

Enfermedad mental grave y duradera: vinculación entre rehabilitación psicosocial y hechos delictivos

Raquel Verónica Munilla Rebollo

Trabajadora Social, Coslada, Madrid

Resumen

La vinculación entre violencia y enfermedad mental es algo habitual y asumido como inseparable. ¿Pero es real desde el punto de vista científico? Estudios afirman que las personas con enfermedad mental no son más violentas que el resto de la sociedad. Pero lo realmente interesante y fructuoso es conocer qué variables inciden en la comisión de delitos para de esa forma, poder trabajar sobre ellas y evitar la violencia. A través de un recurso comunitario especializado en la intervención con personas con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, los Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC), analizamos las posibles variables sobre la comisión de delitos en esta población y como la intervención en el medio comunitario presenta innumerables beneficios, tanto para los usuarios como la sociedad en general.

Palabras Claves

Esquizofrenia, rehabilitación psicosocial, EASC, delitos, trabajo comunitario, Criminología.

1. INTRODUCCIÓN

Mi labor profesional como trabajadora social en el ámbito de la enfermedad mental, comenzó en el año 2007. Previo a esa fecha, no había tenido contacto alguno con este área, por lo que me encontraba con la mente en blanco ante una nueva andadura en mi carrera profesional. Me encontré con una extensa y robusta red de atención social a esta población. Pero también con mitos y prejuicios de la sociedad en general. Por ello me puse a leer y analizar datos así como mi propia actividad profesional diaria.

La población diana de la investigación que se ha llevado a cabo, son aquellas personas que sufren trastornos psiquiátricos graves y duraderos como la esquizofrenia, trastorno bipolar y depresivos graves recurrentes, síndromes cerebro-orgánicos, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad (cluster tipo A). Estos trastornos pueden dificultar o impedir el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria como la higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc.; así como pueden dificultar la autosuficiencia económica, según Goldman, Gatozzi y Tanbe (1981)¹.

Para que una persona presente un trastorno mental severo debe concurrir, como apunta National Institute of Mental Health (1987)² un diagnóstico de trastorno psicótico, especialmente la esquizofrenia; una discapacidad o déficit en alguna de las áreas de autocuidados, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio, ámbito laboral, etc.; y duración prolongada en el tiempo.

A tenor de la Ley General de Sanidad de 1986 se reorganiza el sistema sanitario, y siguiendo los pasos de Estados Unidos, Francia e Italia, comienza a llevarse a cabo en nuestro país la denominada desinstitucionalización psiquiátrica. El eje fundamental de este proceso es la Rehabilitación Psicosocial, que se puede definir como así realizó Anthony (1993)³:

“Constituye un proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas, a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social y familiar, en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible”.

El recurso clave fue el Centro de Salud Mental, ubicado dentro del ámbito sanitario. Se creó el documento denominado “Protocolo de Continuidad de Cuidados” para personas con enfermedad mental grave y duradera, donde se recogen los datos clínicos (diagnóstico, evolución de la enfermedad, medicación, ingresos, etc.), sociales (familiares, formativos, laborales, ocio, etc.), así como los objetivos de intervención en el recurso de rehabilitación que se haya propuesto para el paciente/usuario. Una vez que este documento lo cumplimenta su psiquiatra y el trabajador social del Centro de Salud Mental de referencia del paciente, se entrega al recurso al que ha sido derivado para comenzar la intervención.

En el año 1988, se desarrolla en la Comunidad de Madrid dentro de la Consejería de Asuntos Sociales, un programa específico desde los servicios sociales para la población con enfermedad mental crónica. Es el denominado “Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica”. Se trata de recursos específicos de rehabilitación

.....
1 GOLDMAN, H., GATOZZI, A. y TANBE, C. *Defining and counting the chronically mentally ill*. Hospital and Community Psychiatry, 1981, pp 22.

2 NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. *Towards a model for a comprehensive community based mental health system*. Washington DC, NIMH, 1987.

3 ANTHONY, W. A. *Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's*. Psychosocial Rehabilitation Journal, 1993, 16(4), PP. 11-23.

psicosocial (Centros de Rehabilitación Psicosocial) y laboral (Centro de Rehabilitación Laboral), atención residencial (Minirresidencias, pisos supervisados y plazas en pensiones) y soporte social (Centros de Día). Posteriormente en el año 2005, se implantan los 5 primeros Equipos de Apoyo Social Comunitario (en adelante EASC), alcanzado los 37 en diciembre de 2007, fecha de creación del EASC Coslada-San Fernando, en el cual desarrollo mi labor profesional además de esta investigación.

El EASC se configura con un equipo multiprofesional, formado por una directora, una coordinadora/psicóloga, una psicóloga, una trabajadora social y dos educadoras. Sus funciones básicas son:

- a) evaluar, planificar e intervenir para que los usuarios se mantengan en sus viviendas de forma autónoma, solos o con sus familias.
- b) ofrecer apoyo socio-comunitario que prevenga y/o evite situaciones de riesgo de marginación o de institucionalización.
- c) desarrollar estrategias de enganche y vinculación progresiva con los Servicios de Salud Mental, con recursos específicos de la Red Pública de Atención Social a las Personas con Discapacidad por Enfermedad Mental, de servicios sociales y otros recursos comunitarios.
- d) ofrecer apoyo e información veraz a las familias que conviven con los usuarios.

El EASC tiene capacidad para intervenir con 30 usuarios, con edades comprendidas entre los 18 y 65 años, de los municipios de Coslada, San Fernando de Henares, Mejorada del Campo y Velilla de San Antonio. El ratio de 1.56 plazas por 100.000 habitantes.

Como hacía referencia al principio de este artículo, analizando datos y mi experiencia profesional, se constatan el estigma de la ciudadanía en general y los medios de comunicación, hacia las personas con enfermedad mental. Cuando reflexionas sobre tu jornada laboral, te das cuenta de que la sociedad está llena de ideas preconcebidas que no piensan refutar. ¿Por qué? ¿Por qué ponemos etiquetas a las personas por sus conductas pasadas, sin pararnos a pensar un segundo en sus actos presentes?

Este trabajo que llevo a cabo cada día desde hace casi cinco años, me permite conocer a personas que han tenido y tienen una vida muy difícil, y que luchan por seguir adelante. También me ha hecho ver lo injustos, pedantes e incluso soberbios que se puede llegar a ser en el trato con personas (creemos que) diferentes a nosotros.

Con esa investigación quisiera demostrar de forma objetiva que las personas con enfermedad mental no comenten más delitos que la población general, averiguar qué variables inciden en la comisión de delitos así como las estrategias a seguir para afrontarlo y prevenirlo. Y sobre todo quiero demostrar que el trabajo en el medio comunitario es básico y fundamental para la rehabilitación de las personas con enfermedad mental. Cada persona es única y por ello necesita de un trabajo individualizado, según sus necesidades y circunstancias. Pero sobretodo que no sea prejuzgado ni etiquetado. Así como que los profesionales y la comunidad en general apuesten por ellos y por su proceso de rehabilitación.

Para poder desarrollar un estudio exhaustivo, me he basado en tres teorías de la Criminología como ciencia que estudia el origen y las causas del hecho delictivo para así poder prevenirlo y combatirlo.

La teoría de la frustración se centra en relaciones negativas de un sujeto con otros. Es

decir, relaciones en las que el individuo no es tratado por los demás como desearía, generando unos estados afectivos negativos como la ira, que podría derivar en la comisión del delito.

Si nos remontándonos a la teoría clásica de la frustración, Cohen (1955)⁴, reflexiona acerca de los grupos que pertenecen a subculturas, con sus propias peculiaridades y formas de pensar diferentes. Estos rasgos característicos se desarrollan a través de las interacciones de sus miembros que se valorarán negativa o positivamente. Estos subgrupos pueden llegar a legitimar tanto los comportamientos desviados (drogas, alcohol) como las agresiones.

Más cercano en el tiempo, se desarrollaron las teorías contemporáneas de la frustración. Agnew⁵ habla de la frustración desde el punto de vista del bloqueo de oportunidades en la vida, o para la evitación de situaciones dolorosas. Ambas propuestas pueden conducir al delito como medio para evitar el ambiente no deseado en el que se encuentra; como respuesta de rabia ante una situación que no puede cambiar y que le resulta incómoda o dolorosa; o también, como una forma de reducir el control social informal.

Para este autor, la frustración puede surgir ante:

- La no consecución de las metas valoradas positivamente que uno mismo se había marcado. Existiendo un desfase entre las aspiraciones que uno se ha propuesto y lo que se alcanza.
- Una amenaza y/o acto consumado de retirada de estímulos positivos para la persona.
- Una amenaza y/o acto consumado a exposición a estímulos negativos para la persona.

Tras estas situaciones, es preciso que aparezca la ira u otras sensaciones negativas en la persona, que le lleven a intentar cambiar su situación pero a través de una forma inadecuada como es el delito.

