"VIOLENCIA Y VICTIMIZACIÓN EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE."

"Violence and victimization in people with severe mental illness."

Trabajo de Fin de Grado: Grado en Enfermería.

Autor/a: Inés Grande García
Director/a: Sara Martínez de Castro

AVISO DE RESPONSABILIDAD DE LA UC:

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros,

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo."

ÍNDICE

Listado de siglas y abreviaturas. 3

Resumen 4

Introducción. 5

Justificación de elección del tema. 6

Objetivos. 7

Metodología. 7

Capítulo 1.- Trastorno Mental Grave, victimización y violencia. 9

1.1.- Definición de Trastorno Mental Grave. 9

1.1.1.- Diagnóstico. 10

1.1.2.- Discapacidad. 11

1.1.3.- Duración. 12

1.2.- TMG y victimización. 13

1.3.- TMG y violencia. 14

Capítulo 2.- Factores relacionados con la violencia y victimización en el TMG. 16

2.1.- Factores de riesgo de victimización y violencia. 16

2.2.- Factores protectores de victimización y violencia. 19

Capítulo 3.- Intervenciones y programas. 21

3.1.- Intervenciones para prevenir la violencia. 21

3.2.- Intervenciones para abordar la victimización. 23

Conclusiones. 25

Bibliografía. 27

Anexos. 33

LISTADO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

AEN	Asociación Española de Neuropsiquiatría.
APA	American Psychiatric Association. Asociación Americana de Psiquiatría.
AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad.
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades.
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.
CIS	Centros de Inserción Social.
CRPL	Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral.
DSM-I	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Primera edición.
DSM-V	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Quinta revisión.
EEUU	Estados Unidos.
EPA	Encuesta de Población Activa.
EVDP	Escala de Valoración del Desempeño Psicosocial.
GBD	Global Burden Disease.
GPC	Guía de Práctica Clínica.
INE	Instituto Nacional de Estadística.
NIMH	National Institute of Mental Health. Instituto Nacional de Salud Mental.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONU	Organización de las Naciones Unidas.
PAIEM	Programa de Atención Integral a las personas con Enfermedad Mental en el medio penitenciario.
PSH	Persona Sin Hogar.
RAE	Real Academia Española.
TMC	Trastorno mental común.
TMG	Trastorno Mental Grave.

RESUMEN

Las personas con trastorno mental grave han estado asociadas a lo largo de la historia a estereotipos de peligrosidad y/o violencia; a pesar de esta creencia, estos pacientes son mucho más vulnerables a sufrir diversos tipos de victimización en comparación con la población general. Mediante la revisión bibliográfica realizada para la elaboración de este Trabajo de Fin de Grado, se ha buscado profundizar en el concepto de trastorno mental grave, así como en la violencia y la victimización relacionadas con estos pacientes, y en las intervenciones actuales existentes dirigidas a la solución de estas problemáticas.

Se ha evidenciado que los porcentajes de victimización superan los de violencia ejercida, y que los factores influyentes en estos procesos se encuentran íntimamente relacionados. Éstos tienen su origen en ámbitos como el social, laboral, personal, etc. Los programas existentes actualmente dirigidos a la resolución de estos problemas se basan en intervenciones psicosociales, llevadas a cabo necesariamente por parte de un equipo multidisciplinar, debido a su complejidad y necesidad de coordinación entre distintos niveles asistenciales y servicios sociosanitarios. En todos ellos se reconoce a la enfermería como parte de dicho equipo, formando así parte de la solución.

Palabras clave: trastorno mental grave, violencia, victimización, intervención psicosocial.

ABSTRACT

People with severe mental illness have been associated to dangerousness and/or violence stereotypes throughout history. Despite this belief, these patients are more vulnerable to suffer from different types of victimization compared to general population. The bibliographic review done to elaborate this Final Degree Project, seeks to deepen into the concept of severe mental illness, as well as the violence and victimization related to these patients, and the existing interventions aimed to solve these problems.

It has been proved that percentages of victimization overcome those of committed violence, and that the influential factors in these processes are intimately linked. They have their roots in areas such as the social sphere, labour, and the personal scope. The existing programs geared towards the resolution of these problems are based on psychosocial interventions, carried out necessarily by a multidisciplinary team, due to the complexity and the necessity to coordinate different levels of healthcare and socio-health services. In all of them nursing staff is recognized to be a part of said team, thereby forming part of the solution.

Key words: *severe mental illness, violence, victimization, psychosocial intervention.*

INTRODUCCIÓN

El maltrato y el rechazo que han sufrido las personas con enfermedad mental por parte de la sociedad ha sido ampliamente estudiado a lo largo de la historia y se han documentado, entre otros, factores sociológicos y religiosos que han limitado la comprensión de estas patologías y, en consecuencia, el trato que han recibido[1,2].

Ya desde la Antigüedad quienes sufrían trastornos mentales eran considerados como "poseídos" por espíritus malignos. Esta creencia fue reforzada por mitos, leyendas y religiones de la época, ya sea en la Biblia cristiana, en la religión judía, en la civilización babilónica o incluso en la persa[1]. Este pensamiento se mantuvo hasta la Edad Media, época en la que estos enfermos eran temidos, torturados y asesinados al considerar que de ese modo se les liberaba de su posesión demoníaca[1]. La mentalidad medieval también se sostuvo durante los siglos XVI y XVII. En este periodo eran encerrados en jaulas para ser exhibidos ante la ciudadanía como ejemplo de una naturaleza humana salvaje y en libertad absoluta; y de este modo se justificaba la necesidad de dominarla para conseguir la seguridad y el bienestar de la población[3].

A lo largo del siglo XVIII se deja de seguir la creencia establecida en el antiguo derecho romano, donde se contemplaba el trastorno mental como un atenuante penal por considerarse un eximente de la responsabilidad y culpabilidad de un sujeto sobre sus actos[4]. Con la llegada de la Edad Moderna, se producen cambios culturales importantes. Comienza a aparecer la burguesía como nueva clase social, y se va desarrollando el conocimiento científico y técnico. Se deja atrás el concepto religioso de "*locura"* impuesto hasta entonces, pasando a ser considerado un problema de salud originado por una vida moralmente reprochable del sujeto que la padece[4]. Como consecuencia, se comienza a ver a la persona con esta patología como peligrosa y temible, y que desequilibra el orden social[4]. Por este motivo, la ciudadanía podía y debía recriminar, e incluso castigar sus actitudes y comportamientos. Todas estas circunstancias, dan origen a la criminalización de los individuos que la padecen[4]. En esta misma época, se comienza a considerar que la persona con enfermedad mental es "recuperable" mediante tratamiento[4]. Las desviaciones del comportamiento podían ser corregidas y reconducidas hacia la normalidad sólo si el enfermo estaba convencido de su error[5]. Se instaura entonces el llamado "*tratamiento moral*", cuyo promotor principal fue Philippe Pinel (1745-1826). Él consideraba como pilares fundamentales la amabilidad con el paciente y la jerarquización de los asilos, entendiendo por tales como lugares de aislamiento necesarios para la curación[5]. Este intento de humanización del cuidado de estos enfermos, finalmente, se convirtió en coerción y represión hacia estos pacientes[5].

Durante la segunda mitad del siglo XIX se pasa de considerar la enfermedad mental como un problema de salud tratable y recuperable, a ser considerado de causa orgánica, crónico, y sin posibilidad de recuperación. En este nuevo contexto histórico y social en el que la reciente clase burguesa busca el orden y la protección de la ciudadanía, Cesare Lombroso (1836-1909), médico y criminólogo italiano, promueve la identificación de criminales a partir de ciertos rasgos físicos que delatan su desviación de la normalidad, rasgos que compartían a menudo, según su teoría, con los denominados "*locos"*[1,4,5]. Por tanto, estos pacientes pasan de nuevo a ser considerados como criminales e individuos peligrosos a los que es necesario temer[1,4,5].

Esta teoría tiene como precedente la relación positiva que Étienne-Jean Georget (1795-1828) establece entre la delincuencia y la "*locura"*. Esta creencia fue cuestionada y discutida entre juristas y facultativos a principios del siglo XIX, pero finalmente facilitó la formulación del diagnóstico clínico de acciones y actitudes que transgredían el orden establecido, legitimando de este modo a la ciencia médica ante los tribunales[6].

En la primera mitad del siglo XX varios estudios intentaron establecer una relación clara entre el trastorno mental y la violencia, pero los resultados alcanzados no proporcionaron suficiente

evidencia; principalmente porque la metodología utilizada dificultaba la comparación de los datos obtenidos de las distintas investigaciones[7]. Algunos de esos errores metodológicos fueron: la ausencia de grupos de control, tamaños muestrales pequeños o una falta de unificación en la definición de las variables[7]. Posteriormente, son corregidos durante la segunda mitad de este siglo, y casi todos los estudios realizados parecían concluir que estos pacientes tienden a presentar un comportamiento más violento en comparación con la población sana[7]. No obstante, no se tuvieron en cuenta variables que a posteriori sí se han demostrado que tienen una importante relación con el comportamiento agresivo. Algunas de ellas son las condiciones de vida (vivienda, empleo, etc.), el contexto social de los sujetos a estudio, o la sintomatología de algunas patologías mentales (como la depresión, la ansiedad, alucinaciones, etc.)[7].

Ya en el siglo XXI, el estigma y la discriminación social que sufren estos pacientes continúa presente[8]. Especialmente, existen tres características que generan mayor rechazo en la población, y son: el grado de responsabilidad imputable al propio enfermo, la peligrosidad atribuible a estereotipos, y la rareza o grado en que los encuestados consideran que el trastorno psiquiátrico que padece el individuo es poco frecuente[9]. Por todo esto, la violencia y la percepción de ser considerados como una amenaza, continúan siendo los estereotipos más comunes asociados a las personas con trastorno mental grave[10,11]. Estas creencias han sido potenciadas por los medios de comunicación como la radio, la prensa, y especialmente la televisión. Esta última no sólo a través de programas de carácter informativo, sino también mediante los de entretenimiento como son las series, el cine, e incluso el cine infantil producido por Walt Disney[10,11].

En la actualidad, a pesar de estos prejuicios existentes, diversos estudios nacionales e internacionales, evidencian que el riesgo de victimización de los individuos con trastorno mental grave es más elevado que en el resto de la ciudadanía, y sólo un pequeño porcentaje de los encuestados (alrededor del 12%) indica no haber sufrido nunca ningún tipo de violencia[12-15]. En Estados Unidos (EEUU), la tasa de victimización violenta en este colectivo triplica la media nacional de ese país[16-18]. Pese a la elevada incidencia y a la vulnerabilidad de estos pacientes, además, algunas investigaciones ponen de manifiesto que son menos propensos a denunciar este tipo de vivencias y que, cuando finalmente lo hacen, su credibilidad es menor en comparación con el resto de la población[19]. En este contexto, la herramienta más importante para llevar a cabo intervenciones que reduzcan el impacto, el estigma y el riesgo de victimización de los individuos con trastorno mental grave es la educación sanitaria que realizan los profesionales de la salud[13,20].

JUSTIFICACIÓN DE ELECCIÓN DEL TEMA

El motivo de la elaboración de este Trabajo de Fin de Grado surge tras la rotación de las prácticas asistenciales en una unidad de hospitalización psiquiátrica de media estancia. Allí, los testimonios de los pacientes me permitieron poner el foco en la problemática de la violencia en la enfermedad mental desde sus vivencias, tanto de agresores como de receptores de violencia.

Teniendo en cuenta mi escaso conocimiento en este tema, y la gran importancia que la educación sanitaria tiene en la prevención de estas situaciones, este trabajo busca profundizar en la violencia y la victimización de la persona con trastorno mental, y analizar las intervenciones y el papel activo que tiene la enfermería para conseguir ese objetivo.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo es profundizar en la relación entre Trastorno Mental Grave (TMG), victimización y violencia.

En cuanto a los objetivos específicos, se establecen los siguientes:

- Analizar los factores protectores que disminuyen el riesgo de violencia y victimización de las personas con TMG.
- Analizar los factores de riesgo que influyen en la violencia y en la victimización de las personas con TMG.
- Conocer las intervenciones en las que puede tomar parte la enfermería, dirigidas a disminuir la incidencia de violencia y victimización en las personas con TMG.

METODOLOGÍA

Este Trabajo de Fin de Grado corresponde a una revisión bibliográfica, de la cual se ha obtenido la información consultando diversas fuentes que se detallan a continuación:

Bases de datos: las bases de datos utilizadas para la búsqueda de artículos científicos han sido seleccionadas por ser las que se han considerado más accesibles, así como por contener artículos tanto internacionales como nacionales sobre el tema:

- PubMed-Medline (disponible en: https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.unican.idm.oclc.org/).
- Scopus (disponible en; https://www-scopus-com.unican.idm.oclc.org/search/form.uri?display=basic#basic).
- Dialnet (disponible en: https://dialnet-unirioja-es.unican.idm.oclc.org/).
- SciELO (disponible en: https://scielo.org/es/).
- Psicodoc (disponible en: https://www.psicodoc.org/).

Posteriormente, se han seleccionado los Descriptores en Ciencias de la Salud DeCS/MeSH en dos fases, según el contenido del trabajo a desarrollar, pero en ambas los operadores booleanos utilizados han sido “AND” y “OR.

- **1ª fase:** correspondiente a la elaboración de la introducción, antecedentes históricos y sociales, así como del estado actual del tema escogido para esta búsqueda. En ella se utilizaron los siguientes descriptores DeCS/MeSH:
    - Trastornos mentales graves/severe mental illness, historia/history, violencia/violence, victimización/victimization.
- **2ª fase:** correspondiente a la elaboración de los capítulos. En este caso, se realizó una nueva búsqueda bibliográfica en las mismas bases de datos pero con los siguientes DeCS/MeSH:
    - Trastornos mentales graves/severe mental illness, victimización/victimization, violence/violencia, víctimas de crimen/crime victims, pobreza/poverty, persona sin hogar/homeless persons, abuso físico/physical abuse, exposición a la violencia/exposure to violence, abuso emocional/emotional abuse, maltrato conyugal/spouse abuse, intervención psicosocial/psychosocial intervention.

