinco entrevistas semiestructuradas (Tabla 8).

En lo que concierne a la fiabilidad, el mismo autor (Gibbs, 2012) insiste en la dificultad que supone garantizar la fiabilidad cuando la investigación se lleva a cabo en solitario, dado que habrá una dificultad añadida: demostrar que los resultados obtenidos están en consonancia, y que no son demasiado lejanos de los obtenidos por otros proyectos e investigaciones. Así, entre otros obstáculos, está el de garantizar la coherencia y consistencia de las transcripciones, y de los códigos establecidos. Gibbs (2012, pp. 132-134). El primer aspecto del que advierte Gibbs (2012) versa sobre “la deriva de la definición en la codificación” (p.132), y hace alusión a la dificultad que comporta

mantener la coherencia cuando se codifica sobre un proyecto sobre el que se ha avanzado ya considerablemente, que puede confrontarse, entre otras estrategias, a través de la comparación constante durante la codificación, o bien escribiendo “memorandos”, como pequeñas anotaciones que recuerden al investigador a qué idea o noción concreta se refería al idear un código específico. Un segundo elemento que plantea como problemático el mismo autor es la generalización durante la redacción de los resultados (Gibbs, 2012). Para éste, tanto la utilización de generalizaciones de manera frecuente, como el uso del “anecdótico selectivo” a la hora de exhibir los resultados puede desembocar en una imagen equivocada del producto de la investigación; por ello, entraña el mismo peligro el uso de ejemplos estadísticamente poco típicos para ejemplificar los códigos, como el de generalizaciones excesivas o inconcretas (Gibbs, 2012, pp. 134-135). Así, en este estudio, se trató de manifestar, desde un primer momento, la reducida capacidad de extrapolación y generalización de este, dado el reducido tamaño muestral (cinco profesionales entrevistados/as), si bien ello no descarta la riqueza de los resultados obtenidos, de cara a promover un mayor interés científico y social en el ámbito.

Ante todo, lo más relevante para el citado autor es mantener la ética en la investigación de cualquier campo científico, pudiendo resumirse este mantra en dos planteamientos: 1) no dañar a las personas participantes y 2) que la investigación reporte algún beneficio que sea positivo y que pueda identificarse. Entre otros aspectos, además, para cuidar la fiabilidad de los resultados a través de la ética, se hacen varias recomendaciones técnicas, entre las que destacan: obtener y garantizar el consentimiento informado de los participantes, mantener el anonimato de las transcripciones de las entrevistas realizadas, y procurar que las transcripciones obedezcan de la forma más fiel posible a las entrevistas originales (Gibbs, 2012).

Así, entre otras fórmulas para garantizar la fiabilidad, se procuró emplear una técnica de “transcripción básica”, con el fin de transcribir de la forma más literal posible las palabras pronunciadas por cada profesional entrevistado/a (Anexo B), acompañado del anonimizado del mismo (Rapley, 2014).

En lo referente a la codificación, se empleó el método de la comparación constante, de forma que se garantizara la consistencia de los nuevos códigos creados, refinándolos especialmente a través del “análisis de las desviaciones”, entendidas como nociones o ideas que quieren incluirse en algún código, pero que, tras elaborar diferentes

códigos, no encuentran su lugar, y replantean todo el sistema que ha regido la investigación hasta entonces (Gibbs, 2012; Seale, 1999, como se citan en Rapley, 2014). Asimismo, al ser un trabajo en solitario, y no poder contar con la comparación con otros investigadores, esta se realizó mediante diversas discusiones con el criterio de la tutora del trabajo, de forma que se garantizará, en mayor o menor medida, la fiabilidad interjueces.

Y, por supuesto, de cara a los participantes en la investigación, y con el fin de lograr un estudio ético, se les hizo llegar un documento donde quedaban reflejados tanto los objetivos perseguidos, como las hipótesis principales con las que se trabajaba, así como un anexo donde debían declarar su voluntad de participación en la investigación presente, y su validación para la grabación de las entrevistas (Anexo C1). De igual modo, en dicho documento de consentimiento informado se contemplaban los pasos a seguir tras la realización de las entrevistas, donde se informaba de que las grabaciones orales de las conversaciones serían eliminadas, tras finalizar la investigación y no subsistir ya los motivos que fundamentaban su uso y permanencia. Por último, cabe resaltar que se anonimizaron los discursos de todos los participantes ya desde la preparación de los guiones de las entrevistas, pasando por las transcripciones, hasta llegar a la redacción de los resultados obtenidos, sin hacer nunca mención de información codificante que pudiera revelar la identidad de la persona entrevistada, más allá de su profesión, o su lugar de trabajo.

6.3.3.2 Ensayo Piloto de Aplicación de la Herramienta HCR.20 V.3

Con el fin de conocer posibles deficiencias, se presencié la aplicación de este instrumento (Apéndice A1), de forma consentida e informada, durante tres sesiones de una hora aproximada de duración, en una muestra muy reducida de internos de la población penitenciaria-psiquiátrica (tres personas internas), del centro donde se realizaron las prácticas externas obligatorias del grado.

Este ensayo piloto se enmarca en una de las múltiples actividades llevadas a cabo durante citadas prácticas curriculares, como una experiencia de aprendizaje de aplicación de una herramienta de evaluación de riesgo de reincidencia. Así, se pudo observar cómo la instructora aplicaba el instrumento HCR-20 V3 (Escala de Evaluación del Riesgo de Violencia) a tres pacientes diferentes, con diagnósticos diversos, aunque todos ellos con

un trastorno mental severo; y siempre teniendo presente que toda la experiencia se enmarcaba en un contexto de vulnerabilidad de las personas a las que les estaba siendo aplicado el instrumento, por lo que debía regir el máximo respeto y dignidad hacia su persona. De este modo, de las notas de campo obtenidas tras las aplicaciones de la herramienta se pueden extraer conclusiones generales sobre su aplicabilidad en este segmento de población penitenciaria, y que, de ningún modo, exhiben datos de origen revelador de su identidad:

- (1) Para la cumplimentación del instrumento, fue fundamental emplear las entrevistas en profundidad con cada sujeto, para poder obtener datos de los que habría sido imposible disponer únicamente a través del análisis exhaustivo de sus historiales clínicos, informes y expedientes.
- (2) En lo que concierne a la subescala histórica, la valoración de presencia de cada uno de los ítems pudo realizarse prácticamente de forma íntegra tomando como fundamentación los historiales clínicos e informes proporcionados por el centro, dentro del registro documental de cada paciente, a excepción de ítems como el H10 (“Respuesta al tratamiento o la supervisión”), que necesitó de la información obtenida en las entrevistas para poder valorar su presencia o ausencia.
- (3) Respecto a la subescala clínica, se apreció la necesidad de tener unos conocimientos avanzados en sintomatología psicopatológica para cada trastorno psíquico, pues, de lo contrario, hubiera podido formarse un sesgo de gran trascendencia a la hora de valorar la presencia de algunos factores, especialmente del factor C3, que se corresponde con “Síntomas de trastorno mental grave”.
- (4) La sinceridad en la respuesta de los participantes también fue un sesgo difícilmente combatible, pues, entre otros ítems, el C1 (“Insight”) en sus diversos apartados dependía, en gran parte, del grado de honestidad percibido en las entrevistas con cada paciente.
- (5) En lo referente a la adherencia al tratamiento y a la supervisión en el momento presente (abarcados por el ítem C5), se pudo percibir la necesidad de que el profesional evaluador conociera del estado mental actual del/de la paciente (por

ejemplo, optando por acudir a testimonios periféricos como profesionales del centro) para poder valorar con el mayor grado de fiabilidad y validez posibles su presencia, pues, de otro modo, se hubiera tenido que evaluar en base al testimonio directo obtenido en la entrevista, lo que hubiera podido dar lugar a sesgos, al tener que basar al cumplimiento del ítem en la fiabilidad del testimonio del/de la paciente.

- (6) Respecto a la subescala de gestión del riesgo, la valoración de cada uno de los ítems solo podía hacerse en un contexto “in”; es decir, al no existir un protocolo de evaluación post-delictivo, la evaluación del riesgo únicamente se podría realizar, tal y como se hizo en este ensayo, en el marco institucional. Por ello, era imposible valorar su comportamiento futuro en un contexto comunitario de forma plenamente fiable.
- (7) Finalmente, la estimación de la relevancia de cada ítem para la gestión individualizada del riesgo fue una tarea que se percibió como problemática, dado que, necesariamente requería de una previa familiarización del evaluador con la herramienta. De lo contrario, la decisión final de riesgo estaría basada en juicios arbitrarios y discrecionales, sin ningún tipo de fundamento de conocimiento previo acerca del instrumento.

Así, en términos generales, se percibió como una gran limitación la inaccesibilidad a testimonios periféricos a la persona interna para poder conocer en mayor detalle ciertos aspectos, en los que resultó complejo determinar la fiabilidad de la respuesta de la persona evaluada (por riesgo de que estuviese fingiendo o mintiendo), por lo que hubiera sido de gran valor la realización de entrevistas personales con familiares, amigos o personas del entorno del sujeto evaluado, como sugieren algunos autores (De Borja, 2009).

Por otra parte, se parte de una población de especial vulnerabilidad, por razones médico-psiquiátricas, que pueden, por un lado, restar fiabilidad a la capacidad de respuesta; y, por otro lado, habría que tomar en consideración cuestiones éticas, que restringen y limitan enormemente la posibilidad de estudio con este tipo de población, puesto que, en muchos casos, se requiere de permisos de representantes legales, ya que la

incapacitación legal es un aspecto común para muchas de ellas (De Borba, 2009; Folino, 2018).

Cabe destacar, en última instancia, y por oposición, que la herramienta HCR-20 ha demostrado tener gran capacidad predictiva para este segmento de población, con alta validez predictiva (Dernevik, Grann y Johansson, 2002; Dolan, Doyle y McGovern, 2002; Belfrage, Fransson y Strand, 2000; Douglas y Webster, 1999; Strand, Belfrage, Fransson y Levander, 1999; y Belfrage, 1998, como se citan en Arbach y Andrés-Pueyo, 2007; Arbach y Andrés-Pueyo, 2014), y buena fiabilidad interevaluador, corroboradas ambas por multitud de investigaciones (Arbach y Andrés-Pueyo, 2007; Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010; Bello, 2014; Douglas et al., 2015).

7. Resultados de la Investigación

Siendo el tema de investigación general abordado “la realidad post-delictiva y el riesgo de reincidencia de personas exinternas con trastorno mental grave”, el resultado de subcategorizar este planteamiento dio lugar a una tabla (Tabla 8), donde quedan reflejados los códigos de clasificación que, a continuación, será empleados para discernir qué piezas de cada entrevista realizada responden a qué hipótesis e incógnitas del presente estudio (en forma de categorías y subcategorías).

Tabla 8:

Leyenda de codificación de información cualitativa de las cinco entrevistas realizadas.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	CÓDIGO	N.º	CITA DIRECTA
Factores de riesgo de reincidencia	<i>Específicos para población penitenciaria psiquiátrica</i>	Tratamiento y descompensación psicopatológica	9	E004: “(...) un nuevo episodio de descompensación podría suponer un nuevo delito”.
		Capacidad de autogestión	3	E001: “(...) si está en condiciones de poder gestionar su persona adecuadamente”.
		Conciencia de la enfermedad	5	E002: “La reincidencia depende mucho de (...) la conciencia de la enfermedad que tenga el paciente...”.
		Historial de conducta violenta	4	E003: “El mejor predictor de la conducta futura es la conducta pasada”.
		Atención psiquiátrica	7	E004: “(...) tenemos algunos casos que antes de haber cometido el delito han estado en la Red de Salud Mental pública, y trasladan que en esos momentos la atención fue insuficiente (...)”.
	<i>Para población penitenciaria general</i>	Dimensión socio-familiar	10	E002: “Si tiene apoyo social y familiar, las probabilidades de éxito son muchísimo mayores”.
		Conciencia del delito	2	E003: “La conciencia del delito no lo hacemos con todos, pero es un tema que suele salir”.
		Ocupación (laboral, académica, diurna, etc)	4	E002: “(...) será también importante si tiene una actividad diurna o no la tiene...”
		Abuso de drogas	4	E004: “(...) el consumo perjudicial de tóxicos, siendo este un factor de riesgo”.
		Realidad multifactorial	7	E005: “El riesgo es dinámico”.

Tabla 8:

Leyenda de codificación de información cualitativa de las cinco entrevistas realizadas (continuación).

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	CÓDIGO	N.º	CITA DIRECTA
Protocolos de seguimiento	Normativa y aplicación	Organización y estructura informal	4	E001: <i>“No hay un protocolo; no está diseñado como tal, sino que la Red de Salud Mental tiene respuesta en estructura y organización para atender (...)”</i>
		Seguimiento interno	2	E004: <i>“Se realizan sesiones semanales de seguimiento (...)”</i>
		Coordinación entre organismos	7	E001: <i>“ (...) este asunto se sustenta en tres dimensiones (...) que deben estar en permanente interlocución para que esto funcione”</i> .
	Lagunas y deficiencias	Competencia difusa	4	E003: <i>“Si se da en casos de enfermos mentales graves, será una valoración individual del profesional que quiere implicarse (...)”</i> .
		Escasez recursos humanos	7	E002: <i>“(...) luego sí que es cierto que los profesionales de esos centros hacen lo que pueden.”</i>
		Ausencia de seguimiento protocolizado legalmente	7	E004: <i>“Ese seguimiento se hace por parte del equipo; pero no existe ningún soporte legal que obligue a llevarlo a cabo (...)”</i> .
		Canalización de casos estables	2	E005: <i>“En el contacto psiquiátrico, si se evalúa el riesgo, y es alto, ¿qué se haría? La evolución y traslado a otra unidad sería algo más voluntario que otra cosa, no puedes obligarles”</i> .

Tabla 8:

Leyenda de codificación de información cualitativa de las cinco entrevistas realizadas (continuación).

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	CÓDIGO	N.º	CITA DIRECTA
Evaluación de riesgo	Existencia, aplicación y funcionamiento	Evaluaciones internas rutinarias	5	E003: "(...) hay muchas evaluaciones que no están reguladas ni regladas, y, sin embargo, se valora el estado del paciente."
		Coordinación	6	E001: "(...) esa evaluación la estamos haciendo permanentemente (...) y en ese contexto, nos juntamos con el entorno de los psiquiátrico-sanitario, y de lo social (...)."
		Valoraciones psicopatológicas y de pronóstico	5	E003: "Les realizamos diferentes evaluaciones psicológicas, ahora mismo, entre una al año y una cada dos años".
	Lagunas y deficiencias	Falta de herramientas específicas	3	E005: "El riesgo de reincidencia se les aplica luego dentro, pero a todos por igual. No es específico del paciente psiquiátrico".
		Falta de formación profesional	2	E005: "En Psicología y Psiquiatría no saben que existe la evaluación de riesgo; lo que falta es formación."
		Falta de protocolos de actuación	4	E005: "(...) ¿para qué evaluarlo si no van a hacer nada con el factor?"
		Ausencia de evaluaciones de riesgo	6	E004: "No hay una valoración estructurada".

Para hacer una aproximación a los datos resultantes de las cinco entrevistas semiestructuradas a los profesionales expertos mencionados con anterioridad, se ha optado por ordenarlos, inicialmente, mediante categorías temáticas, siendo el orden de tratamiento de los datos el siguiente: (1) factores de riesgo de reincidencia; (2) protocolos de seguimiento; y (3) evaluación de riesgo.

Ahondando más profundamente en cada categoría principal, a continuación, se expondrán detalladamente los planteamientos y nociones extraídas de cada subcategoría diferenciada (siendo seis en total).

7.1 Acerca de los Factores de Riesgo de Reincidencia

En primer lugar, en lo que concierne a los factores de riesgo de reincidencia aplicables a la generalidad de la población penitenciaria, todos los entrevistados resaltaron la relevancia que tiene, de cara a evitar implicarse nuevamente en actividades delictivas, que el interno pueda valerse de una red socio-familiar sólida, especialmente, por la repercusión que tiene esta dimensión sobre otros factores de riesgo de notoria trascendencia (como la adherencia al tratamiento, o la descompensación psicopatológica, como se comentará más adelante). Es importante subrayar que todos los entrevistados, y en varias ocasiones a lo largo de su relato, hacen alusión a figuras de apoyo social y familiar para el paciente-interno:

Entrevistado 001: *“El asunto es que acaba siendo más difícil de gestionar en pacientes donde prima la dimensión social.”*

Entrevistada 002: *“Si tiene apoyo social y familiar, las probabilidades de éxito son muchísimo mayores.”*

Entrevistado 003: *“Porque luego sí que hay otras variables como (...) tener una red social que le acoja y le apoye mínimamente...”*

Entrevistada 004: *“El entorno de la persona suele ser quien da la voz de alarma (...) si es que lo hay...”*

Entrevistado 005: *“Y luego, en planes de futuro, (...) generalmente se tiene en cuenta dónde va a estar, en una familia, etc (...); “Habría que mirar la cohesión social y familiar (...)”*

Otra cuestión problemática, y que no se aborda con habitualidad, es la conciencia sobre el delito cometido. Así, el Entrevistado 003, haciendo referencia a las sesiones psicoterapéuticas que se realizan semanalmente con los pacientes del hospital psiquiátrico, afirma: *“la conciencia del delito no lo hacemos con todos, pero es un tema que suele salir”*. También la Entrevistada 004 resalta, en este sentido, que *“se realizan sesiones semanales de seguimiento, donde se abordan, por un lado, el delito cometido (...)”*. Igualmente, el Entrevistado 005 señala que se prestan más esfuerzos asistenciales para confrontar los problemas psíquicos que los problemas cognitivos que pueda tener el/la delincuente enfermo/a, como su contrapuesto sin enfermedad mental: *“(...) se puede*

estar dándole medicación para tratar problemas psíquicos, pero el delito o conducta por la que ha ingresado no se está teniendo en cuenta.” En general, es un factor de riesgo mencionado en limitadas ocasiones por los entrevistados, y aquellos que lo citan, no lo sitúan como un factor de riesgo especialmente trascendente en el marco de la probabilidad de reincidencia delictiva, comparado con otros.

El hecho de que la persona interna que acaba de cumplir condena no tenga una ocupación diurna, ya sea un puesto de trabajo, un lugar de estudios al que acudir, o cualquier otra ocupación que la mantenga “entretenida” y alejada de las influencias criminógenas es una cuestión que inquieta a varios/as de los/as profesionales. De este modo, la Entrevistada 002 indica que “(...) *será también importante si tiene una actividad diurna o no la tiene...*”; “*Si sale y no tiene trabajo ni actividad, frente a alguien que sale en una situación estable, en principio la perspectiva es muchísimo peor*”. También el Entrevistado 003 alude a esta variable: “*Porque luego sí que hay otras como tener la cabeza ocupada en alguna actividad (...)*”.

La relevancia del consumo de drogas en la ecuación que tiene como resultado reincidencia es también un planteamiento citado en numerosas ocasiones a lo largo de las entrevistas. El Entrevistado 003, refiriéndose al consumo de drogas, indica que “*en la actividad de Psicoeducación, por ejemplo, es un tema que suele salir*”. De forma semejante, su homóloga en profesión, la Entrevistada 004, se centra especialmente en este factor de riesgo desde el inicio de la entrevista, dándole una relevancia e influencias superiores sobre la enfermedad mental, con respecto a otras variables predictoras del riesgo de reincidencia. Cuando se hace alusión a las sesiones semanales de psicoterapia, pone de relieve: “*Aparte, también se aborda en tema del consumo de tóxicos, ya que condiciona muchísimo la situación, siendo un porcentaje muy alto de pacientes los que padecen un trastorno psíquico grave derivado y asociado al consumo perjudicial de tóxicos, siendo este un factor de riesgo.*”; “*(...) sí que se trabaja con ellos lo que implica el consumo, en el curso y evolución de una enfermedad mental, como un factor de inestabilidad más*”. De hecho, al preguntarle sobre cuáles contemplaba como las variables fundamentales de cara a valorar el riesgo de reincidencia delictiva, alude al “*consumo de tóxicos*”, y a la necesidad de “*trabajar el manejo del craving, aprendiendo a manejar el deseo de consumo, y si lo hay, aprender a evitarlo*”.

Respecto a la realidad multifactorial detrás del riesgo de reincidir que tiene un/a paciente-interno/a que ha cumplido su medida de seguridad, y está reincorporándose a un entorno comunitario normalizado, algunos de los/as entrevistados sugieren que se trata de una realidad compleja, donde debe lidiarse con factores de lo más diversos y heterogéneos. De esta manera, el Entrevistado 005 relata esta difícil realidad, sugiriendo que *“el problema es que el riesgo es dinámico”,* y que *“conocer los fallos a posteriori es fácil, pero a priori no se pueden prever de manera tan específica, porque al ser el riesgo dinámico, los factores en los que te hayas podido basar para decir que el riesgo es alto o bajo han podido cambiar (...)”*. En la misma línea, la Entrevistada 002 advierte: *“(...) veo muchísimas variables que poder contemplar, por no decir posibilidades de éxito”,* y al ser preguntada, nuevamente, por las diferentes condiciones que pueden influir en la posibilidad de reincidencia, sugiere, genéricamente, que *“depende de muchísimas cosas”*.

En segundo lugar, centrando el foco de atención en las variables predictoras del riesgo de reiteración delictiva para la población penitenciaria con diagnóstico de un trastorno mental grave, se subraya la presencia de una serie de cinco factores de trascendencia notoria.

Por ejemplo, y con gran relevancia sobre el resto de variables, se menciona incesantemente tanto el abandono del tratamiento prescrito, como la subsiguiente descompensación psicopatológica, siendo un tema abordado por prácticamente la totalidad de los/as entrevistados/as. Se trata, de hecho, de la variable predictora del riesgo más veces citada por estos. En particular, la Entrevistada 002 alude en ocasiones a esta variable de riesgo: *“Hay tantas variables...Primero, tiene que ver con que el paciente tiene que estar estable.”;* *“La reincidencia depende mucho (...) de la intensidad de su enfermedad, de la estabilidad que tenga (...)”*. Este extracto viene a confirmar la H2:

H2: Hay un vínculo moderado entre los trastornos mentales y la probabilidad de reincidencia delictiva (Bonta, Hanson y Law, 1998; Loudon y Skeem, 2013; Nielssen et al., 2019).

En la misma línea, el Entrevistado 003 subraya la relevancia del abandono del tratamiento como factor criminógeno, al ser preguntado por las variables fundamentales que habría que tomar en consideración de cara a valorar el riesgo de reincidencia

responde, entre otros: “(...) *la adhesión al tratamiento. Habrá más, pero son de lejos mucho menos importantes. (...) garantizar la adhesión al tratamiento bien por sí mismo o por el entorno es fundamental para evitar que se descompense, y el pronóstico será mucho mejor.*” También resalta, respecto a la potencial reincidencia de una persona exinterna, que “*un paciente que está en estado de brote psicótico, y ha traspasado la línea de matar a alguien, tiene más probabilidades que cualquier otro paciente, con su mismo diagnóstico, de volver a hacer lo mismo.*” Por su parte, al ser preguntada por esas mismas variables, su homóloga respecto de la ocupación laboral, la Entrevistada 004 indica que, para ella, una de las más fundamentales es “*la estabilización psicopatológica*”, y recomienda encarecidamente: “*Hay que poner los medios para garantizar un seguimiento estrecho de la toma de medicación (...).*”. Asimismo, le concede gran peso a este factor en lo que concierne a la reincidencia: “*(...) un nuevo episodio de descompensación podría suponer un nuevo delito*”. Así, esta afirmación vuelve a confirmar la **H2**, sugiriendo que el padecimiento de una enfermedad mental no gestionada correctamente podría desembocar en actividades delictivas, pero no se obtienen respuestas claras respecto de la **H1**, pues, de hecho, ni se menciona la violencia en ninguno de los discursos:

H1: Hay un vínculo débil entre los trastornos mentales y la violencia (Núñez y López, 2009; Loinaz, 2019).

En lo que se refiere a la reiteración delictiva, en Entrevistado 005 subraya que: “*(...) la mayoría no reincide, pese a lo que se diga. Habría que mirar qué le ocurría cuando lo hizo, que suele ser la inestabilidad a nivel de salud mental (...).*”

En lo referente a la capacidad de gestión de uno mismo, de su persona, y de su vida, esta también se considera una variable predictora relevante, si bien no determinante. En este sentido, el Entrevistado 001 destaca que, respecto del/de la interno/a-paciente, hay que valorar: “*(...) si está en condiciones de poder gestionar su persona adecuadamente*”. La Entrevistada 002, cuando se aborda la preparación del/de la paciente para su potencial salida al entorno comunitario, tras el cumplimiento de una medida de seguridad, menciona la necesidad de “*poder incluso prepararle con niveles de autonomía, de funcionamiento, de manejo de dinero, de llamadas para coger información, etc (...)*”, pero admite que “*eso es muy difícil*”. La Entrevistada 004, por su parte, habla de cómo el trastorno, cuando se ha cometido el delito, “*ha comprometido su*

capacidad de gestión de sí mismo”. La misma profesional insiste en este factor como variable esencial si la intención es evaluar la posibilidad de reincidir, y sugiere: *“También tener en cuenta la capacidad de gestión de la persona en todo momento; una persona con trastorno psicótico tiene alterada la percepción de la realidad (...)”*. Esta afirmación viene a confirmar parcialmente la **H2**:

H2. Hay un vínculo moderado entre los trastornos mentales y la probabilidad de reincidencia delictiva (Bonta, Hanson y Law, 1998; Loudon y Skeem, 2013; Nielssen et al., 2019).

Respecto a la conciencia sobre el trastorno mental, esta parece ser una variable a la que se le concede una atención significativamente mayor, en comparación con la atribuida a la conciencia sobre el delito. A tal efecto, por ejemplo, la Entrevistada 002 relaciona, en gran medida, la posibilidad de reincidir con la limitada conciencia sobre la enfermedad: *“La reincidencia depende mucho (...) de la conciencia de la enfermedad que tenga el paciente (...)”*. Así, se confirma lo planteado en la **H2**, pero con mayor fundamentación. Desde una perspectiva similar, el Entrevistado 003 responde *“No lo hacemos con todos, pero suele salir”* al ser planteado el interrogante de si se trabaja esta variable en las sesiones terapéuticas semanales. El mismo profesional destaca, como una de las variables más fundamentales que habría que contemplar para valorar el riesgo de repetición de un hecho delictivo: *“la conciencia sobre la enfermedad (...)”*. Insiste, también, en la trascendencia y repercusión de esta variable sobre otras, ya citadas anteriormente: *“Si tiene conciencia de enfermedad, la adhesión al tratamiento es mucho más fácil y probable (...)”*. De modo idéntico, la Entrevistada 004 confiesa que, en las sesiones psicoterapéuticas con periodicidad semanal realizadas en el centro psiquiátrico-legal, *“se intenta trabajar la conciencia de enfermedad mental; que el paciente sea consciente de la existencia de un trastorno psicótico que es lo que ha condicionado su funcionamiento (...); siendo conscientes de esa alteración psíquica para trabajar la identificación de síntomas (...)”*.

También, y pese a lo que más adelante se contraste con la literatura nacional e internacional, se valora como un factor de gran peso el historial delictivo, o historial de desadaptación conductual y la historia de conductas violentas, como predictor de reincidencia delictiva. Lo curioso es que, desde una perspectiva sanitaria-psicológica, tanto el Entrevistado 003 como la Entrevistada 004 hablan de lo que el primero de ellos

denomina “*una ley fundamental*”, y coinciden en que “*el mejor predictor de la conducta futura es la conducta pasada*”. El primer perfil mencionado, de hecho, recalca: “*un paciente que (...) ha traspasado la línea de matar a alguien, tiene más probabilidades que cualquier otro paciente, con su mismo diagnóstico, de volver a hacer lo mismo.*” De este modo, se deja entrever una equiparación entre los factores de riesgo que apelan o aluden a las personas exinternas con enfermedad mental grave, y las que no padecen ninguna, confirmándose la **H3**:

H3: Los factores de riesgo que inciden en la población psiquiátrica expenitenciaria son prácticamente equiparables a los que influyen en la población general expenitenciaria, a excepción del riesgo de abandono del tratamiento por mala adherencia, entre otros (Bonta, Hanson y Law, 1998; Zabala, 2016; Nielssen et al., 2019).

Sin embargo, y por contraposición, el Entrevistado 005, experto en evaluación de riesgo, se opone firmemente a ese enfoque, y comenta el error que supone atribuir al comportamiento pasado fiabilidad y validez predictora para la conducta futura: “*Respecto a predictores de violencia, se podrá decir que lo que hayan hecho, pero no es tanto así. Es mentira, porque todo el mundo hace algo por primera vez, y si tu hubieras mirado al pasado, siempre dirías que esa persona no lo iba a hacer. Y la mayoría no vuelve a reincidir, y, por lo tanto, con esos también volverías a fallar*”.

Por último, en lo que respecta al tratamiento asistencial pre-delictivo y post-salida del cumplimiento de la condena, la idea reiterada permanentemente es que la atención dispensada por la Red de Salud Mental pública es más que insuficiente, y, en muchos casos, puede verse implicada como factor criminógeno, promoviendo la reincidencia delictiva, por, lo que se podría denominar una “omisión a las llamadas de atención”. En este sentido, para empezar, el Entrevistado 001, aludido en esta cuestión por razón de su profesión, indica que, respecto del control que la dimensión socio-psiquiátrica debería tener sobre el enfermo mental, en un régimen civil: “*(...) la familia tiene que fiarse de lo que se hace en la atención psiquiátrica, presuponiéndose que hay un sistema establecido que funciona adecuadamente (...)*”. La Entrevistada 002, al referirse a la asistencia psiquiátrica post-delictiva, resalta que “*en un entorno con figuras profesionales que puedan echarle un ojo*”, el/la paciente “*tendrá más probabilidades de éxito*”, y, aludiendo a la posibilidad de reincidir, refiere que “*tiene que contar con que haya un apoyo a nivel asistencial, médico o psicológico, lo que pueda necesitar, a través de un*

centro de salud mental, ya que de cara a la reinserción comunitaria es importantísimo; que tengan posibilidades de poderle ver en la medida en la que el paciente lo pueda necesitar (...)". El Entrevistado 003, adicionalmente, pone de relieve una realidad desafortunada en el ámbito sanitario-psicológico y sanitario-psiquiátrico: *"Lo cierto es que la escasez de recursos humanos es una variable que está pesando en la actividad del día a día (...)"*. Además, tal es el peso de esta variable, como componente facilitador de la reincidencia delictiva, que la Entrevistada 004 advierte de que: *"(...) tenemos algunos casos que antes de haber cometido el delito han estado en la Red de Salud Mental pública, y trasladan que en esos momentos la atención fue insuficiente, y que, si hubieran recibido una atención mayor, a su parecer, el delito se podría haber evitado"*. Así, estos extractos vienen a confirmar íntegramente la H4:

H4: No existen protocolos de seguimiento claramente definidos ni rutinariamente aplicados dentro de la Red de Salud Mental del estado español, que velen por los enfermos mentales graves, respecto a elementos como adherencia al tratamiento, o riesgo de reincidencia delictiva (Ferreirós, 2006; Magro, 2015; Hava, 2021).

7.2 Acerca de los Protocolos de Seguimiento Post-Delictivos

Por lo que concierne a los protocolos de seguimiento, en primera instancia, se pretendía conocer la realidad acerca de la normativa sobre este tipo de programas de control post-delictivo, y sobre su aplicación más o menos extendida, así como, en segundo lugar, sobre su funcionamiento y eficacia para lograr los objetivos de seguimiento inherentes a dicha herramienta.