Para ello, como marca la teoría, debe de existir un proceso causal que una las sensaciones negativas con el delito. Por ello se puede llegar a la conclusión de que para conseguir lo que uno aspira, el único camino sea el delito. Lo mismo sucedería ante la retirada de estímulos positivos o la presentación de estímulos negativos para la persona. Brezina (1996)⁶ señala que el delito también puede ser utilizado como forma para aliviar la situación de frustración vivida, es decir, como una válvula de escape a corto plazo. Merton (1938)⁷ teoriza acerca del bloqueo de oportunidades ya que éstas no están repartidas de forma igualitaria. Así algunas personas optan por la comisión de delitos como el *modus operandi* para alcanzar el éxito que de otra forma se les niega.

Aunque hay que apuntar que la comisión de un delito, es únicamente una de las alternativas posibles ante la frustración, existiendo otras formas de canalizarla. En este aspecto señalar que cada persona alberga estrategias diferentes para afrontar su ira y decidir el camino a seguir.

La teoría del control social argumenta que la delincuencia es una tendencia natural del

.....

4 COHEN, A. K. *The study of social problems: discussion*. ASR, 13. *Delinquent boys. The culture of the gang*. New York: The Free Press 1955.

5 AGNEW, R. *A revised strain theory of delinquency*. Ann Arbor: UMI. 1985: *A revised strain theory of delinquency* SF, 64 pp 151 y 163-164; el mismo, 1989: pp 373-374 y 384; el mismo, pp 1992: 49 y 50; el mismo, 1995: 115 pp.

6 BREZINA, T. *Adapting to strain: an examination of delinquent coping responses* Criminology, 34, 1996

7 MERTON, R. K. *Social structure and anomie*. ASR, 3. 1938 pp. 678-679

ser humano, ni lo ha aprendido de otras personas ni se origina por una tensión interna. El individuo en contra de su tendencia natural, no comete delitos porque ha desarrollado un apego con la sociedad, que controla esta necesidad primaria de delinquir. Si este vínculo se encontrara debilitado o roto, se tendería a la comisión de actos delictivos.

Gracias a este apego con otros individuos y con la sociedad, el individuo interioriza las normas socialmente admitidas. Como describe Hirschi (1969)⁸ el sujeto comienza a tener el temor ante las posibles consecuencias de la comisión de los actos delictivos, lo que denomina “entrega”. Como se ha comentado anteriormente, el apego con la sociedad y con los otros es la clave. El vínculo de apego puede alcanzarse con participación en actividades de la sociedad. Cuanto más integrado esté un sujeto en la sociedad, menor es la posibilidad de que delinca.

La teoría del aprendizaje social según Akers⁹ (2000), a nivel micro, propone que en la delincuencia existen variables que motivan al delito y otras que lo controlan (por tanto que lo previenen). La clave se encuentra, como el autor señala, en que: “La probabilidad de que el comportamiento sea criminal o respetuoso de las normas es una función del equilibrio de estas influencias sobre el comportamiento”. Es decir, existen otras variables sociales (familia, grupos de iguales, etc.), determinantes en la comisión del acto delictivo.

La teoría de Akers (1989)¹⁰ presenta cuatro bases: asociación diferencial definiciones (2000)¹¹, reforzamiento diferencial (2000)¹² y la imitación (1985)¹³. La asociación diferencial: los grupos primarios del sujeto (familia, grupo de iguales), lleva a cabo su exposición favorable o no a la infracción o respeto a la ley. Siendo algo muy influyente en la persona las definiciones que se lleven a cabo por las personas más determinantes en la vida del sujeto. Estos grupos pueden llevar a cabo un proceso de reforzamiento diferencial, que es la valoración de las ventajas e inconvenientes de la conducta delictiva; aspecto éste decisivo en la comisión del primer delito, y en la probabilidad de repetirlo dependiendo del tipo del refuerzo (positivo o negativo) o castigo (directo o indirecto), que haya tenido. Así como la imitación de conductas delictivas a través de terceras personas.

Para Akers (2000)¹⁴ el comportamiento delictivo se aprende. Se trata de un proceso complejo, donde las consecuencias (premios o castigos), del hecho delictivo son decisivas para su repetición.

El objeto de esta investigación es comprobar como el trabajo comunitario con personas con enfermedad mental, favorece la no comisión de actos delictivos. La hipótesis a refutar es:

“La persona con enfermedad mental grave y crónica que se halla inserta en un proceso de rehabilitación psicosocial, disminuye la comisión de actos delictivos así como su gravedad”.

8 HIRSCHI, T. Causes of delinquency. Berkeley: University of California Press. 1969. pp 18, 88, 94, 125 y 140

9 AKERS, R. L. *Criminological theories. Introduction, evaluation, and application*, 3.ª ed. Los Ángeles, Ca.: Roxbury Publishing Company. 2000 pp. 75

10 AKERS, R. L. A social behaviorist's perspective n integration of theories of crime and deviance. En *Theoretical integration in the study of deviance and crime. Problems and prospects*. S. F. Messner et al. Eds. Albany, N. Y.: State university of New York Press. 1989. pp 7-34

11 AKERS, R. L. *Criminological theories. Introduction, evaluation, and application*, 3.ª ed. Los Ángeles, Ca.: Roxbury Publishing Company. 2000 pp. 76

12 AKERS, R. L. *Criminological theories. Introduction, evaluation, and application*, 3.ª ed. Los Ángeles, Ca.: Roxbury Publishing Company. 2000 pp. 78

13 AKERS, R. L. *Deviant behavior. A social learning approach*. 3.ª ed. Belmont, Ca.: Wadsworth Publishing Company. 1985. pp 40 y 43-52.

14 AKERS, R. L. *Criminological theories. Introduction, evaluation, and application*, 3.ª ed. Los Ángeles, Ca.: Roxbury Publishing Company. 2000 pp. 79

2. MÉTODO

a) Muestra

El perfil del usuario del EASC y por tanto de la muestra de la investigación, es de un hombre o mujer de 18 a 65 años, empadronado en los municipios de referencia, con historia clínica en Salud Mental, con un diagnóstico de enfermedad mental grave y duradera, incluido en el programa de Continuidad de Cuidados, derivado al EASC en el año 2008 y se mantenga en intervención en algún recurso de la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera hasta diciembre del año 2011.

Los datos para la investigación, se han obtenido en dos bloques: por un lado, los datos delictivos previos a la derivación del sujeto al EASC; y por otro lado, los datos delictivos durante la intervención en el EASC y en el resto de los recursos de la Red de Atención Social hasta finales de diciembre de 2011.

Datos sociodemográficos

La muestra obtenida para la investigación son 24 individuos, de ellos 10 son mujeres (41,6%) y 14 hombres (58,3%). En referencia a la edad, el 6,25% se encuentran en el tramo de 18 a 30 años de edad, el 12,50% se encuentra entre los 31 y 50 años de edad y el 6,25% pertenecen al tramo de 51 a 65 años de edad.

Centrándonos en su municipio de residencia, el 16,6% se encuentran empadronados en Coslada; el 12,5% en San Fernando de Henares; el 16,6% en Mejorada del Campo y el 4,1% en Velilla de San Antonio.

Los datos del nivel educativo de la muestra exponen que el 58,3% consiguieron el Graduado Escolar o ESO; el 33,3% leen y escriben; el 4,1% alcanzaron el título de Bachillerato; y el 4,1% obtuvo un título en Formación Profesional.

En el ámbito laboral, el 62,5% es pensionista; el 20,8% se encuentra en situación no activa; el 8,3% se hallan en desempleo; el 4,1% en incapacidad temporal; y el 4,1% en activo.

El 87,5% de la muestra presentan ingresos económicos propios mientras que el 12,5% carecen de ellos. De ellos el 41,6% lo obtienen de pensión no contributiva; el 16,6% de pensión de orfandad; 12,5% de pensión contributiva; el 8,3% de la renta mínima de inserción; otro 8,3% de su empleo; el 4,1% de la prestación por hijo a cargo; y un 12,5% cuya procedencia es distinta a las anteriores.

Los datos relativos a la familia, el 75% de los individuos provienen de familia nuclear y el 6% de familia desestructurada. El núcleo de convivencia se distribuye entre el 41,6% que lo hace junto a sus padres; el 29,1% vive solo, el 20,8% reside con otros familiares; el 8,3% con su cónyuge; otro 8,3% con sus hijos; y 8,3% reside en centros de la Red de Atención Social.

La vivienda donde residen en un 29,1% se clasifica como infravivienda. El 79,1% se ubican dentro del centro urbano y el 20,8% en zona marginal o conflictiva.

Si nos centramos en los datos acerca de las relaciones sociales, el 54,1% mantiene relación con un grupo de iguales. El 50% mantiene amistad con otras personas. El 50% realiza con asiduidad salidas de ocio. Y el 33,3% acude con regularidad a recursos comunitarios.

Datos clínicos

El diagnóstico psiquiátrico mayoritario de la muestra, es esquizofrenia con un 70,8%; a continuación, trastorno de personalidad con 16,6%, otros trastornos con 8,3%; y trastorno del estado del ánimo con un 4,1%.