En cuanto a los criterios de inclusión para la selección de los artículos, se han establecido los siguientes:

- Artículos publicados en los últimos 12 años (2010-2022).
- Escritos en idioma inglés y castellano.
- Acceso gratuito.

Tras la aplicación de estos criterios, la escasez de investigaciones encontradas relacionadas con la victimización en pacientes con TMG, supuso una limitación en la elaboración de este trabajo, motivo por el cual se decide ampliar el periodo de tiempo inicialmente establecido a los últimos 22 años (2000-2022). No obstante, pese a no cumplir ese criterio de tiempo, se han seleccionado también los siguientes artículos porque contienen información relevante en el tema investigado:

- Goodman LA, Thompson KM, Weinfurt K, Corl S, Acker P, Mueser KT, et al. Reliability of reports of violent victimization and posttraumatic stress disorder among men and women with serious mental illness. J Trauma Stress. 1999; 12(4): 587–599.
- Goldman HH, Gattozzi AA, Taube CA. Defining and Counting the Chronically Mentally III. Psych Serv. 1981; 32(1): 21–27.
- Vitores A, Traveset S, Tirado FJ, Domènech M. La desinstitucionalización y la crisis de las instituciones. Educación Social. 1999; (12): 20-32.

Lectura y análisis de libros de texto: lectura y análisis de cuatro libros de la Biblioteca de la Universidad de Cantabria (BUC), y que se encuentran citados en la bibliografía:

- "*La locura*" e *"Historia cultural de la psiquiatría: (re)pensar la locura"* de Rafael Huertas García-Alejo.
- *"Ciudadanos y locos: historia social de la psiquiatría"* de Klaus Dörner.
- "*Ética y modelos de atención a las personas con trastorno mental grave",* varios autores.

Otras fuentes en formato digital: con información que se ha considerado relevante y ha sido utilizada en la confección de este trabajo, quedando también recogidas en la bibliografía:

- Instituto Nacional de Estadística, disponible en: https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p470/p03/2012/&file=pcaxis.
- Consejería de Sanidad de Cantabria, disponible en: https://saludcantabria.es/.
- Organización Mundial de la Salud, disponible en: https://www.who.int/es.
- Programa puente de mediación social en enfermedad mental para centros de inserción social, disponible en: https://www.institucionpenitenciaria.es/documents/20126/0/GUIA_RAPIDA_UP+%281%29.pdf/ebc7d0a3-1222-7769-06da-fd1b093a72ad.
- Global Burden of Disease, disponible en: https://www.healthdata.org/gbd.
- Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental, disponible en: http://www.fedeafes.org/.
- National Institute of Mental Health, disponible en: https://www.nimh.nih.gov/.
- Real Academia Española, disponible en: https://www.rae.es/.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, disponible en: https://www.ohchr.org/es/ohchr_homepage.
- Ministerio de Sanidad, disponible en: https://www.sanidad.gob.es/.

CAPÍTULO 1.- TRASTORNO MENTAL GRAVE, VICTIMIZACIÓN Y VIOLENCIA

1.1.- Definición de Trastorno Mental Grave.

En 1946, en la Conferencia Sanitaria Internacional, es aprobada la definición de "*salud*" establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS)[21], según la cual corresponde a "*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*"[21]. De este modo, se comienzan a tener en cuenta los factores psicosociales, tan importantes en el ámbito de la salud de los individuos[21]. Pero a pesar de esto, no es hasta 1948 cuando en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la OMS, aparece por primera vez el término de "*trastornos mentales de causa no orgánica*", ya que en sus ediciones previas se descartaban los trastornos de origen psicológico[22]. Además de esto, también surgieron otros avances como el progreso de la psicofarmacología y la Declaración Universal de los Derechos Humanos adoptada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1948, según la cual todas las personas "*nacen libres e iguales en dignidad y derechos*", equiparándose los derechos de las personas con TMG a los del resto de la población[23]. Todo ello fue provocando desde los años sesenta la desinstitucionalización progresiva de los pacientes psiquiátricos, convirtiéndose en el principal logro en el campo de la salud mental[24,25]. Este movimiento buscaba abandonar el internamiento en los hospitales psiquiátricos para pasar a un tratamiento en la comunidad, adoptándose así el nuevo concepto de "*enfermedad mental crónica",* para referirse a pacientes con un trastorno mental grave y con una duración prolongada[25,26]. Pero este neologismo no fue muy aceptado por los profesionales sanitarios, por considerarlo muy genérico y no ser capaz de recoger el grado de afectación de la funcionalidad de quien lo padece[26]. Por este motivo, posteriormente, en los años ochenta, se define como "*enfermedad mental grave y duradera"* o TMG; aunque que desde entonces, ha seguido sufriendo numerosas variaciones[26,27].

El siguiente avance, aparece en 1952, tras la Segunda Guerra Mundial, cuando se produce la estandarización del lenguaje utilizado en salud mental[22]. La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) publica, con cierto rechazo entre los profesionales de este ámbito, el primer Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-I)[22]. Su mala acogida inicial fue, entre otros motivos, por considerarse mejorable en varios aspectos como bajo número de criterios diagnósticos, falta de consenso entre los profesionales lo utilizaban, dificultad para su informatización, etc.[22] En sus posteriores ediciones, se introducen mejoras en la fiabilidad, validez y precisión que provocan que éste sea el manual de referencia utilizado en el ámbito de la salud mental, en detrimento de la utilización de la CIE promovida por la OMS[22].

En 1981 H. Goldman realiza una investigación para delimitar las características definitorias del TMG[27]. Su objetivo era poder así incluir estrategias gubernamentales mejor adaptadas a las necesidades de este grupo de pacientes[27]. Este estudio divide el concepto de TMG en tres dimensiones principales, que serán posteriormente reconocidas internacionalmente como los pilares fundamentales de estas patologías, y son los siguientes[27]:

1. ***Los diagnósticos***: principalmente los trastornos psicóticos, esquizofrenia, trastorno depresivo mayor, trastorno paranoide, etc. Muchas de estas enfermedades provocan hospitalizaciones prolongadas, lo que guarda relación con la discapacidad.
2. ***La discapacidad***: se entiende como "*la imposibilidad total o parcial de realizar tu rol habitual*"[27]. Muchas de las enfermedades mentales, provocan una afectación de la funcionalidad en todas las esferas de la vida de la persona, ya sea en el autocuidado, la comunicación, las relaciones sociales, independencia económica, etc.
3. ***La duración:*** se refiere al tiempo prolongado de hospitalización. Este estudio estipula que al menos debe ser de un año; pero esta temporalización es controvertida, puesto que muchos de estos pacientes viven en residencias o bien en la comunidad y presentan numerosos ingresos cortos al año.

En la actualidad, a pesar de que el concepto de TMG no posee una definición universalmente aceptada, es la realizada en 1987 por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH), la que mayor consenso ha alcanzado[28]. Corresponde a "*un trastorno mental, conductual o emocional que resulta en una discapacidad funcional severa, que interfiere sustancialmente o limita una o más actividades básicas de la vida diaria*"[29]. Esta acepción, así como las dimensiones establecidas por el trabajo de H. Goldman, son las utilizadas para la definición de TMG en el "*Plan de Salud Mental de Cantabria 2022-2026*"[30].

Hoy en día, la mayoría de las investigaciones revisadas coinciden en que el diagnóstico de TMG debe poseer las siguientes características[24,28]:

- Cursar con un comportamiento desviado de la norma, cuya sintomatología conductual pueda suponer riesgo o peligro para el propio paciente o para los demás, y que además causen a ambos malestar.
- Afectar a la funcionalidad de todas las esferas de la vida de la persona (laboral, social y familiar).
- Tener una duración o tiempo de evolución prolongados.

1.1.1.- Diagnóstico.

Los diagnósticos incluidos en el concepto TMG es un tema controvertido entre los profesionales[28]. Hay argumentos que defienden que este criterio no debe ser excluyente por sí mismo, sino que debe considerarse siempre junto con los otros pilares de temporalidad y disfuncionalidad[28]. En el anexo A se analizan los criterios diagnósticos que establece en la actualidad el DSM-V para los trastornos psiquiátricos contemplados en la "*Guía de Práctica Clínica de intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave"* (GPC), publicada por el Ministerio de Sanidad y Política Social en su "*Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud"*[31]. Según el trabajo de H. Goldman, las enfermedades con mayor prevalencia dentro de este término son los trastornos psicóticos, como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la depresión mayor y el trastorno paranoide[27].

En cuanto a la sintomatología, un estudio nacional realizado en pacientes con TMG en Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPL) en 2012, pone de manifiesto que, a pesar de la heterogeneidad de los pacientes incluidos bajo este concepto, en general, éstos presentan características comunes como son[32]: un bajo nivel de afrontamiento del estrés, dificultad en la resolución de conflictos en la vida cotidianas, problemas para mantener el empleo/estudios/labores domésticas y dificultades en la toma de decisiones importantes. Además también existe un apoyo familiar discontinuo o poco estable, unas habilidades y relaciones sociales muy escasas o inexistentes, y una existencia de falta de rol, entendiendo como tal la disminución de los intereses y aficiones[32].

En este mismo estudio, se evidencia que éstas características se pueden dividir en[32]:

- Síntomas positivos o psicóticos: cambios en la actitud y el comportamiento, ideas delirantes, alucinaciones, pérdida de concentración, comportamiento agresivo y estereotipado, etc.
- Síntomas negativos o de déficit: pérdida de interés en actividades o apatía, falta de satisfacción y placer, aislamiento social, etc.

Por un lado, la presencia de sintomatología negativa se relaciona en mayor medida a un peor funcionamiento global, mientras que por otro la positiva se vincula a un peor funcionamiento psicosocial[32].

1.1.2.- Discapacidad.

El aspecto de la discapacidad o disfuncionalidad de la definición de TMG es considerado como imprescindible por la práctica totalidad de los profesionales sanitarios[28].

La Real Academia Española (RAE) la define como una "*situación de la persona que, por sus condiciones físicas, sensoriales, intelectuales o mentales duraderas, encuentra dificultades para su participación e inclusión social*"[33]. En cambio, la OMS, en su Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), destaca la diferencia entre los siguientes términos[34]:

- **Deficiencia**: "*anormalidad (desviación significativa) o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica*"[34]. Éstas pueden ser permanentes, reversibles, dinámicas, estáticas, leves, graves, etc.
- **Restricción en la participación (anteriormente minusvalía)**: *"problemas que puede experimentar un individuo para implicarse en situaciones vitales en comparación con la participación esperable de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad."*[34]
- **Discapacidad**: "*término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una "condición de salud") y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).*"[34]

En cuanto a los modelos asistenciales que abordan este término de discapacidad, se diferencian dos[34]. Por un lado se encuentra el médico, centrado en solucionar o mejorar lo máximo posible la adaptación de la discapacidad[34]. Por otro, existe el modelo social, que entiende que el origen de la discapacidad se encuentra en la sociedad y debe ser solucionado desde la política[34]. La CIF integra ambas visiones, entendiendo este concepto como multifactorial, influenciado por factores físicos internos de salud, sociales y ambientales, algunos de los cuales pueden retroalimentarse entre sí[34]. Por tanto, según la OMS, las actividades (tareas o acciones) que puede realizar una persona son condicionadas por[34]:

- ***Condición de salud:*** las enfermedades o trastornos que ésta tenga.
- ***Las funciones y estructuras:*** hace referencia a las funciones fisiológicas de los distintos sistemas del cuerpo (incluyendo las psicológicas) y a las partes anatómicas de éste (órganos, músculos, huesos, etc.).
- ***Grado de participación:*** o involucración en situaciones de la vida diaria en distintas áreas como las relaciones sociales, el autocuidado, etc.
- ***Factores ambientales:*** factores sociales, del entorno, leyes, etc.
- ***Factores personales:*** del propio individuo, como es el concepto que tenga el individuo sobre la discapacidad, su edad, sexo, etc.

Además, estas actividades pueden a su vez influir en la estructura y fisiología de su cuerpo, en el grado de participación que éste presenta, o en su condición de salud, formando de este modo interacciones y bucles de retroalimentación en el proceso[34].

En cuanto a la medición de la discapacidad, existen diversas escalas que valoran el grado de independencia y de funcionamiento global de los pacientes en distintas áreas como el autocuidado, el afrontamiento al estrés, la autopercepción, etc[27,32]. Algunas de ellas son la Global Assessment of Functioning o la Escala de Valoración del Desempeño Psicosocial (EVDP)[27,32].

Según los últimos datos del Global Burden Disease (GBD) del año 2019, España se encuentra entre los países europeos que presenta mayor tasa de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) por cada enfermedad mental, siendo superada únicamente por Irlanda y Suiza[35]. Esto supone que nuestro país es el tercero en Europa en años de vida saludable perdidos a causa de una enfermedad mental[35,36]. Diversos estudios tanto a nivel nacional, como europeo (ESEMeD)

evidencian esta discapacidad asociada a trastornos mentales como la depresión o el trastono bipolar[37,38]. También recogen más específicamente, que las puntuaciones de deterioro en ciertas áreas como la laboral o el grado de participación social, pueden ser más elevadas en el trastorno mental común (TMC) en comparación con las obtenidas en el TMG[37]. En una muestra de pacientes con TMG que se encontraban en CRPL en Castilla La Mancha durante los años 2006 y 2007, se evidenció que las áreas del funcionamiento psicosocial más afectadas (tasas superiores al 60%) fueron las representadas en el siguiente gráfico 1[32].

