
Tesis doctoral

*Discapacidad intelectual en centro penitenciario Brians- 1:
Prevalencia ,características y necesidades específicas.*

Leticia Muñoz García- Largo



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la licència [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia [Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

This doctoral thesis is licensed under the [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE CATALUÑA

TESIS DOCTORAL

**DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN CENTRO
PENITENCIARIO BRIANS- 1:
PREVALENCIA, CARACTERÍSTICAS Y NECESIDADES
ESPECÍFICAS**

LETICIA MUÑOZ GARCÍA - LARGO

DIRECTORA

ESPERANZA L. GÓMEZ DURÁN

BARCELONA, 2020

ÍNDICE

	Pág.
PRESENTACIÓN	1
INTRODUCCIÓN.....	2
Definición de discapacidad intelectual.....	2
Prevalencia de la discapacidad intelectual en prisiones	5
Características y necesidades específicas de los presos con DI	20
Programa ACCEPTA	32
JUSTIFICACIÓN	34
HIPÓTESIS.....	36
OBJETIVOS.....	37
Objetivo Principal	37
Objetivos Secundarios.....	37
METODOLOGÍA	38
Tipo de estudio.....	38
Marco actual y características del Centro Penitenciario Brians-1	38
Población.....	40
Cálculo del tamaño muestral	41
Criterios de inclusión.....	43
Criterios de exclusión	44
Mediciones e intervenciones	45
Instrumentos.....	46
Muestra final del estudio	47
Recursos	50
Recursos económicos.....	50
Recursos materiales	50
Recursos personales.....	51
Procedimientos de valoración.....	53
Análisis estadístico	54
Variables.....	61

1. VARIABLES PERSONALES Y SOCIODEMOGRÁFICAS.....	61
2. VARIABLES CRIMINOLÓGICAS	62
3. VARIABLES PENITENCIARIAS	65
4. VARIABLES CLÍNICAS.....	76
5. VARIABLES SOCIALES.....	84
6. ESCALAS.....	84
RESULTADOS	86
ANÁLISIS DESCRIPTIVO	86
1. VARIABLES PERSONALES Y SOCIODEMOGRÁFICAS.....	86
2. VARIABLES CRIMINOLÓGICAS	95
3. VARIABLES PENITENCIARIAS	106
4. VARIABLES CLÍNICAS.....	161
5. VARIABLES SOCIALES.....	214
6. ESCALAS.....	217
ANÁLISIS COMPARATIVO	239
1. VARIABLES PERSONALES Y SOCIODEMOGRÁFICAS.....	240
2. VARIABLES CRIMINOLÓGICAS	256
3. VARIABLES PENITENCIARIAS	273
4. VARIABLES CLÍNICAS.....	318
5. VARIABLES SOCIALES.....	422
6. ESCALAS.....	426
ASPECTOS ÉTICO - LEGALES	429
DISCUSIÓN.....	430
LIMITACIONES	457
REVISIÓN DE HIPÓTESIS	460
CONCLUSIONES.....	466
RECOMENDACIONES.....	468
IMPACTO DE LA INVESTIGACIÓN	470
AGRADECIMIENTOS	471
ANEXOS	474
BIBLIOGRAFÍA.....	501

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1. ESTUDIOS SOBRE TASAS DE DI EN PRISIÓN.....	13
TABLA 2. NÚMERO DE INTERNOS POR MÓDULOS RESIDENCIALES (MR) EN LA PRISIÓN BRIANS-1 A FECHA 10.01.2016.....	41
TABLA 3. NÚMERO DE INTERNOS DE HABLA CASTELLANA POR MÓDULOS RESIDENCIALES (MR) A FECHA 10.03.2016.....	42
TABLA 4. NÚMERO DE INTERNOS RECLUTADOS PARA EL ESTUDIO Y NÚMERO DE INTERNOS DE LA LISTA DE RESERVA POR MR	47
TABLA 5. COMPARACIÓN DE LA CONFIABILIDAD INTER -OBSERVADOR ENTRE LOS DOS PSICÓLOGOS EN LA PASACIÓN DE LA PRUEBA DE COMPRENSIÓN VERBAL DE LA ESCALA DE INTELIGENCIA WAIS- IV. ESTADÍSTICOS DE GRUPO	55
TABLA 6. COMPARACIÓN DE LA CONFIABILIDAD INTER -OBSERVADOR ENTRE LOS DOS PSICÓLOGOS EN LA PASACIÓN DE LA PRUEBA DE COMPRENSIÓN VERBAL DE LA ESCALA DE INTELIGENCIA WAIS- IV. PRUEBA DE MUESTRAS INDEPENDIENTES	55
TABLA 7. COMPARACIÓN DE LA CONFIABILIDAD INTER -OBSERVADOR ENTRE LOS DOS PSICÓLOGOS EN LA PASACIÓN DE LA PRUEBA DE RAZONAMIENTO PERCEPTIVO DE LA ESCALA DE INTELIGENCIA WAIS- IV. ESTADÍSTICOS DE GRUPO	56
TABLA 8. COMPARACIÓN DE LA CONFIABILIDAD INTER -OBSERVADOR ENTRE LOS DOS PSICÓLOGOS EN LA PASACIÓN DE LA PRUEBA DE RAZONAMIENTO PERCEPTIVO DE LA ESCALA DE INTELIGENCIA WAIS- IV. PRUEBA DE MUESTRAS INDEPENDIENTES	56
TABLA 9. COMPARACIÓN DE LA CONFIABILIDAD INTER -OBSERVADOR ENTRE LOS DOS PSICÓLOGOS EN LA PASACIÓN DE LA PRUEBA DE MEMORIA DE TRABAJO DE LA ESCALA DE INTELIGENCIA WAIS- IV. ESTADÍSTICOS DE GRUPO	57
TABLA 10. COMPARACIÓN DE LA CONFIABILIDAD INTER -OBSERVADOR ENTRE LOS DOS PSICÓLOGOS EN LA PASACIÓN DE LA PRUEBA DE MEMORIA DE TRABAJO DE LA ESCALA DE INTELIGENCIA WAIS- IV. PRUEBA DE MUESTRAS INDEPENDIENTES	57
TABLA 11. COMPARACIÓN DE LA CONFIABILIDAD INTER -OBSERVADOR ENTRE LOS DOS PSICÓLOGOS EN LA PASACIÓN DE LA PRUEBA DE VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO DE LA ESCALA DE INTELIGENCIA WAIS- IV. ESTADÍSTICOS DE GRUPO	58
TABLA 12. COMPARACIÓN DE LA CONFIABILIDAD INTER -OBSERVADOR ENTRE LOS DOS PSICÓLOGOS EN LA PASACIÓN DE LA PRUEBA DE VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO DE LA ESCALA DE INTELIGENCIA WAIS- IV. PRUEBA DE MUESTRAS INDEPENDIENTES	58
TABLA 13. COMPARACIÓN DE LA CONFIABILIDAD INTER -OBSERVADOR ENTRE LOS DOS PSICÓLOGOS EN LA PASACIÓN DE LA PRUEBA DE ESCALA TOTAL DE LA ESCALA DE INTELIGENCIA WAIS- IV. ESTADÍSTICOS DE GRUPO	59
TABLA 14. COMPARACIÓN DE LA CONFIABILIDAD INTER -OBSERVADOR ENTRE LOS DOS PSICÓLOGOS EN LA PASACIÓN DE LA PRUEBA DE ESCALA TOTAL DE LA ESCALA DE INTELIGENCIA WAIS- IV. PRUEBA DE MUESTRAS INDEPENDIENTES	59

TABLA 15. COMPARACIÓN DE LA CONFIABILIDAD INTER -OBSERVADOR ENTRE LOS DOS PSICÓLOGOS EN LA PASACIÓN DE LA PRUEBA DE CAPACIDAD GENERAL DE LA ESCALA DE INTELIGENCIA WAIS- IV. ESTADÍSTICOS DE GRUPO	60
TABLA 16. COMPARACIÓN DE LA CONFIABILIDAD INTER -OBSERVADOR ENTRE LOS DOS PSICÓLOGOS EN LA PASACIÓN DE LA PRUEBA DE CAPACIDAD GENERAL DE LA ESCALA DE INTELIGENCIA WAIS- IV. ESTADÍSTICOS DE GRUPO	60
TABLA 17. EDAD EN FECHA DE PASACIÓN DEL WAIS- IV	86
TABLA 18. NACIONALIDAD	87
TABLA 19. ÁREA GEOGRÁFICA DE PROCEDENCIA	87
TABLA 20. ESTADO CIVIL	88
TABLA 21. PAREJA ESTABLE	88
TABLA 22. HIJOS	89
TABLA 23. NÚMERO DE HIJOS	89
TABLA 24. MEDIA DE NÚMERO DE HIJOS	90
TABLA 25. ABANDONO DE ESTUDIOS ESCOLARES	91
TABLA 26. EDAD DE ABANDONO DE ESTUDIOS ESCOLARES	91
TABLA 27. NIVEL EDUCATIVO/FORMATIVO	93
TABLA 28. FORMACIÓN (AGRUPADA)	93
TABLA 29. PROFESIÓN	94
TABLA 30. PROFESIÓN (AGRUPADA)	94
TABLA 31. INICIO DE CARRERA DELICTIVA	95
TABLA 32. ANTECEDENTES DE INGRESO EN CENTRO DE MENORES	96
TABLA 33. EDAD DE INGRESO EN CENTRO DE MENORES	96
TABLA 34. CUMPLIMIENTO DE LA CONDENA ACTUAL EN OTRAS PRISIONES FUERA DE CATALUÑA	97
TABLA 35. INGRESOS PREVIOS EN PRISIÓN A LA CONDENA ACTUAL	98
TABLA 36. SITUACIÓN PROCESAL- PENAL EN EL MOMENTO ACTUAL	98
TABLA 37. DELITO PRINCIPAL	99
TABLA 38. DELITO VIOLENTO	99
TABLA 39. RESPONSABILIDADES PENALES SUBSIDIARIAS (RPS)	100
TABLA 40. NÚMERO DE RESPONSABILIDADES PENALES SUBSIDIARIAS	100
TABLA 41. DÍAS DE RESPONSABILIDADES PENALES SUBSIDIARIAS (RPS)	101
TABLA 42. CONDENA MAYOR A 5 AÑOS	102
TABLA 43. CONDENA REAL	103
TABLA 44. CONDENA REAL MAYOR A 5AÑOS	104
TABLA 45. TIEMPO DE CONDENA CUMPLIDO HASTA LA PASACIÓN DEL WAIS- IV	105
TABLA 46. APLICACIÓN DE CONTENCIONES MECÁNICAS (CM) DURANTE LA CONDENA ACTUAL	106
TABLA 47. NÚMERO DE APLICACIONES DE CONTENCIONES MECÁNICAS (CM) DURANTE LA CONDENA ACTUAL	107
TABLA 48. TASA DEL NÚMERO DE CONTENCIONES MECÁNICAS (CM)	108
TABLA 49. TIEMPO TOTAL (EN HORAS) DE DURACIÓN DE LAS CONTENCIONES MECÁNICAS (CM) DURANTE LA CONDENA ACTUAL	109
TABLA 50. TIEMPO MEDIO (EN HORAS) DE DURACIÓN DE CADA CONTENCIÓN MECÁNICA (CM) DURANTE LA CONDENA ACTUAL	110
TABLA 51. TASA DEL TIEMPO DE CONTENCIONES MECÁNICAS (CM)	111
TABLA 52. APLICACIÓN DE MANILLAS DURANTE LA CONDENA ACTUAL	112

TABLA 53. NÚMERO DE APLICACIONES DE MANILLAS DURANTE LA CONDENA ACTUAL	112
TABLA 54. APLICACIÓN DE FUERZA FÍSICA DURANTE LA CONDENA ACTUAL	113
TABLA 55. NÚMERO DE APLICACIONES DE FUERZA FÍSICA DURANTE LA CONDENA ACTUAL	114
TABLA 56. APLICACIÓN DE DEFENSAS DE GOMA DURANTE LA CONDENA ACTUAL.....	115
TABLA 57. NÚMERO DE APLICACIONES DE DEFENSAS DE GOMA DURANTE LA CONDENA ACTUAL.....	115
TABLA 58. APLICACIÓN DE AISLAMIENTO PROVISIONAL (AP) DURANTE LA CONDENA ACTUAL	116
TABLA 59. NÚMERO DE APLICACIONES DE AISLAMIENTO PROVISIONAL (NO SE ENCUENTRAN ENTRADAS DE ÍNDICE.AP) DURANTE LA CONDENA ACTUAL	117
TABLA 60. TIEMPO TOTAL DE DURACIÓN DE AISLAMIENTO PROVISIONAL (AP) DURANTE LA CONDENA ACTUAL	118
TABLA 61. TIEMPO TOTAL (EN HORAS) DE DURACIÓN DE CONTENCIONES MECÁNICAS (CM) Y AISLAMIENTOS PROVISIONALES (AP) DURANTE LA CONDENA ACTUAL.....	119
TABLA 62. TIEMPO MEDIO (EN HORAS) DE DURACIÓN DE AISLAMIENTOS PROVISIONALES (AP) Y CONTENCIONES MECÁNICAS (CM) DURANTE LA CONDENA ACTUAL	120
TABLA 63. TASA DEL TIEMPO DE AISLAMIENTOS PROVISIONALES (AP) Y CONTENCIONES MECÁNICAS (CM)...	121
TABLA 64. APLICACIÓN DE MEDIDAS COERCITIVAS DURANTE LA CONDENA ACTUAL	122
TABLA 65. NÚMERO TOTAL DE APLICACIONES DE MEDIDAS COERCITIVAS DURANTE LA CONDENA ACTUAL	122
TABLA 66. FALTAS DISCIPLINARIAS LEVES EN LA CONDENA ACTUAL	124
TABLA 67. NÚMERO DE FALTAS DISCIPLINARIAS LEVES EN LA CONDENA ACTUAL	124
TABLA 68. TASA DEL NÚMERO DE FALTAS DISCIPLINARIAS LEVES EN LA CONDENA ACTUAL	125
TABLA 69. FALTAS DISCIPLINARIAS GRAVES EN LA CONDENA ACTUAL	126
TABLA 70. NÚMERO DE FALTAS DISCIPLINARIAS GRAVES EN LA CONDENA ACTUAL.....	127
TABLA 71. TASA DEL NÚMERO DE FALTAS DISCIPLINARIAS GRAVES EN LA CONDENA ACTUAL	128
TABLA 72. FALTAS DISCIPLINARIAS MUY GRAVES EN LA CONDENA ACTUAL	129
TABLA 73. NÚMERO DE FALTAS DISCIPLINARIAS MUY GRAVES EN LA CONDENA ACTUAL.	129
TABLA 74. TASA DEL NÚMERO DE FALTAS DISCIPLINARIAS MUY GRAVES EN LA CONDENA ACTUAL	130
TABLA 75. FALTAS DISCIPLINARIAS EXCESIVAMENTE GRAVES EN LA CONDENA ACTUAL	131
TABLA 76. NÚMERO DE FALTAS DISCIPLINARIAS EXCESIVAMENTE GRAVES EN LA CONDENA ACTUAL	132
TABLA 77. TASA DEL NÚMERO DE FALTAS DISCIPLINARIAS EXCESIVAMENTE GRAVES	133
TABLA 78. FALTAS DISCIPLINARIAS GRAVES, MUY GRAVES O EXCESIVAMENTE GRAVES, EN LA CONDENA ACTUAL	134
TABLA 79. NÚMERO DE FALTAS DISCIPLINARIAS GRAVES, MUY GRAVES O EXCESIVAMENTE GRAVES EN LA CONDENA ACTUAL.....	134
TABLA 80. TASA DEL NÚMERO DE FALTAS DISCIPLINARIAS GRAVES, MUY GRAVES Y EXCESIVAMENTE GRAVES .	135
TABLA 81. FALTAS DISCIPLINARIAS TOTALES EN LA CONDENA ACTUAL	136
TABLA 82. NÚMERO TOTAL DE FALTAS DISCIPLINARIAS EN LA CONDENA ACTUAL (EXCESIVAMENTE GRAVES, MUY GRAVES, GRAVES O LEVES)	137
TABLA 83. TASA DEL NÚMERO DE FALTAS DISCIPLINARIAS TOTALES EN LA CONDENA ACTUAL	138
TABLA 84. AISLAMIENTO EN CELDA EN LA CONDENA ACTUAL.....	139
TABLA 85. NÚMERO DE DÍAS DE AISLAMIENTO EN CELDA EN LA CONDENA ACTUAL.....	139
TABLA 86. TASA DEL NÚMERO DE DÍAS DE AISLAMIENTO EN CELDA EN LA CONDENA ACTUAL	140
TABLA 87. DÍAS DE PRIVACIÓN DE PASEOS Y ACTOS RECREATIVOS (PPAR) EN LA CONDENA ACTUAL.....	141
TABLA 88. NÚMERO TOTAL DE DÍAS DE PRIVACIÓN DE PASEOS Y ACTOS RECREATIVOS (PPAR) EN LA CONDENA ACTUAL	142

TABLA 89. TASA DE DÍAS DE PRIVACIÓN DE PASEOS Y ACTOS RECREATIVOS (PPAR) EN LA CONDENA ACTUAL .	143
TABLA 90. TRABAJO EN DESTINOS EN LA CONDENA ACTUAL	144
TABLA 91. NÚMERO DE DÍAS TRABAJADOS EN DESTINOS DURANTE LA CONDENA ACTUAL	144
TABLA 92. TASA DEL NÚMERO DE DÍAS TRABAJADOS EN DESTINOS	145
TABLA 93. TIPO DE DESTINO EN FUNCIÓN DE LA RESPONSABILIDAD	146
TABLA 94. TRABAJO EN TALLERES DURANTE LA CONDENA ACTUAL.....	147
TABLA 95. NÚMERO DE DÍAS TRABAJADOS EN TALLERES DURANTE LA CONDENA ACTUAL.....	147
TABLA 96. TASA DE DÍAS TRABAJADOS EN TALLERES.....	148
TABLA 97. TIPO DE TRABAJO EN TALLERES EN FUNCIÓN DE LA RESPONSABILIDAD	149
TABLA 98. SAM EN PRIMER TRIMESTRE DEL PRIMER AÑO DE ENTRADA EN PRISIÓN.....	150
TABLA 99. LETRA SAM EN EL PRIMER TRIMESTRE DE ENTRADA EN PRISIÓN.....	151
TABLA 100. SAM EN SEGUNDO TRIMESTRE DEL PRIMER AÑO DE ENTRADA EN PRISIÓN.....	152
TABLA 101. LETRA SAM EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DE ENTRADA EN PRISIÓN	153
TABLA 102. SAM EN TERCER TRIMESTRE DEL PRIMER AÑO DE ENTRADA EN PRISIÓN	153
TABLA 103. LETRA SAM EN EL TERCER TRIMESTRE DE ENTRADA EN PRISIÓN	154
TABLA 104. SAM EN CUARTO TRIMESTRE DEL PRIMER AÑO DE ENTRADA EN PRISIÓN	155
TABLA 105. LETRA SAM EN EL CUARTO TRIMESTRE DE ENTRADA EN PRISIÓN.....	156
TABLA 106. DIFERENCIA ENTRE EL SAM DEL SEGUNDO TRIMESTRE MENOS EL PRIMERO	157
TABLA 107. NIVEL DE RIESGO DE VIOLENCIA AUTO-DIRIGIDA.....	158
TABLA 108. NIVEL DE RIESGO DE VIOLENCIA INTRA - INSTITUCIONAL	158
TABLA 109. NIVEL DE RIESGO DE REINCIDENCIA VIOLENTA.....	159
TABLA 110. NIVEL DE RIESGO DE QUEBRANTAMIENTO DE CONDENA	160
TABLA 111. EXISTENCIA DE SEGUIMIENTO POR PSIQUIATRÍA DURANTE LA CONDENA ACTUAL	161
TABLA 112. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG).....	162
TABLA 113. TIPO DE TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) QUE CONSTA EN LA HISTORIA CLÍNICA	162
TABLA 114. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN HISTORIA CLÍNICA	163
TABLA 115. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD (TP) EN HISTORIA CLÍNICA .	164
TABLA 116. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE RETRASO MENTAL (RM) EN HISTORIA CLÍNICA.....	164
TABLA 117. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO ADAPTATIVO (TA) EN HISTORIA CLÍNICA	165
TABLA 118. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO EN HISTORIA CLÍNICA.....	165
TABLA 119. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD EN HISTORIA CLÍNICA.....	166
TABLA 120. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE INSOMNIO EN HISTORIA CLÍNICA	166
TABLA 121. EXISTENCIA DE TRATAMIENTO CON PSICOFÁRMACOS ACTUALMENTE EN LA HISTORIA CLÍNICA	167
TABLA 122. EXISTENCIA DE TRATAMIENTO CON ANTIPSICÓTICOS ACTUALMENTE EN LA HISTORIA CLÍNICA	167
TABLA 123. EXISTENCIA DE TRATAMIENTO CON BENZODIACEPINAS (BDZ) ACTUALMENTE EN LA HISTORIA CLÍNICA	168
TABLA 124. EXISTENCIA DE TRATAMIENTO CON ANTIDEPRESIVOS ACTUALMENTE EN LA HISTORIA CLÍNICA	168
TABLA 125. EXISTENCIA DE TRATAMIENTO CON ANTIEPILÉPTICOS ACTUALMENTE EN LA HISTORIA CLÍNICA	169
TABLA 126. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)	170
TABLA 127. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE VIRUS DE LA HEPATITIS B (VHB)	170
TABLA 128. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE VIRUS DE LA HEPATITIS C (VHC)	171
TABLA 129. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE AUTOLESIONES EN HISTORIA CLÍNICA	171
TABLA 130. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE HETEROAGRESIVIDAD EN HISTORIA CLÍNICA.....	172

TABLA 131. EXISTENCIA DE CONSUMO DE OPIÁCEOS EN HISTORIA CLÍNICA	172
TABLA 132. EXISTENCIA DE CONSUMO DE PSICOESTIMULANTES EN HISTORIA CLÍNICA.....	173
TABLA 133. EXISTENCIA DE CONSUMO DE COCAÍNA EN HISTORIA CLÍNICA.....	174
TABLA 134. EXISTENCIA DE CONSUMO DE CANNABIS (THC) EN HISTORIA CLÍNICA	174
TABLA 135. EXISTENCIA DE CONSUMO DE BENZODIACEPINAS (BDZ) EN HISTORIA CLÍNICA	175
TABLA 136. EXISTENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL (OH) EN HISTORIA CLÍNICA	176
TABLA 137. CONSUMO DE OPIÁCEOS ACTIVO	177
TABLA 138. CONSUMO DE OPIÁCEOS EN EL PASADO	178
TABLA 139. PATRÓN DE ABUSO/DEPENDENCIA DE OPIÁCEOS	179
TABLA 140. CONSUMO DE PSICOESTIMULANTES ACTIVO	180
TABLA 141. CONSUMO DE PSICOESTIMULANTES EN EL PASADO	181
TABLA 142. PATRÓN DE ABUSO/DEPENDENCIA DE PSICOESTIMULANTES	182
TABLA 143. CONSUMO DE COCAÍNA ACTIVO	183
TABLA 144. CONSUMO DE COCAÍNA EN EL PASADO	184
TABLA 145. PATRÓN DE ABUSO/DEPENDENCIA DE COCAÍNA	185
TABLA 146. CONSUMO DE CANNABIS ACTIVO.....	186
TABLA 147. CONSUMO DE CANNABIS EN EL PASADO	187
TABLA 148. PATRÓN DE ABUSO/DEPENDENCIA DE CANNABIS.....	188
TABLA 149. CONSUMO DE BENZODIACEPINAS ACTIVO	189
TABLA 150. CONSUMO DE BENZODIACEPINAS EN EL PASADO	190
TABLA 151. PATRÓN DE ABUSO/DEPENDENCIA DE BENZODIACEPINAS	191
TABLA 152. CONSUMO DE ALCOHOL.....	192
TABLA 153. PATRÓN DE ABUSO/DEPENDENCIA DE ALCOHOL.....	193
TABLA 154. ANTECEDENTES DE CONSUMO DE DROGAS AUTORREPORTADO	194
TABLA 155. CONSUMO DE DROGAS EN EL MOMENTO ACTUAL AUTORREPORTADO.....	194
TABLA 156. EXISTENCIA DE SOBREDOSIS POR DROGAS EN PSICOBIOGRAFÍA DEL INDIVIDUO	195
TABLA 157. ANTECEDENTES DE CONSUMO DE DROGAS EN PADRES O HIJOS	196
TABLA 158. ANTECEDENTES DE CONSUMO DE DROGAS EN HERMANOS	196
TABLA 159. ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN PADRES O HIJOS.....	197
TABLA 160. ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN HERMANOS.....	198
TABLA 161. INTENTOS DE SUICIDIO ANTES DE SU ENTRADA EN CENTRO PENITENCIARIO	199
TABLA 162. INTENTOS DE SUICIDIO TRAS SU ENTRADA EN CENTRO PENITENCIARIO.....	199
TABLA 163. CONDUCTAS AUTOLESIVAS ANTES DE SU ENTRADA EN CENTRO PENITENCIARIO	200
TABLA 164. CONDUCTAS AUTOLESIVAS TRAS SU ENTRADA EN CENTRO PENITENCIARIO	201
TABLA 165. EXISTENCIA HETEROAGRESIVIDAD VERBAL ANTES DE SU ENTRADA EN CENTRO PENITENCIARIO ...	202
TABLA 166. EXISTENCIA DE HETEROAGRESIVIDAD FÍSICA ANTES DE SU ENTRADA EN CENTRO PENITENCIARIO .	203
TABLA 167. EXISTENCIA HETEROAGRESIVIDAD VERBAL TRAS SU ENTRADA EN CENTRO PENITENCIARIO	204
TABLA 168. EXISTENCIA DE HETEROAGRESIVIDAD FÍSICA TRAS SU ENTRADA EN CENTRO PENITENCIARIO.....	205
TABLA 169. MALTRATOS PSICOLÓGICOS EN LA INFANCIA.....	206
TABLA 170. MALTRATOS FÍSICOS EN LA INFANCIA	207
TABLA 171. MALTRATOS PSICOLÓGICOS EN LA EDAD ADULTA ANTES DE LA ENTRADA EN PRISIÓN	208
TABLA 172. MALTRATOS FÍSICOS EN LA EDAD ADULTA ANTES DE LA ENTRADA EN PRISIÓN	209
TABLA 173. MALTRATOS PSICOLÓGICOS EN LA EDAD ADULTA DURANTE SU ESTANCIA EN PRISIÓN.....	210
TABLA 174. MALTRATOS FÍSICOS EN LA EDAD ADULTA DURANTE SU ESTANCIA EN PRISIÓN	211