Así, en torno a la normativa y aplicación de dicho mecanismo de control, la idea más fundamental, que reincide en su aparición a lo largo de los relatos de todos los/as entrevistados/as, de una forma u otra, es la que hace referencia a la falta de un protocolo propiamente dicho. De este modo, el planteamiento más repetitivo en todos los discursos sugiere que existe una organización y estructura informal, como indica el Entrevistado 001 en varias ocasiones: *"No hay un protocolo; no está diseñado como tal, sino que la Red de Salud Mental tiene respuesta en estructura y organización para atender (...)"*, también apunta: *"Pero lo que es la estructura yo creo que está debidamente establecida y no hay mayores problemas a ese nivel."* Ello confirma plenamente la **H4**, dado que queda patente que no hay protocolos de seguimiento estructurados y operativamente en

funcionamiento como tal. A este respecto, la Entrevistada 002 circunscribe la protocolización más en alusión a la preparación de la salida del interno del centro: *“Cualquier paciente, independientemente de que tenga o no una medida de seguridad, o de que la haya cumplido o la tenga pendiente, en el momento del alta, nosotros siempre les hacemos, en un 100% de los casos, salir con una cita en el centro de salud mental.”*

Por su parte, el Entrevistado 003, al indagar en esta materia, plantea la situación actual por la que atraviesa la Red de Salud Mental en los tres territorios históricos que conforman la Comunidad Autónoma del País Vasco (Álava, Guipúzcoa y Vizcaya) en lo que respecta a la prevención del suicidio, y la discierne de la que se vive con las personas con enfermedad mental grave con antecedentes penales: *“Desde el punto de vista legal-sanitario, recibe el tratamiento idéntico a otros enfermos mentales de la comunidad. Si faltan a las consultas, a día de hoy, no tengo conocimiento de que te llamen. De hecho, es uno de los protocolos que querían implantar para la prevención del suicidio. (...) cuando se identifica a una persona que ha intentado suicidarse y no lo ha logrado, primero, se le da una cita pronto en el centro de salud mental; y, segundo, si esa persona no aparece en la consulta, se le llama.”* Así, comenta que es un proyecto que no se ha emprendido en materia de reinserción social de personas exinternas con enfermedad mental grave: *“Pero fíjate que es un proceso o protocolo para la prevención del suicidio que no es una práctica habitual en los centros de salud mental.”* La Entrevistada 004 comenta, de modo equiparable a los planteamientos de la Entrevistada 002, que se procura “protocolizar” la salida del expaciente – en muchas ocasiones de forma altruista, rozando la extralimitación de competencias -: *“(...) pero sí que se plantean a nivel asistencial los requerimientos que puede tener la persona, como, por ejemplo, un seguimiento por parte del centro de salud mental; una consulta en Psiquiatría o psicología en la medida en que el centro de salud mental estime oportuno -normalmente una vez al mes -; apoyo psicológico o la asistencia a un centro de día, etc.”* Se sugiere, por tanto, que las actuaciones asistenciales están impregnadas de altruismo, y que no hay fundamento técnico-normativo detrás de ellas, confirmándose, una vez más, la **H4**.

También se advierte, de forma semejante, de la existencia de controles internos, durante la estancia del interno en el centro hospitalario-psiquiátrico, en el marco del cumplimiento de una medida de seguridad, como parte de un seguimiento de su evolución y curso de su enfermedad psíquica, y así lo indica, entre otros, el Entrevistado 001: *“(...) mandamos informes al Juez con una periodicidad trimestral, semestral o anual – que*

anual se da siempre – independientemente de que éste nos pida que sea con una periodicidad específica en alguna situación particular (...)”. La Entrevistada 004, de igual modo, expresa firmemente que: *“se realizan sesiones semanales de seguimiento (...)*”, donde, como se ha comentado con anterioridad, se valora el estado global del interno, tanto en su vertiente psicopatológica, como en su vertiente social, anímica, etc.

La coordinación entre los distintos entes implicados en la reinserción y rehabilitación de la persona exinterna resulta ser una de las claves primordiales, que, en este sentido respalda y propicia la perennidad de la falta de “protocolización” del seguimiento post-delictivo sobre este segmento de población exreclusa. Tal es esta estructura cooperativa, que el Entrevistado 001 recalca que: *“(...) este asunto se sustenta en tres dimensiones: la judicial, la social, y la sanitaria-psiquiátrica, que deben estar en permanente interlocución para que esto funcione*”. Así, sugiere esta idea de interrelación en numerosas ocasiones a lo largo de la entrevista: *“(...) establecemos mecanismos de contacto”*; *“(...) nosotros establecemos los contactos pertinentes, de entrada, para que estén informados de la situación”*; *“(...) lo decidimos coordinadamente*”. A su vez, la Entrevistada 002 enfatiza sus funciones de cohesión de la información proveniente de todas las ramas mencionadas, y hace hincapié repetidamente en la idea de la cooperación entre los organismos involucrados: *“Lo que pasa es que son normalmente trabajos que se hacen a nivel de coordinación”*; *“En definitiva, yo coordino y aglutino toda la información, y lo comunico a los diferentes organismos, al Equipo Técnico, a la familia, etc.”* Finalmente, la Entrevistada 004, asimismo, destaca que la colaboración e interconexión es un elemento muy presente en su ocupación profesional en el centro: *“(...) siempre se produce una coordinación (...)*”.

Por otra parte, las deficiencias y vulnerabilidades de este sistema, aparentemente en funcionamiento fluido, con una estructura informalmente determinada, son manifiestas. El primero de los hándicaps de dicho mecanismo extraoficialmente constituido y puesto en práctica, es una atribución de competencias difusa y poco nítida, que no permite conocer qué funciones le corresponden a qué organismo, o a qué profesional, con las posibles y esperables consecuencias que tiene, pues da lugar a una ausencia de seguimientos “protocolizados” legalmente, lo que, a su vez, resulta en, por un lado, una escasez de recursos humanos para dedicarse a cometidos como este; y, por otro lado, a una extralimitación de competencias, de forma altruista, de los profesionales

ubicados en una fase anterior a la puesta en libertad de las personas exinternas con trastorno mental grave.

De esta manera, los profesionales entrevistados son conscientes de esta atribución difusa de competencias, y así lo refieren, como el Entrevistado 003: *“Si se da en casos de enfermos mentales graves, será una valoración individual del profesional que quiere implicarse (...)”*. El Entrevistado 001, igualmente, habla de una “red”: *“(...) sí que hay una red que propicia que estos pacientes salgan atendidos, al menos, a priori (...)”*, y alude a esa extralimitación en sus funciones legalmente otorgadas: *“En realidad, si nos ponemos muy estrictos, a partir de la fecha de finalización de la medida de seguridad, nosotros no tenemos ningún tipo de responsabilidad. Lo que ocurre es que, lógicamente, hacemos algún intento, en coordinación con las entidades a las que he hecho mención, para que esa persona salga en unas condiciones óptimas.”* La Entrevistada 002, en esta línea, relata que: *“Lo aconsejable es que tengan una cita un seguimiento (...)”* si bien no menciona ni propone a ningún profesional para llevar a cabo dicho cometido. Adicionalmente, se entiende que, cada ámbito profesional implicado, al no existir fronteras claras que delimiten quién debe (o no) ocuparse de esta tarea, cada organismo entiende que es competencia de otro, y no suya, y, por ende, se inhibe a favor de otro, dejando una laguna sin cubrir, como puede entenderse del relato de la Entrevistada 002: *“Ese es parte del ideal. Lo lógico sería poder hacer todo eso; poder incluso preparar con niveles de autonomía, de funcionamiento, de manejo de dinero, de llamadas para coger información, etc, pero eso es muy difícil. Y el entorno judicial entiende que nosotros hacemos lo que consideramos que tenemos que hacer, y lo que podemos. Y tienen esa confianza, pero quedan muchísimas cosas por cubrir.”* De nuevo, se confirma esa carencia de actuaciones protocolizadas a las que hace referencia la **H4**. A la misma situación alude la Entrevistada 004 en su discurso, cuando menciona la cooperación con la Red de Salud Mental ambulatoria: *“Se valora un poco en función de las necesidades que se aprecien en cada caso, y siempre se produce una coordinación: nosotros transmitimos esas necesidades asistenciales que hemos apreciado durante su curso y evolución desde el ingreso, y luego la decisión queda a cargo de los servicios de la salud pública de referencia, y son ellos los que establecen lo que valoran que necesita la persona, y lo que pueden ofertar, dentro de sus limitaciones.”*

Profundizando en torno a la escasez de personal dedicado a esta tarea, cabe destacar que la mayoría de los entrevistados dejan entrever esta problemática al ser solicitados por datos sobre profesionales a quienes se les asigna esta ocupación, ya sea de forma central, o supletoria. La Entrevistada 002 destaca, así: “(...) luego sí que es cierto que los profesionales de esos centros hacen lo que pueden”. También el Entrevistado 003 hace referencia directa a este factor de peso: “Lo cierto es que la escasez de recursos humanos es una variable que está pesando en la actividad del día a día, algo que cuando se habla en la teoría no se contempla, pero la realidad del día a día es esa, por lo que se deben priorizar los recursos.” La Entrevistada 004, al hilo de lo anterior, relata así los obstáculos e impedimentos que tienen los profesionales de los servicios públicos de atención psiquiátrica: “(...) lo que pueden ofertar, dentro de sus limitaciones”, y, de forma añadida, comenta lo superficial que es el trato y el control de seguimiento, dada esa escasez de personal enfocado a dicha tarea: “Está claro que la Red de Salud Mental debería reforzarse, porque, respecto al seguimiento que se hace, lo ideal es que fuese más estrecho.” En lo que le concierne, mientras tanto, el Entrevistado 005 sugiere que una consecuencia observable de esta difusa atribución de competencias, y falta de personal concreto es que: “parece que los profesionales se están limitando”. Igualmente, el mismo profesional indica que este seguimiento podría realizarse e implantarse a nivel ambulatorio, en los centros de salud más accesibles para la población, pero recalca que podría ser farragoso determinar qué tipo de seguimiento correspondería a qué tipo de perfil profesional, asumiendo, a su vez, un coste económico elevado, y, por el momento, inviable para el programa de asistencia social que se dispensa y estructura actualmente en España: “El seguimiento debería ser siempre en el ambulatorio: de fácil acceso, rápido y sencillo. Para un seguimiento rutinario valdría un criminólogo, un trabajador social, etc. El problema es si en ese seguimiento hay que evaluar el estado mental del sujeto; entonces, mínimo, habría que tener a un psicólogo sanitario, o a un psiquiatra. Aquí el problema también es económico, por el equipo técnico que habría que tener detrás”; “(...) el problema de esa combinación es el coste.”

Coetáneamente, no parece existir ninguna normativa de carácter legal concreta, a nivel autonómico (en el País Vasco), que respalde esta actuación de seguimiento post-delictivo. En este sentido, la Entrevistada 004 relata: “Ese seguimiento se hace por parte del equipo; pero no existe ningún soporte legal que obligue a llevarlo a cabo (...)”. El Entrevistado 001 refiere que nadie, como entidad o establecimiento sanitario, les ha

impuesto la condición de poseer un protocolo de actuación post-salida: *“Es decir, nosotros como institución, cuando finaliza la medida de seguridad, no tenemos ninguna competencia u obligación para atender a ese paciente”*.

Sin embargo, aparentemente, una de las cuestiones más problemáticas son los casos psicopatológicamente estabilizados y estables, una vez han cumplido la medida de seguridad, ya que son los que están directamente afectados por la falta de protocolos de seguimiento. Esto es, los entrevistados mencionan que los casos de personas exinternas aún descompensadas según se acerca el final del cumplimiento de la medida de seguridad son casos fácilmente canalizables, como sugiere el Entrevistado 001: *“Si en un paciente hubiese una enfermedad psiquiátrica significativa que justificara su continuidad en otra unidad del hospital, no habría mayores problemas para canalizar ese asunto. El asunto es que acaba siendo más difícil de gestionar en pacientes donde prima la dimensión social.”* Asimismo, relata que, en este contexto, permanentemente, desde la instauración de este tipo de establecimientos penales-sanitarios, ha existido el temor al internamiento indebida o limitadamente justificado: *“La dimensión del internamiento regido bajo una estructura civil o penal es relativamente reciente, y el miedo siempre ha sido el del internamiento de personas sin una justificación psiquiátrica que lo apoyase.”* La Entrevistada 004 plantea también la dificultad que comportan los casos estables al salir de la unidad donde han cumplido la condena, por lo que el Equipo Técnico suele servirse de valoraciones iniciales al ingreso para determinar hacia dónde se dirigirá el/la expaciente una vez salga, dada la evidente ausencia de medidas de seguimiento protocolizadas: *“Y es precisamente eso lo que luego nos da pistas para poder plantear dónde derivarle una vez que planteemos el alta de esta unidad”*. El Entrevistado 005 pone de relieve esta problemática que suponen los casos estables a la salida: *“En el contacto psiquiátrico, si se evalúa el riesgo, y es alto, ¿qué se haría? La evolución y traslado a otra unidad sería algo más voluntario que otra cosa, no puedes obligarles”*.

7.3 Acerca de la Evaluación del Riesgo de Reincidencia

Por último, atendiendo a la valoración del riesgo de reincidencia utilizando herramientas concretas a tal efecto, la intención era conocer la situación actual sobre los instrumentos existentes para dicho fin, así como las lagunas y vulnerabilidades que estas herramientas presentaban, de cara a ser aplicadas en el destinatario, que son las personas exinternas con trastorno mental grave.

En la tentativa de conocer en profundidad, las herramientas y el modo de aplicación de las mismas para evaluar el riesgo de reincidencia de internos en este tipo de establecimientos, el choque con la realidad demostró que las evaluaciones llevadas a cabo tienen un carácter más de seguimiento interno, en formato de evaluaciones internas rutinarias, como queda patente de un extracto de las respuestas del Entrevistado 003: “(...) *hay muchas evaluaciones que no están reguladas ni regladas, y, sin embargo, se valora el estado del paciente.*” El Entrevistado 001, de modo semejante, alude a numerosas ocasiones en las que se están realizando, de forma inconsciente e implícita, valoraciones sobre el riesgo de comisión de un nuevo hecho delictivo: “(...) *el entorno judicial nos tiene muy presentes, y se nos pregunta sobre cómo vemos la salida más adecuada de ese paciente de la unidad cuando finalice su medida de seguridad y tenemos presente que ya estamos realizando una evaluación del riesgo de esa persona, cuando finalice su medida*”; “*Y, en ese sentido, cuando el paciente finaliza la medida de seguridad, pasan de lo penal a lo civil. Y a las instituciones de lo civil nosotros les transmitimos lo que nos parece oportuno al respecto, argumentadamente*”. En lo que a ella le corresponde, la Entrevistada 002, como profesional dedicada a la labor de lo social, entiende que el estado del/de la interno/a a la salida es un asunto que se valora previamente, por todo el Equipo Técnico: “*Así, todos valoramos: enfermeros, monitores, psicólogos, etc, cada cuál dentro de sus capacidades y de su campo, para hacer un conjunto.*” De esta confirma, se confirma lo enunciado por la **H5a**:

H5a: Existen herramientas para evaluar el riesgo de reincidencia en población psiquiátrica-penitenciaria (Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010; Nguyen et al., 2011; Bello, 2014; Douglas, Hart, Webster, Belfrage, Arbach-Lucioni y Andrés-Pueyo, 2015).

La Entrevistada 004, manifiestamente, mientras tanto, admite que: “*No hay una valoración estructurada.*” De hecho, admite que: “*En algún caso sí lo hemos llevado a cabo, pero no es lo habitual. A no ser que haya una petición del Juez de carácter más pericial. Pero no es algo habitual al alta, sino más como una petición concreta, en otro momento procesal, como durante el cumplimiento de una medida cautelar.*” De nuevo, se confirma la existencia de herramientas aplicables a este colectivo, confirmándose la **H5a**, si bien queda patente su infrecuente aplicación.

Reiterando el tema de la coordinación entre entes respecto de los protocolos de seguimiento, es una cuestión citada en multitud de ocasiones, y también destaca en este

ámbito. Por ejemplo, el propio Entrevistado 001, que anteriormente había aludido a esta interconexión profesional, insiste: “(...) esa evaluación la estamos haciendo permanentemente (...) y en ese contexto, nos juntamos con el entorno de los psiquiátrico-sanitario, y de lo social (...).” De igual modo, la Entrevistada 002 reconoce que el trabajo detrás de una salida, previamente habiendo evaluado el estado psicosocial del individuo, es una labor que se hace en equipo: “Lo que pasa es que normalmente son trabajos que se hacen a nivel de coordinación. Cuando sale un paciente, es algo que sucede en coordinación (...)”. También la Entrevistada 004 cita al Equipo Técnico detrás de esa labor de “valoración psicosocial”: “Lo que no se hace es una valoración estructurada como tal, pero sí por parte del equipo de profesionales, que visionamos sus antecedentes (...)”.

Ante todo, queda patente que lo más habitual y frecuente es que se realicen valoraciones psicopatológicas y de pronóstico, pero no evaluando nítidamente el riesgo futuro. El Entrevistado 003 admite que: “Les realizamos diferentes evaluaciones psicológicas, ahora mismo, entre una al año y una cada dos años”, brillando por su ausencia la valoración de la probabilidad de reincidencia delictiva.

Centrado el foco de atención en las lagunas y vulnerabilidades de actual sistema de valoración de probabilidad de reincidencia, enmarcado dentro de los servicios de salud mental públicos, una de las carencias perceptibles es la falta de habitualidad de aplicación de instrumentos específicos para valorar el riesgo en pacientes psiquiátricos, en centros penitenciarios, o en unidades de psiquiatría adyacentes a centros penitenciarios, como apunta el Entrevistado 005: “El riesgo de reincidencia se les aplica luego dentro, pero a todos por igual. (...) No es específico del paciente psiquiátrico”. Este profesional hace referencia a diversas herramientas: “RisCanvi”; “SVR-20”, “SARA”, “HCR-20” ... pero ninguna está específicamente diseñada teniendo en mente este segmento de población como destinatario, sino que se valora más el tipo delictivo de cara a emplear una herramienta u otra, haciendo referencia, por ejemplo, a: “(...) la SVR-20 para agresores sexuales”. En esta línea, pone de relieve: “(...) porque tampoco están diferenciadas las herramientas para sólo paciente con trastorno mental, es depende de la violencia. Si hay un agresor de pareja con trastorno mental, el objetivo es SARA. Pero si tienes paciente psiquiátrico, en general, y quieres valorar la posibilidad de riesgo, quizás sería HCR-20.” Estos extractos confirman la H5b:

H5b: Las herramientas actuales para evaluar el riesgo de reincidencia delictiva no difieren en estructura y método de aplicación en función de si el destinatario es una persona exinterna general, o una persona exinterna con enfermedad mental (Bonta, Hanson y Law, 1998; Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010; Bello, 2014).

No obstante, la falta de instrumentos particulares para este destinatario no es el único problema al respecto. La falta de formación académica, así como la cualificación del equipo profesional que debería de ser responsable de esta labor es otra de las debilidades del sistema de valoración del riesgo implantado en España, y así lo advierte el Entrevistado 005: *“En Psicología y Psiquiatría no saben que existe la evaluación de riesgo; lo que falta es formación. Es más, sugiere que: “(...) al no saber, pueden llegar a pensar que no hace falta, o que no es su función. Pero yo creo que, si todo el mundo tuviera las herramientas a mano para evaluar, se haría mucho más.”* Asimismo, confiesa que a veces el éxito no reside tanto en dar con la herramienta adecuada, sino en contar con un/a profesional debidamente cualificado/a: *“La clave, más allá de la herramienta, aunque hay algunas que no funcionan tan bien con determinados pacientes, a veces no está tanto en crear una nueva. Es más, la formación del profesional, y que sepa el objetivo y qué hacer con eso.”* Aun y todo, tiene claro que es un ámbito en el que queda un camino largo por recorrer, y que no avanza significativamente en nuestro territorio en la actualidad: *“En España, de momento, no evoluciona. Aunque en el ámbito anglosajón, como Canadá, o Estados Unidos, el profesional de salud evalúa el riesgo, y más en ámbitos como psiquiatría.”*

Otra de las grandes dificultades u obstáculos a los que se enfrenta este ámbito es la falta de “protocolos de actuación”; es decir, qué actuaciones o labores emprender cuando se detecta algún porcentaje de riesgo de reincidencia en esta población exreclusa. El Entrevistado 005 confiesa que es un problema de difícil abordaje, donde la falta de habituación sobre una aplicación rutinaria de escalas de valoración de riesgo, sumado a la falta de profesionales dedicados/as a ello, complica aún más la planificación de actividades cuando se identifica ese riesgo: *“(...) ¿para qué evaluarlo si no van a hacer nada con el factor?”*. Para el mismo entrevistado: *“lo ideal sería que alguien, de forma rutinaria, en un contexto como el hospital psiquiátrico, sondeara esos factores (de riesgo), (...) valorando si ha empeorado, mejorado, o si sigue igual.”*

En última instancia, la Entrevistada 004, admite, respecto a las evaluaciones de riesgo en establecimientos psiquiátricos legales, que: *“No hay una valoración estructurada”*. Y, de hecho, todos los profesionales de dicho centro, como ya ha quedado patente, reconocen esta falta, en unas palabras u otras, mencionando solo valoraciones, de carácter informal, no regladas ni de obligada realización, que se llevan a cabo. Por ende, no es la falta de instrumentos quizás lo que comporta las consecuencias más trascendentales, sino más bien la falta de formación y de hábito de aplicación.

8. Conclusiones y Discusión de los Resultados

8.1 Aportaciones Científicas

8.1.1 Sobre los Factores de Riesgo

El enigma que fundamenta el interés por realizar este estudio se basa en determinar si realmente hay una relación directa e intensa entre el padecimiento de una enfermedad mental y el riesgo de involucrarse en la comisión de hechos delictivos, así como de que se produzca la reiteración del acto delictivo. La hipótesis esencial de partida (**H2**) sugería una conexión moderada entre ambos fenómenos, apuntando a que los/as pacientes que han sido diagnosticados/as de un trastorno mental tienen mayor probabilidad de verse implicados/as en actividades delictivas, y un mayor riesgo de reincidir (Bonta, Hanson y Law, 1998; Loudon y Skeem, 2013; Nielssen et al., 2019). Una de las ideas que el Entrevistado 003 resalta es que *“un paciente que está en estado de brote psicótico, y ha traspasado la línea de matar a alguien, tiene más probabilidades que cualquier otro paciente, con su mismo diagnóstico, de volver a hacer lo mismo”*. Ello viene a confirmar que la probabilidad de reincidir es mayor entre las personas que poseen un trastorno mental y tienen antecedentes penales, frente a otro/a paciente que no los tiene. Y lo cierto es que, aunque la mayoría de los/as pacientes psiquiátricos/as no cometerá un delito, ni reincidirá, como sugiere el Entrevistado 005: *“(…) la mayoría no reincide, pese a lo que se diga”*, la probabilidad de que actúe de forma violenta, o de que protagonice algún hecho delictivo es mayor, si se compara con personas de la población general (Silver, Felson y Vaneseltine, 2008, como se cita en Núñez y López, 2009), por lo que podría llegar a confirmarse parcialmente, y de forma subsidiaria la **H1**.

En términos generales, el factor que normalmente provoca que se asocie el trastorno mental y la criminalidad es la desestabilización psicopatológica: *“Habría que mirar qué le ocurría cuando lo hizo, que suele ser la inestabilidad a nivel de salud mental (...)”*, que es, a su vez, uno de los factores de riesgo de violencia y de comisión delictiva en más ocasiones citado por todos los perfiles entrevistados. En esta línea, la posible vinculación entre psicopatología y violencia hay que entenderla desde el foco de la descompensación y de la sintomatología episódica. Las diferentes figuras expertas y académicas entrevistadas hacen hincapié, como se comentará más adelante, en el riesgo que supone el abandono del tratamiento, y la mala adherencia al mismo, con la posible y consecuente desestabilización psíquica. Pero, lo cierto es que autores como Bonta, Hanson y Law (1988) han demostrado que el factor de la sintomatología activa, por motivos de descompensación, no es un criterio suficientemente válido para pronosticar la reiteración a largo plazo, y sólo es útil si se pretende conocer el riesgo de reiteración delictiva a corto plazo.

En lo que respecta a si la enfermedad mental puede valorarse como un factor criminógeno, la hipótesis de trabajo del presente estudio entendía que sí podía serlo (**H2**) de acuerdo a diversos estudios, como los de: Bonta, Hanson y Law (1998), o Louden y Skeem (2013), pero la justificación anterior ya ha demostrado que lo que permitiría vincular la psicopatología con la criminalidad no es la enfermedad per se, sino la descompensación y la sintomatología activa subsiguiente al abandono de la medicación, siendo este fenómeno uno de las posibles – y no el único – desenlace de padecer una enfermedad mental grave. Así, Bonta, Hanson y Law (1998) han destacado que las variables clínicas ponderan mínimamente en la ecuación de la reincidencia delictiva, y que, pese a que una vez pudieron comprometer la capacidad de autogestión, al ser de naturaleza episódica, pueden no volver a condicionar su estado mental, y puede no volver a involucrarse en un delito. De hecho, el Entrevistado 005 recalca que *“(...) los factores en los que te hayas podido basar para decir que el riesgo (de reincidencia) es alto o bajo han podido cambiar”*. Por ende, cabe concluir que existe una correlación directa, aunque muy superficial, entre el riesgo de reincidencia, y el padecimiento de una enfermedad mental grave, ya que, todo se reduce a otro factor de riesgo más concreto, e inherente a las enfermedades mentales, que es la adherencia al tratamiento, que se abordará más adelante.

Otra de las cuestiones relacionadas con los factores de riesgo en población penitenciaria, respecto a la probabilidad de reiteración delictiva, era si los factores de riesgo multidimensionales pueden equipararse en los dos segmentos de población penitenciaria. La hipótesis de trabajo con la que se inició la investigación partía de la premisa de que las variables predictoras del riesgo de reincidencia son prácticamente semejantes entre la población exreclusa general y la población exreclusa con patología psíquica, a excepción de algunos factores específicos que podrían discernirse para este último segmento de población (**H3**), entre otros, la mala adherencia al tratamiento farmacológico. La investigación cualitativa llevada a cabo ha arrojado luz sobre esta cuestión, y ha planteado la existencia de un mayor número de variables predictoras específicas para el segmento de población expenitenciaria que posee un trastorno mental.

En esta línea, se ha corroborado que ambos segmentos de población reclusa comparten gran parte de los factores de riesgo que sirven para predecir el comportamiento delictivo futuro. De este modo, la falta de una red sociofamiliar que proporcione asistencia y cuidados al expaciente es uno de los factores mencionados en más ocasiones tanto por los entrevistados (véase el epígrafe de *Resultados de la Investigación*), como por la literatura académica. Así, Nguyen et al. (2011), entre otros, exhibe como uno de los cuatro parámetros centrales de medición del riesgo las amistades, relaciones e influencias antisociales, y hace mención directa a la esfera familiar, como se reitera por parte de los profesionales entrevistados: *“Si tiene apoyo social y familiar, las probabilidades de éxito son muchísimo mayores”* (Entrevistada 002).

La importancia que tienen las ocupaciones educativo-profesionales también es una cuestión primordial de cara a la reincidencia, y así queda patente, entre otros, por extractos como el de la Entrevistada 002: *“Si sale y no tiene trabajo ni actividad, frente a alguien que sale en una situación estable, en principio la perspectiva es muchísimo peor”*. El fundamento teórico de este factor de riesgo queda respaldado por autores como Nguyen et al. (2011), que, al volver a mencionar los indicadores de riesgo de reincidencia, alude a la esfera académico-laboral como una de las cuatro variables predictoras primordiales.

Por su parte, el consumo abusivo de sustancias tóxicas, asimismo, es una variable de predicción del riesgo de violencia futura decisiva, que es respaldada tanto teórica como empíricamente, a través del relato y experiencia de los profesionales encuestados. La

patología dual, o bien el trastorno que deriva del consumo de sustancias es citado por múltiples estudios y profesionales de la comunidad científica. Entre otros, le otorgan una capacidad predictiva potente investigaciones como la de Nguyen et al. (2011); Louden y Skeem (2013); Bonta, Hanson y Law (1998); Nielssen et al. (2019); y Zabala (2016), y la Entrevistada 004, además de otros de sus compañeros y compañeras, resalta la importancia de trabajarlo: “(...) *sí que se trabaja con ellos lo que implica el consumo, en el curso y evolución de una enfermedad mental, como un factor de inestabilidad más.*”

Mientras tanto, la concienciación sobre el delito perpetrado no parece ser, por omisión, un factor de riesgo con gran fundamentación teórica, además de que los entrevistados no le atribuyen gran capacidad predictora para la reincidencia, ni lo mencionan regularmente a lo largo de su entrevista. No obstante, el Entrevistado 005 pretende resaltar la importancia de abordar este asunto en todos los segmentos de población expenitenciaria, pero también, y con especial incidencia, en las personas dentro de esa muestra que poseen una enfermedad psíquica, pues, a su parecer, es habitual que se desatienda la conducta por la que ingresó en prisión, y es frecuente hallar que solo se trata de paliar el estado psíquico descompensado (véase el epígrafe de *Resultados de la Investigación*).

Por último, en relación con los factores en los que convergen ambas poblaciones de personas exinternas, el Entrevistado 005 exhibe, no solo la realidad multifactorial a la que se enfrenta la evaluación del riesgo de reincidencia en ambos casos, sino también la realidad de la naturaleza diversa y heterogénea de los factores de riesgo que deben ser valorados, resaltando el dinamismo de estos. Igualmente, la literatura ha confirmado, en numerosas investigaciones empíricamente contrastadas, la equiparación en los factores de riesgo para las dos poblaciones exreclusas, como la de Yee et al. (2011, como se cita en Nielssen et al., 2019, p.444), al aludir a “características demográficas y criminológicas similares en ambos grupos”, o el meta-análisis de Bonta, Hanson y Law (1998), que refiere que los predictores para valorar la posibilidad de reincidencia delictiva aplicables a exreclusos/as generales apenas se diferenciaban de aquellos aplicables a los/as que padecían un trastorno psíquico, tanto para la estimación del riesgo de reincidencia general, como para la reincidencia violenta. Pese a ello, el estudio desempeñado por estos últimos tres investigadores hacía hincapié en la necesidad de abordar y analizar más en profundidad esta cuestión para la población de personas exreclusas con enfermedad mental que son tratados en régimen ambulatorio tras el cumplimiento de la condena.

Con todo, aun cuando las variables predictoras que pueden emplearse para pronosticar el comportamiento violento son prácticamente semejantes entre las personas exinternas con y sin trastorno mental, otro de los postulados hipotéticos planteaba que el único factor distintivo y específico para la población exreclusa con enfermedad mental podría ser la mala adherencia al tratamiento (**H3**). Ahora bien, esa hipótesis se ha aceptado parcialmente, puesto que hay otras variables predictoras del riesgo que se mencionan en las referencias científicas, algunas con mayor potencial de predicción que otras.

Una que no es de menor trascendencia, pero que no ha sido exhaustivamente analizada, es la conciencia sobre la enfermedad per se, pues, como es lógico, esa variable está contemplada al aludir a la mala adherencia al tratamiento, tanto farmacológico como terapéutico: *“Si tiene conciencia de enfermedad, la adhesión al tratamiento es mucho más fácil y probable (...)”* (Entrevistado 3). La base empírica que respalda esto se limita a calificar la mala adherencia al tratamiento como un síntoma de que la conciencia sobre la enfermedad es nula (Nielssen et al., 2019). Así, el abandono de la pauta farmacológica es la fórmula más común de encontrar referencias a este último factor de riesgo en la mayoría de la literatura académica, como en el estudio de Loudon y Skeem (2013) donde se alude, implícitamente, a la conciencia en torno al padecimiento de la enfermedad. De hecho, si se juzga el abandono del tratamiento como un factor de riesgo de comisión de actos violentos, o de reincidencia delictiva, es racional imaginar que la falta de conciencia sobre la enfermedad desemboque en una mayor probabilidad de involucrarse de nuevo en la perpetración de delitos, pues todo parece estar ligado: *“La reincidencia depende mucho (...) de la conciencia de la enfermedad que tenga el paciente”* (Entrevistada 002). De esta forma se entiende que, a menor conciencia sobre el estado mental, menor posibilidad de que haya motivación para mantener la pauta farmacológica, y mayor probabilidad de que todo ello culmine en una desestabilización psicopatológica, y de que exista alguna posibilidad de actuar de forma violenta.