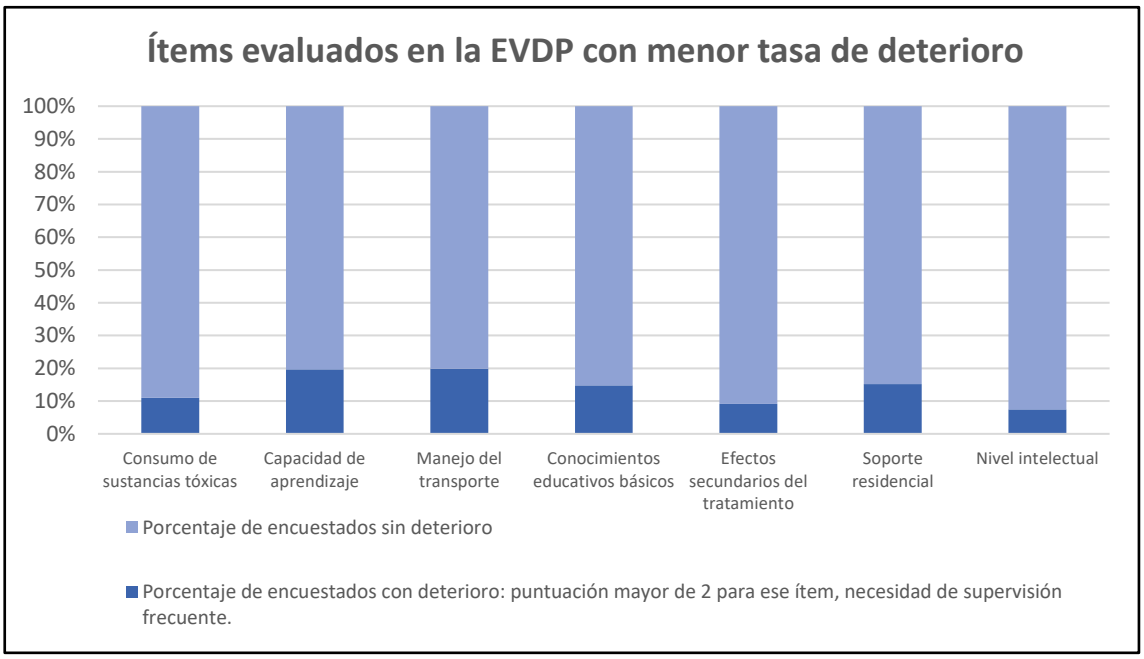

Gráfico 1. Elaboración propia.

En contraposición, los porcentajes más bajos de deterioro (inferiores al 20%) extraídos del estudio, pertenecen a las áreas representadas en la gráfico 2[32].

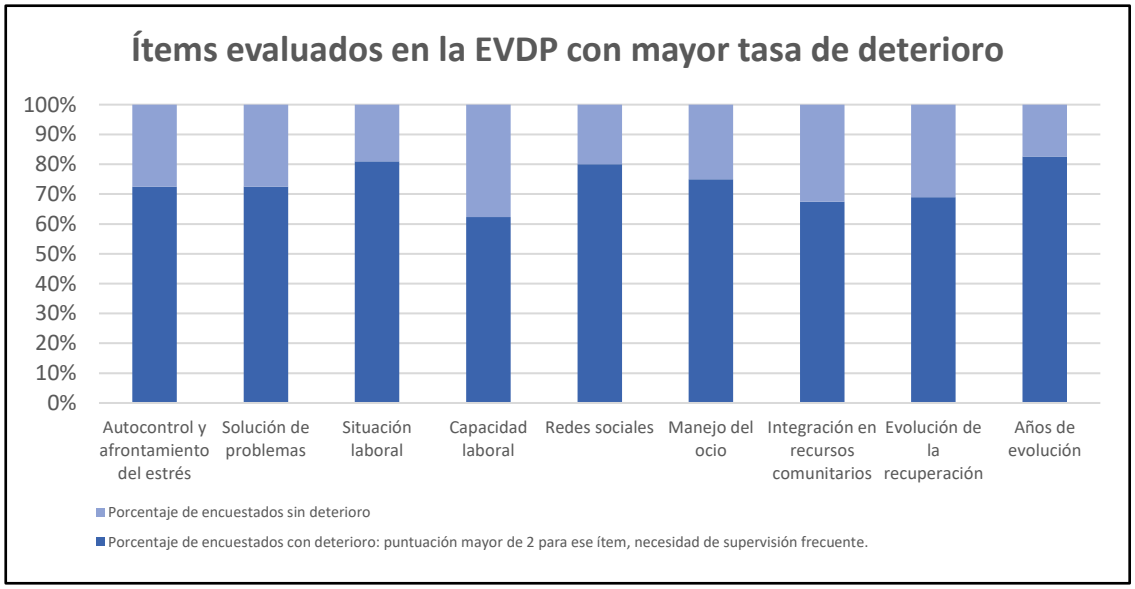

Gráfico 2. Elaboración propia.

1.1.3.- Duración.

El concepto de enfermedad mental ha sufrido modificaciones a lo largo de la historia, y con él también la determinación de su duración, siendo en la actualidad, según la bibliografía revisada, un parámetro muy controvertido[28,31]. Como recoge una investigación cualitativa publicada en

Málaga en el 2014, existe cierto rechazo a este criterio entre distintos profesionales del campo de la salud mental, entre ellos enfermeras, auxiliares, psiquiatras, psicólogos o trabajadores sociales[28]. El argumento principal que éstos esgrimen es que la duración del trastorno es un criterio necesario para el diagnóstico de TMG, pero que no debe ser limitante, pues se puede excluir a los pacientes que se encuentran en fases iniciales de la enfermedad, y existe el riesgo de hacerlo también con quienes, por otros criterios como la disfuncionalidad o el uso elevado de recursos sanitarios, sí que encajarían dentro de esta definición de TMG[28].

En la GPC para el TMG del Ministerio de Sanidad, se define el tiempo de evolución considerado para el diagnóstico de TMG como "*una evolución del trastorno de dos años o más, o deterioro progresivo y marcado del funcionamiento en los últimos 6 meses, aunque remitan los síntomas"*[31], e incluye también como válidos los siguientes criterios establecidos por el NIMH[31]:

- "*Haber recibido tratamiento psiquiátrico intensivo (mayor al ambulatorio) más de una vez en la vida"*[31].
- *"Haber recibido apoyo residencial continuo que no sea la hospitalización por un tiempo suficiente para que haya interrumpido significativamente su situación vital"*[31].

1.2.- TMG y victimización.

La palabra "victimización" proviene de la palabra *"*victimizar*"*, que es definida por la RAE como "*convertir en víctimas a personas o animales"*[39]. Es necesario por tanto profundizar en la palabra *"víctima"*. De las diferentes acepciones existentes en este diccionario, se ha seleccionado para este trabajo la referente a la rama de derecho, según la cual corresponde a *"persona que padece las consecuencias dañosas de un delito"*[40].

En el campo de la victimología este término es definido de manera más amplia. Esta rama de la criminología estudia las víctimas de los delitos y su comportamiento, y distingue entre[41]:

1. **Víctima directa:** es la propia persona la que sufren el delito.
2. **Víctima indirecta:** familiares o amigos del círculo social de la persona afectada que sufren daños psicológicos "colaterales".

Por tanto, "victimización" puede entenderse como un "*mecanismo por el cual una persona se convierte en sujeto pasivo de un hecho punible"*[41]. Este es un concepto que engloba tanto el delito o agresión como las consecuencias que éste genera en el individuo afectado, y se diferencia en tres tipos[41]:

1. **Victimización primaria:** puede ser psicológica, física, sexual o material; y corresponde a la experimentada por la víctima tras la comisión del delito y sus efectos o daños directos derivados de ella.
2. **Victimización secundaria:** es la llamada "*revictimización"* y viene derivada por la denuncia de los hechos. Corresponde al sufrimiento que causa en la víctima el proceso penal que se lleve a cabo. Se puede considerar de mayor gravedad que la anterior, porque potencia los daños sufridos inicialmente.
3. **Victimización terciaria:** su definición no es unánime. Algunos autores la consideran que corresponde a la derivada del sistema legal y proceso penal sobre el propio delincuente. Otros en cambio refieren que es la atribuida a la red social de la víctima primaria. Por último, también se ha asociado a sentimientos de falta de apoyo o de abandono por parte de su red social, cuando la víctima vuelve a la vida cotidiana tras la finalización del proceso judicial.

Fuera del ámbito académico, existe otra definición ampliamente aceptada, la descrita por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), que corresponde a "*las personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de los derechos fundamentales, como*

consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los Estados Miembros, incluida la que proscribe el abuso de poder"[42].

Existe además un último concepto, que corresponde a la "*victimización desconocida u oculta*"[43]. Son casos que no llegan a ser denunciados ante las autoridades, y por tanto nunca son investigados ni tenidos en cuenta en la realización de estadísticas[43]. Además, en el caso de las personas con enfermedad mental, éstas se enfrentan a una barrera añadida ante la denuncia de una victimización, al ponerse en duda su veracidad en comparación con el resto de población[19,43].

1.3.- TMG y violencia.

A nivel internacional, desde el año 1990, se han realizado numerosas investigaciones con el objetivo de estudiar la asociación entre violencia y pacientes con TMG[44], pero los resultados no son concluyentes debido a las diferencias metodológicas existentes entre ellas[44]. Sí se ha evidenciado que este vínculo aparece en algunos trastornos mentales específicos, como conductas delictivas violentas y trastornos psicóticos o de la personalidad; aunque su intensidad varía ampliamente en función de la enfermedad que se estudie[44].

No es posible generalizar la relación entre violencia e individuos con TMG[44]. La mayoría de los estudios coinciden en que este riesgo atribuible a estos pacientes se haya en torno al 5%, porcentaje que varía en función de la violencia total del país[44]. Uno de los artículos más influyentes en esta línea de investigación es el estudio de MacArthur (The MacArthur Violence Risk Assessment Study), realizado entre los años 1992 y 1995[45]. Su objetivo era confirmar que un grupo de pacientes psiquiátricos en seguimiento ambulatorio tras una hospitalización reciente presentaba mayor violencia atribuible en comparación a la población general de las mismas zonas residenciales[45]. La principal conclusión extraída fue que existe una mayor tasa de violencia únicamente en enfermos con un abuso de sustancias concomitante[43]. Estos resultados han sido utilizados posteriormente como evidencia de que los enfermos mentales no son más peligrosos que otros individuos[45].

En esta línea de argumentación, en un estudio realizado en EEUU durante el 2008 se realiza una revisión de las investigaciones relacionadas tanto con la violencia como con la victimización en pacientes con TMG, publicadas desde los años 1990 hasta esa fecha[46]. Los resultados obtenidos mostraron que, en aquellos pacientes en seguimiento ambulatorio, las tasas de comisión de actos/comportamientos violentos fueron mucho menores en comparación con las tasas de violencia experimentada. Además, en ambos casos las tasas incrementaron considerablemente cuanto mayor era el tiempo de seguimiento, tal como se muestra en el gráfico 3[46].

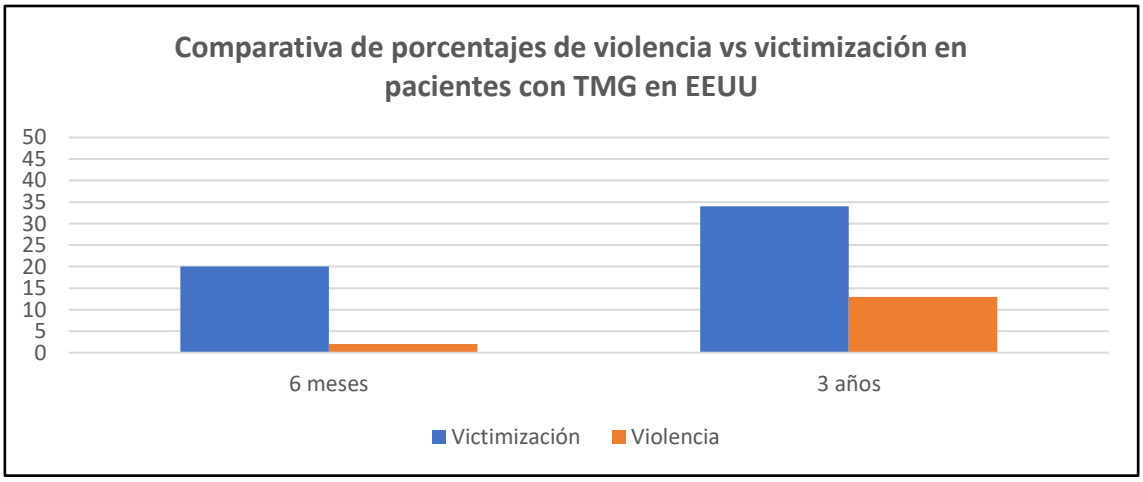

Gráfico 3: Elaboración propia.

Posteriormente en 2009, otra revisión bibliográfica de estudios publicados entre los años 1970 y ese mismo año, recoge que el riesgo de violencia se incrementa cuando existe comorbilidad de psicosis junto con abuso de sustancias, avalando los hallazgos encontrados en el estudio de MacArthur[47]. Además a lo largo de los años, también se han seguido estudiado otros factores de riesgo como la marginalidad, el sexo o la edad, de los cuales se concluye que el mayor comportamiento violento aparece en jóvenes de sexo masculino[44].

Recientemente, en 2018, una investigación realizada en Países Bajos con pacientes con TMG, muestra que el diagnóstico de trastorno de la personalidad es el que mayor tasa de victimización y de ejecución de violencia presenta, además de estigmatización y discriminación añadida[14]. La tasa general de ejecución de actos violentos que se obtuvo en el estudio, entre todos los participantes diagnosticados con TMG, fue del 17,5%, en comparación al 46,8% de tasa de victimización, representado en el gráfico 4[14].

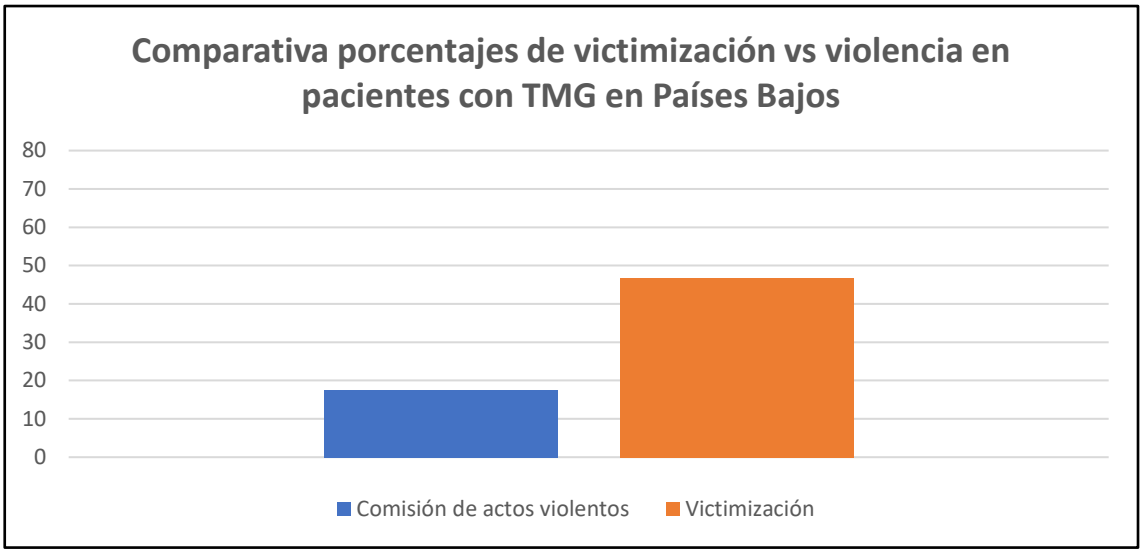

Gráfico 4: Elaboración propia.

