



VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

FACULTAT DE MEDICINA I ODONTOLOGÍA.

TESIS DOCTORAL

**LA VALORACIÓN MÉDICO FORENSE DE LA
SUSTITUCIÓN DE LAS PENAS PRIVATIVAS DE
LIBERTAD**

Presentada por: **María Carmen Bellido Rodríguez. Licenciada
en Medicina y Cirugía**

Dirigida por: **Doctora Marina S. Gisbert Grifo**

Departament de Medicina Preventiva, Salut Pública, Ciències de
l'Alimentació, Toxicologia i Medicina Legal

265E Salud Pública y Medicina Legal

Valencia, 2015

Departament de Medicina Preventiva, Salut Pública, Ciències de
l'Alimentació, Toxicologia i Medicina Legal.

FACULTAT DE MEDICINA I ODONTOLOGIA

TESIS DOCTORAL

**LA VALORACIÓN MÉDICO FORENSE DE LA
SUSTITUCIÓN DE LAS PENAS PRIVATIVAS DE
LIBERTAD**

Presentada por Doña María Carmen Bellido Rodríguez.

Licenciada en Medicina y Cirugía

Dirigida por la Doctora Doña Marina S. Gisbert Grifo

A mi hija Irene

Agradezco a mis padres la formación que me han dado y el esfuerzo que han hecho todos estos años.

Gracias a Elena Puche por compartir sus pacientes en la Unidad de Conductas Adictivas de Sagunto y por su ayuda en la fase inicial del estudio. También a Vicente de la Unidad de Catarroja por su amabilidad y confianza.

Gracias al Doctor Matías Vicente Mendoza, director del Instituto de Medicina Legal de Valencia, por darme acceso a los datos de la Clínica Médico Forense.

Gracias a la Doctora Marina Gisbert que aceptó dirigir este estudio, por su apoyo constante y sin el cual no habría sido posible este trabajo.

Así mismo, agradezco su colaboración a todas aquellas personas que han contribuido a que esta tesis llegara a buen término.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1 LAS PENAS	5
1.1.1 Concepto.....	5
1.1.2 Función de las penas.....	6
1.1.3 Teorías de las penas.....	7
1.1.4 Las penas privativas de libertad	10
1.1.5 Suspensión de las penas privativas de libertad.....	13
1.1.6 Aspectos médicos	15
1.2 LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD.....	21
1.2.1 Concepto.....	21
1.2.2 Antecedentes históricos.....	23
1.2.3 Fundamento de las medidas de seguridad.....	33
1.2.4 Presupuestos de aplicación de la medida de seguridad	34
1.2.5 Tipos de medidas de seguridad.....	38
1.2.5.1 Medidas privativas de libertad.....	38
1.2.5.2 Medidas no privativas de libertad.....	47
1.3 LA PELIGROSIDAD CRIMINAL.....	48
1.3.1 Concepto.....	48
1.3.2 La peligrosidad criminal y la peligrosidad social.....	51
1.3.3 La peligrosidad criminal y el riesgo de reincidencia	57
1.3.4 Pronóstico de comportamiento futuro: predicción de la peligrosidad	62
1.4 VALORACIÓN MÉDICO FORENSE DE LA PELIGROSIDAD Y DE LA MEDIDA DE SEGURIDAD ADECUADA.	73

1.4.1 Exploración médico forense.....	73
1.4.2 Valoración médico forense de la peligrosidad en trastorno mental.....	80
1.4.3 Valoración de la peligrosidad en la drogadicción	85
1.4.4 Valoración de la medida de seguridad más adecuada: conclusiones del informe médico forense	87
1.5 LEGISLACION ESPAÑOLA.....	88
1.5.1 Finalidad de la pena.....	88
1.5.2 Medidas de seguridad.....	92
1.5.3 La suspensión de las penas privativas de libertad que precisan una valoración médico forense.	95
1.5.4 Aspectos de interés de la Ley Orgánica 1/2015.....	100
1.5.4.1 Artículos que introducen modificaciones en medidas de seguridad.....	102
1.5.4.2 Beneficios de la Ley Orgánica 1/2015.....	104
1.6 ESPECIAL REFERENCIA A LA DROGADICCIÓN Y SU TRATAMIENTO.....	106
1.6.1 Criterios específicos de sustitución de la pena privativa de libertad.....	106
1.6.2 Gravedad de los delitos.	111
1.6.3 Delitos a causa de la dependencia a sustancias tóxicas.....	114
1.6.4 Valoración de la suspensión de la pena.	118
1.6.5 Centros donde se aplica la medida de seguridad.....	120
1.6.6 Modificaciones en la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, relativas a los centros de tratamiento y valoración.....	125
1.6.7 Drogadicción y comorbilidad: Patología dual.....	126
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.	133
3. MATERIAL Y MÉTODO.	139

ÍNDICE

3.1 MATERIAL	139
3.2 MÉTODO.....	141
3.2.1 Metodología de trabajo	141
3.2.1.1 Metodología para la muestra general.....	141
3.2.1.2 Metodología para la muestra específica.	144
3.2.2 Metodología estadística.	150
4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	157
4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	157
4.1.1 Muestra general.	157
4.1.1.1 Sexo.....	157
4.1.1.2 Edad.	160
4.1.1.3 Patología Mental.....	163
4.1.1.4 Evolución.	167
4.1.1.5 Ingresos hospitalarios.....	168
4.1.1.6 Número de ingresos hospitalarios.....	170
4.1.1.7 Tipo de delito.	172
4.1.1.8 Gravedad de los delitos.....	178
4.1.1.9 Valoración Médico Forense.....	184
4.1.2 Muestra específica.	192
4.1.2.1 Sexo.....	199
4.1.2.2 Edad.	203
4.1.2.3 Estudios y situación laboral.....	209
4.1.2.4 Pareja drogodependiente.	213
4.1.2.5 Sustancia principal.	215
4.1.2.6 Evolución según el consumo.....	221
4.1.2.7 Patología dual.....	224

4.1.2.8 Patología concomitante.....	227
4.1.2.9 Motivación del tratamiento.....	233
4.1.2.10 Evolución del tratamiento.	238
4.1.2.11 Tipo de tratamiento.....	243
4.1.2.12 Derivación a otro centro.....	249
4.1.2.13 Centro de derivación del tratamiento.....	250
4.1.2.14 Duración del tratamiento sustituido.	255
4.1.2.15 Estancia en prisión.	256
4.1.2.16 Centro de Instituciones penitenciarias.....	259
4.1.2.17 Número de veces en prisión.	260
4.1.2.18 Número de detenciones judiciales.....	262
4.1.2.19 Edad de primera detención.....	263
4.1.2.20 Número de procesos judiciales.	266
4.1.2.21 Número de procesos judiciales finalizados.	272
4.1.2.22 Número de procesos judiciales pendientes.....	273
4.1.2.23 Órgano judicial de ejecución.....	274
4.2 ANALISIS DE FACTORES PRONÓSTICO CONSIDERADOS DE RIESGO O DE PROTECCIÓN DE LA PELIGROSIDAD CRIMINAL.....	279
4.2.1 Relación entre las variables estadísticas con la finalidad de determinar si el estado actual depende del tipo de droga y de la patología dual.....	280
4.2.2 Relación con la finalidad de determinar si el estado actual depende del órgano de ejecución, de la evolución de la adicción y de la edad de la primera detención.....	300

ÍNDICE

4.2.3 Relación con la finalidad de determinar si el estado actual depende de los factores personales del sujeto, la estancia en prisión y el número de detenciones.	308
4.3 REPERCUSIÓN EN LA MODIFICACIÓN DEL CÓDIGO PENAL POR LA LEY ORGÁNICA 1/2015.	318
5 CONCLUSIONES.	323
6 BIBLIOGRAFÍA.....	331
7 ANEXOS.	371

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN.

En la presente Tesis se estudia y analiza de un modo exhaustivo y riguroso una cuestión de gran interés, tanto desde el punto de vista social como penal y sobre todo médico legal: la valoración médico forense de la sustitución de las penas privativas de libertad, considerada como una forma de ejecutarse las penas en personas que cometen hechos delictivos y se encuentran en circunstancias que determinan la existencia de eximentes completas o incompletas de responsabilidad penal.

Este trabajo parte de la idea de que nos encontramos ante una forma de cumplimiento de la pena privativa de libertad, que es sustituida por un recurso terapéutico adecuado, de gran importancia por los fines terapéuticos y de reinserción social que se pueden alcanzar y también por el número de casos en los que se aplica.

Previamente a la aplicación de la medida en los casos de trastorno mental se valoran las bases psicobiológicas de la imputabilidad: la inteligencia y la voluntad que se ponen en relación al hecho delictivo que se les atribuye¹. Los artículos 19, 20 y 21 del Código Penal establecen estas circunstancias. En el caso concreto de las drogodependencias tras la aplicación del artículo 87 del Código

Penal es suficiente con acreditar la adicción para ser ejecutada la medida de seguridad.

En función de la gravedad del hecho delictivo cometido, será enjuiciado en un proceso penal ante un órgano judicial que determinará una pena específica y tras la sentencia judicial, se procede a su ejecución. En estos casos, hallamos una forma de cumplimiento de la pena privativa de libertad que va a ser sustituida por otro tipo de medida tras la valoración médico forense del sujeto. La sustitución de la pena por tratamiento médico bien sea en el ámbito ambulatorio o en el hospitalario está condicionada al cumplimiento de dos requisitos que establece la autoridad judicial: no volver a delinquir y seguir un programa terapéutico individualizado. En caso de incumplimiento de la medida de seguridad se revocará la sustitución y se procederá al ingreso en un centro penitenciario.

La suspensión de la ejecución de las penas se regula en los artículos 80 a 87 del Código Penal y los que regulan su sustitución son los artículos 88 y 89 del mismo.

Al realizarse la ejecución de la sentencia judicial se aplica la sustitución de la pena privativa de libertad por una pena alternativa

adecuada a cada caso concreto, lo que se regula en los artículos 101 y siguientes del Código Penal.

1.1 LAS PENAS

1.1.1 Concepto

La pena es el instrumento central del que se sirve el Estado para sancionar y para tratar de evitar las conductas que atentan más gravemente contra los intereses fundamentales de los ciudadanos. La pena representa un mal para el delincuente por cuanto que consiste en una privación total o parcial de sus derechos².

Desde el punto de vista jurídico puede definirse como la privación o restricción de bienes jurídicos, establecida por la ley e impuesta por un órgano jurisdiccional competente, al que ha cometido un delito³.

Su concepto material incluye cinco características que son⁴:

1. Es un mal que consiste en una privación o restricción a un derecho fundamental al delincuente.
2. Es la consecuencia jurídica de la violación de una ley.
3. Se impone exclusivamente a los responsables de la violación de una ley.

4. Solo puede ser impuesta a través de los jueces y tribunales.
5. Es la retribución por el mal cometido, en el sentido de reproche por la violación de la ley, que opera como castigo.

La sanción penal es un elemento central del sistema penal. Consiste en una respuesta de carácter aflictivo impuesta por el Estado a un individuo como medio de lucha contra el delito, incluye las penas y las medidas de seguridad. Las sanciones penales son las consecuencias jurídicas derivadas del delito⁵. Sin embargo, resulta interesante lo que a este respecto mantiene Mapelli Caffarena⁶, en cuanto a que la reeducación persigue una finalidad política, que se traduce en un ataque frontal a la opinión pública, imposibilitando con ello las críticas a los inconvenientes que existen en el sistema penal, ofreciendo así una imagen terapéutica del mismo, exaltando sus bondades correctoras y de reeducación del delincuente, que permiten alcanzar un mayor control social.

1.1.2 Función de las penas

La función de la pena es la protección de los bienes jurídicos y de los valores éticos sociales fundamentales del orden social. Conforme al principio de mínima intervención del Derecho Penal, los bienes y valores protegidos por el ordenamiento jurídico

únicamente pueden ser reconducidos al ámbito de la tutela penal, cuando no existen otros medios al alcance de la sociedad. La potestad sancionadora del Estado debe garantizar siempre la dignidad de la persona, tanto en la intervención penal, como en su catálogo de penas y en la forma de ejecución de las mismas⁷.

1.1.3 Teorías de las penas

La teoría de la pena se pueden clasificar en tres grandes grupos: las teorías absolutas o retribucionistas, las teorías relativas y las teorías unitarias o mixtas (también llamadas eclécticas)⁸.

1. Teorías absolutas o de la retribución. Encuentran su justificación en el delito cometido, se basan en el aforismo *punitur quia peccatum est*, que implica que la pena es retribución, es la compensación por el mal causado y por el que debe responder el autor. La violación del Derecho debe ser retribuida con un castigo, concibiéndose la pena como “la ley del Talión” (ojo por ojo, diente por diente, sangre por sangre) que tiene su fundamento en las teorías absolutas que arrancan de la antigüedad clásica y se encuentran sobre todo en los textos bíblicos y en los griegos⁹. Pitágoras decía que la pena era una Talión moral y Platón decía que la pena es la medicina de la perversidad y un medio de purificar el alma de la justicia.

Para Kant la pena es un “imperativo categórico”, una exigencia incondicionada de la justicia, libre de toda consideración unitaria; esto es, que no desempeña ninguna función social, sino que solo retribuye el comportamiento delictivo. Estas teorías han sido abandonadas en el Derecho Penal contemporáneo y se considera que son insostenibles hoy en día, porque confunden el medio con el fin y porque justifican la pena de manera aislada de la sociedad, siendo así que la pena es un instrumento estatal de un subsistema social al servicio del bienestar social¹⁰.

2. Las teorías relativas justifican la pena como instrumento para la evitación de futuros delitos desde el prisma de la prevención. En primer lugar, una prevención general encaminada a la intimidación que produce la previsión de una sanción penal para los posibles delincuentes, por el temor a su aplicación, se abstengan de delinquir; o lo que es lo mismo: la ejemplaridad de la pena. Estas teorías fueron impulsadas por los juristas de la ilustración entre los que destaca Beccaria, Lardizábal, Bentha, Romagnosi, Filangieri, Feuerbach. En el Derecho Penal español, autores como Silva Sánchez, Gimbernat Ordeig o Luzón Peña, mantienen una visión relativista de la pena.

INTRODUCCIÓN

2.1 La prevención general puede ser a su vez positiva o negativa, tal que:

- La prevención general negativa, cuyo principal impulsor fue Fierbach, para quien la pena cumple una coacción psicológica puesto que supone una amenaza que atemoriza al sujeto en su fuero interno, produciendo un efecto disuasorio⁸ que implica que el sujeto se abstiene de delinquir para evitar que le sea aplicada la pena¹¹.
- La prevención general positiva, cuyo principal impulsor es Hegel. Se basa en la idea de que el delincuente al quebrantar la norma, expresa su voluntad contraria a esa norma al mismo tiempo que cuestiona la validez del ordenamiento jurídico¹⁰. Este tipo de prevención está esencialmente dirigida al pasado en busca de restablecer, reforzar o reafirmar la vigencia del ordenamiento jurídico en el estado anterior a la alteración de la estabilidad psíquica producida por el delito, adquiriendo así todo el protagonismo la imposición de la sanción¹¹.

2.2 En segundo lugar, la prevención especial que se basa en la corrección, reeducación y reinserción del delincuente para que no vuelva a delinquir. Se plantea en los casos de delincuentes cuya reinserción resulta inviable o altamente dificultosa. Autores como Lombroso, Ferria, Garófalo y

Karl Grolman, destacaron por sus enfoques de la pena en íntima relación con la peligrosidad del delincuente y la prevención especial¹¹.

- 3 Las teorías mixtas de la unión o la unidad o también denominadas eclécticas, conjugan ambas teorías poniendo de relieve que la finalidad de la pena no puede ser otra que el castigo retribucionista, pero que necesariamente deberá ir de la mano de las finalidades preventivas, tanto especiales como generales.

1.1.4 Las penas privativas de libertad

El rasgo más llamativo de la evolución de los sistemas penales actuales es la previsión que hacen de mecanismos tendentes a evitar la aplicación de penas privativas de libertad no absolutamente necesarias. Además, como consecuencia de la progresiva humanización de las ideas penales, la privación de libertad aparece hoy en día como una pena que resulta excesiva en muchas ocasiones.

Además, existe también una fuerte tendencia a evitar las penas cortas de prisión basada en dos razones principalmente:

INTRODUCCIÓN

- La primera es que estas penas antes de favorecer la resocialización y la reeducación del sujeto penado, provocan una fuerte desocialización, ya que permiten el contagio del pequeño delincuente al entrar en contacto con delincuentes más avanzados y en cambio, no posibilitan el tiempo necesario para conseguir un tratamiento eficaz.
- La segunda razón es que las penas cortas de prisión están previstas para delitos poco graves, para los cuales bastarían penas menos traumáticas.

La forma de ejecución de estas penas no puede determinarse de antemano en base únicamente a la gravedad abstracta del delito cometido, sino fundamentalmente en atención a la personalidad del condenado y a las concretas exigencias de la orientación a la reeducación y reinserción social que impone el artículo 25.2 de la Constitución. Esto explica la aparición de una única pena de prisión en el Código Penal actual¹².

La duración mínima y máxima de la pena de prisión en el Código Penal viene establecida por el artículo 36.1 del mismo, que como regla general determina una duración de tres meses a veinte años. Aun así, este establece unas excepciones a esta regla general, como es el caso de la comisión de un delito de asesinato cuando concurren más de una de condiciones que deben concurrir en el

tipo de asesinato: alevosía, ensañamiento, y precio, recompensa o promesa. En el caso de concurrir más de una de estas circunstancias la pena puede llegar hasta los veinticinco años de prisión¹².

También como excepción a la regla general de la duración máxima de la pena de prisión de veinte años, se establecen, en los artículos 485 y 572, delitos contra la Corona y delitos de terrorismo, respectivamente, que en estos casos la pena de prisión puede aumentar hasta los treinta años¹².

En algunos supuestos de concurso real de delitos, es decir, cuando un mismo sujeto comete más de una acción (pluralidad de acciones) cada una de ellas constitutivas de diferentes hechos delictivos (pluralidad de delitos), puede aumentarse también la pena de prisión hasta los cuarenta años.

En la reforma del Código Penal de 1995 se ha incluido la prisión permanente revisable que podrá alargarse durante toda la vida del recluso, aunque, pasado un periodo de 25 a 35 años, se evaluará si su pronóstico de reinserción es favorable y puede quedar en libertad. Esta pena solo se impondrá en casos excepcionales como asesinatos en serie o cometidos por grupos organizados.

1.1.5 Suspensión de las penas privativas de libertad.

El Código Penal recoge dos tipos de suspensión de las penas privativas de libertad¹²:

1. El dirigido a facilitar la suspensión de las penas hasta dos años de prisión, en función de la duración de la pena impuesta, y
2. Otro en el que se amplía la suspensión a penas de hasta cinco años de prisión y en el que se valoran los aspectos personales de los drogodependientes. El criterio de preferencia es la situación de drogodependencia del sujeto y su compromiso de deshabitación.

En el segundo caso, esta situación puede afectar tanto a los sujetos aquejados de enfermedad grave como a los adictos y, al ser preferente el criterio de humanidad, no hay limitaciones en la clase y duración de la pena impuesta¹³.

El Código Penal es consecuencia de las modificaciones realizadas por la Ley Orgánica 15/2003 sobre la regulación de 1995. Estas modificaciones consisten en la sustitución de la antigua denominación de esta medida, “condena condicional”, la aplicación discrecional de la suspensión condicional, la ampliación de las

posibilidades de su concesión, así como la introducción de la posibilidad de imponer ciertas obligaciones al sujeto.

De este modo, se cambia la denominación “condena condicional” y la de “remisión condicional” que usaba el anterior Código Penal, por la “suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad”¹².

La suspensión condicional es, tras la modificación, siempre discrecional por parte del Juez o Tribunal. Según el artículo 80 de este “los Jueces y Tribunales podrán dejar en suspenso la ejecución de las penas privativas de libertad no superiores a dos años mediante resolución motivada”¹².

A estos efectos el Código Penal indica expresamente el criterio fundamental por el que se debe guiar el juzgador a la hora de tomar la decisión de si suspende o no la ejecución de la pena. Este criterio es la peligrosidad criminal del sujeto, coherente teniendo en cuenta que la finalidad primordial de esta institución es la de evitar la privación de libertad y sus efectos negativos cuando no resulte necesaria de manera absoluta¹².

El Código Penal permite al Juez o Tribunal la posibilidad de imponer al sujeto determinadas obligaciones durante el período de suspensión, si la pena suspendida es de prisión. Por tanto, la suspensión de la pena de prisión no estaría solamente condicionada a que el reo no delinca en el plazo fijado, sino que puede también estarlo al cumplimiento de alguna de las obligaciones que establece el artículo 83 del Código Penal, respondiendo así a dos principios básicos: el de control y de asistencia al sujeto. Estas obligaciones pueden ser la prohibición de acudir a determinados lugares, prohibición de aproximarse a la víctima, prohibición de ausentarse sin autorización del lugar donde resida o comparecer personalmente ante el Juzgado o Tribunal.

1.1.6 Aspectos médicos

Tras la ejecución de la sentencia, se impone el tipo de tratamiento más adecuado tanto para los pacientes con trastorno mental grave como para los drogodependientes.

La eficacia de una medida de seguridad depende de que garantice un tratamiento asistencial con el fin de lograr la remisión parcial o total de la enfermedad generadora de peligrosidad. Por ello, el internamiento en un centro tiene que orientarlas hacia la reeducación, la educación y la reinserción social, suprimiendo de

esta manera patrones desadaptativos de conducta que colocan al delincuente en estado peligroso, demostrando así que no debe de ser un internamiento como los que se producían en los manicomios segregadores o almacenes de alienados, centros estos coartadores de la libertad existencial del sujeto y de las posibilidades recuperativas psicológicas, biológicas y sociales del paciente, si no hay que hacer una labor donde sobresalgan los aspectos positivos de la pluralidad de acciones y opciones en la reinserción del sujeto a la sociedad que en definitiva es la finalidad de cualquier medida de seguridad¹⁴.

La medida de seguridad más importante es el internamiento¹⁴ siendo los objetivos terapéuticos los más relevantes y los que han hecho posible el cambio radical en las concepciones psiquiátricas actuales sobre el tratamiento dispensado a estos enfermos.

Este tipo de medida, el internamiento, parte de la peligrosidad como resultado de la apreciación global de las circunstancias relativas al autor, su acción y que puedan derivarse en graves actos antijurídicos que representen, en definitiva, un peligro para la sociedad.

INTRODUCCIÓN

Estas medidas tienen dos objetivos bien definidos. El primero relacionado con la defensa social provocando un alejamiento del sujeto de la sociedad y el segundo darle un protagonismo social basado en la terapia rehabilitadora¹⁴.

Estas medidas de seguridad deben de cesar cuando conste la curación o remisión de los síntomas que motivaron su internamiento, de forma general cuando desaparezcan los índices de peligrosidad social. Además no deben de exceder el límite de lo necesario para prevenir la peligrosidad.

En todos los casos, el tiempo que se invierta en el internamiento será computado a los efectos de la duración total de la condena¹⁵. En el caso específico del Hospital Psiquiátrico de la Habana¹⁶ con más de 100 años de experiencia en esta cuestión, se ha creado un plan de rehabilitación para este tipo de pacientes, que no dista mucho del que se aplica al resto de los pacientes mentales¹⁴.

Este programa terapéutico da una visión general del problema de la peligrosidad del enfermo mental. Este plan fue ideado, estructurado y puesto en práctica por el doctor Ordaz, quién aporta un enfoque humanista desde la década del 60 del siglo pasado que abogó por la rehabilitación y reinserción de estos pacientes a la sociedad. Este plan ha sido objeto de modificaciones y aportes por el resto del

personal forense con el fin de ir mejorándolo cada día y mantener así la condición de centro de referencia nacional en este aspecto¹⁴.

Las fases de este tratamiento son las siguientes¹⁴:

- a) Una primera fase que se caracteriza por el internamiento total, en la que se hace inicialmente una valoración del paciente para ratificar o no el diagnóstico y decidir las medidas terapéuticas afines con su enfermedad y el tipo de rehabilitación según su discapacidad. En esta etapa fundamentalmente se trabaja con el paciente en psicoterapia y algunas actividades de orden ergoterapéutico, además por supuesto del tratamiento psicofarmacológico. Esta fase dura entre tres y seis meses.
- b) La segunda fase que se denomina de internamiento parcial o fase intermedia, en la que los pacientes empiezan a salir del servicio de máxima seguridad, a realizar labores ergoterapéuticas bajo la supervisión de un miembro del equipo y se les empiezan a otorgar las posibilidades de traslado a la casa por estímulo bajo la supervisión y tutela de un familiar. Esta fase también tiene una duración entre tres y seis meses.
- c) La tercera fase, de carácter rehabilitador, donde el paciente ya pasa a un servicio abierto, se le asigna un trabajo determinado según sus aptitudes e intereses el cuál debe cumplir y por el que se le da una gratificación complementaria; tienen derecho a pase

INTRODUCCIÓN

los fines de semana y pueden viajar solos. Según la evolución de la enfermedad pueden pasar a una sala de autogobierno o a una sala de hospital de día. Esta fase debe durar como mínimo un año.

Los pacientes que logran cumplimentar estas etapas deben estar aptos para ser reincorporados a la sociedad; una vez culminado el tratamiento se le informa al órgano judicial para que obre según lo que establece la Ley de Procedimiento Penal para cada caso y se proceda al alta¹⁴.

Desde luego la realización de pronósticos sobre el futuro comportamiento de un delincuente no es necesaria solo en este ámbito, sino que es un presupuesto para la adopción de otras muchas decisiones en la aplicación de consecuencias jurídico-penales, como la concesión o no de la suspensión de la ejecución de la pena, la concesión de la libertad condicional y la clasificación penitenciaria¹⁷.

En España, los programas de tratamiento en ámbito cerrado, en un centro psiquiátrico penitenciario, esto es en un centro de internamiento, corresponde a Instituciones Penitenciarias. La administración penitenciaria, se ocupa de forma bastante completa

de todos los aspectos organizativos y de intervención de las medidas de seguridad de internamiento¹³.

Entre los principales problemas que se detectan, se encuentra la escasez de centros o departamentos psiquiátricos propiamente dichos, lo que podría solucionarse con la posibilidad de derivar su cumplimiento de los servicios sanitarios penitenciarios a la sanidad pública, que serviría también para mantener los vínculos familiares¹³.

Una cuestión relevante es la verdadera finalidad del ingreso en un hospital que es la de recibir una atención médica especializada. En el caso concreto de la salud mental como atención especializada, está contenida en el apartado 2 del artículo 13 de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad¹⁸. Además, el artículo 209.2 del Reglamento Penitenciario¹⁹ señala que dicha atención especializada se asegurará, preferentemente a través del Sistema Nacional de Salud y, si es en régimen de hospitalización, se hará en los Hospitales que la autoridad sanitaria designe.

Por otra parte, el Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud²⁰, regula y garantiza las condiciones básicas y

INTRODUCCIÓN

comunes para la atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención y equidad, incluyendo la atención especializada.

En el anexo 3 apartado 7 que trata de la “atención a la salud mental” y, además de la hospitalización, incluye el tratamiento de trastornos mentales agudos y crónicos, así como el tratamiento de conductas adictivas. Por lo tanto, incluye a pacientes del Hospital Psiquiátrico Penitenciario que debe ser atendido por el Sistema Nacional de Salud.

Se trata de una cuestión de salud principalmente antes que de delincuencia. Por tanto, es en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad²¹, concretamente en su artículo 20 donde se establece la total equiparación de los enfermos mentales a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales y su plena integración en el sistema sanitario general.

1.2 LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD

1.2.1 Concepto

Se define la medida de seguridad como una acción que se produce sobre un sujeto considerado peligroso, que pretende poner fin a este

estado a través de métodos terapéuticos, educativos, reeducativos o de vigilancia con la finalidad de proteger a la sociedad de estas conductas dañinas²².

Las medidas de seguridad o de reinserción social constituyen, junto con la pena, las consecuencias más típicas de la comisión de un delito. Estas medidas se fundamentan no en la culpabilidad del sujeto al que se le aplican, sino en la peligrosidad del mismo, exteriorizada en la comisión de un hecho previsto como delito. Se aplican a los delincuentes peligrosos, es decir, a aquellos en los que es posible apreciar una posibilidad real de que vuelvan a delinquir²³.

Según Landrove Díaz⁸, en relación a las consecuencias jurídicas del delito, el Derecho Penal moderno ha construido consecuencias jurídicas distintas de las penas bajo la denominación de medidas de seguridad, creadas para determinados delincuentes que sobrepasan la culpabilidad individual, donde su fundamento es la peligrosidad. “Estas medidas no son dictadas con el fin de compensación retribuidora por un hecho injusto, sino para la seguridad futura de la comunidad frente a violaciones ulteriores del Derecho. El hecho cometido tiene así valor de conocimiento y síntoma de peligrosidad”.

Las personas declaradas inimputables no pueden ser merecedoras de una pena. Se les podrá aplicar una medida de seguridad mientras revistan peligrosidad para sí o para tercero. Las medidas de seguridad son medios curativos sometidos al principio de legalidad, que el juez le impone al autor de un delito en atención a su peligrosidad, evitando de este modo que se dañe a sí mismo o a los demás¹⁴.

También se las ha definido como “un medio preventivo y profiláctico de lucha contra la delincuencia, aplicado respecto de personas socialmente peligrosas con motivo de la comisión de una infracción”²⁴.

1.2.2 Antecedentes históricos

En las primeras civilizaciones, los primitivos ordenamientos jurídicos tuvieron siempre respuestas criminales frente a sujetos considerados especialmente peligrosos.

- En el Derecho Sumerio se promulga la primera medida de seguridad que se conoce. Ubicada en la antigua Mesopotamia, junto a los ríos Tigris y Éufrates, años 5500 a. C a 2004 a. C., esta civilización constituye el origen de la historia de la

humanidad, según los expertos²⁵. Consistía en “la expulsión de la ciudad de usureros, ladrones y toda suerte de criminales”²⁶ con el objetivo ulterior y prioritario de proteger a sus ciudadanos.

- Del Derecho babilónico-mesopotámico se extraen indicios y signos manifiestos de medidas de seguridad, al advertirse la presencia de los fines de la prevención cuya aplicación y ejecución trata de evitar la comisión de nuevos y futuros delitos. Las consecuencias penales contenidas en el Código de Hammurabi de las que se deducen su carácter de medidas de seguridad son las siguientes: la expulsión de la ciudad, la amputación de la mano al médico y la mutilación de la nodriza²⁵.
- En el mundo griego, durante los siglos V y IV a. C., nace uno de los principios de las medidas de seguridad: la prevención especial. Platón, (327 a 447 a. C.) refiere en sus diálogos figuras jurídicas preventivas o profilácticas, fundadas en la reeducación social, como la expulsión del territorio ateniense o el alejamiento. También encontramos la figura del ostracismo, que era una orden de expulsión de la ciudad dirigida a gobernantes, filósofos, militares poderosos o personas de reconocido poder. La expulsión también comprendía la prohibición de entrar en la ciudad o de volver a su lugar de

INTRODUCCIÓN

residencia, durante un periodo de tiempo que venía determinado en la resolución que la imponía, que provenía siempre de un Magistrado²⁵. Era, por tanto una medida que se adoptaba para determinadas personas que abusaban de su poder y se beneficiaban de su autoridad y se convirtió en un arma política al servicio de la eliminación civil de los adversarios políticos de turno. Por otra parte otro elemento básico y fundamental de las medidas de seguridad surge en esta época helenística: la noción de enfermedad mental. La medicina griega pondrá fin a una concepción de la locura como algo sobrenatural que solo hallaba cura en la magia o en la espiritualidad, para pasar a concebirse como unos trastornos mentales o males del espíritu. Como dijo Hipócrates, la relación causal entre el organismo físico y la mente produce determinados tipos de temperamentos o personalidades anómalas²⁵.

- En el Derecho Romano nos encontramos con la Ley de las XII tablas, fechadas entre los años 449 a 451 a. C. Aparte de las penas que en ella se catalogaban existían otras que más que imponer un daño al culpable pretendían asegurar la vigencia del poder político a través de controlar a un determinado grupo de personas del que podía preverse que se desprendía un cierto nivel de peligrosidad para el grupo. Ejemplos de ello son el destierro, que a pesar de su extendida utilización en el Imperio

Romano, no venía descrito en el catálogo de penas de la Ley de las XII tablas, por lo que se deduce que se trataba de algo distinto no considerado como una sanción de tipo retributivo y represivo (como sucede en el resto de las penas de la época) sino como algo más benigno que, por no revestir ni siquiera carácter de pena, se imponía con enorme arbitrariedad e injusticia, lo cual refuerza la idea de que se trataba de una figura diferente, que podemos asociar a una medida de seguridad. La deportación es otro ejemplo que iba acompañada de la pérdida de la ciudadanía romana. También en el Derecho Romano se puede observar el tratamiento jurídico que se daba al *furiosi* (loco o furioso) que era irresponsable penalmente y por ello conformaba una categoría jurídica que requería protección y vigilancia²⁵.

En el Derecho Penal moderno las medidas de seguridad han sido una constante y podemos enumerar los siguientes textos legales en que aparecen^{27,28,29,30}:

- El Fuero Juzgo y la llamada “cláusula de retención”, introducida por la ley Pragmática de Carlos III de 1771 que consiste en que a los delincuentes considerados muy peligrosos se les prolongaba la pena para salvaguardar a la sociedad en su conjunto del peligro que dichos sujetos suponían.

INTRODUCCIÓN

- Los Códigos Penales españoles de 1848 y 1870, en los que se establecía una prevención especial de internamiento en hospitales a los locos y a los dementes que hubieran sido declarados exentos de responsabilidad penal.
- El anteproyecto del Código Penal suizo de Carl Stoos de 1893 que introdujo, en la parte general, un sistema de medidas de seguridad para superar las deficiencias con que se encontraba la pena y el principio de culpabilidad en relación a determinados grupos de criminales peligrosos.
- El Código Penal español de 1928 es el texto positivo en el que aparecen por primera vez las medidas de seguridad, descritas con esa denominación por el propio Código y reguladas en los artículos 90 y siguientes.
- La Ley Alemana de Delincuentes Comunes de 24 de noviembre de 1933.
- En España, la Ley de Vagos y Maleantes de 4 de agosto de 1933, en la que se estableció un amplio elenco de medidas de seguridad, entre las cuales se distinguía dos tipos: predelictuales y postdelictuales. Esta Ley se mantuvo vigente a pesar de la promulgación del Código Penal de 1944, en el que no se introdujeron medidas de seguridad, sino que se mantuvo la vigencia de esta Ley por una parte y del Código Penal por otra.

- La Ley de 4 de agosto de 1970, de Peligrosidad y Rehabilitación Social (artículos 95 y siguientes) con la cual se derogó expresamente la Ley de Vagos y Maleantes.
- La Ley Orgánica 7/2003, de 30 de junio y la 5/2010, en la que se potencia más la finalidad retributiva sobre la finalidad reinsertadora que promulga el artículo 25 de la Constitución Española. Ambas leyes orgánicas se orientan a las finalidades de la retribución y a la prevención general negativa.
- La Ley Orgánica 5/2010, de 23 de diciembre, que introduce la libertad vigilada, como medida de seguridad aplicable a sujetos inimputables o semiimputables y también a determinados sujetos imputables después de haber cumplido sus condenas (terroristas y delincuentes sexuales).

El rasgo más significativo en la Ley de Vagos y Maleantes de 4 de agosto de 1933³¹ era la previsión de los llamados "estados peligrosos" que cincuenta y siete años más tarde constituirían el contenido del artículo 2 de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social de 1970. La Exposición de Motivos de esta Ley afirmaba:

"Los ordenamientos contemporáneos, impulsados por la necesidad de defender a la sociedad contra determinadas conductas individuales, que sin ser, en general, estrictamente delictivas,

INTRODUCCIÓN

entrañan un riesgo para la comunidad, han ido estableciendo junto a sus normas penales propiamente dichas, dirigidas a la sanción del delito e inspiradas en el Derecho penal clásico, un sistema de normas nuevas encaminadas a la aplicación de medidas de seguridad a los sujetos socialmente peligrosos e inspiradas en las orientaciones de la rama científica que desde hace años se conoce con el nombre de "defensa social".

La pena y la medida de seguridad vienen así a coexistir en las legislaciones modernas con ámbito diferente y fines diversos, aunque en último término coincidentes en la salvaguardia de la sociedad a la que de este modo se dota de un dualismo de medidas defensivas con esferas de acción distintas.

De igual manera, por su contenido, podían distinguirse tanto medidas privativas de libertad como restrictivas de derechos. Así encontramos internamientos en establecimientos de custodia, trabajo y preservación, el aislamiento curativo en casas de templanza, la sumisión obligatoria a tratamiento ambulatorio en centros médicos o la privación del permiso de conducción de vehículos a motor y ciclomotores, sin olvidar prohibición de residencia en lugares determinados.

En 1970 se promulgó la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social, de 4 de agosto, que entraría en vigor el 6 de junio del año siguiente, previa promulgación de su Reglamento, de 3 de mayo de 1971 y las Órdenes Ministeriales de 1 y 3 de junio del mismo año, por las que se determinaban y regulaban los establecimientos de rehabilitación, así como el funcionamiento de unos organismos judiciales especiales, los juzgados de peligrosidad y rehabilitación social. Los requisitos de aplicación de medidas de seguridad establecidas en dicha ley eran la inclusión probada en uno de los supuestos de peligrosidad contemplados en ella y la apreciación de peligrosidad social. Los supuestos más habituales eran los vagos habituales y los mendigos, los ebrios habituales y los toxicómanos, los que mostrasen disposición delictiva previa o notorio menosprecio de las normas de convivencia social, los que se dedicasen a la prostitución, el tráfico de drogas o la entrada o salida del país de personas no autorizadas para ello.

La aprobación del Código Penal de 1973 no supuso la derogación de las medidas predelictuales contenidas en la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social, si bien a partir de 1978 su inconstitucionalidad sobrevenida determinó su inaplicación. El gran cambio en el sistema de medidas de seguridad se producirá con la entrada en vigor del Código Penal de 1995, en el que se

INTRODUCCIÓN

apostará por un sistema dualista claramente matizado con la incorporación del sistema vicarial en los artículos 99 y 104.

Según Del Valle Sierra²³, el sistema vicarial es un modelo penal en el cual se puede sustituir de forma recíproca penas por medidas de seguridad y, a la inversa, medidas de seguridad por penas. A diferencia del sistema penal dualista en el que coexisten también penas y medidas de seguridad, que son aplicadas una después de la otra, siguiendo el orden que decide la autoridad judicial, de la forma que resulte más favorable para la reeducación o resocialización. La finalidad de la pena es castigar por un hecho punible y la de la medida de seguridad proteger a la sociedad de la peligrosidad del sujeto.

El presupuesto necesario para poder aplicar esta técnica es la concurrencia de penas y medidas de seguridad privativas de libertad, situación a la que se llega por la apreciación de una eximente incompleta (artículo 21.1 del Código Penal en relación con los apartados 1º, 2º y 3º del artículo 20 del mismo texto legal) y la apreciación de peligrosidad criminal. Las dos características fundamentales del sistema vicarial son la obligación de ejecutar en primer término la medida de seguridad y el abono del tiempo de cumplimiento de la medida al señalado por el Juez para la pena.

En torno a cómo deben articularse un sistema de penas y medidas de seguridad, surgen históricamente varias teorías que inciden en la aplicación singular de ambas. Las teorías monistas desarrolladas por los positivistas italianos (Ferri, Lombroso y Garófalo) parten de que la peligrosidad del sujeto⁹ ha de ser combatida por medio de mecanismos distintos de la pena, orientados a la prevención especial y que estarán dotados de carácter asegurativo y resocializador. Por ello se hace necesario, en ciertos casos de peligrosidad, la sustitución de penas por medidas de seguridad.

Frente a la teoría de los positivistas italianos, las teorías dualistas, con Stoss como principal exponente, defienden el carácter retributivo de la pena completada, en los casos donde se muestre insuficiente o de imposible aplicación como medida de seguridad o de corrección³².

La reforma del Código Penal de 2010 introdujo un cambio sustancial en el sistema de 1995 estableciendo el denominado “neodualismo”²³ que supone la conjugación de penas y medidas de seguridad de forma que pueden cumplirse éstas de forma sucesiva a aquellas.

El planteamiento dualista originario supone una clara distinción entre penas y medidas de seguridad y concibe las penas como aquellas consecuencias del delito que se imponen atendiendo al valor del bien jurídico atacado, a la culpabilidad del sujeto y a la gravedad del hecho cometido, con lo cual se configura como una reacción del Estado contra la lesión o puesta en peligro de un bien jurídico protegido penalmente³².

1.2.3 Fundamento de las medidas de seguridad.

El fundamento de las medidas de seguridad reside en la peligrosidad del autor. En opinión de la mayoría se encuentra en el principio de ponderación de intereses y en la salvaguarda del interés preponderante, idea que fue formulada inicialmente por Nowakowski; por un lado estaría el interés del individuo en no ser limitado en sus derechos fundamentales más allá de lo que permite la pena basada en la culpabilidad y, por otro lado, estaría el interés de la sociedad en protegerse frente a la comisión de delitos en el futuro por parte de ese sujeto³³.

Las medidas de seguridad se construyen sobre la consideración de la peligrosidad del sujeto y no tiende a imponer un sufrimiento penal o un castigo al culpable, sino que consisten en un medio asegurativo o educativo para proteger a la sociedad de los daños y

peligros que provengan de personas que hayan cometido algún hecho punible³¹.

1.2.4 Presupuestos de aplicación de la medida de seguridad

Los presupuestos de aplicación de las medidas de seguridad vienen dados en los artículos 6 y 95 del Código Penal¹². Estos son:

1. Que se haya cometido un hecho previsto como delito (conducta típica y antijurídica) lo que excluye a las faltas. Este presupuesto deriva del propio artículo 6.1 del Código Penal. La exigencia de comisión previa de un delito supone la materialización del principio de legalidad que informa expresamente la legislación penal en materia de medidas de seguridad a partir de 1995 y que cumple dos funciones fundamentales. Por un lado, la abolición del ordenamiento penal de las medidas de seguridad predelictuales; por otra parte, permite su uso solo en los ataques graves y muy graves de bienes jurídicos al impedir la aplicación de una medida en los casos de comisión de faltas¹³.
2. La peligrosidad criminal del sujeto que se deriva del artículo 95.1 del Código Penal, se define como la probabilidad de que el sujeto realice en el futuro hechos constitutivos de delito. Esto es, que se pueda deducir de los hechos y las circunstancias

INTRODUCCIÓN

personales del sujeto la probabilidad de comisión de nuevos delitos, lo que debe determinarse por medio de oportunos informes periciales. Parece existir acuerdo en la doctrina al entender por peligrosidad criminal un pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevos delitos. Aun así, la interpretación del término de peligrosidad y su constatación es probablemente una de las tareas más complicadas en el proceso de aplicación de una medida de seguridad debido a que su presupuesto, a diferencia de lo que ocurre con el de las penas, se sitúa en el futuro. Por lo que se refiere a los elementos que debe utilizar el Juez o Tribunal para analizar tanto la existencia de peligrosidad criminal como su intensidad, el artículo 95.1.2º remite únicamente al hecho y a las circunstancias personales del autor¹³.

Tradicionalmente, el concepto de peligrosidad criminal ha ido ligado a los sujetos inimputables, en los cuales se realiza una valoración de la capacidad criminal en el seno de una enfermedad mental, trastorno transitorio, alteración en la percepción o estado de drogodependencia.

Sin embargo, su desarrollo en el campo de los sujetos imputables como instrumento a tener en cuenta en la decisión de figuras

punitivas es poco frecuente. La aplicación de medidas de seguridad a sujetos imputables sí que se realiza en otros lugares como son los países anglosajones³⁴.

La reforma del Código Penal de 2003 y el aumento de figuras penales castigadas con penas cortas de prisión, abre un nuevo campo de actuación a esta alternativa al ingreso en prisión³⁴.

El Código Penal limita las circunstancias en las que se puede imponer una medida de seguridad que son las que describe el artículo 20, cuando se determina una inimputabilidad o semiimputabilidad, en los supuestos siguientes¹²:

- El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión. El trastorno mental transitorio cuando no se hubiera provocado de propósito para delinquir.
- El que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la

INTRODUCCIÓN

influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.

- El que por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad.

Esto significa que para poder aplicar una medida de seguridad es necesario que el sujeto haya cometido un delito, que esté exento de responsabilidad criminal por cualquiera de las tres primeras circunstancias del artículo 20 del Código penal y que sea peligroso¹³.

En el caso de que, tras la valoración médico forense, se apliquen circunstancias eximentes incompletas, el artículo 104 del Código Penal permite imponer, además de la pena, la medida de internamiento pero solo cuando la pena impuesta es privativa de libertad y su duración no exceda de la pena prevista legalmente para el delito cometido.

En los casos en los que el delito cometido no esté castigado con pena privativa de libertad, el juez solo podrá elegir entre las medidas no privativas de libertad del artículo 105 del Código

Penal, sin poder imponer en ningún caso una medida privativa de libertad¹³.

1.2.5 Tipos de medidas de seguridad

1.2.5.1 Medidas privativas de libertad

Estas medidas suponen, en su ejecución, el sometimiento del sujeto a un régimen determinado de vida y a una disciplina. Se recogen en el artículo 96.2 del Código Penal y son las siguientes¹²:

- a) Internamiento en un centro psiquiátrico. Esta medida será la adecuada para sujetos declarados exentos de responsabilidad penal por padecer anomalías o alteraciones físicas, de acuerdo con lo expuesto en el artículo 20.1 del Código Penal.
- b) Internamiento en un centro de deshabituación, prevista en el artículo 102.1. Prevista para sujetos que hayan resultado exentos de responsabilidad conforme al artículo 20.2 del Código Penal (intoxicación plena por consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes).
- c) Internamiento en centro de educación especial.

La característica fundamental de estas medidas es que deben ejecutarse en establecimientos especiales, independientes de los

establecimientos penitenciarios y en los que prevalece el carácter asistencial.

En primer lugar para el internamiento en un centro psiquiátrico se requiere la autorización judicial según el artículo 183 del Reglamento Penitenciario.

El artículo 101 del Código Penal se refiere al internamiento de los exentos de responsabilidad, conforme al artículo 20.1 Código Penal, en un establecimiento adecuado para tratamiento médico o de educación especial, lo que significa que¹³:

- No es preciso que sean centros penitenciarios.
- No menciona la posibilidad de que sean públicos o privados, como hace en el nº 2, lo que no ha de impedir su aceptación siempre que se trate de centros acreditados u homologados³⁵.

El Real Decreto 840/2011, de 17 de junio que regula las circunstancias de ejecución de las medidas de seguridad³⁶, establece que la Administración Penitenciaria será competente para la ejecución de los internamientos en establecimientos o unidades psiquiátricas penitenciarias, sin hacer mención alguna de los internamientos en centros de deshabitación y centros de educación especiales, ni extender la competencia penitenciaria a los casos en los que se cumpla en centro no penitenciario.

La Junta de Tratamiento del centro de destino elaborará el programa de individualizado de reinserción que comunicará al Juez de Vigilancia Penitenciaria en un plazo de tres meses, lo que resulta excesivo teniendo en cuenta que ni siquiera necesita la aprobación judicial y el control de su ejecución lo llevará el Juez de Vigilancia¹³.

Los dos únicos centros psiquiátricos penitenciarios existentes en nuestro país (Foncalet en Alicante y Alcalá de Guadaira en Sevilla) no pueden acoger a todos los internos. Por ello, nada impide que puedan ser internados en hospitales psiquiátricos comunes. Sin embargo, estos centros no tienen las medidas de seguridad adecuadas, por haber sido concebidos con carácter preferentemente asistencial¹³.

Los centros psiquiátricos vienen denominados en el Reglamento Penitenciario de 1996 como establecimiento o unidades psiquiátricas penitenciarias, según el artículo 184, produciéndose el ingreso en los siguientes casos¹³:

1. Detenidos o presos con patologías psiquiátricas cuando la autoridad judicial decreta su ingreso para la observación con el

fin de emitir informe que pueda ser reclamado por la autoridad judicial. El artículo 381 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal³⁷ prevé que si el Juez de instrucción observa indicios de enfermedad mental en el procesado, le someterá a observación de los médicos del Establecimiento donde estuviera preso u otro público si estuviera en libertad o fuera más adecuado. La información médica que obtenga el Juez en estos casos, servirá para precisar la concurrencia o no de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el momento de los hechos.

2. Sujetos a quienes, por aplicación de una eximente completa o incompleta, el Tribunal sentenciador les haya impuesto una medida de seguridad de internamiento en un centro psiquiátrico penitenciario. Según el texto de la Ley Orgánica General Penitenciaria surgían dudas respecto a la necesidad de que los internados judiciales fueran ingresados necesariamente en psiquiátricos penitenciarios³⁸ por tratarse de sujetos absueltos cuyo tratamiento debería remitirse a la sanidad pública, sin embargo el contenido del artículo 184 del Reglamento Penitenciario lo especifica con claridad¹³.
3. Penados a los cuales, durante el cumplimiento de su condena por enfermedad mental sobrevenida, se les haya impuesto una medida de seguridad por el Tribunal Sentenciador.

Tras el ingreso, el equipo multidisciplinar de estos establecimientos ha de presentar un informe a la autoridad judicial con una periodicidad de seis meses para el correspondiente control judicial en cumplimiento del artículo 187 del Reglamento Penitenciario¹³.

El internamiento psiquiátrico de los enajenados dejó de ser obligatorio en 1983 pasando a ser impuesto solo en los casos necesarios y siempre que por el delito cometido se hubiera podido imponer pena privativa de libertad; de lo contrario se ha de elegir entre las no privativas de libertad del artículo 105 del Código Penal.

Como ejemplo de esta doble alternativa puede servir la Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 9 de febrero de 1996, que elige como medida el tratamiento ambulatorio precisamente porque los internamientos anteriores no fueron efectivos¹³.

Otra Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 13 de febrero de 1999 se decanta por el internamiento precisamente por las grandes dificultades para comportarse de acuerdo con las normas y la posibilidad de que en ciertas situaciones los impulsos del sujeto puedan pasar a la acción agrediendo de manera peligrosa a las personas; la Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 6 de marzo

INTRODUCCIÓN

de 2012, lo hace por la posibilidad de repetición de actos similares, su carencia absoluta de medios de vida y la necesidad de proporcionarle un tratamiento prolongado y vigilado¹³.

Este internamiento tiene establecida una duración máxima. En el caso de eximente completa no puede exceder del tiempo que hubiera durado la pena privativa de libertad si hubiera sido declarado responsable el sujeto. En caso de entender tal límite como el de la pena concreta aplicable al hecho cometido según el artículo 101.1 del Código Penal, es sumamente difícil de calcular porque se basa en una mera hipótesis y en todo caso desafortunado por tratarse de una situación de inimputabilidad.

Además esta mención es contradictoria con la que se hace en el artículo 6.2 del Código Penal, respecto a las medidas de seguridad en general, que impone como referencia a la pena abstractamente aplicable al delito cometido, límite mucho más adecuado a la finalidad de que la medida no sobrepase la duración y gravedad de la pena. En este mismo sentido se manifiesta la Circular³⁹ de la Fiscalía General del Estado 5/1997 de 24 de febrero.

El Juez en la sentencia tiene que declarar este límite máximo que debe ser el necesario para prevenir la peligrosidad y que termina con una larga tradición de medidas indeterminadas.

En el caso de eximente incompleta no puede exceder de la pena prevista para el delito. La Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 9 de junio de 1998 aclara que el límite previsto en el artículo 104 del Código Penal no es respecto a la pena concreta, sino a la abstracta¹³.

Según Cervelló Donderis¹³, hay que tener en cuenta que ésta flexibilidad permite que todo internamiento pueda ser sustituido, desde el principio o durante su trascurso, por el tratamiento ambulatorio y otro tipo de medidas³⁴.

Por su parte, el internamiento en centro de deshabitación puede ser en centro público o privado acreditados, para ello la Administración Penitenciaria ha de celebrar Convenios con otras Administraciones Públicas y entidades colaboradoras¹³.

Ni la Ley Orgánica General Penitenciaria ni el Reglamento Penitenciario¹⁹ los nombra. El artículo 182 del Reglamento Penitenciario, si menciona el internamiento en centros de deshabitación para reclusos de tercer grado que necesiten tratamiento específico, pero esto no es una medida de seguridad

sino la posibilidad de un tercer grado de cumplimiento en el exterior¹³.

