

*Grado en Criminología y Políticas Públicas de Prevención*

TRABAJO DE FIN DE GRADO (21113)

Curso académico 2022-2023

**Análisis de la interrelación entre la patología dual y la  
actividad delictiva en una muestra de pacientes en  
tratamiento**

**Estudiante:**

Vanesa Menéndez Ríos

**Tutor:**

Joan Mestre Pintó



## **DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD**

Yo, Vanesa Menéndez Ríos, certifico que el presente trabajo no ha sido presentado para la evaluación de ninguna otra asignatura, ya sea en parte o en su totalidad. Certifico también que su contenido es original y que soy el único autor, no incluyendo ningún material anteriormente publicado o escrito por otras personas, salvo en aquellos casos indicados a lo largo del texto.

Vanesa Menéndez Ríos  
Barcelona, 16 de junio de 2023

## **AGRADECIMIENTOS**

Me gustaría trasladar mi más sincero agradecimiento a aquellas personas que han sido partícipes de esta investigación de una forma u otra. Por un lado, a mi tutor, por su paciencia y orientación en mi trabajo. Asimismo, me gustaría agradecer enormemente el esfuerzo dedicado, tanto a mi tutora de prácticas como al equipo de Proyecto Hombre, incluyendo a las personas que están en tratamiento residencial, ya que han hecho posible la realización de la parte práctica de este trabajo. Y, por último, a mi familia, amigas/ compañeras de carrera y, en especial, a mi pareja, por apoyarme en el proceso, aportar y contribuir lo máximo posible para lograr todo lo propuesto y, promover mi crecimiento personal.

## **RESUMEN**

Las personas que padecen un trastorno mental y/o las personas que tienen un problema de drogadicción, se les crea un estigma que no solo se desencadena en consecuencias negativas a nivel personal, sino que se les asocia a nivel social con la actividad delictiva. Por lo tanto, el resultado es, por un lado, ser sujetos de objeto de control y por otro, ser víctimas de la marginación social. Complicando su normalización de vida y, asimismo, su recuperación.

Por ello, a continuación, en el presente estudio se pretende analizar la relación que pueda existir entre las drogodependencias, la salud mental y el delito en una muestra de 30 usuarios y usuarias que realizan un tratamiento de carácter residencial en la fundación Proyecto Hombre, entidad que ayuda tanto a los familiares como a las personas que tienen problemas con la adicción y a su reinserción social. Para lo cual se ha optado por la realización de una encuesta donde se hace hincapié tanto en las características de los sujetos, como en su adicción, su posible relación con la delincuencia y la patología mental.

**Conceptos clave:** sustancias, droga, adicción, dependencia, tratamiento, patología, delito, sujetos.

## **ABSTRACT**

People who suffer from a mental disorder and/or people who have a drug addiction problem, are stigmatized, that stigma not only triggers negative consequences on a personal level, but is also associated on a social level with criminal activity. Therefore, the result is, on one hand, to be objects of control and, on the other hand, to be victims of social marginalization. This complicates their normalization of life and also their recovery.

Hence, the present study aims to analyze the relationship that may exist between drug addiction, mental health and crime in a sample of 30 users undergoing residential treatment at the foundation *Proyecto Hombre*, an organization that helps both family members and people with addiction problems and their social reintegration. For this purpose, we have chosen to carry out a survey which emphasizes in the characteristics of the subjects, their addiction, their possible relationship with delinquency and mental pathology.

**Key words:** substances, drugs, addiction, dependence, treatment, pathology, crime, subjects.

# ÍNDICE

<b>1. Introducción</b>	<b>1</b>
<b>2. Marco teórico</b>	<b>2</b>
<b>2.1. Adicciones</b>	<b>2</b>
2.1.1. La sustancia adictiva y sus efectos	2
2.1.2. Adicción a la sustancia y adicción conductual	4
2.1.3. Personalidad de las personas dependientes	5
<b>2.2. Delito</b>	<b>5</b>
2.2.1. Tipos de delincuencia: Funcional, relacional e inducida	5
2.2.2. El papel de las sustancias adictivas en el delito	6
2.2.3. La influencia de la salud mental en el comportamiento delictivo	7
<b>2.3. Patología dual y delito</b>	<b>9</b>
2.3.1. Características de las personas con patología dual	10
<b>2.4. Proyecto Hombre</b>	<b>12</b>
2.4.1. Perfil de las personas en tratamiento de PH	12
<b>3. Metodología</b>	<b>14</b>
3.1. Muestra	15
<b>4. Resultados</b>	<b>16</b>
<b>5. Discusión</b>	<b>24</b>
<b>6. Conclusiones</b>	<b>28</b>
<b>7. Bibliografía</b>	<b>30</b>
<b>8. Anexo</b>	<b>33</b>

**Número de palabras del trabajo: 11.467**

## 1. Introducción

El consumo de sustancias está relacionado con consecuencias negativas tanto a nivel personal como social. No es solo una representación mental de la sociedad, sino que el estigma asociado lleva a que las personas drogodependientes sean un objeto de control y castigo, desencadenando, en muchas ocasiones, acciones políticas y jurídicas que se asemejan más a una “lucha contra los drogadictos” en vez de una “lucha contra las drogas” (Aucía y Ragone, 2010).

Por un lado, el 93,2% de la población general ha consumido bebidas alcohólicas en algún momento de su vida y, el 69,6% tabaco. Asimismo, el 40,9% de las personas ha hecho uso del cannabis y, el 23,5% de hipnosedantes con o sin receta. Además, dicho consumo en las drogas legales es mayor en hombres (como en la gran mayoría), pero en las ilegales, la cuarta más consumida, hipnosedantes, su consumo es más extendido en mujeres (EDADES, 2022).

Por otro lado, el 75,1% de la población penitenciaria ha consumido drogas ilegales en algún momento puntual de su vida. Asimismo, el 18% padece depresión, trastorno psiquiátrico con mayor prevalencia (ESDIP, 2022). El 22,7% de los usuarios y usuarias de Proyecto Hombre han sido acusadas y acusados por posesión y tráfico de drogas. Además, el 32,5% padece algún tipo de problema médico crónico que interfiere en su vida cotidiana (Proyecto Hombre, 2021). El riesgo de que una persona que padece trastorno bipolar cometa un delito violento es del 4,9%, si la persona además de trastorno bipolar tiene una comorbilidad con el trastorno por consumo de sustancias, el porcentaje incrementa al 21,3%, no obstante, si solamente padece trastorno por consumo de sustancias el porcentaje prevalece ante los demás con un 33%, todo ello, frente a la población general que el riesgo de cometer un delito violento está entre el 3,4-4% (Fazel et al., 2010).

Del mismo modo, a las personas con trastorno mental se les crea un estigma que relaciona a los delincuentes con patologías mentales, pues en una encuesta realizada por el CIS (2023) se observa como la mayoría de personas relaciona el motivo por el cual los hombres agreden sexualmente a las mujeres con “tienen problemas mentales”. Y visto los porcentajes anteriores, no es el trastorno en sí lo que te lleva al delito, sino que lo que parece estar más relacionado es el consumo de una sustancia.

Los datos expuestos no solo nos reflejan la importancia de la relación que puedan tener las drogodependencias, la salud mental y el delito, ya que nos muestran una prevalencia entre ellos en la que se debería hacer hincapié. Si no que, además, como bien se pretende desarrollar en los puntos siguientes, parece ser que padecer un trastorno mental aumenta la violencia en comparación con la población general, pero ¿qué tipo de violencia?, ¿ese tipo de violencia desencadena en una conducta antinormativa como sería un delito?, en caso de que fuera así, ¿hablamos de delitos contra las personas, por lo tanto, violentos o delitos no violentos, como serían los económicos?. Asimismo, ese plus de violencia relacionada con el delito es posible que se relacione de manera más intensa cuando existe un consumo de por medio, como he mencionado con anterioridad.

Por ello, el objetivo del trabajo es explorar la posible relación entre consumo de drogas, trastorno mental y la comisión de delitos en una población de sujetos en tratamiento en comunidad terapéutica de Proyecto Hombre.

## **2. Marco teórico**

### **2.1. Adicciones**

Según la OMS las adicciones son *“un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga o de un tipo de ellas adquiere la máxima prioridad para el individuo”* (World Health Organization, 1975). Las adicciones afectan de tal manera en las personas que llegan a dejar de lado necesidades básicas como comer, dormir, y en sí su salud, dichas personas con problemas de adicción, presentan un abandono en todo los ámbitos de su vida, llegando a afectar incluso a su propia autoestima.

#### **2.1.1. La sustancia adictiva y sus efectos**

Una droga es definida según la OMS como *“toda sustancia que, introducida en el organismo produce de algún modo una alteración de una o más funciones del mismo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas”* (World Health Organization, 1969). Por lo tanto, produce, tolerancia (una disminución del efecto que provoca un consumo mayor con la finalidad de poder obtener el mismo efecto que en los



principios del mismo), dependencia (la necesidad de consumir cierta sustancia para evitar el síndrome de abstinencia, en caso de la física, y en caso de la psicológica, hablamos del componente psíquico que lleva al sujeto a reiterar el consumo), sensibilización (aumento de los efectos reforzantes de la sustancia) y, una adicción (deseo intenso de consumir dichas sustancias, haciendo del sujeto una pérdida del control sobre la misma) o abuso (el uso de la sustancia inadecuado con consecuencias negativas) (Proyecto Hombre, 2023).

Por lo tanto, el uso o utilización (sin tolerancia o dependencia) de una droga de abuso, puede llevar a un hábito (la costumbre de consumir dicha sustancia), que ello desarrollaría en un abuso (uso peligroso, dañino que comporta un patrón desadaptativo), y que tras pasar los escalones de dependencia física (aparición de la tolerancia y abstinencia) seguida de la psicológica (deseo irresistible de repetir el consumo), terminaría en el desarrollo de la drogadicción (Proyecto Hombre, 2023).