Estos resultados concuerdan con otras investigaciones que estudian los factores asociados al comportamiento violento en estos pacientes, y evidencian una relación bidireccional entre la victimización que sufren las personas con enfermedad mental y las agresiones ejercidas por ellos[18]. De este modo, se establece que a mayor número de agresiones sufridas, mayor es también la probabilidad de presentar posteriormente un comportamiento agresivo[18].

La violencia que ejercen las personas con TMG suele ser dirigida principalmente contra ellos mismos; pese a que los medios de comunicación y la presión mediática siempre se hacen eco de crímenes y agresiones perpetrados por ellos hacia los demás[48]. Por ello, la asociación que hace la población entre peligrosidad y enfermedad mental perpetúa la creencia de que aquellos que presentan algún trastorno psiquiátrico son personas imprevisibles y agresivas, y con ella su estigmatización[48]. Además, las conductas violentas suelen ser más comunes en enfermedades que se presentan por brotes (como algunos diagnósticos del espectro de la esquizofrenia) y que presenten signos de alarma previos, como aislamiento, incomunicación, conductas extrañas, problemas en el entorno, etc.)[48]. Aunque en la esquizofrenia en concreto, si cursa con síntomas positivos (debido a un tratamiento inadecuado, mala adherencia al tratamiento, combinación de psicofármacos prescritos con otros medicamentos o drogas, etc.), este comportamiento agresivo se dirige hacia el cuidador habitual del paciente (progenitores)[48].

CAPÍTULO 2.- FACTORES RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA Y VICTIMIZACIÓN EN EL TMG

Como se ha expuesto anteriormente, varios estudios internacionales, establecen que el riesgo de una conducta agresiva o violenta en pacientes con TMG es mayor que en la población general[49]. Los factores de riesgo asociados a la violencia en personas con TMG, según un estudio realizado en el año 2000 en EEUU, se pueden clasificar en dos categorías[50]:

- **Factores estáticos:** imposibles de modificar, como la edad, el sexo, etc., o bien no muy susceptibles de cambio, tales como la personalidad psicopática o variables demográficas como el sexo, edad, nivel socioeconómico, etc.).
- **Factores dinámicos:** que pueden ser modificados mediante intervenciones. A su vez, estos factores pueden dividirse en:
    - **Factores dinámicos estables:** aquellos que pueden modificarse pero que presentan cierta duración en el tiempo y en distintas situaciones, como por ejemplo el alcoholismo o la sintomatología psicótica.
    - **Factores dinámicos agudos:** estados que cambian con mucha rapidez, tales como la embriaguez, abuso de sustancias o la excitación sexual.

Una de las guías más reconocidas en los ámbitos psiquiátrico, penitenciario o forense para la medición y predicción del riesgo de violencia es la HCR-20[51,52]. Ésta clasifica y evalúa distintas variables clasificadas en tres ítems que se desarrollan en la tabla 1[50-52]:

Tabla 1: Ítems evaluados en la escala HCR-20.

Ítems históricos	H1.- Violencia previa. H2.- Edad del primer incidente violento. H3.- Relaciones inestables de pareja. H4.- Problemas relacionados con el empleo. H5.- Problemas con el consumo de sustancias adictivas. H6.- Trastorno mental grave. H7.- Psicopatía. H8.- Desajuste infantil. H9.- Trastorno de personalidad. H10.- Incumplimiento de la supervisión.
Ítems clínicos	C1.- Carencia de insight. C2.- Actitudes negativas. C3.- Presencia de sintomatología de trastorno mental grave. C4.- Impulsividad. C5.- No responde al tratamiento.
Ítems de gestión del riesgo	R1.- Ausencia de planes de futuro viables. R2.- Exposición a factores desestabilizantes. R3.- Carencia de apoyo social. R4.- Incumplimiento del tratamiento prescrito. R5.- Alto nivel de estrés.

Nota: Elaboración propia.

Muchas de estas variables concuerdan con los factores de riesgo de victimización en pacientes con TMG encontrados en la revisión bibliográfica[18,49]. Es por este motivo por el cual a continuación se realiza un análisis conjunto tanto de los factores de riesgo como protectores comunes a ambos procesos.

2.1.- Factores de riesgo de victimización y violencia.

Estas barreras o limitaciones derivadas del estigma y la discriminación asociados al diagnóstico psiquiátrico, se encuentra presente tanto en el ámbito personal como en el estructural[44].

El sexo.

Violencia y sexo: en cuanto a los comportamientos violentos, a pesar de que en la población general es más prevalente en el sexo masculino; lo cierto es que en los individuos con TMG no se han observado diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres[50].

Victimización y sexo: la victimización por violencia sexual y doméstica es habitual en mujeres con TMG, y como consecuencia, la morbilidad psicosocial que presentan es mayor que la observada en la población general[53]. Además, la incidencia de violencia contra la pareja es también mucho mayor en estas pacientes[18,54]. La violencia en el entorno familiar resultó común para más de la mitad entre aquellas que convivían con sus familias[54]; y concretamente, en el caso de las agresiones o delitos sexuales, son principalmente realizados por parejas actuales o exparejas (74,98%)[54,55]. En esta línea, un estudio realizado en Madrid en 2010 recoge que el 74% de las mujeres con TMG declaró haber sufrido algún tipo de violencia (la más común la psicológica, seguida de la física y la sexual) a lo largo de su vida adulta[54]. Por todo esto, ser mujer se puede considerar como un factor de riesgo de victimización en pacientes con TMG[54].

La edad.

Violencia y edad: las personas, con edades comprendidas entre la adolescencia y la veintena son mucho más propensas a presentar conductas agresivas o violentas, tanto en la población general como en los pacientes con TMG[50]. A pesar de esto, la edad no se considera un factor predictor de violencia muy fiable en estos enfermos, ya que en fase aguda, no queda claro si estos comportamientos deben ser atribuidos a la edad o a la sintomatología psiquiátrica[50].

Victimización y edad: su relación aumenta exponencialmente hasta los 50 años aproximadamente, momento en el cual a mayor edad, menor es la probabilidad de que los individuos presenten conductas de riesgo o se expongan a situaciones peligrosas[18].

Marginalidad y desempleo.

Violencia y marginalidad: una situación de mendicidad prolongada, por sí misma, aumenta cinco veces el riesgo de una conducta delictiva en cualquier individuo[56]. En un estudio nacional publicado en el 2017, consta que el trastorno por abusos de sustancias (politoxicomanía) junto con una mendicidad sostenida (mayor de un año), son los principales factores de riesgo para desarrollar una conducta criminal en las personas sin hogar (PSH) con TMG[56]. En esta investigación, se observó que de la totalidad de la muestra de PSH con TMG, menos de la mitad presentaban un historial delictivo previo[56]. A su vez, entre aquellos con antecedentes penales, más de la mitad habían estado en prisión al menos una vez por "*delitos graves*" (delitos contra la vida, indemnidad sexual, etc.), tal como se muestra en el gráfico 5[56].

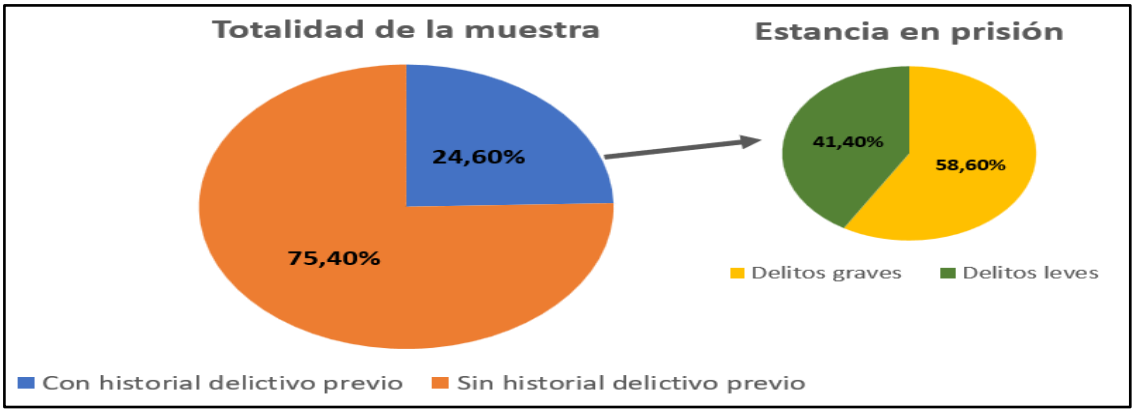

Gráfico 5: Comparativa de porcentajes de historial delictivo previo y estancia en prisión.
Fuente: Elaboración propia.

Victimización y marginalidad: tanto la marginalidad como la mendicidad son situaciones que aumentan las probabilidades de sufrir agresiones[56-58]. Entre los diagnósticos de enfermedades mentales más vulnerables a quedarse sin hogar en comparación con el resto de la población se encuentra la esquizofrenia[58].

Victimización y desempleo: en relación con la mendicidad, el desempleo supone a su vez un factor de riesgo para esta condición[57-59]. Las personas con TMG tienen mayor riesgo de victimización ya que son mucho más propensas a encontrarse jubiladas, en desempleo o con discapacidad[57]. En España, las tasas más altas de desempleo según datos del 2016 recogidos en la Encuesta de Población Activa (EPA), corresponden a las personas con discapacidad asociada a enfermedad mental, incluso en comparación con otros tipos de discapacidades (físicas, sensitivas, etc.)[60]. Datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística (INE), demuestran que la tasa de actividad (personas activas laboralmente entre el total de población en edad de trabajar[61]) de las personas con discapacidad asociada a enfermedad mental prácticamente no ha variado entre los años 2017 y 2021, manteniéndose la más baja casi en todo momento cuando es comparada con otros tipos de discapacidades, tal como se muestra en el gráfico 6. Estas barreras o limitaciones que se encuentran las personas con TMG en el acceso al empleo y vivienda forman parte de otro tipo de victimización, la cual deriva del estigma y la discriminación asociados a su diagnóstico psiquiátrico, y se encuentra presente tanto en el ámbito personal como en el estructural[44].

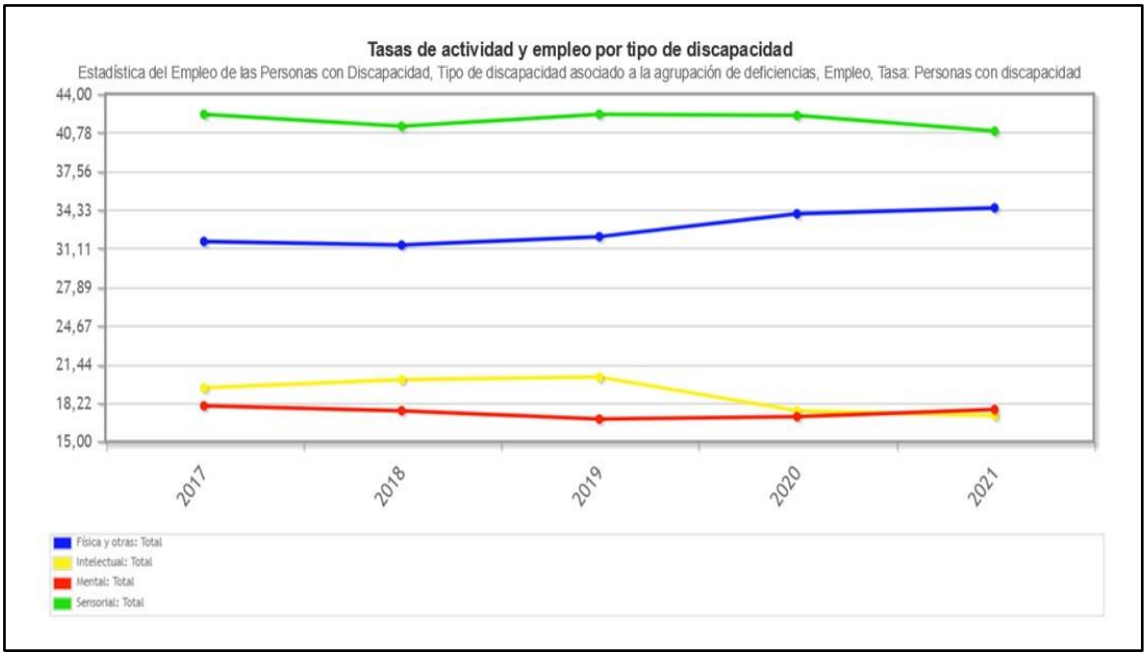

Gráfico 6: Instituto Nacional de Estadística (INE). Tasas de empleo (%) por tipo de discapacidad. [Internet]. [Consultado el 22 de enero de 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=29822#!tabs-grafico.

Antecedentes personales.

Violencia y antecedentes personales*:* el historial previo de conductas delictivas o violentas, es el factor predictor más importante de violencia tanto en la población general como en las personas con TMG, ya sean menores o adultos[50].

Victimización y antecedentes personales*:* un historial previo de violencia física o maltrato infantil, se relaciona con mayor severidad de los síntomas psiquiátricos y con manifestaciones clínicas más complejas[53]; así como con puntuaciones más elevadas de agresividad, formándose así un

bucle que relaciona victimización pasada, violencia y riesgo de victimización futura[15,18]. En esta línea, varios estudios demuestran que existe una relación causal entre comportamiento violento del individuo con TMG y las agresiones que sufre, especialmente si existen conflictos familiares[20,62]. En este caso, el riesgo de reproducir ese mismo comportamiento en la edad adulta aumenta[7].