El Código Penal¹² no permite la aplicación de una medida de seguridad en los casos de atenuante, lo que podría resultar adecuado no solo cuando se trata de una atenuante analógica, sino especialmente cuando se trata de la atenuante de grave adicción a las mismas sustancias que recoge la eximente de drogadicción del Código Penal en su artículo 21.1.

Para cubrir esta laguna el Tribunal Supremo ha admitido la aplicación en estos casos de una medida de seguridad. La Sentencia del Tribunal Supremo de 13 de junio de 1990 denuncia la incongruencia de que se permitan medidas terapéuticas de internamiento y tratamiento para la eximente incompleta y se niegue para la atenuante analógica (incluso siendo muy calificada), consiguiendo además que por la reducción de la pena resulte inoperante cualquier terapia prolongada; ante ello abre la vía para que los jueces y tribunales apliquen, si lo estiman procedente, medidas sustitutorias de internamiento y tratamiento en la atenuante analógica de enajenación mental⁴⁰.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de octubre de 1994 y la de 11 de abril de 2000 entienden que las consecuencias penales de

la atenuante analógica han de ser iguales que las de la eximente, ya que los criterios de legalidad, reinserción y resocialización así lo avalan¹³.

El problema de esta línea jurisprudencial es la vulneración que supone del principio de legalidad ya que se está haciendo una interpretación del artículo 21.7 del Código Penal¹³.

En todo caso, hay que diferenciar la medida de seguridad de internamiento para la deshabituación con el tratamiento médico del interno drogodependiente, como establece la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 1994 en la que, pese a rechazar el internamiento, no se descarta el tratamiento adecuado dentro del establecimiento penitenciario, lo que ya pasa a encuadrarse dentro de los programas de tratamiento de los centros penitenciarios¹³.

En relación al internamiento en centro de educación especial es un tipo de centro que no está contemplado en la Ley Orgánica General Penitenciaria ni en el Reglamento Penitenciario, solo lo recoge el Código Penal y la Instrucción 19/2011 de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias al regular el cumplimiento de las medidas de seguridad competencia de la Administración Penitenciaria¹³.

1.2.5.2 Medidas no privativas de libertad

Estas medidas suelen tener por objeto la privación o restricción de derechos distintos al de la libertad, entendida en sentido de que su aplicación no supone el internamiento del sujeto en un establecimiento de modo continuado.

Algunas de ellas pueden afectar directamente al derecho de libertad ambulatoria (prohibición de acudir a determinados lugares o visitar establecimientos de bebidas alcohólicas). Otras, en cambio, no van a suponer una restricción de derechos, sino que supondrán simplemente una carga para el que las ha de soportar (medida de sumisión a tratamiento externo en centros médicos) y pueden consistir también en actividades de vigilancia en beneficio del sometido a la medida (sometimiento a custodia familiar). Estas medidas se regulan en el artículo 96.3 del Código Penal.

En la ejecución de las medidas de seguridad, solo podemos acudir a la ejecución en virtud de sentencia firme. Con la ejecución hacemos referencia a las actividades, técnicas y procedimientos de intervención sobre el sujeto sometido a la medida, particularmente en el caso de medidas privativas de libertad, a la organización y régimen de los establecimientos en que se deban desarrollar las actividades de ejecución¹³.

1.3 LA PELIGROSIDAD CRIMINAL

1.3.1 Concepto

Se sitúa el origen del concepto de peligrosidad a finales del siglo XIX, en el curso de la expansión de los postulados biológicos propios de las corrientes positivistas del Derecho Penal que la utilizaban como presupuesto de aplicación de las medidas de seguridad, planteadas como nuevas sanciones punitivas previstas para los sujetos inimputables, siendo como tal recogida en el artículo 71 del Código Penal de 1928 como “estado especial de predisposición de una persona, del que resulta la probabilidad de delinquir”³⁴.

En dicho contexto, la peligrosidad criminal es una expresión del Derecho Penal preventivo que trata de valorar si quien se encuentra en un supuesto de inimputabilidad y ha manifestado una peligrosidad externa a través de la comisión de un hecho delictivo, también presenta una peligrosidad criminal de repetición de futuros hechos delictivos, como capacidad criminal que debe probarse en relación directa con el motivo concreto de falta de culpabilidad que le asiste y que se materializa en sus circunstancias biológicas, psicopatológicas y sociales, propias de los trastornos psicológicos, psicosociales o las drogodependencias³⁴.

Si su fundamento es evitar recaídas, el riesgo es la recidiva, es decir la activación de la enfermedad. Una vez que el paciente está compensado y su conducta se ha normalizado, es muy difícil prever riesgos hipotéticos sobre los que no hay indicios. No cabe duda de que si estas personas dejan de tomar la medicación existen posibilidades de recidiva y por tanto, de recaer en conductas previstas como delito. Sin embargo, no es el Derecho Penal el que debe procurar que tome su medicación, sino el sistema comunitario y el sistema sociosanitario. Las carencias de estos servicios comunitarios no pueden servir de excusa para apreciar una presunta peligrosidad criminal⁴⁰.

Pinatel describió la teoría de la personalidad criminal partiendo de los trabajos de De Greef y Heuyer. Desde esta concepción, el diagnóstico de peligrosidad criminal engloba dos conceptos⁴¹:

1. Capacidad criminal: viene dada por la interacción de los rasgos de egocentrismo, agresividad, labilidad e indiferencia afectiva.
2. Adaptabilidad social: valoración que se extrae de variables de personalidad, aptitudes físicas e intelectuales, que permiten al individuo adaptarse al medio en que vive con mayor o menor eficacia.

García Andrade afirma que “la criminología gira en torno a la agresividad que ha de entenderse como una actitud de lucha preformada biológicamente en todo ser vivo, en tanto que la violencia sería producto del medio ambiente, al cargar de valores la agresividad”⁴².

Castellano Arroyo, define a su vez la agresividad como “una energía o disposición presente en las personas, que las prepara para la lucha contra los elementos de su mundo circundante. Si dicha energía se canaliza adecuadamente, es un valor positivo, mientras que cuando se descontrola de la razón y se dirige contra las personas, adquiere un valor negativo”.

Según la Real Academia de la Lengua Española, la agresión la define como “acto de acometer a alguien para matarlo, herirlo o hacerle daño o acto contrario al derecho de otra persona”. La Doctora Castellano la define como hostilidad, es decir, cuando la agresividad “se transforma en acción física dirigida contra alguien o algo con intención de causarle daño”⁴³.

1.3.2 La peligrosidad criminal y la peligrosidad social

Entre las definiciones doctrinales de peligrosidad criminal a efectos de la suspensión de la ejecución de la pena se pueden destacar tres grandes grupos ³⁴:

1. En primer lugar, aquel que partiendo de la definición legal de peligrosidad criminal como pronóstico de comportamiento futuro, según el artículo 95.1 del Código Penal, vincula su definición a la predicción de la conducta humana. Mapelli Caffarena⁶ la define como la situación de carácter subjetivo que debe deducirse de las circunstancias objetivas y subjetivas, así como de factores sociales concurrentes y que permite prever que el sujeto volverá a cometer delitos en el futuro.
2. Un segundo grupo que sigue un criterio de seguridad colectiva en términos de defensa social. Según Hurtado Yelo es un criterio de prevención general, ya que se trata de prevenir a la sociedad frente a futuros actos delictivos del penado y salvaguardarla del peligro que supone la libertad del penado⁴⁴.
3. Un tercer grupo tiene su fundamento en la prevención especial. Llorca Ortega, lo define como «los factores a través de los cuales pueda deducirse que en el sujeto no existe una resistencia a la integración social de modo que la pena resulte perturbadora o simplemente innecesaria»⁴⁵. En este caso, al igual que hacen López Garrido y García Arán, no sería

necesario acreditar de forma positiva la presencia de la peligrosidad criminal, como ocurre en las medidas de seguridad, sino valorarla en sentido negativo, es decir su no presencia, para permitir que se pueda evitar el ingreso en prisión por no ser necesario⁴¹.

Según Cervelló Donderis, el primer criterio resulta de difícil valoración, dando lugar a su indeterminación, y el segundo criterio es absorbido por la prevención general. Por ello, considera que es el tercer criterio el más adecuado por las siguientes razones³³:

- En primer lugar no se basa en predicciones imposibles, sino en la constatación de datos que reflejen una oposición, un obstáculo o resistencia a la reinserción o integración social.
- En segundo lugar prioriza en correctos términos de prevención especial el interés rehabilitador y no desocializador del sujeto condenado frente a los de la colectividad.
- Finalmente, analiza la necesidad de la pena y con ello su papel perjudicial para la integración social.

En el ámbito legislativo, en los últimos años, han proliferado las ocasiones en las que se recoge el criterio de peligrosidad criminal en el Código Penal y, sin embargo, son todavía escasos los

pronunciamientos jurisprudenciales que se detienen a analizar con suficiente rigor su presencia³⁴.

Los pronunciamientos jurisprudenciales que hacen uso de la existencia de antecedentes penales para considera la presencia de peligrosidad criminal y por tanto para denegar la suspensión, son numerosos. Dichos antecedentes ponen de manifiesto la evidencia de una trayectoria delictiva y de peligrosidad criminal, determinada por los numerosos antecedentes policiales y causas penales abiertas por delitos similares.

Hay que tener en cuenta los principales criterios de valoración³⁴.

a) Los antecedentes penales, cuya valoración como signo de peligrosidad criminal no debe incluirse en el historial delictivo del sujeto durante su minoría de edad, sin perjuicio de valorar su evolución desde ese período. Esto supone vigilar la prohibición de la utilización de los antecedentes de menores cuando ya son adultos, en consonancia con la Disposición Adicional 3.^a de la Ley Orgánica de Responsabilidad Penal del Menor⁴⁶ que establece que las condenas de los menores no producen antecedentes penales, ya que el registro de Sentencias tiene unos fines específicos entre los que no figura la reincidencia y con las Reglas de Beijing⁴⁷, dictadas por la Organización de Naciones Unidas en 1985 y que regulan la

justicia de menores, se impide tener en cuenta la información de los registros de menores en los hechos subsiguientes cometidos por adultos.

La evidente utilización que hacen los jueces de este criterio se demuestra con el dato de que, en su gran mayoría, los casos de suspensión concedida recaen sobre sujetos con historial limpio de antecedentes penales, mientras que, cuando existen éstos, aun estando cancelados o siendo cancelables, la cifra baja hasta menos de la mitad.

b) Antecedentes penales vivos, es decir, no cancelados lo que supone la existencia de una condena firme en el momento de la decisión sobre la suspensión y no en el de la comisión del delito, exigiendo al menos una mínima inmediatez de esa valoración negativa del pasado como reveladora de la conducta futura.

En cualquier caso, cuando la existencia de antecedentes penales es utilizada como criterio único de valoración de la peligrosidad, no solo supone una grave vulneración de la esencia de la peligrosidad criminal, que debe basarse en la conducta futura y no en la pasada, por ser un concepto prospectivo referido al futuro, sino que además vulnera el principio *ne bis in idem* (no ser juzgado dos veces por el

mismo proceso) por utilizar unos hechos ya juzgados para agravar la situación penológica de otro posterior.

c) Procedimientos penales pendientes: no se refiere a los antecedentes de conductas delictivas pasadas y ya condenadas, sino de procedimientos penales pendientes de enjuiciamiento y por tanto respecto a los cuales existe todavía la presunción de inocencia, lo que puede llegar al extremo de entender como tal una mera imputación. Este criterio se incorporó al Código Penal en la reforma de la Ley 15/2003, de 25 de noviembre⁴⁸ junto al de la peligrosidad criminal, siendo visto por la mayoría de la doctrina como una manifestación o indicio de la peligrosidad criminal incorporada por el legislador para facilitar su apreciación, con mayor evidencia que los meros antecedentes policiales, lo que exige una información que debería ser facilitada por los decanatos de los Juzgados, pero que difícilmente puede obtenerse. El problema estriba, sin embargo, en que la existencia de procedimientos penales pendientes no indica peligrosidad, como probabilidad de conductas delictivas futuras, sino a lo sumo reiteración delictiva, lo que, además de ser diferente, no respeta la presunción de inocencia, ni la evolución posterior que puede desarrollar el sujeto.

No obstante, como requisito expresamente recogido por el legislador para la suspensión, y por tanto, no como signo o indicio de peligrosidad criminal, se puede hacer una lectura restrictiva del mismo para evitar su uso indiscriminado, lo que supone exigir, en todo caso, que haya al menos Auto de procesamiento o apertura de juicio oral en tales procedimientos, limitándolo, al igual que se ha entendido en el caso de los antecedentes penales, a la valoración de los procedimientos penales existentes en el momento de decidir la suspensión. Todo ello no impide reiterar la vulneración que supone del principio de presunción de inocencia y su escasa utilidad por los problemas prácticos derivados de la dificultad de averiguar dichos procedimientos penales pendientes, salvo que incluya datos reveladores de la sustracción a la justicia, como la situación en rebeldía.

d) Circunstancias personales: la valoración del conjunto de todas ellas, indican un pronóstico favorable o no, lo que da lugar a una extensa casuística de elementos evaluables, que son³⁴:

- Pago de la responsabilidad civil o esfuerzo en reparar, de manera que de quien no se hace cargo de los pagos se deduce un indicio de peligrosidad.
- Precocidad delictiva: supone valorar el inicio delictivo en la juventud.

- Situación personal actual del condenado: es quizá lo que más se ajusta a un pronóstico de comportamiento futuro. Por ejemplo, si el sujeto tiene una buena integración social, trabajo, apoyo familiar y social, ha estado un prolongado tiempo sin delinquir y se ha sometido a tratamiento. Todo ello con independencia de la existencia o no de antecedentes penales.

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Constitucional 202/2004 de 15 de noviembre, exige que, más allá de la mera comprobación de los requisitos legales, deban ponderarse las circunstancias individuales del penado³⁴.

1.3.3 La peligrosidad criminal y el riesgo de reincidencia

El riesgo se define como “un peligro que puede acontecer con una cierta probabilidad en el futuro, que no comprendemos totalmente sus causas o éstas no se pueden controlar de forma absoluta”⁴⁹.

Predecir la conducta de un ser humano es una cuestión difícil tanto desde el punto de vista psicológico como psiquiátrico. El riesgo de violencia es una variable en si misma, es continua, cambiante y específica. La ponderación y el conocimiento de los factores de

riesgo asociados a la violencia son el fundamento de la valoración del riesgo⁵⁰.

La violencia, entendida como una forma específica de fuerza que lesiona, destruye o mata, comprende toda interacción humana en la que mediante la fuerza se produce daño a otro para la consecución de un fin.

Según Villanueva Cañadas, se entiende por peligrosidad o estado peligroso: “aquel comportamiento del que con gran probabilidad puede derivarse un daño contra un bien jurídico protegido, o como aquella conducta que es reprobada socialmente”⁵¹.

La peligrosidad es la inclinación que tiene un sujeto, en inicio violento, que lo puede colocar en un estado peligroso o, lo que es lo mismo, la inclinación a delinquir⁵². Cuando esta tendencia se manifiesta con ocasión de cometer un delito se denomina “Peligrosidad criminal” (postdelictiva). Si esta conducta se manifestara y no se cometiera delito alguno se denomina “Peligrosidad Social” (predelictiva). La peligrosidad es un concepto jurídico que se sustenta en la existencia de un estado peligroso de ciertos individuos hacia la sociedad y no es sinónimo de delincuencia potencial. Para que una conducta pueda declararse

peligrosa debe existir la disposición legal anterior que establezca ese estado antisocial del sujeto.

Para evaluar el riesgo no necesitamos averiguar las causas de la violencia, sino los factores de riesgo asociadas a ella⁴⁸. Los protocolos de valoración del riesgo, a modo de esquema, han de incluir, seleccionar y armonizar los ítems diseñados sobre los siguientes aspectos⁴⁸:

- Naturaleza del tipo de violencia.
- Riesgo de aparición.
- Extensión temporal del riesgo.
- Intensidad del riesgo de violencia.
- Signos de alarma o indicios de cambio de riesgo.
- Factores de riesgo y de protección relevantes.
- Escenarios futuros del sujeto.
- Recursos de gestión del riesgo.

En la actualidad se suele reducir el criterio de peligrosidad a los sujetos inimputables, por lo que se presenta como un producto directo de la adicción o la inimputabilidad. Si bien es real que existe en estos dos grupos un cierto grado de violencia intrínseca, también es veraz que no solo se limitan a ellos las conductas socialmente reprobables y violentas¹.

Por otro lado, se está produciendo una tendencia que ha cobrado fuerza por parte del órgano jurídico, de solicitar de los médicos (peritos) diagnósticos certeros y pronósticos criminológicos y de garantías relacionadas con la peligrosidad social, todo lo cual lleva a la práctica psiquiátrica pericial a verse envuelta en tareas que dudosamente son médicas y por tanto pueden llevar al riesgo de que se le dé un uso impropio a los conocimientos y técnicas que utilizamos⁵³.

Según Vidal Palmer, para hacer un diagnóstico pericial de peligrosidad, se consideran dos elementos¹⁴:

1. Delictogénesis (Aspectos de la personalidad, sociales o medioambientales y clínico patológicos).
2. Delictograma (Características del delito actual y antecedentes delictivos).

En el primer elemento se evalúa al sujeto como un ente biopsicosocial, explorando su personalidad en cuanto a rasgos, carácter, actitudes, aptitudes e inteligencia; además se hace un análisis de las características sociales y del medio ambiente donde se desarrolló la personalidad de este sujeto, jugando un rol importante la familia y valorando, también, donde se desenvuelve en la actualidad y bajo qué normas y principios. En la valoración de

INTRODUCCIÓN

la personalidad es de vital importancia la búsqueda de rasgos de psicopatía, fundamentalmente basándonos en la escala de Robert de Hare, elemento este de gran valor tanto para el diagnóstico como para el pronóstico. En este punto tiene un alto valor diagnóstico el estudio de los aspectos clínicos patológicos de la enfermedad del sujeto, sobre todo la posible relación entre síntomas y conducta, otro aspecto de vital exploración y valoración es el consumo de sustancias tóxicas.

En cuanto al delictograma, cobra gran relevancia en el diagnóstico de las características del delito cometido en cuanto a sus características, gravedad, intensidad, frialdad o crueldad y la repercusión que este haya tenido en el medio social, valorando daños psíquico, físico y material; otro aspecto a tener en cuenta es si el sujeto es primario, reincidente o multirreincidente en la comisión de delitos.

Otro tanto ocurre al emitir un criterio de pronóstico, ya que se parte de la exploración realizada al sujeto al hacer el diagnóstico. Se debe tener en cuenta fundamentalmente la frecuencia de recaídas de su patología, los síntomas que presenta, la respuesta terapéutica y la aceptación de ésta. Además se evalúan los posibles cambios en su personalidad y un aspecto de vital importancia como es la

evaluación social para lo cual tenemos que dar respuesta a la posibilidad de reinserción social.

Solo después de haber realizado el perito un análisis médico legal pormenorizado y exhaustivo de estos aspectos estará en condiciones de emitir una hipótesis del diagnóstico y pronóstico de peligrosidad, donde se le da especial relevancia a aspectos del perfil psicológico del imputado, la relación más o menos probable entre determinados síntomas y posibles actos futuros y la influencia de factores exógenos sobre este sujeto.

Esta hipótesis distaría de un pronóstico científico certero de peligrosidad y delincuencia futura con garantías exactas de lo que ocurriría. Según Fernández Entralgo, este pronóstico debe corresponder exclusivamente a la autoridad judicial, teniendo en cuenta los informes médicos que para estos fines se expiden y todos aquellos que considere convenientes e indispensables para esta diligencia⁵⁴.

1.3.4 Pronóstico de comportamiento futuro: predicción de la peligrosidad

Para valorar el pronóstico de peligrosidad criminal es preciso que del hecho y de las circunstancias personales del sujeto se pueda

deducir un pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevos delitos según indica el artículo 95.1 del Código Penal. Esto es, si reúne el sujeto los síntomas y características indiciarios de su supuesta peligrosidad y si puede deducirse a partir de ellos la probabilidad de que cometa delitos en el futuro. Todo ello, con el fin de determinar ese pronóstico, se pueden emplear diferentes métodos³⁴:

1. El método científico: utilizará numerosos medios materiales así como especialistas cualificados. La gran dificultad de este método reside en su elevado coste económico, la complejidad y la excesiva duración del procedimiento.
2. El método intuitivo: se basa en apreciaciones subjetivas del Juez sobre el individuo, partiendo de sus experiencias profesionales. No cuenta con ningún apoyo científico o técnico que le sirva para envolverle de una mayor racionalidad.
3. El método clínico: se basa en una exploración individualizada de la personalidad del delincuente.
4. El método estadístico: se servirá de tablas de predicción. Se deben tomar datos sobre la personalidad del sujeto y se comparan las características del examinado con las que aparecen en una tabla.

Según Rodríguez Esbec⁵⁵ existen diversos instrumentos para la predicción de la peligrosidad que pueden englobarse en dos grandes categorías: clínicos y estadísticos.

- a) Los instrumentos clínicos son relativamente subjetivos e incluyen entrevistas, observación del comportamiento y el uso de inventarios o escalas.
- b) Los instrumentos estadísticos actuariales son explícitos, objetivos y no requieren ningún juicio de valor por parte del evaluador.

Algunos estudios destacan la importancia de factores dinámicos que generalmente quedan excluidos de las medidas puramente actuariales. En general, la experiencia clínica (titulación académica apropiada, entrenamiento clínico y legal y conocimiento de la literatura científica) combinada con alguna forma de predicción estadística, permite actualmente una mayor exactitud en la evaluación del riesgo, tanto en delincuencia violenta como en la violencia sexual⁵⁵.

Según Martínez Garay⁵⁶, el método clínico puro no estructurado consiste en la predicción de peligrosidad que realiza un experto basándose en su conocimiento y experiencia personales, sin sujetarse a ningún protocolo o regla explícita sino una entera

libertad para valorar los factores que estime oportunos y asignarles la relevancia que le parezca adecuada. Ello no significa que se trate necesariamente de una apreciación arbitraria o un juicio no fundamentado. En realidad dentro del método clínico cabría distinguir dos clases:

1. Una forma de proceder meramente intuitiva, cuando el juicio se formula sobre la base de la impresión subjetiva que al evaluador le ha causado el sujeto a valorar; la predicción se basa en su experiencia y conocimiento personales, pero sin efectuar un análisis detallado y exhaustivo de factores o elementos concretos.
2. La segunda sería la valoración clínica no estructurada en sentido estricto o, lo que en el ámbito alemán, se conoce como método clínico idiográfico o empírico individual.

El método individual efectúa un estudio detallado del sujeto que puede incluir la aplicación de test u otros instrumentos objetivos de evaluación, así como el repaso detallado de sus antecedentes vitales y delictivos y un estudio de personalidad, sin seguir un protocolo o regla explícita⁵⁶.

Los métodos actuariales, por el contrario, estructuran todo el proceso de estimación de la peligrosidad⁵⁷. Estos instrumentos descansan sobre una serie de premisas:

- La probabilidad de que suceda un evento futuro depende de la combinación de factores que determinaron su aparición en el pasado.
- No interesa conocer las relaciones de causa y efecto, sino únicamente la probabilidad estadística asociada a que, dada la presencia de un factor o suma de factores, ocurra determinado suceso.

En consecuencia, los instrumentos se construyen seleccionando muestras de sujetos, observando qué circunstancias concurren en ellos y observando su comportamiento. Se reúne información detallada sobre los factores que han estado asociados, en dicho grupo, a la concurrencia del evento que queremos predecir (en este caso, el delito) y con ello se construyen listas de ítems cuya presencia se considera que está asociada, de manera estadísticamente significativa, a la comisión de delitos. Permiten establecer una determinada probabilidad de reincidencia⁵⁶.

Como cualquier método estadístico, da lugar a falsos positivos y falsos negativos. Pero tratar de comprobar empíricamente cuántas

de las personas a las que sí se calificaron como peligrosas en realidad no lo eran es muy complicado. Cuando se aplica una medida de privación de libertad, esta situación impide al sujeto demostrar que si estuviera en estado de libertad no habría cometido delitos. En países como Estados Unidos o en Alemania si se ha aplicado este método a sujetos imputables peligrosos⁵⁶.

Hace unos años se aplicó en Cataluña un instrumento de evaluación del riesgo de violencia de juicio clínico estructurado (the Sexual Violence Risk-20, conocido como SVR-20) a un grupo de 163 agresores sexuales que habían quedado en libertad tras cumplir condena⁵⁸. Cada uno fue evaluado con este instrumento y se asignó una probabilidad de reincidencia y después se comprobó cuántos de ellos habían reincidido en un periodo de seguimiento promedio de cuatro años.

Los autores del estudio pretendían con ello ir explorando las posibilidades de aplicar estos instrumentos, tan consolidados ya en el mundo anglosajón, a la población española y contrastar si es posible obtener con su uso predicciones correctas de peligrosidad. Una de las conclusiones de aplicar este instrumento es que el SVR-20 “puede constituir una buena ayuda técnica para predecir el riesgo de reincidencia sexual”⁵⁸.

En la actualidad, en psicología y psiquiatría, la posibilidad de predicción de la conducta delictiva y/o violenta se afronta con más optimismo que hace cuarenta años, si bien se pone mucho énfasis en subrayar las limitaciones inherentes a cualquier predicción de comportamiento futuro. En general se defiende que los instrumentos de predicción modernos ofrecen estimaciones fiables sobre el peligro de reincidencia, con un grado de probabilidad superior al mero azar⁵⁹.

Aunque los autores de los distintos instrumentos de valoración del riesgo afirman que existen numerosos estudios que han replicado sus resultados, por lo que estaría acreditada su capacidad predictiva, algunos trabajos sugieren que la validez de estos instrumentos no pueden considerarse enteramente establecida, porque los estudios de la validación de los mismos no respetan en muchos casos las características esenciales de los estudios originales. Por ejemplo se aplican a muestras de población que no son similares a aquella para la que el instrumento se diseñó (en edad, sexo, raza, número de antecedentes delictivos, entre otros), no utilizaban el mismo periodo de seguimiento que el estudio inicial o no se basan en las mismas fuentes para obtener la información relevante⁵⁶.

INTRODUCCIÓN

En el informe sobre predicciones de peligrosidad de los informes psicológicos forenses emitidos por los Juzgados de Vigilancia Penitenciaria de Madrid, se detectaron correctamente el 83% de las reincidencias, sin embargo había una altísima tasa de falsos positivos (83%). En dicho informe se afirma que debe extremarse la rigurosidad a la hora de emitir informes favorables⁵⁵: “Teniendo en cuenta las graves consecuencias sociales y personales de estos delitos, no se deben realizar propuestas favorables si no se cuenta con todas las condiciones evaluadas a favor, ya que en estos casos debe primar la seguridad. El riesgo que se asuma debe ser mínimo. Es necesario controlar al máximo el riesgo para evitar nuevas víctimas. Obviamente, al establecer criterios rigurosos puede darse el caso de que penados que ya pudiesen obtener beneficios penitenciarios no los obtengan en un primer momento. Sin embargo, como hemos dicho, consideramos que debe prevalecer en estos casos el valor de seguridad”.

El hecho de que los pronósticos de peligrosidad estén rodeados de este tremendo grado de incertidumbre no ha preocupado hasta ahora mucho a los tribunales, que no consideran que ello sea un obstáculo para la imposición de una medida de seguridad⁴⁹.

En España, desde 1995, solo es posible imponer medidas de seguridad a sujetos que padecen trastornos mentales y han sido

declarados por ello inimputables o semiimputables. En general, los tribunales suelen derivar la existencia de peligrosidad a partir únicamente de la gravedad del hecho cometido y de la acreditación de la enfermedad mental del sujeto. En ocasiones, las fundamentaciones de las sentencias no permiten averiguar si se ha llegado siquiera a pedir opinión al perito sobre la peligrosidad del acusado y lo que parece deducirse de ellas es que el tribunal considera necesario el sometimiento del acusado a un tratamiento para su enfermedad.

La Sentencia de la Audiencia Provincial de Alicante (sección 2ª)⁶⁰ número 710/2010 de 19 de octubre, absuelve al acusado de un delito de asesinato en grado de tentativa por haber actuado bajo la influencia de un brote psicótico. Tras afirmar que “Informan los Médicos Forenses que el procesado sigue estando aquejado de su trastorno disociativo, trastorno que debe ser debidamente abordado con la correspondiente psicoterapia” añade sin solución de continuidad que “En tanto subsista el problema psíquico que presenta el acusado concurre la situación de peligrosidad, subsistiendo el riesgo de que puedan repetirse conductas como la aquí enjuiciada, entendiéndose la sala necesario, para proteger su persona y la de terceros, la medida de seguridad de internamiento

en hospital psiquiátrico penitenciario mientras su estado clínico no cambie”.

En relación al concepto de peligrosidad, actualmente aún existen controversias sobre qué tipo de peligrosidad se debe valorar. En este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo⁶¹ número 65/2011, de 2 de febrero, una de las que con más detalle aborda la cuestión de la peligrosidad como fundamento de las medidas de seguridad, afirma que: “en cuanto a los fines y función de la medida a adoptar, ha de ponderarse, de una parte, la protección del propio acusado, quien mediante el correspondiente tratamiento médico terapéutico puede controlar los impulsos de su enfermedad mental y acabar haciendo una vida normalizada, objetivo de rehabilitación social que acabará repercutiendo también en beneficio de la comunidad. Y se protege también con la medida a la sociedad, salvaguardándola de los riesgos que genera una persona que ya tiene acreditada una peligrosidad objetivada en el hecho enjuiciado, evitando la reiteración de tales actos en el futuro”.

Respecto del caso concreto, reproduce algunas de las afirmaciones contenidas en los informes médicos, uno de los cuales concluye que: “dada la ausencia de conciencia de enfermedad y que puede representar un peligro para terceros, se considera su ingreso en una unidad psiquiátrica para control y tratamiento, si procede” y en otro

lado se afirma que “en relación con los hechos que se le atribuyen las bases psicobiológicas de la imputabilidad del informado presentan una afectación completa”. En consecuencia la sala concluye que “Estos datos permiten inferir un peligro social que ha de ser combatido mediante la medida de seguridad que ha decidido la sala sentenciadora de instancia” que era la de internamiento en centro psiquiátrico, insistiendo a continuación en que en función de la evolución del sujeto se podrá modificar en el futuro según lo que dispone el artículo 97 del Código Penal.

Los diversos métodos de predicción de la peligrosidad han supuesto un modo de contribuir al mejor conocimiento de factores de riesgo y factores protectores. Sin embargo, su capacidad predictiva es muy baja cuando de lo que se trata es de predecir la probabilidad de comisión de futuros delitos por parte de un sujeto en concreto⁵⁶.

Las limitaciones estructuralmente inherentes a la posibilidad de predecir el comportamiento futuro de los individuos (limitaciones que son de tipo psicológico, estadístico y político criminal) unidas al hecho de que en los últimos cuarenta años en realidad se ha avanzado bastante poco por lo que respecta a la capacidad predictiva positiva de los diversos instrumentos, hacen aparecer

como poco probable que en un futuro previsible este estado de cosas vaya a mejorar de manera sustancial⁵⁶.

Los datos empíricos disponibles evidencian una notable y sistemática sobrestimación de la peligrosidad por parte de los peritos y de los tribunales. Los tribunales hasta ahora han ignorado en gran medida este estado de cosas, o al menos no han considerado que de él deban derivarse consecuencias para la regulación o la interpretación de las disposiciones que permiten la imposición de medidas restrictivas de derechos para los sujetos a los que se considera peligrosos⁴⁹.

1.4 VALORACIÓN MÉDICO FORENSE DE LA PELIGROSIDAD Y DE LA MEDIDA DE SEGURIDAD ADECUADA.

1.4.1 Exploración médico forense

La entrevista personal es el instrumento más adecuado para conseguir la información que permita hacer un diagnóstico. Deberá tener un enfoque psiquiátrico y en los casos de consumidores de sustancias, al igual que en otros casos de trastornos psíquicos, se debe generar por parte del entrevistador, el clima de confianza suficiente para poder manejar y conducir la entrevista. La entrevista está basada en la anamnesis y en la exploración psicopatológica.

La anamnesis, es decir, la recogida de casos y elaboración de la patobiografía, tiene en estos casos algunas peculiaridades, debidas a la personalidad y circunstancias de los drogodependientes, que nos interesa tener en cuenta, dado que los resultados pueden ser cuestionados en el juicio oral, puesto que son elementos de información relatados por los mismos interesados y a veces se cuenta con muy escasa información complementaria. Por ello, esta información debería ser complementada, si es posible, con otra procedente bien del grupo familiar, de informes médicos o de centros donde el sujeto haya recibido asistencia o tratamiento⁶².

Por otra parte, la entrevista puede ser considerada insuficiente, y en bastantes casos resulta así de hecho, para dar respuesta concreta a las cuestiones jurídicas que viene exigiendo la jurisprudencia, en concreto en los aspectos penales y con vistas a la modificación de la imputabilidad. Exigencias en torno al consumo, si hubo intoxicación, abstinencia, cuál era la gravedad del cuadro clínico y cuales las repercusiones y efectos concretos sobre conocimiento de la ilicitud de un hecho, la posibilidad de adecuar su actuación u la posibilidad de haber previsto la comisión del hecho, entre otros. Además se debe precisar justamente si ese estado psicopatológico se daba en el momento de ocurrir un hecho y establecer una

relación de causalidad entre ambas circunstancias, consumo de sustancias y un hecho determinado⁶².

El protocolo para el examen psicopatológico se compone de los siguientes elementos⁶³:

1. FILIACIÓN

- Nombre.
- Edad y fecha de nacimiento.
- Domicilio.
- Ocupación laboral en la actualidad.

2. ANTECEDENTES FAMILIARES

- Padre/Madre:
 - Edad.
 - Ocupación laboral.
 - Año y causa de fallecimiento.
 - Enfermedades físicas o mentales
 - Toxicomanías
 - Relación con ellos
- Hermanos:
 - Número.
 - Enfermedades físicas o mentales.
 - Toxicomanías.
 - Año y causa de fallecimiento.
 - Independizados o en el domicilio paterno.

- Relación con ellos.
 - Otros ascendientes que presentasen patología psiquiátrica.
3. ANTECEDENTES PERSONALES
- Salud.
 - Alteraciones en el embarazo o parto.
 - Anomalías en el desarrollo psicomotor.
 - Enfermedades distintas a las típicas en la infancia.
 - Intervenciones quirúrgicas.
 - Hospitalizaciones.
 - Accidentes (Traumatismo cráneo encefálicos, Ictus cerebral u otros).
 - Estudios
 - Hasta qué edad.
 - Hasta qué curso.
 - Resultados.
 - Cambios de colegio y motivos.
 - Trabajos
 - Tipos.
 - Si ha habido cambios y porqué.
 - Servicio Militar
 - A qué edad, dónde y cuánto tiempo.
 - Si tuvo arrestos.

INTRODUCCIÓN

- Si hubo ingresos hospitalarios.
- Si hubo consumo tóxico.
- Situación familiares
 - Estado civil.
 - Matrimonio o pareja de hecho.
 - Hijos y edades.
- Hábitos tóxicos
 - Tabaco
 - Tiempo de consumo.
 - Cantidad.
 - Alcohol
 - Tiempo.
 - Cantidad.
 - Clase.
 - Ritmo.
 - Reacciones anormales.
 - Drogas
 - Tipo.
 - Tiempo
 - Cantidad.
 - Ritmo.
 - Inicio.
 - Deterioro orgánico.
- Sexo

- Inclinaciones.
- Desviaciones.

4. ANTECEDENTES MÉDICO MENTALES

- Trastornos psicóticos.
- Tratamiento ambulatorio: tiempo.
- Ingresos hospitalarios:
 - Número.
 - Lugar y tiempo.
- Documentación médica que aporta.

5. EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

- Aspecto externo y actitud ante el explorador.
- Orientación: espacial y temporal.
- Lenguaje.
- Inteligencia.
 - Lectura y escritura.
 - Conceptos simples.
 - Conceptos abstractos.
 - Memoria reciente y de evocación.
 - Pensamiento: contenido, curso y velocidad.
 - Percepción: alteraciones.
 - Estado de ánimo.
 - Atención.
 - Concentración.

INTRODUCCIÓN

6. CONSIDERACIONES MÉDICO FORENSES: consiste en definir y explicar en qué consiste la patología que sufre.
7. VALORACIÓN MÉDICO FORENSE: en este apartado se interrelaciona la patología con los hechos objeto del informe pericial.
8. CONCLUSIONES MÉDICO FORENSES: se enumeran las conclusiones expresando qué diagnóstico tiene el explorado, su estado psiquiátrico en el momento de la exploración, y las cuestiones médico biológicas que motivan en informe: bases psicobiológicas de la imputabilidad, y/o pronóstico de comportamiento futuro.

La exploración médico forense debe incluir los siguientes apartados⁶⁴:

1. Fuentes de información que incluye:
 - Entrevista clínica y exploración psicopatológica haciendo constar: las circunstancias personales, familiares y sociales, el estado actual del informado, de sus funciones cognitivas.
 - Valoración forense de todas las diligencias judiciales así como el atestado policial, los antecedentes penales y posibles sentencias previas.

- Documentación médica y psiquiátrica: antecedentes médicos, tanto físicos como psiquiátricos, con especial referencia a drogas y alcoholismo.
- 2. Valoración basada en un juicio clínico estructurado.
- 3. Pruebas complementarias: todas las que estime el médico forense, como aplicación de test de personalidad o de inteligencia y pruebas de valoración del grado de dependencia al alcohol y otras drogas
- 4. Valoración médico forense del riesgo.
- 5. Emisión del informe médico forense.

1.4.2 Valoración médico forense de la peligrosidad en trastorno mental.

Según Checa González, un estudio clínico adecuado ha de ser la base de toda prognosis criminal, con toda la información complementaria que se requiera (pruebas complementarias, informes de centros penitenciarios, equipos de salud mental, servicios provinciales de drogodependencias, entre otros) y sobre ésta combinar y manejar los demás factores asociados a tener en cuenta, como los antecedentes de delincuencia, de tipo cultural y educacional, sociales, económicos, laborales⁶⁵.

INTRODUCCIÓN

Se trata de un estudio multidisciplinario que además de a médicos forenses o legistas, puede implicar a psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, profesionales de centros penitenciarios y otros. Según lo descrito, propone el siguiente protocolo a seguir en el estudio de la prognosis criminal⁶⁵:

- Hallar la causa relacionada (demostrada) con su peligrosidad: en trastorno mental, personalidad del sujeto o factores exógenos ambientales (aislados o múltiples).
- Establecer el estado actual de enfermedad, así como su evolución, pronóstico y capacidad de tratamiento.
- Evaluar factores ambientales, que actuarían como concausas: relaciones familiares, ambiente donde vive, educación y relaciones laborales, para determinar en todo caso si el sujeto es capaz de cambiar conductas si se modifican las condiciones ambientales, entre otros.

Desde el punto de vista médico legal, al estudiar la peligrosidad criminal de un sujeto podemos considerar dos posibles situaciones⁵³:

1. Estudio de la peligrosidad criminal y emisión de informes sobre la base de un estudio de imputabilidad, ya sea de forma simultánea o posterior a este último.
2. Estudio de la peligrosidad criminal de un sujeto sin estudio previo de su estado mental.

Si bien en ambos se persigue el mismo fin, hay connotaciones diferentes, pues en el primer caso la prognosis criminal se basará primordialmente en la cuestión patológica de la enfermedad y la alteración que ésta produzca en la forma de conocer y actuar⁶⁵.

En el primer supuesto, se debe razonar sobre el tipo de trastorno y relacionarlo con la posible peligrosidad según los antecedentes que tengamos sobre acciones llevadas a cabo y curso de la enfermedad. En estos casos, su pronóstico irá unido inexorablemente a la capacidad del tratamiento, su respuesta y el pronóstico⁶⁵.

La valoración médico forense es la más adecuada, en concreto la realizada por el médico forense con capacitación específica en psiquiatría forense, ya que se trata de cuestiones de base psicopatológica. Según afirma Conde Pumpido Ferreiro, es realmente difícil incluir un completo catálogo de enfermedades mentales, por lo que será la jurisprudencia y los peritos (psiquiatras) quienes deben determinar qué alteraciones o anomalías mentales causan la inimputabilidad del sujeto⁶⁶.

Asimismo, los Jueces de Vigilancia Penitenciaria pueden solicitar informes médico forenses a los Institutos de Medicina Legal, bien

para contrastar informes de los equipos de valoración y tratamiento o bien complementarlos⁵⁷.

La valoración de la peligrosidad o prognosis criminal, se realizará en los presupuestos siguientes desde el marco legal⁶⁵:

1. Para acordar el Juez o Tribunal juzgador en la sentencia la aplicación de penas accesorias como la prohibición de que el reo vuelva al lugar en que haya cometido el delito o acuda a aquel en que resida la víctima o su familia en determinados delitos (de homicidio, lesiones, aborto, contra la libertad, torturas y contra la integridad moral, la libertad sexual, la intimidad, el honor, el patrimonio y el orden socioeconómico).
2. Para acordar el Juez o Tribunal sentenciador que los beneficios y el cómputo de tiempo para la libertad condicional se refieran a la totalidad de las penas impuestas en la sentencia, en los casos en que la pena a cumplir resultase inferior a la mitad de la suma total de las impuestas.
3. Para acordar la suspensión de las penas privativas de libertad.
4. Para aplicar por el Juez o Tribunal medidas de seguridad, privativas o no privativas de libertad, en los supuestos de exención completa o incompleta de responsabilidad por

anomalía o alteraciones psíquicas, intoxicaciones por alcohol, drogas o síndrome de abstinencia o alteraciones de la percepción desde el nacimiento.

5. Para que el Juez de Vigilancia conceda la libertad condicional a los penados que reúnan las condiciones legales necesarias.
6. Para resolver por el Juez de Vigilancia los recursos interpuestos referentes a clasificación inicial y a progresiones de grado penitenciario.

En relación con el sujeto peligroso por factores ambientales y sociales, hemos de considerar la posibilidad de que haya rasgos acentuados de base de personalidad tipo antisocial, drogodependencias o retrasos intelectivos tipo border-line o debilidades mentales.

Por lo que respecta a la peligrosidad de base del sujeto, se deben considerar los casos de trastorno de personalidad⁶⁵.

En el caso concreto de las personas con trastornos mental grave, se aplicará el protocolo de exploración psicopatológico explicado en el primer apartado de este epígrafe. Se efectuará un estudio

exhaustivo de las funciones mentales superiores, y de los antecedentes médico psiquiátricos.

En relación con el pronóstico sobre la peligrosidad del sujeto, es decir, si el estado peligroso que presenta puede ser perdurable a largo plazo o no, requiere combinar las observaciones clínicas con otra serie de factores educacionales, sociales, laborales, entre otras. Se han presentado varios esquemas de pronóstico de reincidencia y tablas de predicción que han intentado dar un enfoque estadístico, si bien tenemos el problema de la variabilidad de la realidad sociológica, educacional y económica de unos países a otros, e igualmente hemos de considerar que estas tablas de prognosis definen a un colectivo y no a un individuo, lo cual da lugar a multitud de errores⁶⁵. Por este motivo, es necesario hacer un estudio individualizado de cada caso concreto.

El trastorno mental grave se ha relacionado directamente con conductas delictivas, si bien se debe pormenorizar en cada sujeto, el tipo de trastorno mental y la gravedad de la conducta anómala.

1.4.3 Valoración de la peligrosidad en la drogadicción

En el caso de la valoración de drogodependientes, el diagnóstico clínico está basado en la exploración psicopatológica, en el examen

físico y en las pruebas complementarias, siendo de especial interés el reconocimiento físico por los signos y síntomas evidentes de adicción.

Mediante la exploración física, se pueden obtener signos objetivos, tales como temblor intencional en alcohólicos, presencia de marcas de venopunciones o de cicatrices de abscesos en adictos crónicos a opiáceos o cocaína que emplean la vía parenteral, alteraciones del tabique nasal en adictos crónicos a la cocaína que la consumen vía nasal, cambios en el diámetro pupilar en consumos agudos, síndrome de abstinencia de adictos a la heroína que se manifiesta con temblores, rinorrea, lagrimeo y un malestar generalizado.

Según Fernando Rodes, la valoración penal de las reacciones delictivas de los drogodependientes presenta graves dificultades en la práctica y no admite reglas generales, sino que en cada caso se debe realizar un estudio individualizado⁶⁷.

El consumidor habitual, el que abusa, el que depende o el que presenta un cuadro de abstinencia, no presentan siempre la misma situación, ni todos los días ni a lo largo del mismo día. Lo normal es la presencia de períodos de intoxicación o de hallarse bajo los efectos de la sustancia, que alternan con otros libres de ella o de

bajo consumo y durante los cuales se recupera el sensorio, las repercusiones psicopatológicas no existen y el estado es equiparable a lo normal, al menos a efectos penales. Sin embargo, tras el consumo, la respuesta se produce de forma inmediata, normalmente en cuestión de segundos o minutos. Durante los periodos de consumo en las recaídas, los daños para el individuo y su entorno se demoran en el tiempo, en relación con la rapidez de la obtención del efecto placentero. Prevalece la capacidad de gratificación inmediata, segura e intensa, frente a los riesgos probables y demorados de sufrir daños de diversa consideración⁶⁸.

1.4.4 Valoración de la medida de seguridad más adecuada: conclusiones del informe médico forense

De igual forma, las conclusiones, según los datos estudiados, deben establecerse con los límites de probabilidad y cautela que se estime oportuno. En general, sobre la peligrosidad de la persona deberá concluirse:

- Primero. Si puede ser considerada peligrosa.
- Segundo. Sobre la causa o causas de dicha peligrosidad criminal.
- Tercero. Pronóstico según la capacidad de modificación de esa causa y los demás factores ambientales que puedan incidir.

- Cuarto. En el caso de que se trate de trastornos mentales, qué tipo de tratamiento puede ser el adecuado dada su peligrosidad (centro hospitalario, tratamiento ambulatorio en centro adecuado).
- Quinto. En el caso de drogadicción, la antigüedad de la misma, si está sometido o ha estado sometido a tratamiento de deshabituación y la medida de seguridad más adecuada (unidad hospitalaria, centro ambulatorio u otro lugar).

1.5 LEGISLACION ESPAÑOLA

1.5.1 Finalidad de la pena.

En el plano teórico-jurídico, la finalidad de las penas privativas de libertad es la de reeducar y reinserir en la sociedad a las personas que han cometido el delito. Así lo establece la Constitución Española⁶⁹ en su artículo 25.2, cuando dice: “Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrá consistir en trabajos forzados. El condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma gozará de los derechos fundamentales de este capítulo, a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria. En todo caso, tendrá derecho a un trabajo

INTRODUCCIÓN

remunerado y a los beneficios de la seguridad social, así como al acceso de la cultura y al desarrollo integral de la personalidad”; es decir, a todos los derechos fundamentales de los ciudadanos a excepción de aquellos que limite la propia sentencia.

Por lo tanto la finalidad de la pena, en nuestro sistema penal, parte de la concepción de Beccaria, para quien el fin es impedir al reo causar daños a sus conciudadanos y apartar a los demás de cometer otros iguales. A lo que habría que añadir el principio que proclamó este mismo autor de proporcionalidad o humanidad. Según dice Beccaria: “Deben por tanto ser elegidas aquellas penas y aquel método de infringirlas que, guardada la proporción, produzcan la impresión más eficaz y más duradera sobre los ánimos de los hombres, y la menos atormentadora sobre el cuerpo del reo”⁷⁰.

Es común el empleo de los términos “función y fines de la pena” para el análisis y discusión de dos aspectos: los objetivos que persigue la pena, básicamente dirigidos a evitar delitos futuros y los mecanismos utilizados para ello a través de la prevención general y la prevención especial. En este sentido la Sentencia del Tribunal Constitucional 55/1996 de 28 de Marzo distingue entre un fin esencial y directo de protección al que responde la norma y otros fines legítimos que puede perseguir la pena y las diversas formas

en que la misma opera (funciones o fines inmediatos entendidos como prevención general y prevención especial)⁷¹.

El análisis de los fines de la pena ha sufrido una interpretación pendular ya que cuando determinadas finalidades se dan por superadas acaban regresando con matices, formando con ello un constante ir y venir que va perfilando la eficacia y legitimidad de la pena en función de los cambios sociales y políticos producidos⁷¹.

La Sentencia del Tribunal Constitucional, STC, 28/1988 de 23 de Febrero y otras muchas después (STC 72/1994 de 3 de marzo, STC 75/1998 de 31 de Marzo) han establecido que el artículo 25.2 de la Constitución Española no confiere como tal un derecho amparable que condicione la posibilidad y la existencia misma de la pena a esa orientación, por no ser un derecho subjetivo ni fundamental sino un mandato al legislador para orientar la política penal y penitenciaria. Por eso no puede haber penas privativas de libertad que por su duración o su modo de cumplimiento impidan u obstaculicen de modo significativo la reeducación y reinserción social del condenado⁶¹. El fin constitucional es orientar las penas hacia la prevención especial, reeducando o resocializando⁷².

INTRODUCCIÓN

La misma idea es plasmada en la Ley Orgánica General Penitenciaria, así como en el Reglamento que la desarrolla¹⁹. El artículo 1 de la Ley Orgánica General Penitenciaria dispone que: “Las instituciones penitenciarias tienen como fin primordial la reeducación y la reinserción social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad”.

El Reglamento Penitenciario¹⁹ recoge en su artículo 2 los fines de la actividad penitenciaria y señala que “la actividad penitenciaria tiene como fin primordial la reeducación y reinserción social de los sentenciados a penas y medidas de seguridad privativas de libertad”. Por otro lado, el artículo 3 del citado Reglamento dice: “El principio inspirador del cumplimiento de las penas y medidas de seguridad privativas de libertad será la consideración de que el interno es sujeto de derecho y no se haya excluido de la sociedad, sino que continua formando parte de la misma”.

Según Mapelli Caffarena⁶, la reeducación de manera objetiva se basa en el modelo de un buen ciudadano y con un nivel aceptable de conciencia cívica. La reeducación en sentido subjetivo incide sobre todo en el fuero interno de la persona y está encaminada a la conversión moral del culpable⁷³.

1.5.2 Medidas de seguridad

La ejecución de la pena o de la medida de seguridad se realizará bajo el control de los Jueces y Tribunales competentes. Tal control conlleva el de la propia adecuación de la medida o medidas impuestas al sometido, conforme al principio de individualización científica. Dicho control corresponderá fundamentalmente al Juez de Vigilancia Penitenciaria.

En la ejecución de las medidas, la competencia para la revisión, modificación y puesta en práctica de las mismas, se atribuye al Tribunal Sentenciador, a propuesta del Juez de Vigilancia Penitenciaria (en los artículos 3.2, 97 y 98 del Código Penal).

Las variaciones en la ejecución de las medidas son:

1. Cese de la medida. Según el artículo 97 del Código Penal estamos ante un supuesto en el que ha desaparecido el hecho que fundamentaba la aplicación de la medida. Ha desaparecido la peligrosidad que se le imputaba al sujeto.
2. Sustitución de la medida. Establece el artículo 97 del Código Penal que cabe sustituir una medida más gravosa por otra que lo sea menos. Si el sujeto evoluciona desfavorablemente, el precepto obliga a dejar la misma sin efecto y volver a aplicar la medida sustituida.

3. Suspensión de la medida. Según el artículo 97 del Código Penal esta medida quedará condicionada a que el sujeto no delinca durante un plazo fijado, plazo que será el que resta desde que se concede hasta el fijado como máximo de cumplimiento en la sentencia.
4. Quebrantamiento de la medida. En la redacción del artículo 100 del Código Penal se recoge, cuando el quebrantamiento sea de una medida privativa de libertad dará lugar al reingreso del sujeto en el establecimiento del que se hubiera evadido. En caso de que se quebrante una medida no privativa de libertad, puede dar lugar a una sustitución de la medida por una de privación de libertad.