Todo ese proceso, el DSM lo clasifica en dos tipos de trastornos; trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium, demencia persistente, trastorno amnésico, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual, trastorno del sueño) (American Psychiatric Association, 1995).

El comportamiento de las sustancias adictivas es similar al de cualquier recompensa natural, como sería el comer o beber, dado que ambas actúan dentro de los circuitos de motivación y recompensa (trabaja la dopamina desde el área tegmental ventral hasta el núcleo accumbens), la diferencia que existe entre las dos, es que la sustancia adictiva tiene una mayor recompensa, mayor placer e impacto, puesto que cuando se consume aumenta la liberación de dopamina, en cambio, las recompensas naturales una vez consumidas disminuyen dicha liberación de dopamina. Asimismo, durante la abstinencia del consumo de la sustancia, la liberación de dopamina queda reducida y, a consecuencia, existe una afectación en el estado de ánimo, creando el síndrome de abstinencia, por ello, la persona consume de nuevo (Méndez et al., 2017).

### **2.1.2. Adicción a la sustancia y adicción conductual**

Las adicciones pueden ser con sustancias o sin sustancias. Dentro del primer grupo, encontramos una clasificación de depresoras, estimulantes, alucinógenos y otras. Las depresoras afectan al funcionamiento del sistema nervioso central disminuyéndolo, producen apatía, disminución de la tensión, falta de concentración, entre otros efectos. Dentro de dicho grupo se encuentran los hipnóticos (alcohol), hipnoanalgésicos (heroína), anestésicos (cloroformo), tranquilizantes (benzodiacepinas) y disolventes (acetona). Los estimulantes, por el contrario de los anteriores, aceleran la actividad del sistema nervioso central, produciendo agresividad, euforia, disminución del sueño, entre otros. Hacemos referencia a los anestésicos locales (cocaína), las aminas estimulantes (anfetaminas) y metilxantinas (café). Los alucinógenos alteran y, por lo tanto, distorsionan las sensaciones, el estado de ánimo y pensamientos. Son considerados alucinógenos los derivados indólicos (LSD), aminas simpaticomiméticas (éxtasis), derivados de la isoquinolina (peyote) y derivados piperidínicos (escopolamina). Anteriormente, en la clasificación inicial de la OMS, el cannabis estaba dentro del grupo de alucinógenos por el THC, pero a día de hoy, está dentro de “otras sustancias psicoactivas”, tras su consumo, aumenta el apetito, la euforia, dificulta la capacidad de concentración, entre otros diversos efectos (Proyecto Hombre Salamanca, 2023).

Por otro lado, el segundo grupo involucra a que una persona realice cierta acción y no a que consuma algo, dichas conductas tienen una recompensa a corto plazo y, desencadenan a un comportamiento que persiste a pesar de que este mismo tenga consecuencias negativas. Asimismo, se caracteriza por la manifestación de la tolerancia (aumento de la necesidad de estar más tiempo realizando la conducta para poder alcanzar el nivel de satisfacción del principio del uso), la abstinencia (si no se realiza dicha conducta se genera un malestar en la persona), la dependencia (el conjunto de las dos anteriores; necesidad de aumentar el tiempo realizando la conducta porque si no lo hace le genera malestar), del mismo modo, existe una pérdida en el interés de otras actividades, el control de impulsos, insomnio, entre otras características (Proyecto Hombre, 2023).

### **2.1.3. Personalidad de las personas dependientes**

Si nos centramos en observar los rasgos de personalidad y, por consiguiente, las características que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollar una dependencia al consumo, parecen ser las siguientes; ser impulsivo, desarrollar conductas autolesivas, falta de atención, agresividad, padecer ciertos tipos de trastornos (TDAH, trastorno bipolar, de la personalidad, etc.) (Méndez et al., 2017). En el mismo estudio mencionado, han observado con “cepas de ratas” que las que son más impulsivas consumen una mayor cantidad de alcohol que las que no lo son. No obstante, no todos los sujetos impulsivos desarrollan una adicción.

## **2.2. Delito**

Cuando hacemos referencia al delito hay diversas concepciones de él, tanto jurídica como filosófica (dentro de concepciones formales), como dogmática o sociológica (concepciones sustanciales). El delito pues, es una “*valoración de la conducta humana condicionada por el criterio ético de la clase que domina la sociedad*” (Machicado, 2010).

### **2.2.1. Tipos de delincuencia: Funcional, relacional e inducida**

Cuando tratamos los delitos con las drogas encontramos exactamente tres tipos de delincuencia; funcional, relacional e inducida. Hacemos referencia a la delincuencia funcional, cuando hablamos de la realización de delitos para satisfacer la propia necesidad de la dependencia o de la enfermedad, por ello, lleva a que para poder consumir, dado el precio elevado que presentan las sustancias, las personas adictas necesiten de una manera u otra (en este caso mediante delitos contra la propiedad mayoritariamente) obtener economía para satisfacer su consumo, asimismo, evitar la abstinencia. Todo ello, se desencadena en una violencia por causas económicas, que está relacionada con sustancias depresoras (como la heroína) y estimulantes (como la cocaína), de este modo, hablamos de delitos contra el patrimonio (mayoritariamente), falsedades, malversación, entre otras (Gómez, 2016). Además, este patrón delictivo puede venir derivado del trastorno por consumo de sustancias, que anteriormente mencionaba, pues dada bien la dependencia o el abuso de la sustancia, la persona necesita esa droga y, por consiguiente, el dinero para poder obtenerla.

Por otro lado, la delincuencia relacional consiste en, siguiendo el mismo patrón para el mismo beneficio, traficar para poder cubrir las mismas necesidades que anteriormente se han explicado. Relacionada con la violencia sistémica, donde se involucran sustancias psicoestimulantes (Gómez, 2016).

Por último, la delincuencia inducida procede del mismo efecto de las sustancias, puesto que estas mismas incrementan la probabilidad de cometer delitos, viéndose afectadas las capacidades volitivas (capacidad de dirigir la actuación conforme el entendimiento de la conducta) y/o intelectivas (capacidad de entender lo injusto de la misma) de la persona (Gómez, 2016). Las sustancias estimulantes y alucinógenas están relacionadas con este tipo de delincuencia, puesto que, relacionado con los efectos explicados de estas mismas en el punto anterior, pueden llevar a la realización de conductas agresivas. Este tipo de violencia psicofarmacológica puede llegar a ocasionar delitos contra las personas, libertad sexual, orden público o seguridad vial. Del mismo modo, este tipo de patrón delictivo puede estar relacionado con el hecho de padecer trastorno inducido por sustancias, por ende, por la intoxicación o abstinencia (principalmente).

### **2.2.2. El papel de las sustancias adictivas en el delito**

Un dato importante que resalta el estudio de Gómez (2016) es que la mayoría de personas que han cometido un delito en España es drogodependiente, además, muchos delitos están relacionados con el tráfico de drogas. Asimismo, y relacionado con el anterior estudio, Leganés (2010), expone como las personas con problemas de drogadicción delinquen más que cualquier otro tipo de delincuente, sin embargo, entre el 30% y el 50% de las personas drogodependientes delinquían antes de consumir opiáceos, pues menciona otro dato a destacar y es que *“el consumo de drogas no siempre provoca actividades delictivas, si bien la criminalidad previa influye en el consumo de estas sustancias”*. Por ello, los delitos están mayormente relacionados a los antecedentes delictivos previos al consumo. De igual forma, cuando el consumo es mínimo o inexistente, se observa una disminución en la actividad delictiva, pues, los heroinómanos cometen seis veces más delitos cuando están en periodos de consumo que en periodos de abstinencia (Esbec y Echeburúa, 2016). Este mismo estudio menciona que la relación estrecha entre el consumo de sustancias y la delincuencia no es lineal, sino que tiene distintos factores mediadores; entorno, personalidad, trastornos mentales, apoyo familiar y social.

Contrastando la información anterior con la actual, a comparación de la población general, la población penitenciaria en libertad en los últimos 12 meses consume con porcentajes más altos (menos el alcohol con diferencia menor al 16,1%) y con mayor variedad sustancias psicoactivas (ESDIP, 2022). Sin embargo, desde el 2006 ha habido una disminución de prevalencia de consumo de drogas en la población penitenciaria dentro de prisión, menos en los tranquilizantes sin receta que se ha observado un aumento. Por otro lado, el 75,1% de la población penitenciaria alguna vez en libertad ha consumido drogas ilegales, el 53,5% en el último mes en libertad y el 16,8% en el último mes en prisión.

El alcohol es la sustancia más consumida tanto en España como en sí la Unión Europea, asimismo, la más dañina. Leganés (2010) hace referencia a un estudio que se realizó con 1.300 delincuentes, el 14,61% (190 personas) cometió un delito desencadenado del consumo del alcohol. Y de esas 190 personas, solo había una mujer, ya que en mujeres no está tan relacionada la delincuencia con el alcoholismo, pero sí con la prostitución, puesto que muchas llegan a ella para poder satisfacer económicamente su consumo.

De igual forma, Méndez et al. (2017), afirman que las personas que sufren trastorno por consumo de sustancias (TCS), a menudo, están involucradas con conductas delictivas, bien sea para obtener la sustancia, por la abstinencia o, por el mismo trastorno que les lleva a realizarlas.