TABLA 175. HISTORIA DE ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA	212
TABLA 176. HISTORIA DE ABUSO SEXUAL EN LA EDAD ADULTA ANTES DE LA ENTRADA EN PRISIÓN	212
TABLA 177. HISTORIA DE ABUSO SEXUAL EN LA EDAD ADULTA TRAS LA ENTRADA EN PRISIÓN.....	213
TABLA 178. EXISTENCIA DE GRADO DE DISCAPACIDAD.....	214
TABLA 179. PORCENTAJE DE GRADO DE DISCAPACIDAD.....	215
TABLA 180. INCLUSIÓN EN PROGRAMA ACCEPTA.....	216
TABLA 181. ESCALA DE MALESTAR PSICOLÓGICO DE KESSLER (K-10).....	217
TABLA 182. PUNTUACIÓN BAJA/MODERADA VS PUNTUACIÓN ALTA/MUY ALTA EN ESCALA KESSLER (K-10)..	218
TABLA 183. PUNTUACIÓN EN ESCALA KESSLER (K-10).....	218
TABLA 184. COMPRENSIÓN VERBAL WAIS- IV.....	220
TABLA 185. ÍNDICE DE COMPRENSIÓN VERBAL	221
TABLA 186. COMPRENSIÓN VERBAL CUALITATIVA WAIS- IV.....	222
TABLA 187. RAZONAMIENTO PERCEPTIVO WAIS- IV.....	223
TABLA 188. ÍNDICE DE RAZONAMIENTO PERCEPTIVO WAIS-IV	224
TABLA 189. RAZONAMIENTO PERCEPTIVO CUALITATIVA WAIS-IV	225
TABLA 190. MEMORIA DE TRABAJO WAIS- IV	225
TABLA 191. ÍNDICE DE MEMORIA DE TRABAJO WAIS-IV	226
TABLA 192. MEMORIA TRABAJO CUALITATIVA WAIS- IV	227
TABLA 193. VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO WAIS- IV	228
TABLA 194. ÍNDICE DE VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO	229
TABLA 195. VELOCIDAD PROCESAMIENTO CUALITATIVA WAIS- IV	230
TABLA 196. ESCALA TOTAL WAIS- IV	230
TABLA 197. COCIENTE INTELECTUAL TOTAL (CIT) WAIS-IV	231
TABLA 198. COCIENTE INTELECTUAL TOTAL (CIT) CUALITATIVA WAIS-IV	232
TABLA 199. DISCAPACIDAD INTELECTUAL (DI) VS NO DI.....	233
TABLA 200. DISCAPACIDAD INTELECTIVA (DI) VS INTELIGENCIA LÍMITE (IL) VS NO DI	233
TABLA 201. COCIENTE INTELECTUAL TOTAL (CIT) WAIS- IV	234
TABLA 202. CAPACIDAD GENERAL WAIS- IV	235
TABLA 203. CAPACIDAD GENERAL CUALITATIVA WAIS- IV	236
TABLA 204. ÍNDICE DE CAPACIDAD GENERAL WAIS-IV	236
TABLA 205. ÍNDICE DE CAPACIDAD GENERAL (ICG) CUALITATIVA.....	237
TABLA 206. ÍNDICE DE CAPACIDAD GENERAL (ICG) CUALITATIVA AGRUPADA	238
TABLA 207. EDAD EN FECHA DE PASACIÓN DEL WAIS- IV	240
TABLA 208. EDAD EN FECHA DE PASACIÓN DEL WAIS- IV. ANOVA	240
TABLA 209. NACIONALIDAD	242
TABLA 210. NACIONALIDAD. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	242
TABLA 211. ÁREA GEOGRÁFICA DE PROCEDENCIA	243
TABLA 212. ÁREA GEOGRÁFICA DE PROCEDENCIA. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO.....	243
TABLA 213. PAREJA. TABLA DE CONTINGENCIA.....	244
TABLA 214. PAREJA. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	244
TABLA 215. ESTADO CIVIL.....	245
TABLA 216. ESTADO CIVIL. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	245
TABLA 217. HIJOS. TABLA DE CONTINGENCIA.....	246
TABLA 218. HIJOS. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO.....	247

TABLA 219. NÚMERO DE HIJOS.....	247
TABLA 220. NÚMERO DE HIJOS. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	248
TABLA 221. MEDIA DE HIJOS	249
TABLA 222. MEDIA DE HIJOS. ANOVA	249
TABLA 223. ABANDONO DE ESTUDIOS ESCOLARES. TABLA DE CONTINGENCIA	250
TABLA 224. ABANDONO DE ESTUDIOS ESCOLARES. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	250
TABLA 225. EDAD DE ABANDONO DE LOS ESTUDIOS ESCOLARES	251
TABLA 226. EDAD DE ABANDONO DE LOS ESTUDIOS ESCOLARES. ANOVA.....	251
TABLA 227. NIVEL EDUCATIVO/ FORMATIVO. TABLA DE CONTINGENCIA	253
TABLA 228. NIVEL EDUCATIVO/ FORMATIVO. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	253
TABLA 229. PROFESIÓN. TABLA DE CONTINGENCIA	254
TABLA 230. . PROFESIÓN. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	255
TABLA 231. INICIO DE LA CARRERA DELICTIVA. DESCRIPTIVOS.....	256
TABLA 232. INICIO DE LA CARRERA DELICTIVA. ANOVA.....	256
TABLA 233. INGRESO EN CENTRO DE MENORES. TABLA DE CONTINGENCIA	257
TABLA 234. INGRESO EN CENTRO DE MENORES. PRUEBAS DE CHI - CUADRADO	258
TABLA 235. EDAD DE INGRESO EN CENTRO DE MENORES.....	259
TABLA 236. EDAD DE INGRESO EN CENTRO DE MENORES. ANOVA.....	259
TABLA 237. INGRESOS EN PRISIÓN PREVIOS A LA CONDENA ACTUAL. TABLA DE CONTINGENCIA.....	260
TABLA 238. INGRESOS EN PRISIÓN PREVIOS A LA CONDENA ACTUAL. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO.....	261
TABLA 239. SITUACIÓN PROCESAL PENAL. TABLA DE CONTINGENCIA	262
TABLA 240. SITUACIÓN PROCESAL PENAL. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	262
TABLA 241. DELITO PRINCIPAL. TABLA DE CONTINGENCIA	263
TABLA 242. DELITO PRINCIPAL. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	264
TABLA 243. DELITO VIOLENTO. TABLA DE CONTINGENCIA.....	265
TABLA 244. DELITO VIOLENTO. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	265
TABLA 245. PERÍODOS DE CUMPLIMIENTO DE LA CONDENA ACTUAL EN OTRAS PRISIONES ESPAÑOLAS FUERA DE CATALUÑA PREVIOS A LA FECHA DE ENTRADA EN PRISIÓN CATALANA.....	266
TABLA 246. PERÍODOS DE CUMPLIMIENTO DE LA CONDENA ACTUAL EN OTRAS PRISIONES ESPAÑOLAS FUERA DE CATALUÑA PREVIOS A LA FECHA DE ENTRADA EN PRISIÓN CATALANA. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	266
TABLA 247. RESPONSABILIDAD PERSONAL SUBSIDIARIA (RPS). TABLA DE CONTINGENCIA	267
TABLA 248. RESPONSABILIDAD PERSONAL SUBSIDIARIA (RPS). PRUEBAS DE CHI- CUADRADO.....	267
TABLA 249. NÚMERO DE RPS	268
TABLA 250. NÚMERO DE RPS Y DÍAS DE RPS.....	268
TABLA 251. NÚMERO DE RPS Y DÍAS DE RPS. ANOVA.....	269
TABLA 252. DURACIÓN DE LA CONDENA, DURACIÓN DE LA CONDENA REAL Y AÑOS EN PRISIÓN HASTA LA FECHA DE PASACIÓN DEL WAIS- IV.....	270
TABLA 253. DURACIÓN DE LA CONDENA, DURACIÓN DE LA CONDENA REAL Y AÑOS EN PRISIÓN HASTA LA FECHA DE PASACIÓN DEL WAIS- IV. ANOVA.....	271
TABLA 254. APLICACIONES DE CM DURANTE LA CONDENA ACTUAL. TABLA DE CONTINGENCIA	273
TABLA 255. APLICACIONES DE CM DURANTE LA CONDENA ACTUAL. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	274
TABLA 256. TASA DEL NÚMERO DE CM Y TASA DEL TIEMPO DE DURACIÓN DE CM DURANTE LA CONDENA ACTUAL	275

TABLA 257. TASA DEL NÚMERO DE CM Y TASA DEL TIEMPO DE DURACIÓN DE CM DURANTE LA CONDENA ACTUAL. ANOVA	275
TABLA 258. APLICACIÓN DE MANILLAS DURANTE LA CONDENA ACTUAL. TABLA DE CONTINGENCIA	277
TABLA 259. APLICACIÓN DE MANILLAS DURANTE LA CONDENA ACTUAL. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	277
TABLA 260. APLICACIÓN DE FUERZA FÍSICA DURANTE LA CONDENA ACTUAL. TABLA DE CONTINGENCIA	278
TABLA 261. APLICACIÓN DE FUERZA FÍSICA DURANTE LA CONDENA ACTUAL. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO ...	279
TABLA 262. APLICACIÓN DE DEFENSAS DE GOMA DURANTE LA CONDENA ACTUAL. TABLA DE CONTINGENCIA	279
TABLA 263. APLICACIÓN DE DEFENSAS DE GOMA DURANTE LA CONDENA ACTUAL. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	280
TABLA 264. APLICACIÓN DE AISLAMIENTO PROVISIONAL (AP) DURANTE LA CONDENA ACTUAL. TABLA DE CONTINGENCIA	280
TABLA 265. APLICACIÓN DE AISLAMIENTO PROVISIONAL (AP) DURANTE LA CONDENA ACTUAL. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	280
TABLA 266. TASA DEL TIEMPO DE AP Y CM DURANTE LA CONDENA ACTUAL.....	281
TABLA 267. TASA DEL TIEMPO DE AP Y CM DURANTE LA CONDENA ACTUAL. A NOVA.....	281
TABLA 268. APLICACIÓN DE MEDIDAS COERCITIVAS DURANTE LA CONDENA ACTUAL. TABLA DE CONTINGENCIA	282
TABLA 269. APLICACIÓN DE MEDIDAS COERCITIVAS DURANTE LA CONDENA ACTUAL. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	283
TABLA 270. FALTAS DISCIPLINARIAS GRAVES EN LA CONDENA ACTUAL. TABLA DE CONTINGENCIA.....	285
TABLA 271. FALTAS DISCIPLINARIAS GRAVES EN LA CONDENA ACTUAL. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO.....	285
TABLA 272. FALTAS DISCIPLINARIAS LEVES EN LA CONDENA ACTUAL. TABLA DE CONTINGENCIA.....	286
TABLA 273. FALTAS DISCIPLINARIAS LEVES EN LA CONDENA ACTUAL. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	286
TABLA 274. TASA DEL NÚMERO DE FALTAS DISCIPLINARIAS LEVES, GRAVES Y TOTALES	287
TABLA 275. TASA DEL NÚMERO DE FALTAS DISCIPLINARIAS LEVES, GRAVES Y TOTALES. ANOVA.....	288
TABLA 276. APLICACIÓN DE FALTAS DISCIPLINARIAS DURANTE LA CONDENA ACTUAL. TABLA DE CONTINGENCIA	291
TABLA 277. APLICACIÓN DE FALTAS DISCIPLINARIAS DURANTE LA CONDENA ACTUAL. TABLA DE CONTINGENCIA. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	291
TABLA 278. AISLAMIENTO EN CELDA (AC) DURANTE LA CONDENA ACTUAL. TABLA DE CONTINGENCIA	292
TABLA 279. AISLAMIENTO EN CELDA (AC) DURANTE LA CONDENA ACTUAL. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	293
TABLA 280. PRIVACIÓN DE PASEOS Y ACTOS RECREATIVOS (PPAR) DURANTE LA CONDENA ACTUAL. TABLA DE CONTINGENCIA	293
TABLA 281. PRIVACIÓN DE PASEOS Y ACTOS RECREATIVOS (PPAR) DURANTE LA CONDENA ACTUAL. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO.....	294
TABLA 282. TASA DE DÍAS DE AC Y PPAR.....	294
TABLA 283. TASA DE DÍAS DE AC Y PPAR. ANOVA.....	295
TABLA 284. TRABAJO EN DESTINOS DURANTE LA CONDENA ACTUAL	298
TABLA 285. TRABAJO EN DESTINOS DURANTE LA CONDENA ACTUAL. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	299
TABLA 286. TIPO DE TRABAJO EN DESTINOS EN FUNCIÓN DE LA RESPONSABILIDAD	299
TABLA 287. TIPO DE TRABAJO EN DESTINOS EN FUNCIÓN DE LA RESPONSABILIDAD. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	300
TABLA 288. TRABAJO EN TALLERES DURANTE LA CONDENA ACTUAL. TABLA DE CONTINGENCIA	301
TABLA 289. TRABAJO EN TALLERES DURANTE LA CONDENA ACTUAL. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	301

TABLA 290. TIPO DE TRABAJO EN TALLERES EN FUNCIÓN DE LA RESPONSABILIDAD	302
TABLA 291. TIPO DE TRABAJO EN TALLERES EN FUNCIÓN DE LA RESPONSABILIDAD .PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	302
TABLA 292. TASA DEL NÚMERO DE DÍAS TRABAJADOS EN TALLERES Y DESTINOS DURANTE LA CONDENA ACTUAL	303
TABLA 293. TASA DEL NÚMERO DE DÍAS TRABAJADOS EN TALLERES Y DESTINOS DURANTE LA CONDENA ACTUAL. ANOVA.....	303
TABLA 294. NIVEL DE ADAPTACIÓN AL CENTRO PENITENCIARIO	306
TABLA 295. NIVEL DE ADAPTACIÓN AL CENTRO PENITENCIARIO. ANOVA	307
TABLA 296. PROMEDIO DE SAM DE LOS DOS PRIMEROS TRIMESTRES Y DE LOS DOS ÚLTIMOS TRIMESTRES DEL PRIMER AÑO DE ENTRADA EN PRISIÓN DURANTE LA CONDENA ACTUAL	308
TABLA 297. PROMEDIO DE SAM DE LOS DOS PRIMEROS TRIMESTRES Y DE LOS DOS ÚLTIMOS TRIMESTRES DEL PRIMER AÑO DE ENTRADA EN PRISIÓN DURANTE LA CONDENA ACTUAL. ANOVA	309
TABLA 298. VARIACIÓN DEL SAM	311
TABLA 299. VARIACIÓN DEL SAM. ANOVA	311
TABLA 300. NIVEL DE RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA. TABLA DE CONTINGENCIA.....	313
TABLA 301. NIVEL DE RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	313
TABLA 302. NIVEL DE RIESGO DE VIOLENCIA INTRA- INSTITUCIONAL. TABLA DE CONTINGENCIA.....	314
TABLA 303. NIVEL DE RIESGO DE VIOLENCIA INTRA- INSTITUCIONAL. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO.....	314
TABLA 304. NIVEL DE RIESGO DE REINCIDENCIA VIOLENTA. TABLA DE CONTINGENCIA	315
TABLA 305. NIVEL DE RIESGO DE REINCIDENCIA VIOLENTA. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	315
TABLA 306. NIVEL DE RIESGO DE QUEBRANTAMIENTO DE CONDENA. TABLA DE CONTINGENCIA	316
TABLA 307. NIVEL DE RIESGO DE QUEBRANTAMIENTO DE CONDENA. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	317
TABLA 308. EXISTENCIA DE SEGUIMIENTO POR PSIQUIATRÍA DURANTE LA CONDENA ACTUAL	318
TABLA 309. EXISTENCIA DE SEGUIMIENTO POR PSIQUIATRÍA DURANTE LA CONDENA ACTUAL. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	318
TABLA 310. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG). TABLA DE CONTINGENCIA	319
TABLA 311. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG). PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	319
TABLA 312. TIPO DE TMG QUE CONSTA EN LA HISTORIA CLÍNICA. TABLA DE CONTINGENCIA	320
TABLA 313. TIPO DE TMG QUE CONSTA EN LA HISTORIA CLÍNICA. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	321
TABLA 314. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH). TABLA DE CONTINGENCIA.....	321
TABLA 315. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH). PRUEBAS DE CHI- CUADRADO.....	322
TABLA 316. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD (TP)	323
TABLA 317. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD (TP). PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	323
TABLA 318. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE RETRASO MENTAL (RM). TABLA DE CONTINGENCIA.....	324
TABLA 319. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE RETRASO MENTAL (RM). PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	324
TABLA 320. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO (TD). TABLA DE CONTINGENCIA.....	325
TABLA 321. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO (TD). PRUEBAS DE CHI- CUADRADO ..	325
TABLA 322. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO ADAPTATIVO. TABLA DE CONTINGENCIA.....	326

TABLA 323. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO ADAPTATIVO. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO.....	326
TABLA 324. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD. TABLA DE CONTINGENCIA	327
TABLA 325. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	327
TABLA 326. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE INSOMNIO. TABLA DE CONTINGENCIA.....	328
TABLA 327. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE INSOMNIO. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO.....	329
TABLA 328. EXISTENCIA DE TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO EN LA HISTORIA CLÍNICA EN EL MOMENTO ACTUAL. TABLA DE CONTINGENCIA.....	330
TABLA 329. EXISTENCIA DE TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO EN LA HISTORIA CLÍNICA EN EL MOMENTO ACTUAL. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO.....	330
TABLA 330. EXISTENCIA DE TRATAMIENTO CON ANTIPSICÓTICOS EN HISTORIA CLÍNICA. TABLA DE CONTINGENCIA	331
TABLA 331. EXISTENCIA DE TRATAMIENTO CON ANTIPSICÓTICOS EN HISTORIA CLÍNICA. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	331
TABLA 332. EXISTENCIA DE TRATAMIENTO CON BENZODIACEPINAS EN HISTORIA CLÍNICA. TABLA DE CONTINGENCIA	332
TABLA 333. EXISTENCIA DE TRATAMIENTO CON BENZODIACEPINAS EN HISTORIA CLÍNICA. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	332
TABLA 334. EXISTENCIA DE TRATAMIENTO CON ANTIDEPRESIVOS EN HISTORIA CLÍNICA. TABLA DE CONTINGENCIA	333
TABLA 335. EXISTENCIA DE TRATAMIENTO CON ANTIDEPRESIVOS EN HISTORIA CLÍNICA. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	333
TABLA 336. EXISTENCIA DE TRATAMIENTO CON ANTIEPILÉPTICOS EN HISTORIA CLÍNICA. TABLA DE CONTINGENCIA	334
TABLA 337. EXISTENCIA DE TRATAMIENTO CON ANTIEPILÉPTICOS EN HISTORIA CLÍNICA. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	334
TABLA 338. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE VIH EN HISTORIA CLÍNICA. TABLA DE CONTINGENCIA.....	335
TABLA 339. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE VIH EN HISTORIA CLÍNICA. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	335
TABLA 340. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE VHB EN HISTORIA CLÍNICA. TABLA DE CONTINGENCIA	336
TABLA 341. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE VHB EN HISTORIA CLÍNICA. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	336
TABLA 342. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE VHC EN HISTORIA CLÍNICA. TABLA DE CONTINGENCIA	337
TABLA 343. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE VHC EN HISTORIA CLÍNICA. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	338
TABLA 344. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE AUTOLESIONES EN HISTORIA CLÍNICA. TABLA DE CONTINGENCIA.....	339
TABLA 345. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE AUTOLESIONES EN HISTORIA CLÍNICA. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	339
TABLA 346. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE HETEROAGRESIVIDAD EN HISTORIA CLÍNICA. TABLA DE CONTINGENCIA	340
TABLA 347. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE HETEROAGRESIVIDAD EN HISTORIA CLÍNICA. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	340
TABLA 348. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE CONSUMO DE OPIÁCEOS EN HISTORIA CLÍNICA. TABLA DE CONTINGENCIA	341
TABLA 349. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE CONSUMO DE OPIÁCEOS EN HISTORIA CLÍNICA. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	342
TABLA 350. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE CONSUMO DE PSICOESTIMULANTES EN HISTORIA CLÍNICA. TABLA DE CONTINGENCIA	343

TABLA 351. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE CONSUMO DE PSICOESTIMULANTES EN HISTORIA CLÍNICA. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	343
TABLA 352. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE CONSUMO DE COCAÍNA EN HISTORIA CLÍNICA. TABLA DE CONTINGENCIA	345
TABLA 353. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE CONSUMO DE COCAÍNA EN HISTORIA CLÍNICA. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	345
TABLA 354. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE CONSUMO DE CANNABIS (THC) EN HISTORIA CLÍNICA. TABLA DE CONTINGENCIA	346
TABLA 355. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE CONSUMO DE CANNABIS (THC) EN HISTORIA CLÍNICA. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	347
TABLA 356. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE CONSUMO DE BENZODIACEPINAS (BDZ) EN HISTORIA CLÍNICA. TABLA DE CONTINGENCIA	348
TABLA 357. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE CONSUMO DE BENZODIACEPINAS (BDZ) EN HISTORIA CLÍNICA. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO.....	348
TABLA 358. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE CONSUMO DE ALCOHOL (OH) EN HISTORIA CLÍNICA. TABLA DE CONTINGENCIA	349
TABLA 359. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE CONSUMO DE ALCOHOL (OH) EN HISTORIA CLÍNICA. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	350
TABLA 360. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE CONSUMO DE DROGAS EN HISTORIA CLÍNICA. TABLA DE CONTINGENCIA	351
TABLA 361. EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO DE CONSUMO DE DROGAS EN HISTORIA CLÍNICA. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	351
TABLA 362. CONSUMO DE OPIÁCEOS EN EL MOMENTO ACTUAL. TABLA DE CONTINGENCIA.....	352
TABLA 363. CONSUMO DE OPIÁCEOS EN EL MOMENTO ACTUAL. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO.....	352
TABLA 364. ANTECEDENTES DE CONSUMO DE OPIÁCEOS. TABLA DE CONTINGENCIA	354
TABLA 365. ANTECEDENTES DE CONSUMO DE OPIÁCEOS. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	354
TABLA 366. PATRÓN DE ABUSO/DEPENDENCIA DE OPIÁCEOS. TABLA DE CONTINGENCIA.....	355
TABLA 367. PATRÓN DE ABUSO/DEPENDENCIA DE OPIÁCEOS. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	356
TABLA 368. CONSUMO DE PSICOESTIMULANTES EN EL MOMENTO ACTUAL. TABLA DE CONTINGENCIA	357
TABLA 369. CONSUMO DE PSICOESTIMULANTES EN EL MOMENTO ACTUAL. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO.....	357
TABLA 370. ANTECEDENTES DE CONSUMO DE PSICOESTIMULANTES. TABLA DE CONTINGENCIA.....	359
TABLA 371. ANTECEDENTES DE CONSUMO DE PSICOESTIMULANTES. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	359
TABLA 372. PATRÓN DE ABUSO/DEPENDENCIA DE PSICOESTIMULANTES. TABLA DE CONTINGENCIA.....	361
TABLA 373. PATRÓN DE ABUSO/DEPENDENCIA DE PSICOESTIMULANTES. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	361
TABLA 374. CONSUMO DE COCAÍNA EN EL MOMENTO ACTUAL. TABLA DE CONTINGENCIA	362
TABLA 375. CONSUMO DE COCAÍNA EN EL MOMENTO ACTUAL. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO.....	363
TABLA 376. ANTECEDENTES DE CONSUMO DE COCAÍNA. TABLA DE CONTINGENCIA.....	364
TABLA 377. ANTECEDENTES DE CONSUMO DE COCAÍNA. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	364
TABLA 378. PATRÓN DE ABUSO/DEPENDENCIA DE COCAÍNA .TABLA DE CONTINGENCIA.....	366
TABLA 379. PATRÓN DE ABUSO/DEPENDENCIA DE COCAÍNA. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	366
TABLA 380. CONSUMO DE CANNABIS EN EL MOMENTO ACTUAL. TABLA DE CONTINGENCIA.....	367
TABLA 381. CONSUMO DE CANNABIS EN EL MOMENTO ACTUAL. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	368
TABLA 382. ANTECEDENTES DE CONSUMO DE CANNABIS. TABLA DE CONTINGENCIA	369
TABLA 383. ANTECEDENTES DE CONSUMO DE CANNABIS. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO.....	369