Durante la ejecución de la medida, el Juez o Tribunal sentenciador podrá adoptar, mediante un procedimiento contradictorio, previa propuesta del Juez de Vigilancia Penitenciaria, alguna de las siguientes decisiones:

- a) Mantener la ejecución de la medida de seguridad impuesta.
- b) Decretar el cese de cualquier medida de seguridad impuesta en cuanto desaparezca la peligrosidad criminal del sujeto.
- c) Sustituir una medida de seguridad por otra que estime más adecuada, entre las previstas para el supuesto de que se trate.
- d) Dejar en suspenso la ejecución de la medida en atención al resultado ya obtenido con su aplicación, por un plazo no

superior al que reste hasta el máximo señalado en la sentencia que la impuso.

A estos efectos, el Juez de Vigilancia Penitenciaria estará obligado a elevar, al menos anualmente, una propuesta de mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la medida de seguridad privativa de libertad impuesta. El Juez de Vigilancia Penitenciaria, al objeto de elevar dicha propuesta al sentenciador, deberá valorar los informes emitidos por los facultativos y profesionales que se ocupen del sometido a medidas de seguridad, y, en su caso, el resultado de las actuaciones que a tal fin ordene.

En los casos de concurrencia de penas y medidas de seguridad privativas de libertad se sigue el sistema vicarial⁹, en virtud del cual se ordenará en primer lugar el cumplimiento de la medida y el Juez o Tribunal puede suspender el cumplimiento de la pena si con su ejecución se ponen en peligro los efectos logrados con aquella o imponer medidas no privativas de libertad.

La redacción del artículo 99 del Código Penal¹² dice: “En el caso de concurrencia de penas y medidas de seguridad privativas de libertad, el juez o tribunal ordenará el cumplimiento de la medida, que se abonará para el de la pena. Una vez alzada la medida de

seguridad, el juez o tribunal podrá, si con la ejecución de la pena se pusieran en peligro los efectos conseguidos a través de aquélla, suspender el cumplimiento del resto de la pena por un plazo no superior a la duración de la misma, o aplicar alguna de las medidas previstas en el artículo 96.3.”

1.5.3 La suspensión de las penas privativas de libertad que precisan una valoración médico forense.

Se trata de cuestiones de tipo médico, biológico y social que son valoradas por el médico forense al emitir un informe pericial en relación a la peligrosidad criminal de una persona, a efectos de aplicar una medida de seguridad como beneficio penalógico o aplicar una pena específica.

En el Código Penal de 1995¹² se expresa en el Capítulo Segundo del Título Primero, Libro Primero: “De las causas que eximen de la responsabilidad criminal”. En concreto en el artículo 20 las circunstancias de los números 1º 2º y 3º en las que se aplicarán, las medidas de seguridad previstas.

Existe en el Código Penal un elenco de artículos en los cuales se exigen la participación del informe pericial médico forense, al tratarse de aspectos médico biológicos que requieren la emisión del

informe médico forense para asesorar a la autoridad judicial en relación a las medidas de seguridad. Estos son:

a) En relación a las medidas de seguridad privativas de libertad.

En el artículo 101 se establece el supuesto de exención de responsabilidad criminal por alteraciones psíquicas o trastorno mental transitorio (número 1 del artículo 20) para internamiento y aplicación de tratamiento médico o educacional (limitada a la duración de la pena privativa de libertad que le hubiera correspondido si el sujeto hubiera sido declarado responsable) o una medida no privativa de libertad.

Se expresa literalmente lo siguiente:

“1. Al sujeto que sea declarado exento de responsabilidad criminal conforme al número 1º del artículo 20, se le podrá aplicar, si fuere necesaria, la medida de internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie o cualquier otra de las medidas previstas en el apartado 3 del artículo 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si hubiera sido declarado responsable el sujeto y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo.

INTRODUCCIÓN

2. El sometido a esta medida no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador, de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código”.

El artículo 97 contempla la posibilidad que el Juez o Tribunal, durante la ejecución de la sentencia, mediante un procedimiento contradictorio y previa propuesta del Juez de Vigilancia Penitenciaria, pueda mantener, hacer cesar, sustituir o suspender la medida de seguridad privativa de libertad impuesta.

En el artículo 102 se establece la exención de responsabilidad por intoxicación plena de bebidas alcohólicas o drogas o por la concurrencia de un síndrome de abstinencia (número 2 de artículo 20), circunstancias en las que, de igual forma, puede imponerse el internamiento en centro de deshabitación o medidas no privativas de libertad.

Se expresa literalmente lo siguiente:

“1. A los exentos de responsabilidad penal conforme al número 2º del artículo 20 se les aplicará, si fuere necesaria, la medida de internamiento en centro de deshabitación público, o privado debidamente acreditado u homologado, o cualquiera otra de las medidas previstas en el apartado 3 del artículo 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de

libertad, si el sujeto hubiere sido declarado responsable, y a tal efecto, el Juez o Tribunal fijará ese límite máximo en la sentencia.

2. El sometido a esta medida no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador, de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código”.

En el artículo 103 se recoge la exención de responsabilidad por alteraciones de la percepción desde el nacimiento o la infancia, con posibilidad de aplicación de internamiento en centro educativo especial, o medidas de las establecidas en el apartado 3 de artículo 96, no privativas de libertad.

Se expresa lo siguiente:

“1. A los que fueren declarados exentos de responsabilidad conforme al número 3º del artículo 20, se les podrá aplicar, si fuere necesaria, la medida de internamiento en un centro educativo especial o cualquier otra de las medidas previstas en el apartado 3 del artículo 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si el sujeto hubiera sido declarado responsable y, a tal efecto, el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo.

2. El sometido a esta medida no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código.

3. En este supuesto, la propuesta a que se refiere el artículo 97 de este Código deberá hacerse al terminar cada curso o grado de enseñanza”.

b) En relación a las medidas de seguridad no privativas de libertad.

En el artículo 104 se establece el supuesto de exención incompleta de responsabilidad en relación con los números 1,2 y 3 del artículo 20, habiéndose de cumplir primero la medida de seguridad, e incluso ésta puede sustituir a la pena, como ya establecía el artículo 99.

El artículo 104 dice:

“1. En los supuestos de eximente incompleta en relación con los números 1º, 2º y 3º del artículo 20, el Juez o Tribunal podrá imponer, además de la pena correspondiente, las medidas previstas en los artículos 101, 102 y 103. No obstante, la medida de internamiento solo será aplicable cuando la pena impuesta sea privativa de libertad y su duración no podrá exceder de la de la pena prevista por el Código para el delito. Para su aplicación se observará lo dispuesto en el artículo 99”.

Por su parte, el artículo 105, establece una serie de medidas no privativas de libertad que, en los casos anteriores de exención completa o incompleta de responsabilidad criminal por los números 1, 2 y 3, pueden sustituir a la medida de internamiento, por lo que el juez puede aplicar razonadamente una o varias, limitadas temporalmente en cinco años (sumisión a tratamiento externo en centros médicos o de carácter socio sanitario, obligación de residir en territorio determinado, prohibición de residir en lugar o territorio, prohibición de acudir a determinados lugares o visitar establecimientos de bebidas alcohólicas, sometimiento a cuidado y vigilancia de un familiar o sometimiento a programas de tipo formativo, cultural, educativo, profesional, de educación sexual y otros similares) o en diez años (privación de licencia o permiso de armas, privación de derecho de conducción de vehículos a motor y ciclomotores).

1.5.4 Aspectos de interés de la Ley Orgánica 1/2015.

La ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, expresa en la exposición de motivos lo siguiente⁷⁴: “La necesidad de fortalecer la confianza en la Administración de Justicia hace preciso poner a su disposición un sistema legal que garantice

INTRODUCCIÓN

resoluciones judiciales previsibles que, además, sean percibidas en la sociedad como justas. Con esta finalidad, se lleva a cabo una profunda revisión del sistema de consecuencias penales que se articula a través de tres elementos: la incorporación de la prisión permanente revisable, reservada a delitos de excepcional gravedad; el sistema de medidas de seguridad, con ampliación del ámbito de aplicación de la libertad vigilada; y la revisión de la regulación del delito continuado”.

Junto con ello, se afrontan dos reformas que están orientadas a incrementar la eficacia de la justicia penal: de una parte, se modifica la regulación de la suspensión y de la sustitución de las penas privativas de libertad y por otra, se introduce un nuevo sistema, caracterizado por la existencia de un único régimen de suspensión que ofrece diversas alternativas, que introduce mayor flexibilidad y eficacia.

El texto incluye las sugerencias realizadas por los órganos consultivos (Consejo Fiscal, Consejo General del Poder Judicial y Consejo de Estado) y entre sus principales novedades figura la prisión permanente revisable en supuestos de excepcional gravedad. También profundiza en la imposición de medidas de seguridad que inició la Ley Orgánica 5/2010 con los delincuentes sexuales⁷⁵, de forma que la libertad vigilada podrá aplicarse a más

delitos en función de la peligrosidad del reo: por primera vez se establece un sistema dualista, donde por un lado una pena castiga el hecho cometido y una medida de seguridad protege a la sociedad de la peligrosidad del sujeto.

El Código Penal de 1995 impide la aplicación de una medida de internamiento en un centro cerrado por un delito que no esté castigado con la pena de prisión e imposibilita que se cumpla a continuación de la pena. Es justo lo contrario de lo que se ha proyectado con la reforma de la L.O 1/2015.

Se modifica el artículo 6.2 del Código Penal, vaciándolo de una parte sustancial de su contenido y establece que: “Las medidas de seguridad no podrán exceder el límite de lo necesario para prevenir la peligrosidad del autor”. Por lo tanto, el criterio de la gravedad del hecho cede ante el de la peligrosidad del infractor, y la peligrosidad sustituye a la culpabilidad como límite de la sanción a imponer

1.5.4.1 Artículos que introducen modificaciones en medidas de seguridad.

Se modifica la redacción de los artículos 95 y 96 que hacen referencia a los requisitos necesarios para la aplicación de las

medidas de seguridad y los tipos de medidas de seguridad⁶⁴. Además se modifican los artículos 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103 y 104. Se introduce un nuevo artículo 308 bis que establece un nuevo requisito para la suspensión de la pena privativa de libertad que es el pago de la indemnización civil. También se introducen los artículos 103 bis y 104 bis que dan un nuevo carácter a la suspensión de las penas, al darle mayor importancia a la medida de seguridad de libertad vigilada. En este sentido se dirigen las modificaciones de los artículos 105, 106 y 107⁷⁴.

El artículo 95, que queda redactado como sigue:

“1. Las medidas de seguridad se aplicarán por el Juez o Tribunal, previos los informes que estime convenientes, cuando concurren las siguientes circunstancias:

1. Que el sujeto haya cometido un hecho previsto como delito.
 2. Que del hecho y de las circunstancias personales del sujeto pueda deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevos delitos.
 3. Que la imposición de una medida de seguridad resulte necesaria para compensar, al menos parcialmente, la peligrosidad del sujeto.
2. La medida de seguridad que se imponga deberá ser proporcionada a la gravedad del delito cometido y de aquéllos que

se prevea que pudiera llegar a cometer, así como a la peligrosidad del sujeto”.

Se modifica el artículo 96, que queda redactado con el siguiente tenor:

“1. Las medidas de seguridad que se pueden imponer con arreglo a este Código son privativas y no privativas de libertad.

2. Son medidas privativas de libertad:

1. El internamiento en centro psiquiátrico.
2. El internamiento en centro de educación especial.
3. El internamiento en centro de deshabitación.

3. Son medidas no privativas de libertad:

1. La libertad vigilada.
2. La prohibición de ejercicio de actividad profesional.
3. Expulsión del territorio nacional de extranjeros”.

1.5.4.2 Beneficios de la Ley Orgánica 1/2015.

La redacción de la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, introduce mejoras que ayudan al juez en la gestión de la aplicación de la suspensión e introduce criterios de interpretación de los términos normativos, tal que:

INTRODUCCIÓN

- a) Introduce criterios para determinar la peligrosidad: el Juez o Tribunal valorará circunstancias del delito, personalidad del penado, sus antecedentes, la conducta posterior al hecho, esfuerzo para reparar el daño causado, circunstancias familiares, sociales y los efectos que se pueda esperar de la propia suspensión de la ejecución y del cumplimiento de las medidas impuestas.
- b) Incorpora un criterio orientador de la aplicación de las condiciones que obligan al juez al establecimiento de un juicio de inferencia de la medida con la peligrosidad como sigue: “cuando resulte necesario para evitar el peligro de comisión de nuevos delitos” y con un límite tal que “no pueden ponerse deberes y obligaciones que resulten excesivos y desproporcionados”.
- c) Introduce los requisitos para la revocación de la suspensión, al distinguir el “incumplimiento grave” del “no grave o reiterado”; el primero conllevará directamente la revocación; del segundo y tercero, la posibilidad de imponer nuevas prohibiciones o prorrogar el plazo de suspensión en caso de incumplimiento que no hubiese sido grave o reiterado. Quedará en manos del juez fijar y dar contenido al concepto “gravedad”, que tiene que ser expresivo de una voluntad firme y decida de abandono e incumplimiento de la obligación. Se caracteriza por que la voluntad firme de abandono e incumplimiento de la obligación no existe, sino que se observa una actitud de dejadez o falta de interés.

d) Introduce los criterios que mejoran la seguridad jurídica en el supuesto en que el penado haya delinquido durante el plazo de suspensión y haya sido juzgado y condenado con posterioridad a la extinción definitiva de la pena. Establece como criterio de revocación lo siguiente: “suspensión siempre que no hubiera transcurrido más de un año desde la finalización del plazo de suspensión y en un tiempo menor a 6 meses desde la firmeza de la sentencia de condena”.

1.6 ESPECIAL REFERENCIA A LA DROGADICCIÓN Y SU TRATAMIENTO.

1.6.1 Criterios específicos de sustitución de la pena privativa de libertad.

Dentro de los mecanismos de suspensión de la ejecución de la pena privativa de libertad, previstos en el Código Penal de 1995, adquiere una especial relevancia el recogido en el artículo 87, dirigido a aquellos sujetos drogodependientes cuya actividad delictiva viene motivada fundamentalmente por su adicción⁷⁶.

Larrauri Pijoán⁷⁷ señala que la persona drogodependiente puede verse sometida a un doble régimen en el Código Penal de 1995:

INTRODUCCIÓN

1. Medidas de seguridad, si el sujeto, cuando comete el hecho delictivo, está bajo la influencia de las drogas o del síndrome de abstinencia (artículo 20.2º del Código Penal);
2. Si no está dentro de estos supuestos, pero ha cometido el hecho delictivo «a causa de su dependencia», entonces se abre la vía «especial» de la suspensión de la ejecución de la pena prevista en el artículo 87 del Código Penal.

El fundamento específico de la modalidad de suspensión prevista en el artículo 87 del Código Penal radica en que la realización de un tratamiento rehabilitador posee una función preventiva especial y también existen aspectos de carácter preventivo general. En este sentido, la propia Sentencia del Tribunal Supremo 409/2002, de 7 de marzo⁷⁸, señala que el fundamento del artículo 87 es ofrecer “una alternativa a la pena privativa de libertad capaz de suponer, al mismo tiempo, una respuesta al hecho delictivo, siempre necesaria para afirmar la vigencia de la norma y una consecuencia que posibilita la reinserción que interesa, indudablemente, al autor del hecho delictivo condicionado por la drogadicción”.

Lo que resulta esencial a la hora de valorar la posible aplicación del artículo 87 de este es observar si la dependencia padecida por el sujeto ya condenado constituye un factor criminógeno relevante en su comportamiento, con el propósito de estimar si resulta razonable

esperar la rehabilitación social del penado, al considerar que esa peligrosidad criminal puede quedar sensiblemente reducida o incluso desaparecer por completo, una vez que desaparece el referido factor criminógeno.

El antecedente y modelo del artículo 87 del Código Penal de 1995, lo constituye el artículo 93 bis del Código Penal de 1973, el cual fue introducido en la legislación penal mediante la Ley Orgánica 1/1988, de 24 de marzo, de reforma del Código Penal en materia de drogas que respondía fundamentalmente al Plan Nacional sobre Drogas aprobado por el Congreso de los Diputados en julio de 1985. Dicho Plan preveía, entre las acciones encaminadas a conseguir una reducción de la oferta, la «suspensión temporal de la pena si el toxicómano traficante se somete a rehabilitación»⁷⁹.

Un análisis exhaustivo, a la vez que tremendamente crítico, de la reforma operada en el Código Penal por la Ley de 1988 puede verse en el libro de Prieto Rodríguez⁸⁰.

El legislador, en el año 1988, reconocía implícitamente la necesidad de profundizar en la búsqueda de alternativas a la prisión en el caso de los delincuentes con antecedentes de drogadicción, dada la manifiesta imposibilidad de tratar y curar a éstos en la

cárcel. En este sentido, se ha llegado incluso a afirmar que la introducción de esta forma especial de remisión condicional respondió en su momento al intento de compensar, a modo de “oasis preventivo especial”, la fuerte tendencia represiva que implicó en general la reforma del año 1988 en cuanto a los delitos relacionados con el tráfico de drogas y que llenó los centros penitenciarios de delincuentes toxicómanos⁸¹.

Esa especie de reforzamiento de la orientación preventiva especial, con la introducción del artículo 93 bis del Código Penal de 1973, se pretendía conseguir mediante una fórmula específica: la aplicación de una medida alternativa a la prisión a través de un tratamiento extrapenitenciario.

El artículo 93 bis del Código Penal de 1973 exigía como requisito objetivo para acordar la suspensión condicional que la condena no excediera de dos años de privación de libertad. De este modo, si se ponía en relación este plazo con el tipo de delitos cometidos más frecuentemente por los delincuentes toxicómanos (robos con fuerza, violencia e intimidación, tráfico de drogas) y, más concretamente, con la penalidad prevista para estas tipologías en el entonces vigente Código Penal, resulta que la suspensión pocas veces podía ser acordada, a no ser que en la sentencia se hubieran

tenido en cuenta atenuantes muy cualificadas o eximentes incompletas⁸².

En palabras de Zugaldía Espinar, esta limitación a dos años suponía no solo un contrasentido, sino incluso un claro síntoma de “cinismo legislativo”, dados los tipos delictivos que suelen cometer con mayor frecuencia los sujetos drogodependientes⁸³.

La regulación de este supuesto especial de suspensión de la ejecución de la pena privativa de libertad en los casos de drogodependencia se contiene ahora en el artículo 87 del Código Penal. Este precepto permite al Juez o Tribunal, con audiencia de las partes, acordar la suspensión de la ejecución de determinadas penas privativas de libertad de los penados que “hubiesen cometido el hecho delictivo a causa de su dependencia de las sustancias señaladas en el número 2º del artículo 20”.

El artículo 87 del Código Penal¹² establece que. “el Juez o Tribunal [...] podrá acordar la suspensión [...]”, siendo así una facultad potestativa y discrecional de los órganos jurisdiccionales, del mismo modo que se establece en el artículo 80.1 del Código Penal para la suspensión ordinaria. De esta manera, el legislador de 1995

evidencia de nuevo la naturaleza individualizadora de este instituto, así como la función de tipo preventivo especial que le confiere.

En principio hay que decir que el artículo 87 el Código Penal ofrece una regulación técnicamente más acertada que el modelo previsto en el Código Penal de 1973, ampliando el ámbito de aplicación del precepto.

En relación con este artículo cuya redacción está justificada por su especialidad, los artículos 80 a 86 del Código Penal actuarán como complementarios y supletorios⁸⁴.

En un inicio la regulación anterior de 1988 limitaba la gravedad de la pena a dos años, más tarde en 1995 se amplió a tres años y ese límite fue elevado a cinco mediante la Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre.

1.6.2 Gravedad de los delitos.

En los delitos funcionales, que son aquellos cometidos habitualmente a causa de la adicción, se consideran circunstancias atenuantes. Así, para los delitos de robo (artículos 240, 241 y 242 del Código Penal), la pena prevista en el Código Penal de 1995 en ningún caso supera los cinco años, por lo cual la previsible

conurrencia de la circunstancia atenuante específica de toxicomanía, ya fuera como eximente incompleta (artículo 21.1º del Código Penal en relación al artículo 20.2)º ya fuera la contemplada en el artículo 21.2º, hacía previsible que en relación a esta figura delictiva muchos pudieran ser los casos susceptibles de beneficiarse de la suspensión.

Lo mismo cabía afirmar en relación al delito de tráfico de drogas que no causan grave daño a la salud (artículo 368, segunda alternativa del Código Penal).

Situación bien distinta ofrecía, sin embargo, la realización de un delito de robo con violencia en el caso de que el autor hubiera empleado armas u otros medios peligrosos, ya que en estos casos el entonces apartado 2 del artículo 242 del mismo, establecía una pena de prisión de tres años y medio a cinco años. Algo parecido sucedía en el caso del delito de tráfico de drogas con sustancias que causan grave daño a la salud, ya que en este caso la pena prevista era de una notable dureza, de tres a nueve años de privación de libertad (artículo 368, primera alternativa del Código Penal), pena que, en caso de concurrencia de las circunstancias previstas en el artículo 369 del Código Penal, podía elevarse incluso hasta los

trece años y medio, lo cual hacía mucho más difícil la aplicación del beneficio de la suspensión⁸⁵.

En consecuencia, la pena máxima de tres años contemplada en el artículo 87 del Código Penal primigenio podía ser fácilmente superada por los delincuentes drogodependientes, no solo por acumular múltiples actividades delictivas, sino también por las graves penas con las que se castigaban los delitos relativos al tráfico de drogas⁶.

El legislador español del año 2003 tuvo muy en cuenta las críticas doctrinales que consideraban que el antiguo límite de los tres años resultaba excesivamente limitador, dificultando en muchas ocasiones la suspensión de la ejecución en los delitos que con más frecuencia cometen los drogodependientes: el robo en todas sus modalidades y los delitos de tráfico de drogas. Por lo demás, y al igual que sucede con respecto a lo establecido en el artículo 81.2ª del Código Penal, la práctica generalidad de la doctrina entiende que, en el marco de la suspensión especial regulada por el artículo 87 del Código Penal, el límite máximo de la pena de prisión que puede ser objeto de suspensión en su ejecución (cinco años), no puede ser computado valorando de forma individual cada pena impuesta, en el caso de ser varias, sino que únicamente podrá

acordarse la suspensión de la ejecución de las mismas cuando la suma de las impuestas no supere ese límite⁸⁶.

Más allá de los dos primeros requisitos analizados en los párrafos anteriores (eliminación de la exigencia de ser delincuente primario, así como la existencia de una condena a una pena privativa de libertad limitada), el artículo 87 del Código Penal de 1995 añade dos requisitos adicionales, que hay que poner en relación con los sujetos a los que va dirigido este supuesto especial de suspensión de la ejecución de la pena: delinquir a causa de la drogodependencia y estar deshabitado o sometido a tratamiento de deshabitación.

1.6.3 Delitos a causa de la dependencia a sustancias tóxicas.

El hecho delictivo debe haberse cometido según el Código Penal a causa de la dependencia del penado “de las sustancias señaladas en el número 2º del artículo 20”. De este modo, para que el condenado pueda hacerse acreedor a esta modalidad especial de suspensión, no basta con que padezca una adicción a cualquiera de las sustancias establecidas en el artículo 20.2º, ya que la opción contraria constituiría un injustificado modo de privilegiar el tratamiento de esta clase de enfermos con respecto a cualesquiera otros, sino que

INTRODUCCIÓN

resulta preciso, además, que el delito por el que se impuso la pena cuya ejecución se pretende dejar en suspenso hubiera sido cometido, precisamente, “a causa” de su dependencia al consumo de esta clase de sustancias. En consecuencia, es necesario que exista una cierta relación causa-efecto entre el delito cometido y la dependencia del autor a las bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, que son concretamente las sustancias enumeradas en el artículo 20.2 del Código Penal⁸⁷.

El apartado 1 del artículo 87 del Código Penal establece el requisito de estar deshabitado o sometido a tratamiento de deshabitación. De este modo, para otorgar la suspensión de la ejecución no es suficiente con la mera constancia de que el delincuente era toxicómano en el momento de cometer los hechos, sino que, además exige que el condenado acredite, en el momento de decidir sobre la suspensión, se encuentra deshabitado o que está en tratamiento para tal fin. El primer supuesto, es decir, el estar ya deshabitado, no deja de resultar paradójico, puesto que en este caso se aplica a un individuo, que ya no es drogodependiente, una medida penal que tiene por objeto precisamente el promover un tratamiento contra la drogadicción fuera del ámbito carcelario.

Para Serrano Pascual, esta situación hay que atribuirla a los retrasos de la Administración de Justicia, lo cual puede acarrear que en determinados casos se imponga una pena a una persona que cometió el delito por causa de su drogodependencia cuando en realidad ya está libre del motivo que le llevó a delinquir⁸⁸.

La condición de estar deshabitado o en tratamiento debe ser certificada “por centro o servicio público o privado debidamente acreditado u homologado”. En el primer caso, basta la certificación justificativa de la curación del drogodependiente. No obstante, hay que tener aquí en cuenta la posible persistencia de algunas secuelas psíquicas que permanecen en el adicto y que en ocasiones le pueden hacer recaer en el consumo. En el segundo caso, el Juez o Tribunal deberá controlar ese tratamiento, su evolución, así como su finalización.

Hay que decir que este último requisito contemplado del artículo 87.1 del Código Penal fue objeto de ampliación mediante la Ley Orgánica 15/2003, al introducirse la obligación de solicitar en todo caso por parte del Juez o Tribunal “informe del Médico forense sobre los extremos anteriores”, es decir, sobre la deshabitación o el tratamiento.

INTRODUCCIÓN

El artículo establece las condiciones por las que el juez puede suspender el cumplimiento de una condena en prisión por la rehabilitación en un centro de tratamiento. La condena no se sustituye sino que se deja en “un paréntesis” hasta comprobar si la persona cumple las condiciones impuestas por el juez: la rehabilitación de su problema de drogodependencia y no volver a delinquir.

El Código Penal de 1995 se modifica por la L.O 1/2015, en concreto el artículo 87, queda redactado como sigue: “1. Transcurrido el plazo de suspensión fijado sin haber cometido el sujeto un delito que ponga de manifiesto que la expectativa en la que se fundaba la decisión de suspensión adoptada ya no puede ser mantenida y cumplidas de forma suficiente las reglas de conducta fijadas por el juez o tribunal, este acordará la remisión de la pena.

2. No obstante, para acordar la remisión de la pena que hubiera sido suspendida conforme al apartado 5 del artículo 80, deberá acreditarse la deshabituación del sujeto o la continuidad del tratamiento. De lo contrario, el juez o tribunal ordenará su cumplimiento, salvo que, oídos los informes correspondientes, estime necesaria la continuación del tratamiento; en tal caso podrá conceder razonadamente una prórroga del plazo de suspensión por tiempo no superior a dos años.” Además se suprime el artículo 88.

En el Código Penal, tras la reforma de la Ley Orgánica 1/2015, no se requiere el informe evolutivo hasta que haya transcurrido un año, salvo que lo requiera el Juez. En el caso concreto de los pacientes adictos pueden llegar a ser dados de alta terapéutica a pesar de estar en proceso de cumplimiento de la medida de seguridad; en éstos casos se siguen realizando análisis en orina que corroboren la remisión total, de lo cual se informa periódicamente a la autoridad judicial.

1.6.4 Valoración de la suspensión de la pena.

En el apartado 5 del artículo 87 del Código Penal de 1995, se regula tanto la revocación de la suspensión como la remisión de la pena, realizando una interpretación literal y sistemática de su tenor. Pueden extraerse los siguientes supuestos en lo relativo a la remisión de la pena:

1. Si el sujeto no ha delinquido al expirar el plazo de suspensión y si no fue sometido a tratamiento por hallarse ya deshabitado en el momento de decretar la suspensión, procederá la remisión de la pena.
2. Si el sujeto no ha delinquido y, habiéndose sometido a un tratamiento, se acredita su deshabitación, se procederá igualmente a la remisión de la pena.

INTRODUCCIÓN

3. Si el sujeto no ha delinquido y se ha sometido a tratamiento y se acredita que ha habido una continuidad en el mismo durante el período de suspensión, se procederá a decretarse la remisión.

4. Si el sujeto no ha delinquido, pero está sometido a un proceso de deshabitación y no se ha dado una continuidad en el tratamiento, el Juez o Tribunal acordará la revocación de la suspensión y por tanto el cumplimiento de la pena suspendida, salvo que, oídos los informes correspondientes, estime necesaria la continuación del tratamiento. En este caso podrá acordar una prórroga del plazo de suspensión por un tiempo no superior a dos años.

En el cambio legislativo del Código Penal introducido por la Ley Orgánica 1/2015, el artículo 90, queda redactado como sigue: “1. El juez de vigilancia penitenciaria acordará la suspensión de la ejecución del resto de la pena de prisión y concederá la libertad condicional al penado que cumpla los siguientes requisitos:

- a) Que se encuentre clasificado en tercer grado.
- b) Que haya extinguido las tres cuartas partes de la pena impuesta.
- c) Que haya observado buena conducta”.

Para resolver sobre la suspensión de la ejecución del resto de la pena y concesión de la libertad condicional, el juez de vigilancia penitenciaria valorará la personalidad del penado, sus antecedentes,

las circunstancias del delito cometido, la relevancia de los bienes jurídicos que podrían verse afectados por una reiteración en el delito, su conducta durante el cumplimiento de la pena, sus circunstancias familiares y sociales y los efectos que quepa esperar de la propia suspensión de la ejecución y del cumplimiento de las medidas que fueren impuestas. No se concederá la suspensión si el penado no hubiese satisfecho la responsabilidad civil derivada del delito en los supuestos y conforme a los criterios establecidos por los apartados 5 y 6 del artículo 72 de la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria.

1.6.5 Centros donde se aplica la medida de seguridad.

La escasez en España de centros públicos destinados a la rehabilitación de drogodependientes y los altos precios de los privados condicionan la efectividad del tratamiento penal de suspensión de la pena en los adictos. También hay que considerar las condiciones que muchos de ellos exigen para admitir a una persona en un programa de tratamiento, condiciones que incluyen muchas veces la de que el sujeto no tenga causas pendientes. Esto puede dar lugar a que se den casos de individuos que no se hallen deshabitados ni sometidos a tratamiento para tal fin por la simple imposibilidad de hacerlo, a pesar de su voluntad favorable, lo que a

INTRODUCCIÓN

La larga puede dificultar que el tratamiento sustitutivo de los delincuentes drogodependientes se convierta en una auténtica alternativa a la prisión.

Los centros donde se realiza el tratamiento de estos pacientes son, en el ámbito hospitalario, las unidades de desintoxicación hospitalaria donde se realiza el tratamiento de desintoxicación inicial.

En medio ambulatorio, ubicadas en el organigrama de la atención médica especializada, las Unidades de Conductas Adictivas es donde se realiza el programa médico y de psicoterapia en su caso, con un seguimiento analítico que comprueba la ausencia de consumo de tóxicos de forma periódica. De esta situación se debe informar al servicio de gestión de penas y medidas alternativas.

Las Unidades de Conductas Adictivas son el recurso de asistencia sanitaria al enfermo drogodependiente como dispositivos de referencia para el tratamiento ambulatorio de las drogodependencias y otros trastornos adictivos. Son centros de apoyo a la Atención Primaria y se dispone de ellos en cada uno de los Departamentos de Salud. Todas pertenecen a la Agencia Valenciana de Salud (Consellería de Sanitat). Algunas están especializadas en la asistencia a los pacientes que presentan

diagnósticos de abuso o dependencia del alcohol. Son las Unidades de Alcohología.

Los objetivos de las Unidades de conductas adictivas son:

1. Atender a las demandas derivadas del consumo de drogas, desde un modelo de atención integrado, coordinado con la red sanitaria y con los servicios sociales, y adaptado a las necesidades individuales.
2. Orientar y asesorar a las familias y a los usuarios.
3. Facilitar la desintoxicación, deshabitación, reinserción y tratamiento con sustitutivos a las personas con problemas de adicción.
4. Atender a las demandas derivadas del consumo de drogas, desde un modelo de atención integrado, coordinado con la red sanitaria y con los servicios sociales, y adaptado a las necesidades individuales.
5. Orientar y asesorar a las familias y a los usuarios.
6. Facilitar la desintoxicación, deshabitación, reinserción y tratamiento con sustitutivos a las personas con problemas de adicción.
7. Favorecer un proceso personal y social a los usuarios y a sus familias.

8. Prevenir y reducir la prevalencia o severidad de los problemas asociados.

En las Unidades de Conductas Adictivas son especialmente importantes los tratamientos de tipo psicológico. El protocolo de actuación psicológico, se estructura en los siguientes datos⁸⁹:

1. Una primera entrevista denominada de “acogida”, cuyos objetivos son:
 - Valorar la severidad de la adicción (EuropASI).
 - Valorar motivación al cambio.
 - Establecer las prioridades.
 - Primera aproximación al problema y pasos a seguir.
 - Acordar una nueva cita.
2. Clasificación de las patologías en el eje multiaxial:
 - Eje I: Trastornos clínicos.
 - Eje II: Trastornos de personalidad/Retraso Mental.
 - Eje III: Trastornos por enfermedad médica.
 - Eje IV: Problemas psicosociales/ambientales.
 - Eje V: Escala de evaluación de la actividad global.
3. Análisis funcional de la conducta:
 - Situaciones antecedentes/determinantes.
 - Respuesta de consumo/no consumo.
 - Consecuencias positivas/negativas.

- Explicación de los diferentes modelos de aprendizaje del comportamiento.
4. Diagnóstico y plan de tratamiento.
 5. Otras variables evaluadas:
 - Expectativas.
 - Apoyo social.
 - Distrés (problemas, preocupaciones actuales...).
 - Tratamientos/recaídas anteriores.
 - Motivación hacia el cambio.
 - Autoestima.
 - Situaciones de riesgo actuales.
 6. Realización de pruebas:
 - MCMI-II.
 - SCL-90-R.
 - BDI.
 - ISRA.
 - INVENTARIO DE ASERTIVIDAD (Gambril, Rathus).
 7. Informe de valoración, que debe contener:
 - Formulación de objetivos. Siendo el más importante: motivación y adherencia, negociados y viabilidad.
 - Secuenciación, número de sesiones y periodicidad.
 - Evaluaciones entre sesiones y postratamiento.
 - Reformulación del caso.

1.6.6 Modificaciones en la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, relativas a los centros de tratamiento y valoración.

La Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo por la que se modifica el Código Penal de 1995, entrará en vigor a partir del 1 de julio de 2015 e incorpora dos novedades:

1. El juez podrá realizar las comprobaciones que estime oportunas, pero no se hace referencia al informe del Médico Forense, lo que amplía las posibilidades de aportación de pruebas (posibilita la emisión de informes por un equipo multidisciplinar con conocimientos en el ámbito biológico, psicológico y social).
2. Se suprime la obligación de los centros o servicios responsables del tratamiento de facilitar al juez en los plazos señalados y nunca con una periodicidad superior a un año la información sobre la evolución y modificaciones, lo que no impide que el juez lo solicite cada vez que considere oportuno. Ambas modificaciones están destinadas a mejorar la eficacia en la gestión de la aplicación y evolución de esta medida.

1.6.7 Drogadicción y comorbilidad: Patología dual

La patología dual, en el ámbito de la salud mental, es aquella situación en la que los pacientes sufren, de manera simultánea o a lo largo del ciclo vital, una adicción y otro trastorno mental.

En Inglaterra ya hace más de dos décadas que la observación clínica habitual de la coexistencia de una adicción junto a otro trastorno mental se transforma en una denominación específica: “Diagnóstico Dual”⁹⁰.

En España, Miguel Casas con respecto a la drogadicción y la comorbilidad psiquiátrica, indica que no es una concurrencia casual o al azar y que “la adicción no es un vicio”⁹¹.

Desde comienzos de los años ochenta surgen en la mayoría del mundo occidental, junto a los dispositivos comunitarios para tratar los trastornos mentales, unos nuevos recursos asistenciales para tratar a los “drogodependientes” desde la perspectiva de que constituyen trastornos cuyo origen es “sociogenético” y que da lugar a propuestas terapéuticas acientíficas, “morales” y enfoques de reeducación para estos pacientes. Mientras en esos años se consigue normalizar al paciente que sufre trastornos psíquicos en las redes asistenciales de salud, el paciente que sufre de adicciones

sigue aún, hoy en día, tratado en redes asistenciales marginales y no integradas la mayoría de las veces en la asistencia pública de salud.

Es la doctora Nora Volkow en Estados Unidos⁹², quien insiste en 2001 en la existencia de factores y sustratos cerebrales comunes a ambas situaciones clínicas, previamente a comprobar que la adicción es una enfermedad mental más y, por tanto, una enfermedad cerebral. Estas definiciones excluyen el uso y el abuso de sustancias y solo aluden a la adicción a sustancias o conductas compulsivas (como el juego patológico). La inmensa mayoría de la población usa, y en ocasiones abusa, de sustancias o juego pero solo una muy pequeña minoría de estos sujetos expuestos, probablemente bastante menor del 10%, desarrolla una adicción.

En 1998 el psiquiatra Néstor Szerman, comienza a convocar en Madrid a los especialistas españoles a las “Jornadas de Patología Dual” y conforma el núcleo de un grupo de expertos que formarán una asociación para el estudio e investigación de la patología dual, que en el año 2005 se transformará en la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD).

Los estudios epidemiológicos prospectivos⁹³ ponen de manifiesto que al menos el 70% de los sujetos que consultan por adicciones

sufren además otro trastorno mental. También evidencian que en la mayor parte de los casos, las manifestaciones del otro trastorno mental preceden a la adicción⁹⁴.

Probablemente estos datos epidemiológicos infradiagnostican la patología dual que podría afectar al 100% de los pacientes que sufren adicción, al no tener en cuenta los trastornos mentales no detectados por los instrumentos diagnósticos habituales, como por ejemplo determinados rasgos de personalidad anómalos⁹⁵.

Resulta de especial consideración el aumento de la patología dual en adictos. La Sociedad Española de Patología Dual es un referente desde donde se demanda un acercamiento específico y especializado orientado tanto a lograr el abandono del consumo como el control de la enfermedad psiquiátrica⁹⁶.

Numerosos estudios han relacionado la presencia de otro trastorno comórbido con una peor respuesta y peor pronóstico del trastorno por uso de sustancias, así como con una elevada tasa de abandonos prematuros de los programas de tratamiento. Estos pacientes suelen tener un contacto más precoz con las sustancias y sus manifestaciones clínicas son más graves y complejas⁹⁷.

INTRODUCCIÓN

Aunque existen autores que ponen en duda que el hecho de padecer un trastorno de la personalidad comórbido implique necesariamente cronicidad, sí parece existir un consenso unánime en que constituye un marcador de mal pronóstico, asociándose con mayor tasa de consumos, mayor número de tentativas de suicidio, mayor accidentabilidad y mayor problemática legal⁹⁸.

En la actualidad, no existe un tratamiento específico para los pacientes con trastornos de personalidad y por uso de sustancias comórbidos. No obstante, el abordaje psicoterapéutico está indicado en prácticamente todos los casos, y constituye el tratamiento de elección en estos trastornos⁹⁹. Los psicofármacos presentan una eficacia limitada, aunque a menudo se recurre a ellos con una indicación sintomática.

Las evidencias sugieren utilizar estrategias terapéuticas de tipo cognitivo conductual, si bien no hay ensayos clínicos controlados y aleatorizados que puedan situar a las diferentes modalidades psicoterapéuticas en su justo lugar. Hay que tener presente que, por sus características clínicas, nos encontramos ante un grupo de pacientes que requieren amplia experiencia y habilidades específicas por parte del terapeuta, que deberá buscar una alianza terapéutica adecuada con unos límites estrictos¹⁰⁰. La duración y frecuencia de las entrevistas debe ser variable. En general, las

sesiones no suelen ser estructuradas y se aborda el presente y futuro inmediato, en lugar del pasado. Se recomienda la realización de entrevistas frecuentes con los familiares, con el fin primordial de contener la angustia.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

Los objetivos generales que se plantean en este estudio, inicialmente para la población general, son los siguientes:

1º Valorar las características personales de los sujetos con drogadicción y patología mental: su edad, sexo, la situación laboral y personal y así obtener el perfil que se observa en el ámbito médico forense.

2º Valorar los antecedentes médicos de adicción y/o trastorno mental, su evolución y los ingresos hospitalarios.

3º Poner de manifiesto el tipo de delito cometido, su gravedad y su reincidencia.

4º Valorar el tipo de medida de seguridad sustituida.

Los objetivos específicos se centran en la población con drogadicción, éstos son:

- Poner de manifiesto, en las personas drogadictas, los factores de protección de la reincidencia delictiva y su situación personal, social y laboral, el sexo, la edad, el nivel de estudios, su situación laboral y la convivencia con pareja adicta o no.
- Valorar cuál es la principal sustancia de adicción.

- Valorar los años de evolución del consumo, la evolución desfavorable del tratamiento de deshabituación, como factores de riesgo de peligrosidad criminal.
- Poner de manifiesto la patología dual, como posible factor de riesgo de reincidencia en la comisión de futuros delitos.
- Establecer el motivo principal que lleva al tratamiento en la Unidad de Conductas Adictivas y su relación con la posibilidad de evolución favorable del tratamiento recibido.
- Valorar la evolución del tratamiento con la finalidad de ponerlo en relación con las variables directamente implicadas en esta evolución.
- Poner de manifiesto qué tipo de tratamiento prevalece en la Unidad de Conductas Adictivas: médico, psicoterapéutico, derivación a otro centro o una combinación de todos ellos.
- Establecer si el sujeto ha estado en prisión o no, número de veces, tipo de Centro Penitenciario y poner todo ello en relación con la reincidencia delictiva.
- Poner de manifiesto la existencia de detenciones, de procesos judiciales, su número y la edad de la primera

detención, así como su consideración como factores de peligrosidad criminal.

- Valorar la relación que existe entre los factores de riesgo y la reincidencia del delincuente y la mayor gravedad de los delitos cometidos.
- Poner de manifiesto la gravedad del delito cometido y el órgano de ejecución de la sentencia: Audiencia Provincial o Juzgado de lo Penal.

Establecidos estos objetivos, se pretende comprobar las hipótesis que, a priori, se han planteado. Estas son:

- Los adictos a la cocaína como sustancia principal con patología dual tiene una evolución desfavorable en el tratamiento de deshabituación y mayor riesgo de peligrosidad frente a los que no tiene comorbilidad psiquiátrica.
- Los adictos condenados por delitos más graves, con una evolución de su adicción entre 10 a 20 años o superior, tiene una edad de detención más precoz que los adictos con menor antigüedad (adicción menor de 10 años) siendo su evolución desfavorable.

- Los adictos que consiguen una buena evolución en el tratamiento de deshabitación en las Unidades de Conductas Adictivas, comparten circunstancias personales favorables: su edad, sexo, su situación laboral y de pareja, que son factores de protección de la peligrosidad criminal.

MATERIAL Y MÉTODO

3. MATERIAL Y MÉTODO.

3.1 MATERIAL

El material utilizado procede de las valoraciones médico forenses realizadas con el objeto de determinar la medida de seguridad más adecuada, según el criterio de la peligrosidad entendido como el riesgo de reincidencia, en personas con trastorno mental y/o adicción que han cometido hechos delictivos.

Se dispone de una muestra general de sujetos, que acuden a la Clínica Médico Forense de Sagunto durante el período 2009 a 2014, a efectos de realizar un reconocimiento médico. Tras su valoración se emite un informe médico forense de cada persona informada, a petición de los Juzgados de lo Penal y/o Audiencias Provinciales de Valencia.

De todas las personas que componen la muestra, se seleccionaron aquellas que padecían una patología mental y/o

una adicción a sustancias tóxicas y de las que se ha emitido un informe médico forense por requerimiento judicial.

Se ha elaborado un protocolo general (anexo 1) que se ha aplicado a la muestra. Esta muestra general está formada por 45 personas, a la cual denominamos MOSTRAGEN.

Dentro de esta muestra de 45 personas, existen 33 sujetos con problemas de drogadicción que han realizado un tratamiento de deshabituación en la Unidad de Conductas Adictivas de Sagunto. Se decide estudiar de forma más exhaustiva esta submuestra. Para ello se elabora un protocolo específico (anexo 2) que incluye una serie de variables, cuyo contenido se extrae de los datos de la Unidad de Sagunto. A esta muestra específica de Sagunto, la denominamos MOSTRASAG. Se aplica también el mismo protocolo a la muestra de Catarroja compuesta por 45 personas que acuden a la Unidad de esta población y que denominamos MOSTRACAT.

Dichos pacientes que forman las muestras específicas tienen en común una sentencia judicial que les obliga al tratamiento de deshabituación en las Unidades de Conductas Adictivas en

sustitución de una pena privativa de libertad y que lo aceptan de forma voluntaria.

El conjunto de ambas muestras específicas: MOSTRASAG y MOSTRACAT, forman una muestra que está compuesta por 78 personas que están deshabitados o sometidos a tratamiento de deshabitación en las Unidades de Conductas Adictivas.

3.2 MÉTODO

3.2.1 Metodología de trabajo

Una vez seleccionadas las muestras se aplican los protocolos elaborados que se corresponden con cada una de las muestras general y específica.

3.2.1.1 Metodología para la muestra general.

Se aplica el protocolo general (anexo 1) con la finalidad de obtener las siguientes variables:

1. Sexo.
 1. Hombre.
 2. Mujer.

2. Edad.
3. Tipo de patología mental: la drogadicción y el trastorno mental grave.
4. Evolución de dicha patología que se establece en períodos:
 1. De 0 a 3 años.
 2. De 3 a 5 años.
 3. De 5 a 10 años.
 4. De 10 a 20 años.
 5. De más de 20 años.
5. Existencia o no de ingresos hospitalarios.
 1. Sí.
 2. No.
6. Número de ingresos hospitalarios.
 1. Uno.
 2. Dos.
 3. Tres.
 4. Cuatro.
 5. Cinco.
7. Tipo de delito que se les atribuye.
 - Robos.
 - Delitos de lesiones.

- Delitos de violencia de género.
 - Delitos contra la libertad sexual: agresión sexual.
 - Delito contra la libertad sexual: acoso sexual.
 - Delito contra la salud pública.
 - Quebrantamiento de condena: orden de alejamiento o similar.
 - Homicidio.
 - Intento de homicidio.
 - Conducción temeraria.
 - atentado contra agentes de la autoridad.
 - Grave riesgo para la circulación.
8. Gravedad del delito cometido, sin la consideración de agravantes y/o eximentes de Responsabilidad Penal.
9. Medida de seguridad.
1. Centro de Internamiento.
 2. Tratamiento ambulatorio obligatorio en un Centro de Salud Mental.
 3. Tratamiento en una Comunidad Terapéutica.
 4. Tratamiento de deshabitación en una Unidad de Conductas Adictivas.
 5. Privación del Permiso de Circulación.
 6. Privación de Permiso de Armas.

3.2.1.2 Metodología para la muestra específica.

Las variables que se obtienen con el protocolo específico (Anexo 2) en las Unidades de Conductas Adictivas son 24 variables que se recogen en los siguientes ítems:

1. Sexo.
2. Edad.
3. Nivel de estudios.
 1. Primarios.
 2. Secundarios.
 3. Universitarios.
4. Situación laboral.
 1. Inactiva.
 2. Activa.
5. Pareja drogodependiente.
 1. Sí.
 2. No.
6. Drogadicción: Sustancia principal de la adicción.
 1. Alcohol.
 2. Cocaína.
 3. Heroína.
 4. Cocaína y heroína.

5. Cannabis
6. Benzodiacepinas.
7. Evolución del consumo expresada en intervalos.
 1. De 3 a 5 años.
 2. De 5 a 10 años.
 3. De 10 a 15 años.
 4. De más de 20 años.
8. Patología dual.
9. Tipo de patología concomitante.
 1. Trastorno psicótico.
 2. Trastorno bipolar.
 3. Trastorno afectivo.
 4. Trastorno de personalidad.
 5. Retraso mental.
 6. Demencia.
 7. Patología orgánica.
 8. Ludopatía.
10. Motivo para iniciar el tratamiento en la Unidad de Conductas Adictivas.
 1. Problemas judiciales.
 2. Motivado por familiares y/o amigos.
 3. Iniciativa propia.

- 11 Estado actual valorando la evolución del tratamiento.
 1. Seguimiento irregular.
 2. Alta terapéutica.
 3. Abandono.
 4. Fallecimiento.
12. Tipo de tratamiento en la Unidad de Conductas adictivas.
 1. Médico.
 2. Psicoterápico.
 3. Centro de Día.
 4. Médico, psicoterápico y Centro de Día.
13. Derivación de tratamiento a otro centro durante el proceso judicial.
 1. Sí.
 2. No.
14. Tipo de Centro de derivación, cuando los recursos de tratamiento de la Unidad de Conductas adictivas son insuficientes.
 1. Centro de día: son unidades ambulatorias que en su mayoría disponen de recursos en medio cerrado a corto o medio plazo.

2. Unidad de Desintoxicación Hospitalaria, en la que el paciente permanece ingresado con la finalidad de seguir un programa dirigido a su desintoxicación.
 3. Comunidad terapéutica. Consiste en un tratamiento en régimen cerrado, durante un período variable que suele tener una duración de varios meses, en los cuales el paciente se integra en un ambiente libre de droga.
 4. Piso tutelado. Se trata de estancias donde conviven varios adictos que han realizado con éxito los programas de desintoxicación. La convivencia se organiza con la dirección de personal especializado.
15. Duración del tratamiento sustituido en la UCA.
1. Un año.
 2. Dos años.
 3. Tres años.
 4. Cuatro años.
 5. Cinco años.
16. Estancia en prisión.
1. Sí.
 2. No.
17. Tipo de centro.

1. Establecimiento Penitenciario, con régimen interno.
 2. Centro de Inserción Social (CIS) destinados a internos/as que cumplen su pena en régimen abierto o que se encuentran en un proceso avanzado de reinserción.
18. Número de veces en prisión.
1. Ninguna.
 2. Una.
 3. Dos.
 4. Tres.
 5. Cuatro.
 6. Cinco.
19. Número de detenciones.
1. Una.
 2. Dos.
 3. Tres.
 4. Cuatro.
 5. Cinco.
 6. Seis.
20. Edad de primera detención.

21. Número de procesos judiciales. Se considera esta variable debido a que una característica común de los sujetos del estudio es la reincidencia.

1. Uno.
2. Dos.
3. Tres.
4. Cuatro.
5. Cinco.

22. Número de procesos judiciales finalizados, lo que supone que tiene antecedentes penales por delitos anteriores.

1. Uno.
2. Dos.
3. Tres.
4. Cuatro.
5. Cinco.

23. Número de procesos judiciales pendientes, bien sea de la vista o de la ejecución de la pena.

1. Uno.
2. Dos.
3. Tres.
4. Cuatro.
5. Cinco.

24. Tipo de órgano de ejecución.

1. Juzgados de lo Penal. Son órganos unipersonales en los que se enjuiciarán los delitos, cometidos en su demarcación, cuya pena no supere los 5 años de prisión o pena de multa.
2. Audiencia Provincial. Desarrolla sus competencias en una provincia y su sede se sitúa en la capital de la misma. Pueden existir también secciones de la Audiencia fuera de la capital de provincia a la que quedarán sujetos uno o varios partidos judiciales. Tendrán competencia para conocer de los delitos que lleven aparejada la pena de prisión por un tiempo superior a 5 años.

3.2.2 Metodología estadística.

Se ha realizado un análisis estadístico de la distribución de frecuencias en la muestra general y en la muestra específica de las dos poblaciones: uno de forma conjunta y otro de forma separada en Sagunto y Catarroja, con la finalidad de comparar ambas poblaciones.

Las variables obtenidas en el estudio de la población general de Sagunto que se beneficia penalmente con la suspensión, ha permitido obtener un perfil del sujeto que reside en este Partido Judicial y comete hechos delictivos.

Posteriormente se hace el estudio en la Unidad de Conductas Adictivas, con la finalidad de hacer una serie de comparaciones en función de las características demográficas, sociales, médicas, judiciales y sobre todo del tratamiento de suspensión de las penas privativas de libertad en los dos partidos judiciales.

Las variables que se han estudiado de forma específica en ambas poblaciones permiten obtener un perfil de los adictos que son tratados médicamente en estas Unidades y compararlos.

Los parámetros estadísticos utilizados son:

- Frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) para las de tipo categórico.
- Media, desviación estándar, mínimo, máximo y mediana para las de tipo continuo.