### **2.2.3. La influencia de la salud mental en el comportamiento delictivo**

El 28,3% de las mujeres, frente al 26% de los hombres, han estado en un programa de salud mental dentro de las instituciones penitenciarias en 2022 (ESDIP, 2022). La patología psiquiátrica con mayor porcentaje entre los internos e internas es la depresión con el 18%, seguidamente el trastorno de la personalidad con el 9,3%, trastorno bipolar con el 5,6%, esquizofrenia con el 5%, psicosis por consumo el 4,5% y otras psicosis con el 1,8%. Asimismo, la idea de quitarse la vida tanto en libertad como en prisión, tanto en hombres como en mujeres, es de aproximadamente el 20%, no obstante, es un poco más prevalente en mujeres.

Por otro lado, es muy importante destacar que el paciente psiquiátrico con esquizofrenia y trastorno bipolar, sí que presenta un plus de violencia en relación con la población general, no obstante, es más probable que sea víctima de violencia que no autor de violencia. Y, dentro de la violencia, es mucho más probable que sea autoagresividad que heteroagresividad (Volavka, 2014). De hecho, dentro de las personas diagnosticadas con esquizofrenia y con antecedentes de violencia, las conductas antinormativas que realizan se basan fundamentalmente en violencia verbal (44%) o hacia los objetos (29%), solamente un 20% es hacia los demás (Bobes, Fillat y Arango, 2008).

Del mismo modo, Fazel, et al. (2009), realizaron un estudio longitudinal en Suecia entre 1973 y 2006, donde evaluaron las tasas de violencia de las personas que sufrían esquizofrenia, que eran 8003 personas del total de 80025, teniendo en cuenta los datos de ingresos hospitalarios por cualquier causa a nivel nacional y los datos sobre antecedentes penales. El 13,2% de las personas con esquizofrenia tenían antecedentes de al menos un delito violento, en comparación con el 5,3% de las personas de la población general (con un odds ratio de 2, intervalo de confianza del 95%; 1,8-2,2). El riesgo de violencia fue particularmente elevado en individuos con esquizofrenia y trastorno por consumo de sustancias. En individuos sin abuso de sustancias, el odds ratio era de 1,2 (IC del 95%, comprendido entre el 1,1-1,4), mientras que con el abuso de sustancias el odds ratio era de 4,4 (IC del 95% = 3,9-5,0). Por lo tanto, teniendo en cuenta que el odds ratio es mayor con el abuso de sustancias, lo que hace que los sujetos sean más violentos realmente es la adicción a la sustancia y no tanto la esquizofrenia en sí.

Siguiendo en la misma línea, Eronen, Hakola y Tiihonen (1996), realizaron un estudio con 693 personas condenadas por homicidio en Finlandia, para poder contemplar la prevalencia de los trastornos mentales. Observaron que la prevalencia de esquizofrenia y psicosis era solo del 6,4% en hombres y 6% en mujeres. Por ello, entendemos que el 94% aproximadamente de los delincuentes homicidas no tienen diagnóstico de dichos trastornos mentales. En alcoholismo el porcentaje es más elevado, se detectó en hombres el 39,2% frente al 32,1% en mujeres. Asimismo, se realizó otro estudio en Suecia, con 2005 personas condenadas por homicidio o intento de homicidio (Fazel y Grann, 2004). Se muestra como el 8,9% de los delincuentes tenían diagnóstico de esquizofrenia, el 2,5% trastorno bipolar, el 6,5% otras psicosis y, el 47,5% de los infractores tuvo un diagnóstico primario o secundario de trastorno por consumo de sustancias.

El 4,16%, de una muestra de 1561 personas con trastorno de bipolaridad, maníaco y depresivo, resultó al cabo de 7-12 años ser convictos, por lo tanto, la prevalencia del comportamiento criminal a lo largo de los años es mínimo. Además, de ese 4,16%, solo el 1,35% eran crímenes violentos, la mayoría eran delitos no violentos, mayoritariamente económicos (desfalco; 11,73%, robo; 7,82% y fraude; 6,51%) (Graz et al., 2009).

Por último, en Suecia se realizó un estudio longitudinal cuyo objetivo era cuantificar el riesgo de delitos violentos en individuos con trastorno bipolar, comparando una muestra de 3743 pacientes diagnosticados de trastorno bipolar con 37429 personas de la población general. El riesgo de violencia entre pacientes con trastorno bipolar asociado a trastorno por consumo de sustancias es 21,3% frente al 4,9% entre pacientes con trastorno bipolar sin trastorno por consumo de sustancias y al 3,4-4% de la población general, frente al 33% de tasa de delitos violentos en pacientes diagnosticados de trastornos por uso de sustancias (Fazel et al., 2010). Por ello, podemos observar como existe un incremento de riesgo de violencia si se asocia con el trastorno por consumo de sustancias.

### **2.3. Patología dual y delito**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el diagnóstico dual es *“la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico”* (World Health Organization, 1994).

Aproximadamente el 50% de las personas que sufren algún tipo de enfermedad mental, también tiene un problema de consumo de sustancias. Dentro de este tipo, prevalecen ante el resto, el alcohol, la marihuana y la cocaína. Dicho consumo interfiere de forma negativa no solo en la enfermedad, si no en su tratamiento, el cuidado personal, el apoyo sociofamiliar, las recaídas, hospitalizaciones, y además, la violencia y el suicidio es mayor en las personas con patología dual (Leganés, 2010). De igual modo, el estudio resalta que el 9,6% de las personas que están en prisión sufren una patología psiquiátrica y un problema con el consumo de las drogas y, el 12,1% padece patología dual asociada al consumo de sustancias.

De la misma manera, las áreas cerebrales afectadas por el consumo de sustancias, pueden tener antecedentes de alteración por cualquier otro trastorno mental, por ello, es tan frecuente

en la población la comorbilidad entre la adicción y el trastorno mental. Cabe destacar, que el consumo de sustancias suele comenzar en la adolescencia, cuando el cerebro se encuentra en periodos de desarrollo, lo que conlleva a que esa exposición temprana a las sustancias lleve a una alteración en el cerebro que a consecuencia desencadene un trastorno mental, asimismo, si se desarrollan síntomas tempranos de un trastorno mental, puede producir un consumo de sustancias a lo largo del tiempo (Gómez, 2016).

Por ello, los trastornos psíquicos inducidos por el consumo de sustancias son frecuentes, y prevalecen entre el 8,8% y el 12,1% de la población penitenciaria, mayoritariamente en trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, y psicóticos. Del mismo modo, las personas con un problema de drogadicción poseen el doble de posibilidades de padecer trastornos por el estado de ánimo o ansiedad, también puede suceder de forma inversa (Gómez, 2016).

*“La patología mental no predispone a cometer delitos”*, si en cambio la adicción a una sustancia puede considerarse un factor facilitador en personas vulnerables. La marginación social con los problemas de salud asociados a la exclusión y a la pobreza, ocasiona que los delitos más frecuentes en reclusos con patología dual sean delitos contra la propiedad, contra las personas y contra la salud pública (SEPD, s.f.). Por ello, las personas que padecen patología dual son uno de los grupos más excluidos de la sociedad, puesto que el consumo de sustancias y el trastorno mental se retroalimentan y complican la recuperación y normalización de la vida (Sainero, 2013).

### **2.3.1. Características de las personas con patología dual**

En el estudio de Méndez et al. (2017), se relacionan diferentes características clínicas con la presencia de una comorbilidad con la dependencia de las sustancias, como serían las personas que son psicópatas o sociópatas, agresivos, que padecen de falta de atención e impulsividad.

Por otro lado, Casares et al. (2010), a través de su estudio realizado con internos del Centro Penitenciario de Villabona y el Centro de Inserción Social, afirman que el 64,5% de los sujetos con patología dual han recibido violencia física en la infancia, también, el 64,5% violencia psicológica y el 9,7% abuso sexual infantil. Eso nos lleva a la existencia de una relación significativa en haber sufrido violencia en la infancia y desarrollar posteriormente una o varias psicopatologías.



Asimismo, el 40% de las personas que padecen una patología dual tienen ideas suicidas y, el consumo de sustancias es un factor de riesgo que prevalece en el suicidio. El perfil más propenso a realizar conductas suicidas son la población con patología dual con síndrome psicótico crónico, trastornos depresivos mayores y trastornos de personalidad e impulsividad (Reyes, 2020). Dicha información se contrasta con el estudio de Casares et al. (2010), puesto que del 35% de internos del Centro Penitenciario de Villabona que padecían una patología dual, el 68,8% presentó riesgo de suicidio.

Manifiestan, no solo una falta de conciencia del trastorno, que dificulta la comunicación del problema, por ello, se acaba identificando solo con uno (o bien adicción o bien trastorno mental), si no que requieren más hospitalizaciones psiquiátricas, son personas vulnerables a la hora de poder afrontar dificultades, además, poseen una mayor tasa de desempleo y exclusión social. Del mismo modo, las mujeres que padecen una patología dual sufren con más frecuencia dicha exclusión social y, tienen un mayor estigma (Reyes, 2020).

De igual forma, las mujeres que inician un consumo, disponen de mayor probabilidad de desarrollar un trastorno mental en comparación con los hombres. También, poseen una prevalencia mayor de los trastornos afectivos que los hombres. Entre el 55% y el 99% de las mujeres que han sufrido traumas o abusos a lo largo de su vida, con una mayor diferencia en estas que en los hombres, han originado o dichos sucesos han desencadenado a la patología dual de consumo de drogas y trastorno mental (Morales, 2018).

Por último, Medina et al. (2013) concluyen que padecer patología dual lleva a una mayor predisposición a reincidir en los actos delictivos, sobre todo, su prevalencia es mayor que en las personas que solo padecen un trastorno mental. Asimismo, el hecho de ser un hombre, joven, de clase social baja, padecer un trastorno mental grave y abuso de sustancias, comporta con mayor predominio a violencia demográfica y clínica.