En relación con la asistencia a las citas en Salud Mental antes de la derivación al EASC (año 2008), el 62,5% no acudía de forma regular mientras que el 37,5% sí lo hacía.

Antes de la derivación al EASC, el 45,8% tomaba de forma correcta la medicación prescrita por el psiquiatra mientras que el 54,1% no lo hacía.

El 58,3% de la muestra presenta un consumo de tóxicos y el 41,6% no han consumido.

b) Recogida de datos e instrumentos

En un primer momento se desarrolló la ficha de recogida de datos de cada usuario (anexo). Los datos sociodemográficos, clínicos, sobre consumo de tóxicos y judiciales, fueron cumplimentados a través de la historia clínica y social. Se realizó así porque se contaba con datos actualizados economizando el tiempo de la investigación, y para evitar repetir preguntas a los individuos de la muestra que se realizaron con anterioridad.

Los ítems que no se tenían previamente registrados, fueron recogidos a través de entrevistas personales semiestructuradas con los usuarios o con su psicóloga de referencia del recurso de la Red de Atención Social (anexo). En algunos casos no se valoró conveniente realizar todas las preguntas acerca de los delitos, ya que para el usuario se trataba de un tema complicado, no recordaba lo ocurrido, se negaba a dar más detalles o que la intervención del EASC se viera perjudicada por esta investigación. Cuando sí se realizaron entrevistas personales, éstas no todas fueron llevadas a cabo en un contexto formal de despacho, sino también en el ámbito más próximo al usuario, como su domicilio o recursos comunitarios. Pero no por ello la recogida de los datos se realizó de forma no científica o con sesgos. Esta metodología de entrevista personal no contextualizada en despacho, se decidió para que el usuario se sintiera más cómodo, escuchado y aportara más detalles y datos.

c) Análisis de los datos

Se realizó un estudio pre, recogiendo cada uno de los hechos delictivos cometidos o de los que hubiera sido víctima el usuario a lo largo de su vida hasta la intervención en el EASC. Así como una nueva recogida de datos post, una vez iniciado su proceso de rehabilitación psicosocial y a lo largo de cuatro años de intervención, desde 2008 hasta 2011.

El estudio se ha desarrollado tanto a nivel cuantitativo, llevando los datos a porcentajes para su posterior comparativa, como cualitativo ya que se llevaron a cabo preguntas abiertas.

El diseño es correlacional.

3. RESULTADOS

a) Datos delictivos previos a la derivación al EASC

Delitos denunciados

En el estudio llevado a cabo previo a la intervención del EASC, es decir antes de 2008, de los 24 individuos de la muestra, 14 (el 58,3%) realizaron algún delito que fue denunciado.

El número total de delitos cometidos y denunciados fue de 30. La tipología y su porcentaje de comisión se exponen en la siguiente tabla.

Tabla 1. Tipología de los delitos cometidos y denunciados previo a 2008

Tipología del delito	Previo a 2008	
	N	%
Altercado con las Fuerzas del Orden	5	16.6
Agresión	4	13.3
Agresión en el ámbito familiar	3	10
Amenazas en el ámbito familiar	2	6.6
Robo	2	6.6
Agresión con arma de fuego	1	3.3
Amenazas	1	3.3
Relacionados con la convivencia vecinal	1	3.3
Amenazas con arma blanca	1	3.3
Daños a bienes privados	1	3.3
Injurias	1	3.3
Atraco	1	3.3
Deserción del Servicio Militar Obligatorio	1	3.3
Conducción temeraria	1	3.3
Conducción bajo los efectos del alcohol	1	3.3
Abandono de hogar	1	3.3
Allanamiento de morada	1	3.3
Intento de homicidio	1	3.3
Contra la salud pública	1	3.3
Total	30	100

De los 30 delitos cometidos y denunciados, se conoce que el 43,3% fueron llevados a cabo bajo los efectos del consumo de tóxicos, mientras que otro 40% se desconoce esta circunstancia.

El 36,6% de los delitos se desarrolló bajo el contexto de una descompensación psiquiátrica, y un porcentaje similar se desconoce si estuvo presente esta circunstancia.

Delitos sin denunciar (cifra negra)¹⁵

Lo que en Criminología se denomina “cifra negra” son aquellos delitos cometidos pero que al no ser denunciados, no han sido contabilizados en ninguna estadística oficial.

En la muestra de esta investigación, se ha podido averiguar que anteriormente a 2008 se cometieron actos delictivos que no fueron denunciados. Lo que no se ha podido contrastar de forma adecuada es el número total de delitos, debido a que muchos de ellos se repitieron a lo largo del tiempo y su cuantificación es complicada debido a que los individuos no recordaban la cantidad de veces que realizaron estas conductas.

La tipología de delitos cometidos se caracteriza por tratarse de hurtos, robos, agresiones, agresiones en el ámbito familiar y contra la salud pública.

Victimización

De los datos obtenidos en la investigación se obtiene, que 5 personas fueron víctimas de algún delito en algún momento de su vida, siendo un 33,3% de la muestra. Se han contabilizado un total de 19 delitos, cuya tipología y porcentaje del total es la siguiente:

Tabla 2. Tipología de delitos de los que han sido víctimas previo 2008

Tipología de delitos de los que han sido víctimas	%
Agresiones	31.5
Violencia de género	15.7
Hurto	5.2
Abandono de un familiar	5.2
Malos tratos en el ámbito familiar	5.2
Delitos contra el honor	5.2
Abusos sexuales	5.2
Abusos económicos	5.2
Amenazas	5.2
Amenazas con arma	5.2
Total	100

b) Datos delictivos durante la intervención en el EASC años 2008-2011

Delitos denunciados

Durante los cuatro años de la investigación el 29,1% de los individuos llevaron a cabo un delito denunciado. En el año 2008, el 16,6% de los individuos realizó un delito denunciado, en 2009 no hubo ninguno, en 2010 el 8,3% realizó un delito y en 2011 se cuantifica que un 4,1% de los individuos cometieron un delito.

De los delitos denunciados en 2008, el 40% presentaba consumo de tóxicos, en 2009 no se cometieron delitos, en el año 2010 el 66,6% de los delitos estaban vinculados al consumo

.....
 15 COLEMAN y MOYNIHAM, *Understanding crime data. Haunted by the dark figure*. Buckingham y Philadelphia: Open university Press. 1996. pp 3-6, 8-12, 15, 20-21

y en el año 2011 en el único delito que se llevó a cabo, hubo consumo de tóxicos.

En la variable de la descompensación psiquiátrica, sólo estuvo presente en un delito del año 2008, no estando presente en los delitos cometidos y denunciados en el resto de años.

El número total de delitos cometidos y denunciados desde 2008 hasta 2011 fue de 9. La tipología y su porcentaje de comisión se exponen en la siguiente tabla.

Tabla 3. Tipología de los delitos cometidos y denunciados 2008-2011

Tipología del delito	Año 2008		Año 2009		Año 2010		Año 2011	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Agresiones y amenazas	2	40	0	0	0	0	0	0
Daños a mobiliario urbano	1	20	0	0	0	0	0	0
Consumo de drogas en la vía pública	1	20	0	0	1	33.3	1	100
Quebrantamiento de orden de alejamiento	1	20	0	0	1	33.3	0	0
Impago de suministros	0	0	0	0	1	33.3	0	0
Total	5	100	0	0	0	100	0	100

Delitos sin denunciar (cifra negra)

Durante los años 2008 y 2010 no se llevaron a cabo ningún delito que no fuera denunciado. En el año 2009 tuvo lugar un delito de agresiones, y en el año 2011 un delito de quebrantamiento de orden de alejamiento.

Victimización

Durante los 2008 y 2011, 5 individuos de la muestra fueron víctimas de delitos, siendo e 33,3% de la muestra. Se han contabilizado un total de 9 delitos, cuya tipología y porcentaje del total es la siguiente:

Tabla 4. Tipología de los delitos de los que han sido víctimas 2008-2011

Tipología de delitos de los que han sido víctimas	%
Agresiones	22.2
Violencia de género	11.1
Abandono de un familiar	11.1
Malos tratos en el ámbito familiar	22.2
Quebrantamiento de orden de protección de la pareja	11.1
Contra el honor	11.1
Abandono de tutor legal	11.1
Total	100

c) Comparativas de los datos expuestos

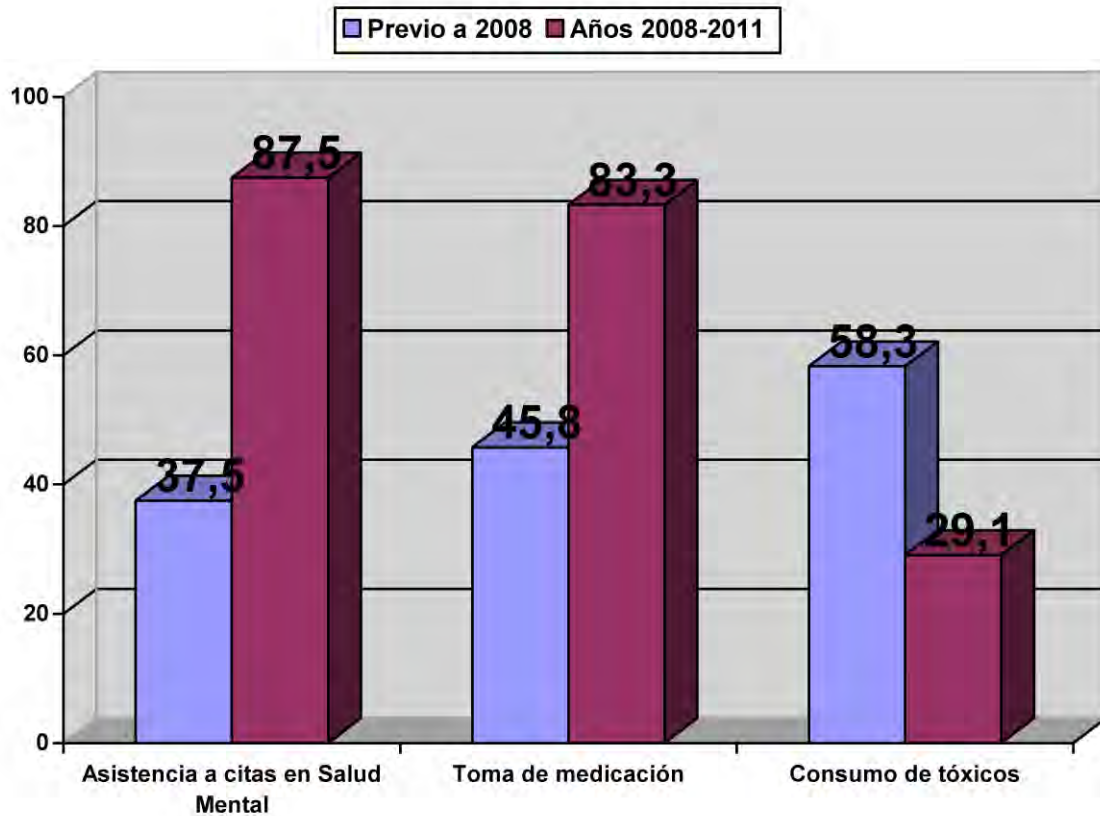
Datos clínicos

La toma de medicación ha aumentado un 37,5%, mientras que la asistencia a las citas con su psiquiatra ha aumentado un 50%.

En el caso del consumo de tóxicos, se observa como se ha reducido de los datos previos a 2008 al período 2008-2011, en un 29,2%.

Gráfico 5. Comparativa sobre asistencia a citas en Salud mental, la adecuada toma de medicación y de consumo de tóxicos.

Gráfico 5: Comparativa sobre su asistencia citas en Salud Mental, la adecuada toma de medicación y de consumo de tóxicos, previo y durante los años 2008-2011 (%)



Delitos denunciados

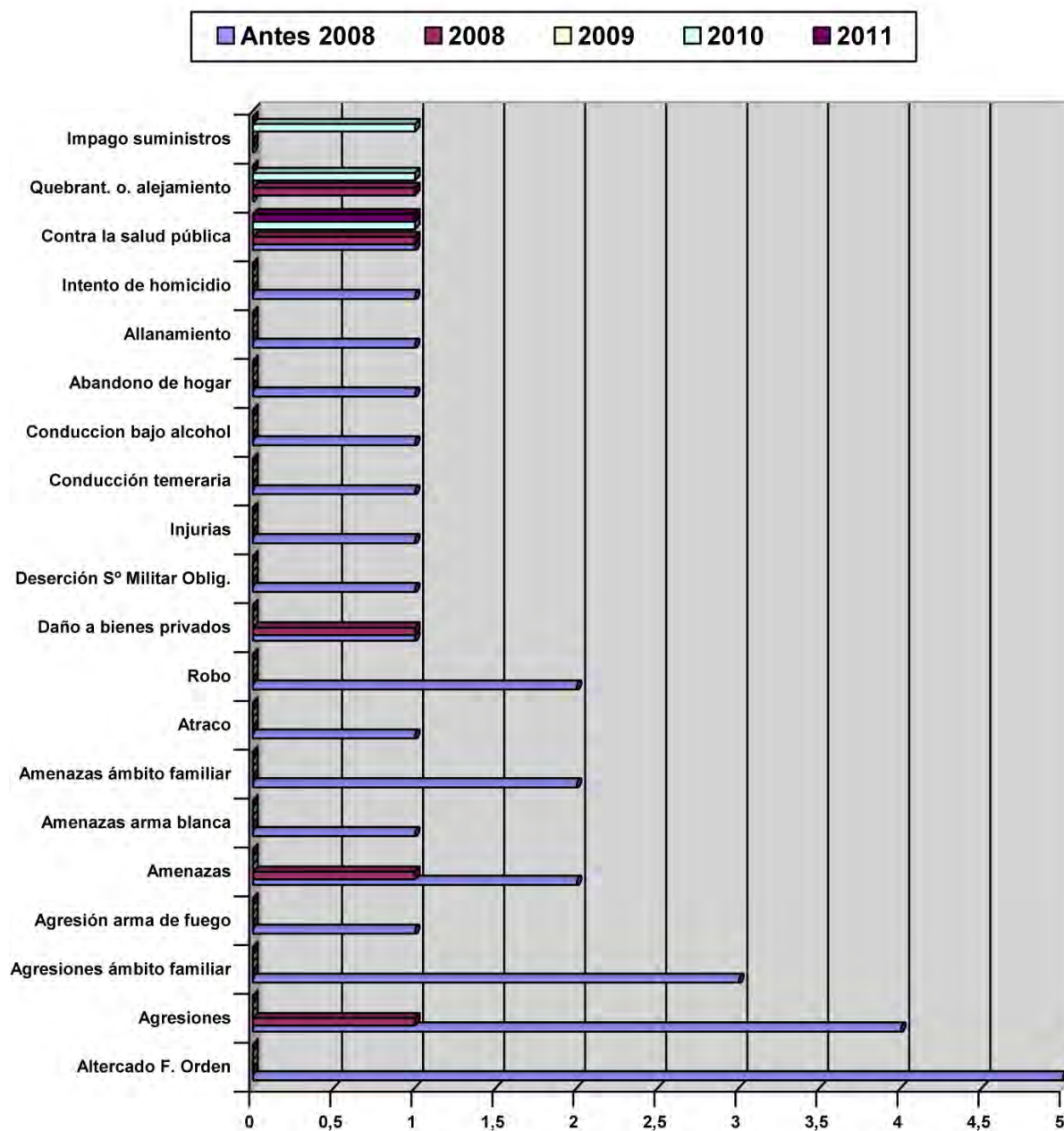
El número total de delitos cometidos y denunciados ha sido reducido en 31. En los datos previos a 2008 se registraban 40 delitos, y en los cuatro años de la investigación se registraron 9 delitos. En 2008 descendió a 5 delitos, no comisión en 2009, repunte en 2010 con 3 delitos y de nuevo la bajada a un delito en el año 2011.

La gravedad de los delitos se ha transformado de los previos a 2008 graves como el intento de homicidio o robo con arma, al dato del 2008 al 2011 en el que se recoge que el

77,7% de los delitos corresponden a faltas. Los delitos graves fueron los dos quebrantamientos de órdenes de alejamiento.

Gráfico 6. Comparativa de tipología y número de delitos cometidos y denunciados previo a 2008 y durante 2008-2011

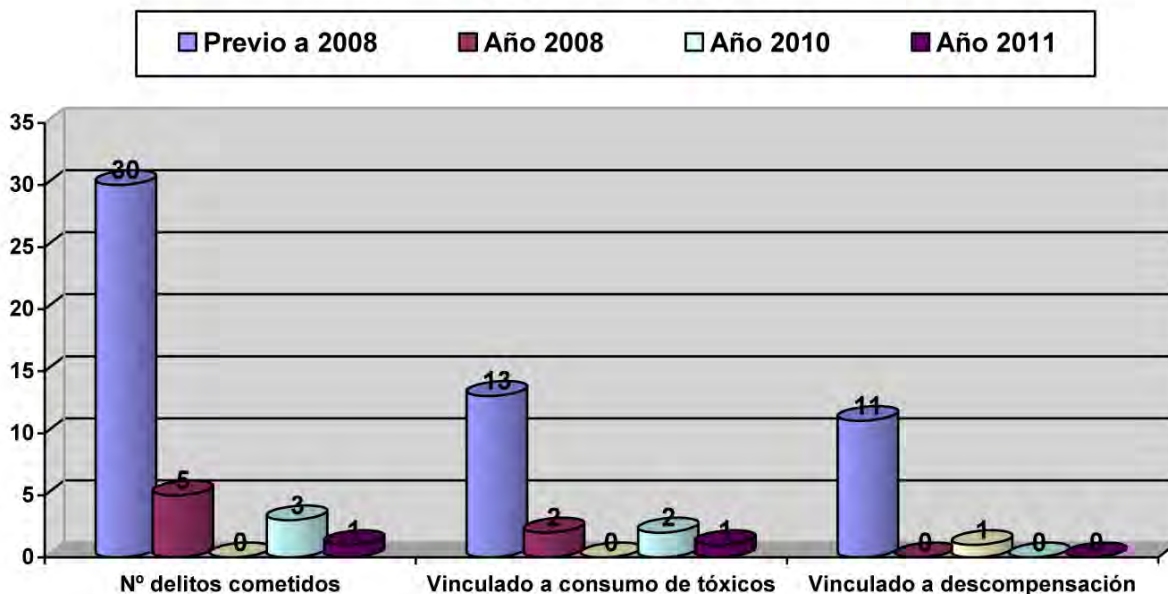
Gráfico 6. Comparativa de tipología y número de los delitos cometidos y denunciados previo a 2008 y durante 2008-2011



Los delitos cometidos y vinculados a descompensación psiquiátrica, se ha reducido casi hasta la desaparición. Mientras que la relación existente entre delito y consumo de tóxicos, no ha sufrido un descenso significativo.