Por otra parte, se realiza un estudio estadístico más específico, que comprende los métodos y procedimientos que, por medio de

la inducción, determinan las propiedades de una población, a partir de una parte pequeña de la misma. Es lo que se denomina Análisis Inferencial que consiste en la realización de las siguientes pruebas:

- Prueba χ^2 de dependencia para evaluar la homogeneidad de las poblaciones en lo que respecta a las preguntas de respuesta ordinal o categórica. Se atenderá al valor del estadístico exacto de Fisher cuando se incumplen las condiciones generales de aplicación del test χ^2 .
- Prueba t-test para comparar la media de las variables continuas y que siguen una distribución normal (únicamente edad del sujeto) en las diferentes Unidades de Conductas Adictivas.
- Test de Mann-Whitney para determinar si la distribución de valores de las variables número de veces en prisión, número de detenciones y edad de primera detención es homogénea entre ambas Unidades de Conductas Adictivas.
- Se ha estimado un modelo de regresión logística para la variable “estado actual” con dos categorías (favorable y desfavorable), identificando e incluyendo en el modelo

final aquellos factores y covariables que muestran una asociación significativa con la variable respuesta.

El método de eliminación hacia atrás de las variables se basa en el estadístico de Wald, comprobándose en los pasos sucesivos que la exclusión de un factor no provoca cambios en los coeficientes del resto superiores a un 10%.

Se obtienen estimaciones de los coeficientes y del odds ratio, con intervalos de confianza al 95%. Se obtiene R^2 de Nagelkerke y test de Hosmer-Lemeshow para evaluar la bondad de ajuste.

El nivel de significatividad empleado en los análisis ha sido del 5% ($\alpha=0.05$). El test Chi^2 utilizado para comparar la igualdad de proporciones de una respuesta en ambas poblaciones alcanza una potencia del 58% para detectar como significativos valores 0,5-0,75 con una confianza del 95%.

Con la realización de este tipo de técnicas es posible hacer contraste de hipótesis, para lo que se recurre al uso de estadísticos muestrales. Estas técnicas permiten simplificar el

modelo matemático bajo análisis. Esta técnica de análisis estadístico inferencial permite extraer conclusiones con la finalidad de aceptar o rechazar una hipótesis previamente emitida sobre el valor de un parámetro desconocido de una población. Los programas empleados para este análisis son el software SPSS 15.0 y R 3.0.3.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO.

4.1.1 Muestra general.

La muestra general está formada por 45 personas, procedentes de los Juzgados de Sagunto. Se realiza el análisis de los resultados estadísticos descriptivos de los siguientes parámetros: el sexo, la edad, el tipo de patología mental, el periodo de evolución en años, el número de ingresos hospitalarios, el tipo de delito que han cometido, la gravedad del mismo y la valoración médico forense de la medida de seguridad más adecuada.

4.1.1.1 Sexo.

Tabla 1. Sexo.

	N	%
Total	45	100,0%
Mujer	17	37,8%
Varón	28	62,2%

La mayoría son hombres que constituyen el 62,2% de los casos, frente al 37,8% que son mujeres. La delincuencia femenina a lo largo de la historia ha sido siempre mucho menor que la masculina. Se puede observar que el número de delitos cometidos por mujeres son mucho menos que los delitos cometidos por hombres. Actualmente, es mucho mayor el número de hombres que se encuentran en prisión que el de mujeres. Resulta interesante conocer por qué hay muchas menos mujeres delincuentes y por qué ha aumentado esta delincuencia en los últimos años¹⁰¹. Una de las razones que se dan para explicar la situación de prevalencia de delincuentes hombres es que la mujer está sometida a un mayor control social informal que el hombre y este control reprime, impide, excluye y limita a las mujeres¹⁰².

Daniel Leberge¹⁰³, considera que el débil volumen de la criminalidad femenina, objeto de persecución penal, podría deberse al trato diferenciado de parte de operadores penales y no al reflejo de la criminalidad real de las mujeres.

Según Cruels, la gran mayoría de las mujeres presas, en concreto el 84,4%, han sufrido violencia. Este hecho está muy

relacionado con el consumo de drogas con la finalidad de olvidar o soportar el dolor y los sufrimientos psicológicos. Otro aspecto que se aprecia en las mujeres adictas, es la dificultad de acceder a tratamiento de su drogodependencia, sobre todo a la hora de deshabituarse a las sustancias ya que se observa mayor presión social por las cargas familiares y el aislamiento social¹⁰¹.

La población reclusa femenina, aunque sigue representando una minoría, ha aumentado notablemente en los últimos años. Uno de los factores que explicaría este incremento se halla en la escasez de servicios sociales para prevenir la delincuencia y para reinsertar a los delincuentes en la sociedad, en especial los colectivos más vulnerables, como son las mujeres con cargas familiares¹⁰¹.

Otro aspecto vinculado a la diferenciación del sexo y la predisposición a los comportamientos antisociales es la determinación biológica. Desde una perspectiva biológica y social, esta influencia en el género ha sido el centro de crítica en los centros académicos desde hace tiempo¹⁰⁴. Las teorías que se basan en las neurociencias, afirman que hombres y mujeres se comportan de forma diferente y este comportamiento afecta

también a la conducta cognoscitiva, por lo que es muy probable que se deba a las diferencias biológicas entre ambos sexo y a las diferencias de la organización cerebral¹⁰⁵.

Por otra parte, desde el punto de vista cultural, la diferencia de sexo es evidente en la cultura del patriarcado que está fuertemente arraigada en nuestro país. La violencia competitiva que conocemos del patriarcado refleja una activación de un dispositivo mental proclive al riesgo¹⁰⁴, sobre el cual actúan señales pasadas y presentes sobre el éxito social (construido también por el patriarcado) y material¹⁰⁶. Esta situación explicaría que los hombre tiene mayor tendencia a las conductas y comportamientos de riesgo y/o delictivos.

4.1.1.2 Edad.

Tabla 2. Edad.

N	45
Media	40,3
Desviación	11,3
Mínimo	18,0
Máximo	76,0
Mediana	40,0

La edad media de la población es de 40 años de edad, siendo los 18 años el límite mínimo y 76 años el límite máximo de edad.

Según los datos obtenidos por el Instituto de la Mujer, la mayoría de los penados, se encuentran en el tramo de edad de 31 a 40 años, lo cual se corresponde con los datos que se desprenden de este estudio. La población de edad joven madura delinque con más frecuencia que los más jóvenes. Según el estudio del Consejo de Europa Space II¹⁰⁷, la edad media es de 34 años.

En la muestra analizada la edad media alcanza los 40 años que es superior a la media de España y del resto de Europa. En este estudio se valora una muestra muy concreta constituida por delincuentes con patología mental grave, cuya sintomatología es muy florida en la cuarentena. Los síntomas activos se manifiestan en alteraciones del comportamiento y de la conducta que, al transgredir las normas sociales, se convierten en conducta delictiva en edad adulta.

Sin embargo, un gran porcentaje de pacientes psiquiátricos delinque a edades tempranas (infancia y/o adolescencia) lo cual

depende del tipo de patología. En la edad adolescente muchas conductas anómalas se manifiestan como trastornos de la conducta que se desarrollan en la niñez. Según Holmes¹⁰⁸, “un cierto comportamiento juvenil se atribuye al trastorno diagnosticable conocido como trastorno de conducta”.

Lisi¹⁰⁹ opina que “una vez que el joven continúa teniendo los mismos patrones de comportamiento llega a los 18 años, entonces está en peligro del diagnóstico de un trastorno antisocial de la personalidad y, es mucho más propenso de convertirse en un criminal serio. Uno de los elementos principales usado en el diagnóstico de un adulto con trastorno antisocial de la personalidad, consiste en presentar un historial documentado de trastorno de la conducta antes de los 15 años. Estos dos trastornos de personalidad son análogos en su comportamiento errático y agresivo”.

Los delincuentes juveniles habituales diagnosticados de trastornos de conducta, es probable que muestren signos de trastorno antisocial de la personalidad en la madurez. Cuando los adolescentes alcanzan la madurez, se transforma en un estilo de vida y se convierten en criminales de carrera¹¹⁰. La

investigación cuantitativa realizada en Estados Unidos en los años 70, fue hecha sobre 9.945 delincuentes masculinos juveniles de edades entre los 10 y los 18 años y mostró un nuevo fenómeno entre los delincuentes habituales. En este estudio los delincuentes habituales eran jóvenes que tuvieron más de cinco detenciones de la policía¹¹¹.

4.1.1.3 Patología Mental.

Tabla 3. Tipo de patología mental.

	N	%
Total	45	100,0%
Drogadicción	12	26,7%
Trastorno mental grave	10	22,2%
Ambos	23	51,1%

Existe una leve prevalencia de la drogadicción como enfermedad mental (26,7% de los casos) seguido del trastorno mental grave (22,2%). Más del 50% de la población sufre patología dual, esto es, la coexistencia de una enfermedad mental y drogadicción.

La delincuencia en muchos casos está relacionada con la enfermedad mental, hasta el extremo que se ha propuesto que la criminalidad y la violencia de los enfermos mentales son una consecuencia de su enfermedad, pudiendo incluso afirmarse que los enfermos mentales cometen delitos más violentos que las personas que no lo son¹¹². El impacto de estos delitos provoca una especial alarma social. Esta preocupación está producida por la combinación de varios factores como son, fundamentalmente, el gran desasosiego por la seguridad y la creencia extendida de que determinados delitos específicos cometido por enfermos mentales crónicos son muy repetitivos. Además estos enfermos son, en algunos casos, irrecuperables y padecen trastornos graves.

Los estudios de prevalencia de la enfermedad mental a lo largo de la vida, varían según consideremos la tipología y la gravedad de la patología psiquiátrica. Diversos estudios¹¹³ concluyen que la presencia de trastorno mental leve y de toxicomanía, así como la comorbilidad de ambas, es muy relevante en los delincuentes.

Según diversos autores¹¹⁴, se pueden encontrar tasas en torno al 60% de trastornos no severos y abuso de sustancias, mientras

que en el caso de los trastornos mentales severos las tasas se sitúan en torno al 10-12%¹¹⁵.

En la población estudiada, la drogadicción se presenta con una frecuencia similar a las enfermedades mentales, aunque levemente superior. La delincuencia y la drogadicción es un fenómeno representativo de nuestra sociedad actual y, además, de ámbito mundial.

Se aprecia, en nuestra muestra, un elevado porcentaje de delincuentes con patología dual, superior al 50%. La comorbilidad de un trastorno adictivo y una enfermedad mental en la misma persona determina una mayor vulnerabilidad¹¹⁶, en el sentido de que muestran un menor umbral de tolerancia a resistir el estrés que desencadenan situaciones vitales de diversa índole.

Algunos autores¹¹⁷ proponen, para una mayor comprensión de esta circunstancia, establecer la relación etiológica, que puede ser un trastorno primario o secundario. En el caso de ser primaria la enfermedad mental, la conducta de consumo se considera como una forma de automedicación, como un

mecanismo de afrontamiento, siendo la enfermedad mental un factor de riesgo para la dependencia de sustancias. Esta teoría explica el mayor riesgo de determinados pacientes al uso de drogas.

En el caso de que sea secundaria a la adicción, la clínica psiquiátrica puede presentarse asociada a las manifestaciones agudas de la intoxicación, a las de la abstinencia o al uso mantenido de la sustancias. La teoría de la neurotoxicidad propone que los trastornos psiquiátricos surgen como consecuencia de los efectos tóxicos, directos e indirectos de la droga sobre el sistema nervioso central.

Sin embargo, es poco probable que una sola teoría (automedicación o neurotoxicidad) pueda explicar todos y cada uno de los trastornos psiquiátricos. De modo que es prioritario valorar cuándo aparecieron los síntomas, la persistencia o no de éstos tras el consumo y los antecedentes personales y familiares.

4.1.1.4 Evolución.

Tabla 4. Evolución .

	N	%
Total	45	100, 0%
De 0 a 3 años	1	2, 2%
De 3 a 5 años	2	4, 4%
De 5 a 10 años	13	28, 9%
De 10 a 20 años	15	33, 3%
Mayor de 20 años	14	31, 1%

Las patologías valoradas con mayor frecuencia son las diagnosticadas con un periodo de evolución entre 10 a 20 años, con un porcentaje del 33.3% de los casos.

Respecto a los años de evolución del trastorno mental grave, el mayor porcentaje se corresponde con los enfermos mentales crónicos, que hace referencia a los trastornos mentales graves de duración prolongada y que conlleva un grado variable de discapacidad y disfunción social¹¹⁸.

4.1.1.5 Ingresos hospitalarios.

Tabla 5. Ingresos hospitalarios.

	N	%
Total	45	100,0%
No	25	55,6%
Si	20	44,4%

La mayoría de los enfermos mentales no han tenido ingresos hospitalarios (55,5%). Las hospitalizaciones motivadas por la patología mental de estos pacientes y/o drogadicción es muy similar (44% de los casos).

Según la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del Instituto Nacional de Estadística¹¹⁹ correspondiente al año 2013, las enfermedades mentales ya suponen el 9,5% del total de las estancias hospitalarias.

Las personas con trastorno mental grave han sufrido una larga historia de marginación¹²⁰. La reforma en psiquiatría, sobre todo la crítica al hospital psiquiátrico, supuso un intento de transformarlo abordando la función terapéutica del tratamiento psiquiátrico. La reforma llevó consigo la desinstitucionalización

de los pacientes psiquiátricos, con la pretensión de fomentar el tratamiento ambulatorio frente al tratamiento hospitalario. La finalidad de esta modificación era conseguir la reinserción social y el tratamiento de la enfermedad mental en el entorno social del paciente, evitando el estigma social y el aislamiento.

La reforma en salud mental significó un enfoque integrado de la atención con los tres niveles de prevención, atención y rehabilitación desde un modelo de atención multidimensional (biológico, psicológico y social). La Organización Mundial de la Salud ha planteado que las consecuencias de una enfermedad no solo deben considerarse en función de las deficiencias que produce sino por las discapacidades y minusvalías que generan¹¹⁷.

La reinserción social de los enfermos mentales, además de exigir una preparación previa, tiene que seleccionar bien los contextos en los que se reubicarán y apoyar muy de cerca este proceso en la comunidad si se quiere lograr el éxito¹²¹.

Las unidades de hospitalización en salud mental, en la actualidad, prestan atención médica especializada a pacientes

con reagudización de su patología, durante un corto período de tiempo. La estancia hospitalaria tiene como fin la intervención en crisis, orientada hacia la posterior continuidad del tratamiento en la comunidad.

4.1.1.6 Número de ingresos hospitalarios.

El número medio de ingresos hospitalarios es de uno, a lo largo de la evolución de la patología. El máximo es de seis ingresos hospitalarios, en los casos de patologías más graves.

Tabla 6 a. Número de ingresos.

N	45
Media	1,0
Desviación típica	1,4
Mínimo	,0
Máximo	6,0
Mediana	,0

La ausencia de ingresos hospitalarios motivados por el cumplimiento de la pauta de medicación, así como un adecuado seguimiento ambulatorio con una buena evolución, es una circunstancia que, según la mayoría de autores, está vinculada a la buena adherencia al tratamiento y a la conciencia de

enfermedad. En los casos en que se realiza el control terapéutico adecuado, sin abandono terapéutico, se reducen el número de hospitalizaciones significativamente¹²².

En este sentido, diversos estudios proponen la hospitalización domiciliaria como alternativa a la hospitalización psiquiátrica convencional. De acuerdo con la revisión sistemática de Cochrane, la asistencia aguda e intensiva domiciliaria es viable y efectiva para alrededor del 55% de los pacientes que de otro modo deberían ser ingresados en una unidad de internamiento agudo psiquiátrico convencional¹²³. De hecho, se ha comprobado que la asistencia de los equipos de reducción de crisis y de tratamiento domiciliario, reduce el número de los ingresos hospitalarios¹²⁴.

La actual situación de los servicios de salud mental¹²⁰ en la mayoría de los países desarrollados de nuestro entorno, se ha caracterizado por una falta de nuevas alternativas a la hospitalización tradicional de los pacientes afectados de patología psiquiátrica aguda y grave.

Dicha situación, unida al insuficiente desarrollo de los servicios comunitarios intermedios para la atención a largo plazo de los pacientes, sitúa a algunos de los pacientes psiquiátricos más necesitados en una condición de máxima vulnerabilidad¹²⁵.

4.1.1.7 Tipo de delito.

El reconocimiento y la valoración médico forense se realiza por el hecho de que estos pacientes han cometido uno o varios hechos delictivos.

Los delitos que con mayor frecuencia han cometido son los robos (44,4%), seguidos de los delitos de violencia de género (15,6%) y delitos contra la salud pública (13,3%). Con menor frecuencia, los delitos de lesiones en un 11%, el quebrantamiento de la orden de alejamiento, en la misma proporción, los atentados contra los agentes de la autoridad en un 6,7%, el intento de homicidio en el 4,4%, seguido de un 2.2% en igualdad de porcentaje de los siguientes delitos: los homicidios, la agresión y acoso sexual, la conducción temeraria y el riesgo en la conducción.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 7. Tipo de delito según la localidad.

		N	%
Robos	Total	45	100,0%
	No	25	55,6%
	Si	20	44,4%
Lesiones	Total	45	100,0%
	No	40	88,9%
	Si	5	11,1%
Violencia Género	Total	45	100,0%
	No	38	84,4%
	Si	7	15,6%
Agresión sexual	Total	45	100,0%
	No	44	97,8%
	Si	1	2,2%
Acoso sexual	Total	45	100,0%
	No	44	97,8%
	Si	1	2,2%
Salud	Total	45	100,0%
	No	39	86,7%
	Si	6	13,3%
O. Alejamiento	Total	45	100,0%
	No	40	88,9%
	Si	5	11,1%
Homicidio	Total	45	100,0%
	No	44	97,8%
	Si	1	2,2%
Intento de Homicidio	Total	45	100,0%
	No	43	95,6%
	Si	2	4,4%
Conducción Temeraria	Total	45	100,0%
	No	44	97,8%
	Si	1	2,2%
Atentado en contra agentes	Total	45	100,0%
	No	42	93,3%
	Si	3	6,7%
Riesgo circulación	Total	45	100,0%
	No	44	97,8%
	Si	1	2,2%

Según el estudio del Consejo de Europa con respecto a la población reclusa¹²⁶, se aprecia un descenso del 5,6 % entre 2011 y 2012, pero entre 2003 y 2012 hay un aumento del 11,1%.

En cuanto al tipo de delitos, España duplica la media europea de condenas por robo (30,7% frente a 12,9%), mientras que otros como Alemania (12,5%), Reino Unido (12,6%), Italia (14,4%) y Francia (19,3%) se sitúan más cerca de este término medio. Bulgaria es el país con más encarcelamientos por robos, un 47,9%, cifra muy similar a este estudio (44%).

Los delitos más comunes en los 47 países europeos estudiados por Aebi¹²⁷, fueron el hurto (20%) y el tráfico de drogas (17%) seguidos del robo (12,9%) y los homicidios (13%).

De acuerdo con el estudio SURT¹²⁸, considerando algunas variables de género, la mayoría de las mujeres están en prisión por delitos contra la propiedad o contra la salud pública, siendo mayor en frecuencia los delitos contra la salud pública (53% en comparación con los hombres que apenas llega al 29%). Los delitos contra la propiedad (que son robos y/o hurtos en el 3% de los casos) están motivados fundamentalmente, por el

consumo de drogas. El resto de delitos (contra la seguridad del tráfico, contra el orden público, y contra la libertad sexual) son minoritarios.

En este estudio, los siguientes son los delitos de violencia de género (15%) y en tercer lugar los delitos contra la salud pública (11%), este último en un porcentaje inferior a la media europea.

Se ha producido un incremento del grupo poblacional que ha cometido robos y se les ha aplicado algún tipo de eximente y/o atenuante de responsabilidad penal. Estos sujetos cometen hechos delictivos de escasa gravedad, cuya pena de prisión es inferior a cinco años. Por ello, en la muestra analizada, la mayor parte de los individuos se corresponde con adictos que han cometido delitos de robo con mayor frecuencia.

Los delitos de violencia de género están asociados a este grupo poblacional que comete delitos por su dependencia a drogas, en especial el alcohol, o condicionados por una enfermedad mental.

Dentro de la muestra estudiada, existen personas que se encuentran en situación de libertad condicional y cumplen el

resto de la pena fuera de prisión con seguimiento de un tratamiento médico de obligado cumplimiento. Esta situación se ha visto únicamente en la Unidad de Conductas Adictivas de la población de Catarroja.

Con respecto a la tipología delictiva, según el estudio de Roca y Caixal¹²⁹ efectuado a una muestra de 200 personas con problemas de adicción, los delitos más importantes son en el 41% robo, en el 37% robo con violencia e intimidación, en el 9% contra la salud pública, en el 5% asesinato y/o homicidio y en el 4% de los casos delitos contra la libertad sexual. El estudio de los tipos de delitos que llevan a cabo los adictos ha sido uno de los primeros objetivos de los investigadores, con la finalidad de identificar patrones homogéneos de conducta y poder evaluar con mayor exactitud el grado de relación entre la conducta adictiva y la delictiva. Así, cabe destacar el estudio del Research¹³⁰ Triangle Institute (1976), el de Elzo et al (1992)¹³¹.y el de Inciardi y McBride (1976)¹³¹.

Todas estas clasificaciones presentan similitudes muy importantes que pueden resumirse en las 3 categorías propuestas

por Inciardi y McBride (1976)¹³²: delitos contra las personas, contra objetos y contra el orden público.

Desde el punto de vista del modelo Rehabilitador, las sanciones alternativas se reservan, principalmente, a personas de bajo riesgo de reincidencia. Este modelo, “parece ser más efectivo cuando se impone a personas con necesidades delictivas, que otras intervenciones con contenido meramente punitivo”¹³³.

Según el Observatorio del Proyecto Hombre de 2013¹³⁴, el 25,78% de la muestra afirma haber cometido delitos tipificados en, al menos, una ocasión (frente al 34,5% de 2012), siendo los delitos contra la propiedad los de mayor prevalencia.

En relación con los sujetos que cometen delitos de forma reiterada y/o muy grave, se aplica la medida de seguridad en menor número de casos. En estos casos se plantea la indicación de medida de seguridad y/o privación de libertad. Estas cifras escasas de medidas de suspensión con intervención, según indica Cid¹²⁰, no se aplica a delincuentes que cometen delitos graves; es por ello que “se deja fuera de este sistema a personas de medio y alto riesgo”. Este aspecto ofrece un contraste con el

entorno internacional, donde se han desarrollado respuestas comunitarias rehabilitadoras para la delincuencia de alto riesgo¹³⁵. El carácter social del Derecho Penal de un estado social tiene que manifestarse cuando el entorno social sea adecuado y, por este motivo, explica Víctor Gómez¹³⁶, es preceptivo castigar los actos más peligrosos.

4.1.1.8 Gravedad de los delitos.

La gravedad de la pena correspondiente a estos delitos, considerando el tipo básico de una sanción penal privativa de libertad, es de un máximo de seis años y un mínimo de un año.

La figura penal básica del delito contra la salud pública (artículo 368 del Código Penal) alcanza los seis años de prisión. Los delitos de robos (artículo 242), los delitos de lesiones (artículo 147), el delito de abuso sexual (artículo 181), el delito de violencia de género (artículo 173.2), están castigados con un máximo de tres años de prisión. El delito de agresión sexual (artículo 178 y siguientes del Código penal). En la tabla 8 se representa el porcentaje de los sujetos que cometen hechos delictivos por su dependencia a sustancias tóxicas.

La figura del homicidio está prevista en el Título I del Libro II del Código Penal, bajo la rúbrica “Del homicidio y sus formas”. Con carácter general, el homicidio supone la causación de la muerte de otra persona recogiendo la legislación penal española distintas formas de homicidio en función del modo de comisión del mismo. Las formas más características son el homicidio doloso, el homicidio imprudente y el asesinato.

El homicidio doloso se encuentra regulado en el artículo 138 del Código Penal que dice: “El que matare a otro será castigado, como reo de homicidio, con la pena de prisión de diez a quince años”.

En el artículo 139 del mismo, se mantiene la tradicional figura del asesinato, una modalidad de homicidio especialmente agravada. Según este precepto, se castigará con una pena de quince a veinte años de prisión.

El artículo 142 del Código Penal describe el delito de homicidio por imprudencia grave, que se castiga con una pena de uno a cuatro años de prisión.

Tabla 8. Gravedad del delito.

		N	%
G. robos	Total	45	100,0%
	No	25	55,6%
	Máximo 3 años	20	44,4%
G. lesiones	Total	45	100,0%
	No	40	88,9%
	Máximo 3 años	5	11,1%
G. violencia género	Total	45	100,0%
	No	38	84,4%
	Máximo 3 años	7	15,6%
G. agresión sexual	Total	45	100,0%
	No	44	97,8%
	Máximo 3 años	1	2,2%
G. acoso sexual	Total	45	100,0%
	No	44	97,8%
	Máximo 3 años	1	2,2%
G. contra salud Pública	Total	45	100,0%
	No	39	86,7%
	Máximo 3 años	1	2,2%
	Máximo 6 años	5	11,1%
G. orden alejamiento	Total	45	100,0%
	No	40	88,9%
	Máximo un año	4	8,9%
	Máximo 3 años	1	2,2%
G. homicidio	Total	45	100,0%
	No	44	97,8%
	Máximo 2 años	1	2,2%
G. intento homicidio	Total	45	100,0%
	No	43	95,6%
	Máximo 6 años	2	4,4%
G. conducción temeraria	Total	45	100,0%
	No	44	97,8%
	Máximo un año	1	2,2%
G. atentado contra agentes	Total	45	100,0%
	No	42	93,3%
	Máximo un año	1	2,2%
G. riesgo circulación	Total	45	100,0%
	No	44	97,8%
	Máximo 2 años	1	2,2%

En muchos casos, los delincuentes cometen varios delitos de escasa gravedad. La admisión de la suspensión en casos de pluralidad de delitos proporciona una visión de la realidad de las necesidades y carencias que presentan muchos infractores, así como el hecho de que un sistema penal basado solo en el castigo rehabilitador, únicamente detiene temporalmente la actividad delictiva¹³⁷.

La importante relación entre la conducta adictiva y la delictiva es evidente para todo profesional que trabaje o haya trabajado tanto en el campo de las toxicomanías como en el de la Justicia. Esta importante relación ha sido constatada en diferentes estudios y ha sido objeto de diferentes análisis e interpretaciones^{138,139}.

En este estudio, se ha considerado el tipo penal básico con las sanciones penales de privación de libertad que se recogen en el Código Penal. No ha sido posible tener acceso a los expedientes judiciales, existiendo esta limitación de no saber las circunstancias personales de los autores de los delitos ni las

circunstancias eximentes, atenuantes y/o agravantes. Por lo que la tipificación penal no es la real, sino la teórica de cada delito.

El Código Penal contiene una regulación específica de la suspensión de la ejecución de los hechos cometidos a causa de la dependencia al alcohol u otras drogas. La aplicación del artículo 87.1 no impide la posibilidad de otorgar este beneficio a los sujetos reincidentes. Sin embargo, la concesión no es automática sino que requiere unas premisas, entre ellas que la pena a suspender no sobrepase los cinco años de privación de libertad. Según la Sentencia de Tribunal Supremo¹⁴⁰ de 7 de marzo de 2002, lo que se pretende con la elevación a cinco años es la rehabilitación del drogadicto.

En este sentido, señala Suárez-Mira que el hecho de subir el límite en las penas privativas de libertad para obtener el beneficio de la rehabilitación, supone un enfoque puramente retributivo de las consecuencias jurídicas del hecho delictivo. Esta circunstancia en sujetos reincidentes, no es más que un riesgo que deben asumir para mantener su adicción¹⁴¹.

Se exige, en todo caso, el informe médico forense para acreditar el requisito, indispensable para conceder la suspensión y que el condenado esté deshabitado o sometido a tratamiento para tal fin.

La periodicidad de los informes se establece en los centros de tratamiento, pero no ha de ser superior a un año¹⁴². En estos casos, el legislador ha dado un fuerte impulso a la orientación resocializadora de la punición de quienes cometen el delito como consecuencia de su drogodependencia, lo que debe ser completado con una atención y asistencia adecuada dentro de la ejecución penitenciaria con la potenciación de su cumplimiento extrapenitenciario a través del artículo 182 del Reglamento Penitenciario.

De este modo, se promueve la reinserción con programas específicos, considerando el tipo de delito cometido y las circunstancias personales del sujeto¹¹⁶.

4.1.1.9 Valoración Médico Forense.

Tabla 9. Valoración Médico Forense.

		N	%
Centro de internamiento	Total	45	100,0%
	No	38	84,4%
	Si	7	15,6%
Tratamiento ambulatorio obligatorio	Total	45	100,0%
	No	38	84,4%
	Si	7	15,6%
Tratamiento en comunidad terapéutica	Total	45	100,0%
	No	45	100,0%
Tratamiento de deshabitación	Total	45	100,0%
	No	12	26,7%
	Si	33	73,3%
Privación del permiso de circulación	Total	45	100,0%
	No	43	95,6%
	Si	2	4,4%
Privación de permiso de armas	Total	45	100,0%
	No	36	80,0%
	Si	9	20,0%

El resultado de la valoración médico forense con respecto a la medida de seguridad más adecuada ha sido, en la mayoría de los casos, la sustitución de la pena privativa de libertad por el tratamiento de deshabitación (73,3%) que se realiza en las Unidades de Conductas Adictivas. La siguiente medida en orden de frecuencia es la privación del permiso del armas (el 20% de

los casos) que ha sido en algunos casos una medida complementaria a otra, tal y como ocurre en los delitos de Violencia de Género, en los cuales se ha aplicado la medida de tratamiento en medio ambulatorio junto con la privación del permiso de armas.

En el caso concreto de delitos de Violencia de Género, la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género¹⁴³ establece, en su artículo 42, que la Administración Penitenciaria realizará los programas específicos para los condenados por este tipo de delitos. De este modo, asume la intervención mediante programas de tratamiento de aquellos condenados a los que se les ha suspendido la pena de privación de libertad, con la condición de participar en estos programas. La principal característica de esta pena alternativa es la no voluntariedad en la participación en estos programas cuando se aplica como beneficio penal. En la actualidad, se aplica el programa “Violencia: programa de intervención con agresores” que integra aspectos clínicos con los de tipo educativo y motivacional bajo la perspectiva de género¹⁴⁴.

Desde un punto de vista médico legal, la valoración médico forense de las consecuencias de las conductas delictivas asociadas a los trastornos mentales, en comorbilidad o no con el consumo de drogas, suponen una de las actividades principales en cuanto a las intervenciones de los médicos forenses en los Tribunales de Justicia Penales¹⁴⁵.

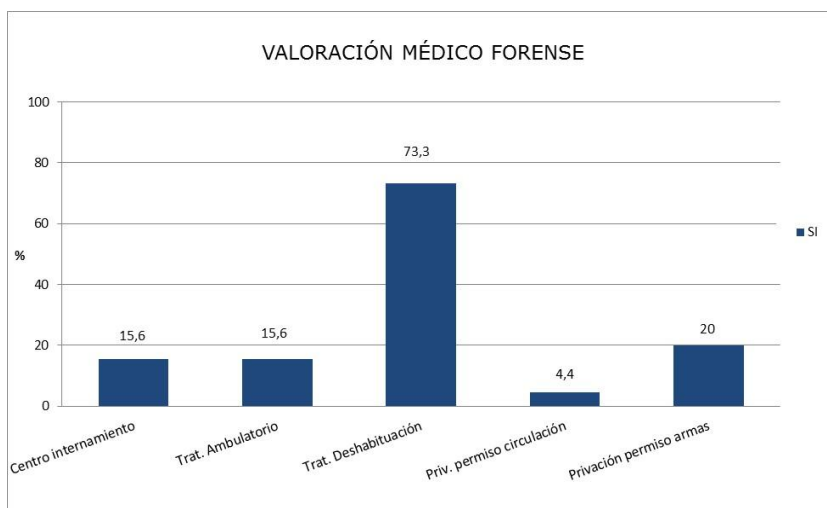
La prueba pericial es necesaria para valorar la existencia de una drogodependencia y/o un trastorno mental. De dicha patología deriva la existencia de una peligrosidad criminal, es decir, del riesgo de aparición de nuevas conductas delictivas. En estos casos, el Juez o Tribunal pueden aplicar una medida de seguridad, pudiendo el perito orientar sobre la más adecuada para el caso que se trate.

La valoración médico forense también es solicitada para el seguimiento y control de la ejecución de la medida: comprobar la abstinencia, las recaídas y su evolución. Estas pruebas se llevan a cabo mediante el examen del interesado, el análisis de orina y los informes de los centros donde esté recibiendo la asistencia¹²⁴.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el presente estudio, se han efectuados una serie de valoraciones en relación a las medida de seguridad más adecuada, evidenciando las siguientes medidas de sustitución por orden de frecuencia: el tratamiento de deshabitación (73,3%), la privación del permiso de armas (20%), el tratamiento ambulatorio obligatorio (15,6%) y en la misma proporción el ingreso en un centro de internamiento, seguido de la privación del permiso de circulación (4.4%), como se puede apreciar en el siguiente gráfico.

Gráfico 1. Valoración Médico Forense de la Medida de Seguridad más adecuada.



En relación a la aplicación del tratamiento ambulatorio involuntario (15,6%) no está exento de polémica con defensores, que consideran que es una forma de conseguir la cumplimentación terapéutica y la consiguiente mejoría clínica del paciente y, opositores que encuentran en este tipo de medidas una vulneración de los derechos fundamentales de la persona que conllevan un aumento de la coerción y el estigma del paciente psiquiátrico¹⁴⁶.

Según el estudio efectuado por un grupo de Médico Psiquiatras del Hospital Clínico de Valencia¹⁴⁷ y el estudio efectuado en Carolina del Norte, en la Universidad Duke¹⁴⁸, se constata que una orden de tratamiento ambulatorio involuntario mantenida, 180 días o más, cuando es combinada con servicios de salud mental intensivos, puede incrementar la adhesión al tratamiento y reducir el riesgo de resultados negativos, como recaídas, conducta violenta, victimización o arrestos. De acuerdo con los autores del estudio Duke, los dos factores principales asociados con la disminución de las recidivas y la mejoría de resultados entre las personas con enfermedad mental grave parece ser un tratamiento intensivo y mantener el seguimiento durante un período de tiempo sostenido. En este estudio, los resultados solo

fueron mejores para aquellos bajo orden judicial que recibieron servicios de salud mental intensivos. Si la orden judicial sin tratamiento intensivo tiene algún efecto es una cuestión pendiente de respuesta.

El estudio de la Universidad de Duke¹⁴⁹, también presenta una serie de limitaciones que pueden afectar a la generalización de los resultados del estudio: la población del estudio ha recibido más servicios ambulatorios (7 contactos por mes) que los habituales (0-3 por año), la muestra se limitó a pacientes dados de alta del hospital, por lo que los resultados no pueden generalizarse a toda la población y, finalmente, no se aleatorizó la diferente duración del tratamiento involuntario, por lo que las conclusiones acerca de la importancia de la duración del tratamiento deben ser consideradas con cautela.

Por lo que se refiere a la medida de internamiento, se aplica en un elevado número de casos de este estudio (15,6%). La patología psiquiátrica más frecuente según el CIE 10¹⁵⁰ es la esquizofrenia, la esquizotipia y las ideas delirantes. Según un estudio llevado a cabo en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante en 1999¹⁵¹, está diagnosticado de esquizofrenia el

74,5% de los pacientes y de retraso mental el 14,6%. En la actualidad, el tratamiento de los enfermos mentales se basa fundamentalmente en el tratamiento farmacológico, olvidando en numerosas ocasiones otro tipo de terapia: conductual, cognitiva, habilidades sociales, familiares, etc. En este centro ocurre algo similar. La evolución al tratamiento es considerada por los especialistas como buena en un 83,5%, relacionándose de forma directa con la participación en actividades de ocio.

En el estudio referido del Hospital Penitenciario de Alicante, se justifica la existencia de esta medida de tratamiento desde el punto de vista asistencial para tratar y acoger a las personas que han cometido un delito y que presentan peligrosidad para terceros. Esta medida se ajusta a lo establecido en la Ley que exige aplicar medidas legales de forma personalizada e individualizada. Por otra parte, se desprende del estudio que debería de adoptar medidas con un enfoque más amplio incluida la perspectiva social. La barrera principal que interfiere en la normalización del enfermo mental es la falta de programas alternativos que hagan posible la integración social digna en la comunidad¹⁵².

En la población del Hospital Psiquiátrico de Alicante de 1999, el 60% de los pacientes tenía, como segundo diagnóstico, el de trastornos por consumo de sustancias psicotropas. Según datos procedentes de diversas instituciones¹⁵³, se estima que un tercio de la población reclusa tiene antecedentes de abuso de alcohol antes de ingresar en prisión, encontrando asociación entre su consumo y la comisión de delitos.

Esta circunstancia constatada por estudios científicos, se añade al hecho de que la mayor parte de la muestra estudiada tiene como circunstancia modificadora de responsabilidad penal la drogadicción y se le aplica en el artículo 87 del Código Penal.

En relación a la medida de privación del permisos de armas y conducción de vehículos a motor, se impone como medida de restricción ya que pueden suponer un riesgo para los demás o para sí mismos, debido a que las personas no reúnen las condiciones psicológicas necesarias para la obtención y/o renovación, de las licencias de armas o de conducción de vehículos.

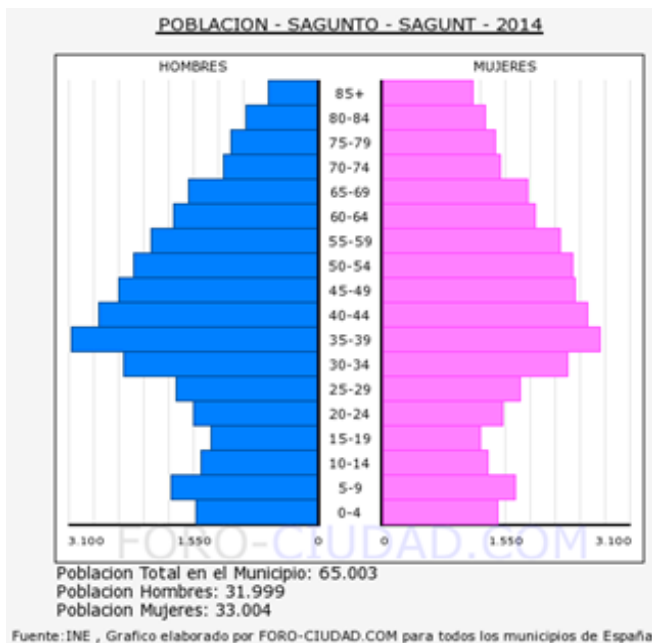
4.1.2 Muestra específica.

Tras la fase preliminar descriptiva en la muestra general, se valora una muestra de 78 pacientes en tratamiento en la Unidad de Conductas Adictivas, de las que 33 son paciente de la Unidad de Sagunto y 45 de la Unidad de Catarroja. Se trata de personas en tratamiento por dependencia a sustancias tóxicas procedentes de dos poblaciones con diferentes características.

Se han elegido dos poblaciones con la finalidad de comparar la evolución favorable o desfavorable del tratamiento de deshabituación en ambas y valorar qué factores son indicadores del pronóstico de comportamiento futuro de los adictos delincuentes o, lo que es lo mismo, la peligrosidad criminal.

La población de Sagunto¹⁵⁴ consta de 65.005 habitantes según el padrón municipal de 2014 con una pirámide poblacional en el que predomina la edad adulta madura y el envejecimiento progresivo, con disminución de la natalidad. Esta población muestra una clara tendencia regresiva con un crecimiento vegetativo negativo, evidente en la baja tasa de natalidad (inferior a la mortalidad) y el creciente índice de envejecimiento.

Gráfico 2. Pirámide poblacional según el padrón Municipal de Sagunto (2014).



En Sagunto en el año 1997, dependiente orgánica y funcionalmente de la Consellería de Sanidad se crea la Unidad de Conductas Adictivas que, por primera vez en este municipio, ofrece un tratamiento especializado a las personas afectadas por algún tipo de trastorno adictivo. En 1998 se crea la Unidad de Prevención Comunitaria, como estructura desde la que desarrollar los programas de prevención de la Ley 3/97 sobre

drogodependencias y otros trastornos adictivos, que se considera como el “instrumento más eficaz y eficiente de protección de la sociedad frente al grave problema del consumo de drogas”¹⁵⁵.

En el año 2000 la Unidad de Prevención Comunitaria del Departamento de Servicios Sociales publicó el informe del Observatorio Municipal de Indicadores de Riesgo en la Aparición de Trastornos Adictivos¹⁵⁶ donde se relacionaban las características estructurales del municipio con la configuración de la situación actual en relación con los trastornos adictivos.

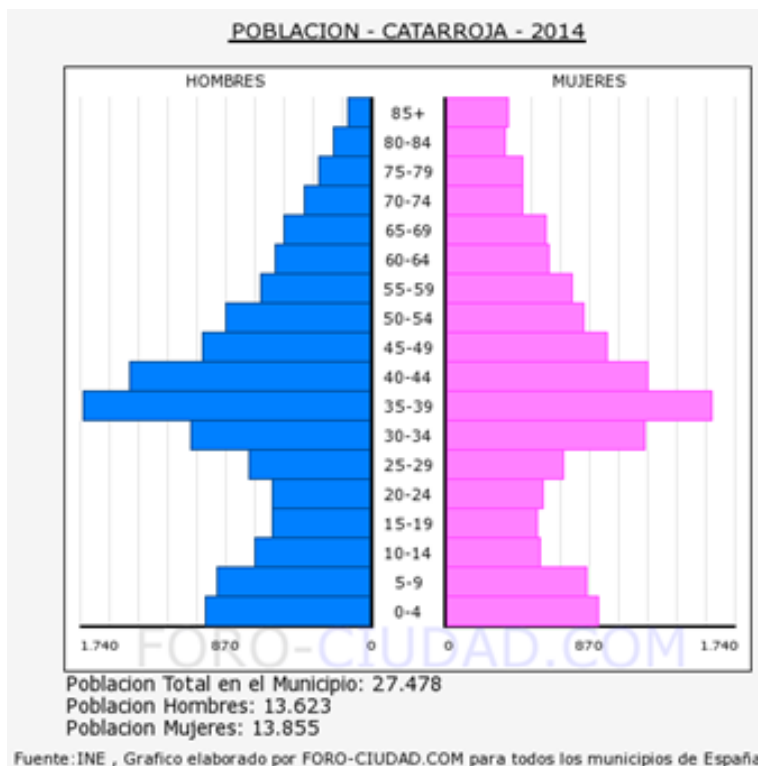
Esta información ha servido como diagnóstico preliminar para fundamentar los programas de prevención que mejor se adaptan a las necesidades y características de la población de Sagunto. Estas son las conclusiones del citado informe: Sagunto reúne una serie de características estructurales y socio-demográficas que pueden llegar a convertirse en factores de riesgo para la proliferación de trastornos de tipo adictivo si no se interviene adecuadamente para controlar su impacto sobre la población¹⁵⁷. Es una población con alto índice de desempleo. En el sector industrial predomina el trabajo poco específico y también persisten los trabajos agrícolas a destajo, los trabajos poco

cualificados en la construcción y los empleos en hostelería en temporada alta, entre otros.

La población de Catarroja tiene 25.650 habitantes, se trata de una población con predominio del sector comercial y representa el 1,7% sobre el total de población de la Subárea Comercial Valencia Metropolitana. La variación desde 2001 al 2007 ha sido de 23,05% (en términos absolutos de 4.804 habitantes), crecimiento de población superior al experimentado en la Subárea.

Las perspectivas de evolución de la población de esta localidad indicaban un incremento, hasta 2012, de 4.195 personas. De cumplirse esta previsión, el comercio de Catarroja debe contar con un mercado potencial de consumidores de casi 30.000 personas. Estos factores constituyen un mecanismo de protección frente a los problemas adictivos, ya que el empleo y la inserción social es un factor de protección de la delincuencia. El siguiente gráfico representa la pirámide poblacional de Catarroja en 2014.

Grafico 3. Pirámide Poblacional según el Padrón Municipal de Catarroja (2014).



Se observa que la relación entre jóvenes y ancianos se sitúa en el 92,8%, lo que se traduce en una tendencia al reemplazo generacional. El índice de tendencia apunta un mantenimiento de efectivos infantiles superior a la media autonómica¹⁵⁸.

Entre los factores de riesgo se encuentran las características individuales, sociales y ambientales.

El concepto de factor de riesgo procede de la epidemiología. Desde esta disciplina, se plantea la necesidad de analizar la frecuencia y distribución que los agentes causales de una patología tienen en la población.

En relación a las características laborales, los principales problema proceden de la inestabilidad laboral y la ausencia de inserción social. Los empleos más demandados en la Comarca proceden del ámbito industrial y se caracterizan por ser trabajos de poca cualificación que no requieren una formación específica por lo que se estaría fomentando la aparición de factores de riesgo relacionados con la insatisfacción laboral y la carencia de motivación y desarrollo personal y social a través del trabajo.

El problema de los trastornos adictivos preocupa mucho a ésta población. De hecho, en las encuestas aparece en el tercer puesto de los problemas que más preocupan a la población valenciana. Sin embargo, existe una tendencia a simplificar este consumo problemático y reducirlo a las drogas ilegales de manera que

otros tipos de consumo pueden pasar desapercibidos o simplemente, ser aceptados por todos como algo normalizado. Esta situación se hace evidente en el consumo abusivo de alcohol, principal droga de adicción de la población.

Se procede al análisis estadístico descriptivo de los siguientes parámetros para cada localidad: el sexo, la edad, el nivel de estudios, la situación laboral, la presencia de pareja drogodependiente, el tipo de sustancia principal de adicción, la evolución en años de consumo, la comorbilidad psiquiátrica o patología dual, el tipo de patología mental concomitante con la adicción, la motivación de inicio de tratamiento, el estado actual del tratamiento según su evolución favorable o desfavorable, el tipo de tratamiento, la derivación del paciente a otro centro, el tipo de centro de derivación, la duración del tratamiento, la estancia o no en prisión, el tipo de centro penitenciario, el número de veces en prisión, el número de detenciones en su carrera delictiva, la edad de su primera detención, el número de procesos judiciales en general, los procesos judiciales finalizados y pendientes y el órgano de ejecución de la medida de seguridad.

4.1.2.1 Sexo.

Tabla 10. Sexo según la localidad.

	Localidad					
	Total		Sagunto		Catarroja	
	N	%	N	%	N	%
Total	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
Mujer	11	14,1%	4	12,1%	7	15,6%
Varón	67	85,9%	29	87,9%	38	84,4%

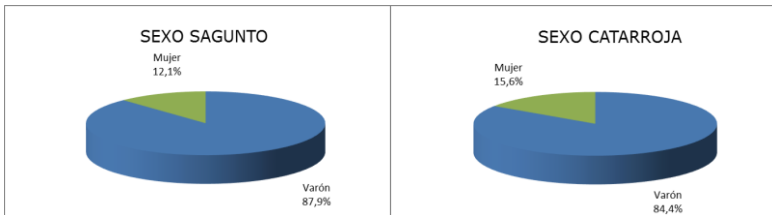
La mayoría son hombres en la Unidad de Conductas Adictivas de Sagunto en un porcentaje del 87,9% frente al 12,1% de los casos que son mujeres. En Catarroja el porcentaje de varones es ligeramente menor, con un porcentaje del 84,4 % y del 15,6% en mujeres.

Según el Observatorio Proyecto Hombre, en el informe de 2013 sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento, el 84,27% son hombres y un 15,73% mujeres. Esto supone un incremento de 6 puntos en las mujeres respecto a la distribución por sexos del informe de 2012¹⁵⁹, donde un 90,9% de la muestra integrada por hombres, frente a un 9,1% de mujeres.

En este estudio, prevalece el sexo masculino al igual que en la población delincente en general. La adicción es un problema que se ha visto más unido a los hombres que a las mujeres.

En el gráfico siguiente se puede apreciar la distribución del porcentaje de hombres y mujeres en ambas Unidades.

Gráfico 4: Sexo según las localidades.



El tratamiento del abuso de drogas específico según el sexo del paciente debe enfocarse en base, no solo en las diferencias biológicas, sino también en los factores sociales y ambientales¹⁶⁰, ya que todos ellos pueden influir en las motivaciones para usar drogas, las razones para buscar tratamiento, los tipos de ambiente donde es tratada la persona, los tratamientos más eficaces y las consecuencias de no recibir tratamiento.

El informe del Observatorio de Proyecto Hombre sobre el perfil del drogodependiente, elaborado en 2012, considera que la información será de vital importancia para la elaboración de un perfil completo del individuo que permita la planificación de una intervención o tratamiento holístico, adaptado a la realidad de cada persona. Otra finalidad del informe es obtener índices de gravedad de consumo así como información socio-demográfica de los individuos de enorme relevancia, de cara al desarrollo de nuevas investigaciones.

En lo referente a los porcentajes globales de acceso al tratamiento, como ya se ha mencionado anteriormente, la cantidad de mujeres que lo recibe frente a la de hombres es de una mujer por cada nueve hombres. Por tanto, hemos de interpretar los datos teniendo en cuenta la diferencia en los tamaños de muestra entre los dos sexos. Esta limitación ya ha sido expuesta en otras investigaciones por autores como Nuria Romo¹⁶¹. El acceso de las mujeres al tratamiento sigue siendo uno de los objetivos de la Asociación Proyecto Hombre.

Uno de los motivos que expone Romo en sus estudios es la percepción de cargas familiares por parte de las mujeres

drogodependientes. En este caso, se comprueba la diferencia: el porcentaje de mujeres con hijos a su cargo es de 37,3% mientras que únicamente el 24,6% de hombres se encuentra en dicha situación.

Otra razón es que existe un gran problema de accesibilidad en los tratamientos para las mujeres. Sería conveniente analizar las razones para este desequilibrio, tan marcado en los tratamientos y estudiar propuestas de mejora. Es importante estudiar las consecuencias que esta realidad tiene en los propios recursos de atención que influyen en el funcionamiento y eficacia de los mismos. Parece necesario ofrecer opciones de tratamiento más adaptadas a las demandas y condiciones que acompañan a las mujeres con drogadicción, especialmente para fomentar su acceso al tratamiento y prevenir la “vulnerabilidad multifactorial” a la que se pueden ver abocadas muchas de ellas: mujer, drogodependiente, sin estudios y con cargas familiares.

4.1.2.2 Edad.

Tabla 11. Edad según la localidad.

	Localidad		
	Total	Sagunto	Catarroja
N	78	33	45
Media	37,9	38,7	37,4
Desviación típica	10,3	9,6	10,8
Mínimo	18,0	20,0	18,0
Máximo	65,0	58,0	65,0
Mediana	37,5	37,0	38,0

La edad media es de 38,7 años en Sagunto, considerando que en la muestra nos encontramos edades comprendidas entre los 20 y los 58 años de edad.

Es bastante similar la población que sigue tratamiento en la Unidad de Conductas adictivas de Catarroja, en la que edad media es de 37.4 años, con edades límites entre los 18 y los 65 años.

Según los datos del informe de 2013 del Proyecto Hombre, la edad media de los tratados se sitúa en 36,2 años (1 año superior

a la muestra relativa al informe de 2012), con un intervalo de edad que oscila entre los 17 y los 64 años.

El Observatorio del Proyecto Hombre en la muestra estudiada (2.242 personas) emplea el método EuropASI¹⁶² que es la versión europea de la 5ª versión del ASI (Addiction Severity Index, Índice de Gravedad de la Adicción) desarrollada en Estados Unidos por McLellan (1980). El ASI fue creado en 1980 en la Universidad de Pensilvania con el objeto de obtener un instrumento que permitiese conseguir información relevante para la evaluación clínica inicial de los pacientes con problemas de abuso de drogas (incluido el alcohol) y así planificar su tratamiento y/o tomar decisiones de derivación.

El EuropASI es una entrevista semiestructurada y estandarizada, muy utilizada en la clínica para el diagnóstico multidimensional de aquellos aspectos y áreas de la vida que han podido contribuir en alguna medida al síndrome de abuso de sustancias, permitiendo de este modo una contextualización del síndrome desde una perspectiva biopsicosocial¹⁶³.