TABLA 384. PATRÓN DE ABUSO/DEPENDENCIA DE CANNABIS. TABLA DE CONTINGENCIA	371
TABLA 385. PATRÓN DE ABUSO/DEPENDENCIA DE CANNABIS. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	371
TABLA 386. CONSUMO DE BENZODIACEPINAS (BDZ) EN EL MOMENTO ACTUAL. TABLA DE CONTINGENCIA...	372
TABLA 387. CONSUMO DE BENZODIACEPINAS (BDZ) EN EL MOMENTO ACTUAL. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	373
TABLA 388. ANTECEDENTES DE CONSUMO DE BENZODIACEPINAS. TABLA DE CONTINGENCIA.....	374
TABLA 389. ANTECEDENTES DE CONSUMO DE BENZODIACEPINAS. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	374
TABLA 390. PATRÓN DE ABUSO/DEPENDENCIA DE BENZODIACEPINAS. TABLA DE CONTINGENCIA.....	376
TABLA 391. PATRÓN DE ABUSO/DEPENDENCIA DE BENZODIACEPINAS. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	376
TABLA 392. ANTECEDENTES DE CONSUMO DE ALCOHOL. TABLA DE CONTINGENCIA	377
TABLA 393. ANTECEDENTES DE CONSUMO DE ALCOHOL. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	378
TABLA 394. PATRÓN DE ABUSO/DEPENDENCIA DE ALCOHOL. TABLA DE CONTINGENCIA	379
TABLA 395. PATRÓN DE ABUSO/DEPENDENCIA DE ALCOHOL. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	379
TABLA 396. CONSUMO DE DROGAS EN EL MOMENTO ACTUAL. TABLA DE CONTINGENCIA	380
TABLA 397. CONSUMO DE DROGAS EN EL MOMENTO ACTUAL. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO.....	381
TABLA 398. ANTECEDENTES DE CONSUMO DE DROGAS. TABLA DE CONTINGENCIA	381
TABLA 399. ANTECEDENTES DE CONSUMO DE DROGAS. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	382
TABLA 400. ANTECEDENTES DE EPISODIOS DE PÉRDIDA DE CONCIENCIA. TABLA DE CONTINGENCIA.....	387
TABLA 401. ANTECEDENTES DE EPISODIOS DE PÉRDIDA DE CONCIENCIA. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	387
TABLA 402. SOBREDOSIS POR DROGAS. TABLA DE CONTINGENCIA	388
TABLA 403. SOBREDOSIS POR DROGAS. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	389
TABLA 404. ANTECEDENTES DE CONSUMO DE DROGAS EN PADRES O HIJOS. TABLA DE CONTINGENCIA.....	390
TABLA 405. ANTECEDENTES DE CONSUMO DE DROGAS EN PADRES O HIJOS. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	390
TABLA 406. ANTECEDENTES DE CONSUMO DE DROGAS EN HERMANOS. TABLA DE CONTINGENCIA.....	391
TABLA 407. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	392
TABLA 408. ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS DE TMG EN PADRES O HIJOS. TABLA DE CONTINGENCIA.....	393
TABLA 409. ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS DE TMG EN PADRES O HIJOS. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	393
TABLA 410. ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS DE TMG EN HERMANOS. TABLA DE CONTINGENCIA	394
TABLA 411. ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS DE TMG EN HERMANOS. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	395
TABLA 412. INTENTOS DE SUICIDIO ANTES DE SU ENTRADA EN PRISIÓN. TABLA DE CONTINGENCIA.....	396
TABLA 413. INTENTOS DE SUICIDIO ANTES DE SU ENTRADA EN PRISIÓN. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	396
TABLA 414. INTENTOS DE SUICIDIO POSTERIORES A SU ENTRADA EN PRISIÓN. TABLA DE CONTINGENCIA.....	397
TABLA 415. INTENTOS DE SUICIDIO POSTERIORES A SU ENTRADA EN PRISIÓN. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO ..	397
TABLA 416. CONDUCTAS AUTOLESIVAS ANTES DE SU ENTRADA EN PRISIÓN. TABLA DE CONTINGENCIA	398
TABLA 417. CONDUCTAS AUTOLESIVAS ANTES DE SU ENTRADA EN PRISIÓN. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO.....	399
TABLA 418. CONDUCTAS AUTOLESIVAS POSTERIORES A SU ENTRADA EN PRISIÓN. TABLA DE CONTINGENCIA .	400
TABLA 419. CONDUCTAS AUTOLESIVAS POSTERIORES A SU ENTRADA EN PRISIÓN. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	400
TABLA 420. EXISTENCIA DE HETEROAGRESIVIDAD VERBAL ANTES DE SU ENTRADA EN PRISIÓN. TABLA DE CONTINGENCIA	401
TABLA 421. EXISTENCIA DE HETEROAGRESIVIDAD VERBAL ANTES DE SU ENTRADA EN PRISIÓN. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	402
TABLA 422. EXISTENCIA DE HETEROAGRESIVIDAD FÍSICA ANTES DE SU ENTRADA EN PRISIÓN. TABLA DE CONTINGENCIA	403

TABLA 423. EXISTENCIA DE HETEROAGRESIVIDAD FÍSICA ANTES DE SU ENTRADA EN PRISIÓN. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	403
TABLA 424. EXISTENCIA DE HETEROAGRESIVIDAD VERBAL POSTERIOR A SU ENTRADA EN PRISIÓN. TABLA DE CONTINGENCIA	404
TABLA 425. EXISTENCIA DE HETEROAGRESIVIDAD VERBAL POSTERIOR A SU ENTRADA EN PRISIÓN. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	405
TABLA 426. EXISTENCIA DE HETEROAGRESIVIDAD FÍSICA POSTERIOR A SU ENTRADA EN PRISIÓN. TABLA DE CONTINGENCIA	406
TABLA 427. EXISTENCIA DE HETEROAGRESIVIDAD FÍSICA POSTERIOR A SU ENTRADA EN PRISIÓN. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	406
TABLA 428. MALTRATOS PSICOLÓGICOS EN LA INFANCIA. TABLA DE CONTINGENCIA	408
TABLA 429. MALTRATOS PSICOLÓGICOS EN LA INFANCIA. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	408
TABLA 430. MALTRATOS FÍSICOS EN LA INFANCIA. TABLA DE CONTINGENCIA	409
TABLA 431. MALTRATOS FÍSICOS EN LA INFANCIA. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO.....	410
TABLA 432. MALTRATOS PSICOLÓGICOS EN LA EDAD ADULTA ANTES DE LA ENTRADA EN PRISIÓN. TABLA DE CONTINGENCIA	411
TABLA 433. MALTRATOS PSICOLÓGICOS EN LA EDAD ADULTA ANTES DE LA ENTRADA EN PRISIÓN. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	411
TABLA 434. MALTRATOS FÍSICOS EN LA EDAD ADULTA ANTES DE LA ENTRADA EN PRISIÓN. TABLA DE CONTINGENCIA	413
TABLA 435. . MALTRATOS FÍSICOS EN LA EDAD ADULTA ANTES DE LA ENTRADA EN PRISIÓN. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	413
TABLA 436. . MALTRATOS PSICOLÓGICOS EN LA EDAD ADULTA DURANTE SU ESTANCIA EN PRISIÓN. TABLA DE CONTINGENCIA	415
TABLA 437. MALTRATOS PSICOLÓGICOS EN LA EDAD ADULTA DURANTE SU ESTANCIA EN PRISIÓN. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	415
TABLA 438. MALTRATOS FÍSICOS EN LA EDAD ADULTA DURANTE SU ESTANCIA EN PRISIÓN. TABLA DE CONTINGENCIA	416
TABLA 439. MALTRATOS FÍSICOS EN LA EDAD ADULTA DURANTE SU ESTANCIA EN PRISIÓN. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	417
TABLA 440. HISTORIA DE ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA. TABLA DE CONTINGENCIA	418
TABLA 441. HISTORIA DE ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	418
TABLA 442. HISTORIA DE ABUSO SEXUAL EN LA EDAD ADULTA ANTES DE LA ENTRADA EN PRISIÓN. TABLA DE CONTINGENCIA	419
TABLA 443. HISTORIA DE ABUSO SEXUAL EN LA EDAD ADULTA ANTES DE LA ENTRADA EN PRISIÓN. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	419
TABLA 444. HISTORIA DE ABUSO SEXUAL EN PRISIÓN. TABLA DE CONTINGENCIA	420
TABLA 445. HISTORIA DE ABUSO SEXUAL EN PRISIÓN. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	421
TABLA 446. EXISTENCIA DE GRADO DE DISCAPACIDAD. TABLA DE CONTINGENCIA	422
TABLA 447. EXISTENCIA DE GRADO DE DISCAPACIDAD. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO.....	422
TABLA 448. PORCENTAJE DE GRADO DE DISCAPACIDAD. TABLA DE CONTINGENCIA	424
TABLA 449. PORCENTAJE DE GRADO DE DISCAPACIDAD. ANOVA.....	424
TABLA 450. INCLUSIÓN EN PROGRAMA ACCEPTA. TABLA DE CONTINGENCIA	425
TABLA 451. INCLUSIÓN EN PROGRAMA ACCEPTA. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO.....	425

TABLA 452. PUNTUACIÓN CUANTITATIVA EN ESCALA DE MALESTAR PSICOLÓGICO DE KESSLER (K-10). TABLA DE CONTINGENCIA	426
TABLA 453. PUNTUACIÓN CUANTITATIVA EN ESCALA DE MALESTAR PSICOLÓGICO DE KESSLER (K-10). ANOVA	426
TABLA 454. PUNTUACIÓN CUALITATIVA EN ESCALA DE MALESTAR PSICOLÓGICO DE KESSLER (K-10). TABLA DE CONTINGENCIA	427
TABLA 455. PUNTUACIÓN CUALITATIVA EN ESCALA DE MALESTAR PSICOLÓGICO DE KESSLER (K-10). PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	427
TABLA 456. ESCALA DE MALESTAR PSICOLÓGICO DE KESSLER (K-10) SUPERIOR A 21 PUNTOS. TABLA DE CONTINGENCIA	428
TABLA 457. ESCALA DE MALESTAR PSICOLÓGICO DE KESSLER (K-10) SUPERIOR A 21 PUNTOS. PRUEBAS DE CHI- CUADRADO	428

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO 1. EDAD EN FECHA DE PASACIÓN DEL WAIS- IV. HISTOGRAMA	86
GRÁFICO 2. NÚMERO DE HIJOS. HISTOGRAMA.....	90
GRÁFICO 3. EDAD DE ABANDONO DE LOS ESTUDIOS ESCOLARES. HISTOGRAMA	92
GRÁFICO 4. INICIO DE LA CARRERA DELICTIVA. HISTOGRAMA.....	95
GRÁFICO 5. EDAD DE INGRESO EN CENTRO DE MENORES. HISTOGRAMA.....	97
GRÁFICO 6. NÚMERO DE RESPONSABILIDADES PENALES SUBSIDIARIAS. HISTOGRAMA	101
GRÁFICO 7. DÍAS DE RESPONSABILIDADES PENALES SUBSIDIARIAS (RPS). HISTOGRAMA.....	102
GRÁFICO 8. CONDENA REAL. HISTOGRAMA.....	103
GRÁFICO 9. TIEMPO DE CONDENA CUMPLIDO HASTA LA PASACIÓN DEL WAIS- IV. HISTOGRAMA.....	105
GRÁFICO 10. NÚMERO DE APLICACIONES DE CONTENCIONES MECÁNICAS (CM) DURANTE LA CONDENA ACTUAL. HISTOGRAMA.....	107
GRÁFICO 11. TASA DEL NÚMERO DE CONTENCIONES MECÁNICAS (CM).....	108
GRÁFICO 12. TIEMPO TOTAL (EN HORAS) DE DURACIÓN DE LAS CONTENCIONES MECÁNICAS (CM) DURANTE LA CONDENA ACTUAL. HISTOGRAMA	109
GRÁFICO 13. TIEMPO MEDIO (EN HORAS) DE DURACIÓN DE CADA CONTENCIÓN MECÁNICA (CM) DURANTE LA CONDENA ACTUAL. HISTOGRAMA	110
GRÁFICO 14. TASA DEL TIEMPO DE CONTENCIONES MECÁNICAS (CM). HISTOGRAMA	111
GRÁFICO 15. NÚMERO DE APLICACIONES DE MANILLAS DURANTE LA CONDENA ACTUAL. HISTOGRAMA.....	113
GRÁFICO 16. NÚMERO DE APLICACIONES DE FUERZA FÍSICA DURANTE LA CONDENA ACTUAL. HISTOGRAMA ..	114
GRÁFICO 17. NÚMERO DE APLICACIONES DE DEFENSAS DE GOMA DURANTE LA CONDENA ACTUAL. HISTOGRAMA	116
GRÁFICO 18. NÚMERO DE APLICACIONES DE AISLAMIENTO PROVISIONAL (AP) DURANTE LA CONDENA ACTUAL. HISTOGRAMA.....	117
GRÁFICO 19. TIEMPO TOTAL DE DURACIÓN DE AISLAMIENTO PROVISIONAL (AP) DURANTE LA CONDENA ACTUAL. HISTOGRAMA	118
GRÁFICO 20. TIEMPO TOTAL (EN HORAS) DE DURACIÓN DE CONTENCIONES MECÁNICAS (CM) Y AISLAMIENTOS PROVISIONALES (AP) DURANTE LA CONDENA ACTUAL. HISTOGRAMA	119
GRÁFICO 21. TIEMPO MEDIO (EN HORAS) DE DURACIÓN DE AISLAMIENTOS PROVISIONALES (AP) Y CONTENCIONES MECÁNICAS (CM) DURANTE LA CONDENA ACTUAL. HISTOGRAMA.....	120
GRÁFICO 22. TASA DEL TIEMPO DE AISLAMIENTOS PROVISIONALES (AP) Y CONTENCIONES MECÁNICAS (CM). HISTOGRAMA.....	121
GRÁFICO 23. NÚMERO TOTAL DE APLICACIONES DE MEDIDAS COERCITIVAS DURANTE LA CONDENA ACTUAL. HISTOGRAMA	123
GRÁFICO 24. NÚMERO DE FALTAS DISCIPLINARIAS LEVES EN LA CONDENA ACTUAL. HISTOGRAMA	125
GRÁFICO 25. TASA DEL NÚMERO DE FALTAS DISCIPLINARIAS LEVES EN LA CONDENA ACTUAL. HISTOGRAMA ..	126
GRÁFICO 26. FALTAS DISCIPLINARIAS GRAVES EN LA CONDENA ACTUAL. HISTOGRAMA	127
GRÁFICO 27. TASA DEL NÚMERO DE FALTAS DISCIPLINARIAS GRAVES EN LA CONDENA ACTUAL. HISTOGRAMA	128
GRÁFICO 28. NÚMERO DE FALTAS DISCIPLINARIAS MUY GRAVES EN LA CONDENA ACTUAL. HISTOGRAMA	130

GRÁFICO 29. TASA DEL NÚMERO DE FALTAS DISCIPLINARIAS MUY GRAVES EN LA CONDENA ACTUAL. HISTOGRAMA	131
GRÁFICO 30. NÚMERO DE FALTAS DISCIPLINARIAS EXCESIVAMENTE GRAVES EN LA CONDENA ACTUAL. HISTOGRAMA	132
GRÁFICO 31. TASA DEL NÚMERO DE FALTAS DISCIPLINARIAS EXCESIVAMENTE GRAVES. HISTOGRAMA	133
GRÁFICO 32. NÚMERO DE FALTAS DISCIPLINARIAS GRAVES, MUY GRAVES O EXCESIVAMENTE GRAVES EN LA CONDENA ACTUAL. HISTOGRAMA	135
GRÁFICO 33. TASA DEL NÚMERO DE FALTAS DISCIPLINARIAS GRAVES, MUY GRAVES Y EXCESIVAMENTE GRAVES. HISTOGRAMA	136
GRÁFICO 34. TASA DEL NÚMERO DE FALTAS DISCIPLINARIAS GRAVES, MUY GRAVES Y EXCESIVAMENTE GRAVES. HISTOGRAMA	137
GRÁFICO 35. TASA DEL NÚMERO DE FALTAS DISCIPLINARIAS TOTALES EN LA CONDENA ACTUAL. HISTOGRAMA	138
GRÁFICO 36. NÚMERO DE DÍAS DE AISLAMIENTO EN CELDA EN LA CONDENA ACTUAL. HISTOGRAMA	140
GRÁFICO 37. TASA DEL NÚMERO DE DÍAS DE AISLAMIENTO EN CELDA EN LA CONDENA ACTUAL. HISTOGRAMA	141
GRÁFICO 38. NÚMERO TOTAL DE DÍAS DE PRIVACIÓN DE PASEOS Y ACTOS RECREATIVOS (PPAR) EN LA CONDENA ACTUAL. HISTOGRAMA	142
GRÁFICO 39. TASA DE DÍAS DE PRIVACIÓN DE PASEOS Y ACTOS RECREATIVOS (PPAR) EN LA CONDENA ACTUAL. HISTOGRAMA	143
GRÁFICO 40. NÚMERO DE DÍAS TRABAJADOS EN DESTINOS DURANTE LA CONDENA ACTUAL. HISTOGRAMA...	145
GRÁFICO 41. TASA DEL NÚMERO DE DÍAS TRABAJADOS EN DESTINOS. HISTOGRAMA	146
GRÁFICO 42. NÚMERO DE DÍAS TRABAJADOS EN TALLERES DURANTE LA CONDENA ACTUAL. HISTOGRAMA ...	148
GRÁFICO 43. TASA DE DÍAS TRABAJADOS EN TALLERES. HISTOGRAMA.....	149
GRÁFICO 44. SAM EN PRIMER TRIMESTRE DEL PRIMER AÑO DE ENTRADA EN PRISIÓN. HISTOGRAMA	150
GRÁFICO 45. SAM EN SEGUNDO TRIMESTRE DEL PRIMER AÑO DE ENTRADA EN PRISIÓN. HISTOGRAMA	152
GRÁFICO 46. SAM EN TERCER TRIMESTRE DEL PRIMER AÑO DE ENTRADA EN PRISIÓN. HISTOGRAMA	154
GRÁFICO 47. SAM EN CUARTO TRIMESTRE DEL PRIMER AÑO DE ENTRADA EN PRISIÓN. HISTOGRAMA.....	155
GRÁFICO 48. DIFERENCIA ENTRE EL SAM DEL SEGUNDO TRIMESTRE MENOS EL PRIMERO. HISTOGRAMA.....	157
GRÁFICO 49. PORCENTAJE DE GRADO DE DISCAPACIDAD. HISTOGRAMA.....	215
GRÁFICO 50. PUNTUACIÓN EN ESCALA KESSLER (K-10). HISTOGRAMA	219
GRÁFICO 51. COMPRENSIÓN VERBAL WAIS- IV. HISTOGRAMA.....	220
GRÁFICO 52. ÍNDICE DE COMPRENSIÓN VERBAL. HISTOGRAMA	221
GRÁFICO 53. RAZONAMIENTO PERCEPTIVO WAIS- IV. HISTOGRAMA	223
GRÁFICO 54. ÍNDICE DE RAZONAMIENTO PERCEPTIVO WAIS-IV. HISTOGRAMA	224
GRÁFICO 55. MEMORIA DE TRABAJO WAIS- IV. HISTOGRAMA.....	226
GRÁFICO 56. ÍNDICE DE MEMORIA DE TRABAJO WAIS-IV. HISTOGRAMA	227
GRÁFICO 57. VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO WAIS- IV. HISTOGRAMA	228
GRÁFICO 58. ÍNDICE DE VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO. HISTOGRAMA	229
GRÁFICO 59. ESCALA TOTAL WAIS- IV. HISTOGRAMA.....	231
GRÁFICO 60. COCIENTE INTELECTUAL TOTAL (CIT) WAIS-IV. HISTOGRAMA.....	232
GRÁFICO 61. CAPACIDAD GENERAL WAIS- IV. HISTOGRAMA	235
GRÁFICO 62. ÍNDICE DE CAPACIDAD GENERAL WAIS-IV. HISTOGRAMA	237
GRÁFICO 63. EDAD EN FECHA DE PASACIÓN DEL WAIS- IV. BOXPLOT	241

GRÁFICO 64. EDAD EN FECHA DE PASACIÓN DEL WAIS- IV. HISTOGRAMA	241
GRÁFICO 65. MEDIA DE HIJOS. HISTOGRAMA	249
GRÁFICO 66. EDAD DE ABANDONO DE LOS ESTUDIOS ESCOLARES. BOXPLOT	252
GRÁFICO 67. INICIO DE LA CARRERA DELICTIVA. BOXPLOT.....	257
GRÁFICO 68. EDAD DE INGRESO EN CENTRO DE MENORES. BOXPLOT.....	260
GRÁFICO 69. NÚMERO DE RPS. BOXPLOT	269
GRÁFICO 70. DÍAS DE RPS. BOXPLOT	270
GRÁFICO 71. TASA DEL NÚMERO DE CM DURANTE LA CONDENA ACTUAL. BOXPLOT	276
GRÁFICO 72. TASA DEL TIEMPO DE CM DURANTE LA CONDENA ACTUAL. BOXPLOT	276
GRÁFICO 73. TASA DEL NÚMERO DE CM DURANTE LA CONDENA ACTUAL. BOXPLOT.....	282
GRÁFICO 74. TAS DEL NÚMERO DE FALTAS DISCIPLINARIAS LEVES DURANTE LA CONDENA ACTUAL. BOXPLOT.	288
GRÁFICO 75. TAS DEL NÚMERO DE FALTAS DISCIPLINARIAS GRAVES DURANTE LA CONDENA ACTUAL. BOXPLOT	289
GRÁFICO 76. TAS DEL NÚMERO DE FALTAS DISCIPLINARIAS TOTALES DURANTE LA CONDENA ACTUAL. BOXPLOT	290
GRÁFICO 77. TASA DE DÍAS DE AISLAMIENTO EN CELDA (AC). BOXPLOT.....	295
GRÁFICO 78. TASA DE DÍAS DE PRIVACIÓN DE PASEOS Y ACTOS RECREATIVOS (PPAR). BOXPLOT.....	296
GRÁFICO 79. PROMEDIO DE SAM DE LOS DOS PRIMEROS TRIMESTRES DEL PRIMER AÑO DE ENTRADA EN PRISIÓN DURANTE LA CONDENA ACTUAL. BOXPLOT	309
GRÁFICO 80. PROMEDIO DE SAM DE LOS DOS ÚLTIMOS TRIMESTRES DEL PRIMER AÑO DE ENTRADA EN PRISIÓN DURANTE LA CONDENA ACTUAL. BOXPLOT	310
GRÁFICO 81. VARIACIÓN DEL SAM. BOXPLOT.....	312
GRÁFICO 82. PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD. BOXPLOT.....	425
GRÁFICO 83. PUNTUACIÓN CUANTITATIVA EN ESCALA DE MALESTAR PSICOLÓGICO DE KESSLER (K-10). BOXPLOT.....	427

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1. REVISIÓN SISTEMÁTICA. INTERNATIONAL JOURNAL OF LAW AND PSYCHIATRY	474
ANEXO 2. ESCALA WECHSLER DE INTELIGENCIA PARA ADULTOS (WAIS- IV)	475
ANEXO 3. ESCALA DE MALESTAR PSICOLÓGICO DE KESSLER (K - 10)	481
ANEXO 4. CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS PENALES Y CRIMINOLÓGICOS.....	483
ANEXO 5. CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PENITENCIARIOS	484
ANEXO 6. CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS CLÍNICOS.....	486
ANEXO 7. CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS AUTORREPORTADO	487
ANEXO 8. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	493
ANEXO 9. ENTREGA DE RESULTADOS WAIS- IV A LOS INTERNOS.....	497

GLOSARIO DE TÉRMINOS

A

AP
Aislamiento provisional

C

CI.
cociente intelectual
CIT
Cociente Intelectual Total
CM
contenciones mecánicas
CP
centro penitenciario

D

DAE - DID
Departamento de Atención Especializada para
PDID
DERT
Departamento Especial
DI
discapacidad intelectual
Dincat
Asociación de Discapacidad Intelectual de
Cataluña

E

Escala RisCanvi
Escala de valoración y gestión de riesgo en
ámbito penitenciario catalán

I

IL
Inteligencia Límite
INFE
Enfermería Orgánica
ING
módulo residencial de Ingresos,
INPI
Enfermería Psiquiátrica,

K

K-10
Cuestionario de malestar psicológico de Kessler

M

MR
módulo residencial
MRO
Mòdulo Residencial de Observación

P

PDID
personas con discapacidad intelectual y del
desarrollo
PNIE
Psiconeuroinmunoendocrinología
PSSJD
Parc Sanitari Sant Joan de Déu

R

R.P
Reglamento Penitenciario
RM
Retraso Mental
RPS
Responsabilidades Personales Subsidiarias

S

SAM
Indicador de adaptación en prisión

T

TA
Trastorno Adaptativo
TD
Trastorno Depresivo
TDAH
Trastorno por Déficit de Atención e
Hiperactividad
TMG
Trastorno Mental Grave
TP
Trastorno de Personalidad

U

UHPP- C
Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de
Cataluña

UIC

Universidad Internacional de Cataluña

UMS

Unidad de Medio Semi- Abierto

W

WAIS- IV

Escala de Inteligencia Wechsler para adultos IV
Edición

PRESENTACIÓN

Según la literatura científica, se estima que entre el 15 al 30 % de los internos en prisión presentan dificultades intelectivas que interfieren en su capacidad de hacer frente al sistema penal (1) (2) (3) (4).