## **2.4. Proyecto Hombre**

Proyecto Hombre, tal y como lo definen ellos mismos, es una fundación sin ánimo de lucro (nadie queda excluido por razones económicas), aconfesional (ninguna religión involucrada), apolítico (ninguna ideología política), voluntario que tiene como fin ayudar y poder ayudar tanto a los familiares como a las personas que tienen problemas con la adicción. Centran el proceso en la persona y no la adicción, puesto que para ellos la adicción es “*un síntoma de un problema que reside en la persona*” (Proyecto Hombre, 2023).

Las adicciones se abarcan mediante el modelo biopsicosocial, por lo tanto, tratan los diversos factores por lo que puede venir causada esta misma. El proceso que realiza la persona se basa en la identificación del problema que le lleva a ser adicta, se trabaja dicho problema a través de un marco terapéutico-educativo para poder llegar a una recuperación de la autonomía de la persona (Proyecto Hombre, 2023).

### **2.4.1. Perfil de las personas en tratamiento de PH**

En el informe realizado en 2021 (Proyecto Hombre, 2021), encontramos datos sobre el perfil de las personas que han estado en tratamiento desde 2013 hasta 2021, analizando así tanto sus características personales, como problemas legales, salud y áreas laborales y educativas.

En consecuencia, los datos que se recogen en todos los centros de PH de España son los siguientes. En cuanto a sexo, a pesar de que en los años haya aumentado el porcentaje de participantes mujeres, destaca por mayoría la participación de hombres en PH (81,9%). La edad media se encuentra aproximadamente en los 40 años, dicha edad, es superior en las mujeres que en los hombres, asimismo, se muestra un aumento a lo largo de los años en la misma. Por otro lado, el tipo de tratamiento por el que las personas suelen derivarse es mediante el ambulatorio y el 6% de los usuarios/as han estado en prisión (destacadamente hombres) y el 5,6% en tratamiento de alcohol y drogas. Dentro del ámbito educativo, la titulación académica que poseen la mayoría de usuarios y usuarias es la educación secundaria (40,3%), además, más del doble de las mujeres en comparación con los hombres, poseen estudios universitarios. En el ámbito laboral, el 17,5% trabaja en restauración, protección y vendedores, aunque hay que señalar que en hombres destacan más las ocupaciones elementales y, mayoritariamente, los trabajos son a tiempo completo, asimismo, en mujeres

se destaca mucho más el desempleo y el tiempo parcial, que en los hombres. De la misma manera que más de la mitad de usuarios y usuarias (aunque más usuarios) tienen deudas.

Siguiendo con los datos y refiriéndonos a la sustancia, la mayoría de usuarios/as que realizan un tratamiento es debido a la cocaína, no obstante, cabe destacar que el alcohol en mujeres está más acentuado su consumo y ocupa el primer lugar en problemática de sustancia por la cual ingresan las mujeres en PH en relación con los hombres, asimismo, los sedantes (aunque no sea un porcentaje elevado) son más protagonistas en mujeres que en hombres. En hombres se ha visto una disminución a lo largo de los años del alcohol como sustancia principal. Sin embargo, sin ser la principal sustancia, pero sí a lo largo de los años, la más problemática en general tanto para hombres como mujeres, es el alcohol. En referencia a la problemática de la edad temprana y la sustancia, el alcohol y el cannabis son las sustancias que destacarían al resto por una edad de inicio de consumo de media de 16 años, además, en general se observa como las mujeres inician el consumo un poco más tarde que los hombres. Algo importante a resaltar es que en las mujeres es más tardío el tiempo que pasa desde que inician el consumo hasta su ingreso en algún tipo de tratamiento.

En el ámbito legal, se observa como el 7,8% de las personas fueron ingresadas por sugerencia de una autoridad judicial, porcentaje que destaca más en hombres que en mujeres. El casi 4% de ellos y ellas se encuentran en libertad condicional y el 21,3% tenían causas pendientes en el momento de ingresar en algún tratamiento. Del mismo modo, el 22,7% han sido acusadas/os por posesión y tráfico de drogas, dicho porcentaje está más destacado en hombres que en mujeres.

Dentro del ámbito sociofamiliar, la mayoría de sujetos se encuentran solteros (59,3%). Suelen convivir o bien con sus padres (mayoritariamente en hombres) o con la pareja e hijos (mayoritariamente en mujeres), asimismo, la diferencia de convivir con solamente los hijos es mayor en mujeres que en hombres. Aproximadamente, el 7% vive con alguna persona que tiene problemas con el alcohol o con otras drogas distintas, aun así, las mujeres exponen una mayor vulnerabilidad en ambas situaciones. Por otro lado, el 50% de las personas que ingresaron en PH en 2021 sufrieron abuso emocional, el 28,6% abuso físico, y el 10,7% abuso sexual, dichos porcentajes aumentan cuando la víctima es una mujer.

Continuando con la problemática de salud, el 32,5% padece algún tipo de problema médico crónico que interfiere en su vida cotidiana, de nuevo, el porcentaje es mayor en mujeres. Lo mismo pasa con la medicación, más mujeres toman algún tipo de medicamento de forma regular por prescripción médica. Los porcentajes son más elevados en mujeres que en hombres cuando hablamos de factores psiquiátricos, sobre todo en problemas emocionales/psicológicos (el 50% en hombres, frente al 72,2% en mujeres). Solamente las conductas violentas están en un porcentaje prácticamente igual en relación con los hombres (aproximadamente el 44%). Lo que más destaca en dichas usuarias es la ansiedad severa con un 81,1%. Asimismo, de 2013 a 2021, existe un aumento de dichos factores psiquiátricos en las personas usuarias, la ansiedad severa pasa del 58,9% al 71,2%, la depresión severa del 40,3% al 57,3%, problemas emocionales/psicológicos del 42,8% al 54,4%, los problemas comprensión/memoria del 47,1% al 51,3%, las conductas violentas del 39,5% al 44,1%, la ideación suicida del 37,9% al 42,2%, los intentos de suicidio del 22,5% al 25,8% y las alucinaciones del 15,9% al 22,1%.

Centrándonos en Cataluña, observamos como los datos son similares a los del resto de España, mayoritariamente hombres (83,2%). La edad media está entre los 40 y los 49 años, tanto en hombres como en mujeres (un poco más elevada a la media global). Trabajo a tiempo completo en los últimos 3 años (59%). Y la sustancia principal que les lleva a tener dicha dependencia es la cocaína, con casi el 50% sobre el total, dado que en hombres destaca más esa sustancia que en mujeres, que en ellas está nivelada con el alcohol por encima del umbral.

### **3. Metodología**

Tras la revisión bibliográfica expuesta anteriormente, que ha consistido en una búsqueda académica de los diferentes puntos de interés (adicciones, delito, patología dual y Proyecto Hombre), los cuales extraen una posible relación más intensa con la delincuencia, el consumo de sustancias, que no tanto los trastornos mentales.

Por ello, se procede a la realización práctica del estudio. Para ello, principalmente, se optó por un cuestionario de 46 preguntas, las cuales en Proyecto Hombre me las redujeron a 18, que al final, han acabado siendo 19 (véase en el anexo), puesto que al empezar a ponerlas en práctica, me di cuenta de que hacía una pregunta de más que realmente era necesaria para

conectar la anterior con la posterior a dicha cuestión (“¿Ha cometido algún delito?”). Asimismo, la idea principal era realizar el cuestionario a los usuarios y usuarias de los distintos programas que ofrece Proyecto Hombre, pero finalmente, solo pude realizarlo en comunidad terapéutica, programa en el cual yo realice mis prácticas externas.

Por ende, una de las preguntas que en un principio formulé y que con posterioridad no se pudo preguntar era: “¿Padece algún trastorno mental?”, dada la importancia del dato para el análisis de la encuesta, una vez recogí todas las respuestas, mi tutora de las prácticas externas en Proyecto Hombre, me facilitó dicha información a través de una reunión online que tuvimos.

Por otro lado, las 19 cuestiones fueron repartidas en 4 bloques; características, adicción, delincuencia y patología mental. A través de la encuesta, se pretende contrastar la información explicada en los anteriores apartados.

### **3.1. Muestra**

Para ello, se han encuestado a 30 personas que residen en la comunidad terapéutica de Proyecto Hombre, de las cuáles 24 eran hombres, y las 6 restantes, mujeres. Dichas personas están divididas dentro del programa residencial en 3 niveles, en los cuales se va trabajando los diferentes ámbitos de la vida para poder promover de forma progresiva el proceso y crecimiento personal.

En el momento de realizar el cuestionario había 39 personas residiendo en la comunidad terapéutica, no obstante, como he comentado anteriormente, se encuestaron a 30 personas, dado que las 9 restantes eran usuarios nuevos que puesto que aún estaban “aterrizando” en el programa, no podía realizarles el cuestionario.

Debido a que dichos usuarios y usuarias no tienen permitido el uso del teléfono móvil dentro del programa del cual residen, para ejecutar el cuestionario tuve que ir presencialmente dos días distintos y realizarles la encuesta a cada uno de ellos y ellas. Del mismo modo, es la forma que me ofrecieron hacerlo en Proyecto Hombre, ya que la idea principal era imprimirlos y una vez impresos, repartirlos, no obstante, hacerlos yo era una manera de no interrumpirles tanto tiempo el horario programado que tienen y, asimismo, asegurarme de que

entienden las cuestiones que se les pregunta y, en este caso, de que las respondieran todas correctamente a su entendimiento.

Antes de empezar al cuestionario, les informaba del fin del mismo, como de su anonimidad y, además, les transmitía que si no estaban cómodos/as con alguna cuestión eran libres de no responderla.

#### 4. Resultados

A lo largo de este apartado se pretende exponer y desarrollar los resultados obtenidos a través de la encuesta realizada, con la finalidad de que dichos datos queden bien entendidos para en el siguiente punto, poder analizarlos. Para ello, se ha utilizado el programa Excel con el propósito de poder representar los mismos en tablas.