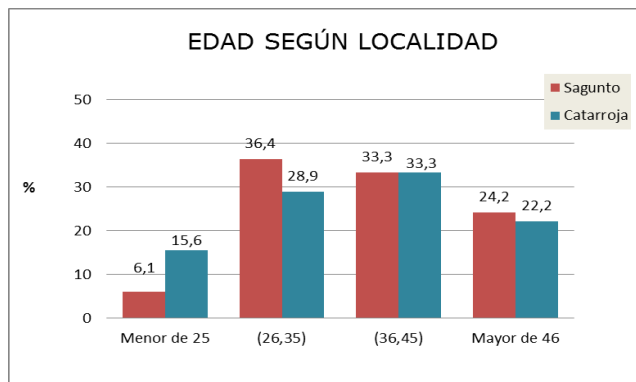
Tabla 11 b. Edad recodificada según localidad

		Localidad		
		Total	Sagunto	Catarroja
Total	N	78	33	45
	%	100,0%	100,0%	100,0%
Menor de 25 años	N	9	2	7
	%	11,5%	6,1%	15,6%
(26, 35)	N	25	12	13
	%	32,1%	36,4%	28,9%
(36, 45)	N	26	11	15
	%	33,3%	33,3%	33,3%
Mayor de 46 años	N	18	8	10
	%	23,1%	24,2%	22,2%

Con respecto a la edad recodificada, la mayoría de la población de Sagunto está en edad comprendida entre los 26 y los 35 años (32,1%).

En Catarroja el periodo de edad predominante es de 36 a 45 años (28,9%), siendo menor a los de población estudiada en Proyecto Hombre con EuropASI y a la población de Sagunto. El siguiente por orden de frecuencia, es la población entre 26 y 35 años (33,3%), seguido de los menores de 25 años (15,6%). En el siguiente gráfico se puede observar cómo se distribuye la variable edad en las diferentes localidades.

Gráfico 5: Edad según las localidad en Sagunto y Catarroja



Se aprecia variabilidad entre las dos localidades, a excepción de la frecuencia de individuos en edad adulta de 36 a 45 años que tienen la misma proporción. Los sujetos menores de 25 años solicitan tratamiento con más frecuencia en la Unidad de Catarroja.

Según el referido estudio de Proyecto Hombre, la edad media se sitúa en los 35,5 años, en un período de edades que oscilan entre los 17 y 65 años. Las frecuencias de edad se distribuyen de la siguiente manera: el 26,4% se encuentra en la franja de edad entre los 18 y 28 años, el 31,7% tienen edades comprendidas entre los 29 y 38 años y el 22,3% se encuentra en el rango de edad entre 39 y 48 años.

Las personas de edad madura adulta constituyen la población central de este estudio. Sin embargo, no hay que olvidar a los adolescentes con problemas de drogadicción que tienen necesidades especiales que surgen de la inmadurez neurocognitiva y psicosocial de esa etapa del desarrollo. Las áreas del cerebro más estrechamente relacionadas con los aspectos del comportamiento, como la toma de decisiones, el juicio, la planificación y el autocontrol, atraviesan un periodo de desarrollo rápido durante la adolescencia¹⁴⁰.

El abuso de drogas en adolescentes también suele estar asociado a otros problemas de salud mental concurrentes, entre ellos el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno de oposición desafiante y problemas de conducta, así como trastornos depresivos y de ansiedad. Este periodo de desarrollo también se ha asociado con el abuso físico o sexual y dificultades académicas¹⁴⁰.

La población más joven se inicia en el consumo de drogas a edades cada vez más tempranas¹⁶⁴. Según el informe europeo de drogas DRUID¹⁶⁵ de 2013, se estima que 2,5 millones de

Europeos jóvenes (el 1,9% de este grupo de edad) consumieron cocaína el último año. Son relativamente elevados los niveles de consumo de adultos jóvenes (2,5-4,2%), en el último año, notificados por Dinamarca, Irlanda, España y el Reino Unido. En los países con mayor prevalencia según las encuestas tendieron a alcanzar esos niveles un máximo en los años 2008 y 2009. Más tarde, mostraron disminuciones moderadas o se estabilizaron. En los demás países se mantuvieron relativamente bajos y estables, aunque Francia y Polonia notificaron incrementos en 2010.

Las investigaciones existentes¹⁴⁰ han evidenciado que los programas de tratamiento en adictos son eficaces en los adultos mayores y en los más jóvenes. Sin embargo los problemas de abuso de drogas en la vejez suelen pasar desapercibidos.

4.1.2.3 Estudios y situación laboral.

Tabla 12 a. Estudios según la localidad.

	Localidad					
	Total		Sagunto		Catarroja	
	N	%	N	%	N	%
Total	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
Primarios	21	26,9%	17	51,5%	4	8,9%
Secundarios	47	60,3%	13	39,4%	34	75,6%
Universidades	10	12,8%	3	9,1%	7	15,6%

La mayoría de los sujetos en Sagunto tiene estudios primarios (51,1%), seguido de los estudios secundarios (39,4%) y en menor proporción tiene estudios universitarios (9,1 %).

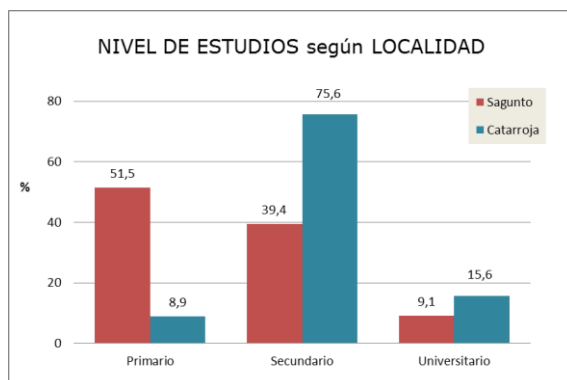
En la población de Catarroja es mayor el porcentaje de pacientes con estudios secundarios (75,6%) y también universitarios (15,6%). La suma del porcentaje de personas con estudios secundarios y universitarios de esta población asciende a 91,1%, cifra considerable, que indica que la mayor parte de la población adicta en tratamiento en la población de Catarroja tiene estudios superiores.

El informe de 2013 de Proyecto Hombre, arroja como resultados que el 26,49% del total de las personas de la muestra presentan

únicamente estudios básicos, siendo el 48,1% de las personas las que no tienen estos estudios básicos, bien porque en caso de haberlos iniciado no los han finalizado, o porque ni siquiera los han iniciado. La suma de estos dos supone un 74,7% de personas que no cuentan con formación básica. Las personas con estudios medios representan el 16,47%, un 5,26%, son diplomados/as y solo un 3,57% licenciados/as.

Estos datos suponen algunos avances respecto al informe de 2012⁹⁵, donde las personas sin estudios suponían un 79,73% mientras que habían alcanzado estudios el 14,08% y licenciaturas en el 2,0% de los casos. En el siguiente gráfico se aprecia con claridad la distribución de la variable estudios.

Gráfico 6: Nivel de estudios según localidad



Se observa un mayor número de adictos con estudios primarios en Sagunto.

En la Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja prevalecen los sujetos con estudios secundarios (más del 75% de los casos) y universitarios (9%). En este estudio, tanto en Sagunto como Catarroja, la proporción de personas con estudios universitarios (sin diferenciar diplomatura o licenciatura) supera el 12% de los casos. En concreto, en la población de Catarroja supera el 15% de la población. Estas cifras no se corresponden con los datos del Observatorio de Proyecto Hombre. Otra cuestión que se aprecia es la ausencia de personas sin estudios.

En la siguiente tabla se aprecia los datos de la situación laboral de la población adicta, donde en el total de las dos poblaciones estudiadas, la mayoría tiene una situación laboral inactiva (85,9%).

Tabla 12b. Situación laboral según localidad

	Localidad					
	Total		Sagunto		Catarroja	
	N	%	N	%	N	%
Total	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
Inactiva	67	85,9%	28	84,8%	39	86,7%
Activa	11	14,1%	5	15,2%	6	13,3%

Como hemos visto, la población en tratamiento tiene estudios, sin embargo los datos recogidos en Proyecto Hombre en 2013 señalan una disminución de personas que disponen de una ocupación remunerada¹³³ en el momento de ingreso al tratamiento (30,34%). Esta cifra es menor que en 2012 cuando la población activa alcanzaba un 35,5%.

Según el Observatorio del Proyecto Hombre, la situación laboral de los adictos en tratamiento es la siguiente: un 46% forma parte de la población activa (35,3% con empleo remunerado y 10,5% cobrando el desempleo). En cuanto a las fuentes de ingresos económicos del resto de los sujetos de la muestra, se reparten entre la ayuda de compañeros y de familiares (30,7%).

En los estudios consultados, aumentan las personas adictas con estudios, incluso con mayor graduación. Sin embargo, el

porcentaje de población inactiva con problemas de drogadicción está en cifras elevadas. Desde un punto de vista teórico, la población adicta con estudios tiene más opciones de alcanzar empleo y de poder tener salidas laborales y trabajo más cualificado. Esta circunstancia favorecería su integración social y laboral. Sin embargo, sin un empleo es más difícil la reinserción social.

4.1.2.4 Pareja drogodependiente.

Tabla 13. Pareja drogodependiente según localidad.

	Localidad					
	Total		Sagunt		Catarroja	
	N	%	N	%	N	%
Total	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
NO	61	78,2%	27	81,8%	34	75,6%
SI	17	21,8%	6	18,2%	11	24,4%

Tanto en la población de Sagunto como en la de Catarroja, los componentes de la muestra no tienen pareja drogodependiente en la mayoría de los casos (78,2%).

Esta variable es importante ya que puede considerarse como un factor de protección que se tenga una relación con una persona no adicta, lo cual es favorable en la mayoría de estudios previos.

La delincuencia puede explicarse como el resultado de una frustración respecto al acceso a las metas deseadas y plantea el delito como la vía posible de responder a este estado emocional¹⁶⁶. Cullen y Wright (1997) han desarrollado la teoría de la tensión para explicar el desistimiento. De acuerdo con estos autores, el apoyo que la persona recibe (en términos de apoyo económico, de afecto, consideración, información y comprensión) es relevante para que la persona pueda abordar de manera legítima sus necesidades¹⁶⁷.

Aunque el tema del apoyo no parece que haya sido explorado de manera específica por ninguna investigación, existen diferentes indicaciones que parecen avalar que esta teoría puede ser relevante para explicar el desistimiento de la delincuencia y merece ser considerada. El apoyo de la pareja sería un ejemplo de esta circunstancia.

4.1.2.5 Sustancia principal.

La principal droga de adicción es aquella por la que el sujeto acude al tratamiento de deshabituación. No se descarta la existencia de consumo de otros tipos de drogas.

En las Unidades de Conductas Adictivas en general y en Sagunto en particular la droga principal es la cocaína en un 51% de los casos. Destaca el descenso de los adictos a heroína que se registran en el 6,1% de los casos de esta población. Resulta del estudio, una prevalencia del consumo de cocaína frente al consumo de alcohol que se presenta en un 21%.

En la población de Catarroja, se aprecia un mayor número de consumidores de heroína (17,8%), con respecto a la población de Sagunto. La principal sustancia de consumo es la cocaína (40%), seguido del consumo de alcohol en un 20%.

En la siguiente tabla se aprecian los porcentajes de la sustancia principal por la que se solicita tratamiento de deshabituación en ambas poblaciones.

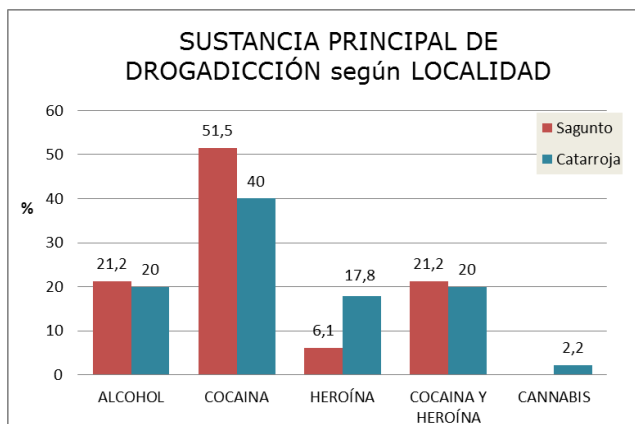
Tabla 14. Sustancia principal de adicción según la localidad.

	Localidad					
	Total		Sagunto		Catarroja	
	N	%	N	%	N	%
Total	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
Alcohol	16	20,5%	7	21,2%	9	20,0%
Cocaína	35	44,9%	17	51,5%	18	40,0%
Heroína	10	12,8%	2	6,1%	8	17,8%
Ambas cocaína y heroína	16	20,5%	7	21,2%	9	20,0%
Cannabis	1	1,3%	0	,0%	1	2,2%

Según los datos del Observatorio del Proyecto Hombre, el alcohol es la sustancia con mayor demanda de tratamiento. El consumo de alcohol es elevado (40,36%) tanto exclusivamente como combinado con otras drogas. La adicción a cocaína se sitúa en segundo lugar (30%).

En la siguiente gráfica se aprecia la distribución de las frecuencias de la sustancia principal de drogadicción en las dos poblaciones de nuestro estudio.

Gráfico 7. Sustancia principal de adicción.



Existe un conocido ciclo de consumo de drogas y comisión de delitos. Según datos de la Universidad de Pensilvania, el 80% de los internados en prisión han cometido delitos relacionados con las sustancias y son consumidores habituales. Las drogas y/o el alcohol, estuvieron envueltos en el 50% de los delitos con violencia, en la misma proporción en maltrato doméstico, en el 80% en maltrato infantil, entre el 50 y el 70% los delitos contra la propiedad y entre el 75 y el 99% en los delitos cometidos por tráfico de sustancias. En España, en 1998 se calculó que más del 50% la población que ingresó en prisión presentó problemas de consumo de sustancias psicoactivas¹⁶⁸. Estos datos coinciden con los ofrecidos por estudios europeos, en los que se afirma

que aproximadamente la mitad de la población de reclusos son dependientes de las drogas, principalmente de opioides, cannabis y alcohol¹⁶⁹.

En los últimos años, la cocaína ha relegado el consumo de heroína a un segundo plano, tanto en cárceles como en la población general. En la encuesta penitenciaria de 2006¹⁷⁰ se reveló que el 92,5% de los entrevistados había consumido alguna vez en la vida al menos una de las sustancias por las que se preguntaba (incluido alcohol). Solo el 7,5% de la muestra manifestó no haber consumido a lo largo de su vida ninguna sustancia psicoactiva (no incluido tabaco). Las mayores prevalencias de consumo, se dan para el alcohol (88,3%), el cannabis (64,8%) y la cocaína en polvo (53,3%).

Según el estudio del Observatorio del Proyecto Hombre, respecto a la sustancia de consumo principal que condiciona la solicitud de tratamiento:

- La más consumida, exclusivamente o con otras drogas, es el alcohol (40,36%), tanto en personas que reconocen tener un problema con el consumo de alcohol (ya sean grandes cantidades como cualquier tipo de consumo) como los que

consumen alcohol y otras drogas (doble adicción). En este caso el porcentaje desciende en 1,34% respecto al informe de 2012 (41,7%).

- La segunda sustancia por la que las personas acuden a los programas y demandan tratamiento es la cocaína (30,35%), lo que supone un ligero descenso frente al informe de 2012 (donde el 31,4% afirmaban demandar tratamiento señalando la cocaína como sustancia principal).
- El tercer puesto lo ocupa el cannabis (9,25% frente al 7,06% en 2012), seguido de quienes se declaran “policonsumidores” (9,71% frente al 12,89% en 2012).
- En un menor porcentaje encontramos heroína (5,895 frente al 5,1% en 2012), otras sustancias sin especificar (1,12% frente al 1,01% en 2012) y las benzodiazepinas (0,65%, siendo el porcentaje en 2012 de 0,59%).

Según el estudio REITOX de 2012¹⁷¹, la cocaína es la droga estimulante ilegal más consumida en Europa, aunque la mayoría de los consumidores se concentran en un número relativamente pequeño de países.

El caso del consumo de heroína como sustancia principal es necesario mencionarlo aparte, porque hay usuarios que reconocen tener un consumo fundamentalmente de heroína (5,1%).

De un estudio realizado por un grupo de trabajo de Barcelona¹⁷² durante los años 2002 a 2008, sobre una muestra relevante de 237 personas adictas que se beneficiaban de la suspensión de la prisión, por tratamiento de deshabituación y lo finalizaron con alta médica, se desprenden los siguientes datos respecto a la sustancia: la más frecuente es el alcohol, siendo la sustancia principal en el 54,90% de los casos, en segundo lugar la heroína con un 21,40% y la cocaína, en tercer lugar, con el 19,90%. Finalmente aparecen otras sustancias poco representadas como drogas de diseño, el hachís y la marihuana que suponen conjuntamente un 3,40% de la muestra. En esta muestra, el 23,2% se registra como consumidor abusivo de una única sustancia tóxica, en contraposición al 76,8% que reconoce ser adicto a diferentes sustancias.

4.1.2.6 Evolución según el consumo.

La antigüedad de la adicción en la muestra de Sagunto es de 10 a 20 años en el 35,9% de los casos, seguido de los adictos con una evolución mayor de 20 años en el 36,4%.

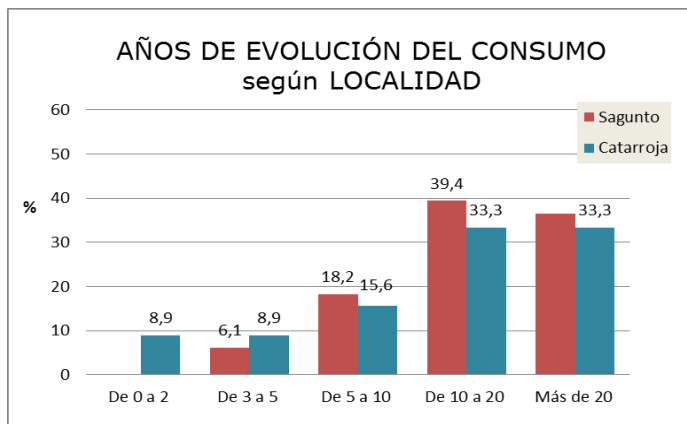
En la población de Catarroja, en el 33,3% de los casos la antigüedad es de 10 a 20 años y en la misma proporción encontramos los sujetos con una antigüedad superior a 20 años.

En la siguiente tabla se aprecia la evolución del consumo según ambas localidades.

Tabla 15. Evolución del consumo según la localidad.

	Localidad					
	Total		Sagunto		Catarroja	
	N	%	N	%	N	%
Total	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
De 0 a 2 años	4	5,1%	0	,0%	4	8,9%
De 3 a 5 años	6	7,7%	2	6,1%	4	8,9%
De 5 a 10 años	13	16,7%	6	18,2%	7	15,6%
De 10 a 20 años	28	35,9%	13	39,4%	15	33,3%
Más de 20 años	27	34,6%	12	36,4%	15	33,3%

Grafica 8. Años de evolución según la localidad.



Según los datos del Observatorio del Proyecto Hombre¹³³, la edad media de inicio del consumo problemático de la sustancia principal por la que se demanda tratamiento es de 19,55 años (frente a 19,8 años en 2012). El tiempo medio de consumo antes de solicitar tratamiento, medido en años, es de casi 15 años, incrementándose en 1,5 años frente a los 13,4 años de 2012.

La evolución del consumo es crónica en todos los casos estudiados y prevalece el consumo superior a 10 años o incluso 20 años de evolución antes de iniciar el consumo, lo que indica más antigüedad y más gravedad del consumo. Este incremento de años de consumo es probable que conlleve un mayor

deterioro, tanto cognitivo y orgánico como en todas las esferas de la vida del adicto: familiar, social y laboral.

Según el estudio del grupo de Barcelona¹⁷², la media de años de consumo es de 16.2 años. El 64,20% de la muestra se sitúa por debajo de veinte años de consumo. En cuanto al tiempo de consumo, el 35,80% se sitúan en la franja de usuarios con un consumo de más de 20 años. Solo un 6,4% de los usuarios tiene una historia de consumo por debajo de los 5 años.

Esta circunstancia médica conlleva deterioro de la personalidad del adicto con repercusión en sus funciones cognitivas, y desajustes graves en los ámbitos biológicos, psicológicos y sociales, lo cual justifica una intervención terapéutica transversal multidisciplinar.

4.1.2.7 Patología dual.

Tabla 16. Patología dual según la localidad.

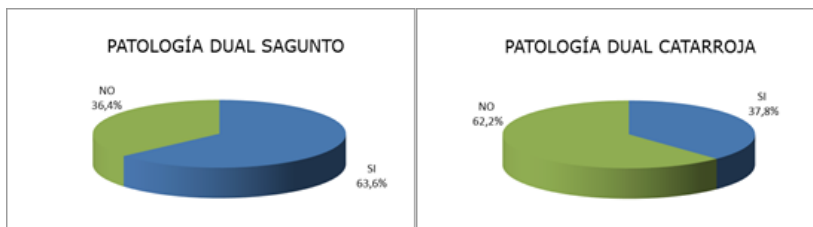
	Localidad					
	Total		Sagunto.		Catarroja	
	N	%	N	%	N	%
Total	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
NO	40	51,3%	12	36,4%	28	62,2%
SI	38	48,7%	21	63,6%	17	37,8%

La existencia de patología dual en Sagunto aparece en más de la mitad de los casos, concretamente en el 63,6%.

Sin embargo en la población de Catarroja, el mayor porcentaje de individuos no tiene patología dual. La muestra con patología dual se limita al 37,8% de la población.

Con respecto a la patología dual según la localidad, el siguiente gráfico representa ambas poblaciones y la frecuencia de patología dual.

Gráfico 9: Patología dual según la localidad.



En las últimas décadas, mediante estudios epidemiológicos¹³⁷, se ha clarificado la íntima y también significativa relación entre las conductas adictivas y otros trastornos psicopatológicos. En un estudio prospectivo¹⁷³ realizado recientemente sobre la prevalencia de la patología dual, se ha encontrado que, en las redes sanitarias públicas relacionadas con la materia (salud y drogodependencias), el 53,2% de los pacientes que reciben tratamiento en las unidades de salud mental presenta patología dual y en las unidades de drogodependencias este porcentaje llega al 63%¹³⁷.

La prevalencia de adictos con patología dual en tratamiento de la Unidad de Conductas Adictivas de Sagunto es coincidente con el estudio referido (63%). Del mismo modo, cabe destacar que en esta misma población es mayor la proporción de adictos a la cocaína que en la población de Catarroja. Esta sustancia

induce a importantes alteraciones del comportamiento con estados de hiperactividad y alteraciones conductuales asociadas a los sujetos con problemas de adicción.

La drogadicción es una enfermedad que con frecuencia se presenta junto con otros trastornos mentales. De hecho, hasta 6 de cada 10 personas con un trastorno mental asociado al consumo de sustancias tóxicas, también padecen otra enfermedad mental y los índices son semejantes para los consumidores de drogas. Para estas personas se trata de un problema, que es más difícil tratar con éxito ya que está entrecruzado con otro problema adicional. De este modo, los pacientes que entran en tratamiento ya sea por un trastorno por abuso de sustancias o por otro trastorno mental deben ser evaluados para comprobar la concurrencia del otro problema. Las investigaciones indican que tratar ambas (o varias) enfermedades simultáneamente de manera integrada suele ser el mejor enfoque de tratamiento para estos pacientes¹³⁷.

La cifra de sujetos adictos con patología dual en Sagunto es mayor a la de Catarroja. También en Sagunto el porcentaje de consumidores de cocaína es mayor. Esta circunstancia conlleva

mayores alteraciones del comportamiento derivados de trastornos mentales inducidos por sustancias como la cocaína.

4.1.2.8 Patología concomitante.

La principal patología psiquiátrica asociada a la adicción en la población de Sagunto es el trastorno afectivo que aparece en el 39,4% de los casos.

En Catarroja es mucho menor, el 6,7% de los casos. El trastorno de personalidad se da en la población de Sagunto, en el 27,3% de los casos mientras que en Catarroja solo lo encontramos en el 6.7%.

Todos los autores coinciden en que la patología dual es muy frecuente.

En la siguiente tabla se observan la incidencia del tipo de patología concomitante en las poblaciones de nuestro estudio.

Tabla 17. Tipo de patología concomitante según la localidad.

	Localidad						
	Total		Sagunto		Catarroja		
	N	%	N	%	N	%	
Trastorno psicótico	Total	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
	NO	76	97,4%	31	93,9%	45	100,0%
	SI	2	2,6%	2	6,1%	0	,0%
Trastorno bipolar	Total	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
	NO	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
	SI	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Trastorno afectivo	Total	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
	NO	62	79,5%	20	60,6%	42	93,3%
	SI	16	20,5%	13	39,4%	3	6,7%
Trastorno de personalidad	Total	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
	NO	66	84,6%	24	72,7%	42	93,3%
	SI	12	15,4%	9	27,3%	3	6,7%
Retraso mental	Total	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
	NO	77	98,7%	32	97,0%	45	100,0%
	SI	1	1,3%	1	3,0%	0	,0%
Demencia	Total	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
	NO	77	98,7%	32	97,0%	45	100,0%
	SI	1	1,3%	1	3,0%	0	,0%
Patología Organica	Total	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
	NO	76	97,4%	31	93,9%	45	100,0%
	SI	2	2,6%	2	6,1%	0	,0%
Trastorno deficit de atención	Total	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
	NO	76	97,4%	31	93,9%	45	100,0%
	SI	2	2,6%	2	6,1%	0	,0%
Ludopatía	Total	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
	NO	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%

Así por ejemplo¹⁴², un 80-90% de los consumidores de drogas han tenido al menos un diagnóstico psiquiátrico durante su vida y un 50% más de uno. La asociación más frecuente ha sido con los trastornos de personalidad, dos terceras partes, con los trastornos afectivos, en un 50%, con los trastornos de ansiedad

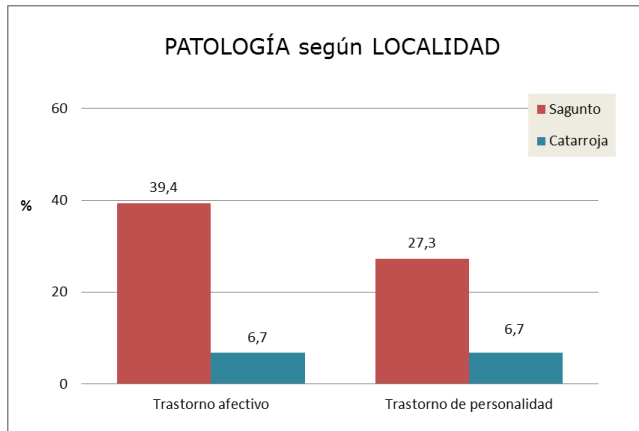
en un 10 a un 20%, con la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos en un 5-15%.

A pesar de los avances en la investigación, todavía estamos lejos de conocer la etiología de la relación entre trastornos adictivos y otros trastornos mentales, resultando más complejo si cabe con los trastornos de personalidad.

La alta prevalencia de consumo de sustancias en pacientes con trastornos de personalidad ha sido reiterada en muchos estudios. De hecho, son cuatro veces más prevalentes en muestras clínicas¹³⁰ que entre la población general, lo que se ha encontrado que ocurre igualmente con el uso de sustancias.

Se aprecia un menor número de trastornos afectivos y de personalidad en la Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja que en la de Sagunto. Este tipo de patologías asociadas a la variable patología dual, han dado resultados significativos en el estudio estadístico, lo que nos lleva a plantear si ésta puede ser una variable de pronóstico del estado del sujeto.

Gráfico 10: Tipo de patología dual según la localidad.



Se puede afirmar, respecto al tipo de patologías concomitantes que presentan los pacientes de la muestra, que el trastorno afectivo y el trastorno de personalidad son las patologías más padecidas y ambos trastornos son más frecuentes en la Unidad de Conductas Adictivas de Sagunto que en la de Catarroja.

En el análisis de las patologías, se considera que los trastornos de personalidad son pautas de comportamiento anómalas que reflejan patrones de desadaptación en el ámbito personal, social y laboral y que condicionan el comportamiento de quien lo

padece. Teniendo en cuenta que un 34% de los adictos de la muestra presentan también un trastorno de personalidad, es interesante profundizar en la relación de causalidad que puede existir entre ambos trastornos. Así, desde una perspectiva teórica, tal y como sucede en otros cuadros clínicos de patología dual, pueden existir varias relaciones de causalidad del diagnóstico conjunto de adicción y de trastorno de la personalidad:

1. El trastorno de la personalidad es un factor premórbido y predisponente al consumo de sustancias (rasgos como la impulsividad, el aislamiento o el bajo estado de ánimo propiciarían el uso de éstas).
2. Los rasgos anómalos de personalidad serían consecuencia de la adicción (ya sea por los factores estresores asociados al consumo o por los cambios biológicos secundarios al daño orgánico cerebral producido por el consumo de sustancias).
3. Ambos trastornos podrían ser debidos a factores causales comunes (existiría una vulnerabilidad común o un trastorno clínico subyacente a ambos diagnósticos).
4. Ambos trastornos son independientes (no existe entre ellos ninguna relación de causalidad). Se trataría de una relación

patoplástica en la que la presencia de uno de los diagnósticos modificaría la expresión clínica del otro.

5. La relación entre ambos tipos de trastornos es espuria, facilitada por factores de confusión o por el propio diseño de las actuales clasificaciones que facilitan los solapamientos entre las categorías.

Asimismo hay que señalar que los trastornos de personalidad que con más frecuencia se asocian a la adicción son los del grupo B, principalmente el trastorno antisocial y el trastorno límite de la personalidad.

En cuanto a la comorbilidad específica, siguiendo a Santos Barros y Pérez de los Cobos¹⁷⁴ se pueden establecer las siguientes asociaciones:

- Esquizofrenia y trastorno por consumo de sustancias. Las sustancias más frecuentes utilizadas son la nicotina, alcohol, cannabis y cocaína.
- Trastornos del estado de ánimo y trastorno por consumo de drogas. Las sustancias más frecuentes son los opioides, el alcohol y los estimulantes.

- Los que mayor comorbilidad tienen son los trastornos bipolares tipo I.
- Trastornos de ansiedad y trastorno por consumo de sustancias. El alcohol es la sustancia más utilizada.
- Trastorno de la personalidad y trastorno por consumo de sustancias. Los trastornos más frecuentes son el antisocial y el límite y el patrón de consumo es el policonsumo. La cocaína, el alcohol y los opioides son los más habituales.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno por consumo de sustancias. Utilizan preferentemente alcohol y cannabis.
- Trastorno de la alimentación que tienen comorbilidad con el consumo de alcohol.

4.1.2.9 Motivación del tratamiento.

Tabla 18. Motivación del tratamiento.

	Localidad					
	Total		Sagunto		Catarroja	
	N	%	N	%	N	%
Total	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
Judiciales	44	56,4%	19	57,6%	25	55,6%
Familiares/amigos	7	9,0%	5	15,2%	2	4,4%
Iniciativa propia	27	34,6%	9	27,3%	18	40,0%

La principal motivación para iniciar el tratamiento de deshabituación en la Unidad de Conductas Adictivas de Sagunto es la existencia de problemas judiciales, en el 57,6% de los casos, seguido de los casos en los que se decide por iniciativa propia (27,3%).

En la población de Catarroja se inicia por motivos judiciales (55,6%), seguido de la iniciativa propia en el 40%. Así, un elevado porcentaje de adictos entra en contacto con las unidades de deshabituación a través del sistema penal, antes que por otros programas de salud y/o sociales.

Según se expone en el informe del Observatorio de Proyecto Hombre¹²¹ de 2013, se realizó un estudio por comunidades autónomas que se recoge en los siguientes párrafos.

En la Comunidad de Andalucía, el 2,8% de las admisiones a tratamiento en Proyecto Hombre han sido promovidas por el sistema judicial. El 5,4% de los atendidos se encuentran en libertad condicional en el momento de la admisión a tratamiento.

En la Comunidad de Asturias, el 33% de los ingresos en tratamiento en Proyecto Hombre ha sido promovido por el sistema judicial. Un 9,1% de los atendidos se encuentran en libertad condicional en el momento de la admisión a tratamiento.

En la Comunidad de Baleares, el 5% de los atendidos en el proyecto ha sido promovido por el sistema judicial. El 8,2% de los atendidos se encuentra en libertad condicional en el momento de la admisión a tratamiento.

En la Comunidad de Canarias, el 3,4% de los ingresos ha sido promovido por el sistema judicial. El 4,1% de los usuarios se encuentra en libertad condicional en el momento de la admisión a tratamiento.

En la Comunidad de Cataluña, el 5,4% de los ingresos ha sido promovido por el sistema judicial. El 4,6% de los atendidos están en libertad condicional en el momento de la admisión a tratamiento.

En la Comunidad de Castilla y León, el 10,1% de los atendidos iniciaron el tratamiento promovido por el sistema judicial. El 1,3% se encuentra en situación de libertad condicional en el momento de la admisión a tratamiento.

En la Comunidad de Galicia, el 2,5% de las personas atendidas ha ingresado promovido por el sistema judicial. Un 5% de éstas se encuentra en libertad condicional en el momento de realización de la entrevista.

En la Comunidad de La Rioja, el 12,8% ha ingresado promovido por el sistema judicial. El 11,5% de los atendidos está en libertad condicional en el momento de la admisión a tratamiento.

En la Comunidad de Murcia, el 4,9% de los atendidos ha ingresado promovido por el sistema judicial. El 6,6% de los atendidos se encuentra en situación de libertad condicional.

El Observatorio no presenta datos de la Comunidad Valenciana, por no ser representativo.

Los resultados del estudio que se presenta, en la población drogadicta, son factibles de extrapolar a los datos obtenidos a la población adicta general. La pena privativa general es sustituida por tratamiento y la principal motivación de iniciación del proceso terapéutico es la medida judicial. De este modo, muchos pacientes se introducen en el sistema sanitario a través del sistema penal que actúa con la finalidad de la reinserción del delincuente y de la prevención de nuevos delitos, paliando la peligrosidad criminal.

La motivación por el cambio de vida del delincuente, según la Teoría del Control de Farral, avala la necesidad de establecer nuevos vínculos sociales, en particular en el ámbito de pareja y el laboral¹⁷⁵. Según este autor, las personas que desistieron coinciden en el hecho de que su contexto personal y social fue un factor relevante para resolver los problemas asociados a la continuación de la delincuencia.

Por otra parte, Laub y Sampson, señalan que el apoyo social como forma de reducir la tensión fue importante en el desistimiento¹⁷⁶.

4.1.2.10 Evolución del tratamiento.

En la población de Sagunto consigue una evolución favorable en la mayoría de los casos (27,3%). Con la misma frecuencia se encuentran los que han sido dados de alta terapéutica.

En la población de Catarroja en la mayoría de los casos se obtiene una evolución favorable (66%), siendo menos frecuente que en Sagunto el abandono del tratamiento. En la siguiente tabla se observa la evolución del tratamiento en ambas.

Tabla 19. Evolución del tratamiento según la localidad.

	Localidad					
	Total		Sagunto		Catarroja	
	N	%	N	%	N	%
Total	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
Seguimiento con evolución favorable	39	50,0%	9	27,3%	30	66,7%
Seguimiento irregular	10	12,8%	5	15,2%	5	11,1%
Alta terapéutica	7	9,0%	1	3,0%	6	13,3%
Abandono	11	14,1%	8	24,2%	3	6,7%
Fallecimiento	2	2,6%	1	3,0%	1	2,2%
Alta terapéutica + seguimiento evolución favorable	9	11,5%	9	27,3%	0	,0%

El control de la evolución y el seguimiento lo realiza el psicólogo de la Unidad con análisis de orina periódicos que confirman la ausencia de consumo y la remisión total. Un total del 54% de la población estudiada tiene un buen pronóstico

según los informes facultativos. El 15% de los adictos abandonan el tratamiento.

El sistema de justicia penal logra que las personas con problemas de drogadicción accedan a una serie de mecanismos, tales como recibir tratamiento, condicionar la salida de prisión al sometimiento a un tratamiento y/o la libertad condicional, entre otros¹⁷⁷.

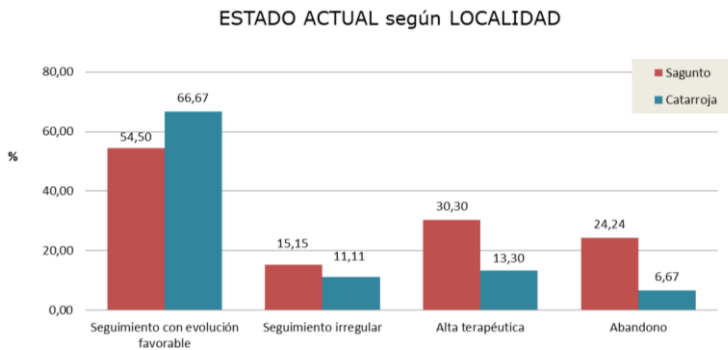
Según el estudio de Barcelona¹⁷² realizado a pacientes dados de alta en el tratamiento por los centros de deshabitación, se detecta que el 59,90% de los usuarios finalizaron correctamente el tratamiento en el primer centro al que fueron derivados. El 9,30% de los sujetos no finalizó por abandono y un 11% no finalizó por otras causas. En nuestro estudio, la evolución favorable se produce en más de la mitad de los pacientes que inician el tratamiento de deshabitación.

De los resultados del análisis estadístico efectuado para ver la evolución en el tratamiento de deshabitación y el estado actual del tratamiento en las dos localidades, se consideran las cuatro

categorías siguientes: seguimiento con evolución favorable, seguimiento irregular, alta terapéutica y abandono.

Se detecta una fuerte tendencia al alta terapéutica, con mayor porcentaje en la Unidad de Sagunto. Aunque, en el seguimiento con evolución irregular, la diferencia entre ambas Unidades es tan solo de 4,04% (15,15% en Sagunto y 11,11% en Catarroja).

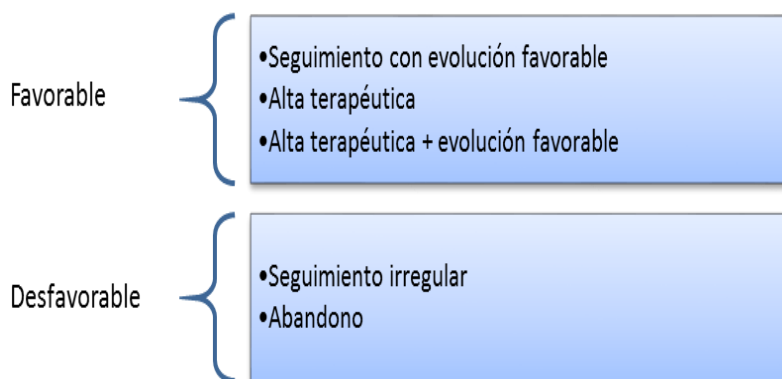
Gráfico 11a: Estado actual en Sagunto y en Catarroja.



Para comparar el estado actual de los pacientes de cada Unidad, se obvian los individuos fallecidos durante el estudio (un sujeto en cada Unidad) y se recodifica la variable original estado actual en dos nuevas variables:

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

- Por una parte, los pacientes pertenecientes a la categoría alta terapéutica y al seguimiento con una evolución favorable del tratamiento y
- Por otra el seguimiento con evolución desfavorable y el abandono, se crea así dos clases nuevas variables: favorable y desfavorable.

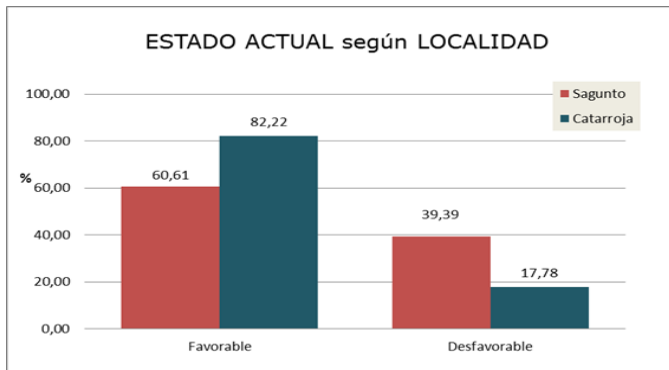


En el estudio estadístico realizado, se aprecian diferencias significativas entre ambas poblaciones. Se considera por tanto, que el estado actual de los sujetos difiere significativamente en función de la Unidad de Conductas Adictivas.

Tabla 20. Estado actual de las variables.

		Localidad					
		Total		Sagunto		Catarroja	
		N	%	N	%	N	%
Estado Actual	Favorable	57	73,1%	20	60,6%	37	82,2%
	Desfavorable	21	26,9%	13	39,4%	8	17,8%

Gráfico 11b: Estado actual del tratamiento.



En la Unidad de Catarroja el porcentaje de casos favorables es mayor (82,22%) que en la Unidad de Sagunto (60,61%) por los factores sociales señalados en el estudio.

Según algunos autores, las personas que entran en los tratamientos debido a una presión legal tienen resultados tan favorables como los que entran voluntariamente. En estos casos,

el tratamiento es relativamente voluntario ya que se cuenta con la presión del encarcelamiento si no cumple el tratamiento.

4.1.2.11 Tipo de tratamiento.

Tabla 21. Tipo de tratamiento según localidad.

	Localidad					
	Total		Sagunt		Catarroja	
	N	%	N	%	N	%
Total	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
Médico	9	11,5%	0	,0%	9	20,0%
Psicoterapia	12	15,4%	10	30,3%	2	4,4%
Centro de día	1	1,3%	0	,0%	1	2,2%
Médico, psicoterapia y centro de día	26	33,3%	12	36,4%	14	31,1%
Médico + psicoterapia	29	37,2%	10	30,3%	19	42,2%
Psicoterapia + centro de día	1	1,3%	1	3,0%	0	,0%

El tipo de tratamiento que se realiza en la Unidad de Conductas Adictivas de Sagunto es médico, psicológico y, de forma complementaria, la derivación a un centro de día (36,4%). Esta Unidad tiende a hacer más uso de la psicoterapia, ya que el 96,97% de los pacientes acuden a la psicoterapia frente al 77,78% de Catarroja. Sin embargo, el 93,33% de los pacientes de la Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja siguen un tratamiento médico frente al 66,67% de Sagunto. El tratamiento médico combinado con la psicoterapia es más frecuente en la

Unidad de Catarroja (42,2%) que en la de Sagunto (30,3%), por criterios psicológicos ya que incluyen en el programa terapéutico de Catarroja la técnica de mindfulness como aspecto novedoso y peculiar.

Vacchelli¹⁷⁸, en relación al tipo de terapia, nos da unas cuantas soluciones a partir de programas de reinserción en sociedad para los delincuentes. Según refiere, en la actualidad predominan los enfoques integrales en muchas áreas de acción utilizando técnicas de la psicología del comportamiento y terapias sistémica y cognitiva afectiva entre otros. Los grupos de autoayuda, comunidades terapéuticas y el tratamiento ambulatorio han aportado en los últimos años mayores elementos que posibilitan la recuperación y reinserción social del paciente. Sea cual fuere el enfoque del tratamiento, el terapeuta es quien tiene la responsabilidad de dirigir el proceso de tratamiento, por lo que debe tener las competencias y la experiencia necesaria.

El Observatorio de Proyecto Hombre¹³³ de 2013 señala, que de las personas que acceden a tratamiento en sus centros, el porcentaje de la población que ha recibido o recibe en paralelo

tratamiento en otros recursos es de un 4,83% (frente al 3,10% que se observa en el informe del Observatorio de 2012). Los tratamientos ambulatorios son los de mayor incidencia, en concreto la desintoxicación ambulatoria (al igual que en 2012). El siguiente tratamiento más empleado por orden de frecuencia, es el tratamiento ambulatorio libre de droga (17,18%) y otros sin especificar (14,89%).

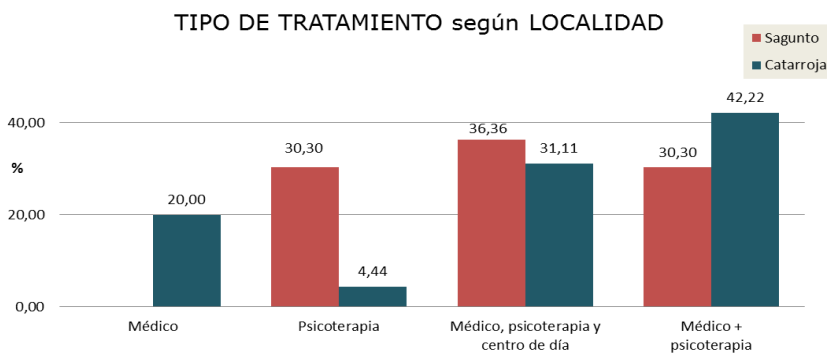
Según el estudio de Barcelona¹⁷² comentado, en relación al tipo de centro que asume el tratamiento de las diferentes tipologías asociadas al cumplimiento de las normas de conducta impuestas en la suspensión de la pena de libertad, el tratamiento ambulatorio se impone en un 73,40% de los casos. Los sujetos realizan el tratamiento no ambulatorio en el 5,10%. El tratamiento de deshabituación en un centro privado es menos habitual (3,40%) ya que sobre todo se realiza en redes públicas.

Al realizar el estudio comparativo de las poblaciones estudiadas, se considera la variable tipo de tratamiento en todas sus categorías, exceptuando los casos que se presentan con una frecuencia muy baja. Se tiene en cuenta el tratamiento médico farmacológico combinado con la derivación al centro de día y la

psicoterapia combinada con derivación al centro de día. Tras evaluar los tratamientos se hacen cuatro nuevas categorías, son:

- Tratamiento médico,
- Terapia psicológica,
- Combinación del tratamiento médico, la psicoterapia y la derivación al centro de día y
- Combinación de tratamiento médico y psicoterapia.

Gráfico 12a: Tipo de tratamiento según la localidad.

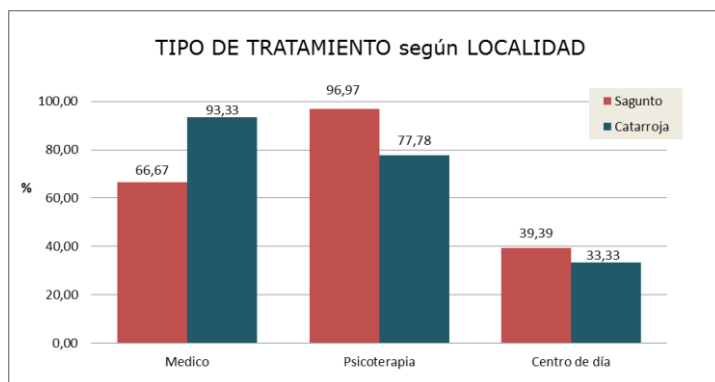


El estudio estadístico revela la escasa homogeneidad de la distribución de esta variable en las localidades estudiadas.

Se recodifica el tipo de tratamiento con la finalidad de estudiar las distribuciones de aquellos tratamientos más numerosos, simplificando las categorías anteriores en tres: Médico, Psicoterapia y Centro de día.

Se hallan diferencias en los porcentajes de sujetos que reciben un tratamiento médico y un tratamiento psicoterápico en ambas poblaciones.

Gráfico 12b: Tipo de tratamiento según la localidad.



El tratamiento del abuso y adicción a las drogas se efectúan en distintos entornos usando una variedad de enfoques farmacológicos y conductuales. Debido a la complejidad de la adicción, el tratamiento tiene que incluir muchos componentes.

Algunos de estos se enfocan directamente en el uso de drogas, mientras que otros, como la capacitación laboral, están dirigidos a reintegrar a la persona adicta para que se convierta en un miembro productivo de la familia y de la sociedad.

La Unidad de Sagunto tiende a hacer más uso de la psicoterapia, ya que el 96,97% de los pacientes acuden a este tipo de tratamiento frente al 77,78% de Catarroja. Sin embargo, el 93,33% de los pacientes de la Unidad de Catarroja realizan tratamiento médico frente al 66,67% de Sagunto.

En la derivación al centro de día aparecen distribuciones semejantes, en la Unidad de Sagunto se derivan a centro de día un 39,39% y en la Unidad de Catarroja un 33,33%.

Según el Observatorio del Proyecto Hombre¹³³, las personas que presentan consumo de heroína (35%) o policonsumo (24,8%) han estado en mayor porcentaje en programas de desintoxicación, tanto en ámbito ambulatorio (un 12,1%), como residencial (16,3%). Los consumidores de heroína han formado parte de un programa sustitutivo en un 33,5% de los casos, así

como los policonsumidores que han estado en este tipo de programas (24,5%).

El tratamiento del abuso y la adición de drogas se efectúa en distintos ambientes y usando una variedad de enfoques farmacológicos y conductuales. En los Estados Unidos, hay más de 13.000 instituciones especializadas en el tratamiento de drogas que ofrecen rehabilitación, terapia de conducta, medicamentos, manejo de casos y otros tipos de servicios a personas con trastornos por uso de sustancias.

4.1.2.12 Derivación a otro centro.

Tabla 22. Derivación a otro centro según localidad.

	Localidad					
	Total		Sagunt		Catarroja	
	N	%	N	%	N	%
Total	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
NO	37	47,4%	18	54,5%	19	42,2%
SI	41	52,6%	15	45,5%	26	57,8%

Cuando consideramos esta variable, en Sagunto, observamos que solo son derivados a otros centros de tratamiento el 45,5% de los casos. En la Unidad de Catarroja se derivan el 57,8%. Los

motivos de derivación a otro centro se atribuyen a los criterios médicos que aconsejan el apoyo y seguimiento continuado cuando el adicto ha superado la fase de desintoxicación y se pretende afianzar el programa de tratamiento de deshabituación con controles y analíticas periódicas en un medio más controlado, ya que la prevención de las recaídas y su detección precoz favorece la eficacia de los programas de tratamiento.

Según el estudio de Barcelona¹⁷², del total de la muestra, el 12,70% pasa por un segundo tratamiento y solo el 3,30%, pasa por un tercer recurso terapéutico durante el cumplimiento de la misma medida judicial.

4.1.2.13 Centro de derivación del tratamiento.

En los pacientes de la Unidad de Sagunto, más del 50 % de los casos no son derivados a otro centro. Se derivan los pacientes a una comunidad terapéutica el 6,10 %, y en el mismo porcentaje a la unidad de desintoxicación hospitalaria. La opción de derivación más empleada es un centro de día (39,4%).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los pacientes de Catarroja son derivados en el 67,8% de los casos, siendo las tres las opciones más empleadas: una unidad de desintoxicación (28,9%), una comunidad terapéutica en el mismo porcentaje y un centro de día en el 42,2% de los casos.

En la siguiente tabla se observa la incidencia de derivación a otros centros terapéuticos.

Tabla 23. Tipo de centro de derivación según la localidad.

		Localidad					
		Total		Sagunto		Catarroja	
		N	%	N	%	N	%
No derivado	Total	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
	No	42	53,8%	16	48,5%	26	57,8%
	Si	36	46,2%	17	51,5%	19	42,2%
Centro de día	Total	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
	No	46	59,0%	20	60,6%	26	57,8%
	Si	32	41,0%	13	39,4%	19	42,2%
Unidad de desintoxicación hospitalaria	Total	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
	No	63	80,8%	31	93,9%	32	71,1%
	Si	15	19,2%	2	6,1%	13	28,9%
Piso tutelado	Total	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
	No	75	96,2%	32	97,0%	43	95,6%
	Si	3	3,8%	1	3,0%	2	4,4%
Comunidad terapéutica	Total	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
	No	63	80,8%	31	93,9%	32	71,1%
	Si	15	19,2%	2	6,1%	13	28,9%

El Observatorio de Proyecto Hombre¹³³ en su informe de 2013, señala que los centros de derivación más frecuentes son el centro de día y la desintoxicación hospitalaria en el 11,74% de

los casos, la derivación a un tratamiento libre de drogas residencial en el 10,48% de los casos, al hospital psiquiátrico en el 6.19% y a otros servicios hospitalarios en el 7,01% (que asciende un punto respecto al informe de 2012).

El centro de día de Proyecto Hombre es un recurso muy empleado ya que favorece el cumplimiento del tratamiento con un seguimiento más exhaustivo, valorándose mejor la evolución.