En esta línea, otro de los factores de riesgo específicos para este segmento de población, que la hipótesis vinculada a esta cuestión ignoraba, es la falta de un apoyo o tratamiento asistencial adecuado. Ramajo (2014, como se cita en Zabala, 2016) destaca la frecuencia con la que se da el fenómeno de “las puertas giratorias” respecto a pacientes psiquiátricos forenses, y sugiere que una mala canalización de los casos, de forma que no se esté garantizando la permanencia de los cuidados y de la atención asistencial que

requieren puede implicar una variable predictora de la reincidencia muy fiable. Este postulado es citado, de alguna forma, por algunos de los entrevistados: “(...) *en un entorno con figuras profesionales que puedan echarle un ojo, tendrá (la persona exinterna) más probabilidades de éxito*” (Entrevistada 002). La misma profesional recalca que “*de cara a la reinserción comunitaria es importantísimo*”, y, de hecho, esa cuestión es apoyada por autores como Zabala (2016), que hablan de la “rehabilitación social a través de actividades de índole terapéutica” como una variable que debe estar bajo gestión permanente si se pretende evitar la reiteración delictiva.

A la capacidad de autogestión de la propia persona y de su adaptación al medio comunitario se le ha asignado también una capacidad predictora de la reincidencia notoria. Es más, estudios como el de Porporino y Motiuk (1995, como se cita en Louden y Skeem, 2013) manifiestan la mayor proclividad que han presentado las personas exreclusas con trastornos psíquicos respecto al quebrantamiento de las reglas comunitarias y de las normas socialmente impuestas, pudiendo ello culminar en quebrantamientos de condena, y en la consideración de que “son más reincidentes que la población expenitenciaria general”. La importancia que ello comporta para la reinscripción se vislumbra claramente en los discursos de los entrevistados: “*También hay que tener en cuenta la capacidad de gestión de la persona en todo momento; una persona con trastorno psicótico tiene alterada la percepción de la realidad (...)*” (Entrevistada 004). Asimismo, la influencia que la sintomatología tiene sobre la capacidad de autogestión es remarcada por otros profesionales, con la subsiguiente probabilidad de que se promueva la comisión de un delito: “*El trastorno ha comprometido su capacidad de gestión de sí mismo*” (Entrevistada 004). Por ello, se insiste en la necesidad social de preparar para la reinscripción, pues una mala habilidad para gestionarse a uno/a mismo/a puede ser una variable que prediga fielmente la reiteración delictiva: “*poder incluso prepararle con niveles de autonomía, de funcionamiento, de manejo de dinero, de llamadas para coger información, etc (...)*” (Entrevistada 002).

No obstante, es curioso que el elemento con una de las mayores capacidades predictoras, si no el que tiene la mayor de todos ellos, tanto a ojos de los entrevistados, como respaldado empíricamente por multitud de investigaciones, es el del historial delictivo, carrera delictiva, o antecedentes delictivos. Los propios Entrevistado 003 y Entrevistada 004 hablan de “*una ley fundamental en Psicología*” que reprocha que “*el mejor predictor de la conducta futura es la conducta pasada*”. A pesar de que hay otros

que defienden que “(...) *todo el mundo hace algo por primera vez, y si tu hubieras mirado al pasado, siempre dirías que esa persona no lo iba a hacer*” (Entrevistado 005). De hecho, esta variable de riesgo tiene un largo recorrido teórico, y es citada en una gran diversidad de investigaciones, como las de Nguyen et al. (2011) y Bonta, Hanson y Law (1998), que le atribuyen alta capacidad de predicción de la reincidencia general. Así, grosso modo, la tendencia empírica de las recientes décadas se orienta hacia una conclusión similar: el perfil que arroja un mayor riesgo de reiteración delictiva es el de la persona exreclusa con enfermedad mental grave que tiene un historial delictivo amplio, y previo a la aparición repentina del estado psicopatológico descompensado.

En definitiva, se acepta parcialmente la hipótesis de que pueden discernirse algunos factores de riesgo específicos para el colectivo de personas exinternas con trastorno mental severo como la baja adherencia a la pauta farmacológica, ya que se ha comprobado la relevancia que poseen otros muchos factores de cara a pronosticar el riesgo de violencia, siendo la mala adherencia una ínfima parte de toda la ecuación total. Adicionalmente, la hipótesis que recalca las escasas diferencias entre las variables predictoras para ambos grupos se acepta íntegramente, pues, como ha quedado patente, las diferencias entre colectivos son mínimas (**H3**).

Asimismo, cabe resaltar que el **objetivo 1** (Ver epígrafe *Objetivos Específicos*) de este estudio se ha cumplido parcialmente, pues se ha logrado determinar de forma razonablemente fiable que el trastorno mental grave no es, per se, un factor criminógeno de peso suficiente en la contribución a la reincidencia delictiva, y ni siquiera respecto a la incidencia delictiva. Ahora bien, se ha demostrado que hay diferencias de criterio, puesto que hay estudios, como el de Bonta, Hanson y Law (1998), que afirman que el padecimiento de una enfermedad mental contribuye a involucrarse en actividades delictivas, pero no puede corroborarse claramente esa relación causal en la mayoría de las casuísticas. Igualmente, no hay una vasta cantidad de estudios que aborden esa problemática, por lo que no ha podido evaluarse de forma fiable dicho planteamiento.

En cambio, tanto el **objetivo 2** como en el **objetivo 2.1** han sido satisfechos íntegramente (Ver epígrafe *Objetivos Específicos*), ya que se han podido tanto estudiar las diferencias entre factores de riesgo que involucran tanto a población expenitenciaria general, como a población psiquiátrica expenitenciaria, y realizar un análisis

significativamente exhaustivo de los factores de riesgo específicos que se contemplan para ese segundo colectivo.

En esta línea, cabe destacar que una identificación y clasificación correctas y globales de los factores criminógenos que contribuyen a la incidencia y reincidencia delictivas son cruciales, en términos científicos, de cara a la elaboración de, en primer lugar, medidas de control post-delictivo eficaces, que abarquen los aspectos sociales, culturales, económicos, familiares, personales, etc, que concretamente afectan al colectivo de personas exreclusas que padecen un trastorno mental grave; y, en segundo lugar, en términos de diseño o rediseño de instrumentos eficaces en la detección del riesgo de reincidencia. De lo contrario, y aludiendo a la situación actual, podría estar sucediendo que, o bien, no se está ponderando correctamente el peso que dichos factores poseen sobre la probabilidad de reincidencia delictiva de dicho colectivo, o bien, ni siquiera se están contemplando los factores clave que promueven su reocurrencia. De esta forma, esta investigación hace hincapié en la necesidad de distinguir los factores de riesgo que afectan a cada subcolectivo de personas exreclusas, ya que ello permitirá desarrollar estrategias y políticas más útiles y eficaces en lo que a la prevención del delito se refiere.

8.2 Aportaciones Sociales y Prácticas

8.2.1 Sobre los Protocolos de Seguimiento Post-Delictivos

Una vez las personas internas son “dadas de alta” del centro por finalización del internamiento por la condena, la realidad post-delictiva de dicho colectivo está teñida por la ausencia de vigilancia, control o de un seguimiento estrecho por parte de la rama asistencial. Sin embargo, si el objetivo es la prevención de la reincidencia delictiva en lo que a esta población concierne, habría que valorar que se trata de personas afectadas por una condición médica, que en muchas ocasiones es crónica, y que no se ha visto atenuada por la institucionalización (Ferreirós, 2006). A ello se refiere la Entrevistada 004 en especial: “*Sí que debería de haber una llamada y ese seguimiento, especialmente cuando hay unos antecedentes conductuales graves, debiendo ser un seguimiento especial.*”, así como la Entrevistada 002: “*(...) es una persona que necesita de medidas de apoyo, por no tenerlas, y que, por tanto, necesita de un control*”. De hecho, lo más esperable, según Ferreirós (2006), sería que esta discapacidad en el funcionamiento social se reavivará con la reintroducción en el medio comunitario. Así se aporta una de las claves para garantizar que las personas exinternas que padecen un trastorno mental grave no se vuelvan a ver

involucradas en un acto delictivo, que es el apoyo asistencial: *“tiene que contar con que haya un apoyo a nivel asistencial, médico o psicológico, lo que pueda necesitar, a través de un centro de salud mental, ya que de cara a la reinserción comunitaria es importantísimo; que tengan posibilidades de poderle ver en la medida en la que el paciente lo pueda necesitar (...)”* (Entrevistada 002). De hecho, tal y cómo dejó entrever la Entrevistada 004, el seguimiento ambulatorio post-salida es un factor clave para cerciorarse de que la persona está asimilando el proceso de reinserción social, al igual que lo es para asegurarse de que la persona con una discapacidad mental no está desviándose: *“(...) tenemos algunos casos que antes de haber cometido el delito han estado en la Red de Salud Mental pública, y trasladan que en esos momentos la atención fue insuficiente, y que si hubieran recibido una atención mayor, a su parecer, el delito se podría haber evitado”*.

En realidad, dicho seguimiento se ve significativamente dificultado por la falta de normativa vigente que respalde la aplicación de programas o medidas de seguimiento, y no precisamente por la falta de iniciativas al respecto. De hecho, el propio Entrevistado 001 alude a esta circunstancia indicando que: *“No hay un protocolo; no está diseñado como tal, sino que la Red de Salud Mental tiene respuesta en estructura y organización para atender (...)”*, aunque también apunta: *“Pero lo que es la estructura yo creo que está debidamente establecida y no hay mayores problemas a ese nivel.”* Magro (2015) confirma este fenómeno aludiendo a la única doble vía existente para canalizar casos de personas con trastorno psíquico severo tras la salida de una institución judicial: la incapacitación, o el internamiento judicial. Así, la única opción restante sería la reinserción social plena, que no comportara mayores problemas, donde la persona quedaría sometida únicamente al régimen de tratamiento civil ambulatorio que recibe cualquier otra que padece una condición psicológica grave, como bien destaca el Entrevistado 003: *“Desde el punto de vista sanitario, recibe el tratamiento idéntico a otros enfermos mentales de la comunidad. Si faltan a las consultas, a día de hoy, no tengo conocimiento de que te llamen a casa.”* Por ende, como Magro (2015) sugiere, lo problemático sería la canalización de casos psicopatológicamente estables, donde, al igual que remarca el Entrevistado 001, “prima lo social”: *“El asunto es que acaba siendo más difícil de gestionar en pacientes donde prima la dimensión social. La pregunta es si el paciente es capaz de manejarse en un entorno social normalizado (...)”*; se trata de situaciones donde faltan requisitos para cumplir cualquiera de las opciones de

internamiento o seguimiento anteriores, y donde brilla por su ausencia una opción intermedia de tratamiento supervisado y continuado (Magro, 2015).

En esta línea, se entiende que el único método de canalización razonable en casos psicopatológicamente estables que, en algún momento, se ven implicados en alguna actividad problemática, sería el tratamiento ambulatorio involuntario (Ferreirós, 2006; Magro, 2015). Esta estrategia legalmente amparada en normativa de diferente índole, como en la Disposición Adicional Primera del Código Penal, en el Convenio relativo a los Derechos Humanos y a la Biomedicina (Magro, 2015), del 4 de abril de 1997, e incluso en sentencias del Tribunal Constitucional, como la STC 120/90 (Ferreirós, 2006), difícilmente ha sido de utilidad siempre que se ha hecho un intento de aplicación al caso de personas exinternas con enfermedad mental grave. Ello obedece al planteamiento de que su condición no permitiría siempre justificar la aplicación de medidas que atenten contra su voluntad, a menos que se intente preservar su salud, por encontrarse esta en manifiesto peligro (Ferreirós, 2006). El Entrevistado 001, así, refiere que, precisamente puede ser más problemático el tratamiento de casos donde la dimensión de autogestión personal es la que flaquea, y no la dimensión psiquiátrica: *“Si en un paciente hubiese, después de finalizar el cumplimiento de la medida, una enfermedad psiquiátrica significativa que justificara su continuidad en otra unidad del hospital no habría mayores problemas para canaliza el asunto. El asunto es que acaba siendo más difícil de gestionar en pacientes donde primar la dimensión social.”* Es más, insiste en que el régimen del tratamiento ambulatorio involuntario sólo puede enmarcarse en el marco de la condena: *“(…) el tratamiento ambulatorio involuntario queda contextualizado en el tiempo dentro del propio cumplimiento de la medida de seguridad.”*

De esta forma, queda patente que los recursos para el control comunitario de este colectivo son escasos, y operativamente no funcionan para canalizar la gran mayoría de casos, que son aquellos que no se vuelven a ver implicados en ningún actividad delictiva, o que no reportan problemas conductuales con la comunidad (Hava, 2021), lo que puede llevar a ingresos en centros penitenciarios injustificados, o indebidamente justificados, como ya bien mencionaba el Entrevistado 001 anteriormente al referirse a las personas donde el problema es la gestión de su persona, y no de su estado mental. Por ende, se confirma plenamente la **H4**:

H4. No existen protocolos de seguimiento claramente definidos ni rutinariamente aplicados dentro de la Red de Salud Mental del estado español, que velen por los enfermos mentales graves, respecto a elementos como adherencia al tratamiento, o riesgo de reincidencia delictiva (Ferreirós, 2006; Magro, 2015; Hava, 2021).

Otra variable de peso a la que aluden los entrevistados es la falta de recursos humanos para garantizar un seguimiento ambulatorio en la comunidad: *“Aquí el problema es económico, por el equipo técnico que habría que tener detrás”* (Entrevistado 005); *“Está claro que la Red de Salud Mental debería reforzarse, porque, respecto al seguimiento que se hace, lo ideal es que fuese más estrecho”* (Entrevistada 004); *“Lo aconsejable es que tengan una cita y un seguimiento; luego sí que es cierto que los profesionales de esos centros hacen lo que pueden”* (Entrevistada 002). Esta carencia queda respaldada por Hava (2021), cuando recalca que la asistencia que se presta está caracterizada por la falta de recursos en todos los sentidos: de materiales, equipos, herramientas, normativa, y personal, de forma que se dificulta enormemente la consecución del objetivo de rehabilitación y reinserción.

Desde la perspectiva de los entrevistados, asimismo, sería conveniente, y, de hecho, ya se pone en práctica en algunos centros, una evaluación o juicio probabilístico que trata de determinar, en base a las condiciones en las que se halla la persona en el periodo anterior a la salida del centro, su actitud y comportamiento una vez se produzca la definitiva salida, como apunta el Entrevistado 001: *“(…) unos meses antes, nos hemos puesto en contacto con la Red de Salud Mental y la red social del territorio correspondiente (...)”*, o la Entrevistada 004: *“No existe ningún soporte legal que nos obligue a llevar a cabo eso, pero sí que se plantean a nivel asistencial los requerimientos que puede tener la persona; nosotros transmitimos esas necesidades asistenciales que hemos apreciado durante el curso y evolución desde el ingreso (...)”*. Magro (2015) indica que esa detección de casos cuya salida podría entrañar dejar sin medidas supervisión necesarias a una persona que las necesita es fundamental para regular el riesgo de comisión de un nuevo delito, y la elusión del fenómeno, por tanto, de las “puertas giratorias”. Es más, la falta de apoyo social podría tornarse en un esperable abandono del tratamiento prescrito, y en una previsible recaída (Magro, 2015; Hava, 2021), y los profesionales de estos centros tiene consciencia sobre ello: *“La reincidencia depende mucho de las medidas de apoyo que tenga”* (Entrevistada 002).

Diversidad de autores y estudios han hecho hincapié, de este modo, en la necesidad de un seguimiento, presente y especial, para el control de las personas exinternas que sufren un trastorno psíquico severo. Ello, a su parecer, podría lograrse, entre otros métodos, a través de una equiparación entre el tratamiento dispensado a la persona con enfermedad mental, y a aquella que ha cometido un delito y padece también una condición psiquiátrica semejante (Ferreirós, 2006; Magro, 2015). Esto es, la aplicación de unas “medidas de seguridad post-delictivas” equivalentes al tratamiento que se dispensa a una persona con enfermedad mental en el régimen civil, asumiendo una mayor cantidad de recursos humanos y, por ende, asistenciales, adaptados a las situaciones sociales que pudieran nacer, derivadas de la necesidad de cuidado por parte de estos colectivos. Esto ya sucede actualmente, como bien resalta el Entrevistado 003: *“Hay pacientes que finalizan su medida de seguridad, pero que, como tienen un diagnóstico de gravedad, no salen de la unidad, aunque cambian de situación jurídica (...)”*, o el Entrevistado 001: *“(...) lo que se hace es un internamiento involuntario, normalmente de carácter civil, y entonces se le ingresa en otra unidad de este hospital.*

No obstante, Ferrirós (2006) insiste en que no se debe limitar la situación a las opciones jurídicamente asequibles que ofrece nuestra legislación, y que, especialmente en este ámbito médico, resulta crucial fomentar la innovación, e impulsar la implantación de modelos asistenciales novedosos en España, que ya tienen cierto recorrido y experiencia en el marco internacional (Figura 4), tales como la “puesta en libertad condicionada” (*Conditional Release*) o el Tratamiento Asertivo Comunitario (*Assertive Case Management*) (De la Cal, 2015). Pero, sobre todo, la idea que debe trascender es la que insiste en que la delincuencia, incluso la que podrían protagonizar personas exinternas con trastornos psíquicos severos, puede prevenirse mediante el mero cuidado comunitario (Heilbrun y Griffin, 1993; Hodgins et al., 1996; Muller-Isberner, 1996; Wiederanders, 1992; Wilson et al., 1995, como se citan en Hodgins, 1998).

Por ende, respecto a los objetivos específicos planteados en este estudio, se ha logrado cubrir plenamente el fin propuesto y plasmado en el **objetivo 3** (Ver epígrafe *Objetivos Específicos*), dado que se ha reflejado la clase de medidas de seguimiento post-delictivo en vigor en el ordenamiento jurídico español, así como el grado de control que actualmente ejerce el sistema sanitario-psiquiátrico sobre las personas exinternas con enfermedad mental grave que se han reincorporado al medio comunitario, si bien, sería

conveniente indagar en mayor profundidad en la tipología de medidas existentes en más legislaciones internacionales.

Igualmente, cabe destacar que el ámbito del seguimiento post-delictivo involucra no solo a las propias personas exreclusas a las que se pretende reinserir, sino también a todo el entorno comunitario, que queda expuesto ante la peligrosidad que podría entrañar la falta de un control farmacológico estrecho por parte de los centros de la red de salud mental nacional y autonómicas. Por ello, comprender las claves para diseñar o implementar estrategias de seguimiento resulta esencial si se busca una convivencia respetuosa e inclusiva, que eluda las históricas prácticas discriminatorias o favorecedoras de la marginalización de este colectivo.

8.3 Sobre la Evaluación del Riesgo de Reincidencia

El proceso de seguimiento, no obstante, está muy vinculado a la evaluación del riesgo, y, de hecho, es la propia valoración del riesgo de reiteración delictiva lo que, entre otros motivos, fundamenta la adopción de medidas de seguimiento a este colectivo. Así, Andrés-Pueyo y Redondo (2007) indican que uno de los objetivos principales de la evaluación del riesgo es servir de herramienta para orientar y dirigir al profesional evaluador durante el juicio probabilístico que trata de predecir la conducta futura, de modo que se eviten juicios informales, carentes de validez y fiabilidad, que son la principal vulnerabilidad de las evaluaciones de riesgo que se hacen en algunos centros psiquiátrico-penitenciarios, como dejan entrever algunos entrevistados: *“En todo este mismo proceso, de una forma u otra, ya se está haciendo implícitamente y permanentemente la evaluación del riesgo de ese paciente en lo que tiene que ver cuando finalice su medida de seguridad.”* (Entrevistado 001).

El problema principal, ante todo, no reside en la falta de herramientas válidas, ya que, en realidad, la variedad de instrumentos útiles para este cometido es manifiesta (Tabla 3), existiendo un número considerable de escalas y protocolos aplicables a las personas exinternas que padecen un trastorno psíquico severo a nivel internacional (Hanson, 2005, como se cita en Bello, 2014). En esta línea, así, el Entrevistado 005 menciona diversos instrumentos como “HCR-20”, “SARA”, u otros creados en el marco nacional, como “RisCanvi”. Sin embargo, Nguyen et al. (2011) ya advierten de que, en España, aunque ese número es más escaso, se trata de herramientas válidas y fiables para

predecir el comportamiento violento y/o delictivo, dado que se están iniciando proyectos que contemplan factores de riesgo y de protección empíricamente asociados a la evaluación de la reincidencia delictiva (Singh y Fazel, 2010; Andrews y Bonta, 2010; Shawn, 2011, como se citan en Bello, 2014).

La tradición evaluadora, no obstante, no es tan marcada en España con respecto a otras regiones del mundo, aunque se disponga de herramientas para tal fin (Nguyen et al., 2011), siendo Estados Unidos, Canadá o Reino Unido países donde hay un hábito más asentado respecto a la evaluación de riesgo, y donde el recorrido de aplicación es significativamente más extenso en el tiempo, dado que muchas de las herramientas fueron diseñadas en dichos países (Esbec y Fernández, 2003; Andrés-Pueyo y Redondo, 2007; Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010, como se citan en bello, 2014). Esta perspectiva puede bien apreciarse en el discurso de diversos entrevistados, donde es patente la falta de valoraciones, que, de hacerse, son informales y no protocolizadas: *“No, no se evalúa. Pero es que (...) el proceso es un poco al revés. Cuando se decide que un paciente va a salir, es porque previamente hemos constatado en las “evaluaciones”, aunque no son evaluaciones – porque al final hay muchas evaluaciones que no están reguladas ni regladas -, y, sin embargo, se valora el estado del paciente”* (Entrevistado 003); *“No hay una valoración estructurada. En algún caso sí lo hemos llevado a cabo, pero no es lo habitual, a no ser que haya una petición del Juez de carácter más pericial. Pero no es algo habitual al alta, sino más como una petición concreta (...)”* (Entrevistada 004).

Algunos de los entrevistados, expertos en la materia de referencia, corroboran esa falta de hábito o rutina de evaluación en el contexto psiquiátrico: *“En prisión ya se van haciendo programas y evaluaciones, pero en ese ámbito psiquiátrico no hemos llegado aún.”* (Entrevistado 005). El mismo entrevistado (Entrevistado 005), recalca esa trayectoria en el contexto internacional, en el ámbito de la evaluación de riesgo, frente a la ausencia de rutina en España: *“En España, de momento, no evoluciona. Aunque en el ámbito anglosajón, como Canadá, o Estados Unidos, el profesional de la salud evalúa el riesgo, y más en ámbitos como la Psiquiatría.”* Sin embargo, muchos de los profesionales entrevistados argumentan que esa falta de hábito no impide que, operativamente, el proceso de salida se haga en coordinación con otras entidades interesadas, garantizando, en la medida de lo posible, y con las herramientas que manejan, la no reincidencia de la persona exinterna con trastorno mental severo: *“En el momento en el que se hace presente la salida de un paciente de esta unidad, establecemos una serie de contactos, poniendo*

en marcha diversas actuaciones dirigidas tanto a cubrir la dimensión sanitaria-psiquiátrica, como la dimensión socio-familiar; (...) sí que hay una red que propicia que esos pacientes salgan atendidos, al menos, a priori, en esa doble dimensión.” ; “Sí realmente detectamos que habría algún riesgo, diríamos que se paciente debería ingresar o ser internado donde proceda.” (Entrevistado 001); “Lo que pasa es que normalmente son trabajos que se hacen a nivel de coordinación.” (Entrevistada 002); “Somos conscientes de que manejamos casos sumamente complicados, y de que hay que aunar todos los esfuerzos posibles, coordinándonos para que la información fluya. Los límites y funciones de cada uno están bien definidos, y hay disposición de las partes, lo cual es determinante. Al final debemos garantizar unos mínimos con el fin de que eso (el delito) no vuelva a suceder.” (Entrevistada 004).

Otro de los factores a considerar es la falta de herramientas específicas para este colectivo. Esto es, Andrés-Pueyo y Echeburúa (2010), entre otros autores, subrayan que la enfermedad mental se introduce más habitualmente como ítem en las escalas y protocolos de valoración, que como línea base del instrumento, que fundamenta su creación, si bien se ha demostrado ya que el trastorno mental es un factor de capacidad predictora débil respecto de la reincidencia (Louden y Skeem, 2013; Bonta, Hanson y Law, 1998). En la práctica, la distinción de herramientas sigue más un patrón de tipologías delictivas, que, de destinatarios, aunque puedan existir algunas herramientas que sean de aplicación más conveniente para determinados colectivos, como delincuentes jóvenes (Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010; Bello, 2014). Así, los instrumentos de valoración pueden ser más genéricos, o más específicos, focalizando el riesgo hacia determinadas actuaciones delictivas (como delitos sexuales, o delitos de violencia contra la pareja) (Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010). El Entrevistado 005 corrobora este fenómeno en numerosas ocasiones: “(...) porque tampoco están diferenciadas las herramientas para sólo trastorno mental; es depende de la violencia o del delito. Si hay un agresor de pareja con trastorno mental, el objetivo es SARA. Pero si tienes paciente psiquiátrico en general, y quieres valorar la posibilidad de riesgo, sería HCR-20”; “Las aplicaciones que he ido haciendo han sido más a agresores de pareja o sexuales principalmente, que podían o no tener un trastorno, pero no hemos hecho aplicaciones masivas con pacientes psiquiátricos para ver si reinciden o no reinciden.” El mismo profesional insiste en que las herramientas suelen aplicarse por igual para todo tipo de personas internas, independientemente de su estado mental, sirviendo el delito cometido

como criterio de discernimiento: *“El riesgo de reincidencia se les aplica luego dentro, pero a todos por igual.”* Bonta, Hanson y Law (1998) respaldan este procedimiento rutinario, indicando que la aplicación de herramientas de predicción se suele hacer indistintamente, sin atender al destinatario.

El mayor obstáculo al que se enfrenta el avance de la evaluación de riesgo en nuestro país es, quizás, tal y como entienden los profesionales entrevistados, la falta de formación y conocimiento en la materia de los agentes interesados, por razón de su cargo: *“La clave, más allá de la herramienta, - aunque haya algunas que no funcionan tan bien con determinados pacientes – a veces no está tanto en crear una nueva; es más la formación del profesional, y que sepa el objetivo y qué hacer con eso.”* (Entrevistado 005). Insiste, además, en que quizás la comunidad de profesionales pertinentes respecto al ámbito psiquiátrico-penitenciario y judicial están poco habituados a su aplicación por la escasa información que se les dispensa durante su formación académica, y que, como hipótesis, podría ser por ese motivo por el que ha difundido la sensación de que no parece necesaria su utilización: *“En Psicología y Psiquiatría no saben que existe la evaluación de riesgo; lo que falta es formación. Y al no saber, pueden llegar a pensar que no hace falta, o que no es su función. Pero yo creo que, si todo el mundo tuviera las herramientas a mano para evaluar, se haría mucho más.”* Dernevik (2004) advierte, así, del potencial obstáculo que supone para el progreso de la evaluación del riesgo que el/la agente evaluador/a carezca de conocimientos y técnicas para la aplicación de estos instrumentos, ya que, entre otras consecuencias, las decisiones de los/as profesionales clínicos/as se estarían basando en juicios informales, carentes de fundamento y experiencia. Steadman y Coccozza (1974) o Thornberry y Jacoby (1979), entre otros, (como se citan en Bonta, Hanson y Law, 1998), apuntan, en este sentido, que esas valoraciones pueden carecer de precisión, con todas las consecuencias ético-morales que pueden derivar del proceso de toma de decisiones sobre el riesgo de una persona exinterna con enfermedad mental grave (como el internamiento indebido o injustificado).

Y, en este punto, surge también una conexión entre la falta de medidas de seguimiento, y las valoraciones de riesgo, ya que este último ámbito no podrá progresar hasta que avancen las iniciativas en lo referente a los protocolos de seguimiento, como bien indica el Entrevistado 005: *“En el contacto psiquiátrico, si se evalúa el riesgo, y es alto, ¿qué se haría? La evolución y traslado a otra unidad sería algo más voluntario que otra cosa; no puedes obligarles.”*

De esta forma, queda constancia de esa imposibilidad de progreso en el cuidado post-delictivo y en la rehabilitación de la persona delincuente con enfermedad mental grave, hasta que no se armonicen las actuaciones en términos de seguimiento, siendo un servicio habitual dispensado por los centros de salud mental ambulatorios en la actualidad. La clave reside en considerar que, como bien indica Hernández (2011, p.135): “Tanto la enfermedad mental como la conducta delictiva son dos eventualidades que se presentan con frecuencia relativamente alta en algún momento de la vida de muchas personas”, y, por tanto, esa colectividad provoca que a toda la comunidad internacional le atañe la concienciación sobre una realidad que está muy presente. Y de ahí, surge la pregunta: “¿se podrían evitar la mayor parte de los delitos que cometen los enfermos mentales si éstos recibieran una correcta atención psiquiátrica y psicosocial?” (Hernández, 2011).

Respecto a los objetivos marcados por esta investigación, cabe destacar que el **objetivo 4** ha sido satisfecho íntegramente (Ver epígrafe *Objetivos Específicos*), pues ha quedado reflejado el amplio repertorio de herramientas de evaluación del riesgo válidas y fiables existentes, tanto a nivel internacional como nacional para este segmento de población expenitenciaria (Andrés-Pueyo y Redondo, 2007; Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010; Bello, 2014), aunque, por contraposición, el **objetivo 4.1** se ha abordado de forma parcial, tomando en consideración que algunos/as autores/as (como Bonta, Hanson y Law, 1998) y expertos/as entrevistados/as (Entrevistado 005) han corroborado la aplicación indistinta entre ambos segmentos de población (expenitenciaria general y expenitenciaria psiquiátrica), si bien es una cuestión sobre la que aún hay demasiadas incógnitas, concretamente, sobre la validez de aplicar dichas herramientas de forma indiferente en ambos colectivos, y acerca de la fiabilidad y validez de aplicación según el/la profesional evaluador/a (Andrés-Pueyo y Redondo, 2007; Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010; Loudon y Skeem, 2013).

Y, en la misma línea que lo que concierne a la utilidad de la protocolización del seguimiento post-delictivo, expandir el uso de instrumentos de evaluación del riesgo a contextos psiquiátrico-penitenciarios resulta imprescindible para lograr una reinserción social eficiente, y para evitar un consumo de recursos penitenciarios (como plazas en centros penitenciarios) excesivo, que además, es inadecuado para este perfil de persona exinterna, dada su necesidad de tratamiento psicoterapéutico - imposible de abarcar en un entorno íntegramente penitenciario -. Igualmente, ahondar en el diseño de

herramientas de valoración del riesgo de reincidencia puede comportar beneficios a nivel preventivo, al buscar diseños que satisfagan plenamente a cada perfil delictivo, y no solo en función tipo de delito cometido, sino también dependiendo de un factor psicosocial tan determinante como es el estado de salud mental de una persona.

8.3 Aportaciones Criminológicas

Una de las más trascendentales contribuciones de este estudio a la ciencia interdisciplinar de la Criminología se centra en mejorar el abordaje de la prevención delictiva sobre el colectivo de personas que han cometido un delito, bajo la influencia conductual de un trastorno psíquico severo. A su vez, se pretende recalcar la necesidad de la figura del/de la criminólogo/a en el diseño de políticas de prevención inclusivas, que atiendan a la potencial influencia de diferentes condiciones psiquiátricas sobre la conducta humana.