Uno de los elementos determinantes para el pronóstico y posibilidades de reinserción de las personas con discapacidad intelectual (DI) afectadas por el sistema penal es la constatación de esta situación de discapacidad durante el proceso penal.

A pesar de la mejora de los diversos protocolos y estrategias para la detección e intervención en personas con DI en el medio penitenciario, consideramos que siguen existiendo un gran número de internos con DI no detectados ni diagnosticados.

El objetivo de este estudio es realizar una evaluación empírica de la prevalencia real de personas con DI entre la población penitenciaria de centro penitenciario (CP) Brians-1, así como analizar sus características y necesidades específicas. Para ello se realizará la extracción de una muestra representativa de esta población, se cuantificará su cociente intelectual (CI) y se recogerán y analizarán una serie de variables sociodemográficas, criminológicas, penitenciarias, clínicas, psicológicas y toxicológicas.

Creemos que es fundamental mejorar la detección de casos de DI en nuestro medio penitenciario, así como evaluar sus características y necesidades. De esta forma podrán recibir un tratamiento multidisciplinar específico, evitando situaciones de desigualdad y discriminación y disminuyendo así el riesgo de reincidencia y exclusión social.

INTRODUCCIÓN

Definición de discapacidad intelectual

La discapacidad intelectual (DI) o discapacidad cognitiva es una anomalía en el proceso de aprendizaje entendida como la adquisición lenta e incompleta de las habilidades cognitivas durante el desarrollo humano, que conduce finalmente a limitaciones sustanciales en el desarrollo corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que tiene lugar junto con limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas (esto es, la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y por su grupo cultural): comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo (5).

Según criterios del DSM-IV y DSM-IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), el término de retraso mental se usa para referirse a la discapacidad intelectual y se incluye en la sección de Trastorno de inicio en la infancia o adolescencia, que recoge como criterios para el diagnóstico del mismo estos tres requisitos:

- a) Capacidad intelectual significativamente inferior a la media: un CI aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente,
- b) Déficit o alteraciones de ocurrencia en la actividad adaptativa actual (eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y su grupo cultural) en al menos dos de las siguientes áreas: comunicación personal, vida doméstica, habilidades sociales - interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad,
- c) Inicio anterior a los 18 años (6) (7).

Se clasifica en retraso mental leve (cociente de inteligencia (CI) entre 50-55 y aproximadamente 70), retraso mental moderado (CI entre 35-40 y 50-55), retraso mental grave (CI entre 20-25 y 35-40), retraso mental profundo (CI inferior a 20-25) y retraso mental de gravedad no especificada (cuando existe clara presunción de retraso mental, pero la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada mediante los test usuales). El concepto de capacidad de inteligencia límite (IL) viene definida por la detección de un CI entre 71 y 84 en un test de inteligencia. El DSM-IV-TR sitúa la IL en el apartado "Otras condiciones que pueden ser foco de atención clínica" (6) (7).

En el DSM-V el término de discapacidad intelectual (DI) sustituye al término de "retraso mental", incluyéndose en la sección de Trastornos del Neurodesarrollo. Define las discapacidades intelectuales (trastorno del desarrollo intelectual (TDI)) como un trastorno que comienza durante el período de desarrollo e incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico. Debe cumplir los siguientes criterios:

- a) Deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante la evolución clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas,
- b) Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad,
- c) Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el período de desarrollo (8).

Se mantiene la subclasificación existente de la DI (TDI) con los nombres de: 1. DI (TDI) Leve, 2. DI (TDI) Moderada, 3. DI (TDI) Severa, 4. DI (TDI) Profunda.

El término “Retraso Global del Desarrollo” y “Discapacidad intelectual no especificada” del DSM- V sustituiría al término "retraso mental de gravedad no especificada" en el DSM- IV- TR. El diagnóstico de *Retraso Global del Desarrollo* se reserva para individuos menores de 5 años cuando el nivel de gravedad clínica no se puede valorar de forma fiable durante los primeros años de la infancia. Esta categoría se diagnostica cuando el sujeto no cumple con los hitos del desarrollo esperados en varios campos del funcionamiento intelectual, y se aplica a individuos en los que no se puede llevar a cabo una valoración sistemática del funcionamiento intelectual, incluidos niños demasiado pequeños para participar en pruebas estandarizadas, debiéndose volver a valorar esta categoría después de un tiempo. La *Discapacidad intelectual no especificada* se reserva para individuos mayores de 5 años cuando la valoración del grado de discapacidad intelectual mediante procedimientos localmente disponibles es difícil o imposible debido a deterioros sensoriales o físicos asociados, como ceguera o sordera prelingual, discapacidad locomotora o presencia de problemas de comportamiento graves o la existencia concurrente de trastorno mental. Esta categoría sólo se utilizará en circunstancias excepcionales y se debe volver a valorar después de un período de tiempo (8).

El término diagnóstico *Discapacidad Intelectual* es equivalente al diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE -11) de *Trastornos del Desarrollo Intelectual*.

Por lo tanto para realizar un diagnóstico de DI es necesario que se cumplan tres requisitos:

1. Tener un CI de 70 o menos en una prueba reconocida de la inteligencia, como la Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos -IV (WAIS-IV) ,
2. El sujeto debe presentar un déficit en habilidades sociales y adaptativas,
3. El comienzo del trastorno debe ser antes de los 18 años (en DSM- V se indica que el inicio debe ocurrir durante el periodo de desarrollo que viene a ser lo mismo) (6) (7) (8).

Destacar que no sólo un CI igual o menor a 70 es suficiente por sí mismo para diagnosticar DI, ya que dificultades de funcionamiento social y en las habilidades de comunicación deben estar también presentes para su diagnóstico (9).

Prevalencia de la discapacidad intelectual en prisiones

Según la literatura científica, se estima que la prevalencia de DI en la población general en el mundo está alrededor del 1 % (10).

Aunque la mayoría de las personas con DI son ciudadanos respetuosos con la ley y es más frecuente que sean víctimas de delitos tales como abandono y malos tratos que autores de los mismos, existe un pequeño porcentaje que presentan conductas delictivas (11) (12).

Diversos estudios de prevalencia de DI en medio penitenciario sugieren que la prevalencia de personas con DI es mucho más alta en la población de prisiones (2) (13) (14) (15) (4). Una de las hipótesis contempladas como causa de esta sobrerrepresentación es la escasez de apoyo social de la comunidad (16) (17).

Para determinar la prevalencia de DI en prisiones según la literatura científica publicada, se realizó una revisión sistemática de los artículos científicos relativos a la prevalencia de DI en medio penitenciario, publicada como artículo científico en la revista International Journal of Law and Psychiatry (18), que se adjunta en el Anexo 1. Se realizó una búsqueda electrónica en la base de datos Medline de estudios publicados entre enero de 2000 y enero de 2018, en castellano, inglés, italiano y francés. Ésta se realizó usando términos de búsqueda específicos en relación al tema en cuestión: "learning disabilit*" OR "learning disorder*" OR "intellectual disabilit*" OR "intellectual function*" OR "mental retardation" OR "learning disorder*" OR "developmental disabilit*" OR "ID" AND "prison" OR "jail" OR "incarcerated" OR "imprison*" OR "imprisoner*" OR "offender*" OR "inmate*". La búsqueda inicial en Pubmed arrojó un

resultado de **173 artículos**. Se seleccionaron aquellos artículos que cumplieron los criterios de inclusión: artículos de muestra empírica que aportaban cifras de DI en prisión valoradas según escalas validadas en muestras de presos varones o en muestras mixtas (siempre que el porcentaje de varones superara el 75% o existiera un análisis estadístico diferenciado por géneros). De los estudios seleccionados se extrajeron, organizaron y compararon los datos referentes al autor del estudio, año de publicación, objetivos principal y secundarios, periodo de realización del estudio y país y lugar donde se llevó a cabo, población, tamaño muestral, género, instrumento psicométrico analizado para la determinación de CI, estatus penitenciario, número de personas detectadas con DI y DI límite (DIL) y limitaciones. En aquellos trabajos que estudiaban un mayor espectro de patologías, se seleccionaron únicamente los datos referentes al subgrupo de pacientes con DI. En aquellos estudios que recogían diferentes cifras de DI según se utilizara o no escalas adaptativas para su definición, fueron los resultados de las pruebas de inteligencia los que se tuvieron en cuenta para el porcentaje de DI de la población estudiada. Se obtuvo una muestra final de 20 artículos mediante la revisión inicial de los títulos y resúmenes y la revisión completa de los artículos que cumplían criterios conforme al resumen. Estos 20 artículos corresponden con **13 investigaciones**, abarcando un período de 18 años con un tamaño muestral total de 16.396 presos, de los cuales **15.450** eran varones. La Tabla 1 refleja las características de los diferentes estudios.

Se observa que la literatura científica sobre DI pertenece a países diferentes, permitiendo obtener una visión internacional del fenómeno. Existen datos recogidos en países como Irlanda (19), Reino Unido (20) (21) (22) (11) (2), Noruega (13), Israel (23), Australia (15) (24), España (25), Suecia (26) y Escocia (27) que cuentan con muestras de presos que cumplen penas privativas de libertad en prisiones, tanto en presos preventivos (21) como en presos penados (13) (23) (24) (15) (25) (26) como en muestras mixtas de preventivos y penados (19) (2) (11) (22) (20) (27). Algunos de ellos con muestras de gran tamaño. Así, los estudios de Holland (2011), Hassiotis (2011), Murphy (2017) y Días (2013) son los que presentan un tamaño muestral más grande ($n = 7805$, 3142 , 2429 y 1279 presos respectivamente) (24) (22) (21) (15) seguidos por el de Tort (2016) ($n = 708$), Young (2018) ($n = 390$), Billstedt (2017) ($n = 265$), Murphy (2000) ($n = 264$) y Chaplin (2017) ($n = 240$) (25) (27) (26) (19) (20). Los estudios

de Søndena (2008), Hayes (2007), Herrington (2009) y Einat (2008) presentan muestras de menos de 150 participantes ($n = 143, 140, 127$ y 89 respectivamente) (13) (2) (11) (23).

Se han estudiado muestras de edades muy variadas, pero son escasos los estudios que reportan cifras sobre mujeres. El estudio de Herrington (2009) y Billstedt (2017) se realizan en población joven adulta (11) (26). En el estudio de Herrington (2009) la muestra comprende únicamente a varones jóvenes de entre 18 a 21 años (11) y el estudio de Billstedt (2017) se realiza en varones con edades comprendidas entre los 18 a los 25 años (26).

En relación al género, en los estudios de Días (2013), Hassiotis (2011), Einat (2008), Søndena (2008) y Murphy (2000) las muestras de presos son mixtas, tanto de varones como de mujeres, aunque en los estudios de Hassiotis (2011), Søndena (2008) y Murphy (2000) el porcentaje de varones es mayor al 95 % de la muestra (22)(13)(19). En el estudio de Einat (2008) la muestra de varones es mayor al 87% (23) y en el estudio de Días (2013) el grupo de varones casi alcanza el 80% de la muestra (15).

En los estudios publicados, los presos han sido valorados empleando distintos criterios para la determinación de DI, así como distintos test de cribado para la determinación de la inteligencia cognitiva. Young (2018), Chaplin (2017) y Murphy (2017) utilizan el *Cuestionario de Cribado de Discapacidad Intelectiva (LDSQ)* (28) para la medición del CI (27) (20) (21), en el que puntuaciones menores a 46 % indican la presencia de DI. El instrumento psicométrico utilizado para la determinación del CI en el estudio de Billstedt (2017) es el *Índice General de Habilidades (GAI)* de la Escala de Inteligencia Wechsler de Adultos- tercera edición (WAIS – III) (Wechsler, 2002) (26). El estudio de Tort (2016) usa como método de cribado el *Test No Verbal de Inteligencia (TONI II)*, considerando puntuaciones de CI < 70 como diagnósticas de DI (25). Hassiotis (2011) usa como método de cribado de DI el *Test Rápido (Quick Test)* válido únicamente para participantes de habla inglesa (29). Se considera una puntuación en el Quick Test ≤ 25 equivalente a un CI ≤ 65 (22). El *Índice de Cribado de Habilidades (HASI)* es utilizado como instrumento diagnóstico en el estudio de Días (2013) (15) y de Søndena (2008) (13). Además Søndena (2008) usa la *Escala Abreviada de Inteligencia Wechsler (WASI)* (Wechsler, 1995) (13) mientras que Einat (2008) utiliza la *Batería Diagnóstica* (Shalem & Lachman, 1998)

para valoración del CI, donde puntuaciones de entre 35% - 65% indican DI leve, entre 16% - 35% indican DI moderada y entre 7% - 16% indican DI severa (23). Murphy (2000) y Herrington (2009) utilizan el *Test de Inteligencia de Kaufman (KBIT* y el **KBIT2** respectivamente) siendo puntuaciones de CI < 70 indicador de DI (19) (11). Es de destacar que únicamente y de los estudios analizados, Holland (2011) y Hayes (2007) utilizan escalas completas de valoración de inteligencia, empleando la *Escala completa Wechsler de Inteligencia de Adultos WAIS- III* (UK) (24), en la que el diagnóstico de DI se establece con una puntuación del CI < 70 (2).

Hassiotis (2011) y Días (2013) establecen no sólo el diagnóstico de DI en la puntuación del test de cribado de inteligencia utilizado, sino que además para cumplir criterios de diagnóstico de DI debe existir dificultades en logros educacionales (22) (15). De esta forma, para que en el estudio de Hassiotis (2011) un preso sea diagnosticado de DI, las puntuaciones ≤ 25 en el Quick Test deben estar combinadas con logros educacionales no superiores a GCSE o nivel de cualificación "0" (22). En la misma línea, para el diagnóstico de DI en el estudio de Días (2013), las puntuaciones en HASI < 85 deben estar combinadas con referir haber asistido a un colegio especial o bien presentar antecedentes de diagnóstico de DI dado por un profesional de la salud o un médico (30) (15) (31).

Billstedt (2017), Herrington (2009) y Hayes (2007) consideran que la medición del CI mediante los distintos test de inteligencia empleados tampoco es sinónimo de DI, puesto que se requiere posteriormente que concurren déficits en conducta adaptativa (2) (11) (26). De este modo, Billstedt (2017) determina la presencia de DI si la persona presenta puntuaciones en la *Escala de Funcionamiento Global (GAF)* por debajo de 70 asociadas a puntuaciones menores a 70 en el test de inteligencia GAI del WAIS III (26). Hayes (2007) administra la *Escala de Conducta Adaptativa de Vineland (VABS)* junto con el WAIS-III mediante método autoadministrado para diagnosticar presencia de DI (2) y Herrington (2009) sólo diagnostica de DI si presenta puntuaciones < 70 en el VABS2 asociadas a puntuaciones en el test de inteligencia KBIT2 < 70 (11).

Atendiendo únicamente a los resultados de los test de inteligencia, uno de los estudios con las tasas de prevalencia más altas reportadas fue el realizado por Einat (2008). En su estudio, el 69.6% ($n = 62$) de los presos de varias prisiones israelíes obtuvieron una puntuación positiva para DI, siendo la mitad de ellos diagnosticado de DI severa ($n = 31$) (23). Otra de las prevalencias más elevadas es la del estudio de Murphy (2000), en el cuál el 28,8 % ($n = 76$) de los presos presentaba puntuaciones <70 en el KBIT (19). Søndena (2008), Herrington (2009), Días (2013) y Young (2017), encuentran prevalencias de DI similares en sus estudios, siendo éstas alrededor del 10 % (10,8 % ($n = 15$), 10 % ($n = 16$), 9 % ($n = 115$) y 9 % ($n = 35$) respectivamente) (13) (11) (15) (30) (27). Otros estudios como el de Chaplin (2017), Hayes (2007) y Murphy (2017) encuentran tasas de prevalencia de DI algo más bajas, en torno al 7 % (20) (2) (20). En otros estudios como el de Hassiotis (2011) y Tort (2016), la prevalencia se sitúa alrededor del 4 %.

La menores tasas de prevalencia son reportadas en los estudios de Holland (2011) y Billstedt (2017), en el primero la tasa de prevalencia fue del 1,3 % ($n = 102$). Billstedt (2017) sostiene que sólo un 1 % ($n = 3$) de los participantes obtenían puntuaciones por debajo de 70 en ambas escalas GAI y GAF y un 22 % ($n = 55$) presentaba un funcionamiento intelectual límite (26).

Las tasas de prevalencia encontradas en el estudio de Billstedt (2017) (26) y Holland (2011) (24) son las que más se asemejan a los resultados de la revisión sistemática realizada por Fazal (2008), en el que se identifican un total de 10 estudios seleccionados entre Junio 1966 y Junio del 2004, con una prevalencia de DI entre 0,5- 1,5 % en una muestra de casi 12.000 presos (32).

Sin embargo y atendiendo también a la valoración de la conducta adaptativa, Herrington (2009) no detecta ningún preso que pueda ser clasificado con DI en términos estrictos diagnósticos, puesto que ninguno de los participantes de su estudio presentaba una puntuación < 70 en ambos test, tanto en el Test de Inteligencia KBIT2 como en la Escala de Conducta Adaptativa VAPS2 (11). Igualmente Hayes (2007) tiene en cuenta la valoración de la conducta adaptativa, considerando que un 2,9 % ($n = 4$) de la muestra presenta puntuaciones

< 70 tanto en el Test de Inteligencia WAIS - III como en la escala de conducta adaptativa (VAPS) (2).

Es de señalar que en la literatura científica, sólo el estudio de Hayes (2007) se realiza mediante una prueba completa de valoración de inteligencia (WAIS - III) considerando también el funcionamiento adaptativo para la valoración de DI (2).

En cuanto a la clasificación de DI, de todos los estudios mencionados es únicamente Einat (2008) el que describe la gravedad de la DI. En su estudio, la mitad de los presos con DI (69,6 %; $n = 62$) presentan DI severa (50 %; $n = 31$) y casi más de tercio una DI moderada (32,2 %; $n = 20$) (23). En oposición al estudio de Einat, la literatura científica afirma que la prevalencia de casos moderados o severos de DI en las prisiones de países occidentales es muy baja (33) (12) (11). Inicialmente porque los grados más severos de DI son dependientes de soporte y servicios comunitarios y muchos de ellos se encuentran institucionalizados. Además, los estudios muestran que las conductas retadoras u ofensivas que presentan las personas con DI grave o severa son a menudo excusadas por sus cuidadores, incluso cuando pueden constituir actos criminales. Debido a ello, en muy pocos casos resultan en procesos judiciales abiertos (33) (12) (11). En los pocos casos que entran en contacto con el sistema penal son detectados rápidamente, siendo derivados a centros específicos fuera del sistema penitenciario (11).

En relación al concepto de **Inteligencia Límite (IL)** o **DI Límite** hay bastante inconsistencia entre los estudios publicados. Únicamente los estudios de Billstedt (2017), Tort (2016), Herrington (2009), Søndena (2008) y Hayes (2007) dan información sobre prevalencia de DI Límite, pero cada uno utiliza un criterio diagnóstico distinto. Así, Billstedt (2017) y Søndena (2008) consideran la DI Límite mediante puntuaciones entre 71 a 84 y entre 70 a 84 respectivamente en los test de cribado de inteligencia utilizados (26) (13). En el estudio de Billstedt (2017) las cifras de DI Límite son del 22 % ($n = 55$), consideradas como puntuaciones en el test de inteligencia GAI entre 71 y 84 (26). Søndena (2008) encuentra que el 20,1 % ($n = 28$) de su muestra presentan CI Límite, con puntuaciones en WASI entre 70 a 84 (13). En el estudio de Tort (2016), consideran Inteligencia Límite las puntuaciones comprendidas entre 70 a 79 en el

test de inteligencia TONI II, siendo ésta de un 7,54 % ($n = 30$) (25). Si añadimos a esta cifra los presos con una puntuación en TONI II entre 80 a 84 (6,03 %; $n = 24$), la prevalencia de CI Límite en el estudio de Tort 2016 se eleva al 13,57 % ($n = 54$) (25). En el estudio de Herrington 2009, un 23,6 % de los presos presentaban un CI comprendido en valores de entre 70 a 79, pero al asociarlo a los valores por debajo de 70 de la escala de conducta adaptativa, sólo un 11 % ($n = 14$) de los mismos presentaban un funcionamiento límite tanto en inteligencia como en conducta adaptativa (11). Igualmente Hayes (2007) encuentra cifras de 23,6 % ($n = 33$) con puntuaciones de CI límite entre 70 a 79 en el test de inteligencia WAIS- III, pero esta cifra disminuye a 9,4 % ($n = 13$) si tenemos en cuenta puntuaciones asociadas a la escala de conducta adaptativa, considerándose DI Límite cuando existían puntuaciones < 79 tanto en el WAIS- III como en el VABS (2). A pesar de las variaciones en la prevalencia reportadas en los estudios, encontramos que las personas con DI Límite constituirían aproximadamente el 22 % de la población penitenciaria (2) (13) (11) (25) (26).

Estos sujetos con una DI leve o una DI límite presentan síntomas asociados a su deficiencia intelectual tales como gran sugestionabilidad, impulsividad, baja tolerancia a la frustración, agresividad y escaso autocontrol, todos factores facilitadores de conductas delictivas. En las personas con DI grave o profunda, la misma incapacidad psicofísica les privaría de la posibilidad de delinquir.

Por tanto corresponde señalar que las tasas de prevalencia varían significativamente entre los diferentes estudios científicos publicados, haciendo difícil identificar el número de presos con DI y evaluar sus necesidades (4). No es posible hacer una estimación específica ya que las comparaciones entre los datos de prevalencia son complicadas de interpretar. Unas veces las variaciones entre los distintos estudios analizados son debidas a la terminología usada para definir DI y los métodos de aproximación diagnóstica, ya que en muchos de los estudios la DI es diagnosticada únicamente usando pruebas de inteligencia y omitiendo valoración de conducta adaptativa, salvo el de Hayes (2007) y el Herrington (2009), que tienen en cuenta la valoración de la conducta adaptativa mediante escalas autoadministradas (2) (11).

De todos modos, señalar que la conducta adaptativa es extremadamente difícil de evaluar en prisiones mediante las escalas de habilidades adaptativas, ya que el medio penitenciario constituye un ambiente muy restrictivo y no permite la realización de dichas actividades de la vida diaria susceptibles de evaluación (21). Además, estas escalas requieren de un tercero cercano a la persona (familiares, cuidadores) que pueda informar de la conducta del individuo en cuestión (34). Añadir que en ausencia de un informador, sería importante plantear la fiabilidad de las escalas de conducta adaptativa en el medio penitenciario mediante cuestionarios autoadministrados, donde puede darse la ocultación o no reconocimiento de limitaciones por miedo a la estigmatización en la información aportada por el interno. Otras veces las inconsistencias son metodológicas, debidas al uso de distintas herramientas de cribado o instrumentos psicométricos empleados en la detención de DI, o bien debido a la diversidad en sus puntos de corte para su diagnóstico. Es probable la sobreestimación en los métodos de cribado de pruebas de inteligencia por el uso del HASI (Hayes, 2000) y del LSDQ en algunos de los estudios revisados, en comparación con otros métodos de cribado (20) (21) (15) (13). También las cifras de prevalencia varían en función de los distintos métodos, diseños y procedimientos de investigación aplicados o del nivel de entrenamiento de las personas que realizan las valoraciones (11) (33) (34) (32) (22) (29) (4) (21).

Por último, la variabilidad puede también depender de las etapas del proceso penal en las que se encuentre la persona con DI. Es decir, si se trata de presos preventivos o penados tras sentencia firme. A esto se añade las dificultades de comparación de la prevalencia de DI entre jurisdicciones de distintos países (24).

Por tanto, según estudios internacionales, la prevalencia de personas con DI en prisiones varía de 2 - 40 %, dependiendo de la aproximación metodológica y diagnóstica (33) (2) (12). Pese a la variabilidad entre estudios y las consiguientes dificultades en la comparación de los resultados, existen hallazgos consistentes que nos permiten afirmar que la prevalencia de personas con DI en medio penitenciario es elevada y mucho mayor que en la población general. Estos hallazgos evidencian un fracaso en identificar a personas con DI en el sistema penal (20).