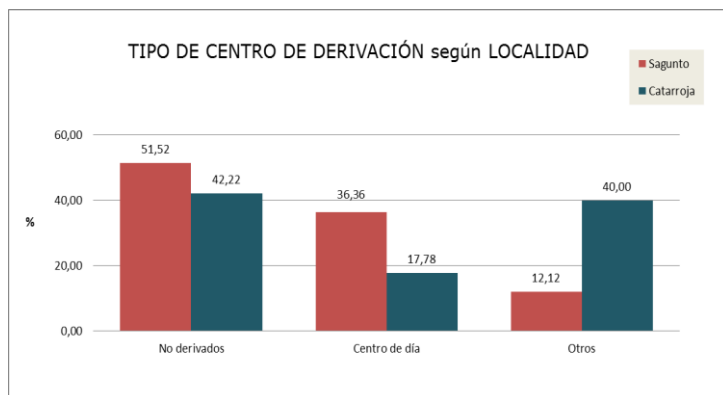
Las comunidades terapéuticas son un recurso que ha dado muy buenos resultados, ya que aleja al adicto del grupo de iguales y del contexto donde se consume, facilitando la toma de conciencia de enfermedad e introduciendo hábitos de vida saludable a la rutina de la vida diaria del paciente.

Cuando se comparan ambas población, se recodifica ésta variable original, el tipo de centro de derivación, en una nueva variable que contempla las tres categorías siguientes: no derivados, centro de día y otros.

En el siguiente gráfico, se observa la incidencia de los casos que no son derivados, el porcentaje de los adictos derivados a los

centros de día, y los que se remiten a otros centros de derivación.

Gráfico 13. Tipo de centro de derivación.

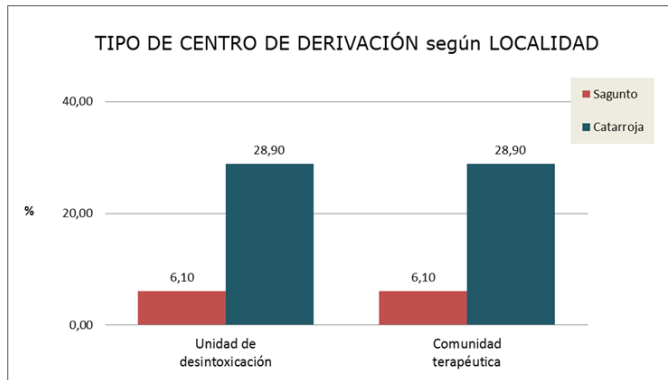


Se estudian ahora de forma individual cada uno de los siguientes centros: unidad de desintoxicación y comunidad terapéutica.

La distribución de la unidad de desintoxicación y de la comunidad terapéutica coincide. Los pacientes de la Unidad de Sagunto que acuden a la unidad de desintoxicación coinciden con los que acuden a la comunidad terapéutica, en ambos casos un 6,10% de los sujetos. Lo mismo ocurre con la Unidad de Catarroja con un porcentaje mayor (28,90%). El siguiente

gráfico representa el porcentaje de cada población en relación al centro de derivación.

Gráfico 14: Tipo de centro de derivación según la localidad.



Según el Observatorio del Proyecto Hombre, relativo a los tipos de tratamiento previos al que se demanda, podemos decir que, en relación a las admisiones previas a tratamiento, la mayor parte de la muestra ha recibido (o recibe en paralelo) tratamiento en otros recursos de la red, siendo los tratamientos ambulatorios los de mayor incidencia, los que siguen:

- Desintoxicación ambulatoria en primer lugar,
- Tratamiento libre de drogas ambulatorio,
- Tratamiento sustitutivo ambulatorio y
- Centro de día.

4.1.2.14 Duración del tratamiento sustituido.

Tabla 24. Duración del tratamiento sustituido según la localidad.

	Localidad					
	Total		Sagunto		Catarroja	
	N	%	N	%	N	%
Total	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
Dos años	2	2,6%	1	3,0%	1	2,2%
Cuatro años	39	50,0%	16	48,5%	23	51,1%
Cinco años	37	47,4%	16	48,5%	21	46,7%

La duración del tratamiento sustituido en Sagunto es de 4 años en el 48,5% y de 5 años en la misma proporción. La duración en la población de Catarroja es de 4 años en el 51% y de 5 años en el 46,7%. En la siguiente tabla se puede apreciar la incidencia.

Según el estudio referido de Barcelona¹⁷², la duración de la suspensión de la pena es, principalmente, de entre dos y tres años (32,10% y 39,70%, respectivamente). Las suspensiones inferiores o iguales a un año suponen un 9,30% del total de las otorgadas y, finalmente, las que se dan con menor frecuencia son las que superan los tres años.

Nuestro estudio difiere respecto a la duración de la pena que se sustituye. Son con mayor frecuencia de cuatro años lo que, probablemente se asocia a la existencia de la comisión de hechos delictivos penales graves, con reincidencia y/o varios procesos judiciales.

La rehabilitación de delincuentes y su integración exitosa dentro de la comunidad son algunos de los objetivos básicos de los sistemas de justicia penal. Esto está claramente reconocido tanto en las Leyes de Derechos Humanos como en los estándares y normas de las Naciones Unidas¹⁷⁹, muchas de las cuales se refieren directamente a la rehabilitación y reintegración social de los delincuentes.

4.1.2.15 Estancia en prisión.

Tabla 25. Estancia en prisión.

	Localidad					
	Total		Sagunto		Catarroja	
	N	%	N	%	N	%
Total	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
NO	36	46,2%	17	51,5%	19	42,2%
SI	42	53,8%	16	48,5%	26	57,8%

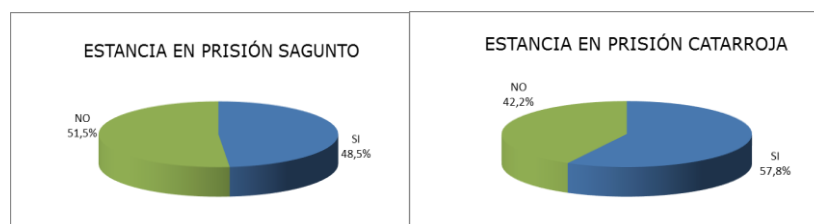
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La variable prisión hace referencia a la estancia en régimen cerrado previo a la sustitución de la pena por la que el adicto sigue un programa de deshabituación. Cabe destacar que más de la mitad, el 51,5% de las personas que siguen tratamiento en la Unidad de Conductas Adictivas de Sagunto, no han ingresado en un Establecimiento Penitenciario.

Sin embargo, en Catarroja en más de la mitad de los casos, concretamente en el 57,8%, los pacientes han estado en prisión, al menos una o dos veces.

En el siguiente gráfico se aprecia la distribución de la proporción de sujetos con estancia en prisión.

Gráfico 15. Estancia en prisión según la localidad.



La existencia de antecedentes penales ha sido una circunstancia empleada por los Jueces y Tribunales en la valoración de la

peligrosidad del delincuente al que se le va a sustituir la pena de prisión. La reincidencia es una circunstancia común en los adictos cuando la voluntad implícita en la comisión de los hechos está viciada por la dependencia.

Las medidas penales alternativas a las penas privativas de libertad son una respuesta que aporta la idea de progreso social hacia sistemas más reinsertadores y comunitarios del control de la delincuencia. De esta forma, los infractores menos violentos pueden ser controlados y tratados mediante servicios comunitarios adecuados, quedando la prisión reservada a aquellos penados más violentos y persistentes¹⁸⁰. Siguiendo esta idea¹⁸¹, la finalidad de la suspensión, como se ha puntualizado anteriormente, sería “evitar que el infractor primario sufra los efectos negativos de la prisión en el caso de las penas cortas privativas de libertad”¹⁸².

La suspensión, como pena, tiene un carácter más humano respecto a la pena de prisión, ya que ofrece la oportunidad al propio penado de ser consecuente con el daño realizado y de corregirse por sí mismo, aplicándose así una corriente punitiva más progresista.

El fundamento jurídico de las alternativas a las penas privativas de libertad se basa en la prevención especial. Se intenta evitar las graves consecuencias que el ingreso en la cárcel tiene para los penados en su ámbito personal, familiar y social.

4.1.2.16 Centro de Instituciones penitenciarias.

Tabla 26. Centro de Instituciones Penitenciarias.

	Localida					
	Tota		Sagunto		Catarroja	
	N	%	N	%	N	%
Tota	7	100,0%	3	100,0%	4	100,0%
Ninguno	3	46,2%	1	51,	1	42,2%
Centro penitenciario	3	50,0%	15	45,	2	53,3%
Centro de inserción social	3	3,	1	3,	2	4,

La variable tipo de Centro Penitenciario, indica que la mayor parte de los adictos cumplen la pena privativa de libertad en el Centro Penitenciario tradicional.

Según el observatorio del Proyecto Hombre¹³³ de 2013, respecto a la estancia en prisión el porcentaje de personas que se han

encontrado privadas de libertad (33,60%) desciende en 0,79 puntos frente al porcentaje observado en 2012 (34,39%).

4.1.2.17 Número de veces en prisión.

Tabla 27. Número de veces en prisión.

		Localidad		
		Total	Sagunto	Catarroja
Total	N	7	3	4
	%	100,0%	100,0%	100,0%
0	N	3	1	1
	%	46,2%	51,5%	42,2%
(1, 2)	N	3	1	2
	%	48,7%	39,4%	55,6%
(3, 4)	N	3	2	1
	%	3,8%	6,1%	2,2%
>7	N	1	1	0
	%	1,3%	3,0%	,0%

En la población de Sagunto, el 51,5% de los casos no han estado en prisión. El número de veces máximo que han estado en prisión los componentes de la muestra de esta población es de catorce. La prevalencia disminuye al 39,4% en los reincidentes de la población de Sagunto que han estado en prisión una o dos veces. Los casos en los que el sujeto ha estado en prisión más de tres veces es escaso: el porcentaje es de 6,1%; esto se debe a la

presión que ejerce el riesgo de entrada en la prisión cuando se trata de delincuentes habituales.

En Catarroja este porcentaje de estancia en prisión al menos una o dos veces es mayor (55,6%)

Con respecto a esta variable, lo más relevante es valorar la reincidencia de los delincuentes adictos. Esta circunstancia se presenta en menor proporción entre los adictos de Sagunto, donde es posible que concurren circunstancias sociodemográficas más favorables.

Según los datos del Observatorio del Proyecto Hombre, se ha incrementado el número de quienes acceden a tratamiento y han cometido delitos previamente. También se incrementa el porcentaje de mujeres que manifiesta haber ingresado en prisión antes del inicio del tratamiento y, por otro lado, se da un descenso de la población masculina.

4.1.2.18 Número de detenciones judiciales.

En la tabla siguiente se aprecian diferencias en ambas poblaciones: en Sagunto la media de detenciones es de 5,7% y en Catarroja la media de detenciones es de 1,5%.

Tabla 28. Número de detenciones.

	Localidad		
	Total	Sagunto	Catarroja
N	78	33	45
Media	3,3	5,7	1,5
Desviación típica	11,6	17,7	1,2
Mínimo	1,0	1,0	1,0
Máximo	100,0	100,0	8,0
Mediana	1,0	1,0	1,0

Se comprueba de nuevo con esta variable, que la delincuencia y su reincidencia entre los adictos en tratamiento en la Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja es menor que en la Unidad de Sagunto.

La mayoría de los adictos que encaran un tratamiento vuelve a consumir en algún momento, pero eso no implica una recaída

definitiva ni un fracaso, porque la conciencia del problema está instalada.

Las nueva tendencia de la reforma de la Ley Orgánica 1/2015 de modificación del Código Penal de 1995, entienden las recaídas en el consumo de los adictos como parte del proceso de recuperación, con la continuidad posterior del tratamiento de deshabitación hasta alcanzar la remisión del proceso adictivo.

4.1.2.19 Edad de primera detención.

Tabla 29a. Edad de primera detención según la población.

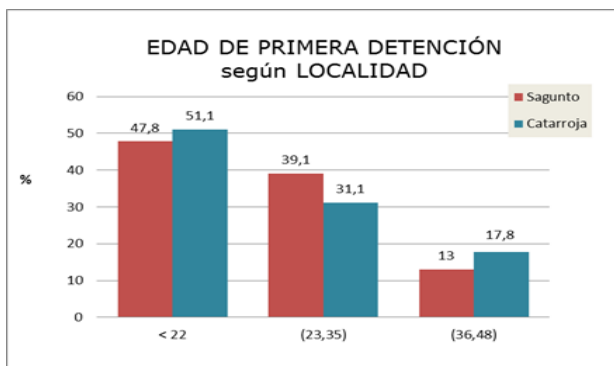
	Localidad		
	Total	Sagunto	Catarroja
N	70	25	45
Media	25,2	27,0	24,2
Desviación típica	9,9	11,5	8,8
Mínimo	12,0	15,0	12,0
Máximo	56,0	56,0	47,0
Mediana	23,0	23,0	22,0

Tabla 29b. Edad recodificada de detención.

		Localidad		
		Total	Sagunto	Catarroja
Total	N	68	23	45
	%	100,0%	100,0%	100,0%
Menor de 22 años	N	34	11	23
	%	50,0%	47,8%	51,1%
(23-35)	N	23	9	14
	%	33,8%	39,1%	31,1%
(36,48)	N	11	3	8
	%	16,2%	13,0%	17,8%

La edad media de la primera detención en Sagunto es de 27 años y en Catarroja de 24,2 años. En el total de ambas poblaciones, el 50% de los individuos son menores de 22 años. En la siguiente gráfica se aprecia la proporción.

Gráfica 16. Edad de primera detención según la localidad.



La relación entre el consumo de drogas y la delincuencia es un hecho. Al considerar la edad de inicio del consumo, se aprecia la introducción a las drogas en edades cada vez más tempranas (inicio de la adolescencia), por lo que es muy probable que el consumidor cometa hechos delictivos en la adolescencia tardía. Las medias de edad de inicio del consumo, según el estudio del Proyecto Hombre de 2013, se sitúan en menores de edad para el alcohol y cannabis entre los 15 y 16 años. Cuando se trata de policonsumidores (alcohol junto a otras drogas) los que abusan alcanzan los 18 años y, al experimentar con drogas como la cocaína y heroína, los que consumen tienen edades en torno a los 20 años de edad.

Con respecto a los menores delincuentes, aunque no son tratados en este estudio, cabe hacer referencia a las normas mínimas de Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores (Reglas de Beijing)⁴⁷ que enfatizan la importancia de proporcionar servicios y asistencia para promover los mejores intereses del menor durante el proceso de rehabilitación.

De acuerdo a las Reglas citadas, el objetivo de la formación y el tratamiento ofrecido a los jóvenes ofensores colocados en

instituciones es “garantizar su cuidado y protección así como su educación y formación profesional para permitirles que desempeñen un papel constructivo y productivo en la sociedad”¹⁸³.

4.1.2.20 Número de procesos judiciales.

Tabla 30. Número de procesos judiciales según la localidad.

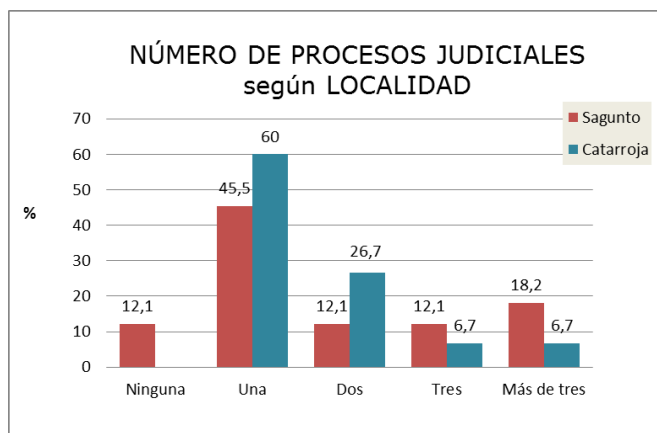
	Localidad					
	Total		Sagunto		Catarroja	
	N	%	N	%	N	%
Total	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
Ninguna	4	5,1%	4	12,1%	0	,0%
Uno	42	53,8%	15	45,5%	27	60,0%
Dos	16	20,5%	4	12,1%	12	26,7%
Tres	7	9,0%	4	12,1%	3	6,7%
Más de tres	9	11,5%	6	18,2%	3	6,7%

En la Unidad de Sagunto, el 45.5% de los sujetos tienen un proceso judicial y el 30,3% tienen tres o más.

En Catarroja la mayoría (60%) tiene un solo proceso, cifra mayor que en Sagunto. Sin embargo solo el 13,3% de la población tienen tres o más procesos judiciales.

En la siguiente gráfica se aprecia la distribución de la incidencia del número de procesos judiciales en ambas poblaciones.

Gráfica 17. Número de procesos judiciales según la localidad.



Según datos del Observatorio, en el momento de realización del tratamiento, la mayoría de las personas atendidas en Proyecto Hombre (74,22 frente al 74,8% para 2012) declaraban encontrarse sin cargos. De los que afirmaban tener cargos judiciales casi el 25% de la población, había sido acusado por los siguientes delitos en orden de frecuencia: delitos contra la propiedad (7,74% para 2013 frente al 7,63% para 2012), otros delitos (6,64% frente al 5,465 en 2012), delitos violentos (4,63% frente al 3,99% en 2012), posesión y tráfico de drogas (2,56% frente al 3,71% de 2012). Respecto a los delitos relacionados

con la conducción y el tráfico el 2,81% afirma tener cargos al respecto (frente el 2,97% de 2012).

En el estudio comparativo de las poblaciones estudiadas, vemos que en la Unidad de Conductas Adictivas de Sagunto el 12,1% de los individuos no tienen ningún proceso judicial frente a lo que ocurre en la población de Catarroja en la que todos los pacientes han cometido algún delito. El 30,3% de los sujetos en Sagunto tienen tres o más procesos judiciales y en Catarroja esta cifra disminuyen al 13,3%. De este modo, se puede decir que los pacientes que delinquen en Sagunto lo hacen con más reiteración.

Según datos del observatorio del Proyecto Hombre, en relación a la situación legal, el 34,5% de las personas usuarias de algún dispositivo de Proyecto Hombre manifiestan haber cometido algún hecho delictivo.

Los delitos por el uso indebido de drogas son en su mayoría no violentos. Los delitos económicos y compulsivos para obtener drogas, como los robos, son más comunes que las agresiones.

Varias fuentes¹⁸⁴ indican que la mayoría de los consumidores de drogas en tratamiento han tenido contacto con el sistema penal. Una serie de estudios realizados en Grecia¹⁸⁵ en el año 2000 (Universidad Aristotélica de Salónica) y en Inglaterra y Gales sobre personas acusadas de delitos y condenadas¹⁸⁶ muestran que los consumidores de drogas tienen más posibilidades de haber cometido distintos tipos de delitos que los no consumidores de drogas.

Por lo que respecta al vínculo entre consumo de drogas y delincuencia, un estudio realizado entre la población penitenciaria irlandesa¹⁸⁷ descubrió que el 51% de los hombres y el 69% de las mujeres afirmaban haber estado bajo la influencia de drogas cuando cometieron el delito por el que fueron encarcelados. Otro estudio entre presuntos delincuentes juveniles en Irlanda¹⁸⁸ estimaba que un 42% de los casos estaban relacionados con el consumo de alcohol, un 17% con el consumo de drogas y un 4% con ambos y que el alcohol tiene más probabilidades de estar relacionado con delitos contra el orden público, en tanto que las drogas están relacionadas con mayor frecuencia con robos.

Los delitos relacionados con las drogas pueden clasificarse en varias categorías¹⁸⁹ representando cada una distintos aspectos sociales, conductuales y legales relacionados con la problemática. Cabe destacar por una parte los delitos cometidos para sufragar el consumo de las drogas y por otra parte los delitos relacionados con los trastornos de conducta inducidos por las sustancias tóxicas.

Otra clasificación, establecida con la finalidad de comprender mejor la incidencia de las drogas en la delincuencia, es la de Enzo¹⁹⁰ que acuña tres conceptos básicos:

- Delincuencia inducida: tiene su origen en la intoxicación producida por la toma de sustancias y la delincuencia dependerá de los efectos que la sustancia consumida tenga sobre el organismo (euforia, excitación, obnubilación, etc.). A nivel general se puede relacionar con delitos contra las personas, contra la libertad sexual, contra la seguridad interior del Estado, contra la seguridad en el tráfico y, ocasionalmente, contra la propiedad.
- Delincuencia funcional: es la realizada por un drogodependiente con la finalidad de procurarse la

sustancia que necesita y evitar los efectos indeseables de la retirada. Los delitos más característicos son los de apoderamiento lucrativo (robos con fuerza en las cosas o con violencia o intimidación en las personas) y, ocasionalmente, delitos de falsedades.

- Delincuencia relacional: actividades delictivas que se producen en torno al consumo de drogas y que son facilitadoras de dicho consumo (cultivo, elaboración, tráfico, facilitación del consumo entre otras).

La adicción a las drogas y la comisión de delitos se dan juntas en cierto número de personas y ambientes. La percepción del consumo de drogas como inductor de la violencia y de la alteración del comportamiento es generalizada entre policías y funcionarios de Justicia y de instituciones Penitenciarias. Sin embargo el 42% de los policías se muestran en desacuerdo con esta relación entre droga y delito. El hecho de que se trate de un consumo ilegal, no regularizado y el alto precio de adquisición causan delincuencia. ¹⁹¹.

4.1.2.21 Número de procesos judiciales finalizados.

Tabla 31. Procesos judiciales finalizados.

	Localidad					
	Total		Sagunto		Catarroja	
	N	%	N	%	N	%
Total	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
Ninguna	24	30,8%	11	33,3%	13	28,9%
Uno	39	50,0%	13	39,4%	26	57,8%
Dos	6	7,7%	3	9,1%	3	6,7%
Tres	5	6,4%	2	6,1%	3	6,7%
Más de tres	4	5,1%	4	12,1%	0	,0%

En el conjunto de ambas poblaciones la mayoría de los sujetos tiene algún proceso judicial finalizado, en un porcentaje del 50% de los casos.

En Sagunto, el 39,4 % tiene un proceso judicial finalizado y en Catarroja el 59,8% de los casos. Destacando en Sagunto que el 27,3% tiene dos o más procesos judiciales finalizados, frente al 13,4% de Catarroja. Esta variable indica que la reincidencia es mayor en la muestra que recibe tratamiento en Sagunto. Los adictos en la Unidad de Conductas Adictivas de esta población, tienen más de dos procedimientos judiciales, han cometido

hechos delictivos de forma reiterada y están siendo tratados en una unidad de deshabitación por una sustitución de una pena privativa de libertad. La reincidencia y los antecedentes penales son dos circunstancias que se han traducido como indicadores de peligrosidad criminal.

4.1.2.22 Número de procesos judiciales pendientes.

Tabla 32. Procesos judiciales pendientes según la localidad.

	Localidad					
	Total		Sagunto		Catarroja	
	N	%	N	%	N	%
Total	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
Ninguna	28	35,9%	12	36,4%	16	35,6%
Uno	42	53,8%	18	54,5%	24	53,3%
Dos	6	7,7%	2	6,1%	4	8,9%
Más de tres	2	2,6%	1	3,0%	1	2,2%

En ambas poblaciones la mayoría de los individuos tiene un proceso judicial pendiente, con un porcentaje del 54,5% en Sagunto y del 53,3% en Catarroja. En ambas poblaciones la frecuencia es similar pero no evolucionan del mismo modo.

La reincidencia y los antecedentes penales se han asociado a la peligrosidad criminal. Esta variable valora los sujetos con procesos judiciales diferentes a la causa por la que tienen esta

medida que están cumpliendo. La existencia de procesos pendientes, indica una clara relación entre la adicción y la reincidencia.

4.1.2.23 Órgano judicial de ejecución.

Tabla 33. Órgano judicial según la localidad.

	Localidad					
	Total		Sagunto		Catarroja	
	N	%	N	%	N	%
Total	78	100,0%	33	100,0%	45	100,0%
Audiencia provincial	17	21,8%	6	18,2%	11	24,4%
Juzgados de lo penal	60	76,9%	27	81,8%	33	73,3%
Ambas	1	1,3%	0	,0%	1	2,2%

El órgano de ejecución de la medida de seguridad en la mayoría de los casos de Sagunto es el Juzgado de los Penal (81,8%). También en Catarroja el órgano judicial que con más frecuencia aplica esta medida es el Juzgado de lo Penal (73,3%).

Según el estudio de Barcelona¹⁷², se otorgaron suspensiones por delitos en el 97,80% y por falta en el 2,20%.

En relación a la tipología delictiva se observa que los que se dan con mayor frecuencia son los delitos relacionados con la seguridad colectiva, seguido de la conducción bajo la influencia de bebidas alcohólicas, la conducción temeraria, los delitos contra la salud pública y el cultivo, el tráfico o la elaboración de sustancias ilegales.

Los delitos que se encuentran en segundo lugar en relación al número de suspensiones son los delitos contra el patrimonio, en los que se incluyen la apropiación indebida, los hurtos, los hurtos de uso de vehículo a motor, robo con violencia, robo con intimidación, robo con fuerza en las cosas y la violación del domicilio.

El tipo delito que se sitúa en tercer lugar en relación al número de suspensiones es el de lesiones, que incluye lesiones, lesiones por violencia doméstica, lesiones por imprudencia y maltrato familiar.

Toda esta variedad de delitos son juzgados en su mayoría en el Juzgado de lo Penal. Según un estudio realizado¹⁹² tras la recopilación de numerosas sentencias, se aprecia que en las

sentencias de los Juzgados de lo Penal, la mayoría que suponía el 38% de los inculcados, tenía entre 30 y 39 años de edad. La mayoría (94%) están en situación de libertad condicional. Los antecedentes son, en algo más de la mitad (53,8%), delitos contra el patrimonio y el 31,9% son delitos contra la salud pública. Cuando los antecedentes son por un delito distinto de la imputación actual, en un 31,6% son por delitos contra la seguridad en el tráfico, en un 28% por delitos contra el patrimonio y en un 13% por delitos contra la salud pública.

Se realiza como síntesis un compendio tipo resumen de las principales características del perfil de los adictos en tratamiento de deshabituación como medida de seguridad. Estas son:

- a) La mayoría de los estudios atribuyen a las drogas una asociación con la delincuencia. El alcohol es la droga lícita de mayor consumo.
- b) La mayor parte de la población son varones con una prevalencia entre el 84 y 87%, mientras que la población femenina representa entre el 12 al 15%. Este último porcentaje superior a otros estudios.
- c) Cuando valoramos los estudios de la población adicta se aprecia un elevado porcentaje de personas con estudios

secundarios. Sin embargo, los estudios adquiridos, no facilitan la integración en el mundo laboral, lo que propicia la exclusión social del adicto.

- d) La delincuencia ligada exclusivamente al consumo de drogas está preferentemente asociada a la edad joven. En nuestro estudio predominan las personas en edad madura de 30 a 39 años de edad, siendo la edad media de 35 años.
- e) La edad de inicio en el consumo de drogas tóxicas es cada vez menor. Sin embargo, el tratamiento se realiza en la edad adulta tardía, cuando la evolución de la drogodependencia se ha cronificado, lo que potencia el deterioro social, personal y familiar del adicto.
- f) El tratamiento se inicia con mayor frecuencia motivado por una orden judicial, esto es, el penado decide aceptar de “forma voluntaria” el compromiso de iniciar o continuar un tratamiento de deshabitación que es un beneficio penal revocable. Tras la ejecución de la sustitución de la pena de prisión por tratamiento, el adicto tiene la obligación judicial del sometimiento al programa de tratamiento de deshabitación de drogas y, si lo incumple, ingresará en prisión. Por ello, se puede afirmar que el sistema de justicia penal es una vía de acceso al

tratamiento de deshabitación de delincuentes adictos más frecuentes que otras redes asistenciales o sociales.

- g) La antigüedad de la adicción cuando se demanda el tratamiento se estima entre los 10 y 20 años de evolución. Esta situación del adicto, cuando el deterioro es evidente y la adicción se ha cronificado conlleva una tendencia a su evolución desfavorable.
- h) La patología dual constituye un factor pronóstico de evolución desfavorable en el tratamiento de deshabitación. En concreto, los trastornos afectivos y los trastornos de personalidad son los más frecuentemente asociados a esta circunstancia.
- i) La droga ilícita que con mayor frecuencia se consume en la actualidad entre la población mayor de 30 años es la cocaína, en detrimento de otras sustancias como la heroína que produce mayor deterioro psíquico y orgánico. Esta circunstancia ha modificado el aspecto general de los adictos que no son estigmatizados a nivel social por su apariencia.
- j) Los delitos contra la propiedad son los más frecuentemente asociados a la delincuencia y el consumo

de drogas. También son destacables los delitos contra la seguridad colectiva.

- k) En relación al tipo de tratamiento en las Unidades de Conductas Adictivas se aprecia más éxito en las que emplean terapias médicas y farmacológicas de forma conjunta con la psicoterapia.
- l) Respecto a la derivación a otros centros terapéuticos son las unidades de desintoxicación hospitalaria y las comunidades terapéuticas, las que más han contribuido a una evolución favorable de la terapia de desintoxicación y posterior deshabitación del adicto.
- m) La evolución favorable del tratamiento cuando el delito se asocia al consumo es un factor a considerar como predictor de la conducta delictiva futura.

4.2 ANALISIS DE LOS FACTORES PRONÓSTICO CONSIDERADOS DE RIESGO O DE PROTECCIÓN DE LA PELIGROSIDAD CRIMINAL.

Se estiman tres modelos y, en función del objetivo que se pretende conseguir, se utilizan unas variables explicativas u otras. La variable localidad se incluye en los tres modelos

simultáneamente con el fin de determinar si las diferencias en función de la Unidad de Conductas Adictivas son significativas.

El procedimiento consiste en la creación de un modelo con todas las variables independientes en cada uno de los objetivos (los factores pronóstico). Posteriormente, se simplifica el modelo hasta llegar al más parsimonioso, incluyendo aquellos parámetros que tienen un efecto significativo sobre la variable estado actual del tratamiento o, en su defecto, tienen una tendencia a serlo. Además, se comprueba que la exclusión de un factor no provoca cambios en los coeficientes del resto. En caso de producir cambios notables, las variables que los causan no se eliminan del modelo. Se analizan a continuación cada uno de los modelos.

4.2.1 Relación entre las variables estadísticas con la finalidad de determinar si el estado actual depende del tipo de droga y de la patología dual.

La tabla siguiente presenta el resultado del primer modelo, el más completo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 34. Modelo inicial: Variables en la ecuación.

Variables	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
						Inferior	Superior
Cocaína	-1,395	,599	5,416	,020	,248	,077	,802
Heroína	,775	,585	1,756	,185	2,171	,690	6,830
Patología dual	-,215	,609	,125	,724	,807	,244	2,661
Localidad	-1,618	,658	6,040	,014	,198	,055	,721
Constante	-,746	,287	6,770	,009	,474		

Se obtienen significatividad (es decir, p-valores inferiores a 0,05) en las variables cocaína (p-valor = 0,020) y localidad (p-valor = 0,014). Son las únicas que influyen de forma determinante sobre la evolución del individuo.

Las variables categóricas heroína y patología dual presentan valores de significación altos, especialmente la patología, lo que quiere decir que son aspectos que no influyen sobre la evolución. Esto sugiere que pueden ser eliminadas del modelo, una a una, hasta encontrar aquél modelo más simple que reúna únicamente las variables que sí tienen una relación significativa con el estado actual.

Tras la prueba de varios modelos, se ha planteado un nuevo modelo de regresión logística con las covariables halladas como significativas, lo que se muestra en la siguiente tabla, en la que

se observa que la variable cocaína muestra significatividad de 0,020.

Tabla 35. Modelo final: Variables en la ecuación.

Variables	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
						Inferior	Superior
Cocaína	-1,349	,582	5,369	,020	,260	,083	,812
Localidad	-1,393	,579	5,775	,016	,248	,080	,774
Constante	-,842	,276	9,307	,002	,431		

La probabilidad es igual a 0,260, lo que sugiere que la probabilidad de que un paciente sea clasificado como desfavorable se multiplica por 0,260 cuando el paciente consume cocaína, manteniéndose constantes las demás variables predictivas. Es decir, entre quienes consumen cocaína, el riesgo de una mala evaluación se reduce un 74% respecto a los que no consumen esta droga. Este porcentaje se obtiene tras una multiplicación. El modelo estadístico ha determinado que la probabilidad de un resultado desfavorable se multiplica por 0,26, lo cual implica que se reduce un 74% tras hacer este cálculo: $(1-0,26) \times 100 = 74$. Esta cifra (74%) representa cuánto disminuye porcentualmente el riesgo (o probabilidad) de

resultado desfavorable en la localidad de Catarroja respecto a la de Sagunto.

La localidad también es influyente en el modelo con un valor de significatividad de 0,016. La probabilidad es igual a 0,248, por lo que la probabilidad de obtener un estado desfavorable se multiplica por 0,248, es decir, disminuye un 75%, en la Unidad de Catarroja respecto a la Unidad de Sagunto. En este caso, se aplica la misma ecuación $(1-0,248) \times 100=75$. Este porcentaje (75%) indica cuanto disminuye el riesgo de un resultado desfavorable en la Unidad de Catarroja respecto a la de Sagunto. Es decir, es más probable conseguir un estado actual favorable si se pertenece a la Unidad de Catarroja. La ecuación se obtiene directamente a partir de los coeficientes estimados en esa tabla y se trata de la expresión matemática que mejor explica la relación entre las variables implicadas: localidad y consumo de cocaína.

A partir de los coeficientes estimados anteriores, puede escribirse la ecuación del modelo que servirá como regla práctica de clasificación. De tal manera que, con esta ecuación, es posible estimar el riesgo de una mala o una buena evolución de un sujeto en función de los aspectos del consumo de cocaína

y la localidad de la Unidad de Conductas Adictivas, que se han identificado como relevantes:

- Para la Unidad de Conductas Adictivas de Sagunto y pacientes con consumo de cocaína, la ecuación da como resultado la probabilidad en la evolución de una persona con consumo de cocaína y perteneciente a la Unidad de Sagunto. Esta probabilidad de evolución en el caso de una situación actual desfavorable es igual a 0,103.
- Para la Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja y un sujeto con un consumo de cocaína, se obtiene una ecuación, donde la probabilidad de obtener una situación actual desfavorable es igual a 0,026. Es decir, suponiendo que un paciente consume cocaína, la probabilidad de que su situación actual sea determinada como favorable si pertenece a la Unidad de Conductas Adictivas de Sagunto es de 0,897. En la Unidad de Catarroja esta probabilidad aumenta a 0,974.
- Para la Unidad de Sagunto y pacientes sin consumo de cocaína, la probabilidad se obtiene de una ecuación que en el caso de una situación desfavorable es igual a 0,301.
- Para la Unidad de Catarroja y un adicto sin consumo de cocaína, se obtiene una ecuación donde la probabilidad

de obtener una situación actual desfavorable es igual a 0,106.

- Por tanto, para un individuo sin consumo de cocaína y perteneciente a la Unidad de Sagunto la probabilidad de obtener un estado actual favorable es 0,699 y en la Unidad de Catarroja 0,894.

En la tabla siguiente se muestra la clasificación de los 78 casos de la muestra específica en relación al pronóstico del estado actual, considerando las dos opciones: favorable y desfavorable.

Tabla 36. Tabla de clasificación.

Observado	Pronosticado		
	Estado actual		Porcentaje correcto
	Favorable	Desfavorable	
Favorable	53	4	93,0
Desfavorable	16	5	23,8
Porcentaje global			74,4

Con respecto a la tabla de clasificación, se observa que la sensibilidad de esta regla óptima es del 23,8% y la especificidad es 93,0%. Es decir, la capacidad del modelo para clasificar correctamente a un sujeto cuyo estado real sea el definido como

favorable es mayor que si el estado real es definido como desfavorable. De este modo, se afirma que el modelo no se equivoca al pronosticar sujetos que finalmente evolucionarán bien. En cambio, no es suficientemente bueno para identificar los que evolucionarán mal.

De lo anteriormente expuesto, se extraen una serie de consideraciones respecto a la primera hipótesis que relaciona el tipo de sustancia de la adicción, la existencia de patología dual y la localidad.

Como se ha comprobado el consumo de cocaína es un factor significativo de un pronóstico favorable. Según el estudio del Observatorio de Proyecto Hombre, se determina que el 84% de los drogodependientes son hombres, con una edad media de unos 36 años.

Según el Informe Europeo de Drogas¹⁶⁴, REITOX, de 2013, la cocaína fue citada como droga principal por el 14% de los consumidores que iniciaron tratamiento especializado en 2011 y por el 19% de los que iniciaron tratamiento por primera vez. La cocaína es la droga estimulante ilegal más consumida en

Europa, aunque la mayoría de los consumidores se concentran en un número restringido de países. Se estima que unos 2,2 millones de adultos jóvenes de 15 a 34 años (el 1,7% de este grupo de edad) consumieron cocaína el año pasado. Existen amplias diferencias entre los países, concentrándose el 90% de los consumidores de cocaína en solo cinco países (Alemania, España, Italia, Países Bajos, Reino Unido). El número de pacientes que inician tratamiento por primera vez por consumo de cocaína como droga principal ha disminuido en los últimos años ya que, tras el máximo de 38.000 alcanzado en 2008, disminuyó a 26.000 en 2012; esto, es debido al descenso producido en Italia. En 2012, solo un número pequeño de los consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez en Europa lo hicieron por el consumo de crack como droga principal, concentrándose dos tercios de ellos en el Reino Unido y casi todos los demás en España y Países Bajos.

Muchas personas que consumen drogas tóxicas han sido víctimas de violencia, en especial las mujeres que la usan como refugio de problemas graves. El consumo de alcohol o drogas en pacientes con un trastorno mental incrementa el riesgo tanto de conducta violenta como de victimización^{193,194}. Individuos

pobres, solteros, con una historia familiar de conducta antisocial y de consumo de drogas corren un mayor riesgo de ser víctimas de violencia¹⁹⁵. Sin embargo, el aumento del riesgo producido por la combinación de trastorno mental y abuso de drogas parece explicarse por la mayor implicación de estas personas en situaciones de conflicto interpersonal¹⁹⁶.

El tipo de droga influye¹⁹⁵. En concreto, el abuso de cocaína, provoca conductas impulsivas e ideación paranoide lo que aumenta cuatro veces el riesgo de victimización respecto a los no consumidores. Cuando el consumo es de opiáceos, el riesgo se incrementa en mayor proporción. En personas que abusan del alcohol las conductas de desinhibición y la percepción errónea de la realidad los convierten en vulnerables a agresiones de toda índole, incluidas las sexuales y se puede establecer un círculo vicioso. Cuando el consumo abusivo era un patrón de conducta preexistente, las víctimas incrementarán el uso de drogas tras la victimización como un medio para afrontar su estrés.

El perfil del adicto se ha modificado en la última década y el aumento del consumo de cocaína se hace en detrimento del consumo de heroína, que cada vez se consume menos. La

revisión bibliográfica¹⁹⁷ del consumo de heroína argumenta que este tipo de droga ha estado siempre muy vinculado con sectores muy marginales de la población. Romaní nos presenta la evolución de las drogas en España desde 1968 hasta 1992, un período de grandes cambios políticos y sociales que tendrían como consecuencia un notable aumento y popularización de las drogas y, a la vez, de la delincuencia, sobre todo en la última parte de dicho período. En 1973 las drogas, concretamente la heroína, empiezan a asociarse a un carácter más intelectual (artístico, universitario, es decir, al carácter progresista de la época). En cambio, la cocaína permanecía socialmente muy poco difundida. Como consecuencia, se producen protestas vecinales con relación a las nefastas condiciones de vida y al mayor radicalismo juvenil.

Su expansión entre la década de los setenta a los noventa en España muestra su influencia prolongada y la relación con conductas delictivas¹⁹⁸. El período en que fue considerada una auténtica epidemia se visualiza a finales de los años setenta y principios de la década de los ochenta¹⁹⁹. Según el Informe Europeo de drogas de 2014²⁰⁰, ha habido varias oleadas de adicción a la heroína, en particular una primera que afectó a muchos países de la parte occidental desde mediados de la

década de los 70 en adelante y una segunda que afectó a la parte central y oriental entre mediados y finales de la década de los 90. Aunque las tendencias de la última década presentan variaciones, en términos generales parece ir disminuyendo la iniciación en el consumo de esta droga. La prevalencia media del consumo problemático de opioides entre adultos (de 15 a 64 años) se estima en el 0,4%, lo que supone 1,3 millones de consumidores problemáticos en Europa en 2012. Los consumidores de opioides, sobre todo heroína como droga principal, representan el 46% de los que iniciaron tratamiento especializado en 2012 en Europa y el 26% de los que iniciaron tratamiento por primera vez. Las cifras de los que inician tratamiento están en disminución en Europa, ya que del máximo de 59.000 en 2007 se pasó a 31.000 en 2012. En general, parece que se ha reducido la iniciación en el consumo de heroína y que esto repercute ahora en la demanda de tratamiento.

Cuando el consumidor de cocaína sigue un tratamiento de deshabituación con evolución favorable, los delitos vinculados a su dependencia no se volverían a producir. Esta situación conlleva una disminución del riesgo del comportamiento futuro delictivo.

En cambio, el consumidor de heroína tendría un mayor riesgo de recaída y por tanto de reincidencia en la conducta antisocial. La vinculación de este tipo de sustancia, la heroína, con la reincidencia delictiva se muestra, por ejemplo, en su relación con los delitos contra la salud pública y contra la propiedad que, en muchos casos, se asocia al número de ingresos penitenciarios. De este modo, la peligrosidad del comportamiento futuro será mayor en los adictos a la heroína que en los adictos a la cocaína. El riesgo aumenta también por el policonsumo²⁰¹.

El hecho de finalizar un tratamiento, con la consecución de los objetivos terapéuticos, proporciona al sujeto habilidades y recursos personales de afrontamiento sólidos. Además, si este tratamiento se ha llevado a cabo en medio abierto, los aspectos que pueden ser considerados inicialmente como factores de riesgo (como por ejemplo el autocontrol ante estímulos de consumo, relaciones sociales negativas, canales de consumos organizados, etc.) y que son más fácilmente accesibles en medio abierto, pueden ser contrarrestados con una adecuada adhesión al tratamiento, su buena evolución y un nivel óptimo de rehabilitación. Además, dentro del entorno comunitario, también

hay que tener presentes factores protectores que también influyen en la disminución de la reincidencia dado que, un apoyo familiar contenedor, una adecuada red social, así como la idoneidad de los programas terapéuticos, son elementos facilitadores de un buen pronóstico¹⁷².

Estudios previos apuntan la relación entre mantener una buena evolución en el tratamiento específico de las drogodependencias y la no reincidencia de forma claramente significativa²⁰². Esto es lo que argumentan Suarez-Mira Rodríguez y colaboradores que dicen que “la mayoría de los sujetos se plantean la necesidad de someterse al tratamiento cuando afrontan las consecuencias penales no siendo común que estén en tratamiento anteriormente”²⁰³. Lo que pretenden estas medidas es la recuperación efectiva del adicto.

Con respecto a la variable patología dual no permite este estudio obtener resultados significativos. Sin embargo, en los adictos con importantes alteraciones conductuales, se relacionan con una mayor criminalidad y con actos delictivos más graves.

De acuerdo con un estudio realizado por Guillermo Portero²⁰⁴, sobre patología dual e imputabilidad, varios expertos^{205,206} coinciden en señalar que las personas con patología dual cometen más delitos que aquellos que, o bien solo tienen la patología psiquiátrica, o bien solo presentan el trastorno por consumos de sustancias. A los trastornos conductuales derivados de la patología psiquiátrica se añaden los propios del consumo de sustancias. Por otro lado, en muchas ocasiones, interaccionan entre sí propiciando que uno desencadene o agrave al otro. Así pues, existe una interacción que potencia las posibilidades de que aparezcan alteraciones comportamentales, entre ellas los actos delictivos¹³¹.

En un estudio de investigación de la Unidad de Valoración Forense Integral de Guipuzcoa²⁰⁷, en los delitos de violencia de género, se aprecia una alta prevalencia en los agresores de trastornos de personalidad, especialmente los límites y antisociales, muchos de ellos no diagnosticados, unido al consumo abusivo de alcohol. Esta correlación es más frecuente en agresores de edad superior a 50 años, en tanto que en los jóvenes con rasgos disfuncionales de la personalidad, se asocia más el consumo de psicoestimulantes. Según los estudios

consultados, existe una correlación en patología dual, con independencia del trastorno mental que se trate, entre el abandono de tratamiento, la recaída en el consumo de tóxicos, las alteraciones conductuales y la criminalidad. Empíricamente se ha comprobado la tendencia a reincidir en el mismo tipo delictivo, así como la escalada en la criminalidad y la delincuencia asociada especialmente a la drogadicción¹⁴².

Otra cuestión a considerar en relación a la evolución del tratamiento es la motivación y el desistimiento de la acción delictiva. Según se ha comprobado en muchas investigaciones, “la gente comete los delitos por muchos motivos y también pueden dejar de cometer delitos por muchos motivos”²⁰⁸. La intervención de la justicia penal no es el que más influye en el desistimiento del delito. Sin embargo, el desistimiento entendido como la falta de reincidencia es el resultado que se desea obtener en las intervenciones terapéuticas y, en la actualidad, se suele medir por contingencias que indican factores criminógenos como la existencia de antecedentes penales, los procesos judiciales pendientes o la gravedad de la sanción penal impuesta.

Sin embargo, los índices de reincidencia son difíciles de establecer. Las estimaciones de estos índices están influenciadas por el método de medición empleado y el momento de la determinación. La reincidencia puede ser medida en diferentes puntos de los contactos conocidos del delincuente con el sistema de justicia penal²⁰⁹. Medir la reincidencia (sea en base a los datos oficiales o en encuestas de información propia) es siempre difícil. El uso de los índices de reincidencia está lleno de defectos: es un recuento incompleto de la delincuencia real y no tiene en cuenta los cambios en la naturaleza, ni la severidad o frecuencia de los delitos cometidos²¹⁰.

En relación a la localidad, se trata de dos poblaciones con característica demográficas muy diferentes. Se ha constatado que en la Unidad de Conductas Adictivas de Sagunto el riesgo de una mala evolución es mayor, los adictos con resultados desfavorables tienen además mayor número de antecedentes penales y de procesos judiciales tanto pendientes como finalizados, además de una frecuencia mayor de los casos que abandonan el tratamiento de deshabituación.

La Unidad de Conductas Adictivas de Sagunto se crea en un entorno social conflictivo. Sagunto es un núcleo de población donde las características del Municipio lo convierten en un factor de riesgo en sí mismo por las siguientes razones²¹¹:

- Tiene un buen sistema de comunicaciones y es de fácil acceso por tierra y por mar, lo que lo convierte en una zona estratégica de introducción y distribución de “sustancias ilegales”.
- Está situado en la Costa Mediterránea, configurándose como lugar de atracción turística y por tanto centro de actividades lúdico-festivas relacionadas con la “marcha nocturna” y por tanto relacionadas con el consumo de sustancias (legales e ilegales) susceptibles de abuso.
- El hecho de ser cabeza de comarca le convierte en lugar de referencia no solo para la comarca del Camp de Morvedre sino para muchos pequeños municipios de su entorno lo que potencia los dos factores anteriores.
- En relación a su estructura demográfica, existen zonas caracterizadas por sus dificultades de acceso a los recursos normalizados. Esto los convierte en “marginales”. Cabe mencionar núcleos aislados de primera residencia como Racó de L’Horta (Bajo vías),

Las Balsas (Clot del Moro) y San José. En estos barrios el clima social y la identidad del lugar facilitarían la autopercepción del individuo como marginal con todo lo que ello pueda conllevar.

- La adaptación ecológica del fenómeno droga a su carácter proscrito del adicto le lleva a dirigirse hacia zonas semiprivadas, donde se desarrollan comportamientos que, en otro lugar, serían inmediatamente objeto de control social.
- El alto grado de crecimiento urbanístico que ha experimentado el municipio en los últimos años ha desequilibrado más, si cabe, el bajo porcentaje de suelo urbano destinado a zonas verdes, dotaciones deportivas y dotaciones socioculturales.
- El desempleo que acusa este Municipio, se convierte en un factor de riesgo en sí mismo.

Por su parte, la población de Catarroja²¹² se encuentra en un enclave comercial importante, donde el auge del empleo y el crecimiento urbanístico van a la par. La estructura comercial de Catarroja está en línea con el resto de municipios de la subárea comercial y con el proceso de consolidación del sector terciario.

Existe una mejora de las comunicaciones con el desarrollo de nuevos equipamientos comerciales de atracción en su entorno más próximo, lo cual convierte al Municipio de Catarroja en una población con crecimiento del empleo, buenas comunicaciones con Valencia ciudad y un amplio sector urbano con una buena dotación de actividades de ocio.

Otra circunstancia diferencial de ambas poblaciones es el enfoque terapéutico diferente del tratamiento de deshabituación. En la Unidad de Sagunto, se realizan sobre todo tratamiento médico combinado con la psicoterapia y se deriva en la mayoría de los casos al centro de día. En cambio, en Catarroja se realiza más tratamiento médico farmacológico y los centros de derivación son las unidades de desintoxicación hospitalaria y las comunidades terapéuticas. Un aspecto relevante en la organización de las dos localidades, es que la coordinación de las unidades de conductas es diferente. En la Unidad de Conductas Adictivas de Sagunto, se dirige el tratamiento por un médico especialista en psiquiatría y en la Unidad de Catarroja la dirección la realiza un psicólogo especialista en tratamientos de drogadicción.

En general, aquellos que finalizan el tratamiento de deshabitación asociado a la suspensión de la pena privativa de libertad tienen un nivel de reincidencia más bajo que aquellos que no finalizan el tratamiento por abandono¹⁷². Algunas de las variables que aumentan el porcentaje de reincidencia en relación al tipo de seguimiento terapéutico son el abandono, la expulsión del centro y permanecer estancias muy cortas en comunidad terapéutica, lo que no permite una buena adherencia al tratamiento²¹³.

Los datos obtenidos en investigaciones que valoran la efectividad del tratamiento de deshabitación y su relación con la reincidencia¹⁷² constatan que las personas que finalizan correctamente el tratamiento reinciden menos.

En relación a los factores de riesgo de reincidencia delictiva, Andrews y Bonta²¹⁴ establecen, como factores que predicen con mayor potencia delictiva, los siguientes: carrera criminal, patrón de personalidad antisocial, actitudes procriminales, apoyo social para el delito, abuso de sustancias, relación de pareja y familiares, escuela y/o trabajo, actividades de ocio y prosociales.

4.2.2 Relación con la finalidad de determinar si el estado actual depende del órgano de ejecución, de la evolución de la adicción y de la edad de la primera detención.

El siguiente modelo contempla las variables dependientes siguientes: órgano de ejecución, evolución de la adicción, edad de la primera detención y localidad.

Tabla 37. Tabla de las variables en la ecuación.

	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
Órgano	1,787	1,098	2,649	,104	5,970	,694	51,33
Evolución 10-20 años	-,671	,822	,667	,414	,511	,102	2,559
Evolución >20 años	-,093	,700	,018	,894	,911	,231	3,589
Edad primera detención	,021	,030	,472	,492	1,021	,962	1,084
Localidad	-,714	,614	1,352	,245	,490	,147	1,631
Constante	-2,429	1,038	5,475	,019	,088		

Se simplifica el modelo hasta llegar al siguiente, considerado como el definitivo, con el objeto de valorar las variables que aportan un resultado significativo. De los resultados estadísticos, aplicando las ecuaciones correspondientes, se desprende que las variables localidad y el órgano de ejecución, son los más significativos, tal como se muestra en la tabla 37.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se considera poco significativa la evolución de la adicción de 10 a 20 años ($p=0,414$), así como la evolución superior a 20 años ($p=0,894$). Tampoco es significativa la edad de primera detención ($p=0,492$). No se ha podido establecer diferencias significativas entre la evolución favorable o desfavorable del tratamiento considerando estas variables.

Como se aprecia en la siguiente tabla, la localidad y el órgano de ejecución se exhiben como los dos únicos factores influyentes sobre la evolución favorable o desfavorable del tratamiento de deshabitación del sujeto

Tabla 38. Variables en la ecuación definitiva.

	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
Órgano: Juzgado	2,199	1,081	4,135	,042	9,012	1,083	75,005
Localidad: Catarroja	-1,218	,552	4,874	,027	,296	,100	,872
Constante	-1,651	,541	9,303	,002	,192		

Se constata que la localidad es el factor más importante y significativamente (0,027) asociado a la evolución, como se puede apreciar en la tabla 38. Concretamente, la probabilidad de este factor es 0,296 lo que indica que la probabilidad de una mala evolución se multiplica por 0,296 (es decir, disminuye un

71%) cuando el sujeto está en tratamiento en la Unidad de Catarroja respecto a la Unidad de Sagunto, para una misma situación del órgano. Esta cifra se obtiene tras la ecuación $(1-0,296) \times 100 = 71$. Se trata del porcentaje que indica cuánto disminuye el riesgo o probabilidad de una mala evolución en la Unidad de Catarroja con respecto a la de Sagunto.