Consumo de sustancias tóxicas.

Violencia y consumo de sustancias tóxicas: la patología dual se entiende como un diagnóstico de abuso de sustancias en concomitancia con otro trastorno mental, y como se ha comentado anteriormente es un factor de riesgo de presentar comportamientos violentos[63]. Además, también genera mayor número de ingresos hospitalarios, uso de los servicios de urgencias, peor pronóstico y mayor dificultad para su tratamiento, y por tanto una tendencia elevada a la cronicidad[63]. Los diagnósticos más prevalentes en la patología dual son la psicosis, la esquizofrenia y los trastornos de personalidad límite y antisocial[63].

Victimización y consumo de sustancias tóxicas: el abuso de sustancias supone también un factor de riesgo para la victimización en los individuos con TMG[18]. Especialmente si son hombres con bajo nivel socioeconómico, solteros y con personalidad antisocial, el riesgo que presentan es mayor[18]. El tipo de droga consumida también es relevante, siendo más vulnerables a las agresiones los consumidores de cocaína, opiáceos (por los delirios e impulsividad que provocan) o el alcohol (estimula las conductas desinhibidas y alteran las capacidades cognitivas)[18].

Factores clínicos.

Violencia y factores clínicos: la sintomatología psiquiátrica, como los delirios de control del pensamiento, duplican el riesgo de presentar un comportamiento violento[50]. Los rasgos de la personalidad paranoides como la suspicacia o la percepción de amenazas inmotivadas también incrementan ese riesgo[50].

Victimización y factores clínicos: a mayor gravedad del trastorno, o presencia de alteraciones del comportamiento, mayor es el riesgo de sufrir abusos o agresiones[18]. Tras una victimización, a menudo la enfermedad mental empeora considerablemente[18].

2.2.- Factores protectores de victimización y violencia.

Insight y adherencia al tratamiento.

El insight puede entenderse como el nivel de conciencia que tiene el paciente sobre su enfermedad mental, su sintomatología, tratamiento y consecuencias sociales[64]. Un estudio realizado en Valencia en el 2012 con pacientes psicóticos, evidencia que ante una menor capacidad de introspección y control de impulsos, mayor es el comportamiento agresivo[65]. Por tanto, un buen insight puede mejorar la adherencia al tratamiento y la funcionalidad global de las personas con TMG, lo cual no solo reduce la probabilidad de reingreso hospitalario, sino que disminuye a su vez sus probabilidades de victimización[16,64]. Esta idea es avalada por un estudio realizado en Castilla y León en el 2014, donde se registra que pacientes diagnosticados de esquizofrenia de años de evolución en el momento de hospitalización, tenían menor insight en comparación con aquellos en tratamiento ambulatorio[64]; apareciendo los peores resultados en la conciencia de necesidad de tratamiento y en la conciencia de las consecuencias sociales de la enfermedad, como se representa en la gráfico 9[64].

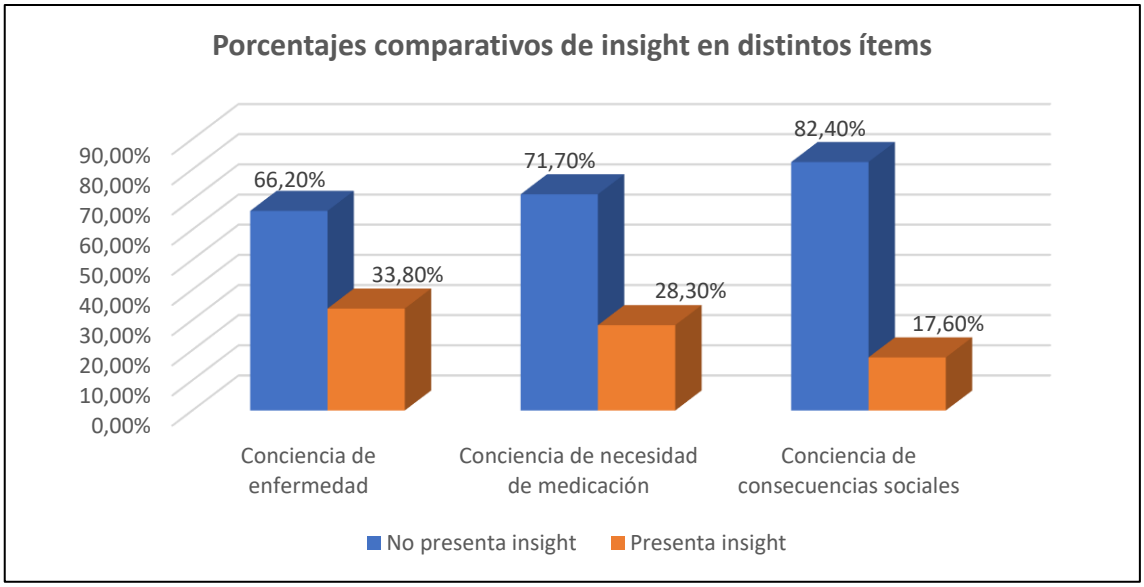

Gráfico 9: Elaboración propia.

Apoyo social.

Otro factor que disminuye considerablemente el riesgo de victimización en pacientes con TMG es la percepción de soporte social por parte de éstos[66]. Este apoyo, reduce las consecuencias negativas de la enfermedad tanto en la familia como en el enfermo, al estabilizar la sintomatología, disminuir las hospitalizaciones y mejorar su calidad de vida[66].

El apoyo social puede dividirse en dos ámbitos[66].

- **Estructural**: redes y vínculos sociales, familia, amistades, etc.
- **Funcional o expresivo**: que a su vez se divide en tres aspectos:
    - *Emocionales*: empatía, confianza, etc.
    - *Recursos instrumentales*: o resolución de problemas.
    - *Apoyos informativos*: disponer de información útil para la resolución de un contratiempo.

CAPÍTULO 3.- INTERVENCIONES Y PROGRAMAS

Como se ha desarrollado anteriormente, existen varios factores que aumentan la probabilidad de cualquier individuo a sufrir victimización[18]. Diversos modelos explicativos en el campo de la criminología buscan explicar estas causas, y uno de ellos es la "*teoría de las actividades rutinarias*"[18,67]. Ésta establece que la probabilidad de que suceda un delito o agresión viene delimitada por tres factores: un asaltante con motivación, una víctima apropiada y la ausencia o presencia de un factor o persona protectora[67]. Aplicando esta teoría al ámbito de la salud mental, la sintomatología psiquiátrica, juega un papel importante como "*asaltante con motivación"*, dado que los pacientes con TMG pueden ser manipulados por terceros para cometer un crimen, o bien presentar un comportamiento violento secundario a la sintomatología psiquiátrica[18,67]. Ejemplo de ello es la noticia extraída del periódico "*El Diario Montañés"*, representada en el anexo B. Por otro lado, también se ha comentado que los signos y síntomas del trastorno mental, pueden provocar que el paciente sea la "*víctima apropiada"* para sufrir agresiones[18].

En la bibliografía revisada para este trabajo no se ha encontrado ningún programa específico en nuestro país para el abordaje de la victimización. En cambio, sí se han desarrollado distintas intervenciones dirigidas a atajar la problemática de la violencia en las personas con TMG[32,64,68]. Todos los programas que combinan la rehabilitación psicosocial junto con el tratamiento farmacológico disminuyen las recaídas y mejoran la funcionalidad global de los pacientes, facilitando su integración social y laboral[69]. Por tanto, se hace necesaria la colaboración de todos los miembros del equipo multidisciplinar para alcanzar los objetivos planteados en la GPC para el TMG del Ministerio de Sanidad, que abarcan distintos niveles asistenciales. Dichos objetivos son[31]:

- Recuperación del bienestar personal y la autonomía.
- Mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.
- Mejorar la integración social.

Concretamente, entre las funciones del personal de enfermería como parte de este equipo multidisciplinar, se encuentra el promover, mantener o recuperar el estado de salud e independencia en el autocuidado de las personas. Y para ello es necesario valorar su motivación al cambio y conocimientos previos[70].

3.1.- Intervenciones para prevenir la violencia.

Tratamiento ambulatorio involuntario (TAI).

Como ya se ha recogido anteriormente, sin conciencia de enfermedad el riesgo de abandono del tratamiento y los problemas de abuso de alcohol y otras drogas son elevados, lo que a su vez favorece la aparición de conductas auto o heteroagresivas[64]. En estos casos, la opción de tratamiento menos coercitiva en comparación con el internamiento involuntario corresponde al TAI[64,70]. Pero no existe unificación de criterios por parte de los sanitarios en cuando a la eficacia de este programa[71]. Asociaciones como la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) argumenta que no sólo estigmatiza y discrimina a estos pacientes, sino que además no posee una base científica[72]. Se han encontrado estudios internacionales y nacionales, como uno realizado en Valencia en 2007, que recogen una disminución de ingresos hospitalarios, estancias hospitalarias y asistencia de urgencias en los seis meses posteriores a la aplicación de este tratamiento[64]. A pesar de estos resultados, no se han encontrado investigaciones que evidencien diferencias significativas en los resultados obtenidos comparándolo con pacientes en tratamiento voluntario[71,73].

Actualmente en nuestro país, al no existir una ley explícita que lo regule, se aplica, siguiendo el Código Penal, únicamente a individuos mayores de 18 años que presenten TMG o alteración

psíquica grave, y que hayan cometido un acto delictivo bajo un estado de intoxicación completa o de abstinencia a alguna droga[71-73].

En otros países en los que el TAI sí se encuentra regulado, éste presenta varias modalidades[71]:

- **Preventiva:** de recaídas, agravamiento del trastorno mental o la auto o heteroagresividad en caso de empeoramiento. Se encuentra en estados de EEUU como Nueva York o California.
- **Como alternativa al internamiento involuntario:** basado en el derecho a recibir el tratamiento que sea menos restrictivo de las libertades del paciente. Establecido en países como Israel o estados de EEUU como Alaska.
- **Post-alta:** es el establecido en varios países de la Unión Europea (Portugal, Francia, Alemania, Inglaterra, etc.). Está basado en la continuidad supervisada de los cuidados tras el alta de una hospitalización en una unidad de internamiento hospitalaria cerrada.

Las intervenciones realizadas en este programa son la gestión de casos y el tratamiento asertivo comunitario (TAC)[71]. Con ellas, el equipo asistencial multidisciplinar proporciona al paciente una atención multidisciplinar, integral y continuada durante un mínimo de 6 meses y un máximo de 1 año, que se centra en[71]:

- Administración de medicación junto con análisis de sangre y/o orina que corroboren la toma correcta del tratamiento por parte del paciente.
- Psicoterapia.
- Programación, supervisión y realización diaria de actividades (educativas, laborales, etc.).
- Control del consumo de drogas en caso de que exista.

Programa puente de mediación social para centros de inserción social (CIS).

Este programa existente en España desde 2013[74] surge a raíz de las deficiencias del Programa de Atención Integral a las Personas con Enfermedad Mental en el medio penitenciario (PAIEM), al observarse una falta en la continuidad de seguimiento y derivación a recursos comunitarios asistenciales tras la excarcelación[68].

Este programa lo lleva a cabo un equipo multidisciplinar formado por profesionales de la medicina, enfermería, trabajo social, psicólogos, juristas, etc.[68]; y va dirigido a personas trastorno mental en régimen abierto o de libertad condicional[68]. El objetivo es favorecer la reinserción social, ofreciendo un plan terapéutico y rehabilitador individualizado[75]. Las funciones a realizar son las siguientes[68]:

- *"Conocer la realidad de la patología mental de los usuarios del programa."*
- *"Diseñar y ejecutar el plan de reincorporación social."*
- *"Definir y ejecutar el tipo de actividades a realizar ya sean las propias del CIS o diseñar las específicas para ellos."*
- *"Diseñar, gestionar y facilitar una adecuada derivación a los recursos comunitarios."*
- *"Facilitar la comunicación de los usuarios con los juzgados correspondientes."*
- *"Asesorar y emitir los informes oportunos a la Junta de Tratamiento a los efectos que procedan."*

Los distintos tipos de actividades que se llevan a cabo deben realizarse tanto en el entorno comunitario como en el propio domicilio del paciente, y se dividen en dos tipos[68]:

- ***"Atención psicosocial"*:** realizar un seguimiento individualizado y continuo en el tiempo del proceso de rehabilitación.
- ***"Apoyo a una rehabilitación psiquiátrica y psicosocial"*:** encaminado a obtener una autonomía que asegure la adaptación en la comunidad. Se trabajan aspectos como las

actividades de la vida diaria y autocuidados, la psicomotricidad, el deporte, el ocio y tiempo libre, las habilidades cognitivas, sociales, personales y de afrontamiento, etc. Además, también se contempla la promoción del vínculo con la red de salud mental, atención a la familia del paciente, y programas centrados en la inserción laboral.

3.2.-Intervenciones para abordar la victimización.

Intervención Victoria.

Existen pocos estudios donde se evidencien intervenciones dirigidas a la prevención y abordaje de la victimización en pacientes con TMG[13]. Uno de los programas encontrados es la intervención Victoria, desarrollada en Países Bajos desde el 2018[13]. Es llevada a cabo por un equipo formado por psiquiatras, psicólogos y enfermeras de salud mental, que deben estar formados específicamente en ella para poder realizarla[13]. Tiene como objetivo aumentar la conciencia del paciente sobre las posibles situaciones de riesgo, promoviendo un participación social segura[13]. Para ello se establece en cuatro pasos un diálogo entre el profesional y el paciente con TMG sobre la victimización y todas las dificultades sociales a las que éste se enfrenta en su vida diaria[13]. Consiste en cuatro pasos focalizados[13]:

1. *Exploración*: en esta fase se observa el desempeño del paciente en actividades domésticas, así como el nivel de habilidad del paciente en contactos sociales, educación, empleo, etc. También registra la evitación o estancamiento en la realización de alguna actividad, así como posibles relaciones de estas situaciones con la victimización en cualquiera de sus tipos.
2. *Análisis*: esta fase se basa en investigar junto con el paciente el qué, quién, dónde y cuándo de sus experiencias relacionadas con la victimización y las dificultades encontradas en la participación social mediante la escucha activa.
3. *Clarificar el contexto*: se basa en conocer los motivos o deseos que llevan al paciente a tomar decisiones de riesgo para sí mismo.
4. *Pasos futuros*: el paso final es la discusión de los futuros pasos, planteando tres posibles resultados:
    - Continuar con la intervención Victoria, ya que es necesario más diálogo con el paciente.
    - Iniciar un programa de rehabilitación psicosocial posterior, para continuar trabajando en aquellas actividades que donde existan mayores dificultades para el paciente.
    - Considerar un posible tratamiento por un trauma tras la victimización, mediante la utilización del cuestionario "Trauma Screening Questionnaire TSQ", a través del cual una puntuación positiva en seis o más de los diez ítems, recomienda iniciar un tratamiento psicológico.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que no es efectiva en el aumento de la participación social y la disminución de victimización en pacientes con TMG; aunque sí se obtienen efectos positivos como la disminución de la percepción de discriminación en estos pacientes y un aumento de la percepción de apoyo social tras la intervención[76].