Tabla 1. Estudios sobre tasas de DI en prisión

ESTUDIO	OBJETIVOS DEL ESTUDIO	LOCALIZACIÓN	PERIODO DE ESTUDIO	MUESTRA DE ORIGEN / MUESTRA FINAL / CARACTERÍSTICAS MUESTRALES	INSTRUMENTO PSICOMÉTRICO PARA DETERMINACIÓN DEL CI	Criterio diagnóstico de DI / DIL	Núm. de personas con de DI	Núm. de personas con DI LÍMITE	ESTATUS	LIMITACIONES
Young (2018) (27)	Proporción de casos con de Trastornos del Neurodesarrollo (ND) (Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), Trastorno del Espectro Autista (TEA), Discapacidad intelectual (DI))	Prisión escocesa (Escocia)	18 meses entre 2011 y 2013	n = 392, sin aleatorizar / 390 / VARONES de edades entre 18 a 50 años;	LDSQ (Learning Disability Screening Questionnaire)	< 46 %	9% (n = 35)	No valorada	PREVENTIVOS Y PENADOS	Riesgo de falsos positivos por uso de LDSQ. Exclusión de niveles severos de dificultades de aprendizaje. Test de inteligencia de cribado. No valoración de conducta adaptativa.
Billstedt (2017) (26)	Prevalencia de Trastornos del ND (TDAH, TEA, Trastorno por tics, DI)	Prisión sueca (Suecia)	Marzo 2010 a Julio 2012	n = 421, estudio de cohorte / 265 / VARONES de edades entre 18-25 años.	GAI (General Ability Index) del WAIS- III y GAF (Escala de Funcionamiento Global)	GAI ≤ 70 y GAF < 70	1% (n = 3)	22% (n = 55) con puntuaciones en GAI entre 71 y 84	PENADOS	No generalizable a todos los presos (muestra seleccionada incluyendo sólo a presos jóvenes con delitos violentos) Exclusión de presos incapaces de comunicarse en sueco

<p>Chaplin (2017) McCarthy (2016) (20)(35)</p>	<p>Identificación de presos con DI. Comparar las características de los presos con DI con presos sin DI, teniendo en cuenta su perfil demográfico, salud mental, riesgo de suicidio y delitos.</p>	<p>Prisión categoría C en Londres (UK)</p>	<p>Mayo 2012 - Junio 2013</p>	<p><i>n</i> = 378, sin aleatorizar / 240 (211 penados y 29 preventivos) / VARONES mayores de 18 años</p>	<p>LDSQ (Learning Disability Screening Questionnaire)</p>	<p>< 46 %</p>	<p>7,5%(<i>n</i> = 18)</p>	<p>No valorado</p>	<p>89% (16) PENADOS y 11% (2) PREVENTIVOS</p>	<p>Muestra seleccionada, no aleatorizada. Sobreestimación de DI por uso de LDSQ No medición de conducta adaptativa.</p>
<p>Murphy 2017 (21)</p>	<p>Cribado de DI</p>	<p>3 prisiones de UK categoría B (UK)</p>	<p>Cribado realizado entre el 1-7 día de la entrada en prisión. Periodo de 3 meses sin precisar fecha de inicio con un N= 3778 de presos</p>	<p><i>n</i> = 2825 / 2429 / VARONES adultos</p>	<p>LDSQ (Learning Disability Screening Questionnaire)</p>	<p>< 46%</p>	<p>7% (<i>n</i> = 169)</p>	<p>No valorado</p>	<p>No precisado</p>	<p>Exclusión presos de habla no inglesa. Sobreestimación de DI por uso de la LDSQ, que no mide facultades cognitivas como un test completo de CI. No medición de conducta adaptativa.</p>
<p>Tort (2016) (25)</p>	<p>Prevalencia de DI entre los presos españoles</p>	<p>Prisiones de Madrid, Aragón y Cataluña (España)</p>	<p>Estudio PRECA 2007 realizado de octubre 2006 a octubre del 2007</p>	<p><i>n</i> = 708 (235 en Madrid, 222 en Cataluña y 250 en Aragón) / 398 / VARONES adultos</p>	<p>TONI II (Test de inteligencia no verbal)</p>	<p>DI: < 70 DI límite: entre 70 y 84</p>	<p>3,77% (<i>n</i> =15)</p>	<p>13, 57% (<i>n</i> = 54): 7,54 % (<i>n</i> = 30) entre 70-79 y 6,03 % (<i>n</i>= 24) entre 80- 84.</p>	<p>PENADOS</p>	<p>Exclusión de población femenina, menores y preventivos. Test de inteligencia de cribado. No medición de conducta</p>

										adaptativa.
Días (2013) Bhandari (2015) Young (2017) (30)(15) (36)(31)	Cribado de DI. Características de salud física asociadas a personas con DI en prisión. Prevalencia de trastorno mental comórbido.	7 prisiones de Queensland con una N = 10788 (Australia)	Presos liberados a las 6 semanas posteriores al cribado durante agosto 2008 a julio 2010	n = 1325 / 1279 / 1005 varones (79%) y 274 mujeres (21%)	HASI (Hayes Ability Screening Index) y anamnesis	HASI < 85 COMBINAD A con referir haber asistido a un colegio especial o tener antecedentes de diagnóstico de DI dado por un profesional de la salud o un médico	9%(n= 115), de los cuales 96,8 % (n= 108) eran varones	No valorado	PENADOS en prisión o libertad condicional a 6 semanas de la libertad definitiva	Test de inteligencia de cribado. Sobrerrepresentación de personas con DI por uso de HASI (pudiendo identificar presos con otros tipos de deterioro cognitivo o enfermedades mentales o con pobre dominio de la lengua inglesa).

<p>Hassiotis (2011) Ali (2016) (Vinkers (2011) (22)(37) (38)</p>	<p>Estimación de la tasa de DI entre prisioneros de UK (Inglaterra y País de Gales) y comorbilidades psiquiátricas</p>	<p>Todas las prisiones de Inglaterra y Gales. 131 prisiones con un total de 61944 presos. 42.872 presos varones penados, 12.302 presos varones preventivos y 2.770 presos mujeres (UK)</p>	<p>Prison survey 1997</p>	<p>n = 3563 aleatorizada (se aleatorizó 1 de 8 prisiones de presos preventivos varones, 1 de 34 prisiones de presos penados varones y 1 de 3 prisiones de todas las presas femeninas) / 2800 / 2146 VARONES (76,6%) y 654 MUJERES (23,4%)</p>	<p>Quick Test (válido para participantes de habla inglesa)</p>	<p>Quick Test ≤ 25 (equivalente a IQ ≤ 65) COMBINAD A con logros educativos no superiores a GCSE o nivel de cualificación "O"</p>	<p>4, 7% (n= 170), de los cuales 74% (n = 125) varones y 26% (n= 45) mujeres</p>	<p>No valorado</p>	<p>98 (57%) PREVENTIVOS y 72 (42 %) PENADOS</p>	<p>Sobreestimación de DI en la población penitenciaria, aunque la infraestimación también es posible. Exclusión de personas no nacidas en UK, para evitar problemas con el lenguaje.</p>
<p>Holland (2011) (24) (39)</p>	<p>Prevalencia de DI y cómo los presos con DI se diferencian de los presos sin DI en factores relevantes para su manejo y rehabilitación en prisión</p>	<p>Población presa del Estado de Victoria (Australia)</p>	<p>Presos liberados entre el 1 de Julio del 2003 y el 30 de Junio del 2006</p>	<p>n = 7805, estudio de cohorte / 7805 / VARONES</p>	<p>WAIS- III (Escala de Inteligencia de adultos Weschsler)</p>	<p><70</p>	<p>1,3% (n = 102)</p>	<p>No valorada</p>	<p>PENADOS</p>	<p>Valoración de test de inteligencia realizado por organismo externo, diagnóstico previo a entrada en centro penitenciario.</p>

<p>Herrington (2009) (11)</p>	<p>Prevalencia de DI</p>	<p>Prisión de jóvenes de Londres (YOI- Young Offender Institution) con una N= 769 (UK)</p>	<p>Diciembre 2005 y Junio 2006</p>	<p>n = 185, aleatorizada estratificada / 154 / VARONES de 18 a 21 años.</p>	<p>KBIT2 (Test de inteligencia breve de Kaufman 2004) y VABS2 (Escala de conducta adaptativa Vineland)</p>	<p>DI: KBIT2 <70 y VABS2 <70 DIL: CI entre 70 y 79 en KBIT2</p>	<p>10,4% (n =16) con CI < 70 en KBIT2. Ningún sujeto obtuvo puntuación <70 en ambas medidas.</p>	<p>23,4% (n = 36); 9,8 % (n =15) con CI entre 70-74 y 13,6 % (n =21) con CI entre 75- 79 en KBIT2. 11% (n =14) CI en KBIT2 y en VABS.</p>	<p>PREVENTIVOS Y PENADOS</p>	<p>Infraestimación de presos con DI por dificultades en la veracidad de las conductas autorreportadas en el VABS y el hecho que muchas de las conductas de vida independiente no pueden ser demostradas en un ambiente penitenciario. Muestra de presos jóvenes.</p>
<p>Einat & Einat (2008) (23)</p>	<p>Frecuencia de DI y TDAH en presos israelíes. Investigar la relación entre DI y TDAH, edad de abandono escolar y conducta criminal</p>	<p>21 prisiones de Israel: selección aleatoria de 7 de ellas (4 máxima, 2 media y 1 de baja seguridad) con una N= 3141 de presos de habla nativa hebrea (Israel)</p>	<p>-</p>	<p>n = 89 (2,83% de la N), aleatorizada / 89 / 78 VARONES (87,6%) Y 11 MUJERES (12,35%) de 21 a 71 años; 48 de 4 máx. seguridad, 30 de 2 med. seguridad, 11 de 1 baja seguridad</p>	<p>Batería Diagnóstica (Shalem & Lachman 1998)</p>	<p>DI leve: 35%- 65 % DI moderada: 16%- 35 % DI severa:7%- 16 %</p>	<p>69,6% (n = 62): 17,7 % (n= 11) DI leve, 32,2 % (n = 20) DI moderada y 50 % (n =31) DI severa</p>	<p>No valorada</p>	<p>PENADOS</p>	<p>Pequeño tamaño muestral.</p>

<p>Søndena (2008) (13)</p>	<p>Prevalencia de DI entre los presos noruegos. Determinar las características históricas, médicas y criminológicas de los presos con DI. Validación del HASI como herramienta de screening con el WASI</p>	<p>Prisión Noruega (Noruega)</p>	<p>-</p>	<p><i>n</i> = 186 (50% de la N) aleatorizada / 143 / 136 VARONES (95,1%) y 7 MUJERES (4,9%)</p>	<p>WASI (Escala abreviada de inteligencia (Wechsler 1999) y HASI (Hayes Ability Screening Index) (Hayes 2000)</p>	<p>< 70</p>	<p>10, 8% (<i>n</i> = 15) con CI < 70 en WASI : 14 varones y 1 mujer</p>	<p>20,1 % (<i>n</i> = 28) con CI límite (70-84) en WASI</p>	<p>PENADOS</p>	<p>La mayoría información autorreportada. No medición de conductas adaptativas, confirmando que los problemas intelectivos están presentes desde la infancia.</p>
<p>Hayes (2007) (2)</p>	<p>Prevalencia de DI</p>	<p>Prisión UK (UK)</p>	<p>-</p>	<p><i>n</i> = 140 (10% de la N) , aleatorizada / 140 / VARONES</p>	<p>WAIS- III (UK) (Escala Wechsler de inteligencia de adultos) Y VABS (Escala de conducta adaptativa Vineland) con cuestionario autoadministrado</p>	<p>WAIS- III < 70 y VABS < 70</p>	<p>7,1% (<i>n</i> =10) con CI < 70 en WAIS- III y 2,9 % (<i>n</i> =4) con SS < 70 en ambas pruebas (WAIS- III y VABS)</p>	<p>23,6 % (<i>n</i> = 33) con CI límite (70-79) en WAIS- III 18,8% (26) con SS entre 70 y 79 en ambas pruebas (WAIS- III y VABS)</p>	<p>PREVENTIVOS Y PENADOS</p>	<p>Infraestimación de presos con DI por dificultades en la veracidad de las conductas autorreportadas en el VABS y el hecho que muchas de las conductas de vida independiente no pueden ser demostradas en un ambiente penitenciario.</p>

<p>Murphy (2000) (19)</p>	<p>Incidencia de DI</p>	<p>14 prisiones de Irlanda (Irlanda)</p>	<p>Febrero a Mayo del 1999</p>	<p><i>n</i> = 264 (10% de la <i>N</i>) , aleatorizada en cada prisión, / 264 / 255 varones (96,6%) y 9 mujeres (3,4%) de entre 16 y 64 años</p>	<p>KBIT (Test de inteligencia breve de Kaufman), WRAT3 (Test de logros) y Subtest de Vocabulario del WAIS- III</p>	<p>Puntuaciones en KBIT <70</p>	<p>CI <70 en el KBIT: 28,8 % (<i>n</i> = 76). CI <70 en WRAT3: 18,3 % en el subtest de lectura, 37,6% en el subtest de ortografía y 44,5 % en el subtest de aritmética</p>	<p>No valorada</p>	<p>PREVENTIVOS Y PENADOS, no precisada</p>	<p>Test breve de inteligencia. Falta de medida del funcionamiento adaptativo.</p>
-------------------------------	-------------------------	--	--------------------------------	---	--	------------------------------------	---	--------------------	--	--

Características y necesidades específicas de los presos con DI

Se ha evidenciado escasa literatura científica publicada enfocada a analizar las características y necesidades específicas de los presos con DI con el fin de aumentar la comprensión de las particularidades que incrementan su vulnerabilidad, comparándolas con los presos sin DI (20). A continuación se describen los datos obtenidos de los diferentes estudios científicos analizados.

En relación a las ***características ambientales, sociales y demográficas***, la literatura científica afirma que las características socio - demográficas de los delincuentes con DI parecen ser mucho más similares a los delincuentes en general que a aquellas personas con DI que no han cometido delitos (11). Es decir, son jóvenes (por debajo de 35 años de edad), de sexo masculino, solteros, con alta prevalencia de marginalidad psicosocial, con pobre nivel educativo (menos de 10 años de educación reglada), abandono escolar a edad temprana (antes de los 16 años), sin cualificación profesional y con alta prevalencia de desempleo y falta de vivienda (15) (37) (20). Igualmente presentan antecedentes familiares delictivos, historia de problemas de conducta, historial de ingreso en Centros de Menores y problemas de salud físicos y mentales comórbidos (40) (33) (12) (23) (15) (20).

Acorde a estos datos, Hassiotis et al. (2011) describieron en su estudio que los presos con DI tenían mayor probabilidad de ser jóvenes y procedentes de grupos minoritarios en comparación con presos sin DI (22). Otros estudios también evidenciaron que las personas con DI que terminan teniendo contacto con el sistema judicial procedían de grupos étnicos minoritarios (24), eran más jóvenes que aquellos sin DI (24) y tendían a ser varones (41) (42). En el estudio de Ali et al. (2016) y Hassiotis et al. (2011), los presos con DI ($n = 170$) en comparación con los presos sin DI presentaban más probabilidades de haber sido cuidados de niños en instituciones ($p = 0.006$) o por autoridades locales ($p < 0.001$), haber abandonado el colegio antes de los 13 años de edad ($p = 0.004$), haber asistido a colegios especiales ($p = 0.004$), haber sido expulsados de la escuela ($p = 0.003$) y tener menos probabilidades de tener algún tipo cualificación educacional ($p < 0.001$) (37). Ali et al. (2016) no evidenciaron

diferencias entre presos con o sin DI en el reporte de abusos físicos o sexuales, experiencias de falta de vivienda, duelos o problemas económicos (37).

En relación a la actividad profesional, tanto Ali et al. (2016) como Hassiotis et al. (2011) hallaron que los presos con DI tenían menos probabilidad de ser despedidos del trabajo en comparación con el grupo de presos sin DI (37). Explican este dato por el hecho de que probablemente los presos con DI tenían menos probabilidad de haber tenido un trabajo remunerado antes de su entrada a prisión ($p < 0.001$) (37). Ali et al. (2016) evidenciaron igualmente menores probabilidades de separaciones conyugales o divorcios en presos con DI debido a dificultades maritales ($p < 0.001$) (37) en comparación con aquellos sin DI. Los presos con DI también eran más propensos a tener un alojamiento temporal/ inestable previo a la entrada en prisión e informaban de una mayor percepción de falta de soporte social antes de la privación de libertad ($p = 0.002$) (37).

Asimismo, Herrington et al. (2009) encontraron pocas diferencias entre presos con DI y presos sin DI, estando ambos caracterizados por un alto nivel de desempleo, haber asistido a colegios especiales o de conducta y contacto previo con el sistema judicial. Únicamente evidenciaron diferencias significativas en que un alto porcentaje de presos con DI límite habían tenido viviendas temporales inmediatamente antes de la entrada a prisión y que habían recibido ayuda en lectura y escritura en el colegio. Estos hallazgos coinciden con literatura previa en este campo (11).

Referente a las **características criminológicas** de los presos con DI, Hodgins (1992) afirmaba que la DI incrementaba el riesgo de conducta antisocial y criminal independientemente de la clase socioeconómica (40). Según su estudio, los varones con DI tenían tres veces más probabilidades de cometer un delito que varones sin DI, y presentaban hasta cinco veces más riesgo de cometer un delito violento (40). Por tanto, no es sorprendente que numerosos estudios hayan informado de una notable sobrerrepresentación de personas con dificultades en lectura y escritura entre la población delincuente (23) (11). Sin embargo, la relación causal entre DI y la conducta criminal es controvertida, ya que los factores principales de riesgo para

la delincuencia como la pobreza, la deprivación social y la falta de recursos para integrarse en la sociedad constituyen también factores de riesgo para la población sin DI (43).

Por tanto, es probable la influencia de otros factores relacionados con la DI como los pobres logros escolares, el desempleo, el absentismo escolar, el inadecuado soporte en edades tempranas, la baja autoestima, el acoso escolar y la falta reconocimiento por resto de iguales (23). Estos factores podrían también estar relacionados con patrones desviados de conducta en este colectivo que podrían llevarles finalmente a prisión (23). Según el estudio de Einat, los presos con DI presentaban una edad temprana de comienzo de carrera criminal, que se correlacionaba con un nivel educativo bajo (23). Esto sugiere que tener DI podría tener un efecto independiente sobre la criminalidad temprana (37).

Aunque la literatura recoge que hasta un cuarto de personas con DI conocidas por los servicios comunitarios de DI habían participado en actividades ilegales, sólo un tercio de éstas terminaron teniendo contacto con el sistema judicial (37).

Referente al **proceso penal**, los presos con DI han demostrado presentar una elevada vulnerabilidad, puesto que son más susceptibles a la conformidad y la sugestionabilidad, pueden no ser conscientes de sus derechos (incluyendo su derecho a solicitar fianza) y pueden tener dificultades en comprender la información procesal penal, lo que les puede llevar a afirmaciones incorrectas o engañosas durante los interrogatorios, a presentar mayor dificultad para enfrentar preguntas complicadas y a la toma de decisiones equivocadas durante su proceso de detención (44) (12) (37) (25). Muchas personas con DI también encontraron marcadas dificultades para seguir la dinámica de los procedimientos judiciales y así poder participar en su proceso legal (45).

Según los estudios realizados, se concluye que la mayoría de los presos con DI no han sido diagnosticados de DI previamente a su entrada en prisión ni han tenido contacto previo con servicios especializados en DI (33) (46) (2) (13). Sin embargo, de los 18 presos con cribado

positivo del estudio de Chaplin et al. (2017), 16 autorreportaron un diagnóstico previo de DI (20).

Relativo a la **reincidencia delictiva y las estancias previas en prisión**, se debe aclarar que las tasas de reincidencia delictiva de los distintos estudios previos varían en función de la definición y medida de reincidencia utilizada, bien por reincidencia de arresto policial, nuevas entradas en prisión por comisión de nuevos delitos o bien regresiones de grado (17). Cokram (2005) encontró una tasa más alta de rearrestos policiales de forma significativa entre delincuentes con DI en un periodo de seguimiento de 10 años (73 % comparado con 52 % de delincuentes sin DI) (41). Otros estudios también evidenciaron mayores tasas de reincidencia con un mayor número de entradas en prisión en presos con DI (40) (47) (41) (13) (20). Asimismo, Bhandari et al. demostraron que los presos con DI también presentaban mayores tasas de antecedentes de detención en etapa juvenil (35,5 %) y en etapa adulta (72,7 %) (36).

Durante su estancia en prisión, los presos con DI también tienen un mayor riesgo de aislamiento social, con una mayor falta de comprensión sobre sus circunstancias penales, lo que les puede conducir a un riesgo de institucionalización y a estar atrapados en “la puerta giratoria de prisión” a través de la continua reincidencia delictiva (24). Por otro lado, los delincuentes con DI tienden a cometer delitos menos graves con menor duración de las condenas, por lo que esto podría tener efectos sobre el aparente incremento de la tasa de reincidencia (2). Hassiotis et al. (2011) evidenciaron un mayor porcentaje de presos con DI en cumplimiento de sentencias cortas de prisión de hasta 12 meses en comparación con los presos sin DI (83.9 % vs 66.7 %, $p = 0.004$).

En cuanto al **tipo de delito asociado a personas con DI**, durante muchos años la investigación ha sostenido que los tipos de delito más prevalentes en personas con DI eran los delitos de tipo sexual, los de piromanía y los crímenes violentos (40) (48) (13). El delito de allanamiento de morada parecía ser más prevalente entre personas con CI límite que en la población general, aunque no el de robo (48). Delitos graves como el asesinato o robo a mano armada parecían ser menos prevalentes en personas con DI (48). Investigaciones más recientes contradicen estos datos, que procedían de muestras sesgadas por tratarse de estudios sobre

delitos graves, y cada vez hay más evidencia que la comisión de delitos por personas con DI son similares a los delitos cometidos con otros presos, incluidos los delitos relacionados con drogas, daños a la propiedad, amenazas y delitos de tráfico; con la posible excepción de delitos de guante blanco tales como fraudes (33) (13) (49) (21) (20) (4).

En el estudio de Chaplin et al. (2017) existieron pocas diferencias significativas respecto a las características delictivas de prisioneros con cribado positivo para DI en comparación con aquellos con cribado negativo para DI (20). La única diferencia encontrada entre delitos cometidos con personas con DI respecto al resto de los presos sin DI fue para el delito de robo (18% vs al 3%, $p = 0.009$) (20).

En el estudio de presos en prisión preventiva de Murphy et al. (2017), 9,5% de los 21 presos con DI fueron acusados de delito de robo vs el 4,8% de los 21 presos sin DI que formaban el grupo control (50). Igualmente el estudio de Hodgins et al. (1992) reportó que un tercio de los presos con DI fueron acusados de robo (40). Aclarar que en un análisis posterior, Lindsay et al. plantó la posibilidad de que las muestras del estudio de Hodgins (1992) no fueran representativas y por lo tanto que esto afectara a la validez del estudio (51). Según Tort (2016) y en base a los datos obtenidos del Ministerio del Interior de España, el delito más prevalente entre personas con DI fue el de robo (53,20 %) (25).

En referencia a la comisión de delitos sexuales por parte de personas con DI, parece que la falta de inmadurez y la falta de experiencia constituyen los principales factores determinantes, siendo la mayoría de ellos tipificados como delitos leves (25). Estas personas tienen igualmente antecedentes de privación social o psicológica, trastornos de conducta en la escuela, pobre control de impulsos, baja autoestima y una incapacidad para establecer relaciones personales o sexuales normalizadas (25).

Respecto al delito de piromanía en personas con DI, Tort (2016) apuntó un ligero aumento de este tipo de delitos en personas con DI, pero sin ser éste estadísticamente significativo (25). En general, comienzan un fuego como expresión de angustia, rabia o venganza (25).

En relación a las **características clínicas** de los presos con DI, existe una alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en presos con DI (37,2 %), siendo los trastornos más comunes los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos y el trastorno dependencia de sustancias (45) (15). Dias et al. (2013) evidenció que más de la mitad de los presos con DI de su estudio tenían un trastorno mental a lo largo de su trayectoria vital (52,5 %) (15).

Igualmente otros estudios también han demostrado que los presos con DI, en comparación con el resto de la población encarcelada, presentan tasas más elevadas de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), trastornos de conducta, trastornos psicóticos, depresión y otro tipo de enfermedades mentales comunes, abuso de cannabis y un aumento de la tasa de suicidios y autoagresiones (32), (52) (53) (15) (4) (22).

De igual modo, existe evidencia científica que ha hallado una mayor prevalencia de trastornos de personalidad como el antisocial y de trastornos del desarrollo como en TDAH y el autismo en presos con DI (4). En cuanto al diagnóstico de otros tipos de trastornos de personalidad diferentes al antisocial, no se ha evidenciado una mayor prevalencia en presos con DI en comparación con presos sin DI (29). Chaplin et al. (2017) también encontró que los problemas de salud mental en presos con DI son significativamente mayores con respecto al grupo control en ansiedad, psicosis y trastorno de personalidad antisocial (75 % [$n = 12$] frente a 43,5 % [$n = 30$], $p = 0.023$) (20).

Estos resultados coinciden con hallazgos de investigaciones anteriores realizadas por Søndena et al. (2010) , quienes informaron de una correlación positiva y estadísticamente significativa entre DI y trastornos mentales (13). Aun sin ser estadísticamente significativo, estos autores también informaron de una alta prevalencia de TDAH, epilepsia y traumatismos craneales entre los internos con DI (13).

En referencia a los **trastornos psicóticos** o la **esquizofrenia**, se ha descrito que estos son más prevalentes en población reclusa con DI (4). Hassiotis et al. (2011) demostraron que los presos con DI tenían tasas más altas de morbilidad psiquiátrica que otros presos sin DI y que estas

tasas no eran sólo más prevalentes con trastornos mentales comunes, sino también que los presos con DI tienen dos veces más probabilidades de haber presentado psicosis (22). Los trastornos psicóticos pueden haber existido previo al ingreso en prisión pero también haber aparecido durante la encarcelación debido al impacto del ambiente estresante y complejo de prisión (22). Estas cifras fueron cuestionadas por Vinkers et al. (2011), quienes afirmaban que el estudio de Hassiotis et al. (2011) podría haber sobreestimado la prevalencia de DI por la herramienta de cribado utilizada, siendo necesarios más estudios sobre la asociación entre psicosis y presos con DI (38).

En cuanto a los ingresos en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciarias españolas, el estudio de Tort et al. (2016) apuntaban que estos ingresos hospitalarios estaban más relacionados con alteraciones conductuales que con otros síntomas psiquiátricos asociados (25).