Por otra parte, el órgano de ejecución también es determinante de la evolución final del sujeto. Concretamente si el órgano es el Juzgado de lo Penal, la probabilidad de una evolución desfavorable es nueve veces mayor respecto a la Audiencia Provincial. Este porcentaje se obtiene con la misma ecuación, el valor de EXP (B) de la tabla 38 indica el número de veces que se multiplica la probabilidad de riesgo de resultado desfavorable, que en este caso es de 9.

Es decir, las tablas del modelo inicial y final dan una serie de números que son estimaciones que describen, desde el punto de vista estadístico, la relación entre las variables. En la columna EXP (B) de la tabla 38 se da ese valor (9) llamado Odds ratio, es decir, por cuánto se multiplica el riesgo de la cuestión planteada

cuando el sujeto es de la Unida de Catarroja respecto a la de Sagunto.

La tabla siguiente muestra que cuando el órgano es la Audiencia Provincial no hay sujetos con evolución desfavorable. Este hecho implica que la verdadera estimación del riesgo de estar vinculado al Juzgado de lo Penal es prácticamente infinito (pues se compara al cero). Para permitir las estimaciones del modelo se asumió que un solo individuo de la Audiencia tuvo evolución desfavorable. Ello permite obtener soluciones estables y confirmar que el órgano de ejecución penal vinculado a los delitos de mayor gravedad, es un factor determinante.

Tabla 39. Variable Órgano de ejecución.

			Órgano		Total
			Audiencia Provincial	Juzgados de lo penal	
Estado actual	Favorable	Recuento	17	37	54
		% de órgano	100,0%	63,8%	72,0%
	Desfavorable	Recuento	0	21	21
		% de órgano	,0%	36,2%	28,0%
Total		Recuento	17	58	75
		% de órgano	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla de clasificación siguiente, se confronta el grupo real de diagnóstico con el pronosticado por el modelo.

Tabla 40. Evolución del tratamiento.

Observado	Pronosticado			
	Estado actual		Porcentaje Correcto	
	Favorable	Desfavorable		
Estado actual	Favorable	40	13	75,5
	Desfavorable	9	13	59,1
Porcentaje global				70,7

Se aprecia en la tabla que el 70,7% de todos los sujetos están correctamente clasificados. Se desprende del estudio estadístico que es más fácil para el modelo detectar aquéllos que en el futuro evolucionarán favorablemente (la sensibilidad de la regla es del 75,5%). Por el contrario, solo el 59,1% de los sujetos con evolución real desfavorable serán así pronosticados por el modelo (la especificidad corresponde al 59,1%).

Se comprueba que la variable localidad es estadísticamente significativa, siendo menor el riesgo de evolución desfavorable en la Unidad de Catarroja y cuando la ejecución de la sentencia se realiza ante la Audiencia Provincial donde todos los casos han tenido una evolución favorable del tratamiento (100% de los casos).

En un estudio de recopilación de las Sentencias²¹⁵ en las Audiencias Provinciales se analizaron todas las apelaciones y una muestra de cada diez sentencias emitidas en primera instancia. Se trata, en total, de 14.749 sentencias en primera instancia. En los casos de las sentencias relacionadas con drogas, dominan los delitos contra la salud pública (62,5%). La segunda categoría son delitos contra el patrimonio (26,4%), en los que el vínculo con la droga es, normalmente, que el inculpado es adicto a opiáceos. En relación a los datos sobre la adicción o el consumo esporádico de droga, se observa que en algo más de un 40% de los inculpados se dice en la Sentencia que era adicto a la droga. En tan solo un 10,5% de los inculpados adictos a las drogas se menciona que estuviese sometido a un tratamiento de deshabituación de la droga, si bien hay que tener en cuenta que, en la mayoría de los casos, este dato no se refleja en la sentencia.

Se analiza el tiempo que ha durado el proceso²⁰⁵ que, en algo más de un 30% fue de más de dos años en fase de instrucción. Un 83% de los inculpados relacionado con las drogas en las sentencias en primera instancia en las Audiencias Provinciales

es varón. En el 99,3% de los casos se trata de supuestos de autoría. La mayoría de los inculpados con eximente incompleta de intoxicación lo eran por delitos contra el patrimonio (50%) o por delitos contra la salud pública (32%).

De los inculpados con eximente incompleta de síndrome de abstinencia dos eran acusados por delito contra la salud pública, uno por delito contra el patrimonio y el otro por delito contra el patrimonio y contra la integridad; todos eran adictos a opiáceos, generalmente heroína. En todos los inculpados con eximente incompleta de alteración psíquica, esta se encontraba asociada a la adicción a las drogas, eran imputados por delitos de homicidio, delitos contra la salud pública, delitos contra el patrimonio y delitos de atentado a agentes de la autoridad. La eximente por miedo insuperable se apreció en un imputado por delito contra la salud pública. Un 60% de los inculpados con una atenuante de drogadicción y/o intoxicación recogida en el fallo son acusados por delito contra el patrimonio, mientras que un 31% son acusados por delitos contra la salud pública. De los inculpados con una atenuante de arrepentimiento o confesión recogida en el fallo, un 86% lo son por delitos contra la salud pública y el resto por delitos contra la integridad. En un 95,4%

de los inculpados con vinculación a la droga, no se alega ningún tipo de atenuante para ser apreciada como muy cualificada y, en aquellos en los que fue alegada, fue apreciada en un porcentaje superior a un 80%.

Respecto a las agravantes genéricas, en el estudio de las sentencias²⁰⁵ se observa que, del total de inculpados en primera instancia de las Audiencias Provinciales, en el 84% de los casos no existe ningún tipo de circunstancia modificativa agravante de la responsabilidad criminal. La agravante de reincidencia se alegó en relación a un 14,4% de los inculpados analizados y la de disfraz en casi un 1%. En un 0,7% se alegó tanto la agravante de reincidencia como la de disfraz.

Las medidas de seguridad (que en algo más de la mitad se especifica que se trató de tratamiento ambulatorio) se aplicaron en un 1,5% del total de los inculpados. Sin embargo, en relación a los sujetos inimputables y semimputables el porcentaje es de un 27%. Su duración no fue superior a 8 años en ningún inculpadado en que se conoce este dato, siendo la más frecuente la duración de cinco años (35,7% de los inculpados en que hubo medida de seguridad)²⁰⁵.

4.2.3 Relación con la finalidad de determinar si el estado actual depende de los factores personales del sujeto, la estancia en prisión y el número de detenciones.

A continuación, se expone el modelo con todas las variables independientes de interés.

Tabla 41. Modelo inicial: Variables en la ecuación.

	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
Sexo	-1,055	,856	1,520	,218	,348	,065	1,863
Edad	,069	,036	3,662	,056	1,071	,998	1,149
Estudio secundario	,212	,805	,069	,792	1,236	,255	5,981
Estudio universitario	-1,212	1,326	,835	,361	,298	,022	4,004
Situación laboral	-,046	,861	,003	,957	,955	,177	5,159
Pareja adicta	-,530	,839	,400	,527	,588	,114	3,047
Estancia en prisión	,320	,908	,124	,725	1,377	,232	8,155
Nº de veces en prisión	,065	,561	,013	,908	1,067	,356	3,202
Motivacion	,013	,641	,000	,983	1,013	,288	3,561
Nº de detenciones	-,046	,075	,380	,538	,955	,823	1,107
Localidad	-1,582	,709	4,985	,026	,205	,051	,824
Constante	-3,971	1,680	5,585	,018	,019		

El modelo inicial apunta a la importancia de la edad del individuo y la localidad. Se eliminan progresivamente las variables no significativas, hasta obtener un modelo parsimonioso.

De nuevo, es la localidad el factor de más significatividad. Al considerar las circunstancias personales, familiares y sociales de los adictos en tratamiento de deshabituación, es evidenciable que influirán en la conducta futura del sujeto. La edad del individuo se ha visto como una variable significativa.

En este sentido, estudios científicos²¹⁶ relativos a la edad del sujeto indican que cada vez se consume a edades más tempranas sobre todo sustancias como el cannabis. En especial, los jóvenes que muestran conductas violentas comienzan a consumir a edades más tempranas. El informe del Observatorio Europeo de Drogas así lo confirma. Los jóvenes son especialmente influenciables, lo cual ha llevado a analizar la vinculación entre el consumo de drogas y el grupo de iguales, afirmándose que esta relación facilita las conductas delictivas²¹⁷. Con los años se desarrolla la madurez cognitiva y la capacidad de adaptación social que permite la rehabilitación e inserción de los delincuentes con adicción.

En sucesivos estudios longitudinales²¹⁸, que tuvieron en cuenta las variaciones en función de la edad, el sexo y la etnia, se

determinó que cuando los jóvenes pasan de la adolescencia a la edad adulta los factores inmediatos de predicción de la violencia fluctúan. Con la edad se reduce la influencia de los padres y aumenta la influencia del grupo de iguales lo que aumenta la probabilidad de que los jóvenes adopten comportamientos de violencia, delincuencia o uso indebido de drogas cuando a esta situación se suman factores negativos.

Si bien es difícil identificar factores específicos que influyen en la participación de los jóvenes en crímenes violentos asociados con delitos de drogas, los estudios han destacado los siguientes factores²¹⁹:

- a) Entorno: situación socioeconómica baja y/o desempleo en vecindarios con altos niveles de delincuencia.
- b) Variables familiares: separación temprana de los padres, poco apego a los padres, actitud severa de los padres, ejercicio irregular de la paternidad, presenciar actos de violencia familiar.
- c) Actitudes y asociaciones: asociaciones con grupo de iguales delincuentes y actitud favorable al uso indebido de drogas o la violencia.

- d) Características individuales: miembro de un grupo minoritario con dificultades.
- e) Problemas de conducta y psicopatología con alta tasa de actividades delictivas comunicadas, iniciación temprana en el uso indebido de drogas, venta de drogas, trastornos de la conducta, personalidad antisocial y problemas emocionales.

Cuando se consideran las características y las causas de los delitos violentos relacionados con las drogas entre los jóvenes, hay que considerar los siguientes aspectos:

- a) En primer lugar, un grupo relativamente pequeño de jóvenes que cometen delitos graves y violentos y, que también hacen mucho uso indebido de drogas, es responsable de una cantidad desproporcionada de todos los delitos graves.
- b) En segundo lugar, si bien los delitos en general y los delitos violentos en particular alcanzan su cima en la adolescencia y los primeros años de la edad adulta, la mayoría de los jóvenes madura y abandona el comportamiento de violencia en la etapa de los 20 a los 30 años de edad.

De la misma manera que la trayectoria vital de la persona no parece que pueda desconsiderarse a la hora de analizar el final de las trayectorias delictivas de las personas, también parece necesario considerar otro factor necesariamente presente que es el del ciclo de vida de la persona y que también parece interactuar con los factores transicionales de cambio, es decir, aquellos que intervienen en el proceso de transición a la vida en libertad. Para hablar del ciclo de vida de la persona nos referiremos inicialmente a la relación entre la edad y la delincuencia. Es un hecho aceptado de manera unánime por la criminología que la delincuencia agregada (al menos la masculina) aumenta de manera muy aguda entre los 8 y los 17 años y que a partir de esta edad va disminuyendo de manera progresiva hasta llegar a ser muy reducida a partir de los 50 años²²⁰.

La cuestión que ha sido debatida es si esta disminución de la delincuencia a partir de la adolescencia se debe a una tendencia general a la reducción de la delincuencia a medida que las personas se van haciendo mayores (se reduce la incidencia), aunque manteniéndose las diferencias entre personas según la

propensión inicial²²¹ o si se debe al hecho de que a partir del final de la adolescencia muchas personas desisten en cometer delitos (se reduce, por tanto, la prevalencia)²⁰⁹ o si se debe tanto a una reducción de la prevalencia como de la incidencia.

Una revisión de la literatura muestra que si bien la evidencia avala que la participación disminuye a partir del final de la adolescencia, se ha debatido más si la incidencia disminuye con la edad²²². Si la participación en la delincuencia disminuye con la edad, parece razonable que los estudios de desistimiento se hayan planteado si la edad adulta en sí misma puede ser un factor explicativo del desistimiento o si, por el contrario, este factor es solo un correlato del desistimiento que se explica por otros. La hipótesis que mantiene que tanto la reducción de la prevalencia como de la incidencia son relevantes para explicar la relación entre delincuencia agregada y la edad, resulta avalada por análisis realizados en los años setenta²²³, entre los que destaca el estudio de Cambridge relativo al desarrollo de la delincuencia¹⁹⁷. Este estudio, destaca como factores que contribuyen al desistimiento, los relacionados con la adquisición de nuevos vínculos sociales en la edad adulta. Sin embargo, no todas las investigaciones sobre el desistimiento de la

delincuencia son útiles para explorar este tema ya que en buena parte de las investigaciones la muestra está compuesta por personas de la misma edad y, por lo tanto, no resulta posible considerar la relevancia de este factor para explicar el desistimiento^{224,225,226}.

Los trabajos que sí abordan esta cuestión llegan a la conclusión que, en efecto, la mayor edad es un factor que diferencia a los que desisten respecto de los reincidentes^{227,228,229}. No obstante, hay que matizar que, al menos, las dos últimas investigaciones se refieren a personas encarceladas y con un cierto historial delictivo, con lo cual, difícilmente pueden dar cuenta del desistimiento al final de la adolescencia, ya que presumiblemente muchas de estas personas no habrán llegado a prisión o bien, en caso de que hayan llegado, no tendrán el perfil de riesgo exigido para formar parte de la muestra.

Un trabajo que merece especial atención atendiendo la similitud con el objeto de nuestra investigación es el de Shover²⁰⁵, centrado en entender cómo juega el factor del ciclo de vida en el desistimiento. El autor destaca cuatro etapas del ciclo de vida: el final de la adolescencia y principio de la juventud (en torno a los

20 años), la juventud (20-30 años), el momento intermedio de la vida adulta (en torno de los 40 años) y el paso a la vejez (en torno a los 60 años).

Respecto de la primera etapa, el autor se interroga por las acciones de personas en las que la delincuencia está influenciada por motivos expresivos: hostilidades, venganza, aventura, influencia de los amigos, en un contexto en el cual se tiene poca consciencia de las repercusiones legales y personales del delito. Una vez que estas personas llegan a la etapa de final de la adolescencia y principio de la juventud, comienzan a tener más consciencia de los costes de la actividad delictiva y la inmensa mayoría cesan de delinquir en este momento. En el caso de que sean encarcelados viven mal esta experiencia, sienten vergüenza de estar en prisión y se culpan de haber empezado a delinquir²³⁰.

En relación a la segunda etapa, el autor considera que es aquella en la que pueden ser relevantes los puntos de inflexión destacados por la teoría del control, como por ejemplo, las relaciones de pareja. No obstante, advierte que cuanto más joven sea la persona más difícil será que estas relaciones operen como puntos de inflexión ya que, para muchos jóvenes, estas

relaciones estarán vinculadas especialmente al ocio y no llevaran a la práctica los mecanismos causales destacados por la teoría del control²³¹.

En cuanto a la tercera etapa, el trabajo explica las razones del desistimiento de delincuentes contra la propiedad que han pasado buena parte de su juventud en la cárcel y que desistieron en la fase intermedia de la vida adulta (alrededor de los 40 años). El autor alude a dos clases de razones: contingencias interpersonales, que son las que plantea la teoría del control antes expuesta y que Laub y Sampson califican de puntos de inflexión y contingencias subjetivas. Estas últimas son las que se relacionan directamente con el ciclo de vida y consisten en una revisión de la vida y de sus logros que ocurre en esta etapa de la vida. En esta introspección, que viene vinculada a una actuación más racional de la persona, pueden aparecer diferentes elementos que fomenten el cambio de la persona: una percepción de que la identidad criminal juvenil ha sido destructiva, una mayor consciencia de que quedan pocos años de vida productivos y un consecuente incremento del temor a ser detenidos y padecer una nueva permanencia en la cárcel, un

cambio hacia aspiraciones interpersonales no solo monetarias y un cansancio de la “vida delictiva” vinculada a la edad²²⁰.

Finalmente, la cuarta etapa, que se sitúa al final de la edad adulta y a principios de la vejez, se caracteriza porque la persona advierte que es demasiado mayor para seguir delinquir^{220,221}. Considera que este caso será más posible entre los delincuentes de más éxito y su cese será involuntario²²⁰.

En síntesis, tanto de la investigación que explora con carácter general la relación entre edad y delincuencia como de la que específicamente explora las diferencias entre personas que desisten y personas que persisten, se deriva la necesidad de considerar la interacción entre factores transicionales y la edad de la persona.

Según se desprende de este estudio, los varones de 30 a 39 años son los que más demandan el tratamiento de deshabitación, cuando la madurez les estabiliza y deciden aceptar el beneficio penológico. Por otra parte, la evolución de los jóvenes es más favorable que la de los adultos debido a que los adultos han

alcanzado su uso crónico con frecuentes recaídas asociadas al deterioro orgánico y vinculado con la reincidencia delictiva.

4.3 REPERCUSIÓN EN LA MODIFICACIÓN DEL CÓDIGO PENAL POR LA LEY ORGÁNICA 1/2015.

La valoración médico forense de la peligrosidad es una exigencia obligatoria y previa a la concesión de la suspensión de la pena privativa de libertad y su sustitución por un tratamiento médico de deshabitación prevista en el artículo 87 del Código Penal de 1995. Este artículo fue objeto de ampliación mediante la Ley Orgánica 15/2003 al introducirse la obligación de solicitar, en todo caso, por parte de la autoridad judicial, el informe médico forense sobre la deshabitación o el tratamiento. La reforma del Código Penal por la Ley Orgánica 1/2015 no especifica que el informe pericial de valoración de la peligrosidad, como comportamiento futuro del delincuente, deba ser realizado por un Médico Forense como se venía haciéndose hasta la fecha. Esta circunstancia deja una puerta abierta a otros profesionales del ámbito criminológico. Sin embargo, por tradición y requerimiento es previsible que continúe siendo este

profesional el que asesore a los tribunales con la emisión del informe pericial de peligrosidad.

La peligrosidad criminal es un pronóstico de comportamiento futuro que depende de múltiples elementos, que sigue un patrón multicausal en el que numerosos factores se interrelacionan. La Ley Orgánica 1/2015 que modifica el Código Penal de 1995, da carácter prioritario a la valoración del criterio de peligrosidad para aplicar la suspensión de las penas. Además otorga prioridad a la voluntariedad de seguir un tratamiento de deshabituación y minimiza la gravedad de las recaídas en el consumo, considerándolas como parte del proceso de la terapia de adicto. El artículo 87 del Código Penal se modifica con la reforma señalada, estableciéndose que: “transcurrido el plazo de suspensión fijado sin haber cometido el sujeto un delito que ponga de manifiesto que la expectativa en la que se fundaba la decisión de suspensión adoptada ya no puede ser mantenida y cumplidas de forma suficiente las reglas de conducta fijadas por el juez o tribunal, este acordará la remisión de la pena”. En este sentido, cuando el plazo de suspensión fijado ha transcurrido y antes de acordar la remisión de la pena, se deberá acreditar la deshabituación del sujeto o la continuidad del tratamiento.

En este estudio, los resultados obtenidos son aplicables a las personas con problemas de adicción a los que se les suspende la pena por un tratamiento de deshabituación, siendo considerados válidos y aplicables en la valoración de la peligrosidad de los adictos en el ámbito penal. Aspectos de su biografía como son la edad, el sexo, el desempleo, la precocidad del inicio de su carrera delictiva, el tipo de sustancias de la adicción, el tipo de tratamiento que se aplica, la evolución terapéutica favorable o desfavorable, la tendencia a la cronicidad, el inicio tardío de la terapia en adictos crónicos, las características del entorno poblacional, la gravedad del delito cometido y el órgano de ejecución de estas medidas, son factores pronóstico que influyen en el comportamiento futuro del delincuente adicto.

CONCLUSIONES

5. CONCLUSIONES.

Primera. En el estudio general, se aprecian circunstancias de especial trascendencia como la gran incidencia de mujeres que delinquen, a pesar de que predominan los hombres en el 62% de los casos. Esta situación es reflejo del aumento de la violencia femenina, que puede ser debida a la marginación social que sufren las mujeres con patología mental.

Segunda. El sujeto con problemas legales vinculados a una patología psiquiátrica inicia el tratamiento cuando su enfermedad se hace crónica, esto es, cuando su evolución es de 10 a 20 años. Esta situación dificulta la reinserción y favorece su disfunción social.

Tercera. El proceso de recuperación del adicto está vinculado a la comorbilidad con un trastorno mental (patología dual) en el 63,6% de los casos. Existe una prevalencia de los sujetos que tiene patología dual asociada a trastornos de personalidad

(límites y antisociales), el 48,7% de los casos, considerándose factor favorecedor de la criminalidad.

Cuarta. La principal medida terapéutica es el tratamiento de deshabitación, en el 73,3% de los casos, seguido del tratamiento ambulatorio obligatorio y del internamiento en un medio cerrado, ambos con una incidencia del 15,6%, cuando se trata de pacientes con trastornos psicóticos graves como la esquizofrenia o los trastornos delirantes.

Quinta. En las Unidades de Conductas Adictivas prevalecen personas de sexo masculino con una edad media de 37 a 38 años, siendo la droga principal la cocaína. La mayoría no tiene pareja drogodependiente, presenta un consumo de más de 10 años de evolución y reciben tratamiento de deshabitación a nivel ambulatorio, que viene motivado por la situación judicial (56,4%), dejando al margen motivaciones de ámbito familiar o personal.

Sexta. En las Unidades de Conductas Adictivas estudiadas, las personas con adicción suelen ser de edad adulta, con estudios primarios, secundarios e incluso con formación universitaria, en

CONCLUSIONES

paro en la mayoría de los casos y que han iniciado su carrera delictiva en edades precoces (entorno a los 20 años).

Séptima. En la Unidad de Conductas Adictivas de Sagunto, la evolución del tratamiento es favorable en el 27,3% de los casos, mientras que el abandono y el seguimiento irregular se producen en el 39,4%. La localidad de residencia del adicto se considera estadísticamente significativa ya que en la Unidad de Catarroja siguen una buena evolución el 80% de los casos, siendo un factor pronóstico favorable en los adictos.

Octava. El número de detenciones y de estancia en prisión son factores pronóstico de riesgo de peligrosidad criminal.

Novena. La sustancia principal por la que se demanda tratamiento de deshabituación también es estadísticamente significativa. El consumo de cocaína es un factor de buen pronóstico. Los adictos a la cocaína de ambas poblaciones tienen una evolución más favorable ya que el riesgo de una mala evolución se reduce en un 74% respecto a los que consumen otras drogas.

Décima. El modelo estadístico obtiene una especificidad del 93%, es decir su capacidad para clasificar correctamente a un sujeto cuyo estado real sea definido como favorable es mayor que si el estado real es definido como desfavorable.

Decimoprimera. Otro factor de pronóstico favorable de la peligrosidad es el órgano de ejecución penal. En ambas unidades de tratamiento, el órgano que con mayor frecuencia aplica esta medida es el Juzgado de lo Penal, en el 76,9% de los casos. Sin embargo, el hecho de que se trate de delitos más graves, juzgados en la Audiencia Provincial (23,9%), se ha comprobado que es un factor de buen pronóstico. Se evidencia que el efecto persuasor que produce la imposición de una pena privativa de libertad en los adictos eleva su grado de concienciación, debido a que el incumplimiento del tratamiento conlleva el ingreso en prisión, durante varios años.

Decimosegunda. Los factores individuales y sociales (sexo, situación laboral, pareja no drogodependiente, motivación, edad de primera detención, la estancia en prisión y el número de detenciones) no inciden significativamente en el pronóstico favorable. Tan solo existe una relación significativa entre la

edad del sujeto y el pronóstico favorable. Se constata que a mayor edad del adicto el pronóstico es más desfavorable.

Décimotercera. No se cumple la hipótesis plateada relativa a que los adictos a la cocaína como sustancia principal con patología dual tengan una evolución desfavorable en el tratamiento de deshabitación y mayor peligrosidad.

Décimocuarta. No se cumple que los adictos condenados por delitos más graves, tengan una evolución desfavorable. Tampoco se cumple que los adictos crónicos tengan una edad de detección más precoz. Sin embargo, la evolución de la adicción de 10 a 20 años o superior se asocia con un mal pronóstico.

Décimoquinta. Si se cumple que los adictos que consiguen una buena evolución en el tratamiento de deshabitación en las Unidades de Conductas Adictivas, comparten circunstancias personales favorables: su edad, sexo, su situación laboral y de pareja, que son factores de protección de la peligrosidad criminal.

BIBLIOGRAFÍA

6. BIBLIOGRAFÍA.

1. Gisbert Calabuig JA. Medicina legal y Toxicología. 4ta ed. Barcelona: Masson-Salvat; 1991.
2. Gracia Martín L. El sistema de penas. En: Gracia Martin L (Coord.), Boldova Pasamar AY, Alastuey Dobon C. Tratado de consecuencias jurídicas del delito. Valencia: Tiran lo Blanch; 2006.
3. Landecho Velasco CM, Molina Blázquez C. Derecho Penal Español. Parte General. Madrid: Tecnos; 2010.
4. Orts Belenguier EY, González Cussac JL. Compendio de Derecho Penal. Parte General. 2ª ed. Valencia: Tirant lo Blanch; 2010. p. 392.
5. Tamarit Sumalla JM. Sistema de sanciones y política criminal. En revista electrónica de Ciencia Penal y criminología, 2007, 9 (6) Disponible en. <http://criminet.ugr.es/recpc/09/recpc09-06.pdf>
6. Mapelli Caffarena, B, Terradillos Basoco JM. Las consecuencias jurídicas del delito. Madrid: Civitas; 1996.
7. Prieto Sanchis L. Garantismo y Derecho penal. Madrid: Lustel; 2001.

8. Landrove Díaz G. Las consecuencias jurídicas del delito. Madrid: Tecnos; 2005.
9. Balbuena Pérez, DE. Sistema de penas y medidas de seguridad tras las últimas reformas penales en España. Algunas consideraciones a propósito del debate parlamentario sobre la prisión perpetua revisable. *Fòrum de recerca*. 2011; 16: 37-65.
10. Polaino Navarrete M. Derecho Penal. Parte General. Madrid: Tecnos; 2013.
11. Alcácer Guirao R. Los fines del Derecho Penal. Liberalismo y comunitarismo en la justificación de la pena. Buenos aires: Passim; 2001.
12. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, nº 281 (24-11-1995).
13. Cervelló Donderis V. Derecho Penitenciario. Valencia: Tirant lo Blanc; 2012.
14. Vidal Palmer LE. Peligrosidad y medidas de seguridad. *Psicología. Revista internacional on-line*. [Internet]. 2006 [citado 6 Feb 2014]; 10 (1). Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/view/747/>

BIBLIOGRAFÍA

15. Romeo Casabona CM. El tratamiento jurídico del enfermo mental en el Consejo de Europa y sistema de garantías en el Derecho español. En: Delgado Bueno S. *Psiquiatría Legal y Forense*. 1º ed. Madrid: Colex; 1994. p. 783-827.
16. Martínez Frigola F. Internamiento y realidad social. Planteamiento. En: Delgado Bueno S. *Psiquiatría Legal y Forense*. 1º ed. Madrid: Colex; 1994. p.619-634.
17. Martínez Garay L. La predicción de la peligrosidad: incertidumbre y pronósticos de peligrosidad. *Revista para el análisis del derecho*. Indret [Internet]. 2014 [consultado 4 Oct 2014].
Disponibile en: <http://www.indret.com/pdf/1043...pdf>
18. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, nº 128 (30-5-2003).
19. Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento General Penitenciario. *Boletín Oficial del Estado*, nº 40 (15-2-1996).
20. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, *Boletín Oficial del Estado*, nº 222 (16-09-2006).

21. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, nº 102 (29-04-1986).
22. Delgado Bueno S, Rodríguez Pulido F, González Rivera SL. Aspectos médico legales de los internamientos psiquiátricos. En: Delgado Bueno S. Psiquiatría Legal y Forense. 1º ed. Madrid: Colex; 1994. p. 635-660.
23. Del Valle Sierra López M. Las medidas de seguridad en el nuevo Código Penal. Valencia: Tirant lo Blanc; 1997.
24. Bettiol G. Derecho penal. Parte general. Bogotá: Temis; 1965.
25. Leal Medina J. La historia de las medidas de seguridad. De las instituciones preventivas más remotas a Los criterios científicos penales modernos. Navarra: Thomson Aranzadi; 2006.
26. Lairado Ruiz J. La civilización sumeria. Madrid: La Biblioteca de la Historia; 1990.
27. Bolodova Pasamar MA, Alastuey Dubón MC. Tratado de las consecuencias jurídicas del delito. Valencia: Tirant lo Blanch; 2006.
28. Cuello Calón E. La moderna penología. Barcelona: Bosch; 1973.

BIBLIOGRAFÍA

29. Terradillos Basoco J. Peligrosidad social y Estado de Derecho. Madrid: Akal; 1981.
30. Jorge Barreiro, A. Las medidas de seguridad en el Derecho español. Madrid: Cívitas; 1976.
31. Ley de 4 de Agosto de 1933 de Vagos y Maleantes.
32. Sanz Morán AJ. Las medidas de corrección y de seguridad en el Derecho Penal. Colecciones monográficas penales. Madrid: Lex Nova.; 2006. p. 26.
33. Urruela Mora A. Las medidas de seguridad y reinserción social en la actualidad. 1º ed. Madrid: Comares; 2009.
34. Cervelló Donderis V. Peligrosidad criminal y pronóstico de comportamiento futuro en la suspensión de la ejecución de la pena. Revista la Ley; 2014; (106): 4
35. Racionero Carmona F. Derecho penitenciario y privación de libertad. Madrid: Dickinson; 1999.
36. Real Decreto 840/2011, de 17 de junio por el que se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajo en beneficio de la comunidad y de localización permanente en centro penitenciario, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de la ejecución de la penas privativas de libertad y sustitución de penas. Boletín oficial del Estado nº 145 (18-06-2011).

37. Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal.
38. Garrido Guzmán L. Tratamiento penitenciario de la enajenación mental. En: Delgado Bueno S. *Psiquiatría Legal y Forense*. 1º ed. Madrid: Colex; 1994. p. 27-54.
39. Circular de la Fiscalía General del Estado 5/1997 de 24 de febrero sobre el límite temporal de la medida de seguridad de internamiento en el nuevo Código Penal.
40. Cáceres García JM. Las medidas de seguridad en centro psiquiátrico penitenciario del fraude a la crueldad innecesaria. [Internet]. Madrid: Jornadas del servicio de formación continua de la Escuela Judicial; 2010. [consultado 26 sep 2014]. Disponible en:
<http://www.derechopenitenciario.com/comun/fichero.asp?id=2757>.
41. Pinatel J. Criminologie chinique et personnalité criminelle. La personnalité criminelle. En: Cario R, Favard AM. *Actes des journées Pinatel*. Toulouse: Erès; 1991. p. 209-218.
42. García Andrade JA. *Psiquiatría Criminal y Forense*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2005.
43. Castellano Arroyo M. Valoración del agresor en los casos de violencia de género. En: Guinarte Cabada G, Muñoz Barús I,

BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez Calvo MS, Vázquez-Portomeñe Seijas F. (ed lit). La violencia de género, aspectos médico legales y jurídicos penales. Monografías 828. Valencia: Tirant lo Blanch; 2013, p. 15-52.
44. Hurtado Yelo J. La peligrosidad criminal como criterio para denegar la suspensión de las penas privativas de libertad. *Revista Aranzadi Doctrinal*; 2009; (5):149-165.
45. López Garrido D, García Arán M. Crimen Internacional y Jurisdicción Universal. Valencia: Tirant lo Blanch; 2000.
46. Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores. *Boletín Oficial del Estado* nº 11 (13-01-2000).
47. Organización de naciones Unidas. ONU. Reglas de Beijing. Adoptadas por la Asamblea General en su resolución 40/33, de 28 de noviembre de 1985.
48. Castellano Arroyo M, Lachica López E, A. Molina Rodríguez A, Villanueva de la Torre H. Violencia contra la mujer. El perfil del agresor: criterios de valoración del riesgo. *Cuadernos de Medicina Forense*; 2004 (235): 15-28. Asociación Andaluza de Médicos Forenses.
49. Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del

- Código Penal. Boletín Oficial del Estado nº 283 (26-11-2003).
50. Andrés-Pueyo A, Echeburúa, E. Valoración del riesgo de violencia: instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. *Psicothema*, [Internet]. 2010 [consultado 3 nov 2013]; 22 (3): 403-409. Disponible en:
<http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/8869/8733>
 51. Villanueva Cañadas E. La prueba pericial médica en delitos contra la libertad sexual. La prevención de la violencia contra la mujer. [Internet]. Granada: Jornadas interdisciplinares desde la sanidad y la justicia penal; 2001. p. 55-66. Disponible en:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4689462>
 52. Espinosa Iborra J. Imputabilidad y peligrosidad. Aspectos psiquiátricos. *Cuadernos de Política Criminal*. En prensa.
 53. Cabrera Forneiro J, Fuertes Rocañin JC. La enfermedad mental ante la Ley. Madrid: Editorial ELA; 1994.
 54. Fernández Entralgo J. Medidas privativas y restrictivas de la libertad del enfermo mental en el proceso penal. *Revista jurídica española de doctrina, jurisprudencia y bibliografía*.; 1988; (2): 998-1026.

BIBLIOGRAFÍA

55. Rodríguez Esbec E, García Sastrón O. Valoración de la peligrosidad criminal (riesgo-violencia). *Psicología Forense*; 2003; 3 (2): 65-90.
56. Martínez Garay L. La incertidumbre de los pronósticos de peligrosidad: consecuencias para la dogmática de las medidas de seguridad [Internet]. 2014 [8 sep 2014]. En: <http://www.seeci.net/cuiciid/PDFs/Docencia%201.pdf>
57. Andrés-Pueyo A, Redondo Illescas S. Predicción de la violencia, entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Revista del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos* [Internet]. *Papeles del Psicólogo*. 2007; 28 (3): 145-146. Disponible en: <http://www.cop.es/papeles>
58. Redondo Illescas S, Martínez Catena A. Tratamiento y cambio terapéutico en agresores sexuales. *Revista española de investigación Criminológica* [Internet]. 2011; 8 (9). Disponible en: <http://www.criminologia.net/pdf/reic/ano9-2011/a92011art8.pdf>
59. Urruela Mora A. Los principios informadores del Derecho de Medidas en el Código Penal de 1995. *Revista de derecho penal y criminología* [Internet]. 2001; 2 (8). p. 167-188. En:

<http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:revistaDerechoPenalyCriminologia-2001-8-5040/Documento.pdf>

60. Sentencia de la Audiencia Provincial de Alicante número 710/2010 de 19 de octubre.
61. Sentencia del Tribunal Supremo número 65/2011, de 2 de febrero.
62. Carrasco Gómez JJ, Maza Martín JM. Manual de Psiquiatría Legal y Forense. 3º ed. Madrid: La Ley; 2005.
63. Protocolos de valoración Médico Forense. Ed. Generalitat Valenciana; 1999.
64. Rincón Velázquez S. Importancia y función de las unidades de valoración forense. En: Martínez García E. La prevención y erradicación de la Violencia de Género. Madrid: Aranzadi; 2012.
65. Checa González MJ. Manual práctico de psiquiatría forense. Madrid: Elsevier; 2010.
66. Conde Pumpido-Ferrero C. Derecho Penal. Parte General. 2da. ed. Madrid: Colex; 1990.
67. Rodas Lloret F, Martí Lloret JB. Valoración médico legal del enfermo mental. Monografías. Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante; 1997.

BIBLIOGRAFÍA

68. Cano Cervantes GF, Aranque Serrano F, Cándido Ortiz A. Adicción, impulsividad y curvas temporales de deseo. [Internet]. 2011 [aceptado febr. 2011]; 23 (2): 141-148. Disponible en: <http://www.adicciones.es/files/cano%2023-2.pdf>
69. Constitución Española de 1978. Boletín Oficial del Estado. núm. 311 (29-12-1978)
70. Beccaria C. Dei delitti et delle pene. Buenos Aires: Libertador; 1764.
71. Cervelló Donderis V. El sentido actual del principio constitucional de reeducación y reinserción social. In: UNED (eds.). Presente y futuro de la Constitución Española de 1978. Valencia: UNED; 2005.
72. Tamarit Sumalla JM, García Albero R, Rodríguez Puerta JM, Sapena Grau F. Curso de Derecho Penitenciario. Valencia: Tirant lo Blanch; 2005.
73. Jiménez Barbero JM. La ejecución de la pena. Revista de Ciencias Penales; 1998,1(1): 120-121.
74. Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo de 2015, de modificación de la Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal, BOE. Boletín Oficial del Estado. Núm. 77 de 30/03/2015.

75. Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
76. Cano Pardo MA. La suspensión de la ejecución de la pena a drogodependientes y los silencios del legislador del año 2010. Estudios penales y criminológicos. Vol. XXXI. Universidad de Granada; 2011.
77. Larrauri Pijoán E. Sustitución y suspensión de la pena en el nuevo código Penal. En: Revista de estudios Criminológicos; 1996, 19.
78. Sentencia del Tribunal Supremo 409/2002, de 7 de marzo
79. Fernández Entralgo E. El sentido de la prisión provisional y la Ley Orgánica 10/1983 de 26 de diciembre. En La Ley: Revista jurídica española de doctrina, jurisprudencia y bibliografía; 1995.
80. Prieto Rodríguez J.I. En torno a la Ley Orgánica de 24 de marzo de 1988 de reforma del Código Penal sobre tráfico. Editorial Actualidad Penal; 1988, 47.
81. Alcácer Guirao R. La suspensión de la ejecución de la pena para drogodependientes en el nuevo Código Penal. 1995. Anuario de Derecho penal y Ciencias penales, 48 (3): 887-910. Disponible en:

BIBLIOGRAFÍA

- <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/46485.pdf>
82. Maqueda Abreu ML. Jurisprudencia penal e interpretación teleológica en materia de drogas. En: La Ley, 4624 [9 septiembre 1998], pp 1 y ss. Disponible en:
<http://www.ehu.eus/documents/1736829/2010409/CLC+46+La+politica+criminal+materia+drogas+espana.pdf>
83. Zugaldia Espinar JM. Fundamentos de Derecho Penal (Parte General). Las teorías de la pena y la ley penal En. Arroyo Zapatero L. Colección Estudios de Criminología I. Universidad de Castilla La Mancha.; 1990.
84. Vives Antón TS. Comentarios al Código Penal de 1995. Valencia: Tirant lo Blanch; 1996.
85. Poza Cisneros M. Formas sustitutivas de las penas privativas de libertad. En: Cuadernos de Derecho Judicial;1996, 4.
86. Magro Servet V. De la eficacia interruptiva, en la prescripción de las penas, de la adopción de las medidas de suspensión de su ejecución. En La Ley Penal. Revista de Derecho Penal, Procesal y Penitenciario; 2013, 102:8.
87. Peris Riera J.M. Algunas cuestiones conflictivas de la parte general surgidas tras la reforma de la Ley Orgánica 15/ 2003, de 25 de noviembre, de modificación del Código Penal. En: Cuadernos de derecho judicial; 2005, 3.

88. Serrano Pascual A. El periodismo es noticia. Tendencias sobre comunicación en el siglo XXI. Madrid: Ed Icaria; 2010.
89. Roca Gamundi, JM. El papel del psicólogo en las UCAS. Planes docentes. Dirección General de Salud Pública, Direcció General de Salut Pública i Participació. Centre Coordinador de Drogodependències de les Illes Balears.
90. Stowell, L. Psychiatric disorders in substance-abusing adolescent inpatients: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 1992. pp. 1036-40.
91. Casas M. En Vallejo Ruiloba J, Gastó Ferrer C. Trastornos Duales (Trastornos Afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona; Masson; 2000. pp. 890–899.
92. National Institute on Drug Abuse. Science of drug& addition. Disponible en:
<http://drugabuse.gov>
93. Rosenthal RN. Implications of epidemiological data for identifying persons with substance abuse and other mental disorders. Ed. *The American Journal on Addictions*; 2012, 21: pp. 97–103.
94. Fisher M. Substance misuse and psychiatric illness: prospective observational study using the general practice

BIBLIOGRAFÍA

- research database (J Epidemiology Community Health edition); 2005, 59: pp. 847–85.
95. Bobes García, P.A. Saiz Martínez M., Paz García-Portilla González. Trastorno de personalidad en patología dual, Universidad de Oviedo, 2004, XVI (4) Disponible en: www.unioviedo.es/psiquiatria/.../2004_Bobes_Trastornos.pdf
96. Patología dual y trastorno de la personalidad. Los expertos responden a sus preguntas. Sherman N. SEPD. Sociedad española de patología dual. Enfoque Editorial; 2013. En: <http://www.patologiadual.es/docs/personalidad-y-adicciones.pdf>
97. Szerman N, Basurte I, Vega P, Arias-Horcajada F, et al. Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia, diagnóstico y actitud terapéutica de la patología dual en la comunidad de Madrid. Comunicación I. Congreso Internacional de Patología Dual
98. Franco D. Trastornos de la personalidad. Psicopatología y diagnóstico diferencial. En: Bobes J. Ed. Seminario sobre Trastornos de conducta, de personalidad. Disponible en: http://www.unioviedo.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/2004/2004_Bobes_Trastornos.pdf

99. Millon T. Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson; 1998.
100. Valderrama JC, Cervera G, de Vicente P, Bolinches F, Ochando B, Sánchez P. Tratamiento de los trastornos de la personalidad en sujetos con trastorno por uso de sustancias. En: Rubio G, López-Muñoz F, Alamo C, Santo-Domingo J, eds. Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Madrid: Médica Panamericana; 2002. pp 357-384.
101. Sánchez Martín B. Delincuencia femenina: análisis de la situación de la mujer en el centro Penitenciario de Topa desde la perspectiva de género. Facultad de Derecho. Máster en estudios interdisciplinarios de Género. Universidad de Salamanca, 2011. TFM
102. Larrauri, E. Mujeres, Derecho Penal y Criminología. Ed. Siglo XXI, Madrid. 1994, pp. 1-14.
103. Laberge Las investigaciones sobre las mujeres calificadas de criminales: cuestiones actuales y nuevas cuestiones de investigación. Anuario de Derecho Penal (1999-2000).
104. Pallarés VD. La neurociencia aplicada al estudio de género: ¿una nueva perspectiva? Ed. Forum de resera nº 16.
105. Rubia F.J. El sexo del cerebro. Madrid: Ed. Temas de hoy; 2007.

BIBLIOGRAFÍA

106. Hauser, M. 2008. La mente moral. Cómo la naturaleza ha desarrollado nuestro sentido del bien y del mal. Barcelona: Paidós.
107. Informe del Consejo de Europa Space II. Disponible en:
http://www.ieee.es/Galerias/fichero/Varios/BOLETIN_UE_ABRIL14.pdf
108. Vázquez C. Delincuencia Juvenil. Consideraciones penales y criminológicas. Madrid: Colex; 2003.
109. Lisi D. Las causas de delincuencia juvenil. Madrid; 2005.
110. Wolfgang M. Las causas de la delincuencia juvenil; 1972
111. Rollin H. A hundred years ago: the treatment of habitual criminals. Ed. British Journal Psychiatry 1992; 160: 769-772; 773-776.
112. Andrés-Pueyo A. Delincuencia sexual, trastorno mental y peligrosidad. En. Revista de Medicina Legal. 2013; 39 (1):1-2
113. Becerra-García J.A., García León A. Trastorno mental en los agresores sexuales. Estudio descriptivo de una muestra española. Revista de Medicina Legal; 2013;39:12-8.
114. Fazel S, Yu R. Psychotic disorders and repeat offending: systematic review and meta-analysis. Schizophr Bull. 2011; 37: 800-10.

115. David L. Delincuencia Juvenil, 2011. Disponible en: [http:// https://larisadavid.wordpress.com](http://https://larisadavid.wordpress.com)
116. De Francisco Maiz, M.L. IV Jornadas de Psiquiatría y Derecho. Ponencia: Patología dual. Intervención Médico Forense. Disponible en: <http://www.patologiadual.com/aproximacion.html>
117. Rodríguez A. Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con trastorno mental grave. Consejería de Servicios Sociales. Madrid: Comunidad de Madrid, 2006.
118. Encuesta de morbilidad hospitalaria del Instituto Nacional de Estadística. INE 2013.
119. Gisbert Aguilar C. Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastornos mental severo. Ponencia. Congreso Asociación Española de Neuropsiquiatría. Oviedo, 2003.
120. Bravo Ortiz, M., Díaz Mújica, B, Fernández Liria, A. La atención a los trastornos mentales graves. In F. Pérez (Org.), Dos décadas tras la reforma psiquiátrica (pp. 277-296). Madrid: AEN; 2006.
121. Sendra-Gutiérrez J;. Factores asociados al ingreso hospitalario y evaluación de un programa de gestión de casos para trastorno mental grave mediante un estudio de

BIBLIOGRAFÍA

- cohorte históricas, En: Actas Esp Psiquiatr 2013;41(4):209-17.
- 122.Vázquez-Bourgon, J. et al Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves. En. Actas Españolas de psiquiatría 2012; 40 (6): 323-32.
- 123.Joy CB. Adams CE., Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Dtabase Syst Rev. 2004 Oct 18 ;(4).
- 124.Becker I, Vázquez-Barquero JL. The European perspective of psychiatric reform. En. Actas Psychiatr Scand Suppl. 2001;(410):8-14.
- 125.Becerra Muñoz. Las prisiones de españa vistas desde una visión europea. Revista de derecho penal y criminología, 3. a Época, 7 (enero de 2012). pp. 381-406.
- 126.Aebi MF. Linde A. Las encuestas de victimización en Europa: evolución histórica y situación actual. Revista de Derecho Penal y Criminología; 2010, 3 (3). Pp 211-298. En:<http://espacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:revistaDerechoPenalyCriminologia-2010-3-5060&dsID=Documento.pdf>

127. Un análisis de los procesos de integración sociolaboral de las mujeres presas en Europa. Informe Nacional España proyecto MIP.SURT. Dic. 2004
128. Roca Tutusaus, X. Caixal López, G. La conducta adictiva y delictiva: análisis de una relación. Servei de Rehabilitació. Direcció General de Serveis Penitenciaris i de Rehabilitació. Departament de Justícia. Barcelona: Ed. Elsevier, 2012.
129. Research Triangle Institute (ed) Drug use and crime: report of the panel on drug use and criminal behavior. Springfield: National Technical Information Service; 1976.
130. Elzo J. Drogas y Escuela IV: evolución (1981-1991) en el consumo y actitudes ante las drogas en escolares de enseñanzas medias de Donostia-San Sebastián; 1992.
131. Inciardi JA, McBride DC. Considerations in the definition of criminality for the assessment of the relationship between drug use and crime. En: Research Triangle Institute, ed. Drug use and crime: report of the panel on drug use and criminal behavior. Springfield: National Technical Information Service; 1976. pp. 123-37.
132. Cid J. la elección del castigo. Suspensión de la pena o “probation” versus prisión. Barcelona: Bosch; 2009:32-149

BIBLIOGRAFÍA

133. Observatorio del Proyecto Hombre de 2013 Informe de 2013 del Observatorio del Proyecto Hombre sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento. Ed. Asociación Proyecto Hombre. Colaboración de Obra Social la Caixa. Asesoramiento del Instituto Universitario de drogodependencias, 2014
134. Cid J, Larrauri E. La delincuencia violenta: ¿prevenir, castigar, rehabilitar? Valencia: Tirant lo Blanch; 2005
135. Corcoy M Límites objetivos y subjetivos a la intervención penal en el control de riesgos. En Gómez Martí M, Mir Puig S. (dir). Política criminal y reforma penal; 2007, 4383). pp 33-54.
136. Redondo S. Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes. Madrid: Pirámide; 2008.
137. Ball JC, Rosen L, Flueck JA, Nurco DN. The criminality of heroin addicts: when addicted and when off opiates. En: Inciardi JA, Ed. The drugs-crime connection. Sage Annual Reviews of Drug and Alcohol Abuse. Beverly Hills, CA: Sage; 1981; 5:36-65.
138. Gandossy RP, Williams JR, Cohen J, Harwood HJ. Drugs and crime. A survey and analysis of the literature. US

- Department of Justice. National Institute of Justice. Washington DC: Supt Of docs. US Govt Print Off; 1980.
- 139.Suárez-Mira Rodríguez, C. Código Penal y Legislación Complementaria. Madrid: Aranzadi; 2005.
- 140.Publicado en las Jornadas de derecho Penal en Homenaje al XXV Aniversario del LOGP: Madrid, 2005.pags. 245-257. Disponible en: [hhpt: www.cienciaspenales.net](http://www.cienciaspenales.net)
- 141.Cervelló Donderis V. Los fines de la pena en la Ley Orgánica General Penitenciaria Evaluación del programa: “violencia de género: programa de intervención para agresores”. En medidas alternativas. Instituto de ciencias Forense y de la seguridad. Universidad autónoma de Madrid; 2012.
- 142.De Francisco Maíz M.L. IV Jornadas de psiquiatría y Derecho. Patología dual. Intervención médico forense.
- 143.Sentencia de Tribunal Supremo de 7 de marzo de 2002.
- 144.Hernández Viadel M. et al Tratamiento ambulatorio (TAI) para personas con enfermedad mental grave. En Revista psiquiátrica Biológica; 2006: 13 (5): 183-7
- 145.Hernández Viadel M, Pérez Prieto JF, Cañete Nicolás C, Lera Calatayud G, Roche T. Tratamiento ambulatorio

BIBLIOGRAFÍA

- involuntario: opinión de las personas implicadas. En Revista archivos de Psiquiatría,70, (1) (2007)
- Disponible en:
<http://archivosdepsiquiatria.es/index.php?journal=adp&page=article&op=view&path%5B%5D=31>
- 146.Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado nº 312 (29-12-2004).
- 147.Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, Burns BJ, Hiday VA, Borum R. Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. Am J Psychiatry; 1999.156. pp 1968-75
- 148.Geller J, Grudzinskas A. The efficacy of involuntary outpatient treatment in Massachusetts. Admin Policy Ment Health. 1998; 25:271-85.
- 149.CIE 10. Clasificación Internacional de las enfermedades. 10ª versión. Trastornos mentales y del comportamiento. OMS. Madrid: Ed. Meditor; 1992.
- 150.Iñigo C., Pérez-Cárceles, M.D., Osuna E., Cabrero E, Luna E. Perfil clínico y delictivo de los enfermos ingresados en el

- Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante; 1999. En. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. 1 (2).
152. Aviram U. Screening services in civil commitment of the Mentally III: An attempt to balance individual liberties with needs for treatment. Bull Am Acad Psychiatry Law; 1993; 21: 195-211.
153. Situación socio sanitaria de la población que ingresó por primera vez en prisión en 1996. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Madrid, 1997.
154. Instituto Nacional de Estadística. INE. Padrón municipal de Sagunto en 2014.
155. Ley 3/97 sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos (actualizada en el Decreto Legislativo 1/2003, de 1 de abril, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos).
156. Informe del Observatorio Municipal de Indicadores de Riesgo. Servicios sociales de Sagunto de 1997.
157. Datos del Observatorio de Servicios Sociales de Sagunto del año 2000.
158. Padrón Municipal de Catarroja en 2014. INE. Instituto Nacional de Estadística; 2014.