Gráfico 7. Comparativa de delitos cometidos y denunciados, vinculado al consumo de tóxicos y dentro de descompensación psiquiátrica.

Gráfico 7: Comparativa del número de delitos cometidos y denunciados, vinculado al consumo de tóxicos y dentro de descompensación psiquiátrica Previo y durante 2008 (n)



Delitos sin denunciar (cifra negra)

Debido a la poca fiabilidad de los datos recogidos en la previa de la investigación, se determina no analizarlos.

Datos cualitativos

La parte cualitativa del cuestionario únicamente se realizó a los sujetos que hubieran llevado a cabo algún delito, o hubiesen sido víctima. Una vez se iniciaron las entrevistas, se determinó que no era conveniente en algunos casos que se realizaran las preguntas acerca de los delitos. Por ello, los datos recogidos en la parte cualitativa de los cuestionarios, son escasos y no se han estimado como muestra representativa.

Victimización

Se ha registrado una bajada del número total de delitos donde las víctimas han sido los individuos de la muestra. De 19 delitos antes de 2008, se han registrado 9 en el período de la investigación.

El número de usuarios víctimas se ha mantenido en 5.

La tipología de delitos no se ha modificado manteniéndose el maltrato o agresiones en el entorno familiar como el más frecuente, con dos casos durante la investigación.

4. CONCLUSIONES

a) Datos previos a la derivación al EASC en el año 2008

Analizando los datos recogidos, se extraen variables intervinientes en la comisión de delitos. Son:

- Desvinculación/falta de apego con la sociedad
- Descompensación psiquiátrica
- Consumo de tóxicos

¿Por qué los individuos de la muestra escogida presentan una desvinculación con la sociedad? Siguiendo con la teoría del control social y como describe Hirschi (1969)¹⁶ la falta de apego con los otros y la sociedad conlleva a una no interiorización de las normas sociales, así como a la falta de conciencia de las consecuencias del acto delictivo para con los demás. Cuando se consigue el apego, se comienzan a temer las posibles consecuencias de los actos. Según marcan los autores, para conseguir este apego con la sociedad, se debe de participar de ella con cualquier tipo de actividad.

Las actividades que nos unen e integran a la sociedad son el trabajo, las acciones formativas y las actividades relacionadas con el ocio y tiempo libre.

El área formativa es clave para poder acceder posteriormente al mundo laboral. Señalar la formación ocupacional para aprender áreas y temáticas sin un fin de incorporaron laboral, pero que de igual forma ayuda a establecer los horarios diarios y a relacionarse con otras personas. Acudir y mantenerse en un recurso formativo, implica constancia, y va generando en la persona seguridad, estructura, autoestima, organización, percepción de utilidad, además de romper con el aislamiento y relacionarse con otras personas y en otros lugares. Los datos extraídos apuntan que sólo 8,3% accedieron de forma regular a actividades formativo-laborales. En muchos de los casos para poder acceder y mantenerse en una acción formativa, se requiere de un trabajo previo de los profesionales con la persona, para ir cubriendo los déficits que pueda presentar y que puedan dificultar su permanencia. Ese trabajo previo requiere de un tiempo indefinido dependiendo del plan de intervención de cada persona.

En el aspecto laboral, de los 24 individuos de la muestra, sólo 8,3% llevan a cabo una actividad laboral. Del resto, 8,3% personas se encuentran en situación de desempleo y las 20 restantes se encuentran dentro del grupo de personas que no realizan actividad laboral y perciben una pensión de cualquier tipo. Como se puede observar a este escalón de la integración en la sociedad, ha accedido un porcentaje mínimo. Entre las causas de ello, se encuentran la imposibilidad de compatibilizar algunas de las prestaciones económicas que perciben con una actividad laboral, por la falta de formación y, en algunos casos, el estigma que acompaña la enfermedad mental. El trabajo es una actividad socialmente reconocida, que aporta seguridad, autoestima, estructura la rutina diaria y hace que la persona se sienta útil en la sociedad. Al no poder acceder o no poder mantener un trabajo, muchas de estas personas ven frustradas sus expectativas de vida e incluso su vida presente.

El área de ocio y tiempo libre es tan importante como los otros anteriores. El 79,1% de los individuos de la muestra no realizaban actividades de ocio gratificantes para ellos, tampo-

.....
¹⁶ HIRSCHI, T. *Causes of delinquency*. Berkeley: University of California Press. 1969. pp 16

co se habían planteado qué actividades les gustaría hacer. Las causas de esta inactividad pueden deberse a la sintomatología negativa (apatía), dificultad en la interacción con los demás, falta de apoyo familiar o de la red más próxima, desconocimiento de la oferta cultural o falta de recursos económicos. En esta área es preciso igualmente un trabajo previo que incluye, entre otras áreas habilidades sociales, búsqueda de intereses y gustos de la persona, trabajar las dificultades de relación con los demás, búsqueda de las actividades gratificantes, y apoyar para su inicio y mantenimiento en ellas.

Dentro de la teoría de la frustración de Agnew (1985)¹⁷ se habla del delito como reacción ante el bloqueo de oportunidades o para la evitación de situaciones dolorosas. Teniendo en cuenta la situación de aislamiento (o desapego) social de la persona, debido a su dificultad de interacción con los demás, al difícil manejo de la enfermedad, a la falta de competencias para gestionar situaciones estresantes o amenazantes, la posible actitud crítica y hostil de su entorno más cercano, el tener que dejar el trabajo o no poder acceder a él, a la falta de un apoyo,... es fácil que aparezca en las personas sensaciones negativas.

El 36.6% de los delitos denunciados antes de 2008, ocurrieron dentro de una descompensación psiquiátrica. Entre los posibles orígenes de la sensación negativa, se puede encontrar la percepción de una amenaza externa, la retirada de un reforzador, como respuesta ante el bloqueo de una oportunidad o como una válvula de escape ante una situación sumamente estresante para ellos, como pudiera ser actitudes críticas u hostiles hacia su comportamiento o hacer de vida. Otro eje importantísimo en este aspecto es la toma de la medicación psiquiátrica prescrita, que puede reducir algunas de estas sensaciones negativas y mantener la estabilidad psiquiátrica de la persona. En este caso, antes del año 2008 el 37.5% de los usuarios acudió con regularidad a las citas con su psiquiatra, y el 45.8% tomaba la medicación de manera adecuada.

La comisión de un delito es uno de los caminos que se pueden seguir ante la frustración. Señalar que el porcentaje de personas que cometieron un delito antes de 2008 dentro de la muestra, es del 58.3%. Con este dato se puede aportar que el restante 41.6% de la muestra que no cometió delito alguno, sí han vivido situaciones estresantes, amenazantes o han percibido un bloqueo de sus oportunidades, pero tuvieron estrategias para afrontarlo de diferente forma: con el mutismo, mayor aislamiento, contención de los impulsos, etc.

Otra de las vías por las que se puede optar para integrarse en la sociedad, como válvula de escape o incluso como supuesta medida terapéutica, es el consumo de tóxicos. Este comportamiento desviado estuvo presente en el 43.3% de los delitos previos a 2008, aunque es susceptible de ser más alto.

Señalar la falta de estrategias adecuadas de los individuos de la muestra, para gestionar las situaciones estresantes, amenazantes, que se presentan. Decisivo en ello es que el 41.6% de la muestra, había estado previamente en intervención en algún recurso de rehabilitación lugar en el que se trabaja ese aspecto entre otros; cifra similar a las personas que no cometieron delito alguno. Uno de los objetivos que se trabajan en los recursos de rehabilitación es la adquisición de nuevas estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes de la vida, por lo que se puede decir que optaron por otra forma de proceder.

Los individuos en general y las personas con enfermedad mental en particular, no son delincuentes natos, aunque hayan llevado a cabo algunas conductas delictivas a edades

.....
¹⁷ AGNEW, R. *A revised strain theory of delinquency*. Ann Arbor: UMI. 1985²: A revised strain theory of delinquency SF, 151 Y 163-163

muy tempranas. No lo son porque carecen de factores biológicos que favorezcan la comisión de un acto delictivo, no son seres atávicos como denominaría Lombroso. Se trata más de un análisis desde el enfoque multifactorial de la Escuela Italiana en la que, el delito es causado por diversos factores biológicos, psicológicos y sociológicos.