De forma paralela, a través de la promoción de una comprensión más detallada del patrón, perfil y carrera delictivos de personas incluidas en este colectivo, se pretende resaltar la necesidad de valorar la utilización de estrategias de seguimiento post-delictivo eficaces, que tomen en consideración la distinción entre factores de riesgo generales que involucran a la mayoría de personas que hayan cometido un delito, y factores de riesgo que pueden estar condicionando a personas de este colectivo de modo más intenso. También se ha destacado la conveniencia de testar la implementación de nuevos modelos de seguimiento post-delictivo, dados los escasos recursos actuales para dicha tarea (Ferreirós, 2006; Magro, 2015).

A su vez, la presente investigación destaca la productividad que puede extraerse del uso de instrumentos de evaluación del riesgo de reincidencia aplicados a este segmento de población concreto, contribuyendo a una reinserción y rehabilitación social eficientes (Andrés-Pueyo y Redondo, 2007; Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010), mediante herramientas de cuya utilización puede vislumbrarse una preocupación y control más estrechos por personas exreclusas con enfermedad mental grave, que garanticen una menor probabilidad de abandono del tratamiento, y posible reiteración delictiva.

En última instancia, se han tratado de resaltar las oportunidades que ofrece la mediación y colaboración profesional entre distintas ramas científicas como la Psicología,

la Psiquiatría o la Criminología, en lo que concierne al diseño de estrategias de prevención delictivas para personas que, padeciendo una enfermedad mental severa, se vieron involucradas en la perpetración de una actividad delictiva, y que deben ser resocializadas para adaptarse, de nuevo, al entorno comunitario. Y, asimismo, de este estudio se extrae la posibilidad de involucrar a personas exinternas con enfermedad mental grave en la celebración de encuentros restaurativos (enmarcados en el método de la Justicia Restaurativa), comprobando la efectividad de estos tanto de cara a la reinserción social de este colectivo, como para testar su resultado en lo que a la reparación emocional de la víctima se refiere.

9. Limitaciones y Propuestas

9.1 Limitaciones de la Investigación

El estudio propuesto se ha llevado a cabo tratando de eludir las limitaciones más típicamente asociadas a los métodos de investigación cualitativos. En concreto, la metodología de las entrevistas semiestructuradas empleada para esta investigación puede enfrentarse, entre otros obstáculos técnicos, a las excesivas generalizaciones; a la selección de los participantes para evitar sesgos en la elección; o a los largos procesos de verificación de la información, a partir de la extracción de información comparada entre los discursos de los participantes (Queirós, Faria y Almeida, 2017). Respecto a la generalización excesiva, pese a que los participantes entrevistados son profesionales en el ámbito de la psiquiatría penitenciaria, sus conclusiones se han aceptado parcialmente, ya que, entre otros motivos, el reducido tamaño de la muestra impide que la generalización de los resultados tuviese una validez externa alta. Asimismo, para confrontar los posibles sesgos a la hora de seleccionar a la muestra, se trató de contar con la participación de profesionales de distintos campos o ámbitos de actuación: de Psicología, Psiquiatría, Criminología y Trabajo Social. Sin embargo, la limitación más evidente se atribuye a la procedencia de estos, ya que la mayoría ocupan puestos en el mismo centro asistencial (cuatro de cinco entrevistados, en concreto).

Piza, Amaiquema y Beltrán (2019) insisten en otro de los mayores obstáculos de esta técnica de índole cualitativa, que se centra en que la información está inevitablemente impregnada por la perspectiva de los participantes, lo que otorga cierta subjetividad, y no

permite hacer excesivas generalizaciones, pese a que sean profesionales que conozcan bien el ámbito y objeto de estudio.

En lo que concierne al tamaño de la muestra, este constituye otro de los obstáculos centrales, puesto que estaba conformada por cinco profesionales expertos/as en la materia objeto de estudio, que, aun proporcionando una visión razonablemente completa de la realidad post-delictiva de las personas exinternas que padecen un trastorno psíquico severo, se percibió carente en algunos aspectos, como la posible comparación de la información con otras técnicas cualitativas, tales como la observación, los grupos de discusión, o los grupos focales. Esta estrategia de comparación de información, comúnmente denominada “triangulación”, permite otorgar una mayor fiabilidad y validez al estudio, al verse contrastada la información cualitativa obtenida mediante diferentes métodos (Gibbs, 2012; Piza et al., 2019).

En esta línea, determinados entrevistados se extendieron significativamente en algunas respuestas, y otras terminaron por no ser satisfechas, o fueron deficientemente cumplimentadas, lo que puede haber introducido sesgos en la fase de codificación de la información, o en la fase de interpretación de los resultados, siendo esta otra de las principales limitaciones del estudio.

Lo cierto es que, además, los entrevistados pueden propiciar otro tipo de dificultades, que comprometan la fiabilidad o validez del estudio, como puede ser su inadecuada expresión oral, o la omisión de respuesta ante determinadas cuestiones planteadas ante el/la entrevistador/a (Piza et al., 2019). Asimismo, esto puede extrapolarse a la obtención de respuestas que no satisfacen los objetivos de la investigación, probablemente ante preguntas inadecuadamente formuladas por el/la profesional entrevistador/a, o por preguntas erróneamente entendidas por la/el experto.

En el presente estudio, y con el fin de confrontar este inconveniente, se optó por adecuar los guiones de entrevista para cada entrevistado, aunque tratando de abrir las opciones de respuesta lo máximo posible, sin buscar un guion con cuestiones demasiado concretas a plantear, para evitar su equiparación con un mero cuestionario. No obstante, ello derivó en que, en gran parte de las entrevistas, los participantes se dispersaron en lo que respecta a la respuesta a la pregunta central, y surgieron cuestiones secundarias que, aunque no carecían de interés para contextualizar la investigación, no resolvieron

íntegramente a las hipótesis planteadas por el presente estudio. En especial, una de las cuestiones que más desatendida resultó fue la relativa a normativa y legislación vigente en términos de seguimiento postpenitenciario (Ferreirós, 2006; Magro, 2015; Hava, 2021).

9.2 Oportunidades de Mejora

Por ende, una de las primeras cuestiones que se pretende promover con esta investigación es la imperante necesidad de indagar en mayor profundidad en el ámbito normativo referente, tanto a nivel nacional, como a nivel autonómico, de forma que, además de resaltar una carencia, se fomentase la comparación legislativa entre los diferentes niveles territoriales. En particular, en lo que se refiere a las posibles medidas de seguimiento y programas asistenciales, aún quedan espacio para avances, ya que se trata de cuestiones de apoyo y reinserción social que aún no han sido intensamente respaldadas jurídicamente, y sobre las que convendría aportar un mayor apoyo legislativo, de cara a poder actuar con mayor seguridad (Magro, 2015; Hava, 2021).

En lo que respecta a los puntos de vista profesionales obtenidos, cabe remarcar la imperante necesidad de ampliar la muestra como fuente información, de forma que sería conveniente entrevistar no solo a profesionales de un único centro, sino de diferentes centros asistenciales, psiquiátricos, y psiquiátrico-penitenciarios, alcanzando a un mayor público objetivo, y obteniendo la perspectiva de expertos/as de diversos puestos laborales. Asimismo, debería contarse con el enfoque proporcionado por aquellos/as profesionales que más de cerca lidian, de primera mano, con personas con enfermedad mental grave y con antecedentes penales de gravedad, como pueden ser los/as profesionales de las redes de salud mental en centros ambulatorios, todo ello siempre haciendo referencia al marco nacional, pero también autonómico, e incluso municipal, ya que de esa comparación nacería una perspectiva más englobadora de la realidad a la que se está aludiendo.

De modo semejante, para completar la visión ofrecida por un perfil de entrevistado/a más experto, sería útil y conveniente contar con la participación y testimonios tanto de familiares como demás allegados cercanos a personas pertenecientes a este colectivo. Así, este aspecto es otra de las limitaciones de esta investigación, al no poder acercarse a este objetivo de participantes (Bello, 2014; Folino, 2018; Folino y Arbach, 2021).

Igualmente, otro enfoque sumamente enriquecedor hubiera sido la celebración de grupos de discusión o grupos focales con varios expertos simultáneamente, de forma que se hubiese generado un debate, contemplando diferentes perspectivas profesionales, compartidas de forma paralela.

Por último, lo cierto es que también podría testarse la utilidad de la celebración de grupos focales u observaciones participantes con personas exreclusas con enfermedad mental grave, que accediesen a participar, derivados, como actividad rehabilitadora, por parte de los centros de salud donde estuvieren asignados. No obstante, uno de los mayores y más trascendentes hándicaps con los que cuenta la investigación cualitativa con colectivos como este es la ética en la investigación, entre otros. Todo ello deriva del tratamiento y protección de datos sensibles, así como de personas dotadas de especial vulnerabilidad, muchas de ellas, incluso, incapacitadas legalmente. La complicación de realizar trabajos de campo (como la observación participante) con personas especialmente vulnerables implica cuestiones, como se ha citado, éticas, pero también de protección de datos, y por ende, no siempre se hace posible su ejecución, pues en multitud de ocasiones se requiere de permisos que no son fácilmente concedidos, por razón, precisamente, de esa vulnerabilidad, y del riesgo que conlleva la investigación en este ámbito para la salud mental de las personas participantes (De Borba, 2009; Folino, 2018). Sin embargo, ello no debe desalentar a futuras investigaciones de realizar intentos y testeos con técnicas cualitativas como las mencionadas (observación participante y no participante, y grupos focales), ya que, de sesiones celebradas podrían obtenerse resultados fructíferos en el campo de la rehabilitación y la reinserción social de personas discapacitadas en términos de salud psíquica.

10. Referencias Bibliográficas

- Alonso, M., Bravo, M. F. y Fernández, A. (2004). Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 24(92), 25-52.
- Andrés-Pueyo, A. y Echeburúa, E. (2010). Valoración del riesgo de violencia: instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. *Psicothema*, 22(3), 403-409.
- Andrés-Pueyo, A. y Redondo, S. (2007). Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 157-173.
- Arbach, K. y Andrés-Pueyo, A. (2007). Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 174-186.
- Arbach, K. y Andrés-Pueyo, A. (2014). Peligrosidad y Valoración del Riesgo de Violencia en Contextos Forenses. En E. García-López. *Psicopatología Forense: Comportamiento humano y tribunales de justicia*. Editorial El Manual Moderno.
- Arnau-Peiró, F. (2016). Aspectos sociodemográficos, clínicos y de tratamiento de personas privadas de libertad atendidas en una consulta psiquiátrica penitenciaria. [Tesis Doctoral]. Universidad CEU Cardenal Herrera de Valencia, España.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.

Bello, I.E. (2014). Adaptación psicométrica del Cuestionario de Riesgo de Reincidencia “SAQ” en población penitenciaria. [Tesis Doctoral]. Universidad Complutense de Madrid, España.

Boletín Oficial del Estado. (2021). Real Decreto 474/2021, de 29 de junio, de traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco sobre ejecución de la legislación del Estado en materia penitenciaria.

Bonta, J., Hanson, K. y Law, M. (1998). The Prediction of Criminal and Violent Recidivism Among Mentally Disordered Offenders: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 123(2), 123-142.

De Borba, L. E. (2009). Predicción de la Conducta Violenta en la Población Psiquiátrica Forense a través de la HCR-20 y la PCL-R. [Tesis Doctoral]. Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

De la Cal, A. (2015). Tratamiento Asertivo Comunitario y Terapia Ocupacional. *Revista TOG*, 12(21), 1-29.

Dernevik, M. (2004). Structured clinical assessment and management of risk of violent recidivism in mentally disordered offenders. *Karolinska Institutet, Department of Clinical Neuroscience, Centre for Violence Prevention*.

Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., Belfrage, H., Arbach-Lucioni, K. y Andrés-Pueyo, A. (2015). HCR-20 V.3: Valoración del riesgo de violencia. Guía del evaluador. Universitat de Barcelona.

Ferreirós, C.E. (2006). El tratamiento ambulatorio: cuestiones legales y prácticas.

Folino, E. (2018). Valoración del riesgo de violencia en pacientes forenses con el HCR-20: análisis de sus propiedades psicométricas. [Tesis Doctoral]. Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

Folino, E., y Arbach, K. (2021). Valoración del riesgo de violencia en pacientes forenses con el HCR-20: análisis de fiabilidad interevaluador y validez concurrente. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 32(151), 32-44.

Gibbs, G. (2012). El análisis de datos cualitativos en Investigación Cualitativa.

Gutiérrez, M.G., Peña, M., Santiuste de Pablos, M., García, D., Ochotorena, M.M., San Eustaquio, F. y Cánovas, M. (2015). Comparación de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales: CIE-10 y DSM-IV.

Harris, G. T., Ricem M. E. y Quinsey, V. L. (1993). Violent Recidivism of Mentally Disordered Offenders. The Development of a Statistical Prediction Instrument. *Criminal Justice and Behaviour*, 20(4), 315-335.

- Hava, E. (2021). Enfermedad mental y prisión: análisis de la situación penal y penitenciaria de las personas con trastorno mental grave (TMG). *Estudios Penales y Criminológicos*, 41, 59-135.
- Hernández, M. (2011). Enfermedad mental y delito. Una perspectiva europea. En P. J. Cabrera. *Documentación Social*, 161, 133-152.
- Hodgins, S. (1998). Epidemiological investigations of the associations between major mental disorders and crime: methodological limitations and validity of the conclusions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33(1), 29-37.
- Kuckartz, U. (1989). MAQXDA (Versión 2022). Berlín: VERBI Software.
- Loinaz, I. (2019). Psicopatología y delincuencia. En M. Ortiz-Tallo, Psicopatología clínica. Adaptado al DSM-5. (2º ed, 161-173). Editoriales Pirámide.
- Loinaz, I., Echeburúa, E. e Irureta, M. (2011). Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización violenta. *Psicología Conductual*, 19(2), 421-438.
- Louden, J.E. y Skeem J.L. (2013). How Do Probation Officers Assess and Manage Recidivism and Violence Risk for Probationers With Mental Disorder? An Experimental Investigation. *Law and Human Behaviour*, 37(1), 22-34.
- Madariaga, I. (2019). Unidad de psiquiatría legal. *International Journal of Integrated Care*, 19, 1-8.

- Magro, V. (2015). Protocolo de actuación sanitaria-judicial en supuestos de tratamiento ambulatorio involuntario.
- Mebarak, M., De Castro, A., Salamanca, M.P. y Quintero, M.F. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, 23, 83-112.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). Estrategia en Salud Mental. Sistema Nacional de Salud.
- Munilla, R. V. (2012). Enfermedad mental grave y duradera: vinculación entre rehabilitación psicosocial y hechos delictivos. *Documentos de Trabajo Social*, 51, 219-242.
- Nguyen, T., Arbach-Lucioni y Andrés-Pueyo, A. (2011). Factores de riesgo de la reincidencia violenta en población penitenciaria. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 3(6), 273-294.
- Nielsen, O., Yee, N. Y. L., Dean, K. y Large, M. (2019). Outcome of serious violent offenders with psychotic illness and cognitive disorder dealt with by the New South Wales criminal justice system. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(5), 441-446.
- Núñez, M.C. y López, M.J. (2009). Psicopatología y delincuencia. Implicaciones en el concepto de inimputabilidad. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 11.

Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.

Organización Mundial de la Salud (2004). Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica.

Parabiagli, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Lasalvia, A. y Leese, M. (2006). Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 457-463.

Piza, N. D., Amaiquema, F. A., y Beltrán, G. E. (2019). Métodos y técnicas en la investigación cualitativa. Algunas precisiones necesarias. *Revista Conrado*, 15(70), 455-459.

Queirós, A., Faria, D. y Almeida, F. (2017). Strengths and limitations of qualitative and quantitative research methods. *European Journal of Education Studies*, 3(9), 1-19.

Real Academia Española. (2023) Prevalencia. En *Diccionario de la lengua española*.

Tim Rapley (2014). Los análisis de la conversación, del discurso y de documentos en Investigación Cualitativa.

Urbano, P. (2016). Análisis de datos cualitativos. *Revista Fedumar Pedagogía y Educación*, 3(1), 113-126.

- Vicens, E., Tort, V., Dueñas, R.M., Muro, A., Pérez-Arnau, F., Arroyo, J.M., Acín, E., De Vicente, A., Guerrero, R., Lluch, J., Planella, R. y Sarda, P. (2011). The prevalence of mental disorders in spanish prisons. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21, 321-332.
- Wang, X., Zhang, D., Jiang, S., Bai, Y., Cucolo, H. E. y Perlin, M. L. (2007). Reassessing the aftercare treatment of individuals found not guilty due to a mental disability in Hunan, China: supplemental study into the disposition of mentally ill offenders after forensic psychiatric assessment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 337-342.
- Zabala, C. (2016). Prevalencia de trastornos mentales en prisión: Análisis de la relación con delitos y reincidencia. [Tesis Doctoral]. Universidad Complutense de Madrid, España.

11. Anexos y Apéndices

Anexo A: Guiones de las cinco entrevistas realizadas

Anexo A1: Guion de la Entrevista 001

ENTREVISTADO 001

Médico Psiquiatra Forense

Magister en Psiquiatría Legal

Responsable de la Unidad de Psiquiatría Legal del Hospital Aita Menni

I. Características de encuadre profesional

- Profesión
- Introducción al Trabajo de Fin de Grado y vinculación con la profesión

II. Psiquiatría legal en Aita Menni

1. Funciones en Aita Menni:

- Supervisión del estado psíquico de los internos
- Ingresos y salidas:
 - Funcionamiento
 - Papel judicial y papel sociosanitario
- Elaboración de informes:
 - Informes periódicos a petición judicial
 - Informes finales:
 - Coordinación
 - Evaluación post-delictiva: riesgo de reincidencia

III. Protocolos de seguimiento

1. Protocolo de seguimiento en Aita Menni:

- Presencia/Ausencia
- Aplicación
- Funcionamiento y estructura
- Efectividad
- Análisis de resultados

IV. Coordinación entre organismos

1. Calidad y necesidad de las relaciones entre entes:

- Dimensión judicial
- Dimensión social
- Dimensión sanitario-psiquiátrica

V. Dimensión temporal futura: expectativas

1. Nuevos proyectos sobre seguimiento post-delictivo y salida del centro hospitalario
 2. Estado actual:
- Sugerencias de mejora respecto a:
 - Atribución de competencias
 - Funcionamiento
 - Estructura organizacional
 - Posibles incorporaciones profesionales:
 - Individualización del tratamiento al paciente

Anexo A2: Guion de la Entrevista 002

ENTREVISTADA 002

Trabajadora Social

I. Características de encuadre profesional

- Profesión
- Introducción al Trabajo de Fin de Grado y vinculación con la profesión

II. Mediación entre organismos

1. Funciones en el Hospital Aita Menni
- Ingresos y salidas: función del trabajador social
 - Figuras implicadas
 - Coordinación:
 - Responsabilidades y funciones propias de cada organismo
 - Mediación entre organismos: bienestar del paciente

III. Protocolos de seguimiento

1. Salida del centro: cumplimiento de la medida de seguridad
- Coordinación entre organismos: rama sociosanitaria y rama judicial
 - Evaluación final y global de situación social del interno
 2. Reincidencia:
 - Lagunas de funcionamiento (jerarquía, estructuración de funciones...)
 - Análisis de deficiencias
 3. Justicia Restaurativa:
 - Función y beneficios
 4. Sugerencias de funcionamiento:

- Cambio de estructura organizacional
- Modificación en la atribución de funciones
- IV. Dimensión temporal futura: expectativas**
 - 1. Análisis de deficiencias en el protocolo de control post-delictivo:
- Fallos y lagunas organizacionales, falta de atribución de competencias...
- 2. Incorporación de nuevas profesiones:
- Individualización del tratamiento y carga de trabajo

Anexo A3: Guion de la Entrevista 003

ENTREVISTADO 003

Psicólogo Clínico y Forense

Formador en cursos de prevención en el cuerpo policial de la Ertzaintza

Especialista en Primeros Auxilios Psicológicos

- I. Características de encuadre profesional**
- 1. Profesión
 - 2. Introducción al Trabajo de Fin de grado y vinculación con la profesión
- II. Psicología Clínica y Forense en Aita Menni**
- 1. Actividad psicoterapéutica con pacientes:
- Abordaje de situación pre-delictiva:
 - Análisis de factores de riesgo y de protección
- Sesiones terapéuticas:
 - Concienciación sobre el delito
 - Concienciación sobre la enfermedad mental
 - Preparación para la salida del centro
- III. Otras funciones**
- 1. Justicia Restaurativa:
- Vinculación con el riesgo de reincidencia/reparación del daño: actividades terapéuticas
 - Diseño y funcionamiento
 - Experiencia
- 2. Protocolos de seguimiento:
- Informes periódicos de evaluación psicosocial
- Salida del centro: cooperación en elaboración de informe global final
- Reincidencia:
 - Análisis de deficiencias o fallos (funcionamiento de organismos, coordinación, conocimientos...)

- Exigencia de responsabilidades

IV. Dimensión temporal futura: expectativas

1. Análisis de deficiencias en el protocolo de control post-delictivo:
 - Fallos y lagunas organizacionales
 - Canal de comunicación con otros organismos y atribución de competencias
2. Incorporación de nuevas profesiones:
 - Individualización del tratamiento psicosocial: apoyo funcional y carga de trabajo

Anexo A4: Guion de la Entrevista 004

ENTREVISTADA 004

Psicóloga Clínica, Legal y Forense

Responsable del área de Discapacidad Intelectual y Autismo en el Hospital

Aita Menni

I. Características de encuadre profesional

- Profesión
- Introducción al Trabajo de Fin de Grado y vinculación con la profesión

II. Psicología Clínica y Forense en Aita Menni

1. Actividad psicoterapéutica con pacientes
- Abordaje de situación pre-delictiva:
 - Análisis de factores de riesgo y protección
 - Sesiones terapéuticas:
 - Concienciación sobre el delito
 - Concienciación sobre la enfermedad mental
 - Preparación para la salida del centro

III. Otras funciones

1. Peritajes del estado psicológico durante el internamiento
- Informes periódicos
 - 2. Evaluaciones de riesgo de reincidencia
 - Controles periódicos durante el cumplimiento de la pena
 - 3. Justicia Restaurativa
 - Vinculación con el riesgo de reincidencia/reparación del daño: actividades terapéuticas
 - 4. Protocolos de seguimiento
 - Salida del centro: cooperación en elaboración de informe global final
 - Reincidencia:

- Análisis de deficiencias o fallos (funcionamiento de organismos, coordinación, conocimientos...).
- Exigencia de responsabilidades

IV. Dimensión temporal futura: expectativas

1. Análisis de deficiencias en el protocolo de seguimiento post-delictivo
 - Fallos y lagunas organizacionales
 - Calidad del canal de comunicación con otros organismos y atribución de competencias
2. Incorporación de nuevas profesiones: individualización del tratamiento y carga de trabajo.

Anexo A5: Guion de la Entrevista 005

ENTREVISTADO 005

Licenciado y Doctor en Psicología; Licenciado en Criminología; Profesor acreditado titular en la Universidad de Barcelona y Universidad del País Vasco.

Especializado en violencia de pareja, Psicología Forense, y Evaluación de riesgo de violencia.

Formador en distintos másteres de diferentes universidades de Ibero y Latinoamérica.

Autor de manuales referentes sobre evaluación del riesgo de violencia.

I. Características de encuadre profesional

- Profesión
- Introducción del Trabajo de Fin de Grado y vinculación con la profesión
- Evaluaciones de riesgo de reincidencia:
 - Relevancia
 - Experiencia y conocimientos básicos
 - Conclusiones propias

II. Evaluación del riesgo de reincidencia aplicado a personas con enfermedad mental grave

1. Experiencia:
 - Herramientas para predicción de reincidencia:
 - Existencia o ausencia
 - Comparación entre destinatarios según la salud mental:
 - Diferencias en diseño, estructura, ítems, etc.
 - Necesidad de diseño específico
 - 2. Factores de riesgo y de protección:
- Diferencias y similitudes entre factores de riesgo y de protección:

- Personas exdelincuentes sin enfermedad mental grave
- Personas exdelincuentes con enfermedad mental grave.

Impacto de la peligrosidad sobre el diseño de evaluaciones de riesgo:

1. Correlación en la triada enfermedad mental-violencia-reincidencia: estereotipos y mitos (Silver, Felson y Vaneseltine, 2008):
 - Asociación entre tipo delictivo y enfermedad mental grave (Zabala, 2017)
 - Influencia de la correlación en el diseño de evaluaciones de riesgo de reincidencia:
 - Factores de riesgo contemplados
 - (In)flexibilidad en el diseño de categorías evaluadoras del riesgo
 - Sesgos relacionados con la peligrosidad:
 - Condicionamiento de la estructuración o ítems

III. Protocolos de seguimiento

1. Relación bidireccional: protocolos de seguimiento y las evaluaciones de riesgo de reincidencia:
 - Efectividad de los protocolos de seguimiento → Necesidad de evaluaciones de riesgo de reincidencia
 - Coordinación entre entidades implicadas
 - Conocimiento sobre protocolos de seguimiento en diferentes centros sanitario-psiquiátricos y penitenciarios:
2. Reincidencia y delitos:
 - Tipologías delictivas socialmente inquietantes
 - Atención concedida desde el ámbito del diseño de evaluaciones de riesgo

IV. Deficiencias y vulnerabilidades

1. Fallos en las evaluaciones de riesgo de reincidencia:
 - Exigencia de responsabilidades
 - Análisis de deficiencias:
 - Revisión de ítems/medidores de riesgo
 - Modificaciones
- Relación con el funcionamiento de los protocolos de seguimiento

Anexo B: Transcripciones de las cinco entrevistas realizadas

Anexo B1: Transcripción de la Entrevista 001

ENTREVISTADO 001

Se comenta el tema de investigación, con los objetivos principales y las principales hipótesis.

Se solicita permiso para la grabación de la entrevista, y se procede a firmar los documentos de consentimiento informado pertinentes por ambas partes, así como el acta donde queda reflejada resumidamente toda la información anterior.

Naia (haciendo referencia a sus funciones como Psiquiatra Forense dentro del Hospital Aita Menni): *¿Cuánto tiempo llevas ejerciendo?*

E001: *Unos 45 años. Y dentro de la Unidad de Psiquiatría Legal (UPL) 10 años. Por contextualizarlo, previamente a estos 10 años, estuve casi 27, 28 como Director Médico de este hospital. Lo comento porque este proyecto (de creación de la Unidad de Psiquiatría Legal) se gestó estando yo como Director Médico. Esto que te comento no deja de ser una línea existencial de todo el hospital. Tengo la suerte de que en este proyecto he estado desde el principio, desde que se creó.*

Naia: *No sé si tendrás conocimiento sobre esto o no, entiendo que sí, pero ¿existe alguna normativa o protocolo o de seguimiento una vez el paciente sale del centro?*

E001: *No hay un protocolo, pero sí que hay un sistema que al menos conceptualmente está razonablemente estructurado.*

Naia: *¿Y quién lo ha diseñado?*

E001: *No es que esté diseñado como tal, sino que la Red de Salud Mental tiene respuesta en estructura y organización para atender los problemas psiquiátricos de los enfermos mentales, y una red social para dar respuesta a los problemas sociales de los enfermos mentales. Es decir, no hay un protocolo como tal establecido desde esta unidad, porque en realidad no ha sido necesario elaborarlo; pero sí que operativamente, nosotros y esa dinámica se está llevando a cabo y se puede ver. Es decir, en el momento en el que se hace presente la salida de un paciente de esta unidad, establecemos una serie de contactos, poniendo en marcha una serie de actuaciones dirigidas tanto a cubrir la dimensión sanitario-psiquiátrica, como tal dimensión sociofamiliar. En síntesis, no hay un protocolo, pero sí hay una red que propicia que estos pacientes salgan atendidos, a menos a priori, en esa doble dimensión.*

Lo psiquiátrico-sanitario tiene que ver fundamentalmente con la Red de Salud Mental de cada territorio histórico (mencionando que la mayoría de pacientes hoy por hoy son de la Comunidad Autónoma del País Vasco). En ese sentido, nuestros contactos son con dicha Red, y por ahí recorreremos o encauzamos la dimensión de atención psiquiátrico-sanitario que ese paciente tiene una vez finaliza la medida de seguridad. Dicho esto, a su vez, establecemos mecanismos de contacto con las instituciones sociales inherentes a esa persona como ciudadano, que darán respuesta a las necesidades que la persona tiene, y que especialmente tiene en calidad de ser una persona con una enfermedad mental. No se debe perder la vista de que esta es una mesa de tres patas, y la tercera es la judicial, por lo que cuando finaliza la medida de seguridad por supuesto que el entorno de lo legal ya no tiene la vigencia o competencia que tenía hasta la fecha, pero es cierto que, vía Servicio Vasco de Salud o Institución judicial correspondiente en cada uno de los casos, nosotros establecemos los contactos pertinentes, de entrada, para que estén informados de la situación, y para clarificar cualquier duda.

Naia: *¿El entorno judicial os hace algún aviso o contacta con vosotros previamente a que se produzca la salida definitiva de algún paciente del centro, o sois vosotros (como centro hospitalario) los que tenéis que contactar con él?*

E001: *Ellos ya nos han avisado de cuándo finaliza la medida de seguridad desde el momento en el que se produce el ingreso del paciente, y eso es lo que la diferencia de una unidad psiquiátrica convencional. Aquí el concepto de alta terapéutica no existe como tal, aquí existe el concepto de cumplimiento de una medida de seguridad. Es otro tipo de planteamiento y de régimen. En ese contexto, unos meses antes, al igual que nos hemos puesto en contacto con la Red de Salud Mental y la red social del territorio correspondiente en cada caso, también se lo hacemos saber al Servicio Vasco de Gestión de Penas para que ellos también estén al corriente, y por si hace falta hacer algún tipo de gestión con la entidad judicial correspondiente.*

Y déjame reiterar que no existe ningún protocolo al respecto, pero no es un tema que nos genere mayores problemas. Lo que es la estructura y el recorrido está claro, más allá de que haya casos donde sea difícil dar una respuesta, pero no suele ser lo habitual.

En realidad, normalmente aquí los pacientes cuando finaliza la medida de seguridad siguen siendo enfermos mentales graves, y entonces el camino ya está muy establecido. Cuando eso no es tan claro, o el paciente ya esté estable psicopatológicamente, empieza a haber problemas, paradójicamente, tanto a nivel psiquiátrico como a nivel social. La mayoría queda resuelto con la estructura establecida. Pero hay casos en los que no está tan claro; casos en los que prima lo social sobre lo psiquiátrico-sanitario. Si en un paciente hubiese (después de finalizar el cumplimiento de la medida) una enfermedad psiquiátrica significativa que justificara su continuidad en otra unidad del hospital no habría mayores problemas para canalizar ese asunto. El asunto es que acaba siendo más difícil de gestionar en pacientes donde prima la dimensión social. La pregunta es si el paciente es capaz de manejarse en un entorno social normalizado; si está en condiciones de poder gestionar su persona adecuadamente.