Por otro lado, Dias et al. (2013) también evidenciaron un alto *estrés psicológico* entre los presos con DI, medido con el cuestionario de malestar psicológico de Kessler - 10 (K- 10) (15). Asimismo los presos con DI también presentaron de forma significativa un mayor uso de medicación antipsicótica en comparación con los presos sin DI (15).

En relación a los **trastornos del neurodesarrollo**, Young et al. (2018) encontraron que hasta el 40 % de los presos con DI también cumplía criterios para TDAH (27). Estos hallazgos coincidían con estudios anteriores como el de Chaplin et al. (2017), en que los presos con DI alcanzaban también tasas de comorbilidad con TDAH de forma significativa en comparación con el grupo de presos sin DI (67 % vs 24 %, $p > 0.001$) (20). El grupo con DI presentó problemas significativos en inatención, hiperactividad, impulsividad o comunicación social pobre, además de sus limitaciones cognitivas asociadas a su DI (20). De igual modo Einat & Einat (2008) también detectaron una correlación positiva estadísticamente significativa entre la presencia de un diagnóstico de DI y el TDAH. Estos últimos autores destacaron que la frecuencia de un diagnóstico dual de TDAH y DI crece a medida que aumenta la gravedad de la DI (23).

Matizar que pese a los datos expuestos anteriormente, hay autores que advierten que las características sobre la salud mental de las personas privadas de libertad con DI en medio penitenciario es aún limitada (20).

Respecto al **riesgo de suicidio y autolesiones** en presos con DI, Hassiotis et al. (2011) reportaron un aumento del doble en número de intentos de suicidio en presos con DI en comparación con aquellos sin DI (13.5 % vs 6.5 %, $p = 0.02$) y tasas relativamente más altas de historia de autolesiones (22). Chaplin afirmó que los presos con DI son más propensos a tener un moderado a alto nivel de suicidalidad (37,5 % [$n = 6$] vs 7 % [$n = 5$], $p = 0.001$). El 25 % había presentado pensamientos de suicidio en el último mes y hasta el 63% había realizado intentos de suicidio en el pasado (20). Además casi un 38 % había pensado en autolesionarse en el último mes y un 19 % se había realizado autoagresiones de forma intencionada (20). Igualmente los presos con DI puntuaciones positivas para DI fueron más propensos a ser catalogados en los informes de los profesionales de la prisión como en alto riesgo de dañarse así mismos o a ser agredidos por otros frente a aquellos con cribado negativo a DI (56 % [$n = 10$] vs 28 % [$n = 43$], $p = 0.017$) (20).

Por lo que concierne al **abuso de sustancias**, Chapin et al. (2017) reveló que más de un 37,5 % de los presos con DI presentaron problemas de abuso de sustancias o alcohol (20). Sin embargo, en los resultados de Hassiotis et al. (2011) el consumo de drogas y la dependencia alcohólica fueron similares en presos con o sin DI, aunque existía un mayor número de presos con DI con consumo habitual de cannabis o dependencia a esta sustancia durante su estancia en prisión, siendo el consumo en su trayectoria vital similar entre ambos grupos (22) (38). Hassioitis et al. (2011) afirmaron que los pacientes con DI son frecuentemente consumidores de cannabis, recalando que sería importante considerar el papel que media la dependencia del cannabis en la fuerte asociación entre psicosis y DI (22) (25). Bhandari et al. (2015) también describió una prevalencia de abuso de drogas del 28 % en presos con DI, aunque sin evidenciar diferencias significativas con respecto a presos sin DI, salvo en el consumo de tabaco durante la estancia en prisión (36). En relación al tratamiento de las drogodependencias dentro de la prisión, un menor número de presos con DI recibieron tratamiento y psicoeducación en el consumo de drogas por parte de los profesionales de la prisión en comparación con el grupo de presos sin DI (11,5 % vs 22,1 %, $p = 0,01$) (22).

Además del funcionamiento cognitivo limitado, las personas con DI pueden presentar una variedad de **problemas de salud** coexistentes, que puede tener un impacto significativo en su capacidad para sobrellevar el régimen penitenciario, haciendo que su cuidado en salud exija mayor cantidad de recursos (4). Se ha demostrado que las personas con DI en la comunidad a menudo tienen múltiples necesidades de salud física coexistentes, como enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares, condiciones neurológicas, problemas de peso, diabetes, trastorno de espectro alcohólico fetal y déficits sensoriales, auditivos y del lenguaje (2) (4).

En el estudio realizado por Hassiotis et al. (2011), el doble de presos con DI valoró su estado de salud general como “muy malo” en comparación con presos sin DI (12,6 % vs 6,3 %, $p < 0.001$) (22). Dias et al. (2013) demostraron que las personas con DI presentaron mayores problemas de salud física, incluyendo enfermedades del corazón, obesidad, diabetes y problemas de audición (30) (4). En su estudio encontraron que los presos con cribado positivo en DI tenían 2,1 veces más probabilidades de ser diagnosticados con enfermedad cardíaca y más del doble de probabilidades de sufrir problemas de audición en comparación con los presos sin DI (15). Además, los autores declararon una relación positiva aunque no estadísticamente significativa entre la detección de DI y el diagnóstico de una variedad de afecciones médicas, como asma, problemas de espalda, hipertensión, colesterol alto, diabetes, problemas de visión, caries, epilepsia y lesión cerebral (15).

En cuanto a **conductas de riesgo relacionadas con la salud**, Bhandari et al. (2015) reportaron que, de los 316 presos con DI de su estudio, un 24,2 % se habían inyectado drogas en prisión, 22,4 % informaron haber tenido una sobredosis alguna vez en su vida, el 26 % reportaron haber compartido agujas alguna vez y un 15,3 % informaron haber compartido agujas en prisión (36). Más de la mitad de los participantes con DI (51,0 %) se habían realizado un tatuaje de riesgo, un 91,0 % habían mantenido conductas sexuales de riesgo y un 76,8 % informaron no haber usado nunca métodos de protección sexual. Un 34,8 % de los presos con DI reportaron tener VHC. No obstante, no existieron diferencias significativas entre presos con DI o sin DI en ninguno de los resultados de estas variables (36).

Respecto a las **características penitenciarias**, las personas con DI que habían cometido un delito tenían más probabilidades de ser condenadas a una orden de prisión que aquellos delincuentes sin DI (34 % vs 13 %) (42). De igual modo, los presos con DI presentaron más probabilidades de cumplimiento de prisión preventiva que aquellos sin DI (5 % vs 2 %) (42). Otros estudios como el de Hassiotis et al. también ratificaron estos datos, encontrando que los presos con DI presentaban una mayor probabilidad de encontrarse en situación de prisión en comparación con aquellos sin DI, que se encontraban con mayor probabilidad en situación de penados (33 % vs 19,4 %, $p < 0.001$) (22).

En relación a estas cifras, estudios previos han sugerido que las personas sin techo o la falta de vivienda estable constituye un factor de riesgo para encontrarse en situación de prisión preventiva o para recibir una sentencia de internamiento en un centro en lugar de una orden judicial de seguimiento en comunidad (11) (48). Por otro lado, la falta de conocimiento de la policía y de los profesionales del sistema penal sobre los circuitos específicos en personas con DI puede también ser una razón por la que la prevalencia de DI en presos preventivos sea mayor que en presos penados (37). Además, a esto se suman las dificultades que las personas con DI pueden tener durante el proceso penal señaladas anteriormente.

Relativo a las **características adaptativas** en centro penitenciario, los presos con DI presentan grandes dificultades a la hora de afrontar su período en prisión y tienen mayores probabilidades de victimización (45). La escasa literatura sobre reclusos con DI sugiere que los internos a menudo encuentran dificultades para hacer frente al régimen penitenciario debido a su reducida adaptabilidad social, resultado de sus problemas de comunicación y comportamentales (2) (45) (54) . A menudo son incapaces de acceder y comprender la información relativa a la prisión (9). Hayes et al. ha remarcado las grandes dificultades que los presos con DI presentaron en habilidades de comunicación (45,3 % con puntuaciones por debajo de 70 en la escala VABS) (2). Estos déficit de habilidades comunicativas pueden dificultar a la persona con DI el entender ciertos aspectos del sistema penal y también la comprensión del ambiente de prisión, su funcionamiento y dinámicas (2). Aunque parecen tener igual número de visitas de familiares y amigos, los internos tienen mayores probabilidades de reportar sentimientos moderados o severos de falta de soporte social (22). Su exclusión en los programas específicos de tratamiento delictivo en las prisiones disminuye

las probabilidades de reinserción en relación a su conducta delictiva, lo que aumenta las posibilidades de regresar a prisión (9). A esto se añade que los presos con DI tienen más posibilidades de ser ubicados dentro de las prisiones en módulos especiales, tales como módulos hospitalarios o módulos de presos vulnerables (22) (20).

El problema de no identificar a una persona con DI en medio penitenciario puede afectar a todos los aspectos de su vida en prisión, incluso para algunos significa que las oportunidades de libertad definitiva o condicional son menores, ya que no tienen la habilidad cognitiva necesaria para finalizar de forma satisfactoria los programas en prisión para poder retornar a la comunidad (20). Por otro lado, la falta de vivienda que presentan los presos con DI antes de su entrada en el centro penitenciario puede también reducir las probabilidades de obtener la libertad condicional y puede retrasar la salida de prisión (55) (24). A esto se añade que los presos con DI tienen menos probabilidades de disfrutar del periodo de libertad condicional mínimo establecido en relación con presos sin DI (42).

En cuanto a las **necesidades específicas** de los presos con DI, estas vienen derivadas de la elevada vulnerabilidad que las personas con DI presentan en todo su proceso penal, tanto desde el momento de su arresto policial, durante el proceso judicial, durante el tiempo de condena en prisión y tras el periodo posterior de riesgo de reincidencia delictiva (13).

Durante el proceso penal, presentan menor capacidad para entender sus derechos en la detención policial y a menudo no entienden el lenguaje legal ni el proceso judicial al que se enfrentan (45). Muchos no han sido diagnosticados previamente ni lo son durante su proceso judicial, cumpliendo sentencia judicial en prisión sin haberse realizado previamente una valoración de la DI (13). Además, una vez sentenciados, se enfrentan a numerosas dificultades derivadas de las peculiaridades de la vida en prisión. Los presos con DI se encuentran en particular desventaja por sus dificultades de comprensión de la información escrita (tales como las normas en prisión) y en la cumplimentación de informes (pedir comidas, dar de alta a teléfonos y visitas, apuntarse a visitas médicas) (45). También son más vulnerables a sufrir acoso, segregación, y más síntomas depresivos y de ansiedad que el resto de presos, lo que les hace menos capaces de enfrentarse al ambiente penitenciario (45). Tienen menos posibilidades de ser visitados por el médico o tener visitas de otros profesionales. La asistencia sanitaria en prisión de los presos con DI sufre una doble desventaja. Por un lado ésta ya está

empobrecida en relación a las personas en libertad y por otro lado las personas con DI reciben peor asistencia sanitaria que las personas sin DI en el medio comunitario (2). Todo esto hace su estancia en prisión más difícil, dando lugar a una posible victimización (45). Se añade que la mayoría de los programas y servicios de rehabilitación en prisión son grupales y no están adaptados a las necesidades de personas con DI, que no son capaces de entenderlos debido a la disfunción en sus habilidades cognitivas (56) (13) (57). Además es más probable que los presos con DI y enfermedades mentales concomitantes tengan aún más riesgo de conducta delictiva (20). De esta forma se enfrentan a numerosas limitaciones teniendo pocas opciones de conseguir la libertad condicional (13). Además, una vez conseguida la libertad definitiva, las personas con DI no tienen apoyos específicos fuera de la asistencia por parte de los equipos de salud mental al alcance (20).

En resumen, la evidencia científica sobre personas con DI enfatiza la necesidad de implementar mejoras en su asistencia, incluyendo un mejor cribado y reconocimiento de la DI con apropiadas valoraciones de las necesidades específicas de las personas con DI en prisión. Estas necesidades de cuidados han sido valoradas como no cubiertas por diversos autores (54) (38). Tort et al. remarcaron que debería existir un programa regular de cribado de la DI y una formación específica en los profesionales para dar apropiado soporte e intervenciones en prisión a este colectivo, así como una coordinación entre el sistema penal, policial y penitenciario para implementar recursos especializados en materia social, educativa y de salud mental (25), manteniendo una continuidad en las intervenciones por los servicios específicos comunitarios tras la libertad (13).

Igualmente los estudios científicos resaltan la necesidad de más investigaciones en este colectivo, tanto sobre tasas de prevalencia como comorbilidades asociadas, teniendo en cuenta la heterogeneidad de población con DI dentro del medio penitenciario (4).

Programa ACCEPTA

Desde el punto de vista penitenciario, en ninguno de los estudios previos se pone de manifiesto que exista un programa regular de cribado de la DI en las prisiones.

En Cataluña, la Asociación de Discapacidad Intelectual de Cataluña (Dincat) ha desarrollado un sistema de detección y diagnóstico de personas con discapacidad intelectual y del desarrollo (PDID) en medio penitenciario, en vigencia desde el año 1995, denominado Programa ACCEPTA (programa de atención a personas con discapacidad intelectual sometidas a medidas penales). El año 2013 el Departamento de Justicia plantea la necesidad de mejorar la forma de atender este colectivo de personas en las prisiones de Cataluña, por lo que se diseña un nuevo modelo de atención surgiendo el Programa Marco de Atención e Intervención en PDID. Una de las actuaciones claves de este programa marco es la detección en los centros y servicios penitenciarios de Cataluña de PDID o de aquellos internos/as que por sus características personales o conductuales se sospecha podrían ser valorados como personas con esta discapacidad. Los profesionales responsables de la detección de estos internos son los miembros de los equipos multidisciplinares de los centros y servicios penitenciarios o los profesionales del programa ACCEPTA (58).

El momento en que un sujeto con DI delinque, el sistema judicial tiene la posibilidad de detectar su DI y establecer un trato diferencial si corresponde, pero muchos de ellos llegan a prisión. En estos casos, el ingreso de una persona en prisión es el momento óptimo para detectar una PDID, bien porque tiene ya certificado de DI (pregunta que se recoge en entrevista protocolizada de ingresos) o bien porque objetiven indicadores de posible DI por parte de los diferentes profesionales del equipo multidisciplinario del centro penitenciario (CP) que intervienen en su tratamiento de reinserción. Tras su detección, se establecen dos niveles de intervención: ambulatoria y residencial, tratando de favorecer la mejora de la calidad de vida y la participación de PDID en prisión. La intervención ambulatoria establece la tutorización de la PDID por los profesionales de la federación dentro del CP donde reside el interno. A partir de las necesidades e intereses de esta persona se planifica y se lleva a cabo la intervención,

siempre en colaboración con otros profesionales del centro. Por el contrario, la intervención residencial se lleva a cabo en el Departamento de Atención Especializada a PDID (DAE- DID) situado en el CP Cuatro Caminos (58).

A pesar de la mejora de los diversos protocolos y estrategias para la detección e intervención con PDID el medio penitenciario, consideramos que sigue existiendo un gran número de PDID no detectadas ni diagnosticadas durante todo su proceso penal. Esta hipótesis se basa en la diferencia existente entre la alta prevalencia de PDID detectada en la literatura científica comparada con el número de PDID detectadas e incluidas en los programas específicos de intervención en este colectivo (de 1144 personas cumpliendo pena privativa de libertad en nuestro centro penitenciario en el momento de realización del estudio, sólo 11 de ellas estaban incluidas en el programa ACCEPTA). Este problema puede ser debido a dificultades de funcionamiento de estos programas de detección o a una insuficiente difusión sobre los mismos, ya que se ha descrito que casi un tercio de los profesionales desconocen la existencia de estos protocolos (59).

JUSTIFICACIÓN

Por ello y ante la ausencia de datos directos de prevalencia de personas con DI en el ámbito penitenciario catalán, hemos creído de vital importancia estimar la prevalencia real de DI en la población penitenciaria de nuestra prisión, dado que estas personas se pueden enfrentar a una doble situación de vulnerabilidad. Por un lado están en riesgo de reincidencia si no se identifican adecuadamente sus necesidades, ya que a menudo no entienden la trascendencia de sus acciones y son susceptibles de ser manipuladas, influenciadas negativamente e inducidas al delito. Por otra parte tampoco se benefician de los programas convencionales grupales diseñados para el tratamiento de la conducta delictiva, son objeto de conductas abusivas por parte de otros presos y presentan numerosas dificultades para los profesionales que trabajan con ellos, especialmente cuando éstos carecen de un entrenamiento específico y de la formación adecuada para trabajar con este tipo de internos (17). En estas situaciones de desigualdad y discriminación se agregan las derivadas de desarrollarse en un entorno social que facilita la exclusión por ausencia de las redes de apoyo disponibles para la mayoría de la población (familiares, sociales, educativas, sanitarias, etc.) (60).

Debido a esta situación, el estudio de la prevalencia, características y necesidades específicas de las personas con DI en medio penitenciario se constituye primordial. De esta forma se podrá valorar si existe la necesidad de mejorar la detección de casos de presos con DI en el medio penitenciario. Por un lado, formando a los profesionales que trabajan en medio penitenciario en su intervención en personas con DI y proporcionándoles información sobre vías de derivación a programas específicos y recursos disponibles para apoyar estas personas y por otro lado, mejorando los programas y servicios especializados de intervención.

El motivo final de nuestro estudio es que las personas con DI en medio penitenciario reciban un tratamiento multidisciplinar específico. Éste tiene como finalidad la detección de limitaciones y capacidades de este colectivo, con el único fin de proporcionar los apoyos necesarios en cada una de las dimensiones o áreas de su vida para desarrollar al máximo su potencial. Esto incluye destrezas sociales para ayudar a la persona a vivir de la manera más normalizada posible tanto en el entorno penitenciario durante el cumplimiento de la condena,

como en su entorno social después de la libertad. De esta forma se disminuiría la reincidencia delictiva, al tiempo que se aumentarían las posibilidades de reinserción (43).

Resulta crucial el conocimiento que este estudio nos dará sobre la prevalencia real de personas con DI, así como sus características y necesidades específicas. Esto puede sentar la base para poder fundamentar un mayor desarrollo y mejora de la eficacia de los programas de detención y atención a presos con DI sometidas a medidas penales, en caso de que se detecte que efectivamente sea necesario. Existen diferentes medidas posibles que surgen directamente del conocimiento de la prevalencia de DI en nuestras prisiones, entre ellas:

- 1) El conocimiento de las cifras de prevalencia de DI en nuestra prisión podrá evidenciar la necesidad de implementar mejoras en los procedimientos de detección y de identificación de necesidades específicas de las personas con DI en el medio penitenciario, así como mejoras en las intervenciones de tratamiento multidisciplinar en este colectivo. De esta forma, se podrá mejorar su adaptación en el medio penitenciario ordinario o llevar a cabo su derivación a unidades residenciales específicas, aumentando su bienestar personal y su pronóstico de reinserción.
- 2) La mejora del tratamiento multidisciplinar en personas con DI en medio penitenciario podrá ayudar a mejorar el clima social de los módulos residenciales ordinarios de la prisión y rebajar los niveles de desgaste de los profesionales a la hora de tratar con personas con DI.
- 3) El conocimiento de las cifras de prevalencia de DI en nuestra prisión no sólo pueden suscitar mejoras de detección e identificación de personas con DI en los centros penitenciarios, sino durante el procedimiento judicial antes de su entrada en prisión. Esto podrá favorecer que algunas de estas personas, en lugar de ingresar en prisión para cumplimiento de penas o medidas de seguridad, sean derivadas a centros educativos específicos con un abordaje más terapéutico y menos punitivo de las conductas delictivas cometidas por este colectivo.

HIPÓTESIS

1. Un número importante de internos del centro penitenciario (CP) Brians-1 reunirán criterios para un diagnóstico de DI.
2. La prevalencia de DI encontrada en el CP Brians-1 será más alta que la prevalencia de DI encontrada en la población general.
3. La prevalencia de DI en el CP Brians-1 será similar a la prevalencia de DI encontrada en población penitenciaria de otros países.
4. El número de personas con DI en el CP Brians-1, obtenido a través de nuestra muestra aleatoria, será más alto que el total del número de personas con DI detectadas e incluidas en el programa ACCEPTA en dicho centro.
5. La mayoría de delitos cometidos por las personas con DI en el CP Brians-1 se clasificarán en delitos contra las personas y delitos contra la propiedad, según el código penal.
6. Las personas con DI en CP Brians-1 tendrán más dificultades adaptativas y de accesibilidad a recursos de la prisión que aquellos presos sin DI, con un mayor número de incidentes regimentales.
7. Las personas con DI en CP Brians-1 presentarán peores evoluciones penitenciarias y carreras delictivas más persistentes que aquellos presos con un CI normal. Presentarán mayores tasas de reincidencia delictiva y mayor número de entradas en prisión en comparación con presos sin DI.
8. Las personas con DI en CP Brians-1 presentarán mayor morbilidad psiquiátrica y de consumo de sustancias que aquellos presos con un CI normal.

OBJETIVOS

Objetivo Principal

1. El objetivo de este estudio es realizar una evaluación empírica de la prevalencia real de personas con DI entre la población penitenciaria del CP Brians-1, así como describir las características asociadas y las necesidades específicas de las personas con DI entre la población penitenciaria del CP Brians-1.

Objetivos Secundarios

2. Comparar si las cifras encontradas en nuestro CP coinciden con los datos recogidos y publicados en la literatura científica.

3. Comparar el porcentaje de personas con DI en nuestro CI, obtenidas a través de nuestro estudio mediante muestra aleatoria, con el número de casos detectados a través del programa ACCEPTA e incluidos en su marco de atención.

4. Describir las características sociodemográficas, criminológicas, penitenciarias, clínicas, toxicológicas y psicológicas de los presos con DI.

5. Determinar cuáles son las necesidades específicas de los presos con DI entre la población penitenciaria del CP Brians-1 (dificultades de adaptación a las dinámicas penitenciarias, situaciones de vulnerabilidad, grado de malestar psicológico, dificultades de accesibilidad a recursos asistenciales, sanitarios, de rehabilitación penitenciaria y actividades laborales).

6. Determinar si las características sociodemográficas, criminológicas, penitenciarias, clínicas, toxicológicas, psicológicas y las habilidades adaptativas en prisión de los presos con DI difieren de la de los presos sin DI.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se propone un estudio transversal para estimar la prevalencia de DI en una muestra representativa de la población de presos varones del CP Brians-1, así como analizar las características y necesidades específicas de las PDID y compararlas con presos sin DI residentes en la misma prisión.

Marco actual y características del Centro Penitenciario Brians-1

El centro penitenciario (CP) Brians-1, inaugurado en el año 1991, en el momento de realización del estudio era un centro de cumplimiento de penas y medidas de seguridad, aunque también encontrábamos presos en situación de prisión preventiva. El centro tiene una capacidad máxima de 1646 internos /as, con una ocupación de **1229** internos/as en el momento del estudio.

Inicialmente constaba de cuatro Módulos Residenciales (MR), un Departamento de Enfermería (dividido en Enfermería Orgánica (MR INFE) y Enfermería Psiquiátrica (MR INPI)), un Departamento Especial de Régimen Cerrado (MR DERT), un Departamento de Observación (MRO) la Unidad de Ingresos (MR ING). Posteriormente y en diversas ampliaciones, se crearon nuevas unidades, como la Unidad de Mujeres 1 (DONAS-U) y el Módulo 5, que actualmente se denomina Módulo de mujeres 2 (DONAS-2) y es el módulo donde residen las internas pendientes de disfrute de permisos / libertad y donde también se ubica Departamento de Atención Especial de Toxicomanías (DAE) de mujeres y los terceros grados de las internas. El MR DERT de mujeres está destinado al cumplimiento de primeros grados por conductas inadaptadas de las internas en régimen ordinario. Posteriormente se creó la Unidad de Medio Semi - abierto (UMS) para internos que salen diariamente pero pernoctan en prisión y finalmente en 2003 se constituye la Unidad Hospitalaria Psiquiátrica Penitenciaria de Cataluña

(UHPP-C), dependiente del Parc Sanitari San Joan de Déu, para internos con problemas psiquiátricos de toda Cataluña.

A continuación, desde una foto panorámica del CP Brians-1, se puede observar la distribución de los MR.



En el momento del estudio, cuando una persona entraba en CP Brians-1 se llevaba a cabo la clasificación penitenciaria en el MR de Ingresos (ING) si era varón, donde el interno residía a la espera de ser valorado por los profesionales del centro penitenciario para ser clasificado y ubicado en un MR (MR1, MR2, MR3, MR4 o MRO). La clasificación penitenciaria se realizaba en base a la tipología delictiva del interno: MR1 (conductas adictivas, y colectivos vulnerables), MR2 (largas condenas), MR3 (estabilización de la conducta y acumulación de expedientes disciplinarios) y MR4 (delitos violentos). El MRO en el momento del estudio constituía un módulo pequeño para presos de características especiales, como aquellos con trabajos de gran responsabilidad dentro de la prisión, con horarios especiales debido a las tareas que realizaban o bien presos que por motivos particulares o de protección eran ubicados en este módulo (ej. delincuentes sexuales, delitos de repercusión mediática, etc.).