**Figura 1: Sexo de los sujetos en tratamiento**

SEXO	Hombre	Mujer	Total
No PD (N=21)	90,50%	9,50%	70%
PD (N=9)	55,60%	44,40%	30%
<b>P*</b>			<b>0,028</b>

\*Chi cuadrado de Pearson

*Fuente: elaboración propia a partir de datos de la encuesta*

Como he comentado en el apartado anterior, la muestra total del estudio eran 30 personas en tratamiento de una comunidad terapéutica. Divididas, por un lado, en hombres y mujeres, siendo los hombres una mayoría destacable. Y, por otro lado, como se dividirá en el resto de figuras consecuentes a esta, en los usuarios y usuarias que no padecen patología dual (No PD), por lo tanto, que no sufren ningún problema de salud mental detectado, que representan el 70% del total (21 personas) y, los que sí tienen una patología mental (PD), que representan el 30% restante (9 personas).

El resultado obtenido del cruce explicado con anterioridad, es el siguiente; por una banda, casi el total de hombres, el 90,50%, representan usuarios sin patología dual, frente al 55,60% que sí presentan patología dual (teniendo en cuenta que hay más hombres que mujeres en la muestra), por otra banda, en mujeres, pasa justo lo contrario, el 44,40% padecen un trastorno mental además de su adicción a alguna sustancia, contrastado con el 9,5% que representan las mujeres que no sufren patología dual.

**Figura 2: Edad de los sujetos en tratamiento**

EDAD	Actual
No PD (N=21)	39,8±8,4
PD (N=9)	42,3±10

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la encuesta

Teniendo en cuenta la edad de los usuarios y usuarias y su desviación estándar, en pacientes que no presentan una patología dual, la edad media es de casi 40 años con una dispersión amplia de  $\pm 8,4$ . Asimismo, en pacientes que sí padecen patología dual, la edad media resulta ser un poco más elevada (42 años) con una desviación mayor de  $\pm 10$ .

**Figura 3: Estado civil de los sujetos en tratamiento**

ESTADO CIVIL	Casado/a	Divorciado/a	Pareja de hecho	Separado/a	Soltero/a	Viudo/a	Total
No PD (N=21)	4,80%	19,00%	9,50%	9,50%	52,40%	4,80%	70%
PD (N=9)	22,20%	33,30%	-	11,10%	33,30%	-	30%

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la encuesta

El estado civil en personas que no presentan una patología dual resulta ser, por mayoría, soltero/a (52,40%). Y, con patología dual, sería tanto divorciado/a como soltero/a, sin haber diferencia entre estos mismos (33,30%).

**Figura 4: Nivel de estudios de los sujetos en tratamiento**

ESTUDIOS	Bachillerato/ FP/ Cursos	Educación primaria	Educación secundaria	Estudios universitarios	Ninguno	Total
No PD (N=21)	47,60%	19,00%	28,60%	4,80%	-	70%
PD (N=9)	66,70%	-	22,20%	-	11,10%	30%

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la encuesta

En cuanto a la pregunta “¿Cuál es su nivel de estudios?”, tanto en usuarios y usuarias que padecen una patología dual como los que no, destaca el hecho de poseer un bachillerato/ FP/ cursos como titulación académica superior, con un 47,60% en pacientes sin patología dual y, 66,70% en pacientes con patología dual.

**Figura 5: Sustancia por la que los sujetos han iniciado el tratamiento**

ADICCIÓN	Alcohol	Cocaína	Cannabis	Heroína	Anfetamina	Metanfetamina	Sexo	Juego	Internet	Comida	Compras	Total
No PD (N=21)	61,90%	71,40%	14,30%	14,30%	4,80%	4,80%	4,80%	4,80%	4,80%	4,80%	4,80%	70%
PD (N=9)	55,60%	88,90%	22,20%	-	-	-	-	11,10%	-	-	11,10%	30%

*Fuente: elaboración propia a partir de datos de la encuesta*

Entre los y las pacientes que no tienen una patología dual, la sustancia principal que les lleva a tener dicha dependencia es, en primer lugar, la cocaína (71,40%), y sin ser una diferencia muy notable, en segundo lugar, el alcohol (61,90%). Asimismo, en los sujetos que sí presentan una patología dual, la mayoría que realizan un tratamiento es debido a la cocaína con un 88,90%, seguidamente, el alcohol con un 55,60%. Por otro lado, las adicciones conductuales presentan unos porcentajes bastante bajos sobre el total.

**Figura 6: Edad de inicio del consumo frecuente de la sustancia por la cual iniciaron el tratamiento los sujetos**

EDAD	Alcohol	Cocaína	Cannabis	Heroína	Anfetamina	Metanfetamina	Sexo	Juego	Internet	Comida	Compras
No PD (N=21)	17,7±6,9	19,4±4,9	17±6,2	24±10	18±0	25±0	24±0	24±0	24±0	24±0	24±0
PD (N=9)	18,7±4,5	18±4,4	12±0	-	-	-	-	29±0	-	-	29±0

*Fuente: elaboración propia a partir de datos de la encuesta*

A simple vista se puede observar que, cuando a los sujetos se les preguntaba por la edad en que comenzaron a consumir con frecuencia las sustancias por las cuales iniciaron un tratamiento, las adicciones que no están relacionadas con una sustancia en sí, sino que con el comportamiento, tienen de media una edad más tardía (24 años en sujetos sin patología dual y 29 años en sujetos con patología dual) que las dependencias relacionadas con sustancias. Por un lado, los usuarios y usuarias que no manifiestan una patología dual presentan una media de edad en el alcohol aproximada de 18 años con una desviación estándar de 7, en la cocaína 19,4±4,9, en el cannabis de 17±6,2, en la heroína de 24±10, en la anfetamina de 18 años y, en la metanfetamina de 25 años.

Por otro lado, en las personas en tratamiento con patología dual, la edad media del inicio del consumo de alcohol con frecuencia es de aproximadamente 19 años con una desviación estándar de 4,5, de la cocaína 18±4,4 y, del cannabis de 12 años.



**Figura 7: Motivo por el cual los sujetos en tratamiento empezaron a consumir**

MOTIVO	Familia	Personal	Amigos	Trabajo/ Estudio	Total
No PD (N=21)	28,60%	23,80%	61,90%	4,80%	70%
PD (N=9)	22,20%	44,40%	33,30%	11,10%	30%

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la encuesta

El factor principal por el cual las personas en tratamiento que no padecen patología dual comenzaron a consumir es por la influencia de amigos (61,90%), seguido de conflictos familiares (28,60%) y en tercer lugar motivos personales, como sería por ansiedad o depresión (23,80%). Por el contrario, en los sujetos que tienen patología dual mayoritariamente comienzan a consumir por motivos personales (44,40%), después por la influencia de amigos (33,30%) y por último, por conflictos familiares (22,20%).

**Figura 8: ¿Es la primera vez que los sujetos reciben un tratamiento por su adicción?**

TRATAMIENTO	Si	No	Total
No PD (N=21)	66,70%	33,30%	70%
PD (N=9)	22,20%	77,80%	30%
P*			0,025

\*Chi cuadrado de Pearson

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la encuesta

En dicha tabla, se puede contemplar una clara diferencia entre los usuarios y usuarias que no padecen una patología dual con los y las que sí la padecen. Puesto que, aquellos que no la tienen, mayoritariamente, con un 66,70%, es la primera vez que reciben un tratamiento por su drogodependencia. En cambio, los sujetos que sí tienen dicha patología dual, principalmente, han sido tratados con anterioridad por su adicción (77,80%).

**Figura 9: Los sujetos que han sido tratados con anterioridad, ¿ha sido con tratamientos de carácter ambulatorio o residencial?**

TRATAMIENTO	Ambulatorio	Residencial	Desintoxicación	Total
No PD (N=7)	28,60%	57,10%	14,30%	50%
PD (N=7)	42,90%	57,10%	-	50%

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la encuesta

De las personas encuestadas que ya habían recibido un tratamiento con anterioridad (N=14), mayoritariamente, había sido de carácter residencial, tanto en sujetos que no padecen patología dual (57,10%) como los que sí la padecen (57,10%).

**Figura 10: ¿Han estado los sujetos en tratamiento alguna vez en prisión?**

PRISIÓN	Si	No	Total
No PD (N=21)	23,80%	76,20%	70%
PD (N=9)	22,20%	77,80%	30%

*Fuente: elaboración propia a partir de datos de la encuesta*

Los porcentajes tanto en las personas que tienen patología dual como las que no, son bastante similares. Principalmente, no han estado nunca en prisión, con porcentajes del 76,20% en sujetos que no padecen patología dual y, con 77,80% en pacientes que sí la padecen.

**Figura 11: ¿Han cometido algún delito los sujetos en tratamiento?**

DELITO	Si	No	Total
No PD (N=21)	66,70%	33,30%	70%
PD (N=9)	55,60%	44,40%	30%

*Fuente: elaboración propia a partir de datos de la encuesta*

En este caso, pasa justamente lo contrario a lo que se ha visto en la Figura anterior, a pesar de que los porcentajes sigan siendo similares, mayoritariamente, los usuarios y usuarias sí han cometido algún tipo de delito a lo largo de su vida. En sujetos que no padecen patología dual con un 66,70% y, en sujetos que sí la padecen con un 55,60%.

**Figura 12: Edad en la que los sujetos en tratamiento cometieron su primer delito**

EDAD	Primer delito
No PD (N=14)	23,6±6
PD (N=5)	25,6±13,6

*Fuente: elaboración propia a partir de datos de la encuesta*

De 30 personas encuestadas, 19 han cometido uno o varios delitos, de las cuales, 14 sujetos no padecen patología dual y 5 sí. La edad media en la que los sujetos que no tienen patología dual cometieron su primer delito, es de aproximadamente 24 años, con una desviación estándar de 6. Asimismo, en pacientes que sí padecen patología dual, la edad media de la comisión de su primer delito resulta ser un poco más elevada, 26 años aproximadamente, con una desviación mayor de  $\pm 13,6$ .