Tratamiento asertivo comunitario (TAC).

Esta modalidad terapéutica surge en EEUU en los años 70 como un tratamiento intensivo y holístico aplicado en la comunidad sobre pacientes con TMG[77]. Su objetivo es mejorar la adaptación del paciente con TMG tras el proceso de desinstitucionalización y solucionar el problema de "*puerta giratoria"* (numerosos y continuados ingresos tras las altas hospitalarias)[77]. Los criterios que debe cumplir un programa para ser considerado un TAC son los siguientes[77,78]:

- *Población definida:* pacientes con TMG, especialmente aquellos con muchos ingresos.

- *Ratio paciente/profesional:* el cual debe ser menor a 10 pacientes por profesional.
- *Equipo multidisciplinar:* el cual, según la "*Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026"* publicada por el Ministerio de Sanidad, debe estar formado por psiquiatras, psicólogos clínicos, personal de enfermería, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales[79]. En esta estrategia, uno de los objetivos específicos planteados en ella es la potenciación de estos equipos[79].
- *Responsabilidad:* entendida como una responsabilidad de los casos compartida entre los profesionales que formen el equipo de TAC.
- *Medio:* es decir, realizar la prestación de la mayoría de los servicios en el medio social y comunitario del propio paciente.
- *Servicio individualizado e integral:* en función de las características y necesidades de cada paciente, que incluyan servicios médicos, de psicoterapia y recursos sociales y comunitarios.
- *Cobertura:* ha de ser permanente, 24 horas al día todos los días de la semana.

Diversos estudios internacionales evidencian que esta intervención es efectiva en la adherencia terapéutica[31,77], en la mejora en la calidad de vida, y que además provoca una alta satisfacción entre los pacientes que la han recibido[77].

En España, el desarrollo de esta modalidad terapéutica varía mucho en función de las Comunidades Autónomas. El primer equipo de TAC, aparece en Avilés en 1999[77]. En cambio, en nuestra comunidad, el pasado "*Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019",* planteó como objetivo su introducción y desarrollo en todas las áreas sanitarias[80]. Pero, en el actual "*Plan de Salud Mental de Cantabria 2022-2023"* enfatiza la necesidad de un enfoque comunitario en el tratamiento TMG y de planes individualizados de tratamiento, pero sin hacer referencia a este modelo en específico[30].

CONCLUSIONES

El concepto de salud es dinámico y se ha ido adaptando a lo largo de la historia, hasta que la OMS incorpora el bienestar mental en su definición de 1946[21]. No obstante, las patologías mentales comienzan a aparecer en la CIE a partir del año 1948[22]. Concretamente, el término de TMG aparece en los años ochenta y pese a que sus criterios diagnósticos en la actualidad no son aceptados universalmente[28]; la mayoría de las definiciones concuerdan en que los pilares fundamentales de este concepto son el diagnóstico psiquiátrico, la duración, y la discapacidad asociada en el desempeño de diversas actividades básicas de la vida diaria[27].

De todos ellos, es el diagnóstico el criterio que más detractores presenta entre los profesionales de la salud mental, por considerarse necesario pero no indispensable[28]. En contraposición, el mayor consenso se ha encontrado en la discapacidad asociada, pues en la bibliografía revisada se considera el pilar más importante en relación con el TMG[28].

La relación entre violencia y enfermedad mental ha sido estudiada ampliamente evidenciándose que esta asociación no es generalizable a todos los trastornos mentales, pues varía en función del diagnóstico específico[44]. Además, aparece a menudo dirigida hacia personas cercanas y no hacia extraños, y ante sintomatología positiva como ideas delirantes o alucinaciones, que suelen presentar a su vez signos de alarma previos[44].

En los estudios revisados, se ha puesto de manifiesto la relación bidireccional entre haber sufrido victimización y la presencia de un comportamiento agresivo, por lo que ambos se encuentran íntimamente relacionados[18]. Además, en los que se realizaba una comparativa entre ambos en esta población, se ha comprobado que las tasas de victimización superan significativamente las de violencia[14,46].

En esta línea, a la hora de elaborar las intervenciones, estas deben ir dirigidas a atajar ambas problemáticas; y para ello es necesario tener en cuenta si los factores influyentes tanto en la violencia como en la victimización pueden ser modificables, como el abuso de alcohol y otras drogas; o por el contrario invariables, como es la personalidad del individuo o un historial previo de victimizaciones[18,49,50].

Los factores de riesgo comunes, asociados tanto a la violencia como a la victimización en personas con TMG, que han sido encontrados durante la elaboración de este trabajo han sido los siguientes: la edad[50], una situación de marginalidad o de desempleo[56], un historial delictivo previo[50], haber sufrido abusos en la infancia[15,18,53], existencia de una patología dual y/o consumo de sustancias tóxicas[63], y la propia sintomatología psiquiátrica que presentan estos pacientes[50]. Del mismo modo, se ha encontrado el sexo como un factor de riesgo para la victimización en las mujeres con TMG[54], mientras que en lo relativo al riesgo de violencia no se han encontrado diferencias en estos pacientes entre hombres y mujeres[50].

En lo relativo a los factores protectores relacionados con estos procesos, según la bibliografía consultada, no existen diferencias entre ambos, siendo los principales que se han encontrado el apoyo social[66], un buen insight[64,65] y una correcta adherencia al tratamiento[15,64].

En España existen diversos programas que proporcionan una atención integral e individualizada en el abordaje de la violencia en las personas con TMG[68]. Un ejemplo de ello es el PAIEM o el "*Programa puente de mediación social*", cuyo objetivo es la rehabilitación y la reinserción en la sociedad de estos pacientes durante su estancia en prisión y tras su excarcelación[68]. En cambio, en la bibliografía revisada, no se han encontrado intervenciones en nuestro país que aborden directa y específicamente la victimización de estos pacientes. Sí se han identificado programas como el TAC, que a pesar de no solucionar esta problemática, sí se ha evidenciado que promueve factores protectores como la adherencia al tratamiento[31].

Pero el abordaje de la victimización en personas con TMG sí se ha estudiado en Europa, siendo la intervención Victoria uno de los programas encontrados durante esta revisión bibliográfica[13]. De los resultados obtenidos tras el estudio de su efectividad, se concluye que provoca un aumento de factores protectores como el apoyo social percibido por los pacientes y una diminución en su percepción de discriminación, pero por otro lado se muestra ineficaz para la disminución de las tasas de victimización[76].

Este trabajo me ha brindado la posibilidad de profundizar en las numerosas dificultades a las que se enfrentan estos pacientes en su día a día, no sólo en cuanto a la violencia y victimización, sino también en relación con el estigma y los estereotipos, así como el gran impacto que todo ello tiene en su participación social y laboral, así como en su calidad de vida. No se ha podido profundizar en mayor medida en temas como la victimización en TMG desde una perspectiva de género, la mendicidad, el abuso de sustancias o el programa TAI, cuyos contenidos requerirían un trabajo en sí mismo. No obstante, los datos obtenidos me han permitido tomar conciencia de la necesidad de fomentar intervenciones y programas específicos dirigidos a la solución de estos problemas y los factores influyentes en ellos. A pesar de no haber encontrado ninguna intervención autónoma de enfermería relacionada con estas problemáticas, sí se ha evidenciado la necesidad de que sea un equipo multidisciplinar el responsable de llevar a cabo las actuaciones dirigidas al abordaje de la violencia y victimización en estos pacientes, ya que todos los programas encontrados en la revisión realizada para este trabajo ponen de manifiesto la necesidad de cooperación entre distintos servicios socio-sanitarios, así como de distintos profesionales, para poder atajar estas problemáticas. En todos ellos se establece al personal de enfermería como parte de estos equipos, siendo por tanto necesariamente partícipe de la solución.

BIBLIOGRAFÍA

1.- León Castro HM. Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico-social. Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan. 2005; VI(1): 33–42.

2.- Bermejo JC. Psiquiatría y lenguaje: filosofía e historia de la enfermedad mental. Rev Chil Neruo-Psiquiat. 2007; 45(3): 193-210.

3.- Dörner K. Pórtico histórico: la marginación de la irracionalidad. En: Ciudadanos y locos: historia social de la psiquiatría. Madrid, España: Taurus Ediciones S.A.; 1974. p. 29–34.

4.- Huertas García-Alejo R. Lunáticos y menlancólicos. Humores, vapores y enfermedades de los nervios en la Edad Moderna. En: Sánchez Tigeras C, directora. La locura. Madrid: Los libros de la Catarata; 2014. p. 49-67.

5.- Huertas García-Alejo R. Lo otro de la razón. La medicalización de la locura. En: Sánchez Tigeras C, directora. La locura. Madrid: Los libros de la Catarata; 2014. p. 67-93.

6.- Huertas García-Alejo, R. Conocer, organizar, persuadir. En: Historia cultural de la psiquiatría: (re)pensar la locura. Madrid, España: Los libros de la Catarata; 2012. p. 79-92.

7.- Nederlof AF, Muris O, Hovens JE. The epidemiology of violent behavior in patients with a psychotic disorder: A systematic review of studies since 1980. Aggress Violent Behav. 2013; 18(1):183-89.

8.- Stucchi-Portocarrero S. Estigma, discriminación y concepto de enfermedad mental. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2014; 76(4): 218-23.

9.- Feldman, David B.; Crandall, Christian S. Dimensions of Mental Illness Stigma: What About Mental Illness Causes Social Rejection? J Soc Clin Psychol. 2007; 26(2): 137–54.

10.- Ruiz M, Montes J, Correas Lauffer J, Álvarez C, Mauriño J, Perrino C. Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad Española. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2012; 5(2): 98-106.

11.- Muñoz M, Pérez-Santos E, Crespo M, Guillén AI, Izquierdo S. La enfermedad mental en los medios de comunicación: un estudio empírico en prensa, radio y televisión. Clínica y Salud. 2011; 22(2): 157-73.

12.- Hodgins S, Alderton J, Cree A, Aboud A, Mak T. Aggressive behavior, victimization, and crime among severely mentally ill patients requiring hospitalisation. B J Psych. 2007; 191(OCT.): 343-50.

13.- Albers WMM, Roeg DPK, Nijssen Y, Bongers IMB, van Weeghel J. Effectiveness of an intervention for managing victimization risks related to societal participation for persons with severe mental illness: A cluster RCT study protocol. BMC Psychiatry. 2018; 18(1): 247.

14.- Albers WMM, Roeg DPK, Nijssen Y, van Weeghel J, Bongers IMB. Profiling of victimization, perpetration, and participation: A latent class analysis among people with severe mental illness. PLoS One. 2018; 13(11): e0208457.

15.- McFarlane A, Schrader G, Bookless C, Browne D. Prevalence of victimization, posttraumatic stress disorder and violent behaviour in the seriously mentally ill. Aust N Z J Psychiatry. 2006; 40(11-12): 1010-15.

16.- Aldigé Hiday V, Swartz MS, Swanson JW, Borum R, Wagner RH. Impact of Outpatient Commitment on Victimization of People with Severe Mental Illness. Am J Psychiatry. 2002; 159(8): 1403-11.

17.- Van der Stouwe ECD, Steenhuis LA, Pijnenborg GHM, de Vries B, Bartels-Velthuis AA, Castelein S, et al. Gender differences in characteristics of violent and sexual victimization in patients with psychosis: a cross-sectional study. BMC Psychiatry. 2021; 21(541).

18.- Loinaz I, Echeburúa E, Irureta M. Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización violenta. Psicol Conuctual. 2011; 19(2): 421-38.

19.- Goodman LA, Thompson KM, Weinfurt K, Corl S, Acker P, Mueser KT, et al. Reliability of reports of violent victimization and posttraumatic stress disorder among men and women with serious mental illness. J Trauma Stress. 1999; 12(4): 587–99.

20.- López M, Laviana M, López A. Estigma social, violencia y personas con trastornos mentales graves. En Márkez I, Fernandez A, Pérez-Sales P. Violencia y Salud Mental. Salud Mental y violencia institucional, estructural, social y colectiva. Madrid: AEN, 2009: 187-207.

21.- World Health Organization. Official Records of the World Health Organization No. 2 [Internet] Geneva: WHO; 1948 [citado 29 ene 2023]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf.

22.- Del Barrio V. Raíces y evolución del DSM. Rev Hist Psicología. 2009; 30(2-3): 81-90.

23.- United Nations Department of Public Information. Universal Declaration of Human Rights – Spanish [Internet]. New York: United Nations Human Rights; 1948 [citado 2 feb 23]. Disponible en: https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/spanish.

24.- Espinosa-López R., Valiente-Ots C. ¿Qué es el trastorno mental grave y duradero?. Edupsykhé. 2017; 16(1): 4-14.

25.- Vitores A., Traveset S., Tirado F.J., Domènech M. La desinstitucionalización y la crisis de las instituciones. Educación Social. 1999; (12): 20-32.

26.- Domínguez-Panchón, A.I. El trastorno mental grave. En: Martín-Carrasco M, director. Programa Psicoeducativo para el manejo de la sobrecarga en el cuidador del paciente con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. Fundación Mª Josefa Recio; 2012. 11-21.

27.- Goldman HH, Gattozzi AA, Taube CA. Defining and Counting the Chronically Mentally Ill. Psych Serv. 1981; 32(1): 21–27.