BIBLIOGRAFÍA

159. Informe de 2012 del Observatorio de Proyecto Hombre sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento. Ed. Asociación Proyecto Hombre. Colaboración de Obra Social la Caixa; 2013.
160. NIDA. High School and Youth Trends. Drug Facts. Obtenido de Internet el 23 de octubre 2012. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/high-school-youthtrends>
161. Romo Avilés, N. Género y uso de drogas. La invisibilidad de las mujeres. Monografía Humanitas. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médica; 2006, 5
162. Bobes J, González MP, Sáiz PA, Bousoño M. (1996) Índice europeo de severidad de la adicción: EuropASI. Versión española. Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría; 1996. pp 201-218.
163. Mayor, J. El método biopsicosocial. Madrid: Revista de Proyecto Hombre; 1995.
164. Informe Nacional de 2012 (datos de 2011) al OEDT por el Punto Focal Nacional Reitox España. Evolución, Tendencias y Cuestiones Particulares. En: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Informe_Nacional_REITOX2012.pdf

165. Informe europeo de drogas, DRUID de 2013. En:
http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/PresidenciaJusticia/Areas/PJ_04_Informacion_de_la%20Union_europea/01_Europe_Direct_Aragon/Publicaciones.pdf
166. Agnew, Robert, y Helen Raskin White. 1992. An empirical test of general strain theory. *Criminology* 30 (Agosto): 475–500.
167. Cullen FT, Wright JP. Liberating the Anomie-Strain paradigm: Implication from social-support as an organizing concept for criminology. *Justice quarterly*; 1997, 11:527-529.
168. Informe del Observatorio Español sobre Drogas, 1999. En:
<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2.pdf>
169. Marshall T, Simpson S, Stevens A. Health, care need assessment in prison: a toolkit. *J Public Health Med.* 2001 Sep;23(3):198-204.
170. Encuesta de la Población Penitenciaria, 2006. ESDIP, 2006. Disponible en:
<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/encuestaPenitenciaria2006.pdf>

BIBLIOGRAFÍA

171. Informe Nacional de 2013 (datos de 2012) al OEDT por el Punto Focal Nacional Reitox España. Evolucion y tendencias. Disponible en:
http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/2013INFORMENACIONAL_.pdf
172. Bonfill i Galimay et al. La eficacia de las suspensiones judiciales con obligación de tratamiento de deshabitación. Factores que pueden influir en la reducción o no de reincidencia. Barcelona: Ed. Generalitat der Catalunya. Centre de Estudis Jurídics i Formació Especialitzada; 2014.
173. Szerman N. Martínez-Raga J.. Peris L. et al. Rethinking dual disorders/pathology. *Addic Disord Treat.* 2013; 12 (1): 1-10.
174. Santos Barros JC, Pérez de los Cobos R. Trastornos adictivos. Madrid: Revista Elsevier, 6 (3); 2004. En:
<http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-noticias-13065163>
175. Farral S. *Rethinking What Works with Offenders. Probation, Social Context and Desistance from Crime.* Devon: Willan; 2002.

176. Laub J, Sampson R. Shared Beginnings, Different Lives. Delinquent Boys to Age 70. Cambridge: Harvard University Press; 2003.
177. National Institute in Drug Abuse. The Science of Drug Abuse & Addiction. NIH. Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones. En: <http://www.drugabuse.gov>
178. Vacchelli, F. Las Causas de la violencia en el Perú. Lima: Ed. Normas Jurídicas SAC; 2001.
179. Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas 2200 A (XXI), anexo.
180. Garrido V, Stangeland P, Redondo S. Principios de Criminología. Valencia: Tirant lo Blanc. 3a ed; 2006.
181. Sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid, sección 17ª, 188/2000, de 25 de febrero.
182. Magro V, Solaz E. Manual práctico sobre la ejecución penal. Las medidas alternativas a la prisión: suspensión, sustitución y expulsión. Madrid: La Ley. 2a edición; 2010.
183. Regla número 26 de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia a menores. En. Recopilación de reglas y normas de las Naciones Unidas en la esfera de

BIBLIOGRAFÍA

- la prevención del delito y la justicia penal. Nueva York: Naciones Unidas; 2007. Disponible en:
http://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/Compendium_UN_Standards_and_Norms_CP_and_CJ_Spanish.pdf
184. Informe anual 2003: el problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega.
185. Aristotelian University of Thessaloniki. Evaluation report of the Leonardo da Vinci programme: needs and methods assessment for vocational training in juvenile delinquents and adolescents at risk – Orestis. Aristotelian University of Thessaloniki. 2000.
186. Bennett, T. Drugs and Crime: the Results of the Second Stage of the NEW-ADAM programme. Estudio de investigación 205. Londres: Ministerio del Interior; 2000.
187. Hannon F, Kelleher C, Friel S. (2000) General Healthcare Study of the Irish Prisoner Population. Dublín: Government Publications; 2000.
188. Millar D, O'Dwyer K, Finnegan M. Alcohol and drugs as factors in offending behaviour: Garda Survey. Informe de investigación nº 7/98. Unidad de Investigación de la Policía, Tipperary, Irlanda.
189. Otero López JM. Droga y delincuencia: un acercamiento a la realidad. Madrid: Pirámide; 1997.

- 190.Elzo J, Lidón JM, Urquijo ML. Delincuencia y drogas. Análisis jurídico y sociológico de sentencias emitidas en las Audiencias Provinciales y Juzgados de la Comunidad Autónoma Vasca. Vitoria: Gobierno Vasco; 1992.
- 191.Pozo Cuevas, F. La percepción de la relación delincuencia y drogas entre Policías, Funcionarios de Justicia y de prisiones. Instituto Andaluz Interuniversitario de Criminología. Boletín Criminológico N° 67. Septiembre, 2003.
Disponible en: <http://uma.es/estudios/propias/criminología>
- 192.Investigación: Las drogas en la delincuencia: su tratamiento en la Administración de Justicia. Realizado por el Instituto andaluz Interuniversitario de Criminología. Sección de Málaga. Abril, 2002. Disponible en: <http://poderjudicial.es>
- 193.Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. Clin Psychol Rev.; 2009 Nov; 29(7):647-57. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19733950>
- 194.Jensen M, Robert T, Miller NH. Giffen Behavior and Subsistence Consumption. *American Economic Review*; 2008, 98(4): 1553-77. En:

BIBLIOGRAFÍA

- <https://www.aeaweb.org/articles.php?doi=10.1257/aer.98.4.1553>
195. Vaughn CP, Wright S, Delisi M, Piquero AR. Criminal Justice and Behavior; 2014 41: 318 originally published online 12 October 2013. Disponible en:
<http://cjb.sagepub.com/content/41/3/318>
196. Silver E. Mental disorder and violent victimization: the mediating role of involvement in conflicted social relationships. *Criminology*; 2002, 40: 191-212.
197. Romaní O. La construcción social del problema de la droga en España. En: *Las drogas. Sueños y razones*, Barcelona; 2004 Ed. Ariel, pp. 85-116.
198. Zino Torraza J. *Historia del Pensamiento Criminológico*. Universidad de Barcelona; 2000. Disponible en:
<http://www.ub.edu/penal/historia/trs/drogas.htm>
199. Gamella J. Ciclo en el consumo de drogas y problemas de exclusion social. *Proyecto Hombre: Revista del proyecto Hombre*; 2000, 36: 14-28.
200. Informe Europeo de drogas.de 2014. Tendencias y novedades. En:
http://www.emcdda.europa.eu/...cfm/att_228272_ES_TDA
T14001ESN.pdf

201. Hakansson A, Berglund M. Risk factors for criminal recidivism. A prospective follow-up study in prisoners with substance abuse. *BMC Psychiatry*; 2012, 12.
202. Caixal G., Roca X. Reincidència en una mostra d'interns tòxicòmans.: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. Barcelona; 2002.
203. Suárez-Mira Rodríguez C. La imputabilidad del consumidor de drogas. Valencia: Tirant lo Blanch; 2000. p. 188. L
204. Portero Lazcano G. Consumo Drogas , Delincuencia. y Conflictividad Social. Director Médico Clínica Forense Bilbao. En. IV Jornadas de drodependencias de Bizkaia. País vasco. Octubre; 2009.
205. Casares-López MJ, González A, Torres M, Secades R, Fernández Hermida JR, Álvarez M. Comparación del perfil psicopatológico y adictivo de dos muestras de adictos en tratamiento: en prisión y en comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*; 2010, 10: 225-243.
206. Belenko S, Peugh J Estimating drug treatment needs among state prison inmates. *Drug and Alcohol Dependence*; 2005, 77: 269-281.

BIBLIOGRAFÍA

207. Alvarez Ramos F. et al. Variables relevantes en la evaluación forense integral de la violencia de género. Enero-febrero; 2012. En. Boletín Criminológico de Guipuzcoa, 133. Disponible en:
http://www.boletincriminologico.uma.es/boletines/bibliografia/biblio_133.pdf
208. Worrall A, Hoy C. Punishment in the Community: Managing Offenders, making Choices. Cullomton, Devon, Willan Publishing; 2005. p-11
209. Criterios para la formulación y evaluación de los programas de reforma de la justicia de menores Grupo Institucional sobre Justicia Juvenil, Criterios para el Diseño y la Evaluación de programas de Reforma de la Justicia de Menores, agosto; 2010, p.2. Disponible en:
<http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/V1187524.pdf>
210. Guía de Introducción a la Prevención de la Reincidencia y la Reintegración Social de Delincuentes. Disponible en:
<http://unodc.org>
211. VII Plan de Municipal de prevención de drogodependencias y otros trastornos adictivos. Servicios sociales. 2010-2011. Disponible en: <http://aytosagunto.es>

212. Plan de Acción Comercial de Catarroja. Oficina PATECO. Consejo de Cámaras de Comercio, Industria y Navegación de la Comunidad Valenciana. Disponible en: <http://www.catarroja.es>
213. Victoria R, Carcedo R Dynamic factors of recidivism among drugdependent prisoners in therapeutic community treatment. Factores dinámicos de la reincidencia de reclusos drogodependientes en tratamiento en comunidad terapéutica; 2010, 18(3); 613-627.
214. Andrews D.A., Bonta J. Risk-Need-Responsivity. Model for offender assessment and rehabilitation. Ottawa: Public Safety Canada; 2007.
215. Las drogas en la delincuencia: su tratamiento en la Administración de justicia. Instituto Interuniversitario de Criminología. Sección de Málaga. Abril, 2002. Disponible en: <http://www.poderjudicial.es>
216. Rivero M, Marín M, Infante E. Tipo y trayectoria de consumo de drogas, edad de inicio y comportamiento violento en jóvenes. Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado; 2002, 5, 1-7. Disponible en: [En. http://www.dialnet.es](http://www.dialnet.es)

BIBLIOGRAFÍA

217. Kinlock TW, Battjes R.J, Gordon M.S. Factors associated with criminal severity among adolescents drug use. *Journal of Drugs Issues*; 2004, 34, 293-318
218. Las drogas y la delincuencia: la comprensión del problema. En: http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/Thematic_chapters/Spanish/AR_2003_S_Chapter_I.pdf
219. Las drogas, la delincuencia y la violencia, 2003. Disponible en:
http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/Thematic_chapters/Spanish/AR_2003_S_Chapter_I.pdf
220. Farrington D. Age and crime. En. A Morris N, Tonry M. *Crime and Justice*; 1986. An annual review of research, 7, 189-250.
221. Hirschi T, Gottfredson M. Age and the Explanation of Crime. *The American Journal of Sociology*; 1983, 89 (3): pp. 552-584. Disponible en:
<http://www.jstor.org/discover/10.2307/2779005?uid=3737952&uid=2&uid=4&sid=21106094895901>
222. Piquero A, Farrington D, Blumstein A. Key issues in criminal career research. *New analysis of the Cambridge*

- study in delinquent development. Cambridge: Cambridge University Press: 2007.
- 223.Sampson, RJ. Laub JH, Whwn prediction fails: Form crime-prone boys to heterogenity in adult thood. Annals of the American Academy of political and social Science; 2003, 602, 73-74.
- 224.Sampson RJ, Laub JB. Crimen in the making: patchways and turning points though life. Cambridge, MA: Harvard Universitt Press: 1993.
- 225.Maruna, S. Making good: How ex-convics reform and build their lives. Washington, DC: American Psychological Association Books; 2001.
- 226.Bottoms AE, Hapland J. Reflections on social values, offending and desistance among young adult recidivistsPunishment & Society; July 2011, 13:256-282.
- 227.Glaser D. The effectiveness of a prison and parole system. Indianapolis: The Bobbs-Merrill Company; 1964.
- 228.Burnett R, The Dinamics of Recidivism. Oxford: Oxford Centre for Criminological Research; 1992.
- 229.Zamble E, Quinsey V L. (1997). The criminal recidivism process. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1997.

BIBLIOGRAFÍA

230. Shover, N. The later stages of ordinary property offender careers; 1983, 31, 208-218.
231. Shover N. Great pretenders: Pursists and carreers of persistent thieves. Boulder, CO: Westview press; 1996.

ANEXOS

ANEXOS.

Anexo 1: Codificación protocolo general (45 casos, individuos del 1 a 45).

VARIABLES

A.- Sexo.

0. Mujer.

1. Varón.

B.- Edad en años.

C.- Tipo de patología mental.

1. Drogadicción.

2. Trastorno mental grave.

D.- Evolución.

1. de 0 a 3 años.

2. de 3 a 5 años.

3. de 5 a 10 años.

4. de 10 a 20 años.

5- mayor de 20 años.

E.- Existencia de ingresos hospitalarios.

0. No.

1. Si.

F.- Número de ingresos hospitalarios.

0. Ninguno.
1. Uno.
2. Dos.
3. Tres.
4. Cuatro.
5. Cinco.
6. Seis.
7. Siete.

G. Tipo de delito atribuido.

1. Robos.
2. Delitos de lesiones.
3. Violencia de género.
4. Delitos contra la libertad sexual: agresión sexual.
5. Delito contra la libertad sexual: acoso sexual.
6. Delito contra la salud pública.
7. Quebrantamiento de condena: orden de alejamiento o similar.
8. Homicidio.
9. Intento de homicidio.
10. Conducción temeraria.
11. Atentado contra agentes de la autoridad.

12. Grave riesgo para la circulación.

H. Gravedad del delito cometido (calificación penal general del delito según el número de años de pena privativa de libertad).

1. Máximo un año.
2. Máximo dos años.
3. Máximo tres años.
4. Máximo cuatro años.
5. Máximo cinco años.
6. Superior a cinco años.

I. Medida de seguridad.

1. Centro de internamiento (unidad hospitalaria).
2. Tratamiento ambulatorio obligatorio.
3. Tratamiento en comunidad terapéutica.
4. Tratamiento de deshabitación.
5. Privación del permiso de circulación.
6. Privación de permiso de armas.

**Anexo 2: Protocolo específico de población con drogadicción
(78 personas, 33 de la UCA de Sagunto y 45 de Catarroja).**

VARIABLES

A.- Sexo

0. Mujer.
1. Varón.

B.- Edad.

C.- Nivel estudios.

1. Primarios.
2. Secundarios.
3. Universitarios.

D.- Situación laboral.

0. Inactiva.
1. Activa.

E.- Pareja drogodependiente.

0. No.
1. Si

F. Drogadicción, siendo la sustancia principal.

1. Alcohol.
2. Cocaína.
3. Heroína.
4. Cocaína y Heroína.

5. Cannabis.

6. Benzodiacepinas.

G. Tiempo de evolución del consumo.

1. De 0 a 2 años.

2. De 3 a 5 año.

3. De 5 a 10 años.

4. De 10 a 20 años.

5. Más de 20 años.

H. Existencia de patología dual.

0. No.

1. Sí.

I. Tipo de patología concomitante

1. Trastorno psicótico.

2. Trastorno bipolar.

3. Trastorno afectivo: ansiedad y/o depresión.

4. Trastorno de personalidad.

5. Retraso mental.

6. Demencia.

7. Patología orgánica: epilepsia.

8. Trastorno por déficit de atención.

9. Ludopatía.

J. Motivación para iniciar el tratamiento en UCA, por:

1. Problemas judiciales.
 2. Familiares y/o amigos.
 3. Iniciativa propia.
- K. Estado actual del tratamiento (evolución)
1. Seguimiento con evolución favorable.
 2. Seguimiento irregular.
 3. Alta terapéutica.
 4. Abandono.
 5. Fallecimiento.
- L. Tipo de tratamiento en Unidad de Conductas Adictivas.
1. Médico.
 2. Psicoterapia.
 3. Centro de día.
 4. Médico, psicoterapia y centro de día.
- M. Derivación a otro centro durante el proceso judicial.
0. No.
 1. Sí.
- N. Tipo de centro de derivación.
1. Centro de día.
 2. Unidad de Desintoxicación Hospitalaria.
 3. Comunidad terapéutica.
 4. Piso tutelado.

O. Duración del tratamiento en la UCA, sustituido por prisión.

1. Dos años.
2. Tres años.
3. Cuatro años.
4. Cinco años.

P. Estancia en prisión.

0. No.
1. Sí.

Q. Tipo de Centro de Instituciones Penitenciarias.

1. Centro Penitenciario.
2. Centro de Inserción Social.

R. Número de veces en prisión.

0. Ninguna.
1. Una.
2. Dos.
3. Tres.

S. Número de detenciones.

0. Ninguna.
1. Una.
2. Dos.
3. Tres.

T. Edad de primera detención (en años de edad).

U. Número de procesos judiciales.

0. Ninguno.
1. Uno.
2. Dos.
3. Tres.
4. Más de tres.

V. Número de procesos judiciales finalizados.

0. Ninguno.
1. Uno.
2. Dos.
3. Tres.
4. Más de tres.

W. Número de procesos judiciales pendientes.

0. Ninguno.
1. Uno.
2. Dos.
3. Tres.
4. Más de tres.

X. Órgano de control de la ejecución.

0. Audiencia Provincial.
1. Juzgados de lo Penal.

NOTAS

- ¹. Gisbert Calabuig JA. Medicina legal y Toxicología. 4ta ed. Barcelona: Masson-Salvat; 1991
- ² Gracia Martín L. El sistema de penas. En: Gracia Martin L (Coord.), Boldova Pasamar AY, Alastuey Dobon C. Tratado de consecuencias jurídicas del delito. Valencia: Tirant lo Blanch; 2006.
- ³. Landecho Velasco CM, Molina Blázquez C. Derecho Penal Español. Parte General. Madrid: Tecnos; 2010
- ⁴. Orts Belenguer EY, González Cussac JL. Compendio de Derecho Penal. Parte General. 2ª ed. Valencia: Tirant lo Blanch; 2010. p. 392
- ⁵. Tamarit Sumalla JM. Sistema de sanciones y política criminal. En revista electrónica de Ciencia Penal y criminología, 2007, 9 (6) Disponible en. <http://criminet.ugr.es/recpc/09/recpc09-06.pdf>
- ⁶. Mapelli Caffarena, B, Terradillos Basoco JM. Las consecuencias jurídicas del delito. Madrid: Civitas; 1996.
- ⁷. Prieto Sanchis L. Garantismo y Derecho penal. Madrid: Lustel; 2001.
- ⁸. Landrove Díaz G. Las consecuencias jurídicas del delito. Madrid: Tecnos; 2005
- ⁹. Balbuena Pérez, DE. Sistema de penas y medidas de seguridad tras las últimas reformas penales en España. Algunas consideraciones a propósito del debate parlamentario sobre la prisión perpetua revisable. *Fòrum de recerca*. 2011; 16: 37-65.
- ¹⁰. Polaino Navarrete M. Derecho Penal. Parte General. Madrid: Tecnos; 2013.
- ¹¹ Alcácer Guirao R. *Los fines del Derecho Penal. Liberalismo y*

comunitarismo en la justificación de la pena. Buenos aires, 2001.

- ¹² Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- ¹³ Cervelló Donderis V. *Derecho Penitenciario*. Editorial Tirant lo Blanc. Valencia, 2012.
- ¹⁴ Vidal Palmer, L.E. *Peligrosidad y medidas de seguridad*. En: Revista de Psicología internacional on line. ISSN 1137-8492. Intersalud, 2006.
- ¹⁵ Romeo Casabona, C.M. *El tratamiento jurídico del enfermo mental y sistema de garantías en el Derecho español*. En: Psiquiatría legal y Forense. S. Delgado Bueno y cols. Ed. Colex 1º edición, Madrid.
- ¹⁶ Martínez Frigola F. *Internamiento y realidad social. Planteamiento*. En: Psiquiatría Legal y Forense. S. Delgado Bueno y cols. Ed. Colex 1º edición, Madrid.
- ¹⁷ Martínez Garay L. Ponencia: *La predicción de la peligrosidad: incertidumbre y pronósticos de peligrosidad*. Revista Indret. Num. 2. Valencia, 2014.
- ¹⁸ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE de 30 de mayo de 2003).
- ¹⁹ Real decreto 190/1006, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento General Penitenciario (BOE 15 de febrero de 1996).
- ²⁰ Real decreto 1030/2006, de 15 de septiembre
- ²¹ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE 29 de abril de 1986).
- ²² Delgado Bueno S., Rodríguez Pulido F., González Rivera, S.L. *Aspectos médico legales de los internamientos psiquiátricos*. En: Psiquiatría Legal y Forense. Ed. Colex 1º edición, Madrid.
- ²³ Del Valle Sierra Lopez, M. *Las medidas de seguridad en el nuevo Código Penal*. Monografía 62. Ed. Tirant lo Blanch. Valencia, 1997.
- ²⁴ Bettiol, G. *Derecho penal. Parte general*. Editorial Temis, Bogotá, 1965.

-
- ²⁵ Leal Medina, J. *La historia de las medidas de seguridad. De las instituciones preventivas más remotas a Los criterios científicos penales modernos*. Ed. Thomson Aranzadi, Navarra, 2006.
- ²⁶ Lairado Ruiz, J. *La civilización sumeria*. La Biblioteca de la Historia. Madrid, 1990.
- ²⁷ Bolodova Pasamar, MA. Alastuey Dubón, MC. *Tratado de las consecuencias jurídicas del delito*. Editorial Tirant lo Blanch. Valencia, 2006.
- ²⁸ Cuello Calon, E. *La moderna penología*. Editorial Bosh. Barcelona, 1973.
- ²⁹ Terradillos Basoco, J. *Peligrosidad social y Estado de Derecho*. Editorial Akal. Madrid, 1981.
- ³⁰ Jorge Barreiro, A. *Las medidas de seguridad en el Derecho español*. Editorial Cívitas. Madrid, 1976.
- ³¹ Ley de 4 de Agosto de 1933 de Vagos y Maleantes.
- ³² Sanz Moran, A.J. *Las medidas de corrección y de seguridad en el Derecho Penal*. Ed. Lex Nova. Colecciones monográficas penales. Madrid, 2006.
- ³³ Urruela Mora A. *Las medidas de seguridad y reinserción social en la actualidad*. Editorial Comares. 1º edición. Madrid, 2009.
- ³⁴ Cervelló Donderis V. *Peligrosidad criminal y pronóstico de comportamiento futuro en la suspensión de la ejecución de la pena*. En Revista la Ley, número 106. Enero-Febrero Valencia, 2014.
- ³⁵ Racionero Carmona, F. *Derecho penitenciario y privación de libertad*. Editorial Dikinson. Madrid, 1999.
- ³⁶ Real Decreto 840/2011, de 17 de junio que regula las circunstancias de ejecución de las medidas de seguridad
- ³⁷ Ley de enjuiciamiento criminal.
- ³⁸ Garrido Guzman L. *Tratamiento penitenciario de la enajenación mental*. Psiquiatría legal y forense. Vol.II. Director. S.Delgado Bueno. Madrid, 1994.
- ³⁹ Circular de la Fiscalía general del estado 5/1997
- ⁴⁰ Cáceres García J.M. *Las medidas de seguridad en centro*

psiquiátrico penitenciario del fraude a la crueldad innecesaria. Jornadas del servicio de formación continua de la Escuela Judicial. Madrid, 2010.

⁴¹ Pinatel J. *Criminologie chinique et personnalité criminelle- La personnalité criminelle*. Actes des journées Pinatel, sous la direction de R. Cario et A.M. Favard, Erès, Toulouse, 1991.

⁴² García Andrade J.A. *Psiquiatría Criminal y Forense*. Editorial Universitaria Ramón Areces. Madrid, 2005.

⁴³ Castellano Arroyo M. *Valoración del agresor en los casos de violencia de género*. En: *La violencia de género, aspectos médico legales y jurídicos penales*. ed. Tirant lo Blanch. Valencia, 2013.

⁴⁴ Hurtado Yelo J. *La peligrosidad criminal como criterio para denegar la suspensión de las penas privativas de libertad*. Revista Aranzadi Doctrinal, núm. 5, 2009.

⁴⁵ López Garrido D., García Arán M. *Crimen Internacional y Jurisdicción Universal*. Ed. Tirant lo Blanch. Valencia, 2000.

⁴⁶ Ley organica de responsabilidad penal del menor

⁴⁷ Onu. Normas de beijing. Adoptadas por la Asamblea General en su resolución 40/33, de 28 de noviembre de 1985

⁴⁸ Ley 15/2003, de 25 de noviembre reforma del Código penal

⁴⁹ Castellano Arroyo M (2004 b). *Violencia contra la mujer. El perfil del agresor: criterios de valoración del riesgo*. Cuadernos de Medicina Forense. Asociación Andaluza de Médicos Forenses. nº 235 Enero. Pp 15-28. Sevilla.

⁵⁰ Andres-Pueyo A., Echeburúa, E. *Valoración del riesgo de violencia: instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación*. Editorial Psicothema, Volumen 22, num 3, 2010.

⁵¹ Villanueva Cañadas E. *La prueba pericial médica en delitos contra la libertad sexual. La prevención de la violencia contra la mujer*. Jornadas interdisciplinares desde la sanidad y la justicia penal. Granada, 2001.

⁵² Espinosa Iborra J. *Imputabilidad y peligrosidad. Aspectos*

psiquiátricos. Cuadernos de Política Criminal.

⁵³ Cabrera Forneiro J., Fuertes Rocañin J.C. *La enfermedad mental ante la ley*. Ed. ELA.Universidad Pontificia de las Comillas, Madrid, 1994.

⁵⁴ Fernández Entralgo J. *Medidas privativas y restrictivas de a libertad del enfermo mental en el proceso penal*. Ed La Ley. Revista jurídica española de doctrina, jurisprudencia y bibliografía. 1988.

⁵⁵ Rodríguez Esbec E. Garcia Sastrón O. *Valoración de la peligrosidad criminal (riesgo-violencia)*. En: Psicología Forense.

⁵⁶ Martínez Garay L. *La incertidumbre de los pronósticos de peligrosidad: consecuencias para la dogmática de las medidas de seguridad*. En: Revista para el análisis del Derecho. Valencia, 2014.

⁵⁷ Andrés-Pueyo A., Redondo Illescas, S. *Predicción de la violencia, entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia*. En: *Grupos avanzados de violencia*. Universidad de Barcelona.

⁵⁸ Redondo Illescas S., Martínez Catena, A. *Tratamiento y cambio terapéutico en agresores sexuales*. Revista española de investigación Criminológica. REIC, nº 9. 2011.

⁵⁹ Urruela Mora A. *Los principios informadores del Derecho de Medidas en el Código Penal de 1995*. Revista de derecho penal y criminología. Nº 8. 2001.

⁶⁰ Sentencia de la audiencia Provincial del alicante mº 710/2010, de 19 de octubre

⁶¹ Sentencia del Tribunal Supremo número 65/2011, de 2 de febrero

⁶² Carrasco Gómez J.J., Maza Martín, J.M. *Manual de Psiquiatría Legal y Forense*. 3º edición. Ed La Ley. Madrid, 2005.

⁶³ Protocolos de valoración médico forense. Editado por la Generalitat Valenciana, 1999.

⁶⁴ Rincón Velázquez S. *Importancia y función de las unidades de valoración forense*. En: Martínez García E. et al. La prevención y erradicación de la Violencia de Género. Ed. Aranzadi. 2012.

⁶⁵ Checa Gonzalez M.J. *Manual práctico de psiquiatría forense*. Ed Elsevier. 2010.

⁶⁶ Conde Pumpido-Ferrero, C. *Derecho Penal. Parte General*, 2da.

edición revisada y puesta al día, Colex, Madrid, 1990.

⁶⁷ Rodes Lloret F., Martí Lloret J.B. *Valoración médico legal del enfermo mental*. Ed. Universidad de Alicante, 1997.

⁶⁸ Cano cervantes GF, Aranque serrano F, Cándido Ortiz A. Adicción, impulsividad y curvas temporales de deseo. [Internet]. 2011 [aceptado febr. 2011]; 23 (2): 141-148. Disponible en:

⁶⁹ Constitución española de 1978
<http://www.adicciones.es/files/cano%2023-2.pdf>

⁷⁰ Beccaria, C. *Dei delitti et delle pene*. 1764. Edición traducida por Francisco Tomás y Valiente, De los delitos y las penas. Editorial Libertador. Buenos Aires, 2005.

⁷¹ Cervelló Donderis V. *El sentido actual del principio constitucional de reeducación y reinserción social*. Publicado en "Presente y futuro de la Constitución Española de 1978". UNED. Valencia, 2005.

⁷² Tamarit Sumalla, JM García Albero R. Rodríguez Puerta M.J. Sapena Grau, F. *Curso de Derecho penitenciario*. Ed Tirant lo Blanch, Valencia, 2005.

⁷³ Jiménez Barbero, MA. *La ejecución de la pena*. En Revista de Ciencias penales. Vol.1.Nº1, 1998.

⁷⁴ La ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo de 2015 (BOE NÚMERO 77, Sección 1, pp. 27061-271176

⁷⁵ Ley Orgánica 5/2010 con los delincuentes sexuales.

⁷⁶ Cano Pardo M.A. *La suspensión de la ejecución de la pena a drogodependientes y los silencios del legislador del año 2010*. Ed. Estudios penales y criminológicos. Vol. XXXI. Universidad de Granada, 2011.

⁷⁷ Larrauri Pijoán E. *Sustitución y suspensión de la pena en el nuevo código Penal*. En: Revista de estudios Criminológicos. Nº 19. 1996.

⁷⁸ Sentencia del Tribunal Supremo 409/2002, de 7 de marzo

⁷⁹ Fernández Entralgo E. *El sentido de la prisión provisional y la Ley Orgánica 10/1983 de 26 de diciembre*. En La Ley: Revista jurídica española de doctrina, jurisprudencia y bibliografía. 1995.

⁸⁰ Prieto Rodríguez J.I. *En torno a la Ley Orgánica de 24 de marzo de*

1988 de reforma del Código Penal sobre tráfico. Ed actualidad penal, nº 47, 1988.

⁸¹ Alcácer Guirao, R. *La suspensión de la ejecución de la pena para drogodependientes en el nuevo Código Penal*. Tomo 48. mes 3. 1995.

⁸² Maqueda abreu, M.L. *Observaciones críticas a algunos de los aspectos de la reciente reforma sobre drogas (Ley Orgánica 1/1998, de 24 de marzo)*. En: Revista Actualidad Penal, núm. 44, 1988

⁸³ Zugaldia Espinar J.M. *Fundamentos de Derecho Penal (Parte General). Las teorías de la pena y la ley penal*. Granada,1990

⁸⁴ Vives Antón T.S. *Comentarios al Código Penal de 1995*. ed. Tirant lo Blanch. Valencia, 1996

⁸⁵ Poza Cisneros M. *Formas substitutivas de las penas privativas de libertad*. En: Cuadernos de Derecho Judicial. Nº 4. 1996.

⁸⁶ Magro Servet V. *De la eficacia interruptiva, en la prescripción de las penas, de la adopción de las medidas de suspensión de su ejecución*. Ed.

⁸⁷ Peris Riera J.M. *Algunas cuestiones conflictivas de la parte general surgidas tras la reforma de la Ley Orgánica 15/ 2003, de 25 de noviembre, de modificación del Código Penal*. En: Cuadernos de derecho judicial. Nº 3, 2005

⁸⁸ Serrano Pascual A. *El periodismo es noticia. Tendencias sobre comunicación en el siglo XXI*. Ed Icaria, 2010.

⁸⁹ Roca Gamundi, J.M. *El papel del psicólogo en las UCAS*. Planes docentes. Dirección General de Salud Pública, Direcció General de Salut Pública i Participació. Centre Coordinador de Drogodependències de les Illes Balears.

⁹⁰ Stowell, L. *Psychiatric disorders in substance-abusing adolescent inpatients: a pilot study*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1992. pp. 1036-40.

⁹¹ Casas M. En Vallejo Ruiloba J, Gastó Ferrer C. Ed. *Trastornos Duales (Trastornos Afectivos: ansiedad y depresión)*. Ed Masson. pp. 890–899. Barcelona, 2000.

⁹² [Http://drugabuse.gov](http://drugabuse.gov)

-
- ⁹³ Rosenthal, RN. (2012). *Implications of epidemiological data for identifying persons with substance abuse and other mental disorders*. Ed. The American Journal on Addictions. pp.21: 97–103.
- ⁹⁴ Fisher, M. 2005. *Substance misuse and psychiatric illness: prospective observational study using the general practice research database* (J Epidemiology Community Health edition). pp.59: 847–85
- ⁹⁵ Bobes García, P.A. Saiz Martínez M., Paz García-Portilla González. *Trastorno de personalidad en patología dual*. Universidad de Oviedo.
- ⁹⁶ Sherman. En <http://www.psiquiatria.com>
- ⁹⁷ <Http://www.espolea.org>
- ⁹⁸ Franco D. *Trastornos de la personalidad. Psicopatología y diagnóstico diferencial*. En: Bobes J. Ed. Seminario sobre Trastornos de conducta, de personalidad.
- ⁹⁹ Millon T. *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Ed. Masson. Barcelona, 1998.
- ¹⁰⁰ Valderrama JC, Cervera G, de Vicente P, Bolinches F, Ochando B, Sánchez P. *Tratamiento de los trastornos de la personalidad en sujetos con trastorno por uso de sustancias*. En: Rubio G, López-Muñoz F, Alamo C, Santo-Domingo J, eds. *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid, Médica Panamericana, 2002: 357-384.
- ¹⁰¹ Sánchez Martín B. *Delincuencia femenina: análisis de la situación de la mujer en el centro Penitenciario de Topa desde la perspectiva de género*. Facultad de Derecho. Máster en estudios interdisciplinarios de Género. Universidad de Salamanca, 2011.TFM
- ¹⁰² Larrauri, E. *Mujeres, Derecho Penal y Criminología*. Ed. Siglo XXI, Madrid. 1994, pp. 1-14.
- ¹⁰³ Laberge D. *Las investigaciones sobre las mujeres calificadas de criminales: cuestiones actuales y nuevas cuestiones de investigación*. Anuario de Derecho Penal, N° (1999-2000), p.6
- ¹⁰⁴ Pallarés V. D. *La neurociencia aplicada al estudio de género: ¿una nueva perspectiva?*. Ed. Forum de resera n° 16.ISSN 1139-5486
- ¹⁰⁵ Rubia F.J. *El sexo del cerebro*. Ed. Temas de hoy. Madrid, 2007.

-
- ¹⁰⁶ Hauser, M. 2008. La mente moral. Cómo la naturaleza ha desarrollado nuestro sentido del bien y del mal. Barcelona: Paidós.
- ¹⁰⁷ Informe del Consejo de Europa Space II
- ¹⁰⁸ Holmes 2001. Las causas de la delincuencia juvenil. España. Madrid.
- ¹⁰⁹ Lisi D. 2005 Las causas de delincuencia juvenil.
- ¹¹⁰ Wolfgang. 1972. Las causas de la delincuencia juvenil.
- ¹¹¹ David L. Delincuencia Juvenil, 2011. Disponible en: [http:// https://larisadavid.wordpress.com](http://https://larisadavid.wordpress.com)
- ¹¹² Rollin H. A hundred years ago: the treatment of habitual criminals. Ed. British Journal Psychiatry 1992; 160: 769-772; 773-776.
- ¹¹³ Andrés-Pueyo A *Delincuencia sexual, trastorno mental y peligrosidad*. En. Revista de Medicina Legal. 2013; 39 (1):1-2
- ¹¹⁴ Becerra-García J.A., García León A. *Trastorno mental en los agresores sexuales. Estudio descriptivo de una muestra española*. Revista de medicina legal.2013:39:12-8
- ¹¹⁵ Fazel S., Yu R. Psychotic disorders and repeat offending: systematic review and meta-analysis. Schizophr Bull. 2011; 37: 800-10.
- ¹¹⁶ De Francisco Maiz, M.L. IV Jornadas de Psiquiatría y Derecho. Ponencia: Patología dual. Intervención Médico Forense. En: <http://justicia.net>
- ¹¹⁷ Patología dual
- ¹¹⁸ Rodríguez Abelardo
- ¹¹⁹ Encuesta de morbilidad hospitalaria del Instituto Nacional de Estadística. INE 2013.
- ¹²⁰ Gisbert Aguilar C. Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Ponencia. Congreso Asociación Española de Neuropsiquiatría. Oviedo, 2003
- ¹²¹ Bravo Ortiz, MF. Et al. La atención a los trastornos mentales graves. En. Perez F, 2002.
- ¹²² Sendra-Gutiérrez J;. Factores asociados al ingreso hospitalario y evaluación de un programa de gestión de casos para trastorno mental grave

mediante un estudio de cohorte históricas, En: Actas Esp Psiquiatr 2013;41(4):209-17

¹²³ Vázquez-Bourgon, J. et al Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves. En. Actas Españolas de psiquiatría 2012; 40 (6): 323-32

¹²⁴ Joy CB. Adams CE., Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Dtabase Syst Rev. 2004 Oct 18;(4):CD001087

¹²⁵ Becker I., Vázquez-Barquero JL. The European perspective of psychiatric reform. En. Actas Psychiatr Scand Suppl. 2001;(410):8-14.

Consejo de Europa con respecto a la población reclusa, 2011.12.13

¹²⁷ Aebi MF. Linde A. Las encuestas de victimización en Europa: evolución histórica y situación actual. Revista de Derecho Penal y Criminología, 3.a Época, n.o 3 (2010), págs. 211-298. Disponible en:

<http://espacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:revistaDerechoPenalyCriminologia-2010-3-5060&dsID=Documento.pdf>

¹²⁸ *Un análisis de los procesos de integración sociolaboral de las mujeres presas en Europa.* Informe Nacional España proyecto MIP.SURT. Dic. 2004

¹²⁹ Roca Tutusaus, X. Caixal López, G. La conducta adictiva y delictiva: análisis de una relación. Servei de Rehabilitació. Direcció General de Serveis Penitenciaris i de Rehabilitació. Departament de Justicia. Ed. Elsevier. Barcelona.

¹³⁰ Research Triangle Institute (ed) Drug use and crime: report of the panel on drug use and criminal behavior. Springfield: National Technical Information Service; 1976.

¹³¹ Elzo J, Lidon JM, Urquijo ML. Delincuencia y drogas. Análisis jurídico y sociológico de sentencias emitidas en las audiencias provinciales y en los juzgados de la Comunidad Autónoma Vasca. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 1992.

¹³² Inciardi JA, McBride DC. Considerations in the definition of criminality for the assessment of the relationship between drug use and crime. En: Research Triangle Institute, ed. Drug use and crime: report of the panel on drug use and criminal behavior. Springfield: National Technical Information Service; 1976. p. 123-37.

¹³³ Cid J. la elección del castigo. Suspensión de la pena o “probation” versus prisión. Ed. Bosch. Barcelona 2009:32-149

¹³⁴ Observatorio del Proyecto Hombre de 2013 Informe de 2013 del Observatorio del Proyecto Hombre sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento. Ed. Asociación Proyecto Hombre. Colaboración de Obra Social la Caixa. Asesoramiento del Instituto Universitario de drogodependencias, 2014

¹³⁵ Cid J., Larrauri E.(coords.) la delincuencia violenta: ¿prevenir, castigar, rehabilitar? Ed. Tirant lo Blanch, Valencia, 2005

¹³⁶ Corcoy, Gómez y Mir, 2007

¹³⁷ Redondo S. Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes. Ed. Piramide. Madrid, 2008.

¹³⁸ Ball JC, Rosen L, Flueck JA, Nurco DN. The criminality of heroin addicts: when addicted and when off opiates. En: Inciardi JA, ed. The drugs-crime connection. Sage Annual Reviews of Drug and Alcohol Abuse. Beverly Hills, CA: Sage; 1981; 5:36-65.

¹³⁹ Gandossy RP, Williams JR, Cohen J, Harwood HJ. Drugs and crime. A survey and analysis of the literature. US Department of Justice. National Institute of Justice. Washington DC: Supt Of docs. US Govt Print Off; 1980.

¹⁴⁰ Sentencia del tribuna Supremo de 2002.

¹⁴¹ Suárez-Mira Rodríguez, C. Código Penal y Legislación Complementaria. Editorial Aranzadi. Madrid, 2005.

¹⁴² Publicado en las Jornadas de derecho Penal en Homenaje al XXV Aniversario del LOGP: Madrid, 2005.pags. 245-257- En//hhpt: www.cienciaspenales.net

¹⁴³ , la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

¹⁴⁴ Cervelló Donderis V. los fines de la pena en la Ley Orgánica General Penitenciaria Evaluación del programa: “violencia de género: programa de

intervención para agresores”, en medidas alternativas. Instituto de ciencias Forense y de la seguridad. Universidad autónoma de Madrid. 2012.

¹⁴⁵ De Francisco Maíz, M.L. Médico Forense experta en psiquiatría. IVML. Subdirección de Bizkaia. IV Jornadas de psiquiatría y Derecho. Patología dual. Intervención médico forense. Pág. xx

¹⁴⁶ Hernández Viadel M. et al Tratamiento ambulatorio (TAI) para personas con enfermedad mental grave. En Revista psiquiátrica Biológica. 2006: 13 (5): 183-7

¹⁴⁷ Hernández Viadel M, Pérez Prieto JF, Cañete Nicolás C, Lera Calatayud G, Roche T. Tratamiento ambulatorio involuntario: opinión de las personas implicadas. En Revista archivos de Psiquiatría, Vol 70, No 1 (2007)

Disponible en:

<http://archivosdepsiquiatria.es/index.php?journal=adp&page=article&op=view&path%5B%5D=31>

¹⁴⁸ Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, Burns BJ, Hiday VA, Borum R. Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. Am J Psychiatry. 1999;156:1968-75

¹⁴⁹ . Geller J, Grudzinskas A. The efficacy of involuntary outpatient treatment in Massachusetts. Admin Policy Ment Health. 1998; 25:271-85.

¹⁵⁰ CIE 10. Clasificación Internacional de las enfermedades. 10ª versión. Trastornos mentales y del comportamiento. OMS. Ed. Meditor. Madrid, 1992.

¹⁵¹ Iñigo C., Pérez-Cárceles, M.D., Osuna E., Cabrero E, Luna E. perfil clínico y delictivo de los enfermos ingresados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. En. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. Volumen I, Nº 2. 1999.

¹⁵² Aviram U. Screening services in civil commitment of the Mentally III: An attempt to balance individual libertie with needs for treatment. Bull Am Acad Psychiatry Law 1993; 21: 195-211.

-
- ¹⁵³ Situación socio sanitaria de la población que ingresó por primera vez en prisión en 1996. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Madrid, 1997.
- ¹⁵⁴ Instituto nacional de Estadística. INE. Padrón municipal de Sagunto en 2014
- ¹⁵⁵ Ley 3/97 sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos (actualizada en el Decreto Legislativo 1/2003, de 1 de abril, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos).
- ¹⁵⁶ Informe del Observatorio Municipal de Indicadores de Riesgo. Servicios sociales de Sagunto.1997
- ¹⁵⁷ Datos del Observatorio de Servicios sociales de Sagunto 2000.
- ¹⁵⁸ Padrón Municipal de Catarroja en 2014.INE
- ¹⁵⁹ Informe de 2012 del Observatorio de Proyecto Hombre sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento. Ed. Asociación proyecto hombre. Colaboración de Obra Social la Caixa, 2013.
- ¹⁶⁰ NIDA ^{NIDA}
- ¹⁶¹ Romo Avilés, N. (2006). Género y uso de drogas. La invisibilidad de las mujeres. Monografía Humanitas. Barcelona, Fundación Medicina y Humanidades Médica, volumen 5
- ¹⁶² Bobes J, González MP, Sáiz PA, Bousoño M.(1996) Índice europeo de severidad de la adicción: EuropASI. Versión española. Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría; 201-218.
- ¹⁶³ Mayor, J. El método biopsicosocial. Revista de Proyecto Hombre, 1995.
- ¹⁶⁴ Informe nacional de 2012 (datos de 2011) al OEDT por el Punto Focal Nacional Reitox España. Evolución, Tendencias y Cuestiones Particulares. En: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Informe_Nacional_REITOX2012.pdf
- ¹⁶⁵ Informe europeo de drogas, DRUID de 2013
- ¹⁶⁶ Agnew, 1992 y 1995, teoría de la tensión en la delincuencia,
- ¹⁶⁷ Cullen y Wright (1997)

-
- 168 Observatorio Español sobre Drogas, 1999
- 169 Marshall, Simpson y Stevens, 2000
- 170 Encuesta de la Población Penitenciaria, 2006. ESDIP, 2006.
- 171 Informe nacional de 2013 (datos de 2012) al OEDT por el Punto Focal Nacional Reitox España. Evolución, Tendencias y Cuestiones Particulares. En: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Informe_Nacional_REITOX2012.pdf
- 172 Bonfill i Galimay et al. La eficacia de las suspensiones judiciales con obligación de tratamiento de deshabitación. Factores que pueden influir en la reducción o no de reincidencia. Ed. Generalitat de Catalunya. Centre de Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. Barcelona, 2014.
- 173 Szerman N. Martínez-Raga J.. Peris L. et al. Rethinking dual disorders/pathology. *Addic Disord Treat.* 2013; 12 (1): 1-10
- 174 Santos Barros y Pérez de los Cobos
- 175 Farral S., 2002. Rethinking What Works with Offenders. Probation, Social Context and Desistance from Crime. Devon: Willan
- 176 Laub, J.; Sampson, R. (2003). *Shared Beginnings, Different Lives. Delinquent Boys to Age 70.* Cambridge: Harvard University Press.
- 177 National Institute in Drug Abuse. The Science of Drug Abuse & Addiction. NIH. Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones. En: <http://www.drugabuse.gov>
- 178 Vacchelli, F. 2001. Causas de la violencia en el Perú. Lima.
- 179 Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas 2200 A (XXI), anexo.
- 180 Redondo , 2008
- 181 Sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid, sección 17ª, 188/2000, de 25 de febrero.
- 182 Magro y Solaz, 2010:24
- 183 Regla numero 26 de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia a Menores.

¹⁸⁴ Informe anual 2003: el problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega.

¹⁸⁵ Aristotelian University of Thessaloniki. Evaluation report of the Leonardo da Vinci programme: needs and methods assessment for vocational training in juvenile delinquents and adolescents at risk – Orestis. Aristotelian University of Thessaloniki. 2000.

¹⁸⁶ Bennett, T. Drugs and Crime: the Results of the Second Stage of the NEW-ADAM programme. Estudio de investigación 205. Londres: Ministerio del Interior; 2000

¹⁸⁷ Hannon F, Kelleher C, Friel S. (2000) General Healthcare Study of the Irish Prisoner Population. Dublín: Government Publications; 2000.

¹⁸⁸ Millar D, O'Dwyer K, Finnegan M. Alcohol and drugs as factors in offending behaviour: Garda Survey. Informe de investigación nº 7/98. Unidad de Investigación de la Policía, Tipperary, Irlanda.

¹⁸⁹ Otero López JM. Droga y delincuencia: un acercamiento a la realidad. Madrid: Pirámide; 1997.

¹⁹⁰ Enzo et al. 1992

¹⁹¹ Pozo Cuevas, F. la percepción de la relación delincuencia y drogas entre Policías, Funcionarios de Justicia y de prisiones. Instituto Andaluz Interuniversitario de Criminología. Boletín Criminológico Nº 67. Septiembre, 2003. En: <http://uma.es/estudios/propias/criminología>

-
- ¹⁹² Investigación: las drogas en la delincuencia: su tratamiento en la Administración de Justicia. Realizado por el Instituto andaluz Interuniversitario de Criminología. Sección de Málaga. Abril, 2002. En:<http://poderjudicial.es>
- ¹⁹³ Maniglio, 2009.
- ¹⁹⁴ Miller, 2008
- ¹⁹⁵ Vaughn *et al.*, 2010
- ¹⁹⁶ Silver, 2002
- ¹⁹⁷ Romaní, Oriol. 1999. «La construcción social del problema de la droga en España», en *Las drogas. Sueños y Razones*. Barcelona, Ed. Ariel, págs.85-116.
- ¹⁹⁸ Zino Torraza J. historia del Pensamiento Criminológico. Universidad de Barcelona. Mayo (2000) En: <http://www.ub.edu/penal/historia/trs/drogas.htm>
- ¹⁹⁹ Gamella, 1997
- ²⁰⁰ Informe Europeo de drogas de 2014
- ²⁰¹ Håkansson, A. y Berglund, M. (2012). Risk factors for criminal recidivism - a prospective follow-up study in prisoners with substance abuse. *BMC Psychiatry*, 12.
- ²⁰² Caixal, G. y Roca, X. (2002). Reincidència en una mostra d'interns toxicòmans. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.
- ²⁰³ SUÁREZ-MIRA RODRÍGUEZ, C., La imputabilidad del consumidor de drogas, Tirant lo Blanch, Valencia, 2000, p. 188. 1
- ²⁰⁴ Portero Lazcano G. "Consumo Drogas , Delincuencia. y Conflictividad Social". Director Médico Clínica Forense Bilbao. En. IV Jornadas de drodependencias de Bizkaia. País vasco. Octubre de 2009.
- ²⁰⁵ Casares-López, M.J., González, A., Torres, M., Secades, R., FernándezHermida, J.R. y Álvarez, M. (2010). Comparación del perfil psicopatológico y adictivo de dos muestras de adictos en tratamiento: en prisión y en comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 225-243.

-
- ²⁰⁶ Belenko, S Peugh, J. (2005). Estimating drug treatment needs among state prison inmates. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 269-281
- ²⁰⁷ Álvarez Ramos F. et al. Variables relevantes en la evaluación forense integral de la violencia de género. En. *Boletín Criminológico de Guipuzcoa*; 133. Enero, febrero (2012).
- ²⁰⁸ Worrall A., Hoy C. *Punishment in the Community: Managing Offenders, making Choices* (Cullomton, Devon, Willan Publishing, 2005), p-11
- ²⁰⁹ Grupo Institucional sobre Justicia Juvenil, *Criterios para el Diseño y la Evaluación de programas de Reforma de la Justicia de Menores*, p.2.
- ²¹⁰ Guía de Introducción a la Prevención de la Reincidencia y la Reintegración Social de Delincuentes. En: <http://unodc.org>
- ²¹¹ VII Plan de Municipal de prevención de drogodependencias y otros trastornos adictivos. *Servicios sociales*. 2010-2011. En: <http://aytosagunto.es>
- ²¹² Plan de Acción Comercial de Catarroja. Oficina PATECO. Consejo de Cámaras de Comercio, Industria y Navegación de la Comunidad Valenciana. En: <http://www.catarroja.es>
- ²¹³ Victoria, R. y Carcedo, R. (2010). Dynamic factors of recidivism among drug dependent prisoners in therapeutic community treatment. Factores dinámicos de la reincidencia de reclusos drogodependientes en tratamiento en comunidad terapéutica, 18(3), 613-627.
- ²¹⁴ Andrews, D.A., Bonta, J. (2007). *Risk-Need-Responsivity. Model for offender assessment and rehabilitation*. Ottawa: Public Safety Canada.
- ²¹⁵ Las drogas en la delincuencia: su tratamiento en la Administración de justicia. Instituto Interuniversitario de Criminología. Sección de Málaga. Abril, 2002. En: <http://www.poderjudicial.es>
- ²¹⁶ Rivero, M., Marín, M. e Infante, E. (2002). Tipo y trayectoria de consumo de drogas, edad de inicio y comportamiento violento en jóvenes. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 5, 1-7. En. <http://www.dialnet.es>
- ²¹⁷ Kinlock T.W, Battjes, R.J., Gordon, M.S (2004). Factors associated with criminal severity among adolescents drug use. *Journal of Drugs Issues*, 34, 293-318

-
- ²¹⁸ Las drogas y la delincuencia: la comprensión del problema
Disponible en
http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/Thematic_chapters/Spanish/AR_2003_S_Chapter_I.pdf
- ²¹⁹ drogas.delincuencia.violencia.AR.2003
- ²²⁰ Farrington, 1986
- ²²¹ Hirschi y Gottfredson, 1983
- ²²² Piquero et al., 2007
- ²²³ Laub y Sampson, 2003
- ²²⁴ Sampson y Laub, 1993
- ²²⁵ Maruna, 2001
- ²²⁶ Bottoms y Shapland
- ²²⁷ Glaser, 1994
- ²²⁸ Burnett, 1992
- ²²⁹ Zamble y Quinsey, 1997
- ²³⁰ Shover, 1985
- ²³¹ Shover, 1996.