Desde el aspecto biológico, la esquizofrenia presenta, según refiere la comunidad científica, un componente orgánico que puede favorecer su aparición aunque no es determinante para presentarla. Pero la enfermedad mental no está vinculada a la violencia; las personas con enfermedad mental no son más violentas que el resto de la población. Desde el punto de vista psicológico, la mayoría de las personas sujetas a la investigación, tienen una historia vital muy complicada, dura y difícil que en muchos casos no han sabido como interpretarla y gestionarla. Tampoco han contado con la ayuda para poder hacerlo, y ello ha podido ocasionar desencuentros con personas o episodios de alteraciones que pudieron derivar en delitos. Desde el ámbito social, los individuos de la muestra presentan una situación económica, de salud, vivienda, ocio, relaciones sociales, etc. muy deteriorada o inexistente. Con pensiones o prestaciones económicas de cuantías bajas, que hacen muy difícil cubrir los gastos corrientes, dificultades para mantener los hábitos de aseo, alimentación, vestido, etc.; cuyas relaciones con los demás se limitan en muchos casos a su ámbito familiar más cercano, y que no suelen acceder a recursos comunitarios normalizados. Todos estos factores unidos en una persona que no cuenta con figuras de apoyo, puede llevar a la comisión de conductas fuera de la ley.

Dentro de la teorías y enfoques plurifactoriales, se halla la tesis de los factores concurrentes. Como aporta Serrano Gómez (1978)¹⁸, es muy complicado poder determinar todos los factores que influyen en el delincuente así como han influido de diferente forma según el sujeto. Basándonos en la investigación así como en nuestra práctica diaria, defiende la tesis de que es extremadamente difícil acotar los factores que han llevado a que un persona cometa un delito. Se podría decir, a tenor de los datos aportados, que existen factores como el estrés, la falta de estrategias de afrontamiento de las situaciones adversas de la vida diaria (como el criticismo y la hostilidad de otros hacia su persona), la falta de habilidades sociales (que le hace difícil su pertenencia y aceptación en un grupo), la falta de apoyo en figuras de referencia o que no llevan a cabo una adecuada intervención, que pueden influir en la comisión delictivos. También se podría sumar el consumo de tóxicos y la falta de toma de la mediación, como factores que aunque no presentes en todos los delitos, sí tienen un papel importante. Cada sujeto tiene una reacción diferente ante una misma situación o que también depende del contexto en el que ocurra.

Continuando con el enfoque de los factores de riesgo, y bajo la sistematización llevada a cabo por Vázquez González (2003)¹⁹ existen una serie de factores que derivan a la comisión del delito y que se abordan adecuadamente, pueden favorecer la prevención de estos actos. Según el autor, estos factores son individuales (biológicos, físicos y psicológicos), familiares, socioeducativos y otros como socioambientales, los medios de comunicación, drogas, etc.

Según los datos recogidos en la investigación, se desprende que:

a) Factores individuales: Existen unos factores psicológicos como pueden ser el déficit

.....
18 SERRANO GÓMEZ, A. y FERNÁNDEZ DOPICO, J. L. 1978 *El delincuente español. Factores concurrentes (influyentes)*. Madrid: Publicaciones del Instituto de Criminología de la Universidad Complutense de Madrid. 1978 pp. 13, 233 y 437

19 VÁZQUEZ GONZÁLEZ, C. *Delincuencia juvenil. Consideraciones penales y criminológicas*. Madrid: Colex. 2003

en habilidades sociales y de estrategias para la gestión de las sensaciones negativas producidas por diversos factores.

- b) Factores familiares: El 25% de las familias de la muestra se considera dentro de la categoría de familias desestructuradas Y el 79% de la muestra vive dentro de un núcleo familiar. El núcleo de convivencia no sabe en multitud de ocasiones cómo intervenir ante la enfermedad mental, como llevar el día a día, como modificar las conductas que se desean extinguir. Lo que puede favorecer la permisividad de la familia ante ciertos actos, llegando incluso a decidir no denunciarlos. O actuar desde el lado contrario con hostilidad y crítica constante.
- c) Factores socioeducativos: El 58.3% de los sujetos de la muestra, alcanzaron el nivel básico de estudios; mientras que el 8.2% realizó formación reglada no obligatoria. El nivel socioeducativo es bajo, así como el laboral.
- d) Otros factores: La aceptación en el grupo de iguales a través de la comisión de delitos o de comportamientos desviados como el consumo de tóxicos, pueden ser influyentes en la comisión del delito. El consumo de drogas en sí, es otro factor a añadir.

En la cara opuesta se encontrarían los factores protectores de la criminalidad. Que debido a la interacción de estos con los factores de riesgo, pueden anular o disminuir las posibilidades de cometer un delito.

A través de los datos extraídos, se puede apuntar que los factores protectores, pueden ser el contar con habilidades sociales adecuadas y estrategias para el manejo de situaciones estresantes o negativas para la persona, sentimiento de aceptación y respeto de un grupo, contar con figuras de apoyo positivo, etc.

Continuando con esta línea teórica de factores que motivan y otros que controlan el delito, encontramos la teoría del aprendizaje social de Akers (1989)²⁰. Se demuestra que los grupos de iguales y familiares son importantes, ya que son aquellos los que llevarán a cabo una asociación diferencial respecto de la conducta delictiva. Para el sujeto infractor es muy importante la respuesta que le dé su entorno más cercano, es decir, si aprueban la conducta realizada o la rechazan. Pero, ¿y las personas aisladas que no presentan grupo de referencia? Podría llevar a cabo el reforzamiento diferencial de su acción, es decir valorarían las ventajas e inconvenientes, ya fuera con una sanción formal impuesta por los jueces o informal por su red más cercana o la sociedad. El refuerzo o castigo que reciba, es crucial para continuar con la escalada delictiva o frenarla. A través de los datos, podemos dilucidar que el 57.1% fueron reincidentes en actos delictivos, por lo que no percibieron un castigo de su acción o las ventajas superaron los inconvenientes. El otro pilar de la teoría es la imitación, pero debido a los datos de aislamiento social de los sujetos de la investigación, discrepo que se hubiera producido o al menos en un porcentaje reducido, través del grupo de iguales aunque sí pudieran haber sido influyentes los medios de comunicación.

b) Datos durante la intervención en los años 2008-2011

Una vez comenzada la intervención con la persona desde el EASC, y aún señalando que los datos pertenecen a cuatro años de intervención, siendo éste un tiempo reducido para

.....
 20 AKERS, R. L. A social behaviorist's perspective on integration of theories of crime and deviance. En *Theoretical integration in the study of deviance and crime. Problems and prospects*. S. F. Messner et al. Eds. Albany, N. Y.: State university of New York Press. 1989. pp 27-34

alcanzar objetivos generales en el proceso de rehabilitación de la persona, se pueden extraer las siguientes conclusiones.

Los delitos cometidos y denunciados durante el año 2008 al 2011 bajaron respecto a los datos de los años anteriores de 30 delitos a 9.

Pero además de este aspecto, se ha llevado a cabo una intervención profesional que ha trabajado sobre las variables establecidas sobre la comisión de delitos. Atendiendo a las diferentes teorías, se puede decir que debido a esta intervención sobre las variables, se ha reducido el número de delitos cometidos y denunciados.

Se establecieron tres variables dentro de la comisión de delitos:

- Desvinculación/falta de apego con la sociedad
- Descompensación psiquiátrica
- Consumo de tóxicos

Dentro de los objetivos de la intervención con los usuarios en el recurso, uno de los principales y comunes a cada uno de los sujetos de la muestra, es la vinculación con el propio EASC. Es decir, desde la teoría del control social y como describe Hirschi (1969)²¹, se lleva a cabo una relación de apego con otros, que este caso serían primero los profesionales del recurso y posteriormente otros usuarios y personas externas. El apego con el profesional o la alianza terapéutica, es básica para el inicio y la continuación de la intervención. Con los objetivos marcados y a través de la vinculación con el recurso, se trabaja de forma trasversal las consecuencias de los actos delictivos y desviados, intentando evitar la realización de ellos o la reincidencia. Y también se comienza a tener un conocimiento e interiorización de las normas socialmente aceptadas.

Pero la vinculación sólo con profesionales no es suficiente para la integración en la sociedad, por ello se trabaja de igual forma la integración comunitaria desde lo formativo, laboral y ocio y tiempo libre.