Naia: *¿Y qué sucede en el caso de los reingresos?*

E001: *Por eso no hay problema. La cosa es que aquí nosotros no ingresamos a ningún paciente unilateralmente, sino porque el Juez ha determinado que venga aquí. Se presupone que el Juez ha establecido los contactos pertinentes con la Red de Salud Mental, y desde ahí han considerado que es oportuno que venga a esta unidad.*

Naia: *Claro, porque vosotros no tenéis por qué saber si un paciente reincide, a menos que vuelva a ingresar en esta unidad, ¿no?*

E001: *En realidad, si nos ponemos muy estrictos, a partir de la fecha de finalización de la medida de seguridad, nosotros no tenemos ningún tipo de responsabilidad. Lo que ocurre es que, lógicamente, hacemos algún intento, en coordinación con las entidades a las que he hecho mención para que esa persona salga en unas condiciones óptimas.*

Naia: *O sea que la coordinación y la calidad de las relaciones entre organismos es fundamental para que el proceso funcione, ¿no es así?*

E001: *Evidentemente. Como he mencionado, este asunto se sustenta en tres dimensiones: la judicial, la social, y la sanitaria-psiquiátrica, que deben estar en permanente interlocución para que esto funcione.*

Naia: *En el entorno judicial, ¿con quién tenéis contacto?*

E001: *En realidad depende de la institución judicial correspondiente que nos haya remitido el paciente, que pueden venir desde muy diferentes Juzgados. Es cierto que tenemos una entidad, que es el Servicio Vasco de Gestión de Penas que nos es de mucha ayuda, porque ayuda a hacer de enzima catalizadora y gestora de una serie de procesos intermedios que posibilita que este proceso fluya dignamente. Es como un mediador.*

Naia (hablando de las evaluaciones de riesgo de reincidencia): *¿Quién debería de hacerse cargo de esta competencia respecto de los internos que van a salir?*

E001: *En buena ley, esa evaluación la estamos haciendo permanentemente, incluido hasta el final, y en ese contexto, cuando nos juntamos con el entorno de lo psiquiátrico-sanitario, o de lo social, o cuando mandamos informes al Juez con una periodicidad trimestral semestral o anual, que anual es siempre, independientemente de que el Juez nos pida de que sea mensualmente en alguna situación particular, además de los informes anuales que está establecido que debemos mandar anualmente al Juez de Vigilancia Penitenciaria, etc.*

Cuando se aproxima el final, y cuando proveemos que vamos a tener que hablar con el entorno sanitario, el entorno social, y el entorno judicial, lógicamente se nos pregunta y se nos tiene muy presentes sobre como vemos la salida más adecuada de ese paciente de la unidad cuando finalice su medida de seguridad; y tenemos presente que ya estamos realizando una evaluación del riesgo de esa persona, cuando finalice su medida. Es decir, si realmente detectamos que habría algún riesgo, diríamos que ese paciente debería ingresar o ser internado donde proceda. Esto es, en todo este mismo proceso, de una forma u otra, ya se está haciendo implícita y permanentemente la evaluación del riesgo de ese paciente en lo que tiene que ver cuando finalice su medida de seguridad.

Naia: *Es decir, que cuando finaliza la medida de seguridad, si no se considera que el paciente está estable, os permitís dejarle claro al entorno judicial que esa dimensión ya no tiene competencia, pero que, en lo sanitario, no se considera su estabilidad, ¿no?*

E001: *Eso es, y el Juez normalmente lo acepta, y lo que se hace es un internamiento involuntario, normalmente de carácter civil, no penal, y entonces se le ingresa en otra unidad de este hospital, o en otro hospital de otro territorio. Entonces ahí ya entran como otro ciudadano enfermo mental cualquiera. Es decir, esta unidad está regido por el entorno de lo penal, y el resto del hospital por el entorno de lo civil. Y, en ese sentido, cuando el paciente finaliza la medida de seguridad, pasan de lo penal a lo civil. Y a las instituciones de lo civil nosotros les transmitimos lo que nos parece oportuno al respecto argumentadamente (haciendo referencia a la anterior situación del paciente).*

Naia: *¿Consideras que debería emprenderse un proyecto en relación con el seguimiento, o crees que el funcionamiento actual tiene esperanzas de futuro y que va para largo?*

E001: *Esto sí que ya es una cuestión de formas de ser y de temperamentos y... lo que hay que hacer es: lo que tenemos, usarlo bien y gestionarlo y sacarle una rentabilidad: Es decir, somos muy tendentes a crear protocolos y nuevos recorridos... sin darnos cuenta de que lo que tenemos da mucho más de sí; lo que tenemos que hacer es hacerlo bien. Y, además, es que la estructura organizativa es razonable, otra cosa es que luego funcione mejor o peor dependiendo del sitio donde se lleve a cabo. Pero lo que es la estructura yo creo que está debidamente establecida y no hay mayores problemas a ese nivel.*

Naia: *¿En algún sentido aprecias deficiencias o vulnerabilidades?*

E001: *En las mismas que en el sistema sanitario-psiquiátrico y psico-social en su conjunto. Quizás no ha habido necesidad de protocolos porque también ha habido un interés por parte de todos para que esto funcione.*

Naia: *En definitiva, yo creo que las deficiencias y vulnerabilidades residen en que el control de lo psiquiátrico a la salida recae mucho en el apoyo de la dimensión sociofamiliar, ¿no?*

E001: *El control de lo sanitario-psiquiátrico debería de a cargo de las directrices que llevan esos centros. Es decir, la familia tiene que fiarse de lo que se hace en la atención psiquiátrica, presuponiéndose que hay un sistema establecido que funciona adecuadamente, y que, entonces, ese paciente enfermo mental grave está siendo atendido adecuadamente. Y la familia no tiene por qué ejercer ese control. Vivimos en un mundo en el que se todo termina interrelacionando de manera excesiva, pero si todo el mundo hace lo que le corresponde.*

Naia: *Al salir, ¿la mayoría están sometidos a un tratamiento ambulatorio involuntario?*

E001: *No, cuando un paciente sale ya no está sometido a nada. Puede ser que antes de que finalice la medida de seguridad, el Juez determine que, - normalmente para ello recaba información de todas las parte- esa persona esté en un régimen de atención ambulatorio involuntario. Pero eso es dentro del periodo establecido por la propia medida de seguridad.*

Naia: *O sea que, como tal, cuando se va acercando el final de la medida de seguridad ¿el Juez luego os requiere un informe final?*

E001: *Sí, pero el Juez lo requiere permanentemente. Es más, si nosotros detectamos que una persona es candidata para un régimen de estas características, ya le vamos dando (al Juez) información al respecto. Pero quiero decir que el tratamiento involuntario ambulatorio queda contextualizado en el tiempo dentro del propio cumplimiento de la medida de seguridad. Cuando alguien está dentro del tratamiento, está cumpliendo la medida.*

Naia: *¿Y Osakidetza (como centro sanitario) hace alusión a alguna gestión posterior, como concertar citas con los pacientes después de la salida del centro?*

E001: *Si un paciente de una forma u otra finaliza su medida, pero entendemos que es un enfermo mental que sigue requiriendo atención psiquiátrica, se le dará o en un régimen de hospitalización o en un régimen ambulatorio. Desde ese momento, es Osakidetza quien, de una forma u otra, determina en qué régimen estará, y lo decidimos coordinadamente. Es decir, nosotros como institución, cuando finaliza la medida de seguridad, no tenemos ninguna competencia u obligación para atender a ese paciente.*

Naia: *¿Y quién tiene responsabilidad en caso de que se dé algún tipo de extralimitación respecto a las tareas y/o competencias que estructuralmente se otorgan a cada profesional?*

E001: *Aquí quien manda es el Juez. Es decir, en el resto de las unidades de este hospital el Juez autoriza los ingresos; en esta unidad los ordena. Las personas que trabajan aquí estamos siempre en un contexto de cumplimiento de lo que el Juez determina. Quien en última instancia marca los límites es el Juez. De hecho, si en un momento determinado hay diferencias de criterio, él decide. Y cuando se producen salidas del centro (por parte de los internos), es porque él las autoriza y da luz verde a esos movimientos.*

Es cierto que la peculiaridad de esta unidad es que hay tres patas o dimensiones a contemplar, además de la sanitario-psiquiátrica, y la sociofamiliar: la judicial. Y la base está en asumir que hay que obedecer a esa dimensión fielmente, cosa que siempre le ha costado a la rama sanitario-psiquiátrica, con una visión paternalista respecto al paciente desde hace muchas décadas.

La dimensión del internamiento regido bajo una estructura civil o penal es relativamente reciente, y el miedo siempre ha sido el del internamiento de personas sin una justificación psiquiátrica que lo apoyase.

Anexo B2: Transcripción de la Entrevista 002

ENTREVISTADA 002

Se comenta el tema de investigación, con los objetivos principales y las principales hipótesis.

Se solicita permiso para la grabación de la entrevista, y se procede a firmar los documentos de consentimiento informado pertinentes por ambas partes, así como el acta donde queda reflejada resumidamente toda la información anterior.

Naia: ¿Qué función te corresponde en el momento de los ingresos o salidas de pacientes de la Unidad de Psiquiatría Legal y de la Unidad de Cuidados Especiales? ¿Con qué organismos te coordinas?

E002: Si yo participo en la gestión o colaboración del ingreso, a menos que E001 haga toda la gestión, (se coordina) con el Servicio Vasco de Gestión de Penas; con la persona que está haciendo el seguimiento; o con el Juzgado o Tribunal sentenciador. Y si está ingresado en algún centro, (se coordina) con el trabajador o trabajadora social de ese centro, intentando recuperar la mayor cantidad de información posible, pidiendo informes, para que cuando nosotros lo recibamos, sepamos qué persona viene, qué necesidades o apoyos va a ir necesitando. Yo hago un poco ese papel o antes, o durante, o después del ingreso, dependiendo de la documentación e información previa que tengamos. También contacto con la familia a veces suele ser antes del ingreso; a veces también en el momento del ingreso que les llamo para confirmar que ha ingresado y que ya está aquí, y les mando un poco de información. También puede ser la misma gestión, pero con ayuntamientos, etc, o diferentes entidades.

Naia: Y en el momento en el que se va a producir una salida, ¿se realiza a los pacientes algún tipo de evaluación psicosocial de su situación?

E002: Lo que pasa es que son normalmente son trabajos que se hacen a nivel de coordinación. Cuando sale un paciente es algo que sucede en coordinación con el Servicio Vasco de Gestión de Penas, de la familia, del equipo (técnico de la unidad), y es algo que vas hablando y comentando, de forma que cuando se produce un alta o un traslado de alguien porque finaliza la medida, o por acercamiento al entorno, es algo sobre lo que las partes ya tienen conocimiento, y lo que hago es aglutinar esa información. Así, para el traslado, por ejemplo, se necesita previamente un permiso judicial, y para ello hemos tenido que hacer un informe para enviarlo al Servicio Vasco de Gestión de Penas, que se lo envía al Juzgado de Vigilancia penitenciaria, y que a su vez se lo remite al Juzgado o Tribunal sentenciador; y cuando lo resuelva el proceso vuelve hacia atrás. Y para entonces en la parte judicial ya está todo organizado, ya está todo organizado y hablado de que, en cuanto tengamos el permiso se le da una cama en cuanto se pueda si necesita ir a un hospital psiquiátrico; y la familia ya tienen conocimiento de ello para cuando sucede el ingreso. En definitiva, yo coordino y aglutino toda la información, y lo comunico a diferentes organismos, y al equipo técnico, la familia, etc.

Así, todos valoramos, enfermeros, monitores, psicólogos, etc, cada cual dentro de sus capacidades y de su campo, para hacer un conjunto.

Naia: Respecto a la reincidencia y a la salida del centro, ¿hay herramientas suficientes para evitar una recaída delictiva, desde tu punto de vista? ¿Están correctamente atribuidas las funciones asistenciales para evitar una situación de esas características?

E002: Hay tantas variables... Primero, tiene que ver con que el paciente tiene que estar estable. Tiene que contar con apoyo. Si tiene apoyo social y familiar, las probabilidades de éxito son muchísimo mayores. Tiene que contar con que haya un apoyo a nivel asistencial, médico o psicológico, lo que pueda necesitar, a través de un centro de salud mental, ya que de cara al tema comunitario es importantísimo; que tengan posibilidades de poderle ver en la medida en que el paciente lo pueda necesitar; será también importante si tiene una actividad diurna o no la tiene... Es decir, veo muchísimas variables que poder contemplar, por no decir posibilidades de éxito.

En la medida en que tenga más apoyos, tendrá más probabilidades de éxito. Si sale y no tiene un entorno familiar: no tiene casa, ni trabajo, ni actividad, frente a alguien que sale en una situación estable, pero con apoyo profesional (una unidad residencial), con un trabajo comunitario protegido, pero en un entorno con figuras profesionales que pueden echarle un ojo, este tendrá más probabilidades de éxito que otro con una situación cuya perspectiva en principio es muchísimo peor, como la planteada al inicio.

La reincidencia depende mucho de las medidas de apoyo que tenga, de la conciencia de enfermedad que tenga el paciente; de la intensidad de su enfermedad, de la estabilidad que tenga... depende de muchísimas cosas.

Naia: Si al cumplir la medida de seguridad y salir del centro, el paciente está estable, ¿tiene alguna obligación de acudir a un centro de salud mental asociado?

E002: *Es una "obligación" entre comillas; es aconsejable. Cualquier paciente, independientemente de que tenga o no una medida de seguridad; o de que haya cumplido o no la medida de seguridad pendiente, en el momento del alta, nosotros siempre les hacemos, en un 100% de los casos, salgan con una cita en el centro de salud mental. Es básico que tengan un control de medicación, de Psicología, de Trabajo Social, etc. Sí que es verdad que a trabajo social pueden acceder a través de Ayuntamientos y demás, pero a Psicología y Psiquiatría se accede a través de centros de salud mental. Lo aconsejable es que tengan una cita y un seguimiento, luego sí que es cierto que los profesionales de esos centros hacen lo que pueden. En la práctica, esa salida está protocolizada.*

Naia: *Y si no acuden a la cita prevista, ¿crees que se le debería llamar de vuelta para cerciorarse de que todo va bien, y de que no hay sospechas acerca de la toma del tratamiento o de la posible implicación en conductas delictivas, o consideras que podría ser una práctica estigmatizante?*

E002: *Igual que por protocolo no se llama a todas las personas que no acuden a las citas, y se llama solo a algunos, en ningún momento se me pasa por la cabeza que se esté estigmatizando a esas personas; sino que son situaciones concretas valoradas de forma muy concreta, o posibles riesgos o dificultades en la otra persona. En el caso de personas con una medida judicial finalizada, también se puede valorar que pueda tener más riesgos por tener menor apoyos, y no me imagino una estigmatización precisamente por eso, porque mirando a lo global, es una persona concreta con problemas de salud mental, que necesita medidas de apoyo por no tenerlas, y que, por tanto, necesita de un control.*

Naia: *¿Es equiparable, a tu parecer, el tratamiento de control de seguimiento que merece un enfermo mental grave que ha traspasado la línea de lo delictivo, con un enfermo mental grave que tenga problemas conductuales, como, por ejemplo, comportamientos manifiestamente agresivos? ¿Sería conveniente una llamada de vuelta a los primeros con preferencia respecto a los segundos?*

E002: *Lógicamente, no es lo mismo un caso que no tenga casa, ni familia, ni apoyo, que uno que sí lo tenga, donde sabes que si no acude la familia te va a avisar, te va a llamar para explicarte por qué no ha ido, de uno que efectivamente lo asume en una pensión. Y, esa primera llamada tampoco implica que el paciente no esté bien.*

Naia: *¿Se lleva a cabo algún tipo de preparación pre-salida a los pacientes que previsiblemente van a salir del centro pronto?*

E002: *Ese es parte del ideal. Lo lógico sería poder hacer todo eso; poder incluso preparar con niveles de autonomía, de funcionamiento, de manejo de dinero, de llamadas para coger información, etc, pero eso es muy difícil. Y el entorno judicial entiende que nosotros hacemos lo que consideramos que tenemos que hacer, y lo que podemos. Y tienen esa confianza, pero quedan muchísimas cosas por cubrir.*

De todos modos, yo creo que en la mayoría de los casos se hace, pero debería hacerse de manera progresiva.

Anexo B3: Transcripción de la Entrevista 003

ENTREVISTADO 003

Se comenta el tema de investigación, con los objetivos principales y las principales hipótesis.

Se solicita permiso para la grabación de la entrevista, y se procede a firmar los documentos de consentimiento informado pertinentes por ambas partes, así como el acta donde queda reflejada resumidamente toda la información anterior.

Naia: *¿Qué función te corresponde en el momento de los ingresos o salidas de pacientes de la Unidad de Psiquiatría Legal y de la Unidad de Cuidados Especiales?*

E003: *En los ingresos, el tratamiento es idéntico al de cualquier otro paciente. Cuando se va a producir el ingreso, yo elaboro la hoja de ingreso, que se recoge en un historial del paciente, se pautan las indicaciones sobre cómo hay que funcionar con él en el momento del ingreso, se recogen datos fundamentales, se le hace una evaluación al tiempo de estar ingresado, y se le introduce en las actividades de rehabilitación y/o grupales de Psicología, y, posteriormente, se les atiende individualmente según las necesidades y demanda de cada uno.*

Naia: *Entonces, entiendo que les realizáis diferentes evaluaciones psicológicas, pero ¿con qué periodicidad?*

E003: *Ahora mismo, entre una al año y una cada dos años.*

Naia: *¿Consideras que son suficientes?*

E003: *Sí, porque son pacientes normalmente con vocación de larga estancia. Estas evaluaciones dependen mucho del pronóstico del paciente; y al ser una unidad de larga estancia, no hay grandes variaciones entre los pacientes cuando tienen un diagnóstico tan grave y llegan a unidad como esta.*

Naia: *Cuando se va a producir previsiblemente la salida del centro de pacientes una vez cumplida la medida de seguridad, ¿se les realiza una evaluación global final?*

E003: *No, no se evalúa. Pero es que yo creo que el proceso es un poco al revés. Cuando se decide que un paciente va a salir, es porque previamente hemos constatado en las "evaluaciones", aunque no son evaluaciones - porque al final hay muchas evaluaciones que no están reguladas ni regladas, y, sin embargo, se valora el estado del paciente - que las valoraciones son favorables; que es un proceso independiente a que finalice su medida de seguridad. Paciente con enfermedad mental grave, se decide que va a salir no cuando termine su medida de seguridad, sino cuando esté en condiciones de salir.*

Entonces ocurre que hay pacientes que finalizan su medida de seguridad, pero que como tienen un diagnóstico de gravedad no salen de la unidad, aunque cambian de situación jurídica; y hay pacientes que como están estables, aunque hay determinada medida de seguridad, se articulan una serie de cambios que facilitan su salida, en caso de ser compatible con su condena.

Naia: *Si al cumplir la medida de seguridad y salir del centro, el paciente está estable, ¿tiene alguna obligación de acudir a un centro de salud mental asociado?*

E003: *Desde el punto de vista legal, no. Desde el punto de vista sanitario, recibe el tratamiento idéntico a otros enfermos mentales de la comunidad. Si faltan a las consultas, a día de hoy, no tengo conocimiento de que te llamen a casa. Si tu deberías ir, y no vas, pierdes la consulta; y si no llamas, no tienes que ir. De hecho, es uno de los protocolos que querían implantar para la prevención del suicidio. Un nivel de prevención del suicidio está establecido precisamente en introducir medidas en las que, cuando se identifica a una persona que ha intentado suicidarse y no lo haya logrado, primero, se le dé una cita pronto en el centro de salud mental; y, segundo, si esa persona no aparece en la consulta, sí que se le llama. Pero fíjate que es un proceso o protocolo para la prevención del suicidio que no es una práctica habitual en los centros de salud mental. Si se da en casos de enfermos mentales graves, será una valoración individual del profesional que quiere implicarse porque le parece oportuno, por ejemplo, pero no hay protocolo.*

Naia: *Podría ser una práctica estigmatizante el llamar de vuelta a un paciente con enfermedad mental grave por no acudir a la cita prevista, simplemente por presuponer que eso se corresponde o relaciona con una sospecha de que hay una tendencia creciente hacia la reincidencia. ¿Qué opinas sobre eso?*

E003: *En la práctica, en Psicología se suele decir - que es una ley fundamental - que el mejor predictor de la conducta futura es la conducta pasada. Entonces, un paciente que está en estado de brote psicótico, y ha traspasado la línea de*

matar a alguien, tiene más probabilidades que cualquier otro paciente, con su mismo diagnóstico, de volver a hacer lo mismo. Entonces, aunque sea estigmatizante, en la práctica, se asumen más riesgos si un paciente que ha hecho esto una vez, luego falte a una cita, y por no ir a las citas, deja de tomar la medicación.

No niego que le estigmatice. Pero es que hay un conflicto de derechos: entre la estigmatización y la descompensación, y que luego acabe lesionando a una persona. Y en ese conflicto de derechos, en mi opinión, debería prevalecer la protección a sí mismo y a los demás.

Naia: En el contexto de la Justicia Restaurativa, ¿qué vinculación aprecias entre el riesgo de reincidencia y el beneficio que puede aportar terapéuticamente esta actividad?

E003: De los pocos que hemos vivido, que solo ha sido uno, la experiencia ha sido muy favorable, pero sí que es verdad que la utilizamos con un paciente que ya tenía un pronóstico muy favorable, por lo que, en un terreno ya abonado, en el que el paciente tenía una suficiente conciencia de la enfermedad para aceptar el tratamiento, ahí entendemos que la medicación afianzó esa estabilidad. Lo que pasa es que, por sí misma, el encuentro de una Justicia Restaurativa en un paciente que está estable puede aportarle en ese momento (algo beneficioso), pero si se descompensa, el poder de la enfermedad es tal, que el haber hecho la Justicia Restaurativa probablemente no altera el pronóstico. Suelo decir que la enfermedad mental grave es como un tráiler que te atropella y te deja destrozado enteramente, porque te pasa por encima. Realmente esto tiene que ver con parámetros más relacionados con enriquecimiento personal, la mejora de la conciencia de la enfermedad, etc, pero hay que reconocer que tiene un impacto limitado en pacientes tan graves. Obviamente el impacto es mucho más beneficioso para la otra parte, que es una persona normal y que tiene mayor capacidad de construirse como persona y aliviarle sus heridas, con un efecto sanador, pero son personas que no tienen un diagnóstico psiquiátrico. Es un beneficio subjetivo, de calidad de vida, de sentirte mejor contigo mismo, pero no sé hasta qué punto es medible, más que en esos parámetros.

Naia: ¿Se hacen sesiones terapéuticas individuales o grupales a lo largo de la estancia del paciente en el centro sanitario-psiquiátrico?

E003: Depende. Depende del paciente, del pronóstico, de lo trabajable que sea, del tiempo... Es un cúmulo de circunstancias complejas que deben confluír. Hacemos trabajo intensivo durante un tiempo con pacientes que, de alguna manera, en la pirámide de la urgencia están situadas en la cima; especialmente con pacientes con un pronóstico de salida mucho más a corto plazo.

Naia: En dichas sesiones, ¿se trabaja la concienciación sobre la enfermedad, sobre el delito, y la vinculación entre estos dos elementos?

E003: No lo hacemos con todos, pero suele salir. En la actividad de Psicoeducación, por ejemplo, es un tema que suele salir. No se hace de una manera sistemática, ni reglada, ni para todos los pacientes, pero son variables que se tienen en cuenta para pacientes que se ve que son más trabajables. Sobre todo, se hace a nivel grupal, pero también a nivel individual, depende del caso.

Lo cierto es que la escasez de recursos humanos es una variable que está pesando en la actividad del día a día, algo que cuando se habla en la teoría no se contempla, pero la realidad del día a día es esa, por lo que se deben priorizar los recursos.

Naia: ¿Qué variables más fundamentales crees que habría que tomar en consideración de cara a valorar el riesgo de reincidencia?

E003: Conciencia sobre la enfermedad y adhesión al tratamiento. Habrá más, pero son de lejos mucho menos importantes. Si tiene conciencia de enfermedad, la adhesión al tratamiento es mucho más fácil y probable; pero si no la tiene, garantizar la adhesión al tratamiento bien por sí mismo o bien por el entorno es fundamental para evitar que se descompense, y el pronóstico será mucho mejor. Porque luego sí que hay otras como tener la cabeza ocupada en alguna actividad, tener una red social que le acoja y le apoye mínimamente, etc, pero son factores con una menor trascendencia de cara a valorar un mejor o peor pronóstico.

Anexo B4: Transcripción de la Entrevista 004

ENTREVISTADA 004

Se comenta el tema de investigación, con los objetivos principales y las principales hipótesis.

Se solicita permiso para la grabación de la entrevista, y se procede a firmar los documentos de consentimiento informado pertinentes por ambas partes, así como el acta donde queda reflejada resumidamente toda la información anterior.

Naia: *A lo largo de la estancia de los pacientes en la Unidad de Psiquiatría Unidad, ¿qué tipo de actividades terapéuticas se realizan?*

E004: *Se realizan sesiones semanales de seguimiento donde se abordan, por un lado, el delito cometido, y desde ahí, se intenta trabajar la conciencia de enfermedad mental: que el paciente sea consciente de la existencia de un trastorno psicótico que es lo que ha condicionado su funcionamiento; lo que ha comprometido su capacidad de gestión de sí mismo; siendo conscientes de esa alteración psíquica para trabajar la identificación de síntomas, pródromos que pueden surgir como signos de alarma que pueden emerger en este o entornos posteriores, etc.*

Aparte, también se aborda el tema del consumo de tóxicos, ya que condiciona muchísimo la situación, siendo un porcentaje muy alto de pacientes los que padecen un trastorno psíquico grave derivado y asociado al consumo perjudicial de tóxicos, siendo este un factor de riesgo. Las circunstancias de control de la unidad no permiten el acceso a estas, pero en el momento en el que se da al paso al alta de esta unidad, el nivel de autonomía aumenta, y se empiezan a incorporar elementos de exposición a un entorno más normalizado, y, por ello, aumenta el riesgo de probabilidad de consumo. Por ello, sí que se trabaja con ellos lo que implica el consumo en el curso y evolución de una enfermedad mental, como un factor de inestabilidad más.

Eso complejiza mucho la posibilidad de dar pasos hacia un entorno más normalizado, y de ahí que muchos de ellos sean derivados a la Unidad de Cuidados Especiales, porque las necesidades asistenciales que tienen son elevadas, y hay una complejidad del caso por el elemento psicopatológico.

Naia: *¿Se contemplan este tipo de factores de riesgo iniciales al ingreso del paciente en la unidad?*

E004: *Lo que no se hace es una valoración estructurada como tal, pero sí por parte del equipo de profesionales que visionamos sus antecedentes, y lo que el paciente nos está transmitiendo a su llegada en las diferentes entrevistas. Y es precisamente eso lo que luego nos da pistas para poder plantear dónde derivarle una vez que planteemos el alta de esta unidad.*

Naia: *¿Y a la salida del centro?*

E004: *No, pero se transmite en el informe final el antecedente de consumo de tóxicos, también el hecho de que las propias circunstancias de la unidad no han permitido el acceso a tóxicos, y que, de ahí, ha habido unos elementos de seguridad, apoyo y supervisión e intervención por aparte del personal que lo han evitado, y han hecho que el riesgo sea 0. Pero no se descartar que pueda suceder en un momento determinado, ya que no se ha hecho la exposición en un entorno más normalizado.*

Naia: *¿Se realiza alguna evaluación final vinculado al delito y a la predicción de comportamiento violento o de agresividad futura?*

E004: *No hay una valoración estructurada. En algún caso sí lo hemos llevado a cabo, pero no es lo habitual. A no ser que haya una petición del Juez de carácter más pericial. Pero no es algo habitual al alta, sino más como una petición concreta, en otro momento procesal, como durante el cumplimiento de una medida cautelar.*

Naia: *Cuando se va a producir la salida del centro, ¿existe algún tipo de protocolo de seguimiento para los pacientes, para conocer cómo se están reintegrando en el medio?*

E004: *Ese seguimiento se hace por parte del equipo; pero no existe ningún soporte legal que obligue a llevar a cabo eso, pero sí que se plantean a nivel asistencial los requerimientos que puede tener la persona; como, por ejemplo, un seguimiento por parte del centro de salud mental; una consulta en Psiquiatría o Psicología en la medida que el centro de salud mental estime oportuno, normalmente suele ser una vez al mes; o apoyo psicológico o se valora la asistencia a un centro de día; etc. Se valora un poco en función de las necesidades que se aprecien en cada caso, y siempre se produce una coordinación: nosotros transmitimos esas necesidades asistenciales que hemos apreciado durante su curso y evolución desde el ingreso, y luego la decisión queda a cargo de los servicios de la salud pública de referencia,*

y son ellos los que establecen lo que valoran que necesita la persona, y lo que pueden ofertar, dentro de sus limitaciones.

Naia: *¿A través de qué medio y cómo es el proceso mediante el cual se conoce que se ha producido una reincidencia delictiva por parte de una persona con trastorno psicopatológico grave, que había ya finalizado el cumplimiento de una medida de seguridad?*

E004: *El entorno de la persona suele ser quien da la voz de alarma, y normalmente lo hace a su psiquiatra de referencia, al psiquiatra de la red; y es este quien recibe la información por parte de los allegados de la persona, si es que los ahí, porque puede darse una exclusión a nivel sociofamiliar en este sentido.*

Naia: *¿Crees que existen lagunas o deficiencias en términos de recursos humanos en la Red pública de Salud Mental?*

E004: *Está claro que la Red de Salud Mental debería reforzarse; porque, respecto al seguimiento que se hace, lo ideal es que fuese más estrecho.*

Naia: *Respecto a la no asistencia a una cita con el centro sanitario de referencia, ¿es razonable que no sea un requerimiento volver a llamar e incidir en la razón de la ausencia a la cita?*

E004: *Sí que debería haber una llamada y ese seguimiento, especialmente cuando hay unos antecedentes conductuales graves, debiendo ser un seguimiento especial. Y aunque no haya una obligación legal, sí que creo que los centros de salud mental están en la disposición, y, de hecho, hacen un seguimiento un poco más estrecho, por ejemplo, tratando de ponerse en contacto con la persona que no ha acudido a una cita prevista. Y es que no hay mejor predictor de la conducta futura que la conducta pasada; es decir, un nuevo episodio de descompensación podría suponer un nuevo delito. Además, tenemos algunos casos que antes de haber cometido el delito, han estado en la red de salud mental pública, y trasladan que en esos momentos la atención fue insuficiente, y que, si hubieran recibido una atención mayor, a su parecer, el delito se podría haber evitado.*

Naia: *¿Qué variables más fundamentales crees que habría que tomar en consideración de cara a valorar el riesgo de reincidencia?*

E004: *Diría que la estabilización psicopatológica y el consumo de tóxicos, que van ligados. Hay que poner los medios para garantizar un seguimiento estrecho de la toma de medicación, que es fundamental, por parte de Psiquiatría, y si hay riesgo, valorar la toma de inyectables (como medicación depot). También tener en cuenta la capacidad de gestión de la persona en todo momento; una persona con un trastorno psicótico tiene alterada la percepción de la realidad, y tiene escasa conciencia de enfermedad en muchos casos; y pedirle a esa persona que asuma la responsabilidad de su tratamiento, en el mejor de los casos sí es posible, pero en la mayoría de los casos no. Y ahí entra el riesgo del abandono de la toma de la medicación, que en muchos casos ocurre. Y el consumo de tóxicos se refiere a la tendencia a acceder a un entorno donde existe esa situación, y debería trabajarse el manejo del craving; aprender a manejar el deseo del consumo, y si lo hay aprender a intentar evitarlo, debiendo ponerse más medios.*

Naia: *¿Crees que hay éxito en lo relativo a la coordinación entre entidades de las tres dimensiones (sociofamiliar, sanitario-psiquiátrica y judicial)?*

E004: *Somos conscientes de que manejamos casos sumamente complicados, y de que hay que aunar todos los esfuerzos posibles, coordinándonos para que la información fluya. Los límites y funciones de cada uno están bien definidos, y hay disposición de las partes, lo cual es determinante. Al final debemos garantizar unos mínimos con el fin de que eso (el delito) no vuelva a suceder.*

Anexo B5: Transcripción de la Entrevista 005

ENTREVISTADO 005

Se comenta el tema de investigación, con los objetivos principales y las principales hipótesis.

Se solicita permiso para la grabación de la entrevista, y se procede a firmar los documentos de consentimiento informado pertinentes por ambas partes, así como el acta donde queda reflejada resumidamente toda la información anterior.