28.- Conejo Cerón S, Moreno Peral P, Morales Asencio JM, Alot Montes A, García-Herrera JM, González López MJ, et al. Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave: un estudio cualitativo. An Sist Sanit Navar. 2014;37(2): 223–33.

29.- National Institute of Mental Health (NIMH). Mental Illness [Internet]. NIMH. [citado 17 feb 2023]. Disponible en: https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.

30.- Consejería de Sanidad. Plan de Salud Mental de Cantabria 2022-2026 [Internet]. Santander: Consejería de Sanidad – Servicio Cántabro de Salud; 2022 [citado 26 feb 2023]. Disponible en: https://saludcantabria.es/index.php?page=plan-de-salud-mental-2022-2026.

31.- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/05. Disponible en: https://consaludmental.org/publicaciones/GPCIntervencionespsicosocialestrastornomentalgrave.pdf.

32.- Navarro D, Carrasco O. Características psicopatológicas y de funcionamiento social en personas con trastorno mental grave: un estudio descriptivo. Rehabil Psicosoc. 2010; 7(1 y 2): 11-25.

33.- Diccionario de la lengua española [Internet]. Real Academia Española (RAE). [citado 1 mar 2023]. Disponible en: https://dle.rae.es/discapacidad.

34.- World Health Organization. The International Classification Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO; 2001. [citado 3 mar 2023]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf.

35.- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare [Internet]. Washington: IHME; 2019 [citado 3 mar 2023]. Disponible en: https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#0.

36.- Instituto Nacional de Estadística (INE). Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE; 2012 [citado 8 mar 2023]. Cifras INE [1-7]. Disponible en: https://www.ine.es/revistas/cifraine/0412.pdf.

37.- Hernando-Merino E, Baca-García E, Barrigón ML. Comparación de la discapacidad entre trastornos mentales graves y comunes usando la escala WHODAS 2.0. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2022; 15(3): 205-10.

38.- Cotrena C, Damiani Branco L, Milman Shansis F, Paz Fonseca R. Executive function impairments in depression and bipolar disorder: association with functional impairment and quality of life. J Affect Disord. 2016; 190: 744-53.

39.- Diccionario de la lengua española [Internet]. Real Academia Española (RAE). [citado 16 enero 2023]. Disponible en: https://dle.rae.es/victimizar.

40.- Diccionario de la lengua española [Internet]. Real Academia Española (RAE). [citado 16 enero 2023]. Disponible en: https://dle.rae.es/v%C3%ADctima?m=form.

41.- Hernández Gómez Y, Zamora Hernández A, Rodríguez Febles J. La victimización. Consideraciones teórico-doctrinales. Derecho y Cambio Social. 2022; (61): 392-12.

42.- Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder [Internet]. OHCHR. [citado 12 mar 2023]. Disponible en: https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-basic-principles-justice-victims-crime-and-abuse.

43.- Matos Quesada, JC. Los procesos de victimización: nuevo planteamiento. Argumentum. 2021; 22(2): 797-817.

44.- López M, Cuetos M, López A. (2009) Estigma social, violencia y personas con trastornos mentales graves. Violencia y Salud Mental. Salud Mental y Violencia Institucional, Estructural, Social y Colectiva. 187-207.

45.- Torrey EF, Stanley J, Monahan J, Steadman HJ, MacArthur Study Group. The MacArthur Violence Risk Assessment Study Revisited: Two Views Ten Years After Its Initial Publication. Psychiatric Se. 2008;59(2):147–52.

46.- Choe JY, Teplin LA, Abram KM. Perpetration of Violence, Violent Victimization, and Severe Mental Illness: Balancing Public Health Concerns. Psychiatric Services. 2008;59(2): 153–64.

47.- Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: Systematic review and meta-analysis. Vol. 6, PLoS Medicine. 2009.

48.- Gómez-Jarabo GA. Violencia y salud mental. En: Violencia y Salud Mental. Martínez-Otero Pérez V, Matín Ramírez J, editores. LIII CICA. Madrid: Universidad Antonio de Nebrija; 2020. p. 62–90.

49.- Martín Jurado A, Carrasco Ortiz MA. Riesgo de violencia y trastorno mental. Anuario de Psicología Jurídica. 2011; 21(1): 69-81.

50.- Otto RK. Assessing and Managing Violence Risk in Outpatient Settings. J Clin Psychol. 2000; 56(10): 1239-62.

51.- Arbach K, Pueyo AA. Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20. Papeles del Psicólogo. 2007; 28(3): 174-86.

52.- Echeburúa E., Loinaz I. Violencia y trastornos mentales. En: García P, Bethencourt M, Sola E, Martín A, Armas E (editores). Violencia y Psicología Comunitaria. Aspectos psicosociales, clínicos y legales. Granada: Comares; 2011. p. 1-22.

53.- Anderson F, Howard L, Dean K, Moran P, Khalifeh H. Childhood maltreatment and adulthood domestic and sexual violence victimisation among people with severe mental illness. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2016; 51(7): 961–70.

54.- González Aguado F, González Cases J, López Gironés M, Olivares Zarco D, Polo Usaola C, Rullas Trincado M. Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con trastorno mental grave. Norte de Salud Mental. 2013; XI(45): 23–32.

55.- Zarchev M, Ruijne RE, Mulder CL, Kamperman AM. Prevalence of adult sexual abuse in men with mental illness: Bayesian meta-analysis. BJPsych Open. 2022; 8(1): e16.

56.- Fernández García-Andrade R, et al. Conducta delictiva en las personas sin hogar (PSH) con trastorno mental grave (TMG). Rev Esp Med Legal. 2017; 44(2): 55-63.

57.- Evans-Lacko S, Knapp M, McCrone P, Thornicroft G, Mojtabai R. The Mental Health Consequences of the Recession: Economic Hardship and Employment of People with Mental Health Problems in 27 European Countries. PLoS One. 2013; 8(7): e69792.

58.- Folsom D, Jeste DV. Schizophrenia in homeless persons: A systematic review of the literature. Acta Psychiatr. Scand. 2002; 105(6): 404–13.

59.- Furber G, Leach M, Guy S, Segal L. Developing a broad categorisation scheme to describe risk factors for mental illness, for use in prevention policy and planning. Aust N Z J Psychiatry. 2017; 51(3): 230–40.

60.- FEDEAFES. Empoderando a las personas con enfermedad mental mediante el fomento del empleo [Internet]. 2016 [citado 7 abr 2023]. Disponible en: http://www.fedeafes.org/wp-content/uploads/2020/12/INFORME-EMPLEO-Y-ENFERMEDAD-MENTAL_ES_FINAL3.pdf.

61.- Instituto Nacional de Estadística (INE) [Internet]. Madrid: INE; [citado 7 abr 2023]. Glosario de conceptos. Disponible en: https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4459&op=30100&p=2&n=20#:~:text=La%20tasa%20de%20actividad%20se,de%2016%20y%20m%C3%A1s%20a%C3%B1os.

62.- Labrum T, Solomon P, Marcus S. Victimization and perpetration of violence involving persons with mood and other psychiatric disorders and their relatives. Psychiatr Serv. 2020; 71(5):498–501.

63.- Torrens M, Mestre-Pintó JI, Montanari L, Vicente J, Domingo-Salvany A. Patología dual: una perspectiva europea. Adicciones. 2017; 29(1): 3-5.

64.- González Pablos E, López Villa R, Salgado Pascual C, García Sánchez F, Gónzález Sanguino C. Estudio acerca del insight en un grupo de pacientes esquizofrénicos. Psiquiatría.com. 2014; 18:7.

65.- Lera Calatayud G, Herrero Sebastián N, Aguilar García-Iturrospe E, González Piqueras JC, Sanjuán Arias J, Leal Cercós C. Relación entre insight, violencia y diagnóstico en pacientes con psicosis. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2012; 5(1): 43-47.

66.- Casanova-Rodas L, Rascón-Gasca ML, Alcántara-Chabelas H, Soriano-Rodríguez A. Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. Salud Mental. 2014; 37(5): 443-48.

67.- Rodríguez JA, Oduber J, Mora E. Actividades rutinarias y cibervictimización en Venezuela. URVIO Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad. 2017; (20): 63-79.

68.- Abad A, Arroyo JM, Cotado A, García J, Gómez P, Hernández JJ, et al. Protocolo de aplicación del Programa Puente de Mediación Social en enfermedad mental para Centros de Inserción Social [Internet]. Madrid: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias; 2014 [citado el 12 de abr 2023]. Disponible en: https://associacioambit.org/wp-content/uploads/2017/07/PROGRAMA_DE_LAS_UNIDADES_PUENTE_xCISx.pdf.

69.- Navarro Bayón D, García-Heras Delgado S, Carrasco Ramírez O, Casas Toral A. Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. Intervención psicosocial. 2008; 17(3): 321-36.

70.- Varios autores. Ética y modelos de atención a las personas con trastorno mental grave. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2013.

71.- Gías Gil B. Tratamiento ambulatorio involuntario en psiquiatría: una revisión desde la bioética. Revista de Bioética y Derecho. 2013; 29(Sep): 109-121.

72.- Moleón Ruiz A, Fuertes Rocañín JC. Opinión sobre los psiquiatras sobre el tratamiento ambulatorio involuntario. Rev Esp Sanid Penit. 2020; 22(1): 36-43.

73.- Morán-Sánchez I, Martínez Benítez S. Medidas de seguridad, una reflexión desde la práctica clínica. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2022; 42(141): 215-26.

74.- Cuenca-Gómez P. El tratamiento de las personas con problemas de salud mental en la normativa penal y penitenciaria. Reflexiones y propuestas. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2022; 42(141): 141-58.

75.- Sanz J, Gómez-Pintado P, Ruiz A, Pozuelo F, Arroyo JM. Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en las prisiones españolas (PAIEM). Valoración tras cuatro años de funcionamiento. Rev Esp Sanid Penit. 2014; 16(3): 91-102.

76.- Albers WMM, Nijssen YAM, Roeg DPK, van Weeghel J, Bongers IMB. Addressing victimization to enable societal participation in flexible assertive community treatment: A process evaluation of the implementation of a new intervention. Front Psychiatry. 2022; 13: 956133.

77.- López-Santiago J, Blas LV, Gómez M. Efectividad de un programa de tratamiento asertivo comunitario para pacientes con trastorno mental grave. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2012; 17(1): 1-10.

78.- Barrios Flores LF. El tratamiento ambulatorio forzoso: experiencias de derecho comparado y propuestas de regulación en España. Jornada técnica "El Enfermo Mental: Protección Jurídica y atención socio-sanitaria". DS. Vol 12, nº 2, Jul-Dic 2004.

79.- Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad [consultado el 15 abr 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf.

80.- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019 [Internet]. Santander: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 2015 [citado 15 abr 2023]. Disponible en: https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeSaludMentalbaja.pdf.

ANEXOS

Anexo A.- Criterios diagnósticos DSM-V.

Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos[F]:

Definición	Presentan una o más desviaciones en las siguientes áreas: cognitiva/perceptiva, comportamiento extravagante y la presencia de sintomatología negativa.
Sintomatología	**Delirios:** creencias fijas que no cambian a pesar de presentar contraargumentos al paciente. Los persecutorios y de autoreferencialidad son los más prevalentes. **Alucinaciones:** percepciones sin existir un estímulo externo que las provoque. Las más comunes son las auditivas. **Pensamiento o discurso desorganizado:** discurso incoherente y desordenado, con descarrilamiento (cambiar de tema dentro del mismo discurso) o tangencialidad (respuestas sin relación o al menos con relación parcial con la pregunta). **Comportamiento motor desorganizado:** es muy heterogéneo, presentándose de un modo infantil, agitado, o incluso hasta catatónico (reactividad muy disminuida a los estímulos externos). **Síntomas negativos:** como la abulia, la apatía, la anhedonia, o la expresión emotiva disminuida.
Diagnóstico diferencial	**Trastorno delirante:** presenta únicamente delirios. **Trastorno psicótico breve:** duración menor de un mes. **Trastorno esquizofreniforme:** síntomas comunes con la esquizofrenia, pero con una duración menor (de entre uno y seis meses). **Esquizofrenia:** los signos y síntomas deben persistir un mínimo de seis meses, y comprenden mínimo uno de los siguientes: delirios, alucinaciones o discurso desorganizado, durante al menos un mes. Los delirios y alucinaciones no se presentan ligados a un episodio depresivo o maniaco. **Trastorno esquizoafectivo:** presenta síntomas de un trastorno del estado del ánimo en gran parte de la fase activa de la enfermedad. Se diferencia de los trastornos bipolares y depresivos en que las características psicóticas aparecen en ausencia de un episodio del estado del ánimo. **Trastorno psicótico inducido por sustancias:** la sintomatología está causada por una sustancia o medicamento. **Trastorno psicótico debido a otra afección médica:** es provocado por una alteración fisiológica y no por otro trastorno mental.

Trastorno bipolar y otros trastornos relacionados[F]:

Definición	Todos ellos tienen en común una fluctuación del estado de ánimo a lo largo de la vida, presentando episodios maniacos o hipomaniacos alternados con episodios depresivos, en menor o mayor número, duración y gravedad en función del diagnóstico específico.
Sintomatología	**Episodio maniaco:** estado de ánimo anormalmente elevado o irascible que persiste durante al menos una semana, con síntomas como: aumento de la energía, de la actividad, deterioro en el área laboral o social, elevación del autoestima, disminución de las horas de sueño por

	no sentir cansancio, fuga de ideas, verborrea, distraibilidad, hiperfocalización en una actividad u objeto, participación en actividades de riesgo para el individuo (comportamiento sexual peligroso, fiestas, gasto excesivo de dinero en compras, etc.). **Episodio hipomaniaco:** síntomas maniacos de menor duración (cuatro días), y sin repercusiones importantes en el ámbito social o laboral. **Episodio de depresión mayor:** estado de ánimo muy bajo que dura como mínimo dos semanas y tiene un deterioro en el ámbito social y laboral. Cursa con: anhedonia, presencia de sentimientos de desesperanza, vacío, abulia, apatía, insomnio o hipersomnia, fatiga, sentimientos de culpa o de inutilidad, etc.
Diagnóstico diferencial	**Trastorno bipolar I:** un episodio maniaco, con presencia anterior o posterior a éste de episodios hipomaniacos o de depresión mayor. **Trastorno bipolar II:** episodios hipomaniacos y de depresión mayor, alternados sin constancia de episodios maniacos. **Trastorno ciclotímico:** sintomatología hipomaniaca y de depresión mayor, sin llegar a cumplir los criterios para considerarlos como tales. **Trastorno bipolar inducido por sustancias:** la sintomatología es debida a la sustancia o medicamento. **Trastorno bipolar debido a otra afección médica:** es secundario a las alteraciones fisiológicas que provoca otra afección médica.