**Figura 13: Causa por la cual los sujetos en tratamiento cometieron su primer delito**

DELITOS	Contra la seguridad vial	Contra el patrimonio	Contra la salud pública	Contra las personas	Total
No PD (N=14)	28,60%	35,70%	21,40%	42,90%	73,70%
PD (N=5)	20,00%	40,00%	-	40,00%	26,30%

*Fuente: elaboración propia a partir de datos de la encuesta*

Cuando se trata de los sujetos que no tienen patología dual, se puede observar como la causa mayoritaria por la cual cometieron su primer delito, es contra las personas (42,90%). Lo mismo ocurre con los que padecen patología dual, con un porcentaje del 40%, pero además, en este caso, queda igualado con los delitos contra el patrimonio (40%).

**Figura 14: Causas pendientes de los sujetos en tratamiento que han cometido un delito**

DELITOS	Contra la seguridad vial	Contra el patrimonio	Contra la salud pública	Contra las personas	De falsedades	Contra la libertad	No causas pendientes	Total
No PD (N=14)	28,60%	14,30%	7,10%	14,30%	-	7,10%	42,90%	73,70%
PD (N=5)	20,00%	20,00%	-	20,00%	20,00%	-	20,00%	26,30%

*Fuente: elaboración propia a partir de datos de la encuesta*

Principalmente, en la actualidad, las personas que no padecen patología dual no están cumpliendo ni tienen causas pendientes (42,90%), y las que sí padecen, está repartido entre no tener causas pendientes, delitos contra la seguridad vial, contra el patrimonio, contra las personas y de falsedades (20% en todas).

**Figura 15: Forma en la que los sujetos en tratamiento realizaron el delito**

BAJO	Los efectos de la sustancia a la cual era adicto/a	Los efectos a otra sustancia	En periodo de abstinencia	Total
No PD (N=14)	92,90%	14,30%	7,10%	73,70%
PD (N=5)	100,00%	-	-	26,30%

*Fuente: elaboración propia a partir de datos de la encuesta*

Se observa una mayoría clara en realizar los delitos, expuestos anteriormente, bajo los efectos de la sustancia a la cual eran adictos/as, tanto en sujetos que no tienen patología dual (92,90%), como los que sí la tienen (100%).

**Figura 16: ¿Los sujetos en tratamiento han tenido que ser ingresados por temas de salud mental?**

INGRESOS	Si	No	Total
No PD (N=21)	42,90%	57,10%	70%
PD (N=9)	55,60%	44,44%	30%

*Fuente: elaboración propia a partir de datos de la encuesta*

La mayoría de sujetos que no padecen una patología dual no han tenido que ser ingresados por temas de salud mental (57,10%). A la inversa ocurre con la mayoría de las personas que sí tienen una patología dual, puesto que el 55,60% sí han sido ingresadas por algún tema de salud mental.

**Figura 17: Número de veces que los sujetos en tratamiento han estado hospitalizados por temas de salud mental**

INGRESOS	Nº de hospitalizaciones
No PD (N=9)	1,7±1,1
PD (N=5)	3,8±3,8

*Fuente: elaboración propia a partir de datos de la encuesta*

De las 30 personas en tratamiento, 14 han tenido que ser ingresadas por temas de salud mental, 9 de las 21 que no padecen patología dual y, 5 de las 9 que sí la padecen. La media del número de hospitalizaciones en aquellas que no tienen patología dual es de 1,7, con una desviación estándar de 1,1, y de las que sí tienen patología dual es de 3,8±3,8.

**Figura 18: ¿Los sujetos en tratamiento toman alguna medicación prescrita de forma regular por algún problema de salud mental?**

ALGUNA MEDICACIÓN	Si	No	Total
No PD (N=21)	47,60%	52,40%	70%
PD (N=9)	88,90%	11,10%	30%
<b>P*</b>			<b>0,034</b>

\*Chi cuadrado de Pearson

*Fuente: elaboración propia a partir de datos de la encuesta*

Tal y como se contempla en la tabla, la mayoría de personas en tratamiento que no tienen patología dual no toman ninguna medicación prescrita de forma regular por algún problema de salud mental (52,40%). Por el contrario, el 88,90% de sujetos que padecen patología dual sí toman medicación por algún trastorno mental.

<b>ALGUNA MEDICACIÓN</b>	Si	No	Total
Hombre (N=24)	50,00%	50,00%	80%
Mujer (N=6)	100,00%	-	20%
<b>P*</b>			<b>0,025</b>

\*Chi cuadrado de Pearson

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la encuesta

Asimismo, cuando se hace el cruce entre tomar alguna medicación prescrita de forma regular por algún problema de salud mental y ser hombre o mujer (en vez de tener o no patología dual), se puede observar como el 100% de las mujeres si toman dicha medicación, y en cambio, en los hombres solo la mitad la requieren.

**Figura 19: Tipo de medicación que toman los sujetos en tratamiento**

<b>MEDICACIÓN</b>	Hipnóticos	Antidepresivos	Epilépticos	Ansiolíticos	Antipsicóticos	Para regular la impulsividad	Para el TOC	Total
No PD (N=10)	40,00%	50,0%	-	30,00%	20,00%	10,00%	-	55,60%
PD (N=8)	12,50%	87,50%	12,50%	12,50%	25,00%	-	12,50%	44,40%
<b>P*</b>		<b>0,094</b>						

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la encuesta

Se puede contemplar como, de los 18 sujetos que toman medicación (10 no padecen patología dual y 8 sí), principalmente, los antidepresivos son los más prescritos para hacer toma de ellos de forma regular por algún problema de salud mental, en personas que no tienen patología dual con un 50%, y en las que sí tienen con un 87,50%.

**Figura 20: Tipo de patología mental de los sujetos en tratamiento**

<b>TIPO DE TRASTORNO</b>	Trastorno de personalidad: Clúster B	Trastorno del estado de ánimo: Trastorno bipolar	Trastorno del estado de ánimo: Trastorno depresivo mayor	Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)	Total
PD (N=9)	22,20%	11,10%	22,20%	11,10%	33,30%	30%

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la encuesta

Por último, el mayor trastorno que prevalece en las personas en tratamiento que tienen una patología dual, es el TDAH con un 33,30%, seguido del trastorno de personalidad (Clúster B) y del trastorno depresivo mayor con un 22,20%. No obstante, si se tiene en cuenta, en general los trastornos del estado de ánimo, serían los más prevalentes junto al TDAH.

## 5. Discusión

El estudio presenta ciertas limitaciones, como sería en sí el número de muestra, y de centros terapéuticos, así como, las distintas cuestiones que se pretendían analizar previamente, ya que de 46 cuestiones se acabaron preguntando 19. Asimismo, el tiempo para realizar dicho trabajo es limitado.

Aun así, el mismo, presenta distintas fortalezas como que sus resultados han sido equivalentes a estudios con un mayor número de participantes y empleados en un tiempo mucho más amplio que el establecido, por consiguiente, son estudios con una representación mayor a la población. Por ello, a continuación, se van a analizar e interpretar los resultados obtenidos, con el objetivo principal de observar si realmente existe una relación entre la patología dual y la comisión de delitos en las personas en tratamiento residencial de Proyecto Hombre.

En primer lugar, cabe destacar, que la mayoría de tablas explicadas anteriormente no tienen una relación estadísticamente significativa, dado que el número de muestra es muy pequeño, por ello, a consecuencia, la diferencia entre los porcentajes no es tan notable, asimismo, si fuera este más elevado, se vería entonces esa relación esperada.

Por lo tanto, seguidamente, como se observa en la Figura 1, el chi cuadrado de Pearson es menor a 0,05, dato que representa una relación estadísticamente significativa entre ser mujer y padecer una patología mental además de una adicción a las sustancias. Dicho resultado, parece ir en línea con lo que Morales concluye en su estudio realizado en 2018, las mujeres no solo padecen más trastornos afectivos que los hombres, sino que aquellas que son consumidoras disponen de una mayor probabilidad de desarrollar un trastorno mental en comparación con los hombres.

En cuanto a la media de edad (Figura 2), tal y como se menciona en el observatorio realizado en 2021 por Proyecto Hombre, se encuentra aproximadamente en los 40 años. Sin destacar ninguna gran diferencia entre tener o no patología dual. Del mismo modo, ocurre con el estado civil (Figura 3), si parece que la mayoría de sujetos se encuentren solteros, aunque esta diferencia es más notoria en pacientes que no padecen patología dual, que en los que sí la padecen. Asimismo, tampoco existe una relación estadísticamente significativa, por lo tanto,

no se halla una diferencia destacable en padecer o no patología dual entre los porcentajes del nivel de estudios (Figura 4).

Cabe tener en cuenta que no se presenta una relación estadísticamente significativa entre padecer o no patología dual y la sustancia por la que los sujetos inician el tratamiento (Figura 5), dado a que la muestra es demasiado pequeña como para poder apreciar dicha relación. Puesto que, casi el 90% de usuarios y usuarias que tienen patología dual, la sustancia que les lleva a tener dicha dependencia es la cocaína, seguidamente el alcohol (55,60%) y, en tercer lugar, el cannabis (22,20%), y tal y como menciona Leganés en su estudio realizado en 2010, las sustancias que prevalecen ante el resto en pacientes que presentan un problema de consumo más una enfermedad mental son el alcohol, la marihuana y la cocaína.