La particularidad de este CP con respecto a otros de Cataluña es que en el momento de realización del estudio encontrábamos prácticamente toda la diversidad de opciones que se pueden dar en la cárcel: hombres y mujeres privados de libertad en primer grado (régimen cerrado), segundo grado (régimen ordinario) y tercer grado (régimen abierto). A los primeros grados se les sitúa, tal como manda el Reglamento Penitenciario, en los Departamentos Especiales (DERT) de hombres y mujeres. Los segundos grados en los módulos residenciales (MR) en función de la clasificación interior explicada anteriormente. Los internos que se encuentran en la UMS, unidad situada fuera del perímetro de seguridad interior, hacen salidas al exterior para realizar actividades formativas o laborales. En el departamento de mujeres 2 (DONAS-2) encontramos un Departamento de Atención Especializada de Toxicomanías (DAE), unidad que trata específicamente los problemas de adicción a drogas de las internas. La Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Cataluña (UHPP-C) es el hospital psiquiátrico de referencia para todas las personas privadas de libertad de Cataluña que se sospeche o sufran algún tipo de trastorno mental, tanto en situación de presos preventivos como penados y cumpliendo medidas de seguridad.

Es decir, a excepción de una unidad de madres, encontrábamos en este CP prácticamente todos los regímenes de vida que se pueden dar a la cárcel.

Población

Se realiza una extracción de una muestra aleatoria representativa de la población de internos hombres del CP Brians-1.

Excluyendo a las internas de los módulos de mujeres y a los internos en régimen sanitario / psiquiátrico (MR INPI y UHPP-C), el reparto de internos por módulos de habla castellana era el siguiente a fecha 10 de enero del 2016:

Tabla 2. Número de internos por módulos residenciales (MR) en la prisión Brians-1 a fecha 10.01.2016

C.P. BRIANS 1	CAPACIDAD	OCUPACIÓN	ESPAÑOLES	EXTRANJEROS DE HABLA CASTELLANA	EXTRANJEROS DE OTRAS LENGUAS
M.R. 1	192	176	116	14	46
M.R. 2	192	177	93	24	60
M.R. 3	144	110	67	9	34
M.R. 4	252	238	138	47	53
U.M.S.	260	166	121	25	20
ENFERMERÍA	24	20	17	3	0
D. ESPECIAL	28	23	16	2	5
M.R.O.	64	54	32	5	17
TOTALES	1156	964	600	129	235

Cálculo del tamaño muestral

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó estimando la hipótesis de encontrar un porcentaje de personas con DI similar al obtenido en estudios de características similares. Tomando como referencia la prevalencia de DI y IL encontrada en estudios científicos previos, como el de Irlanda (28,8% de DI, $n = 264$) (19), el de Noruega (10,8 % de DI y 20,1 % de IL, $n = 186$) (13) o en Reino Unido (7,1 % de DI y 23,6 % de IL, $n = 140$) (2) (10,4 % de DI y 23,4% de IL, $n = 185$) (11), se estimó encontrar un porcentaje de personas con DI e IL de alrededor del 28 %, con un nivel de confianza de 95 % y una precisión del 5%.

Considerando que el número total de internos hombres de habla castellana a fecha 10 de enero del 2016 de los módulos MR1, MR2, MR3, MR4, MRO, UMS, DERT, módulo de Enfermería orgánica era de $N = 729$, se estableció que la muestra estudiada fuera de un $n = 218$ internos.

En fecha en que se aleatorizaron los internos por módulos (10 de marzo 2016), el número total de internos en el CP ascendía a $N = 1229$ pero disminuyó a $n = 674$ el número total de internos castellanoparlantes.

Tabla 3. Número de internos de habla castellana por módulos residenciales (MR) a fecha 10.03.2016

MÓDULOS	NÚMERO DE INTERNOS DE HABLA CASTELLANA
MR1	124
MR2	100
MR3	72
MR4	171
ENFERMERÍA ORGÁNICA	13
UMS	135
ING	9
MRO	32
DEPARTAMENTO ESPECIAL	18
TOTAL	674

Dado que es una cifra muy similar a la que se determinó para en el cálculo previo, se decidió mantener la muestra de $n = 218$ internos a reclutar para el estudio. Este número de internos representaron el 32,34 % del total, es decir, uno de cada tres internos aproximadamente.

Técnica de selección de la muestra

El total de la muestra requerida se extrajo de manera proporcional entre cada uno de los módulos residenciales (MR) de nuestro CP incluidos en el estudio mediante la aplicación de técnicas de muestreo estratificado. La selección del número de internos se realizó enumerando el listado de cada MR mediante orden alfabético por primer apellido, de tal manera que cada interno de los que se encontraba en el CP en el momento de la estratificación tiene asignado dos números separados por un punto. El primer número indicaba el número de módulo (1 será el MR1, 2 el MR2, 3 el MR3, 4 el MR4, 5 la UMS, 8 el MRO y 9 el DERT) y el segundo número indicaba su enumeración por orden alfabético dentro de dicho módulo (ejemplo: el preso 1.1 se encontraría en el módulo 1 en el momento de la estratificación de muestra y ocuparía el primer lugar por orden alfabético).

Sobre esta lista se realizó una aleatorización uniforme en cada MR para seleccionar una muestra representativa aplicando técnicas de muestreo sistemático a través del cálculo del coeficiente de elevación, con el fin de estimar la prevalencia de DI dentro de nuestra prisión.

En base al cálculo muestral anterior, se mantuvo la proporción de reclutar 1 de cada 3 internos disponibles para el estudio dentro de cada módulo. Para prevenir posibles pérdidas, se creó una *lista de reserva* mediante el mismo procedimiento que la lista principal, aleatorizando el 20% adicional para cada módulo salvo para los módulos UMS, ING y Departamento Especial, en donde se aleatorizaron la mayor parte de los internos por sus características.

Por tanto, si un interno seleccionado no cumplía los criterios de inclusión (negativa a participar en el estudio o incapacidad de dar consentimiento para participación) o no estaba disponible para la realización de las valoraciones (por ejemplo por ingresos hospitalarios o por disfrute de permisos de salida ordinarios o extraordinarios), se seleccionaba el primer número que aparecía de forma aleatoria en la *lista de reserva*.

Se utilizó el software estadístico R 3.0.2 para realizar la aleatorización, con una semilla aleatoria fija (basada en la fecha de la aleatorización, 14032016) que permite que sea reproducible.

Criterios de inclusión

✓ Varones adultos de entre 18 y 70 años que se encontraban en situación de cumplimiento de prisión preventiva o de pena privativa de libertad en los siguientes módulos residenciales de CP Brians-1: MR1, MR2, MR3, MR4, UMS, DERT, ING, MRO y módulo de Enfermería orgánica (INFE) en el momento de selección de muestra del estudio.

✓ Participación voluntaria y confidencial.

- ✓ Competencia para firmar el formulario de consentimiento informado y formar parte del estudio.

Criterios de exclusión

- ✓ Rechazo del interno a participar en el estudio.
- ✓ Falta de competencia para dar el consentimiento informado a participar.
- ✓ Internos ingresados en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria (UHPP-C) y en el módulo de Enfermería Psiquiátrica (por la presencia concomitante de trastorno psiquiátrico y las condiciones especiales de atención sanitaria). El módulo de Enfermería Psiquiátrica presentaba unas condiciones especiales y un régimen de vida distinto y específico del resto de los MR, por tratarse de un módulo de atención sanitaria. Igualmente los internos ingresados en el Hospital Psiquiátrico que tiene la prisión (UHPP-C) se encontraban en un ambiente hospitalario y no penitenciario. Además se consideró que la descompensación de los trastornos psiquiátricos graves que padecían podrían sesgar la muestra al afectar a funciones neurocognitivas, igualmente se consideró su falta de competencia en dicha situación de ingreso hospitalario.
- ✓ Finalmente también se descartaron los internos seleccionados del módulo de Enfermería Orgánica (INFE), el módulo de Ingresos (ING) y el módulo de Observación (MRO). Se eliminaron del estudio los presos de la INFE por las estancias breves y necesidades intensivas de atención sanitaria, lo que dificultaba o impedía la realización del test de inteligencia. Se descartó los presos seleccionados del módulo ING por la brevedad de las estancias y por el gran nivel de estrés situacional que representan los primeros días de ingreso en prisión para una persona, situación que se consideró podría falsear los datos obtenidos en el test de inteligencia. Por último se excluyó también a los participantes del MRO por sus características especiales, ya que se trataba de un módulo muy pequeño que albergaba a presos en cumplimiento de pena privativa de libertad con unas condiciones especiales, como aquellos que tienen trabajos de gran responsabilidad dentro de la prisión o bien presos que

por motivos particulares o de protección eran ubicados en este módulo, por lo que éste difería de las características de los módulos ordinarios. Además los horarios regimentales de este módulo dificultaban enormemente o impedían la participación en el estudio de los presos que allí residían.

- ✓ Medidas de seguridad por trastorno mental (ya que estos internos estarían realizando cumplimiento de la medida en UHPP-C o Enfermería Psiquiátrica).
- ✓ No comprensión del idioma castellano (por imposibilidad de administración de la prueba de evaluación de CI). Se excluyeron participantes nacidos en países cuya lengua oficial no fuera el castellano.
- ✓ Analfabetismo (por imposibilidad de administración de la prueba de evaluación de CI).
- ✓ Existencia de diagnóstico de trastorno cognitivo o demencia en la historia clínica.

Mediciones e intervenciones

1. Administración del test de la Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos IV (WAIS - IV) todos los internos de la muestra seleccionada en entrevista psicológica.
2. Administración del cuestionario de malestar psicológico de Kessler (K-10) mediante procedimiento autorreportado a los internos.
3. Cumplimentación de cuestionario autorreportado, rellenado por los propios internos, sobre información toxicológica, antecedentes criminológicos de ingresos en centros de menores y abandono escolar, antecedentes familiares, conductas auto y heteroagresivas y antecedentes de haber sido víctimas de malos tratos y abuso sexual.

4. Análisis y recogida de datos de las variables sociodemográficas, delictivas, criminológicas, penitenciarias, clínicas y toxicológicas tanto en la historia clínica como en el expediente penitenciario del interno que a continuación se detallan.

Instrumentos

- Escala de inteligencia de Wechsler para adultos IV (WAIS - IV). Prueba con un tiempo de pasación entre 60- 90 minutos, aplicable para la evaluación cognitiva en personas de entre 16 a 90 años (véase Anexo 2 para explicación detallada de la escala).
- Cuestionario de malestar psicológico de Kessler 10 (K - 10) (véase Anexo 3).
- Plantilla de recogida de datos sociodemográficos (véase Anexo 5), penales (véase Anexo 4), criminológicos (véase Anexo 4) y penitenciarios (véase Anexo 5) extraídos directamente del expediente penitenciario informatizado de los internos a través del programa del Sistema Informático Penitenciario Catalán (SIPC).
- Plantilla de recogida de datos clínicos extraídos de la historia clínica (véase Anexo 5).
- Cuestionario autorreportado, rellenado por los propios internos, sobre información toxicológica, antecedentes criminológicos de ingresos en centro de menores y abandono escolar, antecedentes familiares, conductas auto y heteroagresivas y antecedentes de haber sido víctimas de malos tratos y abuso sexual (véase Anexo 6).

Muestra final del estudio

El número total de internos a reclutar de forma aleatorizada para el estudio (1 de cada 3) y el número de internos aleatorizados de la lista de reserva de cada uno de los módulos residenciales (MR) fue el siguiente:

Tabla 4. Número de internos reclutados para el estudio y número de internos de la lista de reserva por MR

	n	m1	m2
MR1	124	42	51
MR2	100	34	41
MR3	72	24	29
MR4	171	57	69
ENFERMERÍA ORGÁNICA	13	5	6
UMS	135	45	70
ING	9	3	9
MRO	32	11	14
DEPARTAMENTO ESPECIAL	18	6	18

n= número total de internos en el módulo residencial.

m1 =número de internos a reclutar para el estudio (1 de cada 3)

m2 = número de internos aleatorizados de la lista de reserva.

Inicialmente se aleatorizó un mínimo de 20% más por módulo para confeccionar la lista de reserva, salvo en los módulos ING y DERT, que como tenían un número total muy pequeño se aleatorizó a todos los presos del MR. Del módulo UMS también se aleatorizó una cantidad de participantes mayor, puesto que era un módulo de transición a la libertad y por tanto, con estancias más breves y muchos presos con en régimen de vida semiabierto, por lo que residían en la prisión pero muchos sólo pernoctaban allí, pasando el resto del día realizando actividades formativas, educativas, laborales y de ocio fuera del centro penitenciario. Finalmente y por la elevada negativa a la participación en el estudio una vez solicitado el consentimiento informado, hubo que aleatorizar a toda la lista de presos de los todos los módulos para confeccionar la lista de reserva.

En relación a los criterios de exclusión, ningún preso fue excluido del estudio por valorarse que no tenía capacidad para firmar el documento de consentimiento informado. Ningún interno fue tampoco excluido por analfabetismo, situación que valoran los educadores del ámbito penitenciario en la primera entrevista con el interno en el MRO, donde se recoge información relativa a su nivel educativo que queda recogida en el expediente penitenciario informatizado del interno. Tampoco hubo ningún participante que tuviera diagnóstico de trastorno cognoscitivo. Todos los participantes que fueron excluidos del estudio tras la selección de la muestra fue por negativa voluntaria a la participación, o bien porque eran trasladados a otros centros penitenciarios, puestos en libertad o trasladados a diligencias judiciales, por lo que no llegaron a realizar o no pudieron completar la pasación del WAIS- IV tras firmar el consentimiento informado.

El MR2 y el MR3 tuvieron más porcentaje de negativas a participar en el estudio, en el momento de realización del proyecto eran los módulos con los internos más conflictivos y con peor adaptación.

✓ En el MR1, con 124 presos en el momento del estudio, se seleccionaron 42 presos de forma aleatoria, según se muestra en la tabla. De la lista principal hubo 12 presos que no participaron en el estudio, 9 de ellos expresaron su negativa a la participación en el estudio y 3 presos que firmaron el consentimiento se fueron en libertad o fueron trasladados a otras prisiones antes de la pasación del WAIS- IV. Se agotó la lista de reserva tras aleatorización de todo el módulo, llegando a realizarse 40 pasaciones del WAIS – IV pero una de ellas no pudo completarse porque tuvo que interrumpirse porque el interno estaba muy cansado y finalmente no pudo realizarse porque éste fue puesto en libertad.

✓ En el MR2, con 100 presos en el momento del estudio, se seleccionaron 34 presos de forma aleatoria. De la lista principal hubo 18 presos seleccionados que no participaron en el estudio, de los cuales 14 de ellos verbalizaron su negativa a participar y 4 presos fueron trasladados. Se agotó la aleatorización de la lista de reserva por negativas a la participación en el estudio o traslados/libertades, completándose 25 pasaciones del WAIS- IV.

✓ En el MR3, con 72 presos en el momento del estudio, se seleccionaron 24 presos de forma aleatoria. De esta lista principal hubo 22 presos seleccionados que no participaron en el estudio, de los cuales 19 de ellos se negaron a participar en el estudio, 1 preso fue trasladado al DERT cuando se fue a realizar la pasación por sanción y 2 de ellos fueron trasladados a otras prisiones. Se agotó la aleatorización de la lista de reserva por negativa a la participación en el estudio o traslados, completándose 10 pasaciones del WAIS- IV.

✓ En el MR4, con 171 presos en el momento del estudio, se seleccionaron inicialmente 57 participantes de forma aleatoria. De esta lista principal hubo 21 presos que no participaron en el estudio, 6 de ellos por traslado y 15 por negativa a la participación, por lo que se seleccionó el resto de participantes por la lista de reserva en el orden establecido según la aleatorización, completándose las 57 pasaciones del WAIS- IV.

✓ En la UMS, con 135 presos en el momento del estudio, se seleccionaron inicialmente 45 participantes de forma aleatoria. De esta lista principal 29 presos no participaron en el estudio de los cuales 18 se encontraban en régimen de vida que imposibilitaba la pasación del WAIS-IV (sólo pernoctando en la prisión) y 11 expresaron su negativa a la participación en el mismo, por lo que se agotó la aleatorización de lista de reserva, completándose 44 pasaciones del WAIS- IV.

✓ En el DERT, con 18 presos en el momento del estudio, se seleccionaron inicialmente 6 presos de forma aleatoria. De esta lista principal ninguno aceptó participar en el estudio y sólo dos presos de la lista de reserva lo hicieron, completándose 2 pasaciones del WAIS- IV.

✓ En el módulo de Enfermería Orgánica (INFE), con 13 presos en el momento del estudio, finalmente se descartaron los 5 presos seleccionados de forma aleatoria por las estancias breves de este módulo y la necesidad de los presos de atención sanitaria intensiva, lo que impedía la pasación del test de inteligencia, según lo recogido en los criterios de exclusión.

✓ En el MRO, con 32 presos en el momento del estudio, se descartaron los 11 presos seleccionados de forma aleatoria según lo recogido en los criterios de exclusión, ya que el MRO se trataba en el momento del estudio de un módulo de características especiales que difería del resto de módulos de la prisión, ya que albergaba a presos en cumplimiento de pena

privativa de libertad con unas condiciones especiales y unos horarios regimentales distintos al resto de presos y que impedían la participación en el estudio,.

✓ En ING, que en el momento de realización del estudio contaba con 9 presos, igualmente se descartaron los 3 presos seleccionados de forma aleatoria según lo recogido en los criterios de exclusión, por la brevedad de las estancias y el gran nivel de estrés situacional que representan los primeros días de ingreso en prisión para una persona, lo consideramos podría falsear los resultados obtenidos en el test de inteligencia.

Por tanto, finalmente se realizó la pasación del WAIS-IV a 39 presos del MR1, a 25 presos del MR2, a 10 presos del MR3, a 57 presos del MR4, a 44 presos de la UMS y 2 presos del DERT, con un total de 177 participantes de muestra de estudio.

Recursos

Recursos económicos

Para la realización de esta tesis doctoral se solicitó una beca de Ayuda a la Investigación de la Fundación del Parc Sanitari San Joan de Déu a través de la presentación de la memoria inicial del proyecto a la Unidad de Recerca del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, concediéndose finalmente la beca en el año 2015, valorada en 5000 euros.

Recursos materiales

Se dispuso de la Escala WAIS-IV, así como del software específico de corrección de resultados de dicho test, financiado por Parc Sanitari San Joan de Déu.

Asimismo se dispuso del hardware y software necesarios para el análisis de los datos y la redacción del proyecto (programa estadístico SPSS versión 20 y paquete office).

Recursos personales

Se contó bajo la dirección de la Dra. Esperanza L. Gómez Durán en todas las etapas de este proyecto.

Se realizó un contrato de colaboración remunerada de dos licenciados en psicología (Doña Ruth Casanovas Resina y Don Víctor Andrés Álvarez Moreira) con experiencia en la pasación de la prueba psicométrica WAIS- IV, para su administración a los internos del CP Brians -1.

De igual modo la coordinación y colaboración en la supervisión de la pasación y corrección del WAIS – IV fue realizada por una tercera psicóloga forense de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitencia (UHPP-C), Doña Gemma Escuder Romeva, PhD, con amplia experiencia en pasación y corrección de test de inteligencia WAIS- IV y dilatada trayectoria profesional en el tratamiento y manejo de presos con DI.

Igualmente el estadístico Don Daniel Cuadras Pallejà, PhD, profesional del Servicio de Asesoramiento Metodológico y Estadístico de la Investigación del Parc Sanitari San Joan de Déu, realizó una colaboración remunerada para la supervisión de la aleatorización de la muestra y del posterior análisis de los datos recogidos en el estudio de investigación.

También participó en el estudio Dña. María Sagrario Caudevilla Justribó, Jefa de Funcionarios de Prisiones, que colaboró en la recogida de datos sociodemográficos, criminológicos y penitenciarios mediante el análisis de historiales penitenciarios recogidos en el SIPC (Sistema de Información Penitenciario Catalán).

La recogida de datos psiquiátricos y médicos de la historia clínica, así como la informatización de todos los datos de los cuadernos de recogida de datos, la realizó la investigadora principal del estudio y autora de este proyecto de tesis doctoral.

Por tanto, el personal que ha formado parte del equipo de ejecución de esta tesis doctoral ha sido el siguiente:

Directora de tesis

Dña. Esperanza L. Gómez – Durán, M.D., Ph. D. Psiquiatra y Médico Forense en excedencia. Profesora Titular de Medicina Legal y Forense. Facultad de Medicina. Universidad Internacional de Cataluña (UIC). Directora del Máster en Psicopatología Legal, Forense y Criminológica. Facultad de Derecho. Universidad Internacional de Cataluña (UIC).

Investigadora principal

Dña. Leticia Muñoz García - Largo. Psiquiatra y criminóloga. Máster en psiquiatría legal. Máster en Ciencias Forenses y Derecho Sanitario. Psiconeuroinmunoendocrinóloga (PNIE). Psiquiatra de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Cataluña (UHPP-C) del Parc Sanitari Sant Joan de Déu en el momento de realización del estudio.

Colaboradores en la ejecución del proyecto

- Dña. Gemma Escuder Romeva, psicóloga de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Cataluña (UHPP-C). Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

- Dña. María Sagrario Caudevilla y Justribó, socióloga y Jefa de Unidad Servicio Interior del CP Brians-1.

Añadir que además de Dña. Gemma y Dña. María Sagrario, tanto profesionales del Parc Sanitari San Joan de Déu (coordinador de Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria y coordinadora de Recerca del Parc Sanitari Sant Joan de Déu) como del centro penitenciario Brians - 1 (jefe de funcionarios de prisiones de la UHPP-C, coordinadora de la Unidad Especializada de Toxicomanías del CP y educadora social del programa ACCEPTA) han participado con su apoyo y enriquecedoras aportaciones al desarrollo de la memoria inicial del proyecto.

Igualmente durante el desarrollo del mismo se ha contado con la colaboración desinteresada de múltiples profesionales del CP Brians-1 (jefe de funcionarios de prisiones de la UHPP-C, director del CP, educadores, psicológicos de prisiones, trabajadores sociales, funcionarios de prisiones y juristas) que han dedicado su tiempo, recursos y ayuda para que este proyecto haya sido posible.

Procedimientos de valoración

Todas las valoraciones fueron realizadas y calificadas por los dos profesionales de psicología cualificados contratados. La tercera psicóloga forense, colaboradora del estudio, supervisó las pasaciones y correcciones de los test de inteligencia WAIS- IV. La corrección del WAIS-IV se realizó a través del software específico para la obtención de resultados en dicho test, mediante la introducción de las distintas cualificaciones obtenidas en el programa informático de corrección del WAIS- IV.

Las valoraciones psicológicas se realizaron de forma individual en una sala específicamente condicionada y reservada para ello en cada módulo penitenciario, de forma que los presos no tuvieron que desplazarse. Se respetaron las distintas dinámicas y horarios del centro

penitenciario y las actividades y programas específicos de cada preso. Al comienzo de cada valoración, el psicólogo explicó los objetivos y los procedimientos generales del WAIS-IV.

Por otro lado se les proporcionaron instrucciones para autorrellenar tanto el cuestionario de malestar psicológico de Kessler (K-10) como el denominado “cuestionario psicológico”, un cuestionario autorreportado que incluía preguntas relacionadas con el consumo de drogas (tanto antecedentes como el consumo actual), antecedentes de ingresos en centro de menores, abandono escolar, antecedentes familiares de salud mental o antecedentes familiares de consumo de drogas, gestos autolesivos, episodios de heteroagresividad física o verbal, antecedentes de haber sido víctimas de abuso sexual y antecedentes de haber sufrido maltratos físicos o psicológicos en la infancia, en la edad adulta o durante su estancia en prisión.

Se les permitió que dispusieran del tiempo necesario para rellenar dicha información, pudiendo consultar siempre al profesional psicólogo, allí presente, sobre las posibles dudas de los mismos. Las valoraciones duraron de 1 a 2 horas por participante.

Análisis estadístico

Todos los datos fueron introducidos y analizados con el programa estadístico SPSS versión 20. Se aplicaron tanto técnicas de estadística descriptiva (tablas de frecuencia) como de estadística inferencial (T-student, coeficiente de correlación de Pearson o chi-cuadrado mediante tablas de contingencia, teniendo en cuenta un intervalo de confianza del 95 % con un error alpha menor a 0,05).