Desde el ámbito laboral ha sido más complicada la integración, debido a diversos factores como la incompatibilidad del trabajo con las prestaciones económicas que perciben, necesidad de la intervención previa para la incorporación laboral que puede superar más de un año de duración, e incluso por la falta de ofertas laborales que ha conllevado la crisis económica. A pesar de estas variables, se trabajó para ello y de forma trasversal la incorporación comunitaria a través de recursos para la búsqueda de empleo, o incluso la asistencia a un grupo de preparación laboral específico del recurso. Durante el año 2008 el 8.3% de los individuos de la muestra, realizaron actividad laboral en empresa ordinaria, manteniéndose el dato con el previo a 2008. A lo largo de la investigación el dato fue superándose. En el año 2009, el 16.6% realizó actividad laboral; en el año 2010 se alcanzó un 20.8%, llegando en el año 2011 a un 29.1%. Lo largo de los cuatro años de intervención, se ha ampliado en un 20.8% la incorporación laboral de los individuos de la muestra.

Desde el aspecto formativo, se llevó a cabo una intervención similar en el medio comunitario para favorecer la integración y normalización. Durante el año 2008 el 8.3% de los individuos de la muestra realizaron alguna actividad formativa-laboral, manteniéndose el dato previo a la intervención. Durante el año 2009 se mantuvo el dato de 8.3% de individuos

.....
21 HIRSCHI, T. *Causes of delinquency*. Berkeley: University of California Press. 1969. pp 16

que realizaron actividades formativas, aumentando en el año 2010 a un 16.6%. En el año 2011 volvió al 8.3%. Este dato puede ser debido a la falta de oferta de actividades formativas y la mayor demanda de desempleados para optar a ellas.

En el ámbito de ocio y tiempo libre, durante el año 2008 el 29.1% de los individuos de la muestra llevaron a cabo actividades dentro del ámbito comunitario, habiendo incrementado el dato previo a la intervención en 8.2%. En el año 2009 se mantuvo el dato en un 29.1% incrementándose en el 2010 hasta alcanzar el 41.6% de individuos. En el año 2011 este dato se rebajó hasta el 25% de individuos debido a la bajada de oferta de actividades organizadas por las entidades municipales, la falta de financiación para llevar a cabo otras así como la escasez de recursos económicos propios de los individuos para financiarse su ocio.

Como conclusión, establecer que a tenor de la teoría del control social y atendiendo a los datos generales de la investigación, se ha mejorado la integración comunitaria, es decir, ha comenzado el apego con la comunidad y con sus normas, de los sujetos de la muestra y con ello, se ha rebajado el número de delitos cometidos.

Desde la perspectiva de la teoría de la frustración, se ha trabajado para adquirir estrategias de afrontamiento ante sensaciones negativas que se producen por situaciones límite, retirada de reforzadores para la persona o como válvula de escape. Un objetivo a conseguir a medio o largo plazo, que conlleva un trabajo constante, con progresos y retrocesos. También se han llevado a cabo intervenciones para erradicar el aislamiento social (como se han podido observar los datos en participación comunitaria), favorecer el contacto con otras personas, conocer más acerca de la enfermedad.

Se intervino sobre la vinculación a su centro de Salud Mental así como a la toma de medicación, y de forma transversal la reducción del consumo de tóxicos. Un 87.5% de los sujetos acudieron de forma regular a las citas con su psiquiatra, y un 83.3% llevó a cabo una correcta toma de la medicación. Estos datos unidos a los delitos cometidos durante el año 2008, se establece que en el 60% de los delitos cometidos y denunciados, no se vinculó a un consumo de tóxicos y el 80% de los delitos no se encontraban bajo una descompensación psiquiátrica. En el año 2009 no se llevó a cabo ningún delito denunciado. En el año 2010 el número de delitos descendió, de ellos el 33.3% no estaba vinculado al consumo de tóxicos y ninguno estuvo vinculado a descompensación psiquiátrica. Durante el año 2011 se cometió y denunció únicamente un delito y éste estuvo vinculado al consumo de tóxicos pero no a descompensación psiquiátrica.

Una vez más los datos nos expresan que la adecuada vinculación al centro de Salud Mental, como ente que intervine y como recurso comunitario, así como la toma de medicación, disminuye el número de delitos cometidos y denunciados. Aunque la variable del consumo de tóxicos se mantiene, debido en parte a que los recursos de rehabilitación psicosocial no son un recurso específico para la deshabitación y desintoxicación de tóxicos.

De la muestra con la que se trabaja, cada uno de ellos ha tenido situaciones estresantes durante los años 2008 al 2011. En el primer año de intervención, 2008, el 16.6% de individuos de la muestra realizaron un delito. En el año 2009 no se realizó ningún delito, en 2010 el 8.3% de los individuos realizó un delito, llegando en el 2011 a un 4.1% de los individuos. El resto de los sujetos de la muestra, mostraron estrategias de afrontamiento alternativas al delito ante sensaciones negativas. Por lo que la intervención psicosocial en ello fue efectiva.

Si continuamos la reflexión teórica de los datos a través del enfoque plurifactorial de la

Escuela Italiana²², se puede aportar que:

- El factor biológico se ha mantenido en el individuo ya que los tipos de enfermedad mental con los que se ha trabajado en la muestra, son duraderos en el tiempo.
- El factor psicológico ha sido trabajado durante los años 2008 hasta 2011. Se han llevado a cabo intervenciones para la modificación de la conducta, para adquirir estrategias de afrontamiento ante situaciones límite o estresantes, conciencia de la enfermedad, hábitos de aseo, vestido, etc.
- El factor social, se ha intervenido para mejorar la situación económica, laboral, formativa, de ocio, asegurar las necesidades básicas como alimentación, vestido, suministro eléctrico, agua y gas, garantizador de sus derechos y obligaciones, etc. Todo ello con el objetivo de favorecer la integración comunitaria y evitar los rechazos de la sociedad.

Continuando con el enfoque de los factores de riesgo de Vázquez González (2003)²³, y con el resultado de los datos se puede decir que:

- Factores individuales: Se ha llevado a cabo una intervención psicológica que ha mejorado el déficit en habilidades sociales y para la gestión de las sensaciones negativas que pueden conllevar a la comisión del delito.
- Factores familiares: Aunque se ha llevado a cabo una intervención en el medio familiar, respecto a la asociación y reforzamiento diferencial que han llevado a cabo, no es significativo para la investigación, ya que los sujetos de la investigación que han llevado a cabo delitos desde el 2008 al 2011, o no cuenta con apoyo familiar o es complicada la intervención con ellas.
- Factores socioeducativos: El nivel educativo no ha sido mejorado durante los años 2008 al 2011. Por el contrario sí se ha intervenido para mejorar la situación económica y laboral de los sujetos de la muestra. Por lo que este factor no ha sido determinante para la reducción de los delitos cometidos.
- Otros factores: El consumo de tóxicos ha descendido así como el vinculado a los delitos cometidos.

Desde el enfoque de los factores protectores²⁴, se ha trabajado la integración comunitaria como medio de apego a la sociedad, y posterior interiorización de las normas y medición de las consecuencias, dando un resultado positivo como puede observarse de los datos globales de la investigación.

Bajo la teoría del aprendizaje social, podríamos decir que los profesionales que han trabajado con los sujetos, han intervenido para desarrollar una asociación diferencial a los delitos cometidos, así como un reforzamiento diferencial adecuado para evitar la reincidencia. Se han valorado junto a los sujetos las ventajas e inconvenientes, las consecuencias de los actos delictivos (que en algunos casos han sido sanciones formales), así como las alternativas al delito. Remitiéndonos a los datos objetivos, podemos decir que los reforzamientos diferenciales de los profesionales del EASC, han sido influyentes para evitar la reincidencia o la comisión de delitos.

.....
22 LOMBROSO, C. *Polemica in difesa Della scuola criminales positiva*. Bologna: Nicola Zanichelli 1886 pp 279 y 82-83

23 VÁZQUEZ GONZÁLEZ, C. *Delincuencia juvenil. Consideraciones penales y criminológicas*. Madrid: Colex. 2003

24 LÖSEL, F. y BENDER, D. *Protective factors and resilience*. Cambridge: Cambridge University Press. 2003

c) Datos de delitos denunciados (cifra negra)

Se ha decidido no comparar los datos de la cifra negra por su sesgo importante a la hora de la recogida de los datos.