En la Figura 6 se puede observar como la edad de inicio del consumo frecuente de las sustancias principales (alcohol, cocaína y cannabis) es menor en usuarios y usuarias con patología dual (menos el alcohol, que es un año más elevado) en comparación con los que no presentan dicha patología dual, asimismo, su desviación estándar también es menor. De la misma forma, Gómez (2016) destaca como el consumo de sustancias que comienza en una edad temprana, en periodos de desarrollo del área cerebral, desencadena la probabilidad de padecer un trastorno mental a raíz de la alteración en el cerebro consecuente a la exposición de dichas sustancias, asimismo, pasa a la inversa.

Pese a que en la Figura 7 no se observe una relación estadísticamente significativa, el mayor porcentaje en el motivo por el cual empezaron a consumir los sujetos que presentan patología dual es por motivos personales, a la hora de realizar la encuesta, los ejemplos que les ponía en motivo personal eran temas de ansiedad, depresión, etc. En cambio, en personas que no presentan una patología dual, el motivo es la influencia de los amigos y amigas. Por lo tanto, dicha información se alinea con lo que en el párrafo anterior he mencionado sobre el estudio de Gómez (2016).

En cuanto a la pregunta “¿es la primera vez que recibe un tratamiento por su adicción?” (Figura 8), existe una esperada relación estadísticamente significativa (valor  $p=0,025$ ) entre padecer patología dual y haber sido tratado con anterioridad la dependencia a las sustancias. Dicha información se contrasta con lo expuesto por Reyes (2020); las personas que sufren una patología dual presentan una falta de conciencia del trastorno, por lo cual, se acaban

identificando solo con uno, o bien su trastorno mental o bien su adicción, eso les lleva a un mayor número de tratamientos. No obstante, en la Figura 9 se puede observar que no existe una relación estadísticamente significativa relacionada con el carácter del tratamiento (ambulatorio o residencial) que se había recibido anteriormente, puesto que la diferencia entre los porcentajes no parece ser muy notable.

Cabe tener en cuenta que el hecho de que la relación no sea estadísticamente significativa entre haber cometido algún delito y padecer o no patología dual (Figura 11), puede venir dado a que se ha visto anteriormente que padecer una patología dual tiene una relación significativamente estadística con ser mujer, las cuales presentan unas tasas de delincuencia menores, por lo general, en la población. Asimismo, Leganés (2010), afirma que el consumo de sustancias en mujeres no está tan relacionado con la delincuencia, sino más bien con la prostitución.

Sin embargo, aunque la diferencia no es muy destacada entre padecer o no patología dual y, haber estado o no en prisión (Figura 10) o, haber cometido o no algún delito (Figura 11), se puede contemplar que en ambos casos, los porcentajes de no haber estado nunca en prisión y de no haber cometido algún delito a lo largo de sus vidas, son mayores en sujetos que tienen patología dual. Por lo tanto, de nuevo, si la muestra hubiera sido mayor, probablemente, la diferencia sería más notoria y, se podría afirmar lo que varios estudios como el de Fazel et al. (2010) confirman: existe un incremento del riesgo de cometer un delito violento si se asocia con solamente el trastorno por consumo de sustancias. O, como el de Medina et al. (2013) que concluye que padecer patología dual lleva a una mayor predisposición a reincidir en los actos delictivos, sobre todo, su prevalencia es mayor que en las personas que solo padecen un trastorno mental, puesto que en sí un trastorno mental no predispone a cometer un delito, pero sí lo es en cambio, la dependencia a una sustancia, ya que se considera un factor facilitador (SEPD, s.f.).

Aun así, la edad en la que cometieron su primer delito parece no tener una relación estadísticamente significativa con padecer o no patología dual (Figura 12). Lo mismo ocurre con la causa del primer delito (Figura 13). No obstante, los delitos que por mayoría destacan más, son los realizados contra las personas y contra el patrimonio, tal y como menciona Gómez (2016) en su estudio, las personas con un problema de drogadicción necesitan obtener economía para poder satisfacer su consumo, por ello, recurren a cometer delitos contra el



patrimonio (delincuencia funcional). Además, el mismo efecto que producen las sustancias pueden desencadenar en la realización de conductas agresivas que ocasionan delitos contra las personas (delincuencia inducida). Por ello, se puede afirmar que, los delitos más frecuentes que los reclusos que tienen patología dual realizan son contra la propiedad, las personas y, contra la salud pública. Dichos delitos, además de estar relacionados con la marginación social que sufren (SEPD, s.f.), son las 3 principales causas por las cuales los sujetos en tratamiento con patología dual cometieron su primer delito.

Además, en la Figura 14, no se puede apreciar bien la diferencia entre las causas pendientes actuales, dado que el número de muestra es pequeño. Aun así, destaca entre el resto el no tener causas pendientes (sobre todo en los sujetos que no padecen patología dual), hecho que afirma que cuando el consumo es mínimo o inexistente, existe una disminución de la actividad delictiva (Esbec y Echeburúa, 2016). Asimismo, en la Figura 15, se puede apreciar como casi el 100% de las 19 personas en tratamiento que han delinquirido a lo largo de su vida, lo hicieron bajo los efectos de la sustancia a la cual eran adictos/as. Al contrario del estudio de Leganés (2010), que expone que el consumo de sustancias no siempre se desencadena en delitos, si no de al contrario, los antecedentes delictivos influyen en consumir dichas sustancias. Por lo tanto, reitero, tal y como hacían constancia estudios como el de Fazel, et al. (2010), existe un incremento del riesgo de cometer un delito si se asocia con el consumo de sustancias y no tanto, con el trastorno mental.

Nuevamente, se podría haber observado una relación estadísticamente significativa en haber sido ingresado por temas de salud mental y padecer una patología dual (Figura 16), si la muestra hubiese sido más grande. Dado que, como se ha mencionado anteriormente en este mismo apartado, Reyes (2020), señala que las personas con patología dual acuden de forma más habitual a los servicios de urgencias, así como, requieren de una mayor hospitalización. Hecho que se confirma en la Figura 17, ya que se muestra como las personas que padecen patología dual tienen una media de ingresos superior.

Finalmente, en la primera tabla de la Figura 18 se observa la existencia de una esperada relación estadísticamente significativa entre tomar alguna medicación prescrita de forma regular por algún problema de salud mental y padecer patología dual (valor de  $p=0,034$ ). Puesto que, enfatizo, padecer una patología dual tiene una relación estadísticamente significativa con ser mujer y, tal y como se menciona en el observatorio realizado en 2021

por Proyecto Hombre, existen más mujeres que toman algún tipo de medicamento de forma regular por prescripción médica que hombres. Dicha información va en línea con lo que se observa en la segunda tabla de la Figura 18, que confirma una relación estadísticamente significativa entre tomar alguna medicación prescrita de forma regular por algún problema de salud mental y ser mujer (valor de  $p=0,025$ ).

Asimismo, el tipo de medicamento más tomado por los mismos sujetos, tanto en personas que tienen patología dual como los que no, son los antidepresivos (Figura 19), no obstante, aunque no llegue a haber una relación estadísticamente significativa (dado el número de muestra) con tener patología dual y la toma de antidepresivos, el porcentaje es bastante elevado para aquellos que la tienen (87,50%). Hecho que concuerda con que la mayoría de personas que están en tratamiento y tienen patología dual, padecen un trastorno del estado de ánimo, bien sea bipolar o depresivo mayor (Figura 20). Además, se puede observar en la Figura 19, como en personas que no padecen patología dual, los medicamentos más tomados, a diferencia de los que sí la padecen, son los hipnóticos y los ansiolíticos, puesto que pueden ser facilitadores para su recuperación en ese periodo de abstinencia después de un largo tiempo de consumo.

## **6. Conclusiones**

Para concluir, afirmo lo que previamente introduje, la sociedad ha creado un estigma a las personas que padecen un trastorno mental y/o tienen una dependencia, que relaciona a las mismas con conductas antinormativas, como serían la comisión de un delito. Dicha marginalización social, desencadena en una difícil recuperación de la o las patologías, complicando la reinserción social de esas mismas y, ocasionando que las personas con este tipo de problemas recurran a delitos, mayoritariamente, contra la propiedad, para poder saciar su pobreza o en sí, su consumo.

En el estudio presentado se ha observado una relación acentuada entre el hecho de ser mujer y padecer patología dual. Por lo tanto, aunque haya un número menor de mujeres que son drogodependientes, las que lo son, tienen un mayor número de probabilidades de no solo ser adictas sino que además, de desarrollar un trastorno mental, hecho que hace aumentar la estigmatización que anteriormente mencionaba. Asimismo, pese a no haber podido obtener una relación estadísticamente significativa entre la delincuencia y padecer o no patología

dual, contemplamos que, por un lado, las mujeres en general presentan menos tasas de delincuencia, y por otro, si la relación de ser hombre es más estrecha con solo tener un problema de dependencia, y estos mismos presentan más actividad delictiva, se puede afirmar que la relación de la actividad delictiva es más estrecha cuando no se padece patología dual.

Por lo tanto, teniendo en cuenta los resultados obtenidos y que el objetivo del presente trabajo era explorar la relación entre el consumo de drogas, el trastorno mental y el delito, podemos asumir que la adicción a una sustancia puede llevar a una mayor predisposición de cometer un acto delictivo que un trastorno mental junto a dicha drogodependencia. Puede ser debido a que las sustancias adictivas están relacionadas con los tres tipos de delincuencia explicados en el mismo estudio (funcional, relacional e inducida). Aun así, eso no justifica la exclusión social que puedan llegar a sufrir por no ser o no tener los estándares sociales de lo que es ser una persona “normal”, que los hace más vulnerables a ser objeto de control, relacionando directamente el delito con tener un problema mental o bien ser un drogadicto/a.