Naia: *¿Qué importancia tiene realizar evaluaciones de riesgo en este tipo de situaciones?*

E005: *La clave de la evaluación del riesgo de la prevención. El paciente psiquiátrico tiene un interés preventivo que puede ser incluso triple: pueden ser víctimas los profesionales del centro donde se encuentre internado, pueden ser víctimas los compañeros de dicho paciente (dentro del centro), y pueden ser víctima la comunidad en conjunto, si se le saca sin una valoración adecuada o sin un seguimiento.*

Si no se está teniendo eso en cuenta, y son pacientes con una condena de prisión o de una medida de seguridad, se puede estar dándole la medicación para tratar problemas psíquicos, pero el delito o conducta por la que ha ingresado no se está teniendo en cuenta. Esto a nivel policial también implica más control, más medidas, más seguimiento... a nivel del tratamiento sería centrarse en algo más que el trastorno, como la violencia o la agresividad. Parece que los profesionales se están limitando.

En lo que en Psicología y Psiquiatría se denomina formulación de casos o análisis funcional se hace referencia a que, a nivel clínico, el problema es el trastorno; pero a nivel criminológico el problema es la violencia.

En Psicología y Psiquiatría no saben que existe la evaluación de riesgo; lo que falta es formación. Y al no saber, pueden llegar a pensar que no hace falta, o que no es su función. Pero yo creo que, si todo el mundo tuviera las herramientas a mano para evaluar, se haría mucho más.

Además, no se valora que hay un doble riesgo: riesgo de víctima, y riesgo de paciente. Y el riesgo de ser víctima sí que sería complicado valorarlo, pero el otro es obvio, es lo que interesa: valorar la violencia para que no vuelva a serlo.

También pasa que, si la policía lleva al hospital psiquiátrico a un paciente para que valoren su estado psíquico, los médicos psiquiatras ven un paciente; mientras tanto; la policía ve un detenido.

Naia: *¿Tienes experiencia aplicando evaluaciones de riesgo en personas delincuentes con enfermedad mental?*

E005: *En 2020 hicimos un proyecto con mujeres, en la prisión de Brians (Cataluña), en la UHPP (Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria). Ahí acuden los inimputables, cumpliendo una medida de seguridad. Se tomaron en cuenta a las delincuentes comunes que desarrollan dentro de prisión u trastorno, o a las que lo tienen de base, pero han sido consideradas imputables, que también pueden estar siendo atendidas de corta estancia o de día ahí. El proyecto trataba de ver la relación entre haber sido víctimas y terminar siendo atendidas ahí. El principal motivo de riesgo era la historia de victimización. El criterio que interesaba era ser atendidas en la unidad psiquiátrica. Creamos un protocolo para detectarlas desde el inicio a las que tenían un riesgo de victimización, y las separamos de la línea. Si había historia de victimización y delitos, la dinámica era que siguiera la línea de prisión. Pero, en este caso no tanto el riesgo de reincidencia, sino el riesgo de ser paciente psiquiátrico. Ellos no pensaban en el luego, el luego es más política penitenciaria. El departamento de salud se centraba en el riesgo de ser víctima.*

El riesgo de reincidencia se les aplica luego dentro, pero a todos por igual. Como colectivo, el RisCanvi (que es como se llama el protocolo de valoración) se les aplica a todos, por los profesionales, que da niveles de riesgo diferentes: de reincidencia violenta, reincidencia general, autolesiones y violencia institucional; no es específico del paciente psiquiátrico. Y en función del riesgo que dé, se gestionan los permisos, las salidas, el tercer grado, etc. Para la persona que esté en psiquiatría, si solo está en psiquiatría, seguramente no se le aplique, porque esto se aplica por los trabajadores de prisión (psicólogos, juristas y trabajadores sociales), y no por los de Salud; no miran la reincidencia, ya seas paciente psiquiátrico, ambulatorio, etc. Es decir, puedes tener a un paciente con riesgos; con riesgo de ser un paciente psiquiátrico, con riesgo de violencia, y, entonces, va a depender del profesional, si es de Justicia entra la variable de riesgo y se va a aplicar RisCanvi o HCR-20 (herramientas de valoración del riesgo), por ejemplo, porque tampoco están diferenciadas las herramientas para sólo trastorno mental, es depende de la violencia. Si hay un agresor de pareja con trastorno mental el objetivo es SARA. Pero si tienes paciente psiquiátrico en general y quieres valorar la posibilidad de riesgo, sería HCR-20. Los psiquiatras no lo aplican esto, pueden valorar dentro de su ámbito la presencia de delirios o alucinaciones, pero nada más. Esa es la dinámica.

Las aplicaciones que he ido haciendo han sido más a agresores de pareja o sexuales principalmente, que podían tener o no trastorno, pero no hemos hecho aplicaciones masivas con pacientes psiquiátricos para ver si reinciden o no reinciden.

Naia: De cara a crear el diseño para una futura herramienta específica (de valoración del riesgo de reincidencia) para pacientes con enfermedad mental grave, que han cometido un delito cualquiera, el hecho de incluir ítems como la ausencia o presencia de apoyo social (familiar, etc) me resulta de especial interés y relevancia, en especial, por la experiencia que he vivido en las prácticas en un hospital psiquiátrico-legal. ¿Qué perspectiva tienes al respecto?

E005: El problema es que muchas veces la muestra está sesgada. Esto es, por ejemplo, en el caso de pedófilos, gran parte de ellos tienen un trastorno, una parafilia. Tiene un trastorno, pero son imputables. Desde el punto de vista psiquiátrico, sigue siendo un paciente. Pero desde el punto de vista delictivo no tiene tanta relevancia. Pero generalmente cuando abusan de niños, es porque les gustan los niños. El tratamiento que va a recibir es el de una parafilia, al fin y al cabo. A nivel judicial, si se dijera que es inimputable porque no puede hacer otra cosa, y le gustan los niños, pues se complicaría. Luego están casos como el de Gilberto Chamba, un asesino y agresor sexual super parafilico y sádico. Al liberarlo después de una larga condena, viene a España desde Ecuador, e intenta violar a una prostituta que al final se escapa, y luego consiguió matar a una estudiante de Derecho en un Campus en Lleida. A ese yo le evalué, y depende de las herramientas que uses, te daba el riesgo bajo, porque muchas hablan del número de ingresos en prisión. Tenía 1 pero por 12 asesinatos. Aparte estaba su problema parafilico. ¿Estaba siendo atendido por eso? No, porque los de prisión no tratan trastornos, y ese no lo van a tratar. Todos los que tienen la parafilia, la desviación, la psicopatía, etc, no van a ser tratados, salen igual. Es gente con trastornos pero que solo lo hace la línea de Justicia, y que salen con un riesgo igual o superior, salen con el mismo problema. No se aborda la parafilia en prisión. Y en psiquiatría puede pasar igual, puede girar todo entorno a la parafilia o la psicopatía, pero a todo lo demás, lo social, la adaptación, factores de la infancia, riesgo contextual... no se mira. Y esa combinación es muy difícil de hacer.

Entonces estamos en el punto en el que tenemos a personas con trastornos, a los que no se les va a prestar atención. En el 2020, me tocó la revisión de casos peligrosos de prisión de agresión sexual en Cataluña, en Brians. Y al final, por muchos trastornos que tuvieran, no eran los que interesan. Con ellos sí que hacen la evaluación del riesgo, pero ocurre que todo su riesgo gira entorno a ese trastorno, y ese no lo van a tratar. Todos los que tienen la parafilia, la desviación, la psicopatía, etc, no van a ser tratados, salen igual. Es gente con trastornos pero que solo lo hace la línea de Justicia, y que salen con un riesgo igual o superior, salen con el mismo problema. No se aborda la parafilia en prisión. Y en psiquiatría puede pasar igual, puede girar todo entorno a la parafilia o la psicopatía, pero a todo lo demás, lo social, la adaptación, factores de la infancia, riesgo contextual... no se mira. Y esa combinación es muy difícil de hacer.

Por ejemplo, el primer ítem de la SVR-20 para agresores sexuales es la parafilia, y tú vas a prisión y casi nadie la tendrá evaluada (la parafilia). Ellos dirán: ¿para qué evaluarlo si no van a hacer nada con el factor? Claro, la falta de recursos sociales se palia trabajándolo con el trabajador social; la falta de habilidades laborales pues hay talleres en prisión; la falta de autoestima, tienes programa para eso, la falta de motivación para el cambio, tienes el programa para eso, ah, pero ¿para la desviación sexual?... En el programa SAC, por ejemplo, sí que se abordan las relaciones afectivo-sexuales sanas, normales, pero igual en un grupo de 10, y hay de todo respecto a parafilias. No hay recursos para tocar todas. No puede tenerse un programa para cada tipo de parafilia.

Otro problema también es que, claro, aquí solo valora bien el riesgo la policía. Porque claro, es para hacer algo. En el contacto psiquiátrico, si se evalúa el riesgo, y es alto, ¿qué se haría? La evolución y traslado a otra unidad sería algo más voluntario que otra cosa, no puedes obligarles.

En prisión ya se van haciendo programas y evaluaciones, pero en ese ámbito psiquiátrico no hemos llegado aún, y como es tan complicado, no sé si vamos a llegar. Aquí sería (en el contexto psiquiátrico), hemos evaluado el riesgo, el potencial agresor es libre, el juez no lo ha capacitado, no podemos encerrarlos, entonces protegemos a las víctimas, pero ¿quiénes son las víctimas? ¿a quién protejo si lo somos todos? En violencia filio-parental, abuso sexual intrafamiliar, etc podría funcionar, pero si empiezas a no saber quién es la víctima, ya la hemos liado. Por eso en el contexto psiquiátrico estamos con el profesional o con otros internos, que son las posibles víctimas.

Naia: ¿Qué factores de riesgo habría que contemplar para un buen protocolo de seguimiento?

E005: El riesgo es muy dinámico. Lo que tú hayas podido vivir en las prácticas son pacientes en los que ya has visto lo que han hecho. Entonces el riesgo ahora habría bajado desde que cometieron el delito seguramente. Respecto a predictores de violencia, se podrá decir que lo que hayan hecho, pero no es tanto así. Es mentira, porque todo el mundo hace algo por primera vez, y si tu hubieras mirado el pasado, siempre dirías que esa persona no lo iba a hacer. Y la mayoría no vuelve a reincidir, y, por lo tanto, con esos también volverías a fallar.

Además, la mayoría no reincide, pese a lo que se diga. Habría que mirar qué le ocurría cuando lo hizo, que suele ser la inestabilidad a nivel de salud mental, las drogas, etc, y habrá que ver qué altibajos tendrán cuando salgan. También lo de la cohesión social y familiar y los objetivos de vida que comentábamos, etc.

En las distintas escalas (que evalúan el riesgo, en general) pues vienen cosas como los diferentes tipos de trastornos, adherencia al tratamiento, la historia de violencia, que no es lo mismo en todos los casos.

Bloque de trastorno e historia de violencia lo tienes en todas (las escalas), no como bloque tanto, sino como 2 o 4 factores, dentro de las características del agresor. Parafilia solo viene en sexuales, en agresores de pareja también aparece distorsiones cognitivas que no es un trastorno, pero es un patrón cognitivo, como una visión distorsionada de la realidad.

Y luego, en planes de futuro en contexto psiquiátrico, generalmente se tiene en cuenta dónde va a estar, en una familia, en la calle, en un hospital. Si hay casos sin entorno, entonces ¿quién le va a supervisar?, ¿quién va a estar atento a que se tome la medicación? ... eso es un problema

Naia: Aunque haya muchos tipos de trastornos y herramientas, ¿quizás sería conveniente emplear una escala muy básica, y crear un bloque específico que abordara las parafilias y los trastornos mentales graves de forma general, como factor de riesgo de especial interés?

E005: Cualquiera de estas es el punto de partida, la idea sería, que alguien, de forma rutinaria, en un contexto como el hospital psiquiátrico, sondeará esos factores, por ejemplo, con HCR-20, y del riesgo de violencia concreto, valorar si hay empeorado, mejorado, si sigue igual, etc. Después en esas herramientas puede añadirse lo que quieras. Están los ítems más prototípicos, pero podrías añadir extras como parafilias, abusos en la infancia, etc. Porque estas herramientas no son actuariales, no hay una suma. Y para que al final, todo lo que añadas, al final digas si es de riesgo o no. Si hay una persona detrás como un psiquiatra valorando va a depender de su formación y experiencia en las herramientas y en el riesgo, de si confía en las herramientas o no, etc.

La clave, más allá de la herramienta, aunque hay algunas que no funcionan tan bien con determinados pacientes, a veces no está tanto en crear una nueva. Es más, la formación del profesional y que sepa el objetivo y qué hacer con eso. No hay grandes diferentes entre herramientas actuariales y de Juicio Profesional Estructurado. Si no se discriminan bien los casos, entonces igual sí que habría que pensar en una nueva. Pero la supervisión es más ágil en el caso del Juicio Profesional Estructurado, depende de la herramienta también, etc, de lo que hemos comentado.

Naia: ¿En qué centro deberían de realizarse los programas de seguimiento?

E005: Seguimiento siempre ambulatorio, fácil acceso, rápido y sencillo, y posiblemente no debería ser el propio psiquiatra saturado el que se encargase, y tampoco sé si el criminólogo, por estar inmersos en el ámbito de la Salud Mental.

Para un seguimiento rutinario valdría un criminólogo, trabajador social, etc. El problema es si ese seguimiento hay que evaluar el estado mental del sujeto, entonces mínimo sería un psicólogo sanitario. Aquí el problema también es económico, por el equipo técnico que habría que tener detrás.

También podría haber una consulta de un criminólogo en un sitio, y de un psicólogo en otro, y de otros profesionales; luego que esa información se cargase, y de manera cruzada saliese un informe. Pero para evaluar cosas, lo ideal es que cada profesión valore lo suyo, pero el problema de esa combinación es el coste.

El criminólogo podría ser el que hiciese una cohesión de la información con un pronóstico delictivo, y los de salud mental seguirían centrándose en lo suyo. En España de momento no evoluciona. Aunque en el ámbito anglosajón como Canadá, o Estados Unidos, el profesional de salud evalúa el riesgo, y más en ámbitos como psiquiatría.

Naia: Cuando falla la evaluación del riesgo, ¿qué falla? ¿por qué falla?

E005: Casi seguro que fallaremos de alguna forma. Igual que en pensar que con las sentencias han acertado, es la verdad judicial; es lo que se ha probado o te han hecho creer. Con la conducta humana se falla. Cuando falla, se puede deber a que la herramienta sea mala, la hayas elegido mal, la hayas aplicado mal, y pueden ser mil cosas.

Se puede ver si ha fallado en casos de falsos negativos, pero no es en muchas ocasiones. Se fallará más en casos de falsos positivos, pero nunca se sabrá, porque no se les deja salir. Pero es mejor hacerlo que no hacerlo, siempre con unos límites. En los programas es eso, es mejor hacerlo, si es proporcionado, que no hacerlo, por si hace algo. Si el tratamiento es aplicar herramientas, siempre es mejor aplicar, porque estas buscando más cosas; pero porque estás tratando de explicar la conducta, trabajar en el futuro y no solo en la conducta de hoy, qué va a pasar, etc.

Depende de mil cosas que falle; y de cosas que no pueden preverse; como que pierda el trabajo, que le venga el brote otra vez, etc. Se habla de ítems de futuro en las escalas, como adherencia al tratamiento, pero eso no puede preverse con total certeza; puede ser que pienses que la va a tener porque hasta ahora la ha tenido, pero puede irle mal también. Al final es probabilidad, que será mayor o menor, es la probabilidad de acertar, pero también la de fallar.

Con delincuentes sabemos que, por precaución, siempre cometemos más falsos positivos, pero para prevenir, eso es mucho mejor que tener más falsos negativos. Pero en otros ámbitos como la Justicia, por ejemplo, los abogados opinan que, si existe la mínima posibilidad de fallo, mejor dejarlo libre, in dubio pro-reo, y eso, es incompatible con la prevención.

Conocer los fallos a posteriori es fácil, pero a priori no se pueden prever de manera tan específica, porque al ser el riesgo dinámico, los factores en los que te hayas podido basar para decir que el riesgo es alto o bajo han podido cambiar, y eso a la justicia no le vale. El problema es que el riesgo es dinámico. Aunque hay casos donde a veces el riesgo está un poquito más claro, por lógica.

Hay que hacerse la pregunta contraria, puede irle bien, pero ¿qué tendría que ocurrirle para que pueda ir mal? ¿Es esperable? Bueno, es una opción. Y siempre están las dos opciones. Y como profesionales hay que centrarse en la más factible y plausible.

Anexo C: Documentos de Consentimiento Informado

Anexo C1: Plantilla del Documento de Consentimiento Informado

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

IDENTIFICACIÓN DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Estimadx participante, mi nombre es Naia Cloe Maté Barrero (nmate001@ikasle.ehu.eus) y soy estudiante de Criminología de la Universidad del País Vasco. Usted ha sido invitadx a participar en la investigación “Programas de seguimiento y evaluaciones de riesgo actuales de personas exinternas con enfermedad mental grave: vulnerabilidades y oportunidades” dirigida por la Prof. del departamento de Psicología Social en la Facultad de Psicología, así como de Criminología Ambiental y Seguridad Urbana en la Facultad de Derecho de la Universidad del País Vasco, Olaia Larruskain Mandiola (olaia.larruskain@ehu.eus).

DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

Por medio de este documento se le está solicitando su participación en esta investigación, porque se considera de suma importancia recolectar información acerca del seguimiento que en materia psico-delictual se les realiza a las personas con enfermedad mental grave que han cumplido su deber con la justicia, y pretenden reincorporarse a un estilo de vida alejado de la criminalidad.

Utilice el tiempo que desee para estudiar el contenido de este documento antes de decidir si va a participar del mismo.

El objetivo de esta investigación es hacer un análisis en profundidad de la situación en la que quedan las personas con enfermedad mental grave que han incurrido en responsabilidades penales tras su salida del centro de cumplimiento de la condena impuesta (ya sea una medida de seguridad o una pena de prisión, y tanto cumplidas en centros penitenciarios, como en centros sociosanitarios). Asimismo, se pretende ahondar en los factores de riesgo que deben contemplarse de cara a valorar el riesgo de reincidencia de dichos individuos, así como en las deficiencias estructurales o de aplicación que puedan presentar los protocolos de seguimiento que se emplean en la actualidad.

Para tal fin, se entiende que es fundamental recopilar información a través de la experiencia profesional, tanto como de los conocimientos académicos que puedan poseer las personas que diariamente ejercen su profesión en el ámbito sociosanitario, o las que se ocupen del diseño y revisión de dichas herramientas de evaluación o seguimiento.

Para llevar a cabo dicho objetivo, se utilizará como instrumento de investigación un método de recogida de información cualitativo: realización de seis entrevistas abiertas en profundidad, a partir de un guion semi-estructurado para contextualizar el estado actual del tema, los avances conocidos en dicha área, y las tendencias que están en boga respecto a las evaluaciones de riesgo de reincidencia, así como en lo referente a los programas o protocolos de seguimiento.

Las variables fundamentales utilizadas para la obtención de los datos son las siguientes: Información sobre el cargo profesional ejercido (funciones y competencias); funcionamiento interno en materia de seguimiento post-delictual (del Hospital Aita Menni); coordinación entre entidades socio-jurídicas; percepción sobre las herramientas actuales de

evaluación de riesgo de reincidencia; conocimientos acerca de protocolos de seguimiento para personas exreclusas con enfermedad mental grave; y conocimiento sobre tendencias y enfoques de actualidad.

RIESGOS O MOLESTIAS:

En lo referente a los riesgos que conlleva la participación, estos podrían ser los siguientes: el uso de su tiempo, intromisión en la intimidad laboral; e intromisión en la información clínica del Hospital Aita Menni, sin que ello suponga ninguna intromisión extralimitada a datos personales ni clínicos de pacientes de este.

Se le pedirá que hable de los puntos mencionados anteriormente, aunque no estará obligadx a contestar si no se siente cómodx. La duración será variable, con un periodo contemplado de entre una hora, y una hora y media, todo dependiendo de la disponibilidad del entrevistado y el desarrollo de la entrevista.

Se le grabará solamente la voz con la finalidad de redactar posteriormente la información proporcionada. Usted autoriza a Naia Cloe Maté Barrero para que grabe la entrevista:

Sí

No

VOLUNTARIEDAD Y REVOCACIÓN:

Usted puede negarse a participar o dejar de participar total o parcialmente en cualquier momento del estudio, sin que deba dar razones para ello, ni recibir ningún tipo de sanción. Su participación en este estudio no contempla ningún tipo de compensación o beneficio. Cabe destacar que la información obtenida en la investigación será confidencial, y se le pedirá su autorización para poder utilizar su nombre a la hora de redactar los resultados. Esta información será guardada por el investigador responsable durante el periodo en el que dure el estudio, y sólo se utilizará con puramente fines académicos,

Una vez finalizado la investigación, los participantes tendrán derecho a conocer los resultados de este a través del correo electrónico o del método que usted elija como puede ser el trabajo finalizado en papel. Los resultados del estudio serán utilizados con fines académicos para la presentación ante el Tribunal que evalúa los “Trabajos de Fin de Grado” de la Universidad el País Vasco (UPV/EHU).

Los derechos sobre sus datos son los de acceso, supresión, rectificación, oposición, limitación del tratamiento, portabilidad y olvido. Puede ejercerlos enviando su petición a dpd@ehu.eus. Tiene a su disposición información adicional en <http://www.ehu.eus/babestu>. La información completa sobre este tratamiento está en: <https://www.ehu.eus/es/web/idazkaritza-nagusia/ikerketa-datu-pertsonalen-tratamenduak>.

Usted no se beneficiará económicamente de participar en este estudio. Sin embargo, la información que pueda obtenerse a partir de su participación será de utilidad para conocer la perspectiva de los profesionales sociosanitarios y/o investigadores que tienen conocimientos sólidos y experiencia con el trabajo con herramientas de evaluación de riesgo, aunque sea en este caso en pequeña escala, abriendo puertas para un trabajo de investigación a larga escala.

Su colaboración en esta investigación es de gran relevancia, por la necesidad de proveer de una mayor atención al ámbito de la prevención y la reincidencia delictiva, y, en concreto, de la referente a personas con necesidades especiales, como son las personas con enfermedad mental grave.

Se le informa de que puede retirarse de la investigación cuando quiera sin consecuencias personales en cualquier momento y sin necesidad de dar explicaciones, contactando con la investigadora responsable: nmate001@ikasle.ehu.eus

PROTECCIÓN DE DATOS: INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 13 del Reglamento UE 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a

la libre circulación de estos datos, le informamos de que sus datos pasan a formar parte de un fichero responsabilidad de la UPV/EHU, así como de los siguientes extremos:

Nombre del tratamiento	<i>“Programas de seguimiento y evaluaciones de riesgo actuales de personas exinternas con enfermedad mental grave: vulnerabilidades y oportunidades”</i>
Responsable del tratamiento de datos	Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)
Finalidad del tratamiento de datos	Para llevar a cabo dicho objetivo, se utilizará como instrumento de investigación un método de recogida de información cualitativo: realización de cinco entrevistas abiertas en profundidad, a partir de un guion semi-estructurado para contextualizar el estado actual del tema, los avances conocidos en dicha área, y las tendencias que están en boga respecto a las evaluaciones de riesgo de reincidencia, así como en lo referente a los programas o protocolos de seguimiento.
Legitimación del tratamiento de datos	Consentimiento de las personas interesadas
Destinatarios de cesiones y transferencias internacionales de datos	No se cederán datos salvo previsión legal No se efectuarán trasferencias internacionales
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional
Información adicional	Disponible en: http://www.ehu.eus/babestu

Agradezco de ante mano su colaboración, y le saludo cordialmente.

Quedando claro los objetivos del estudio, las garantías de confidencialidad y la aclaración de la información, acepto voluntariamente participar de la investigación, y firmo la autorización:

Firma:

ACTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, acepto participar voluntariamente en la investigación: “*Programas de seguimiento y evaluaciones de riesgo actuales de personas exinternas con enfermedad mental grave: vulnerabilidades y oportunidades*” dirigida por la Prof. Olaia Larruskain Mandiola y la alumna investigadora Naia Cloe Maté Barrero.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación que se me solicita. En relación con ello, acepto participar en la entrevista que se me solicita.

Declaro además haber sido informado/a que la participación en este estudio no involucra ningún daño o peligro para mi salud física o mental, que es voluntaria, y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro haber sido informado/a y acepto que se proceda a la grabación oral de la entrevista, la cual será eliminada del dispositivo donde se almacenó cuando finalicen los motivos de investigación que fundamentaban su conservación.

Declaro saber que la información entregada será confidencial. Entiendo que la información será analizada por la tutora y la alumna, y que no se podrán identificar y/o tergiversar las respuestas y opiniones de modo personal. Por último, la información que se obtenga será guardada y analizada, y sólo se utilizará en los trabajos propios de este estudio.

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

Nombre Participante

Nombre Investigador

Firma

Firma

Fecha:

Fecha:

--

Anexo C2: Documento de Consentimiento Informado firmado por el Entrevistado 001

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

IDENTIFICACIÓN DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Estimadx participante, mi nombre es Naia Cloe Maté Barrero (nmate001@ikasle.ehu.eus) y soy estudiante de Criminología de la Universidad del País Vasco. Usted ha sido invitadx a participar en la investigación "*Programas de seguimiento y evaluaciones de riesgo actuales de personas exinternas con enfermedad mental grave: vulnerabilidades y oportunidades*" dirigida por la Prof. del departamento de Psicología Social en la Facultad de Psicología, así como de Criminología Ambiental y Seguridad Urbana en la Facultad de Derecho de la Universidad del País Vasco, Olaia Larruskain Mandiola (olaia.larruskain@ehu.eus).

DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

Por medio de este documento se le está solicitando su participación en esta investigación, porque se considera de suma importancia recolectar información acerca del seguimiento que en materia psico-delictual se les realiza a las personas con enfermedad mental grave que han cumplido su deber con la justicia, y pretenden reincorporarse a un estilo de vida alejado de la criminalidad.

Utilice el tiempo que desee para estudiar el contenido de este documento antes de decidir si va a participar del mismo.

El objetivo de esta investigación es hacer un análisis en profundidad de la situación en la que quedan las personas con enfermedad mental grave que han incurrido en responsabilidades penales tras su salida del centro de cumplimiento de la condena impuesta (ya sea una medida de seguridad o una pena de prisión, y tanto cumplidas en centros penitenciarios, como en centros sociosanitarios). Asimismo, se pretende ahondar en los factores de riesgo que deben contemplarse de cara a valorar el riesgo de reincidencia de dichos individuos, así como en las deficiencias estructurales o de aplicación que puedan presentar los protocolos de seguimiento que se emplean en la actualidad.

Para tal fin, se entiende que es fundamental recopilar información a través de la experiencia profesional, tanto como de los conocimientos académicos que puedan poseer las personas que diariamente ejercen su profesión en el ámbito sociosanitario, o las que se ocupen del diseño y revisión de dichas herramientas de evaluación o seguimiento.

Para llevar a cabo dicho objetivo, se utilizará como instrumento de investigación un método de recogida de información cualitativo: realización de seis entrevistas abiertas en profundidad, a partir de un guion semi-estructurado para contextualizar el estado actual del tema, los avances conocidos en dicha área, y las tendencias que están en boga respecto a las evaluaciones de riesgo de reincidencia, así como en lo referente a los programas o protocolos de seguimiento.

Las variables fundamentales utilizadas para la obtención de los datos son las siguientes: Información sobre el cargo profesional ejercido (funciones y competencias); funcionamiento interno en materia de seguimiento post-delictual (del Hospital Aita Menni); coordinación entre entidades socio-jurídicas; percepción sobre las herramientas actuales de evaluación de riesgo de reincidencia; conocimientos acerca de protocolos de seguimiento para personas exreclusas con enfermedad mental grave; y conocimiento sobre tendencias y enfoques de actualidad.

RIESGOS O MOLESTIAS:

En lo referente a los riesgos que conlleva la participación, estos podrían ser los siguientes: el uso de su tiempo, intromisión en la intimidad laboral; e intromisión en la información clínica del Hospital Aita Menni, sin que ello suponga ninguna intromisión extralimitada a datos personales ni clínicos de pacientes de este.

Se le pedirá que hable de los puntos mencionados anteriormente, aunque no estará obligadx a contestar si no se siente cómodx. La duración será variable, con un periodo contemplado de entre una hora, y una hora y media, todo dependiendo de la disponibilidad del entrevistado y el desarrollo de la entrevista.

Se le grabará solamente la voz con la finalidad de redactar posteriormente la información proporcionada. Usted autoriza a Naia Cloe Maté Barrero para que grabe la entrevista:

Sí

No

VOLUNTARIEDAD Y REVOCACIÓN:

Usted puede negarse a participar o dejar de participar total o parcialmente en cualquier momento del estudio, sin que deba dar razones para ello, ni recibir ningún tipo de sanción. Su participación en este estudio no contempla ningún tipo de compensación o beneficio. Cabe destacar que la información obtenida en la investigación será confidencial, y se le pedirá su autorización para poder utilizar su nombre a la hora de redactar los resultados. Esta información será guardada por el investigador responsable durante el periodo en el que dure el estudio, y sólo se utilizará con puramente fines académicos,

Una vez finalizado la investigación, los participantes tendrán derecho a conocer los resultados de este a través del correo electrónico o del método que usted elija como puede ser el trabajo finalizado en papel. Los resultados del estudio serán utilizados con fines académicos para la presentación ante el Tribunal que evalúa los “Trabajos de Fin de Grado” de la Universidad el País Vasco (UPV/EHU).

Los derechos sobre sus datos son los de acceso, supresión, rectificación, oposición, limitación del tratamiento, portabilidad y olvido. Puede ejercerlos enviando su petición a dpd@ehu.eus. Tiene a su disposición información adicional en <http://www.ehu.eus/babestu>. La información completa sobre este tratamiento está en: <https://www.ehu.eus/es/web/idazkaritza-nagusia/ikerketa-datu-pertsonalen-tratamenduak>.

Usted no se beneficiará económicamente de participar en este estudio. Sin embargo, la información que pueda obtenerse a partir de su participación será de utilidad para conocer la perspectiva de los profesionales sociosanitarios y/o investigadores que tienen conocimientos sólidos y experiencia con el trabajo con herramientas de evaluación de riesgo, aunque sea en este caso en pequeña escala, abriendo puertas para un trabajo de investigación a larga escala.

Su colaboración en esta investigación es de gran relevancia, por la necesidad de proveer de una mayor atención al ámbito de la prevención y la reincidencia delictiva, y, en concreto, de la referente a personas con necesidades especiales, como son las personas con enfermedad mental grave.

Se le informa de que puede retirarse de la investigación cuando quiera sin consecuencias personales en cualquier momento y sin necesidad de dar explicaciones, contactando con la investigadora responsable: nmate001@ikasle.ehu.eus

PROTECCIÓN DE DATOS: INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 13 del Reglamento UE 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, le informamos de que sus datos pasan a formar parte de un fichero responsabilidad de la UPV/EHU, así como de los siguientes extremos:

Nombre del tratamiento	<i>"Programas de seguimiento y evaluaciones de riesgo actuales de personas exinternas con enfermedad mental grave: vulnerabilidades y oportunidades"</i>
Responsable del tratamiento de datos	Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)

Finalidad del tratamiento de datos	Para llevar a cabo dicho objetivo, se utilizará como instrumento de investigación un método de recogida de información cualitativo: realización de cinco entrevistas abiertas en profundidad, a partir de un guion semi-estructurado para contextualizar el estado actual del tema, los avances conocidos en dicha área, y las tendencias que están en boga respecto a las evaluaciones de riesgo de reincidencia, así como en lo referente a los programas o protocolos de seguimiento.
Legitimación del tratamiento de datos	Consentimiento de las personas interesadas
Destinatarios de cesiones y transferencias internacionales de datos	No se cederán datos salvo previsión legal No se efectuarán transferencias internacionales
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional
Información adicional	Disponible en: http://www.ehu.eus/babestu

Agradezco de ante mano su colaboración, y le saludo cordialmente.