Trastornos depresivos[E]**:**

Definición	Presencia de ánimo triste, sentimiento de "vacío" y de desesperanza, con "cambios somáticos y cognitivos" que afectan considerablemente a la funcionalidad global del individuo.
Sintomatología	Es la descrita en el apartado anterior en el "*episodio depresivo mayor*": abulia ("*pasividad, desinterés o falta de voluntad*"[RAE]), apatía ("*dejadez, indolencia, falta de vigor o energía*"[RAE]), insomnio o hipersomnia, etc.
Diagnóstico diferencial	**Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo:** irritabilidad con accesos de cólera (verbales y de comportamiento) desproporcionados, dos o tres veces por semana. **Trastorno de depresión mayor:** como mínimo deben existir cinco de los siguientes síntomas durante al menos dos semanas, siendo al menos uno de ellos un estado de ánimo deprimido o anhedonia: pérdida o aumento de peso de más de un 5% en un mes, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o cansancio, sentimientos de culpa o inutilidad, enlentecimiento del pensamiento y dificultad para la concentración, y pensamientos de muerte (ideaciones o intentos de suicidio). **Trastorno depresivo persistente (distimia):** la duración de los síntomas y del estado de ánimo deprimido se prolonga durante dos años o más. **Trastorno disfórico premenstrual:** comienza antes del inicio de la menstruación y mejora a medida que ésta transcurre, desapareciendo con ella. Sintomatología similar al trastorno depresivo mayor. **Trastorno depresivo inducido por sustancias:** los signos y/o síntomas son secundarios a las acciones de la sustancia o medicamento.

	Trastorno depresivo debido a otra afección médica: los signos y/o síntomas son secundarios a las acciones fisiológicas de la afección médica.

Trastornos de la personalidad[F]**:**

Definición	Son definidos como "*patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, generalizado, estable y que genera malestar o deterioro en el individuo*".
Sintomatología	Según su descripción, existen tres grupos o "*cluster*": **Grupo A:** comportamiento extravagante o anormal. - **Paranoide:** desconfianza y suspicacia hacia los demás, sentirse atacado por otros sin motivo. - **Esquizoide:** frialdad en las relaciones sociales, escaso rango de expresión emocional, solitarios, bajo libido sexual, pocas amistades fuera de la familia. - **Esquizotípica:** ideas autorreferenciales aunque no delirios, pensamiento mágico (supersticiones, creencia en el "sexto sentido", etc.), ilusiones corporales, discurso anormal (muy elaborado, metafórico), ideación paranoide. **Grupo B:** se caracterizan por ser individuos muy teatrales y exagerados, viscerales. - **Antisocial:** inatención a la legalidad, comisión de delitos, mentiras habituales, fraudes, impulsividad, carácter combativo con peleas o agresiones previas, dificultad para mantener empleos por irresponsabilidad, falta de sentimientos de culpa. - **Límite:** impulsividad que puede ser autolesiva, relaciones inestables y muy intensas, alteración de la autoimagen, inestabilidad emocional, irritabilidad o mal control de la ira, ideas paranoides. - **Histriónica:** necesidad de atención por parte de los demás, comportamiento libidinoso, labilidad emocional con dificultad para expresar sentimientos, importancia al aspecto físico, fácilmente manipulable. - **Narcisista:** sentimientos de superioridad, ególatra, prepotencia, ideaciones irreales de poder, brillantez, amor, etc., sentimiento de ser especial y necesidad de relacionarse con personas que se considere que son iguales, espera que los demás cumplan sus expectativas, manipulación en sus relaciones sociales, sentimientos de envidia y ausencia de empatía, arrogancia. **Grupo C:** personalidades con comportamientos de evitación, asustadizos, ansiosos. - **Evitativa:** comportamiento de evitación del contacto social, sensibilidad extrema hacia las críticas, miedo al rechazo, inhibición en nuevas situaciones sociales, percepción de incompetencia en las relaciones interpersonales, sentimientos de inferioridad en comparación a los demás. - **Dependiente:** necesidad de reafirmación de sus decisiones por parte de los demás, dificultad para discrepar por miedo a la desaprobación, falta de confianza en sí mismo, necesidad de

	relaciones interpersonales para sentirse apoyado, miedo al abandono. - **Obsesivo-compulsiva:** preocupación excesiva por la obsesión específica, perfeccionismo extremo que dificulta la finalización de tareas, consagración al ámbito laboral dejando de lado el ámbito familiar y social, inflexibilidad moral, dificultad para delegar, testarudez.
Diagnóstico diferencial	El diagnóstico se da únicamente si los rasgos de la personalidad son inflexibles y persistentes, y causan malestar y deterioro funcional importante. Se pueden dar a la vez varios diagnósticos y aunque tienen síntomas similares, se diferencian entre sí por sus características diferenciales: **Trastorno general de la personalidad:** aparecen antes de la edad adulta y forman parte del estado habitual del individuo, es decir, que no aparezcan sólo durante algún episodio. **Trastorno de la personalidad paranoide:** los síntomas deben haber estado presentes antes de los síntomas psicóticos, y continuar cuando éstos desaparezcan. **Trastorno de la personalidad esquizoide:** no presenta distorsiones cognitivo-perceptivas. **Trastorno de la personalidad esquizotípica:** caracterizado por una extravagancia muy marcada y distorsiones cognitivo-perceptivas. **Trastorno de la personalidad antisocial:** el comportamiento se da durante toda la vida del individuo (no por episodios) y debe estar presente desde antes de los 15 años, pero sólo puede diagnosticarse en mayores de 18. **Trastorno de la personalidad límite:** comportamiento agresivo en las relaciones personales y el sentimiento constante de vacío. **Trastorno de la personalidad histriónica:** ausencia de sentimiento de superioridad. **Trastorno de la personalidad narcisista:** ausencia de autocrítica y necesidad de admiración constante por parte de otras personas. **Trastorno de la personalidad evitativa:** evitación de los sentimientos de vergüenza y rechazo de los demás. **Trastorno de la personalidad dependiente:** busca ser asistido por los demás, carácter sumiso. **Trastorno de la personalidad obsesiva-compulsiva:** patológicamente erfeccionistas.

Fuente: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición.*
Nota: Elaboración propia.

<u>Anexo B</u>.- Noticia extraída del Diario Montañés.

4 DOMINGO

EL DIARIO MONTAÑÉS

Psicosis, asesinato, cárcel y redención

El libro de la venganza

El esquizofrénico Ismael Molina publica 'Enemiga íntima', un alegato contra la persona que le indujo a asesinar a su padre en 2019. Absueltos ambos, la sentencia no aclara si es posible inducir un crimen por redes sociales

DOMÉNICO CHIAPPE

Cuando su padre aún dormía, un día de junio de 2019, Ismael Molina entró a su habitación y le acuchilló. La primera herida, por la espalda, no fue mortal. El padre se levantó e intentó defenderse. Las siguientes fueron en la nuca, el cuello y junto al corazón. Eran las ocho y media de la mañana. El asesino prendió fuego al piso, se cambió de ropa, la guardó junto al arma y objetos paternos ensangrentados en bolsas de plástico y, durante su huida, las tiró en un contenedor. El crimen se produjo después de que él hijo desertara de los estudios universitarios, saqueara las cuentas bancarias familiares, y abandonara el hogar hasta dormir en la calle y malvivir.

Cuando le detuvieron, confesó: «No vi otra solución que matar a mi padre», y reveló dónde había arrojado todo aquello que le incriminaba. En una sentencia, cuyo veredicto no ha sido recurrido en lo que respecta al parricidio, se determinó que Molina había actuado durante un brote psicótico y por tanto, según la Audiencia Provincial de Barcelona en noviembre pasado, estaba «exento de responsabilidad penal» por «alteración psíquica».

En su «delirio de perjuicio y persecución», Molina tenía una novia, llamada Julia, con la que había tenido mellizos por inseminación artificial, y trabajaba para un grupo parapolicial que mantenía una guerra abierta por las calles de Vilanova i la Geltrú con una mafia que amenazaba tanto a Julia, una millonaria que había sido explotada sexualmente por la banda, como a sus dos hijos recién nacidos.

Meses antes del asesinato del padre, Molina ya encontraba loable las prácticas criminales del escuadrón de la muerte al que supuestamente pertenecía. «Nunca quedará claro cuándo empezó la enfermedad. Llega un momento en que la muerte es el día a día: se han cargado a uno, han secuestrado a otro... para mí se convirtió en algo habitual», afirma Ismael Molina, ahora en libertad, tras pasar tres años (entre 2019 y 2022) en la unidad de Psiquiatría del centro penitenciario catalán de Brians.

Molina obtuvo la absolución al igual que un año antes otro hombre que intentó matar a un vecino en Ourense; como un consumidor habitual de cocaína en Madrid; como otro que atentó contra cuatro personas en Pedreguer (Valencia); y como otro en Córdoba. O un asaltante en Alicante (2018) y una mujer que trató de asesinar a sus hijos en Almería (2017), según la documentación del Consejo General del Poder Judicial.

Aunque no existen cifras específicas en el Ministerio del Interior sobre el destino de las personas con esquizofrenia cuando son juzgados. «En el 90% de los casos en que se alega una enfermedad mental por parte del perpetrador de un delito violento, la sentencia es condenatoria, independientemente si el juicio se celebra con jurado o no», indica César San Juan, profesor de Psicología Social de la Universidad del País Vasco (UPV / EHU), a partir de una investigación de 2019 con sentencias de los cinco años anteriores. «Sólo se plantea como estrategia de defensa si realmente la persona que se juzga padece algún tipo de trastorno mental».

Ismael Molina, en una imagen actual. A. C.

LAS CLAVES

CRITERIO JUDICIAL

«Hay que demostrar que en el momento del asesinato el acusado padece un brote psicótico, que es difícil disimular»

VERSIÓN PROPIA

«El delirio suele ser inventado, pero aquí era creado por terceros, y él se creyó esas mentiras»

Con esta estrategia de defensa, «lo que hay que demostrar es que en el momento del asesinato padecía un brote psicótico y que el crimen fue perpetrado como consecuencia del mismo», prosigue San Juan. «La evaluación forense requiere no solamente una serie de pruebas psicológicas una vez que es detenido. También hay que investigar su pasado, sus relaciones sociales, como era su relación con el mundo. Y una esquizofrenia paranoide, no tratada con fármacos, resulta difícil de disimular».

El brote psicótico de Molina «anulaba totalmente sus capacidades intelectivas y volitivas», coincidieron los expertos ante el tribunal catalán, desde el de San Joan de Deu hasta la de Instituciones Penitenciarias. «En el caso de Ismael se le ha considerado inimputable porque él actuó en el transcurso de un brote psicótico, lo que queda absolutamente demostrado, y no por la esquizofrenia», explica Aurora Muro, abogado defensor de Molina, en un caso que a finales de este mes proseguirá con una segunda fase, la impugnación de la absolución de la otra acusada, Alba Andreu, como inductora del crimen.

«Declararon seis médicos y todos estuvieron de acuerdo en que la enfermedad de Ismael era clara», continúa Muro. «El presentaba todos los rangos propios de un enfermo psicótico. Lo único que se sale de lo normal es que el delirio suele ser inventado, fruto de la imaginación, pero en este caso el delirio era creado por terceros y él se creyó esas mentiras». Este periódico contactó con Andreu, dedicada ahora a la promoción de una línea cosmética por redes sociales, con casi 4.000 seguidores, sin obtener respuesta.

La realidad paralela

En terapia y absuelto, Ismael Molina acusa ahora en un libro, 'Enemiga íntima' (editado por Alrevés y escrito por Susana Pexo), a la persona que le engañó durante un año, cuando le dio el contacto de una supuesta amiga que quería conocerle, Julia. De julio de 2018 a junio de 2019, cuando asesinó a su padre, la relación sentimental de Molina con quien era en realidad Alba Arnau llegó hasta el punto de creer que había tenido hijos con ella por enviarle un frasco con esperma.

Arnau había creado varias personalidades (la novia, dos policías, una psicóloga) para tejer una enrevesada trama que alejó a Molina de su familia y amigos, y por la que llegó a quitarle (no se demostró) estafa en el juicio más de 7.000 euros. «Nunca sospeché que Julia no existía», dice ahora Molina. «Iba a su casa, me presentaba en los sitios que ella me decía. Siempre pasaba algo, pero las explicaciones que me daba (por mensajería de texto) me las creía».

Después del crimen Ismael Molina tardó cinco meses –en prisión y con terapia y fármacos– en comprender que ni Julia, ni sus hijos ni la mafia eran reales. Pero ese año de universo fantasioso y paranoide se recrea en estas páginas, donde se intercalan elementos del sumario con la versión de Molina «tal como él lo vivió», indica Pexo, que también es la madre de uno de los mejores amigos de infancia de Molina. «El vivió todo con intensidad extrema. La policía al principio pensó que él se lo había inventado todo, pero luego vio que eran perfiles falsos y no invenciones». Siguieron el rastro y llegaron a Alba Arnau, que fue detenida varias semanas más tarde.

En esa historia, Julia era una testigo protegida en una operación contra narcotraficantes y sicarios, a los que el padre de Ismael debía dinero. De ahí la motivación del crimen. «Percibes una amenaza y actúas en defensa propia. Te ves entre la espada y la pared. Lo haces por supervivencia», insiste Molina, que asegura que fue «engañado y manipulado» por Arnau, aunque el tribunal no encontrara pruebas suficientes en su contra.

«Cuando una persona diagnos-

Fuente: *El Diario Montañés, Domingo 12.03.2023. Disponible en: https://www.eldiariomontanes.es/sociedad/ismael-molina-novia-irreal-parricidio-carcel-redencion-20230312132137-ntrc.html*.