Por ello, dada la estigmatización social que se les crea a este tipo de personas que requieren de un tratamiento profesional, visto en los resultados obtenidos y expuestos, como en la bibliografía presentada, se considera de gran importancia continuar indagando en la línea de investigación del trabajo. Es un tema interesante de profundizar en diversos aspectos, como sería, aumentar el número de muestra, para así poder contar con sujetos de distintas entidades y distintos tratamientos, ya que en el caso de este estudio, solo se ha tenido en cuenta las personas en tratamiento residencial de Proyecto Hombre. Además, sería de gran interés poder considerar y añadir a dicha comparativa, un grupo representativo de la población, y así, apreciar las diferencias que puedan existir entre las personas que están en tratamiento y las personas de la población general.

## 7. Bibliografía

- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*.
- Aucía, A., y Ragone, M. (2010). *Delito y enfermedad mental: consumo de sustancias legales e ilegales*. Revista Latinoamericana de Derechos Humanos.
- Bobes, J., Fillat, O. y Arango, C. (2008). *Violence among schizophrenia out-patients compliant with medication: prevalence and associated factors*. Acta Psychiatrica Scandinavica.
- Casares, M., González, A., Bobes, M., Secadez, R., Martínez, A. y Bobes, J. (2010). *Necesidad de evaluación de la patología dual en contexto penitenciario*. [Universidad de Oviedo].
- Casares, M., González, A., Villagrà, P., Hoffman, S. y Reinhard, I. (2010). *Patología dual y trastornos mentales en reclusos consumidores de sustancias*. [Universidad de Oviedo].
- CIS. (2023). *Encuesta sobre cuestiones de actualidad: la violencia sexual contra las mujeres*. Estudio nº 3393.
- EDADES. (2022). *Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España*. Ministerio de Sanidad.
- Eronen, M., Hakola, P. y Tiihonen, J. (1996). *Mental Disorders and Homicidal Behavior in Finland*. American Medical Association.
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2016). *Abuso de drogas y delincuencia: consideraciones para una valoración forense integral*. [Universidad del País Vasco].
- ESDIP. (2022). *Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas en Población Interna en Instituciones Penitenciarias*. Ministerio de Sanidad.
- Fazel, S., y Grann, M. (2004). *Psychiatric Morbidity Among Homicide Offenders: A*

*Swedish Population Study*. Am J Psychiatry.

Fazel, S., Langström, N., Hjern, A., Grann, M. y Lichtenstein, P. (2009). *Schizophrenia, Substance Abuse, and Violent Crime*. American Medical Association.

Fazel, S., Lichtenstein, P., Grann, M., Goodwin, M. y Langström, N. (2010). *Bipolar Disorder and Violent Crime*. American Medical Association.

Gómez, E. (2016). *Drogas y su relación con la delincuencia*. [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Alicante].  
[https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/51705/1/Drogas\\_de\\_abuso\\_influencia\\_sobre\\_el\\_comportamiento\\_de\\_GOMEZ\\_GARVI\\_ESTEFANIA.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/51705/1/Drogas_de_abuso_influencia_sobre_el_comportamiento_de_GOMEZ_GARVI_ESTEFANIA.pdf)

Graz, C., Etschel, E., Schoech, H. y Soyka, M. (2008). *Criminal behaviour and violent crimes in former inpatients with affective disorder*. Journal Of Affective Disorders.

Leganés, S. (2010). *Drogas, delincuencia y enfermedad mental*. Revista Española de Drogodependencias.

Machicado, J. (2010). *Concepto de delito*. Apuntes Jurídicos.

Medina, A., Moreno, M., Lillo, R. y Guija, J. (2013). *Patología dual. Aspectos jurídicos y psiquiátricos*. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.

Méndez, M., Romero, B., Cortés, J., Ruíz, A., y Prospéro, O. (2017). *Neurobiología de las adicciones*. Scielo.  
[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0026-17422017000100006&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0026-17422017000100006&script=sci_arttext)

Morales, A. (2018). *Patología dual: dependencia a las drogas y trastornos mentales, un reto profesional*. [Universidad del País Vasco].  
<https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/29873/Morales%20Chamorro%20Alba-2.pdf>

Proyecto Hombre. (2021). *Observatorio Proyecto Hombre. Sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento.*

Proyecto Hombre. (2023). *Alcohol.* <https://proyectohombre.es/alcohol/>

Proyecto Hombre. (2023). *Qué es Proyecto Hombre. Prevención y tratamiento de las drogodependencias y otras adicciones.*  
<https://archivo.proyectohombre.es/proyecto-hombre/>

Proyecto Hombre Salamanca. (2023). *Información sobre Droga.*  
<https://proyectohombresalamanca.es/informacion-sobre-droga/>

Reyes, M. (2020). *Apuntes sobre patología dual.* Confederación Salud Mental España.

Sainero, F. (2013). *Patología dual: un acercamiento desde la psicología positiva.* Proyecto Hombre: revista de la Asociación Proyecto Hombre, ISSN 1136-3177, N°. 81, 2013, págs. 54-55.

SEPD. (s.f.). *Los trastornos mentales no predisponen a cometer un delito, pero la adicción es un factor facilitador.* Sociedad Española de Patología Dual.

Volavka, J. (2014). *Aggression in Psychoses.* Hindawi Publishing Corporation.

World Health Organization. (1969). *Who Expert Committee on Drug Dependence. Sixteenth Report. No. 407.*

World Health Organization. (1975). *A Manual on Drug Dependence.*

World Health Organization. (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms.*

## **8. Anexo**

### **CUESTIONARIO**

#### ***Características***

##### **1. Sexo**

- a. Mujer
- b. Hombre
- c. Prefiero no decirlo

##### **2. ¿Qué edad tiene?**

- a. Respuesta abierta

##### **3. Estado civil**

- a. Soltero/a
- b. Casado/a
- c. Divorciado/a
- d. Separado/a
- e. Pareja de hecho
- f. Viudo/a
- g. Otros:

##### **4. ¿Cuál es su nivel de estudios?**

- a. Educación primaria
- b. Educación secundaria
- c. Bachillerato/ FP/ Cursos
- d. Estudios universitarios
- e. Otros:

#### ***Adicción***

##### **5. ¿Por qué sustancia ha iniciado el tratamiento? (si es más de una, señálelas)**

Con sustancia:

- a. Alcohol
- b. Heroína
- c. Metadona
- d. Otros opiáceos/ analgésicos

- e. Benzodiacepinas/ barbitúricos/ sedantes/ hipnóticos
- f. Cocaína
- g. Anfetaminas
- h. Cannabis
- i. Alucinógenos
- j. Inhalantes (“Popper”)

Sin sustancia:

- k. Sexo
- l. Juego
- m. Internet
- n. Comida
- o. Compras
- p. Otros:

- 6. ¿Qué edad tenía cuando comenzó a consumirla/ consumirlas con frecuencia? (si es más de una, apuntar de cada una la edad)**
- a. Respuesta abierta
- 7. ¿Alguno de estos factores es el motivo por el cuál empezó a consumir?**
- a. Trabajo/ estudios (compañeros, sector laboral, etc.)
  - b. Familia (conflictos familiares, etc.)
  - c. Amigos (influciables, etc.)
  - d. Personal (ansiedad, depresión, etc.)
  - e. Otros:
- 8. ¿Es la primera vez que recibe un tratamiento por su adicción?**
- a. Sí
  - b. No
- 9. Si la respuesta es no, ¿ha recibido tratamiento anteriormente de carácter ambulatorio o residencial?**
- a. Ambulatorio
  - b. Residencial
  - c. Otros:



## ***Delincuencia***

### **10. ¿Ha estado alguna vez en prisión?**

- a. Si
- b. No
- c. Otros:

### **11. ¿Ha cometido algún delito?**

- a. Si
- b. No

### **12. ¿A qué edad cometió el primer delito?**

- a. Respuesta abierta

### **13. ¿Por qué causa?**

- a. Delitos contra el patrimonio
- b. Delitos contra las personas
- c. Delitos contra la salud pública
- d. Delitos contra la seguridad vial
- e. Delitos contra la libertad y la indemnidad sexual
- f. Delito contra la integridad moral
- g. Delitos contra la intimidad
- h. Delitos contra las relaciones familiares
- i. Delitos contra el orden público
- j. Delitos de falsedades
- k. Delito de lesiones
- l. Otros:

### **14. Actualmente, ¿está cumpliendo o tiene pendiente alguna causa?, ¿por qué delito?**

- a. Delitos contra el patrimonio
- b. Delitos contra las personas
- c. Delitos contra la salud pública
- d. Delitos contra la seguridad vial
- e. Delitos contra la libertad y la indemnidad sexual
- f. Delito contra la integridad moral
- g. Delitos contra la intimidad
- h. Delitos contra las relaciones familiares
- i. Delitos contra el orden público
- j. Delitos de falsedades

- k. Delito de lesiones
- l. No estoy cumpliendo ni tengo causas pendientes
- m. Otros:

**15. ¿Ese/os delito/s lo hizo bajo los efectos de lo que consumía o lo realizó antes de comenzar a consumir?**

- a. Bajo los efectos de la sustancia a la cual era adicto/a
- b. Bajo los efectos a otra sustancia
- c. Antes de empezar a consumir
- d. En periodo de abstinencia
- e. Otros:

***Patología mental***

**16. ¿Ha tenido algún episodio en el que le han tenido que ingresar por temas de salud mental? (ej. ansiedad, depresión, etc.)**

- a. Si
- b. No
- c. Otros:

**17. Si es que si, ¿cuántas veces ha estado hospitalizado por ello?**

- a. Respuesta abierta

**18. ¿Toma alguna medicación prescrita de forma regular por algún problema de salud mental?**

- a. Si
- b. No

**19. Si la respuesta es afirmativa, ¿de qué tipo?**

- a. Respuesta abierta