Quedando claro los objetivos del estudio, las garantías de confidencialidad y la aclaración de la información, acepto voluntariamente participar de la investigación, y firmo la autorización:

Firma:

ACTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo  a....., acepto participar voluntariamente en la investigación: "Programas de seguimiento y evaluaciones de riesgo actuales de personas exinternas con enfermedad mental grave: vulnerabilidades y oportunidades" dirigida por la Prof. Olaia Larruskain Mandiola y la alumna investigadora Naia Cloe Maté Barrero.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación que se me solicita. En relación con ello, acepto participar en la entrevista que se me solicita.

Declaro además haber sido informado/a que la participación en este estudio no involucra ningún daño o peligro para mi salud física o mental, que es voluntaria, y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro haber sido informado/a y acepto que se proceda a la grabación oral de la entrevista, la cual será eliminada del dispositivo donde se almacenó cuando finalicen los motivos de investigación que fundamentaban su conservación.

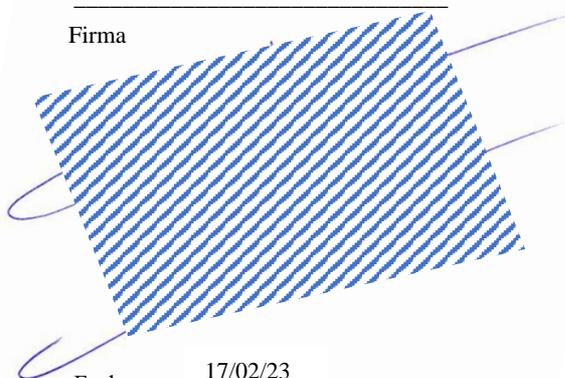
Declaro saber que la información entregada será confidencial. Entiendo que la información será analizada por la tutora y la alumna, y que no se podrán identificar y/o tergiversar las respuestas y opiniones de modo personal. Por último, la información que se obtenga será guardada y analizada, y sólo se utilizará en los trabajos propios de este estudio.

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

Nombre Participante

 a

Firma

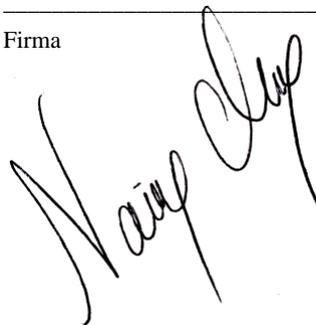


Fecha: 17/02/23

Nombre Investigador

Naia Cloe Maté Barrero

Firma



Fecha: 17/02/23

--

Anexo C3: Documento de Consentimiento Informado firmado por la Entrevistada 002

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

IDENTIFICACIÓN DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Estimadx participante, mi nombre es Naia Cloe Maté Barrero (nmate001@ikasle.ehu.eus) y soy estudiante de Criminología de la Universidad del País Vasco. Usted ha sido invitadx a participar en la investigación "*Programas de seguimiento y evaluaciones de riesgo actuales de personas exinternas con enfermedad mental grave: vulnerabilidades y oportunidades*" dirigida por la Prof. del departamento de Psicología Social en la Facultad de Psicología, así como de Criminología Ambiental y Seguridad Urbana en la Facultad de Derecho de la Universidad del País Vasco, Olaia Larruskain Mandiola (olaia.larruskain@ehu.eus).

DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

Por medio de este documento se le está solicitando su participación en esta investigación, porque se considera de suma importancia recolectar información acerca del seguimiento que en materia psico-delictual se les realiza a las personas con enfermedad mental grave que han cumplido su deber con la justicia, y pretenden reincorporarse a un estilo de vida alejado de la criminalidad.

Utilice el tiempo que desee para estudiar el contenido de este documento antes de decidir si va a participar del mismo.

El objetivo de esta investigación es hacer un análisis en profundidad de la situación en la que quedan las personas con enfermedad mental grave que han incurrido en responsabilidades penales tras su salida del centro de cumplimiento de la condena impuesta (ya sea una medida de seguridad o una pena de prisión, y tanto cumplidas en centros penitenciarios, como en centros sociosanitarios). Asimismo, se pretende ahondar en los factores de riesgo que deben contemplarse de cara a valorar el riesgo de reincidencia de dichos individuos, así como en las deficiencias estructurales o de aplicación que puedan presentar los protocolos de seguimiento que se emplean en la actualidad.

Para tal fin, se entiende que es fundamental recopilar información a través de la experiencia profesional, tanto como de los conocimientos académicos que puedan poseer las personas que diariamente ejercen su profesión en el ámbito sociosanitario, o las que se ocupen del diseño y revisión de dichas herramientas de evaluación o seguimiento.

Para llevar a cabo dicho objetivo, se utilizará como instrumento de investigación un método de recogida de información cualitativo: realización de seis entrevistas abiertas en profundidad, a partir de un guion semi-estructurado para contextualizar el estado actual del tema, los avances conocidos en dicha área, y las tendencias que están en boga respecto a las evaluaciones de riesgo de reincidencia, así como en lo referente a los programas o protocolos de seguimiento.

Las variables fundamentales utilizadas para la obtención de los datos son las siguientes: Información sobre el cargo profesional ejercido (funciones y competencias); funcionamiento interno en materia de seguimiento post-delictual (del Hospital Aita Menni); coordinación entre entidades socio-jurídicas; percepción sobre las herramientas actuales de evaluación de riesgo de reincidencia; conocimientos acerca de protocolos de seguimiento para personas exreclusas con enfermedad mental grave; y conocimiento sobre tendencias y enfoques de actualidad.

RIESGOS O MOLESTIAS:

En lo referente a los riesgos que conlleva la participación, estos podrían ser los siguientes: el uso de su tiempo, intromisión en la intimidad laboral; e intromisión en la información clínica del Hospital Aita Menni, sin que ello suponga ninguna intromisión extralimitada a datos personales ni clínicos de pacientes de este.

Se le pedirá que hable de los puntos mencionados anteriormente, aunque no estará obligadx a contestar si no se siente cómodx. La duración será variable, con un periodo contemplado de entre una hora, y una hora y media, todo dependiendo de la disponibilidad del entrevistado y el desarrollo de la entrevista.

Se le grabará solamente la voz con la finalidad de redactar posteriormente la información proporcionada. Usted autoriza a Naia Cloe Maté Barrero para que grabe la entrevista

Sí

No

VOLUNTARIEDAD Y REVOCACIÓN:

Usted puede negarse a participar o dejar de participar total o parcialmente en cualquier momento del estudio, sin que deba dar razones para ello, ni recibir ningún tipo de sanción. Su participación en este estudio no contempla ningún tipo de compensación o beneficio. Cabe destacar que la información obtenida en la investigación será confidencial, y se le pedirá su autorización para poder utilizar su nombre a la hora de redactar los resultados. Esta información será guardada por el investigador responsable durante el periodo en el que dure el estudio, y sólo se utilizará con puramente fines académicos,

Una vez finalizado la investigación, los participantes tendrán derecho a conocer los resultados de este a través del correo electrónico o del método que usted elija como puede ser el trabajo finalizado en papel. Los resultados del estudio serán utilizados con fines académicos para la presentación ante el Tribunal que evalúa los “Trabajos de Fin de Grado” de la Universidad el País Vasco (UPV/EHU).

Los derechos sobre sus datos son los de acceso, supresión, rectificación, oposición, limitación del tratamiento, portabilidad y olvido. Puede ejercerlos enviando su petición a dpd@ehu.eus. Tiene a su disposición información adicional en <http://www.ehu.eus/babestu>. La información completa sobre este tratamiento está en: <https://www.ehu.eus/es/web/idazkaritza-nagusia/ikerketa-datu-pertsonalen-tratamenduak>.

Usted no se beneficiará económicamente de participar en este estudio. Sin embargo, la información que pueda obtenerse a partir de su participación será de utilidad para conocer la perspectiva de los profesionales sociosanitarios y/o investigadores que tienen conocimientos sólidos y experiencia con el trabajo con herramientas de evaluación de riesgo, aunque sea en este caso en pequeña escala, abriendo puertas para un trabajo de investigación a larga escala.

Su colaboración en esta investigación es de gran relevancia, por la necesidad de proveer de una mayor atención al ámbito de la prevención y la reincidencia delictiva, y, en concreto, de la referente a personas con necesidades especiales, como son las personas con enfermedad mental grave.

Se le informa de que puede retirarse de la investigación cuando quiera sin consecuencias personales en cualquier momento y sin necesidad de dar explicaciones, contactando con la investigadora responsable: nmate001@ikasle.ehu.eus

PROTECCIÓN DE DATOS: INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 13 del Reglamento UE 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, le informamos de que sus datos pasan a formar parte de un fichero responsabilidad de la UPV/EHU, así como de los siguientes extremos:

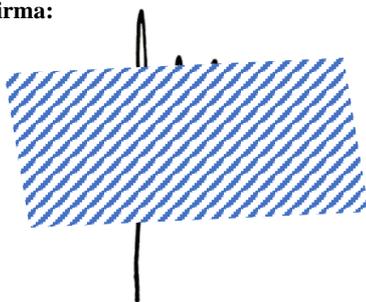
Nombre del tratamiento	<i>"Programas de seguimiento y evaluaciones de riesgo actuales de personas exinternas con enfermedad mental grave: vulnerabilidades y oportunidades"</i>
Responsable del tratamiento de datos	Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)

<p align="center">Finalidad del tratamiento de datos</p>	<p>Para llevar a cabo dicho objetivo, se utilizará como instrumento de investigación un método de recogida de información cualitativo: realización de cinco entrevistas abiertas en profundidad, a partir de un guion semi-estructurado para contextualizar el estado actual del tema, los avances conocidos en dicha área, y las tendencias que están en boga respecto a las evaluaciones de riesgo de reincidencia, así como en lo referente a los programas o protocolos de seguimiento.</p>
<p align="center">Legitimación del tratamiento de datos</p>	<p align="center">Consentimiento de las personas interesadas</p>
<p align="center">Destinatarios de cesiones y transferencias internacionales de datos</p>	<p align="center">No se cederán datos salvo previsión legal No se efectuarán trasferencias internacionales</p>
<p align="center">Derechos</p>	<p>Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional</p>
<p align="center">Información adicional</p>	<p align="center">Disponible en: http://www.ehu.eus/babestu</p>

Agradezco de ante mano su colaboración, y le saludo cordialmente.

Quedando claro los objetivos del estudio, las garantías de confidencialidad y la aclaración de la información, acepto voluntariamente participar de la investigación, y firmo la autorización:

Firma:



ACTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo [redacted] i....., acepto participar voluntariamente en la investigación: "*Programas de seguimiento y evaluaciones de riesgo actuales de personas exinternas con enfermedad mental grave: vulnerabilidades y oportunidades*" dirigida por la Prof. Olaia Larruskain Mandiola y la alumna investigadora Naia Cloe Maté Barrero.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación que se me solicita. En relación con ello, acepto participar en la entrevista que se me solicita.

Declaro además haber sido informado/a que la participación en este estudio no involucra ningún daño o peligro para mi salud física o mental, que es voluntaria, y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro haber sido informado/a y acepto que se proceda a la grabación oral de la entrevista, la cual será eliminada del dispositivo donde se almacenó cuando finalicen los motivos de investigación que fundamentaban su conservación.

Declaro saber que la información entregada será confidencial. Entiendo que la información será analizada por la tutora y la alumna, y que no se podrán identificar y/o tergiversar las respuestas y opiniones de modo personal. Por último, la información que se obtenga será guardada y analizada, y sólo se utilizará en los trabajos propios de este estudio.

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

Nombre Participante

[redacted] i

Firma

[redacted signature]

Fecha: 21/03/23

Nombre Investigador

Naia Cloe Maté Barrero

Firma

[Handwritten signature of Naia Cloe Maté Barrero]

Fecha: 21/03/23

--

Anexo C4: Documento de Consentimiento Informado firmado por el Entrevistado

003

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

IDENTIFICACIÓN DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Estimadx participante, mi nombre es Naia Cloe Maté Barrero (nmate001@ikasle.ehu.eus) y soy estudiante de Criminología de la Universidad del País Vasco. Usted ha sido invitadx a participar en la investigación "*Programas de seguimiento y evaluaciones de riesgo actuales de personas exinternas con enfermedad mental grave: vulnerabilidades y oportunidades*", dirigida por la Prof. del departamento de Psicología Social en la Facultad de Psicología, así como de Criminología Ambiental y Seguridad Urbana en la Facultad de Derecho de la Universidad del País Vasco, Olaia Larruskain Mandiola (olaia.larruskain@ehu.eus).

DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

Por medio de este documento se le está solicitando su participación en esta investigación, porque se considera de suma importancia recolectar información acerca del seguimiento que en materia psico-delictual se les realiza a las personas con enfermedad mental grave que han cumplido su deber con la justicia, y pretenden reincorporarse a un estilo de vida alejado de la criminalidad.

Utilice el tiempo que desee para estudiar el contenido de este documento antes de decidir si va a participar del mismo.

El objetivo de esta investigación es hacer un análisis en profundidad de la situación en la que quedan las personas con enfermedad mental grave que han incurrido en responsabilidades penales tras su salida del centro de cumplimiento de la condena impuesta (ya sea una medida de seguridad o una pena de prisión, y tanto cumplidas en centros penitenciarios, como en centros sociosanitarios). Asimismo, se pretende ahondar en los factores de riesgo que deben contemplarse de cara a valorar el riesgo de reincidencia de dichos individuos, así como en las deficiencias estructurales o de aplicación que puedan presentar los protocolos de seguimiento que se emplean en la actualidad.

Para tal fin, se entiende que es fundamental recopilar información a través de la experiencia profesional, tanto como de los conocimientos académicos que puedan poseer las personas que diariamente ejercen su profesión en el ámbito sociosanitario, o las que se ocupen del diseño y revisión de dichas herramientas de evaluación o seguimiento.

Para llevar a cabo dicho objetivo, se utilizará como instrumento de investigación un método de recogida de información cualitativo: realización de seis entrevistas abiertas en profundidad, a partir de un guion semi-estructurado para contextualizar el estado actual del tema, los avances conocidos en dicha área, y las tendencias que están en boga respecto a las evaluaciones de riesgo de reincidencia, así como en lo referente a los programas o protocolos de seguimiento.

Las variables fundamentales utilizadas para la obtención de los datos son las siguientes: Información sobre el cargo profesional ejercido (funciones y competencias); funcionamiento interno en materia de seguimiento post-delictual (del Hospital Aita Menni); coordinación entre entidades socio-jurídicas; percepción sobre las herramientas actuales de evaluación de riesgo de reincidencia; conocimientos acerca de protocolos de seguimiento para personas exreclusas con enfermedad mental grave; y conocimiento sobre tendencias y enfoques de actualidad.

RIESGOS O MOLESTIAS:

En lo referente a los riesgos que conlleva la participación, estos podrían ser los siguientes: el uso de su tiempo, intromisión en la intimidad laboral; e intromisión en la información clínica del Hospital Aita Menni, sin que ello suponga ninguna intromisión extralimitada a datos personales ni clínicos de pacientes de este.

Se le pedirá que hable de los puntos mencionados anteriormente, aunque no estará obligadx a contestar si no se siente cómodx. La duración será variable, con un periodo contemplado de entre una hora, y una hora y media, todo dependiendo de la disponibilidad del entrevistado y el desarrollo de la entrevista.

Se le grabará solamente la voz con la finalidad de redactar posteriormente la información proporcionada. Usted autoriza a Naia Cloe Maté Barrero para que grabe la entrevista:

Sí

No

VOLUNTARIEDAD Y REVOCACIÓN:

Usted puede negarse a participar o dejar de participar total o parcialmente en cualquier momento del estudio, sin que deba dar razones para ello, ni recibir ningún tipo de sanción. Su participación en este estudio no contempla ningún tipo de compensación o beneficio. Cabe destacar que la información obtenida en la investigación será confidencial, y se le pedirá su autorización para poder utilizar su nombre a la hora de redactar los resultados. Esta información será guardada por el investigador responsable durante el periodo en el que dure el estudio, y sólo se utilizará con puramente fines académicos,

Una vez finalizado la investigación, los participantes tendrán derecho a conocer los resultados de este a través del correo electrónico o del método que usted elija como puede ser el trabajo finalizado en papel. Los resultados del estudio serán utilizados con fines académicos para la presentación ante el Tribunal que evalúa los “Trabajos de Fin de Grado” de la Universidad el País Vasco (UPV/EHU).

Los derechos sobre sus datos son los de acceso, supresión, rectificación, oposición, limitación del tratamiento, portabilidad y olvido. Puede ejercerlos enviando su petición a dpd@ehu.eus. Tiene a su disposición información adicional en <http://www.ehu.eus/babestu>. La información completa sobre este tratamiento está en: <https://www.ehu.eus/es/web/idazkaritza-nagusia/ikerketa-datu-pertsonalen-tratamenduak>.

Usted no se beneficiará económicamente de participar en este estudio. Sin embargo, la información que pueda obtenerse a partir de su participación será de utilidad para conocer la perspectiva de los profesionales sociosanitarios y/o investigadores que tienen conocimientos sólidos y experiencia con el trabajo con herramientas de evaluación de riesgo, aunque sea en este caso en pequeña escala, abriendo puertas para un trabajo de investigación a larga escala.

Su colaboración en esta investigación es de gran relevancia, por la necesidad de proveer de una mayor atención al ámbito de la prevención y la reincidencia delictiva, y, en concreto, de la referente a personas con necesidades especiales, como son las personas con enfermedad mental grave.

Se le informa de que puede retirarse de la investigación cuando quiera sin consecuencias personales en cualquier momento y sin necesidad de dar explicaciones, contactando con la investigadora responsable: nmate001@ikasle.ehu.eus

PROTECCIÓN DE DATOS: INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 13 del Reglamento UE 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, le informamos de que sus datos pasan a formar parte de un fichero responsabilidad de la UPV/EHU, así como de los siguientes extremos:

Nombre del tratamiento	<i>"Programas de seguimiento y evaluaciones de riesgo actuales de personas exinternas con enfermedad mental grave: vulnerabilidades y oportunidades"</i>
Responsable del tratamiento de datos	Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)

Finalidad del tratamiento de datos	Para llevar a cabo dicho objetivo, se utilizará como instrumento de investigación un método de recogida de información cualitativo: realización de cinco entrevistas abiertas en profundidad, a partir de un guion semi-estructurado para contextualizar el estado actual del tema, los avances conocidos en dicha área, y las tendencias que están en boga respecto a las evaluaciones de riesgo de reincidencia, así como en lo referente a los programas o protocolos de seguimiento.
Legitimación del tratamiento de datos	Consentimiento de las personas interesadas
Destinatarios de cesiones y transferencias internacionales de datos	No se cederán datos salvo previsión legal No se efectuarán trasferencias internacionales
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional
Información adicional	Disponible en: http://www.ehu.eus/babestu

Agradezco de ante mano su colaboración, y le saludo cordialmente.

Quedando claro los objetivos del estudio, las garantías de confidencialidad y la aclaración de la información, acepto voluntariamente participar de la investigación, y firmo la autorización:

Firma:

ACTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo[redacted]a....., acepto participar voluntariamente en la investigación: "*Programas de seguimiento y evaluaciones de riesgo actuales de personas exinternas con enfermedad mental grave: vulnerabilidades y oportunidades*", dirigida por la Prof. Olaia Larruskain Mandiola y la alumna investigadora Naia Cloe Maté Barrero.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación que se me solicita. En relación con ello, acepto participar en la entrevista que se me solicita.

Declaro además haber sido informado/a que la participación en este estudio no involucra ningún daño o peligro para mi salud física o mental, que es voluntaria, y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro haber sido informado/a y acepto que se proceda a la grabación oral de la entrevista, la cual será eliminada del dispositivo donde se almacenó cuando finalicen los motivos de investigación que fundamentaban su conservación.

Declaro saber que la información entregada será confidencial. Entiendo que la información será analizada por la tutora y la alumna, y que no se podrán identificar y/o tergiversar las respuestas y opiniones de modo personal. Por último, la información que se obtenga será guardada y analizada, y sólo se utilizará en los trabajos propios de este estudio.

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

Nombre Participante

[redacted]ra

Firma

[redacted]

Nombre Investigador

Naia

Firma

[Handwritten signature]

Fecha:21/02/23.....

[Redacted box]

Anexo C5: Documento de Consentimiento Informado firmado por la Entrevistada 004

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

IDENTIFICACIÓN DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Estimadx participante, mi nombre es Naia Cloe Maté Barrero (nmate001@ikasle.ehu.eus) y soy estudiante de Criminología de la Universidad del País Vasco. Usted ha sido invitadx a participar en la investigación "*Programas de seguimiento y evaluaciones de riesgo actuales de personas exinternas con enfermedad mental grave: vulnerabilidades y oportunidades*" dirigida por la Prof. del departamento de Psicología Social en la Facultad de Psicología, así como de Criminología Ambiental y Seguridad Urbana en la Facultad de Derecho de la Universidad del País Vasco, Olaia Larruskain Mandiola (olaia.larruskain@ehu.eus).

DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

Por medio de este documento se le está solicitando su participación en esta investigación, porque se considera de suma importancia recolectar información acerca del seguimiento que en materia psico-delictual se les realiza a las personas con enfermedad mental grave que han cumplido su deber con la justicia, y pretenden reincorporarse a un estilo de vida alejado de la criminalidad.

Utilice el tiempo que desee para estudiar el contenido de este documento antes de decidir si va a participar del mismo.

El objetivo de esta investigación es hacer un análisis en profundidad de la situación en la que quedan las personas con enfermedad mental grave que han incurrido en responsabilidades penales tras su salida del centro de cumplimiento de la condena impuesta (ya sea una medida de seguridad o una pena de prisión, y tanto cumplidas en centros penitenciarios, como en centros sociosanitarios). Asimismo, se pretende ahondar en los factores de riesgo que deben contemplarse de cara a valorar el riesgo de reincidencia de dichos individuos, así como en las deficiencias estructurales o de aplicación que puedan presentar los protocolos de seguimiento que se emplean en la actualidad.

Para tal fin, se entiende que es fundamental recopilar información a través de la experiencia profesional, tanto como de los conocimientos académicos que puedan poseer las personas que diariamente ejercen su profesión en el ámbito sociosanitario, o las que se ocupen del diseño y revisión de dichas herramientas de evaluación o seguimiento.

Para llevar a cabo dicho objetivo, se utilizará como instrumento de investigación un método de recogida de información cualitativo: realización de seis entrevistas abiertas en profundidad, a partir de un guion semi-estructurado para contextualizar el estado actual del tema, los avances conocidos en dicha área, y las tendencias que están en boga respecto a las evaluaciones de riesgo de reincidencia, así como en lo referente a los programas o protocolos de seguimiento.

Las variables fundamentales utilizadas para la obtención de los datos son las siguientes: Información sobre el cargo profesional ejercido (funciones y competencias); funcionamiento interno en materia de seguimiento post-delictual (del Hospital Aita Menni); coordinación entre entidades socio-jurídicas; percepción sobre las herramientas actuales de evaluación de riesgo de reincidencia; conocimientos acerca de protocolos de seguimiento para personas exreclusas con enfermedad mental grave; y conocimiento sobre tendencias y enfoques de actualidad.

RIESGOS O MOLESTIAS:

En lo referente a los riesgos que conlleva la participación, estos podrían ser los siguientes: el uso de su tiempo, intromisión en la intimidad laboral; e intromisión en la información clínica del Hospital Aita Menni, sin que ello suponga ninguna intromisión extralimitada a datos personales ni clínicos de pacientes de este.

Se le pedirá que hable de los puntos mencionados anteriormente, aunque no estará obligadx a contestar si no se siente cómodx. La duración será variable, con un periodo contemplado de entre una hora, y una hora y media, todo dependiendo de la disponibilidad del entrevistado y el desarrollo de la entrevista.

Se le grabará solamente la voz con la finalidad de redactar posteriormente la información proporcionada. Usted autoriza a Naia Cloe Maté Barrero para que grabe la entrevista:

Sí

No

VOLUNTARIEDAD Y REVOCACIÓN:

Usted puede negarse a participar o dejar de participar total o parcialmente en cualquier momento del estudio, sin que deba dar razones para ello, ni recibir ningún tipo de sanción. Su participación en este estudio no contempla ningún tipo de compensación o beneficio. Cabe destacar que la información obtenida en la investigación será confidencial, y se le pedirá su autorización para poder utilizar su nombre a la hora de redactar los resultados. Esta información será guardada por el investigador responsable durante el periodo en el que dure el estudio, y sólo se utilizará con puramente fines académicos,

Una vez finalizado la investigación, los participantes tendrán derecho a conocer los resultados de este a través del correo electrónico o del método que usted elija como puede ser el trabajo finalizado en papel. Los resultados del estudio serán utilizados con fines académicos para la presentación ante el Tribunal que evalúa los “Trabajos de Fin de Grado” de la Universidad el País Vasco (UPV/EHU).

Los derechos sobre sus datos son los de acceso, supresión, rectificación, oposición, limitación del tratamiento, portabilidad y olvido. Puede ejercerlos enviando su petición a dpd@ehu.eus. Tiene a su disposición información adicional en <http://www.ehu.eus/babestu>. La información completa sobre este tratamiento está en: <https://www.ehu.eus/es/web/idazkaritza-nagusia/ikerketa-datu-pertsonalen-tratamenduak>.

Usted no se beneficiará económicamente de participar en este estudio. Sin embargo, la información que pueda obtenerse a partir de su participación será de utilidad para conocer la perspectiva de los profesionales sociosanitarios y/o investigadores que tienen conocimientos sólidos y experiencia con el trabajo con herramientas de evaluación de riesgo, aunque sea en este caso en pequeña escala, abriendo puertas para un trabajo de investigación a larga escala.

Su colaboración en esta investigación es de gran relevancia, por la necesidad de proveer de una mayor atención al ámbito de la prevención y la reincidencia delictiva, y, en concreto, de la referente a personas con necesidades especiales, como son las personas con enfermedad mental grave.

Se le informa de que puede retirarse de la investigación cuando quiera sin consecuencias personales en cualquier momento y sin necesidad de dar explicaciones, contactando con la investigadora responsable: nmate001@ikasle.ehu.eus

PROTECCIÓN DE DATOS: INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 13 del Reglamento UE 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, le informamos de que sus datos pasan a formar parte de un fichero responsabilidad de la UPV/EHU, así como de los siguientes extremos:

Nombre del tratamiento	<i>"Programas de seguimiento y evaluaciones de riesgo actuales de personas exinternas con enfermedad mental grave: vulnerabilidades y oportunidades"</i>
Responsable del tratamiento de datos	

	Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)
Finalidad del tratamiento de datos	Para llevar a cabo dicho objetivo, se utilizará como instrumento de investigación un método de recogida de información cualitativo: realización de cinco entrevistas abiertas en profundidad, a partir de un guion semi-estructurado para contextualizar el estado actual del tema, los avances conocidos en dicha área, y las tendencias que están en boga respecto a las evaluaciones de riesgo de reincidencia, así como en lo referente a los programas o protocolos de seguimiento.
Legitimación del tratamiento de datos	Consentimiento de las personas interesadas
Destinatarios de cesiones y transferencias internacionales de datos	No se cederán datos salvo previsión legal No se efectuarán transferencias internacionales
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional
Información adicional	Disponible en: http://www.ehu.eus/babestu

Agradezco de ante mano su colaboración, y le saludo cordialmente.

Quedando claro los objetivos del estudio, las garantías de confidencialidad y la aclaración de la información, acepto voluntariamente participar de la investigación, y firmo la autorización:

Firma:

ACTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo ^{za}....., acepto participar voluntariamente en la investigación: "Programas de seguimiento y evaluaciones de riesgo actuales de personas exinternas con enfermedad mental grave: vulnerabilidades y oportunidades" dirigida por la Prof. Olaia Larruskain Mandiola y la alumna investigadora Naia Cloe Maté Barrero.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación que se me solicita. En relación con ello, acepto participar en la entrevista que se me solicita.

Declaro además haber sido informado/a que la participación en este estudio no involucra ningún daño o peligro para mi salud física o mental, que es voluntaria, y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro haber sido informado/a y acepto que se proceda a la grabación oral de la entrevista, la cual será eliminada del dispositivo donde se almacenó cuando finalicen los motivos de investigación que fundamentaban su conservación.

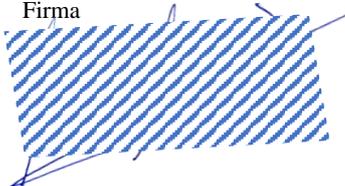
Declaro saber que la información entregada será confidencial. Entiendo que la información será analizada por la tutora y la alumna, y que no se podrán identificar y/o tergiversar las respuestas y opiniones de modo personal. Por último, la información que se obtenga será guardada y analizada, y sólo se utilizará en los trabajos propios de este estudio.

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

Nombre Participante

a

Firma

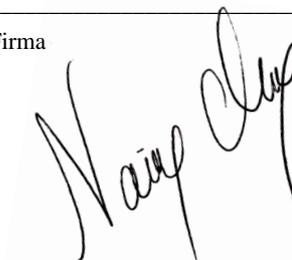


Fecha: 23/02/23

Nombre Investigador

Naia Cloe Maté Barrero

Firma



Fecha: 23/02/23

Anexo C6: Documento de Consentimiento Informado firmado por el Entrevistado 005

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

IDENTIFICACIÓN DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Estimadx participante, mi nombre es Naia Cloe Maté Barrero (nmate001@ikasle.ehu.eus) y soy estudiante de Criminología de la Universidad del País Vasco. Usted ha sido invitadx a participar en la investigación "*Programas de seguimiento y evaluaciones de riesgo actuales de personas exinternas con enfermedad mental grave: vulnerabilidades y oportunidades*" dirigida por la Prof. del departamento de Psicología Social en la Facultad de Psicología, así como de Criminología Ambiental y Seguridad Urbana en la Facultad de Derecho de la Universidad del País Vasco, Olaia Larruskain Mandiola (olaia.larruskain@ehu.eus).

DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

Por medio de este documento se le está solicitando su participación en esta investigación, porque se considera de suma importancia recolectar información acerca del seguimiento que en materia psico-delictual se les realiza a las personas con enfermedad mental grave que han cumplido su deber con la justicia, y pretenden reincorporarse a un estilo de vida alejado de la criminalidad.

Utilice el tiempo que desee para estudiar el contenido de este documento antes de decidir si va a participar del mismo.

El objetivo de esta investigación es hacer un análisis en profundidad de la situación en la que quedan las personas con enfermedad mental grave que han incurrido en responsabilidades penales tras su salida del centro de cumplimiento de la condena impuesta (ya sea una medida de seguridad o una pena de prisión, y tanto cumplidas en centros penitenciarios, como en centros sociosanitarios). Asimismo, se pretende ahondar en los factores de riesgo que deben contemplarse de cara a valorar el riesgo de reincidencia de dichos individuos, así como en las deficiencias estructurales o de aplicación que puedan presentar los protocolos de seguimiento que se emplean en la actualidad.

Para tal fin, se entiende que es fundamental recopilar información a través de la experiencia profesional, tanto como de los conocimientos académicos que puedan poseer las personas que diariamente ejercen su profesión en el ámbito sociosanitario, o las que se ocupen del diseño y revisión de dichas herramientas de evaluación o seguimiento.

Para llevar a cabo dicho objetivo, se utilizará como instrumento de investigación un método de recogida de información cualitativo: realización de seis entrevistas abiertas en profundidad, a partir de un guion semi-estructurado para contextualizar el estado actual del tema, los avances conocidos en dicha área, y las tendencias que están en boga respecto a las evaluaciones de riesgo de reincidencia, así como en lo referente a los programas o protocolos de seguimiento.

Las variables fundamentales utilizadas para la obtención de los datos son las siguientes: Información sobre el cargo profesional ejercido (funciones y competencias); funcionamiento interno en materia de seguimiento post-delictual (del Hospital Aita Menni); coordinación entre entidades socio-jurídicas; percepción sobre las herramientas actuales de evaluación de riesgo de reincidencia; conocimientos acerca de protocolos de seguimiento para personas exreclusas con enfermedad mental grave; y conocimiento sobre tendencias y enfoques de actualidad.