Sí quisiera señalar que las familias suelen ser el porcentaje más alto de víctimas por delitos no denunciados. El motivo por el que se decide no denunciar el hecho, suele ser la unión con el familiar y conocimiento de las circunstancias en las que ocurrieron los hechos, sensación de inutilidad por denunciar, evitar mayores sufrimientos en el ámbito familiar e incluso vergüenza.

d) Victimización

El delito más cometido son las agresiones incluyendo en el medio familiar y la violencia de género hacia mujeres con enfermedad mental. Con este dato se llega a la reflexión de que el maltrato en el ámbito de la familiar y de pareja, también está presente en aquellas a las que se les añade un diagnóstico de enfermedad mental. Por lo que están triplemente discriminadas: primero, por su condición biológica de ser mujer; segundo, por presentar un diagnóstico de enfermedad mental; y tercero, por ser víctimas de malos tratos dentro de su domicilio. Además señalar que estos casos no suelen ser denunciados por las víctimas e incluso no son conocidos por el ámbito más cercano a la víctima.

e) La intervención desde el EASC, lo que se hace y debería hacerse para disminuir el número de delitos cometidos por la población diana

A lo largo de la reflexión con la teoría criminológica y los datos del 2008 al 2011, se ha argumentado con la intervención llevada a cabo desde el recurso. Como señalan los datos objetivos, la disminución de los delitos es obvia, existiendo como variables:

- » Conciencia de enfermedad
- » Vinculación a su centro de Salud Mental y su psiquiatra
- » Toma adecuada de la medicación
- » Consumo de tóxicos
- » Intervención psicológica para el afrontamiento de situaciones estresantes, en habilidades sociales, entre otras
- » Mejora de las condiciones económicas, de habitabilidad, aseo, vestido, etc.
- » Integración en la red comunitaria
- » Apoyo para las gestiones relacionadas con cualquier aspecto de la vida diaria, con especial hincapié en los aspectos legales

Todas estas variables son importantes para la consecución del objetivo general que es mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental. Son factores concurrentes, unos más prioritarios que otros pero todos necesarios. Con un aseo adecuado será más fácil la integración comunitaria, pero si carece de agua corriente por falta de pago, habrá que solucionar primero las condiciones económicas para asegurar el suministro y dar da

alta de nuevo el servicio o hallar una alternativa.

La integración comunitaria es un objetivo a medio o largo plazo, del mismo modo que el de desarrollar asociaciones diferenciales de las conductas o estrategias de afrontamiento de situaciones límite. Pero se logra. Es complicado, con avances y retrocesos pero un proceso que lleva a la normalización de la vida de las personas y a conseguir ser ciudadanos en igualdad de condiciones.

Para la población diana de esta investigación, la medicación es importante ya que si no se administra de forma adecuada, puede conllevar descompensaciones. Por ello, es uno de los objetivos de intervención y que está vinculado a los datos objetivos de la investigación. Se ha mejorado el dato de asistencia a citas en el centro de Salud Mental así como el de toma de la medicación, lo que ha conllevado a la reducción del número de delitos así como la gravedad de estos.

Pero para la reducción de los delitos en la población diana, no sólo es necesaria la toma de medicación sino la rehabilitación psicosocial en el medio comunitario, que es el trabajo que se lleva a cabo desde los recursos de la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental como los EASC. Son aspectos complementarios y necesarios para mejorar la calidad de vida de estas personas, su nivel de funcionamiento vital, etc.

En estos tiempos de ajustes presupuestarios es adecuado señalar el ahorro de gasto público que supone, en este caso, los EASC. Con su intervención se han ahorrado importantes cantidades de dinero en trámites judiciales, policiales, estancias en calabozos, prisiones, indemnizaciones, etc. Eso en el ámbito judicial, si ampliamos el radio de acción, el ahorro sanitario derivado de la reducción de ingresos hospitalarios por la mejor toma de la medicación y del seguimiento médico, así como racionalización del gasto farmacéutico, es importante.

Los EASC no son un recurso caro en sí mismos, ni tan siquiera precisan de un centro grande debido a que su intervención es en el medio comunitario. Pero su trabajo sí ahorra gasto público porque racionaliza los esfuerzos profesionales y previene conductas que acarrearán costes futuros. Además de conseguir que las personas con enfermedad mental salgan de su exclusión social, convirtiéndose en ciudadanos de pleno derecho y con obligaciones también al igual que el resto.

f) Reflexión sobre la política criminal

Diferentes estudios han desarrollado la idea de lo diferente que puede ser el futuro de una persona con enfermedad mental si ingresa en un centro penitenciario ordinario o en un centro adecuado para el proceso de reincorporación a la sociedad.

Aquí se abre una polémica bastante importante respecto de si las personas con enfermedad mental, deberían ser considerados imputables o no imputables. Se mezclan muchos aspectos: desde la visión sensacionalista de los medios de comunicación al abordar estos temas, o la reacción de la población pidiendo que se endurezcan las penas de prisión ante un suceso mediático, los políticos que deciden una reforma penal u otra dependiendo de la intención de voto en ese momento, etc.

Como aporta Kury (1999)²⁵, los ciudadanos tienen una percepción de las tasas de delincuencia que les hacen sentirse inseguros, en muchos de los casos influenciados por los medios de comunicación. Se sienten inseguros ante los posibles delitos de los que pueden ser víctimas y piden un endurecimiento de las condenas. Se centran en una posibilidad estadística sin pararse a reflexionar que objetivamente, el endurecimiento de las penas no reduce el número de delitos cometidos.

La política criminal no debería basarse en el endurecimiento de las penas privativas de libertad o de internamiento, sino en programas de rehabilitación y reinserción en la sociedad, como señala Kury²⁶.

En esta investigación se ha demostrado como el proceso de rehabilitación e integración comunitaria mejora los datos de comisión de delitos, con las variables de integración comunitaria, trabajo en aspectos terapéuticos como habilidades sociales, conciencia de enfermedad, etc., estabilización psiquiátrica y descenso en el consumo de tóxicos.

Mi reflexión en este aspecto de la política criminal en las personas con enfermedad mental, es que la decisión de considerar a una persona como no imputable, sea tomada en base a informes médicos, psicológicos y sociales, teniendo en cuenta diversas variables que influyeron en el delito, como la toma de la medicación, consumo de tóxicos, etc. Si fuesen considerados como no imputables, deberían ser derivados a programas de rehabilitación psicosocial en el ámbito comunitario. Y si fueran condenados a penas privativas de libertad, que se lleve a cabo en centros adecuados con profesionales preparados en la intervención con personas con enfermedad mental, que lleven a cabo una intervención individualizada similar a la que pudiera desarrollarse en un recurso de la comunidad y que sean preparados para su salida a la comunidad. Este modelo ya existe en el centro penitenciario de Navalcarnero (Madrid), donde se instaura un centro de rehabilitación psicosocial para internos con enfermedad mental grave y duradera.

La cárcel es un lugar hostil del que se puede volver a la sociedad con conductas más desviadas de las que entraron. El modelo penitenciario no está basado en la reinserción sino en la pena privativa de libertad únicamente. Teniendo en cuenta la vulnerabilidad de las personas con enfermedad mental, este modelo puede llevarles a un mayor empobrecimiento mental y social, que dificulte o imposibilite su vuelta a la sociedad o incluye que conlleve a que se conviertan en víctimas de otros presos.

g) Debilidades del estudio:

Los datos de comisión de delitos previos de la intervención se han basado en toda la vida del usuario, recogiendo en las historias clínicas. La intervención se ha desarrollado durante cuatro años únicamente. Por lo que la diferencia temporal entre el pre y el post es importante.

En referencia a los datos de victimización es muy posible que los datos que se han obtenido no sean exactos, debido que los sujetos de la muestra en algunos casos, no han sido conscientes de que sus derechos no hubiesen sido respetados o se desarrollan en el

.....
25 Kury, H. *Zum Stand der Behandlungsforschung oder: Vom nothing Works zum something Works* En *Festschrift für Alexander Böhm zum 70. Geburtstag* am 14. Juni 1999. Berlin y New York: Walter de Gruyter. 1999. pp: 373-374, 379 y 388

26 Kury, H. *Zum Stand der Behandlungsforschung oder: Vom nothing Works zum something Works* En *Festschrift für Alexander Böhm zum 70. Geburtstag* am 14. Juni 1999. Berlin y New York: Walter de Gruyter. 1999. pp: 379 y 388

ámbito familiar minimizando el sentimiento de víctima. En la mayoría de los casos no han sido denunciados o el juicio no derivó en sentencia firme. Los datos referentes a la llamada cifra negra, se determinó no ser comparados por la falta de rigor científico a la hora de la recogida de la información.

h) Prejuicios de la sociedad

Por muchos datos objetivos y empíricos que se den acerca de la criminalidad de las personas con enfermedad mental, la sociedad continuará adelante con sus prejuicios. La sociedad tarda en cambiar sus ideas preconcebidas, y sólo lo hace cuando se ve obligado a experimentar con sus propios miedos. La sociedad presenta miedo ante las personas con enfermedad mental, dicen que por su imprevisibilidad, a que les pueden agredir, miedo a su enfermedad. Pero en realidad es miedo a lo desconocido porque no suelen saber de la realidad de la enfermedad mental. Si realmente la conocieran, no pensarían de esa forma. Los medios de comunicación y su estilo sensacionalista, tampoco ayudan a que la sociedad sea más abierta y tolerante hacia lo distinto. Por ello es vital para romper el estigma de la sociedad, llevar a cabo acciones de sensibilización ante la población general, desde charlas en institutos y asociaciones, a la incorporación en actividades que conlleve una convivencia. El miedo a lo desconocido es algo normal en el ser humano, pero el miedo paraliza y por ello hay que romper con ello. El miedo paraliza a la sociedad en su camino de convertirse en mejor. Aunque intentar desmitificar sea un trabajo a largo plazo, es lento pero seguro y así se conseguirá una sociedad igualitaria, tolerante y mucho más cohesionada. Una sociedad que todos tengamos los mismo derechos y obligaciones.