RIESGOS O MOLESTIAS:

En lo referente a los riesgos que conlleva la participación, estos podrían ser los siguientes: el uso de su tiempo, intromisión en la intimidad laboral; e intromisión en la información clínica del Hospital Aita Menni, sin que ello suponga ninguna intromisión extralimitada a datos personales ni clínicos de pacientes de este.

Se le pedirá que hable de los puntos mencionados anteriormente, aunque no estará obligadx a contestar si no se siente cómodx. La duración será variable, con un periodo contemplado de entre una hora, y una hora y media, todo dependiendo de la disponibilidad del entrevistado y el desarrollo de la entrevista.

Se le grabará solamente la voz con la finalidad de redactar posteriormente la información proporcionada. Usted autoriza a Naia Cloe Maté Barrero para que grabe la entrevista:

Sí

No

VOLUNTARIEDAD Y REVOCACIÓN:

Usted puede negarse a participar o dejar de participar total o parcialmente en cualquier momento del estudio, sin que deba dar razones para ello, ni recibir ningún tipo de sanción. Su participación en este estudio no contempla ningún tipo de compensación o beneficio. Cabe destacar que la información obtenida en la investigación será confidencial, y se le pedirá su autorización para poder utilizar su nombre a la hora de redactar los resultados. Esta información será guardada por el investigador responsable durante el periodo en el que dure el estudio, y sólo se utilizará con puramente fines académicos,

Una vez finalizado la investigación, los participantes tendrán derecho a conocer los resultados de este a través del correo electrónico o del método que usted elija como puede ser el trabajo finalizado en papel. Los resultados del estudio serán utilizados con fines académicos para la presentación ante el Tribunal que evalúa los “Trabajos de Fin de Grado” de la Universidad el País Vasco (UPV/EHU).

Los derechos sobre sus datos son los de acceso, supresión, rectificación, oposición, limitación del tratamiento, portabilidad y olvido. Puede ejercerlos enviando su petición a dpd@ehu.eus. Tiene a su disposición información adicional en <http://www.ehu.eus/babestu>. La información completa sobre este tratamiento está en: <https://www.ehu.eus/es/web/idazkaritza-nagusia/ikerketa-datu-pertsonalen-tratamenduak>.

Usted no se beneficiará económicamente de participar en este estudio. Sin embargo, la información que pueda obtenerse a partir de su participación será de utilidad para conocer la perspectiva de los profesionales sociosanitarios y/o investigadores que tienen conocimientos sólidos y experiencia con el trabajo con herramientas de evaluación de riesgo, aunque sea en este caso en pequeña escala, abriendo puertas para un trabajo de investigación a larga escala.

Su colaboración en esta investigación es de gran relevancia, por la necesidad de proveer de una mayor atención al ámbito de la prevención y la reincidencia delictiva, y, en concreto, de la referente a personas con necesidades especiales, como son las personas con enfermedad mental grave.

Se le informa de que puede retirarse de la investigación cuando quiera sin consecuencias personales en cualquier momento y sin necesidad de dar explicaciones, contactando con la investigadora responsable: nmate001@ikasle.ehu.eus

PROTECCIÓN DE DATOS: INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 13 del Reglamento UE 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, le informamos de que sus datos pasan a formar parte de un fichero responsabilidad de la UPV/EHU, así como de los siguientes extremos:

<p>Nombre del tratamiento</p>	<p><i>"Programas de seguimiento y evaluaciones de riesgo actuales de personas exinternas con enfermedad mental grave: vulnerabilidades y oportunidades"</i></p>
--------------------------------------	---

Responsable del tratamiento de datos	Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)
Finalidad del tratamiento de datos	Para llevar a cabo dicho objetivo, se utilizará como instrumento de investigación un método de recogida de información cualitativo: realización de cinco entrevistas abiertas en profundidad, a partir de un guion semi-estructurado para contextualizar el estado actual del tema, los avances conocidos en dicha área, y las tendencias que están en boga respecto a las evaluaciones de riesgo de reincidencia, así como en lo referente a los programas o protocolos de seguimiento.
Legitimación del tratamiento de datos	Consentimiento de las personas interesadas
Destinatarios de cesiones y transferencias internacionales de datos	No se cederán datos salvo previsión legal No se efectuarán transferencias internacionales
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional
Información adicional	Disponible en: http://www.ehu.eus/babestu

Agradezco de ante mano su colaboración, y le saludo cordialmente.

Quedando claro los objetivos del estudio, las garantías de confidencialidad y la aclaración de la información, acepto voluntariamente participar de la investigación, y firmo la autorización:

Firma:

A handwritten signature in black ink is visible above a large rectangular area filled with blue diagonal hatching. The hatching consists of parallel lines slanted from the top-left to the bottom-right.

ACTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo [redacted] z....., acepto participar voluntariamente en la investigación: "*Programas de seguimiento y evaluaciones de riesgo actuales de personas exinternas con enfermedad mental grave: vulnerabilidades y oportunidades*" dirigida por la Prof. Olaia Larruskain Mandiola y la alumna investigadora Naia Cloe Maté Barrero.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación que se me solicita. En relación con ello, acepto participar en la entrevista que se me solicita.

Declaro además haber sido informado/a que la participación en este estudio no involucra ningún daño o peligro para mi salud física o mental, que es voluntaria, y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro haber sido informado/a y acepto que se proceda a la grabación oral de la entrevista, la cual será eliminada del dispositivo donde se almacenó cuando finalicen los motivos de investigación que fundamentaban su conservación.

Declaro saber que la información entregada será confidencial. Entiendo que la información será analizada por la tutora y la alumna, y que no se podrán identificar y/o tergiversar las respuestas y opiniones de modo personal. Por último, la información que se obtenga será guardada y analizada, y sólo se utilizará en los trabajos propios de este estudio.

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

Nombre Participante

[redacted] z

Nombre Investigador

Naia Cloe Maté Barrero

Firma

[redacted signature]

Firma

[Handwritten signature]

Fecha: 24/03/23

Fecha: 24/03/23

--

Apéndice A1: Hoja de Codificación de la Escala de Evaluación del Riesgo de Violencia HCR-20 V.3 (continuación)

HCR-20 ^{V3} Items		Presence				Relevance			
		Omit	N	P	Y	Omit	L	M	H
Clinical Scale (Recent problems with...)		Rating Period: _____							
C1.	Insight	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a. Mental Disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Violence Risk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Need for Treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2.	Violent Ideation or Intent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3.	Symptoms of Major Mental Disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a. Psychotic Disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Major Mood Disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Other Major Mental Disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4.	Instability	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a. Affective	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Behavioral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Cognitive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5.	Treatment or Supervision Response	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a. Compliance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Responsiveness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC-C	Other Considerations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risk Management Scale (Future problems with...)		Rating Period: _____				Context: <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> Out			
R1.	Professional Services and Plans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R2.	Living Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R3.	Personal Support	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R4.	Treatment or Supervision Response	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a. Compliance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Responsiveness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R5.	Stress or Coping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC-R	Other Considerations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Future Violence/ Case Prioritization		Serious Physical Harm		Imminent Violence		Recommended Reassessment Date			
<input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> High		<input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> High		<input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> High		YY/MM/DD: _____			
Evaluator		Signature			Date				

© 2013 by the Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported License. You may copy and distribute this Rating Sheet with appropriate attribution, not for commercial use, and in its original form (no derivative works).

For license details see: hcr-20.com/materials

12. Informe Ejecutivo

La base fundamental de la presente investigación se sustenta en un dato alarmante, tanto a nivel socio-sanitario como jurídico: “Es importante decir que sobre una población de 61.000 reclusos en Instituciones Penitenciarias en España, está aceptado que un 7-8% padecen enfermedades mentales graves (...)” (Madariaga, 2019, p.1), y es precisamente esta cifra la que motiva el emprendimiento de este proyecto, que tiene como **objetivo general** dar con las claves para el diseño tanto de medidas de seguimiento post-delictivo, como de instrumentos de evaluación del riesgo eficaces en lo que a la detección del riesgo de reincidencia delictiva se refiere.

La **línea de investigación** principal, así, se ilustra en torno a tres aspectos: los factores de riesgo de reincidencia (generales y específicos), los protocolos de seguimiento post-delictivo, y la evaluación del riesgo de reincidencia (Figura 5).

Asimismo, los **objetivos centrales** que se plantea este estudio son los siguientes:

- Valorar si la enfermedad mental grave es un **factor criminógeno**, en términos de incidencia y reincidencia delictiva.
- Esclarecer si los **factores de riesgo** que promueven la participación en actividades delictivas, así como respecto de la reiteración delictiva, son equiparables entre la población expenitenciaria general y la población expenitenciaria-psiQUIÁTRICA.
- Identificar si existen **factores específicos** que inciden en la probabilidad de reincidencia delictiva entre las personas exinternas con enfermedad mental grave, y que poseen un papel clave en la compatibilidad con la reinserción social de dicho colectivo.
- Delimitar qué medidas de **seguimiento post-delictivo** concretas existen en el ordenamiento jurídico español, y su aplicabilidad en personas exinternas con enfermedad mental grave.
- Concretar qué **herramientas de evaluación de riesgo** que existen a nivel nacional para personas exinternas con enfermedad mental grave, y si pueden aplicarse indistintamente en diferentes destinatarios (con y sin enfermedad mental grave) con parámetros de validez y fiabilidad.

Lo cierto es que la peligrosidad ha sido categorizada como el rasgo más característico de la delincuencia protagonizada por personas con enfermedad mental grave, aunque lo cierto es que se trata de “(...) *un constructo con una capacidad*

predictiva limitada ya que no es el único determinante del comportamiento violento” (Andrés-Pueyo y Redondo, 2007). De este modo, pese a potenciales relaciones causales, la vasta mayoría de los actos impregnados de violencia son protagonizados por personas que no padecen ningún trastorno psíquico (Arbach y Andrés-Pueyo, 2007, como se cita en Loinaz, Echeburúa e Irureta, 2011). Estos últimos autores recalcan, de nuevo, junto con otros estudios como el de Zabala (2016), que no es mayor incidencia de comportamientos violentos perpetrados por personas exinternas con enfermedad mental, con respecto a sus homólogas, sin enfermedad mental.

Así, se puede obtener la primera hipótesis:

H1. Hay un vínculo débil entre los trastornos mentales y la violencia.

Por tanto, los cimientos de la histórica vinculación entre trastorno mental y delito se han desvanecido, y la facultad criminógena atribuida al padecimiento de una enfermedad mental no posee ya suficiente respaldo empírico (Sánchez y Gutiérrez, 2000; Garrido y López, 2006, como se citan en Núñez y López, 2009), y supone un factor de predicción débil (Bonta, Hanson y Law, 1998; Loudon y Skeem, 2013). Por ello, se formula la siguiente hipótesis:

H2. Hay un vínculo moderado entre los trastornos mentales y la probabilidad de reincidencia delictiva.

A su vez, se ha hallado que los diferentes **factores de riesgo** asociados a la probabilidad de comisión de hechos delictivos tienen semejante validez y fiabilidad para la predecir la potencial reiteración delictiva (Bonta, Hanson y Law, 1998; Nguyen et al., 2011). No obstante, se ha tratado de esclarecer si la capacidad predictora de dichos factores se mantiene para vaticinar el comportamiento violento y/o delictivo de personas exinternas con enfermedad mental grave, o si, por el contrario, existen **factores específicos** para este colectivo de la población penitenciaria. Lo cierto es que los factores que inciden en la probabilidad de verse involucradas en actividades delictivas, así como de reincidir, pueden ser equiparados en ambos casos: tanto para personas exinternas que padecen un trastorno mental severo, como para las que no lo padecen (Bonta, Hanson y Law, 1998). Ahora bien, en realidad, los resultados sobre la mayor o menor probabilidad de reincidencia recabados por diferentes investigaciones reflejan enfoques heterogéneos, y, en muchas ocasiones, contrapuestos. Mientras Nielssen et al., (2019) afirman que las personas exinternas con enfermedad mental grave no tienen mayor probabilidad de

reincidir, estudios como el de Fazen y Yuhn (2011, como se cita en Zabala, 2016), insisten en que sí reportan mayores niveles de reincidencia, siempre que la comparación se realice con personas pertenecientes a la población general, ya que, respecto a la población expenitenciaria sin enfermedad mental conocida, los niveles de reincidencia son prácticamente idénticos.

Sin embargo, la investigación sobre la **tasa de reincidencia** de este colectivo, aunque reducida (Zabala, 2016), ha permitido identificar una serie de factores criminógenos que inciden, de forma especial, sobre el riesgo de reiteración delictiva de las personas exreclusas con trastorno mental grave, tales como: el consumo de drogas (Abram y Teplin, 1991; Hartwell, 2004; Douglas, Guy y Hart, 2009, como se citan en Loudon y Skeem, 2013; Appelbaum, Robins y Monahan, 2000, como se citan en Bonta, Hanson y Law, 1998); el abandono de la pauta farmacológica (Louden y Skeem, 2013; Nielssen et al., 2019); o la comorbilidad con otros trastornos como la ansiedad o la depresión (Bonta, Hanson y Law, 1998). Si bien, ante todo, se ha dictaminado que el perfil que mayor riesgo de reincidencia comporta es el de la persona exinterna, padezca o no una enfermedad mental de gravedad, que tiene un historial delictivo de extenso recorrido (Monahan y Rabkin, 1993, como se cita en Bonta, Hanson y Law, 1998). Por ende, se puede extraer otra nueva hipótesis:

H3. Los factores de riesgo que inciden en la población psiquiátrica expenitenciaria son prácticamente equiparables a los que influyen en la población general expenitenciaria, a excepción del riesgo de abandono del tratamiento por mala adherencia, entre otros.

Simultáneamente, el interés por la realidad post-delictiva de las personas exinternas con enfermedad mental grave ha ido *in crescendo* en las últimas décadas, y ello se ha visto reflejado en el aumento de **instrumentos de predicción del riesgo** que se han desarrollado en el marco nacional, y, especialmente, internacional, existiendo herramientas fiables y válidas para este cometido (Andrés-Pueyo y Redondo, 2007; Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010; Hanson, 2005, como se cita en Bello, 2014). Sin embargo, todavía no es frecuente su aplicación en contextos penitenciarios, y, en menor medida aún, en el ámbito de la psiquiatría legal (Nguyen et al., 2011), siendo en países anglosajones donde su uso está más extendido, y el hábito de aplicación más integrado dentro del proceso de seguimiento post-delictivo (Esbec y Fernández, 2003; Andrés-Pueyo y Redondo, 2007; Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010). Se podría plantear, entonces, la siguiente hipótesis:

H5a. Existen herramientas para evaluar el riesgo de reincidencia en población psiquiátrica-penitenciaria.

Pese a que existan herramientas suficientes y válidas para ser de aplicación en este contexto, en realidad, no se han desarrollado instrumentos que concretamente estén diseñados para valorar exclusivamente, como destinatario objetivo, a las personas exreclusas que padecen un trastorno mental de gravedad (Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010), aunque en algunas, como la HCR-20 V.3 (Escala de Evaluación del Riesgo de Violencia) o la VRAG (Guía de Valoración de Riesgo de Violencia), el factor de riesgo “trastorno mental” tiene un peso especial en la ecuación. Aun y todo, la aplicación de estas herramientas suele hacerse de modo indistinto, entre un destinatario u otro, y lo que verdaderamente constituye un criterio de aplicación es la tipología delictiva (Bonta, Hanson y Law, 1998), lo que permite elaborar otra hipótesis:

H5b. Las herramientas actuales para evaluar el riesgo de reincidencia delictiva no difieren en estructura y método de aplicación en función de si el destinatario es una persona exinterna general, o una persona exinterna con enfermedad mental.

No obstante, la mayor falla en la preocupación por el estado psico-social de la persona exinterna con enfermedad mental grave, una vez ha cumplido la condena, la constituye la falta de formación de los profesionales que deben evaluar el riesgo, y no la falta de herramientas empleables para los diferentes contextos delictivos, dado que los expertos clínicos no son dotados con los conocimientos y experiencia necesarias para llevar a cabo este cometido (Bonta, Hanson y Law, 1998; Loudon y Skeem, 2013; Dernevik, 2004).

La **evaluación del riesgo**, así, es un aspecto de la política criminal significativamente ligado al seguimiento o control post-delictivo, sin el cual carecería de todo sentido. En este ámbito, mientras tanto, los proyectos y programas emprendidos no han sido tan numerosos, y es un campo en el que han surgido limitadas iniciativas, y donde el margen de maniobrabilidad es reducido, puesto que se ciñe a la imposición de un tratamiento ambulatorio involuntario (Ferreirós, 2006; Magro, 2015), que, aunque avalado por nuestro ordenamiento jurídico, tiene una limitada capacidad para canalizar la mayoría de casos de personas exdelincuentes que se han reincorporado al medio comunitario, y cuya situación psicopatológica, pese a ser estable, requiere de un seguimiento y vigilancia asistencial, con el fin último de evitar una descompensación, y, un posible nuevo delito (Magro, 2015; Hava, 2021). De este modo, los recursos a nivel

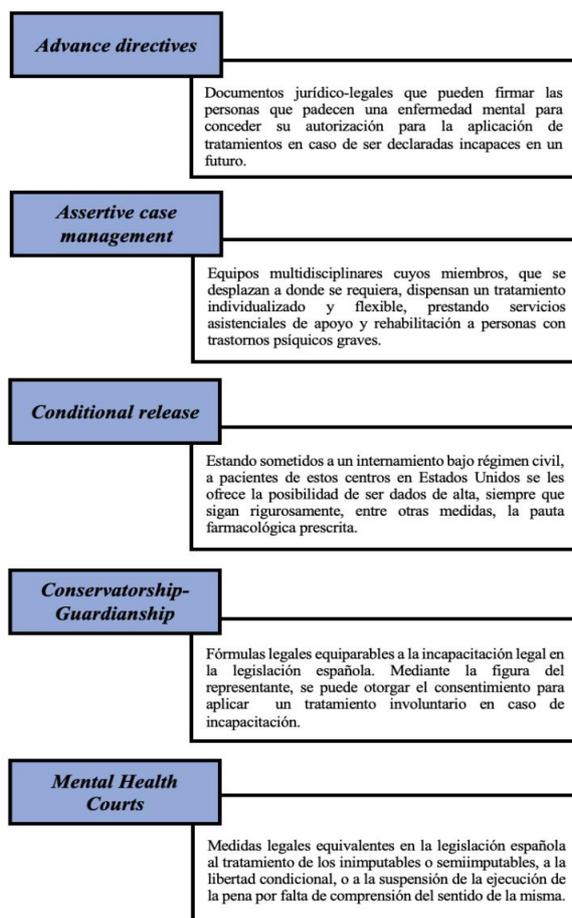
comunitario para el seguimiento de este segmento de población son escasos, y parece que no hay herramientas o medidas de seguimiento concretas que satisfagan esta necesidad social (Hava, 2021). Por ello, surge la siguiente hipótesis:

H4. No existen protocolos de seguimiento claramente definidos ni rutinariamente aplicados dentro de la Red de Salud Mental del estado español, que velen por los enfermos mentales graves, respecto a elementos como adherencia al tratamiento, o riesgo de reincidencia delictiva.

A pesar de ello, pueden hallarse distintas **alternativas** novedosas en el marco internacional que podrían extrapolarse e integrarse en la legislación española (Ferreirós, 2006), tales como: el Tratamiento Asertivo Comunitario (*Assertive Case Management*) o la *Conditional Release*, que constituye una variedad de la libertad condicional, entre otros métodos (Figura 4).

Figura 4:

Cuadro resumen de diferentes tipos de tratamientos alternativos al tratamiento ambulatorio involuntario.



Nota. Elaboración propia (2023). Adaptado de *Formas de Tratamiento Asistido en la Comunidad*, Ferreirós (2006, p. 18). El Tratamiento Ambulatorio: Cuestiones Legales y Prácticas.

Respecto a la **metodología**, para realizar esta investigación se empleó la técnica cualitativa de la entrevista semiestructurada, reuniéndose con cinco profesionales, cuya **selección** se hizo en base al criterio de *expertise* o dominio y conocimiento en el ámbito de estudio concernido: la realidad post-delictiva de personas exreclusas con enfermedad mental grave. De ellos/as, cuatro ejercían su labor profesional en la Unidad de Psiquiatría Legal de un centro socio-psiquiátrico de Guipúzcoa, y el profesional restante era una figura referente en valoración del riesgo a nivel nacional. A tal efecto, y en relación con aspectos éticos, para su participación voluntaria, se les requirió firmar un documento de Consentimiento Informado, donde manifestaron su deseo de participar en la investigación, y su permiso para la grabación oral del encuentro. Para la **codificación** de la información, se empleó el software MAQXDA 2022 (Kuckartz, 1989), y se procedió a categorizar los datos en base a códigos temáticos, ejemplificándolos con citas directas extraídas del texto (Tabla 8).

En lo que concierne a los **resultados** obtenidos del proyecto, cabe destacar que estos pueden distinguirse en función de los tres elementos centrales del modelo de investigación (Figura 5). En primer lugar, en alusión a los **factores de riesgo de reincidencia**, se constató una mayor probabilidad de reincidencia por parte de las personas exinternas con enfermedad mental grave, siempre que la comparación se hiciese con una muestra de población general no penitenciaria. De esta forma, la **H1** no fue respondida por el estudio, y hubo una clara omisión de información al respecto. Sin embargo, se halló que los factores criminógenos que contribuyen a la reiteración delictiva son esencialmente válidos para predecir el comportamiento delictivo futuro tanto de personas exinternas con enfermedad mental grave, como de aquellas que no padecen ningún trastorno psíquico, no considerándose la enfermedad mental, per se, un factor con capacidad predictiva suficiente, por lo que la **H2** fue parcialmente corroborada. Pese a todo, lo cierto es que todos los profesionales resaltaron algunos factores de especial trascendencia para este colectivo, tales como: el consumo abusivo de sustancias tóxicas, la conciencia sobre la enfermedad, y, sobre todas ellas, la adherencia al tratamiento (que, implícitamente, incluye también la descompensación psicopatológica, y el abandono del tratamiento). Así, la **H3** fue totalmente corroborada.

Haciendo referencia, en segundo lugar, a los **programas o medidas de seguimiento post-delictivas**, la **H4** parece estar totalmente aceptada. Las personas expertas entrevistadas admitieron no conocer la normativa vigente (al omitir cualquier referencia a la misma), e insistieron en la ausencia de un protocolo estructurado que asegurase el seguimiento de las personas exinternas cuya fecha de salida del centro se aproximaba; si bien, reconocieron que, operativamente, existía un control post-delictivo ambulatorio, aunque débil y deficiente en muchos aspectos (poco estrecho y exhaustivo, no extendido en el tiempo, periodicidad larga, etc). Se remarcó la necesidad de apoyo y seguimiento asistencial para este colectivo, y la mayoría admitió que la coordinación entre entidades públicas y privadas era la clave que había permitido mantener hasta ahora un funcionamiento más o menos razonable, proporcionando asistencia ambulatoria y de internamiento siempre que las circunstancias de la persona exinterna lo requiriesen.

Por otra parte, se advirtió de que, en la actualidad, el seguimiento de la persona con enfermedad mental no distingue, o, mejor dicho, no se vuelve más estrecho o riguroso por el hecho de que esta tenga antecedentes penales, por lo que se infiere, que reciben el mismo tratamiento asistencial comunitario. Todo ello está avalado por la constatación de la falta de recursos, tanto personales como económicos en las redes de salud mental ambulatorias, y de esta misma realidad derivan, igualmente, la ausencia de alternativas de seguimiento en el ordenamiento jurídico español. Asimismo, otro fenómeno que acarrea grandes debates es la canalización de casos estables, cuya gestión se vuelve compleja, ya que, siendo la autogestión el rasgo que puede fallar y abocar a al descompensación psicopatológica (y, por ende, a la reincidencia delictiva), no hay medidas de seguimiento actualmente en nuestro sistema sanitario mental que se ocupen, de forma periódica, y por defecto, de preservar y asegurar la adherencia al tratamiento de las personas exinternas que padecen una enfermedad mental crónica.

El tercer pilar de la investigación corresponde a la **evaluación del riesgo de reincidencia**. A este respecto, se halló un contexto similar, en términos de carencia normativa y de regulación legal. La mayoría de los expertos entrevistados pusieron de relieve que las valoraciones de riesgo se hacían ya de forma implícita, circunscritas a las diversas evaluaciones del estado psicosocial del/de la paciente que iba a salir en fechas próximas del centro de cumplimiento de la condena. No obstante, hicieron hincapié en la ausencia de un protocolo de evaluación implantado, que impusiese la aplicación reglada de instrumentos de evaluación del riesgo de reincidencia, como parte de un reglamento

de actuación del propio centro asistencial. De hecho, los profesionales de la Psicología admitieron que las evaluaciones de riesgo propiamente denominadas como tal se circunscribían a peticiones concretas de la rama judicial, como pruebas periciales para fundar la adopción de, entre otras, algunas medidas cautelares.

La mayoría, aun así, relató que conocían de la existencia de herramientas de evaluación del riesgo aplicables a este contexto psiquiátrico-forense, pero cuyo uso era infrecuente, confirmándose plenamente la **H5a**. El experto en evaluación del riesgo (Entrevistado 005) recalcó que se trata de un ámbito escasamente desarrollado en España, pero que avanza de forma exponencial en otras zonas, como en los países anglosajones, donde esta actuación está más interiorizada como parte del trabajo cotidiano de un profesional clínico. Igualmente, se resaltó que la aplicación de dichas herramientas, además de realizarse únicamente, y ya de forma escasa e infrecuente, en centros penitenciarios españoles (y no en contextos psiquiátrico-forenses), se hacía de forma indistinta entre personas reclusas con y sin trastorno mental, corroborándose plenamente la **H5b**.

En lo que concierne al ámbito profesional, cabe destacar, finalmente, que se confirmó la falta de formación académico-experimental que se concede a los profesionales de las distintas ramas sociales concernidas en este aspecto (como la Psicología, la Psiquiatría, etc) durante su entrenamiento y proceso de aprendizaje académico-laboral.

Además, y en vinculación con las medidas de seguimiento disponibles en el marco nacional, se determinó una clara ausencia de protocolos de actuación en los ámbitos psiquiátrico-penitenciario y penitenciario general, en el caso de detectarse un riesgo alto de reincidencia, tras haberse realizado una sesión de evaluación del riesgo.

Así, respecto al cumplimiento de los **objetivos** fijados (Ver epígrafe *Objetivos Específicos*), no se ha logrado valorar de forma plenamente fiable el potencial criminógeno del trastorno mental (**objetivo 1**), pese a que sí se haya conseguido discernir claramente entre la variedad de factores de riesgo generales y específicos que existen para la población expenitenciaria psiquiátrica (**objetivo 2 y objetivo 2.1**). Por su parte, se ha ilustrado el reducido abanico de opciones de medidas de seguimiento post-delictivas existentes en España, conociendo ahora plenamente el tipo de control postpenitenciario que existe en nuestro territorio (**objetivo 3**). Y, por último, si bien ha sido posible determinar las diversas herramientas de valoración del riesgo existentes en España para

este colectivo (**objetivo 4**), la evaluación de su eficacia para ser aplicadas de forma indistinta en ambos segmentos de población ha sido satisfecha parcialmente (**objetivo 4.1**).

En lo que respecta a las **sugerencias de mejora** en los dos ámbitos principales concernidos – el seguimiento post-delictivo, y la evaluación del riesgo – se destacan las siguientes:

En definitiva, el ámbito del **seguimiento post-delictivo** se ha quedado estancado en las pocas opciones de control que ofrece el ordenamiento jurídico español, y es precisamente este el aspecto que más evidentemente se aconseja que sea reformado. De este modo, la inclusión de las diferentes alternativas de seguimiento propuestas en este informe que provienen de legislaciones internacionales podrían implementarse, gradualmente, a través de ensayos piloto, en aras de probar su eficacia de cara a garantizar, entre otras cuestiones relevantes, la adherencia al tratamiento, y la adecuada preparación pre-salida de la persona interna con enfermedad mental; prepararla para la reincorporación al entorno comunitario con niveles de autonomía y autogestión suficientes. Esta prueba pionera podría ejecutarse partiendo de una muestra dividida en tres subgrupos: población expenitenciaria general, población expenitenciaria con enfermedad mental grave, y población psiquiátrica sin antecedentes penales.

Aunque, sin ápice de duda, sería conveniente promover la contratación de un mayor número de profesionales clínicos con conocimientos válidos y suficientes para evaluar el estado mental de las personas que, por voluntad propia, o impulsados por sus familiares y allegados, acudiesen a los centros ambulatorios de proximidad con ese fin, por ejemplo, recomendados por el centro donde cumplieron la condena. Aumentar la periodicidad de las revisiones o “chequeos” sobre la estabilidad psicopatológica sería uno más de los aspectos a analizar, aunque el mayor de los hándicaps serían cuestiones éticas relativas al secreto de los antecedentes penales, y la imposibilidad de obligar a la persona exinterna enferma a acudir con mayor frecuencia a consultas de revisión que otras personas con la misma condición psíquica.

En lo relativo a la **evaluación del riesgo**, la disponibilidad de herramientas válidas y altamente fiables en el contexto español podría ser el punto de partida para impulsar la formación sobre evaluación del riesgo de los profesionales clínicos, y de otras ramas de las ciencias sociales (Criminología, Trabajo Social, etc) implicados en este sector social. A su vez, esa promoción de la formación repercutiría sobre la necesidad de regular la

aplicación de estos instrumentos, tanto en contextos penitenciarios, como en centros psiquiátrico-penitenciarios, incentivando una mayor periodicidad de aplicación, y no circunscribiéndose su uso a circunstancias judiciales concretas.

En otro sentido, valorar la inclusión de nuevos ítems en escalas de evaluación de riesgo ya existentes podría ser una opción que testar. Así, la “adherencia al tratamiento” o el “riesgo de descompensación” podrían valorarse como nuevos ítems clínicos, y ser insertados en diferentes escalas referentes a nivel nacional e internacional, con el propósito de conocer el nivel de influencia que tienen sobre el pronóstico de reincidencia.

En cualquier caso, se trata de un ámbito que alcanza a varias **entidades, organismos, y agentes sociales**, dada la multidimensionalidad derivada de la propia delincuencia, siendo posible categorizarlo como un problema social, económico, cultural, etc. En primera instancia, al involucrar a personas sometidas a un **régimen judicial**, el primer organismo gubernamental concernido es el Ministerio del Interior, y más concretamente, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, desde donde se debería motivar la implantación de protocolos de evaluación del riesgo en prisiones españolas, y una mayor contratación de profesionales (entre otros, criminólogos/as, ya que se trata de un perfil experto en prevención del crimen, y en valoración del riesgo). Dentro de las mismas, deberían estar implicadas también tanto las Juntas de Tratamiento de prisiones - encargadas de ordenar ejecutar los programas de tratamiento correspondientes -, así como los Equipos Técnicos de prisiones, responsables de la aplicación de dichos programas.

De igual forma, este ámbito trabaja también con la **rama sanitaria**, y, por ende, debería hacerse partícipe a los Departamentos y Consejerías de Sanidad, tanto a nivel autonómico como nacional, promoviendo una mayor contratación de expertos clínicos (formados en valoración de riesgo), así como la realización de ensayos piloto con alternativas a las medidas de seguimiento actuales, fomentando un seguimiento más estrecho y cercano al paciente que lo requiriese. Las directrices repercutirían, por tanto, sobre centros socio-psiquiátricos y psiquiátrico-penitenciarios de cada ámbito territorial. Y, por último, al ser, en la actualidad, uno de los únicos profesionales formados en el ámbito, las **Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado** tanto autonómicas como nacionales deberían reformar su perspectiva de trabajo, promoviéndose una mayor frecuencia de aplicación de instrumentos de evaluación del riesgo en víctimas o agresores reincidentes de violencia de género, o de violencia sexual, por ejemplo.