Puesto que intervinieron dos psicólogos diferentes en la pasación de la prueba de inteligencia WAIS- IV, se realizó la comparación de la confiabilidad inter- observador entre ambos mediante al T de student. En los valores obtenidos para la confiabilidad inter- observadores no objetivaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos, como se detalla a continuación en los diferentes resultados de los índices de la prueba WAIS- IV:

Tabla 5. Comparación de la confiabilidad inter -observador entre los dos psicólogos en la pasación de la prueba de COMPRENSIÓN VERBAL de la Escala de Inteligencia WAIS- IV. Estadísticos de grupo

WAIS-IV	Pasación del el WAIS-IV	N	Media	Desviación típica	Error típico de la media
Comprensión verbal	RC.	65	21.60	10.529	1.306
	AA.	112	19.46	11.801	1.115
Índice de comprensión verbal	RC.	65	82.11	21.117	2.619
	AA.	112	78.41	23.788	2.248

Tabla 6. Comparación de la confiabilidad inter -observador entre los dos psicólogos en la pasación de la prueba de COMPRENSIÓN VERBAL de la Escala de Inteligencia WAIS- IV. Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típico de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
WAIS- IV Comprensión verbal	Se han asumido varianzas iguales	0.587	0.445	1.212	175	0.227	2.145	1.770	-1.349	5.638
	No se han asumido varianzas iguales			1.249	146.447	0.214	2.145	1.717	-1.249	5.539
Índice de comprensión verbal	Se han asumido varianzas iguales	0.963	0.328	1.038	175	0.301	3.697	3.563	-3.334	10.728
	No se han asumido varianzas iguales			1.071	147.005	0.286	3.697	3.452	-3.124	10.518

Tabla 7. Comparación de la confiabilidad inter -observador entre los dos psicólogos en la pasación de la prueba de RAZONAMIENTO PERCEPTIVO de la Escala de Inteligencia WAIS- IV. Estadísticos de grupo

WAIS-IV	Pasación del WAIS-IV	N	Media	Desviación típica	Error típico de la media
Razonamiento perceptivo	RC	65	23.26	8.423	1.045
	AA	112	20.88	8.021	0.758
Índice de razonamiento perceptivo	RC	65	85.69	17.313	2.147
	AA	112	80.87	17.299	1.635

Tabla 8. Comparación de la confiabilidad inter -observador entre los dos psicólogos en la pasación de la prueba de RAZONAMIENTO PERCEPTIVO de la Escala de Inteligencia WAIS- IV. Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típico de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
WAIS- IV Razonamiento perceptivo	Se han asumido varianzas iguales	0.722	0.397	1.866	175	0.064	2.378	1.274	-137	4.892
	No se han asumido varianzas iguales			1.842	128.562	0.068	2.378	1.291	-176	4.931
Índice de razonamiento perceptivo	Se han asumido varianzas iguales	0.441	0.508	1.789	175	0.075	4.826	2.698	-499	10.151
	No se han asumido varianzas iguales			1.788	133.758	0.076	4.826	2.699	-512	10.164

Tabla 9. Comparación de la confiabilidad inter -observador entre los dos psicólogos en la pasación de la prueba de MEMORIA DE TRABAJO de la Escala de Inteligencia WAIS- IV. Estadísticos de grupo

WAIS-IV	Pasación del WAIS- IV	N	Media	Desviación típica	Error típico de la media
Memoria de trabajo	RC	65	14.91	5.305	0.658
	AA	112	14.23	6.919	0.654
Índice de memoria de trabajo	RC	65	84.34	16.191	2.008
	AA	112	81.28	15.010	1.418

Tabla 10. Comparación de la confiabilidad inter -observador entre los dos psicólogos en la pasación de la prueba de MEMORIA DE TRABAJO de la Escala de Inteligencia WAIS- IV. Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típico de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
WAIS-IV Memoria de trabajo	Se han asumido varianzas iguales	0.021	0.884	0.679	175	0.498	0.676	0.994	-1.287	2.638
	No se han asumido varianzas iguales			0.728	161.805	0.468	0.676	0.928	-1.156	2.507
Índice de memoria de trabajo	Se han asumido varianzas iguales	2.232	0.137	1.271	175	.206	3.062	2.409	-1.694	7.817
	No se han asumido varianzas iguales			1.245	125.734	.215	3.062	2.459	-1.804	7.927

Tabla 11. Comparación de la confiabilidad inter -observador entre los dos psicólogos en la pasación de la prueba de VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO de la Escala de Inteligencia WAIS- IV. Estadísticos de grupo

WAIS-IV	Pasación del WAIS-IV	N	Media	Desviación típica	Error típico de la media
Velocidad de procesamiento	RC	64	15.55	5.659	0.707
	AA	112	14.19	5.313	0.502
Índice de velocidad de procesamiento	RC	64	87.72	15.572	1.947
	AA	112	83.92	14.551	1.375

Tabla 12. Comparación de la confiabilidad inter -observador entre los dos psicólogos en la pasación de la prueba de VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO de la Escala de Inteligencia WAIS- IV. Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típico de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
WAIS-IV Velocidad de procesamiento	Se han asumido varianzas iguales	0.315	0.575	1.594	174	0.113	1.359	0.853	-0.323	3.042
	No se han asumido varianzas iguales			1.567	124.506	0.120	1.359	0.867	-0.357	3.076
Índice de velocidad de procesamiento	Se han asumido varianzas iguales	0.400	0.528	1.624	174	0.106	3.799	2.339	-0.818	8.416
	No se han asumido varianzas iguales			1.594	124.027	0.113	3.799	2.383	-0.918	8.516

Tabla 13. Comparación de la confiabilidad inter -observador entre los dos psicólogos en la pasación de la prueba de ESCALA TOTAL de la Escala de Inteligencia WAIS- IV. Estadísticos de grupo

WAIS-IV	Pasación del WAIS- IV	N	Media	Desviación típica	Error típico de la media
Escala total	RC	64	74.38	25.952	3.244
	AA	112	68.50	26.480	2.502
Cociente intelectual total (CIT)	RC	64	81.47	18.940	2.368
	AA	112	75.88	19.913	1.882

Tabla 14. Comparación de la confiabilidad inter -observador entre los dos psicólogos en la pasación de la prueba de ESCALA TOTAL de la Escala de Inteligencia WAIS- IV. Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típico de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
WAIS-IV Escala total	Se han asumido varianzas iguales	0.009	0.926	1.426	174	.156	5.875	4.120	-2.256	14.006
	No se han asumido varianzas iguales			1.434	133.451	0.154	5.875	4.097	-2.228	13.978
Cociente intelectual total (CIT)	Se han asumido varianzas iguales	0.024	0.877	1.824	174	0.070	5.594	3.066	-.458	11.645
	No se han asumido varianzas iguales			1.850	136.754	0.067	5.594	3.024	-.386	11.574

Tabla 15. Comparación de la confiabilidad inter -observador entre los dos psicólogos en la pasación de la prueba de CAPACIDAD GENERAL de la Escala de Inteligencia WAIS- IV. Estadísticos de grupo

WAIS-IV	Pasación del WAIS-IV	N	Media	Desviación típica	Error típico de la media
Capacidad general	RC	65	44.25	17.211	2.135
	AA	112	40.43	18.708	1.768
Índice de capacidad general	RC	65	81.82	20.543	2.548
	AA	112	76.63	22.194	2.097

Tabla 16. Comparación de la confiabilidad inter -observador entre los dos psicólogos en la pasación de la prueba de CAPACIDAD GENERAL de la Escala de Inteligencia WAIS- IV. Estadísticos de grupo

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba T para la igualdad de medias								
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típico de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
WAIS-IV Capacidad general	Se han asumido varianzas iguales	0.114	0.736	1.347	175	0.180	3.818	2.834	-1.775	9.411
	No se han asumido varianzas iguales			1.377	143.073	0.171	3.818	2.772	-1.661	9.296
Índice de capacidad general	Se han asumido varianzas iguales	0.064	0.801	1.538	175	0.126	5.181	3.369	-1.467	11.830
	No se han asumido varianzas iguales			1.570	142.395	0.119	5.181	3.300	-1.342	11.705

Variables

1. VARIABLES PERSONALES Y SOCIODEMOGRÁFICAS

- 1) Fecha de nacimiento.
- 2) Año de nacimiento.
- 3) Fecha de pasación del WAIS- IV.
- 4) Edad (en la fecha de pasación del WAIS- IV).
- 5) Nacionalidad (dicotómica: 1 = Española, 2 = Extranjeros que hablan castellano).
- 6) Área geográfica de procedencia (politómica: 1 = España, 2 = Argentina, 3 = Belice, 4 = Bolivia, 5 = Chile, 6 = Colombia, 7 = Costa Rica, 8 = Cuba, 9 = República Dominicana, 10 = Ecuador, 11 = El Salvador, 12 = Guatemala, 13 = Honduras, 14 = Méjico, 15 = Nicaragua, 16 = Panamá, 17 = Uruguay, 18 = Perú, 19 = Puerto Rico, 20 = Uruguay, 21 = Venezuela, 22 = Guinea Ecuatorial).
- 7) Estado civil (politómica: 1 = soltero, 2 = casado, 3 = viudo, 4 = separado o divorciado).
- 8) Pareja estable (dicotómica: 0 = sin pareja estable, 1= con pareja estable).
- 9) Hijos (dicotómica: 0 = con hijos, 1= sin hijos).
- 10) Número de hijos.
- 11) Media de hijos.
- 12) Abandono de estudios escolares. Abandono de estudios escolares antes de los 18 años (dicotómica: 1 = sí, 2 = no).
- 13) Edad de abandono de estudios escolares.
- 14) Nivel educativo / formativo (politómica: 1 = alfabetización, formación instrumental I (Fi I), 2 = neolectores, formación instrumental II (Fi II), 3 = formación instrumental III, 4 = GES I secundaria 1º y 2º de ESO, 5 = GES II secundaria 3º y 4º de ESO, 6 = bachillerato/ IOC, 7 = acceso universitario, 8 = grado formativo medio, 9 = grado formativo superior, 10 = estudios universitarios).
- 15) Profesión (politómica: 1 = profesiones asociadas a titulaciones universitarias, 2 = administrativos , 3 = trabajos no cualificados en sector primario (agricultura, ganadería, minería y pesca), 4 = trabajos no cualificados en sector secundario (construcción, industria o minería), 5 = trabajos no cualificados en sector terciario (turismo, hostelería, transportes, sanidad, educación, comercio y comunicación), 6 = servicios de asistencia personal

(limpiadores del hogar y cuidadores de niños y personas mayores), 7 = trabajadores cualificados, 8 = labores del hogar, 9 = sin ocupación laboral, 10 = ocupación delictiva, 11 = pensionista o jubilado).

2. VARIABLES CRIMINOLÓGICAS

Variables referidas a la carrera delictiva, a su inicio y a su intensidad y gravedad.

2.1 Variables criminológicas sobre los ANTECEDENTES DELICTIVOS

Variables referidas a las estancias en prisión PREVIAS a la actual.

16) Año de primer ingreso en prisión.

17) Inicio de carrera delictiva (se indica en años, se determina a partir de la edad del primer ingreso en prisión y se calcula con la diferencia entre el año del primer ingreso en prisión y el año de nacimiento).

Inicio de carrera delictiva = (año de primer ingreso en prisión) – (año de nacimiento)

18) Ingreso en centro de menores (dicotómica: 1 = sí, 2 = no). Ingresos en centro de menores por orden judicial por debajo de los 18 años.

19) Edad de ingreso en centro de menores.

20) ¿Ingresos previos en prisión? Dicotómica (1=sí; 0= no). Entradas diferentes en prisión anteriores a la estudiada, tanto preventivos y penados como por medida de seguridad.

2.2 Variables criminológicas sobre la ESTANCIA ACTUAL EN PRISIÓN

Variables referidas a la estancia ACTUAL en la prisión.

21) Cumplimiento en otras prisiones (dicotómica: 1 = sí; 2 = no). Si existen periodos de cumplimiento de la condena actual en otras prisiones del estado español fuera de Cataluña que son previas a la fecha de entrada que consta en las prisiones catalanas para el cumplimiento de la condena actual.

22) Situación procesal- penal en el momento actual (dicotómica: 1= penado; 2= preventivo; 3= medida de seguridad por drogas). No se contempla las medidas de seguridad (MS) en centro psiquiátrico por enfermedad mental, ya que quedan excluidas del estudio el Módulo de Enfermería Psiquiátrica (INPI) y la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria (UHPP-C) por los motivos recogidos anteriormente y éstas son las únicas ubicaciones donde puede realizarse el cumplimiento de MS en centro psiquiátrico, salvo raras excepciones.

23) Delito principal. Delito con mayor pena privativa de libertad impuesta (politómica: 1 = contra la libertad sexual [agresión sexual, abuso sexual], 2 = contra las personas [homicidio, lesiones], 3 = violencia de género, 4 = contra la salud pública, 5 = contra la intimidad [allanamiento de morada, robo en casa habitada], 6 = contra la Seguridad del tránsito, 7 = contra el patrimonio sin violencia en las personas, 8 = contra el patrimonio con violencia en las personas, 9 = contra los derechos de las personas y sus libertades [detenciones ilegales, amenazas, coacciones], 10 = contra el orden público, 11 = falsificaciones, 12 = incendios, 13 = contra la Administración de Justicia, 14 = contra el territorio, urbanismo, protección del patrimonio histórico y del medio ambiente).

24) Comisión de delito violento (dicotómica: 1= sí, 2= no). Considerando los delitos violentos: 1 = contra la libertad sexual, 2 = contra las personas, 3 = violencia de género, 5 = contra la intimidad y 8 = contra el patrimonio con violencia en las personas.

25) Fecha de entrada en prisión de la condena actual. Fecha de entrada en prisión en centros penitenciarios de Cataluña.

26) Fecha de finalización de la/s actual/es condena/s. Fecha de finalización de estancia en prisión según la condena/ condenas impuestas.

27) Presencia de responsabilidades personales subsidiarias (RPS). La RPS en caso de impago de la pena de multa pretende evitar que quede impune o sin efecto una pena de multa.

Según artículo 53 del Código Penal “el que no satisficere, voluntariamente o por vía de apremio, la multa impuesta, quedará sujeto a una responsabilidad personal subsidiaria de un día de privación de libertad por cada dos cuotas diarias no satisfechas.

Forma parte de la condena y puede implicar más tiempo efectivo de condena, incluso de algunos meses más, en caso de no abonar la cantidad económica correspondiente.

28) Número de responsabilidades personales subsidiarias (RPS).

29) Días de RPS. Indicador que nos da información si además el interno presenta delitos leves asociados.

30) Condena. Número total de años de duración de la pena privativa de libertad impuesta.

Condena = (fecha de finalización de condena) – (fecha de entrada en prisión)/ 365 días.

31) Condena real. Número de años que el preso va a estar en prisión.

Condena real = Condena + Días de Responsabilidad penal subsidiaria/ 365 días.

32) Condena > 5 años. Condena real mayor a 5 años de prisión.

33) Tiempo de condena. Número de años que lleva en prisión desde la fecha de entrada en prisión en la condena/condenas actuales y la fecha de pasación del WAIS- IV.

Tiempo de condena = Fecha de pasación del WAIS- fecha de entrada en prisión / 365 días.

3. VARIABLES PENITENCIARIAS

3.1 Variables penitenciarias INDICADORAS de CONFLICTO e INADAPTACIÓN en prisión

Variables indicadoras de conflicto e inadaptación en prisión como la aplicación de medios coercitivos así como variables referidas a la comisión de faltas disciplinarias y sanciones derivadas de la comisión de las mismas.

3.1.1 Medios coercitivos

Los medios coercitivos contemplados en el sistema penitenciario se definen como la acción conveniente o los elementos necesarios que pueden ser utilizados para impedir o reprimir determinadas situaciones de los internos que, debido a la gravedad, requieren una respuesta cuasi- inmediata o inmediata.

El vigente reglamento contempla como medios coercitivos las sujeciones mecánicas (CM), las manillas, la aplicación de fuerza física, uso de defensas de goma y el aislamiento provisional.

- 34) ¿Aplicación de sujeciones mecánicas (CM) durante la condena actual? (dicotómica: 1 = sí, 0 = no).
- 35) Número de aplicaciones de sujeciones mecánicas durante la condena actual.
- 36) Tasa del número de sujeciones mecánicas. Número de sujeciones mecánicas en relación al tiempo que la persona lleva en prisión durante la condena actual.
- 37) Tiempo total de duración de las sujeciones mecánicas (en horas) durante la condena actual.

- 38) Tiempo medio de duración de las sujeciones mecánicas (en horas) durante la condena actual.
- 39) Tasa de tiempo de aplicaciones de sujeciones mecánicas. Tiempo total que la persona ha permanecido en sujeción mecánica con respecto al tiempo que lleva en prisión durante la condena actual.
- 40) ¿Aplicación de manillas durante la condena actual? (dicotómica: 1 = sí, 0 = no).
- 41) Número de aplicaciones de manillas durante la condena actual.
- 42) ¿Aplicación de fuerza física durante la condena actual? (dicotómica: 1 = sí, 0 = no).
- 43) Número de aplicaciones de fuerza física durante la condena actual.
- 44) ¿Aplicación de defensas de goma durante la condena actual? (dicotómica: 1 = sí, 0 = no).
- 45) Número de aplicaciones de defensas de goma durante la condena actual.
- 46) ¿Aplicación de aislamiento provisional durante la condena actual? (dicotómica 1 = sí, 0 = no).
- 47) Número de aplicaciones de aislamiento provisional (AP) durante la condena actual.
- 48) Tiempo total de duración de aislamiento provisional (en horas) durante la condena actual.
- 49) Tiempo total de duración de aislamientos provisionales y sujeciones mecánicas (en horas) durante la condena actual.
- 50) Tiempo medio de duración de aislamientos provisionales y sujeciones mecánicas (en horas) durante la condena actual.
- 51) Tasa de tiempo de aislamientos provisionales y sujeciones mecánicas. Tiempo que se ha pasado en aislamiento provisional o con sujeción mecánica en relación al tiempo que actualmente lleva en prisión durante la condena actual.

*Tasa de tiempo de aislamiento y CM = Tiempo total de duración de aislamiento y CM / (Tiempo de condena*24)*

- 52) ¿Aplicación de medidas coercitivas durante la condena actual? (sujeciones mecánicas, manillas, fuerza física, defensas de goma, aislamiento provisional) (dicotómica 1 = sí, 0 = no).
- 53) Número de aplicaciones totales de medidas coercitivas durante la condena actual (sujeciones mecánicas, manillas, fuerza física, defensas de goma, aislamiento provisional).

3.1.2 Faltas disciplinarias

Según el artículo 231 del Reglamento Penitenciario (R.P.), el régimen disciplinario se aplica a todos los internos y está dirigido a garantizar la seguridad y el buen orden regimental y a conseguir una convivencia ordenada. La potestad disciplinaria se ejerce por la Comisión Disciplinaria, en el que los hechos constitutivos de falta disciplinaria son sancionados con su correspondiente sanción, en función de la gravedad de la falta cometida.

En cada caso concreto, la determinación de la sanción y de su duración se llevará a efecto atendiendo a la naturaleza de la infracción, a la gravedad de los daños y perjuicios ocasionados, al grado de ejecución de los hechos, a la culpabilidad de los responsables y al grado de su participación en aquéllos, así como a las demás circunstancias concurrentes.

54) ¿Faltas disciplinarias LEVES durante la condena actual? (dicotómica: 1 = sí, 0 = no). Considerando como faltas disciplinarias leves aquellas recogidas como faltas leves en el artículo 110 del R.P.

Artículo 110 del R.P. Son faltas leves:

a) *Faltar levemente a la consideración debida a las autoridades, funcionarios y personas del apartado b) del artículo 108, en las circunstancias y lugares que en el mismo se expresan.*

b) *La desobediencia de las órdenes recibidas de los funcionarios de instituciones penitenciarias en ejercicio legítimo de sus atribuciones que no causen alteración de la vida regimental y de la ordenada convivencia.*

c) *Formular reclamaciones sin hacer uso de los cauces establecidos reglamentariamente.*

d) *Hacer uso abusivo y perjudicial de objetos no prohibidos por las normas de régimen interior.*

e) *Causar daños graves en las dependencias, materiales o efectos del establecimiento o en las pertenencias de otras personas por falta de diligencia o cuidado.*

f) Cualquier otra acción u omisión que implique incumplimiento de los deberes y obligaciones del interno, produzca alteración en la vida regimental y en la ordenada convivencia y no esté comprendida en los supuestos de los artículos 108 y 109, ni en los apartados anteriores de este artículo.

55) Número de faltas disciplinarias LEVES durante la condena actual.

56) Tasa del número de faltas disciplinarias LEVES durante la condena actual. Número de faltas disciplinarias leves en relación al tiempo que la persona lleva en prisión durante la condena actual.

57) ¿Faltas disciplinarias GRAVES durante la condena actual? (dicotómica 1 = sí, 0 = no). Considerando las faltas disciplinarias graves aquellas recogidas como faltas graves en el artículo 109 del R.P.

Artículo 109 del R.P. Son faltas graves:

a) Calumniar, injuriar, insultar y faltar gravemente al respeto y consideración debidos a las autoridades, funcionarios y personas del apartado b) del artículo anterior, en las circunstancias y lugares que en el mismo se expresan.

b) Desobedecer las órdenes recibidas de autoridades o funcionarios en el ejercicio legítimo de sus atribuciones o resistirse pasivamente a cumplirlas.

c) Instigar a otros reclusos a motines, plantes o desórdenes colectivos, sin conseguir ser secundados por éstos.

d) Insultar a otros reclusos o maltratarles de obra.

e) Inutilizar deliberadamente las dependencias, materiales o efectos del establecimiento o las pertenencias de otras personas causando daños de escasa cuantía, así como causar en los mismos bienes, daños graves por negligencia temeraria.

f) Introducir, hacer salir o poseer en el establecimiento objetos que se hallaren prohibidos por las normas de régimen interior.

g) Organizar o participar en juegos de suerte, envite o azar, que no se hallaren permitidos en el establecimiento.

h) La divulgación de noticias o datos falsos, con la intención de menoscabar la buena marcha regimental del establecimiento.

i) La embriaguez producida por el abuso de bebidas alcohólicas autorizadas que cause grave perturbación en el establecimiento o por aquellas que se hayan conseguido o elaborado de forma clandestina, así como el uso de drogas tóxicas, drogas psicotrópicas o estupefacientes, salvo prescripción facultativa.

58) Número de faltas disciplinarias GRAVES durante la condena actual.

59) Tasa del número de faltas disciplinarias GRAVES durante la condena actual. Número de faltas disciplinarias graves en relación al tiempo que la persona lleva en prisión durante la condena actual.

60) ¿Faltas disciplinarias MUY GRAVES durante la condena actual? (dicotómica: 1 = sí, 0 = no). Considerando las faltas disciplinarias excesivamente graves aquellas recogidas como faltas muy graves en los apartados e, f, g, h e i del artículo 108 del R.P.

Artículo 108 del R.P. Son faltas muy graves:

e) Intentar, facilitar o consumir la evasión.

f) Inutilizar deliberadamente las dependencias, materiales o efectos del establecimiento o las pertenencias de otras personas causando daños de elevada cuantía.

g) La sustracción de materiales o efectos del establecimiento o de las pertenencias de otras personas.

h) La divulgación de noticias o datos falsos, con la intención de menoscabar la seguridad del establecimiento.

i) Atentar contra la decencia pública con actos de grave escándalo y trascendencia.

61) Número de faltas disciplinarias MUY GRAVES durante la condena actual.

62) Tasa del número de faltas disciplinarias MUY GRAVES durante la condena actual. Número de faltas disciplinarias MUY GRAVES en relación al tiempo que la persona lleva en prisión durante la condena actual.

63) ¿Faltas disciplinarias EXCESIVAMENTE graves durante la condena actual? (dicotómica: 1 = sí, 0 = no). Considerando las faltas disciplinarias excesivamente graves aquellas recogidas como faltas muy graves en los apartados a, b, c y d del artículo 108 del R.P.

Artículo 108 del R.P. Son faltas muy graves:

a) Participar en motines, plantos o desórdenes colectivos, o instigar a los mismos si éstos se hubieran producido.

b) Agredir, amenazar o coaccionar a cualesquiera personas dentro del establecimiento o a las autoridades o funcionarios judiciales o de instituciones penitenciarias, tanto dentro como fuera del establecimiento si el interno hubiera salido con causa justificada durante su internamiento y aquéllos se hallaren en el ejercicio de sus cargos o con ocasión de ellos.

c) Agredir o hacer objeto de coacción grave a otros internos.

d) La resistencia activa y grave al cumplimiento de las órdenes recibidas de autoridad o funcionario en ejercicio legítimo de sus atribuciones.

64) Número de faltas disciplinarias EXCESIVAMENTE graves durante la condena actual.

65) Tasa del número de faltas disciplinarias EXCESIVAMENTE graves durante la condena actual. Número de faltas disciplinarias excesivamente graves en relación al tiempo que la persona lleva en prisión durante la condena actual.

66) ¿Faltas disciplinarias excesivamente graves, muy graves y graves durante la condena actual?

67) Número TOTAL de faltas excesivamente graves, muy graves y graves durante la condena actual.

68) Tasa del número TOTAL de faltas disciplinarias excesivamente graves, muy graves y graves durante la condena actual.

69) ¿Faltas disciplinarias en la condena actual? (excesivamente graves, muy graves, graves y leves) (dicotómica: 1 = sí, 0 = no).

70) Número TOTAL de faltas disciplinarias durante la condena actual (faltas excesivamente graves, muy graves, graves y leves).

71) Tasa del número de faltas disciplinarias TOTALES durante la condena actual. Número TOTAL de faltas disciplinarias en relación al tiempo que la persona lleva en prisión durante la condena actual.

3.1.3 Sanciones

Se recogen dos tipos de sanciones. El aislamiento en celda y la privación de paseos y actos recreativos (PPAR). El aislamiento en celda constituye la sanción más grave dentro del catálogo de sanciones, por llevar consigo la separación absoluta del interno respecto del resto de la población reclusa y la exclusión de sus contactos con el mundo exterior. Admite dos clases, el aislamiento en celdas diario y el de fines de semana.

Artículo 233. Correlación de infracciones y sanciones.

1. Por la comisión de las faltas muy graves, tipificadas en el artículo 108 del Reglamento Penitenciario aprobado por Real Decreto 1201/1981, de 8 de mayo, podrán imponerse las siguientes sanciones:

- Sanción de aislamiento en celda de seis a catorce días de duración, siempre que se haya manifestado una evidente agresividad o violencia por parte del interno o cuando éste reiterada y gravemente altere la normal convivencia del Centro.*
- Sanción de aislamiento de hasta siete fines de semana.*

2. Por la comisión de las faltas graves, tipificadas en el artículo 109 del Reglamento Penitenciario aprobado por el Real Decreto 1201/1981, de 8 de mayo, podrán imponerse las siguientes sanciones:

- Sanción de aislamiento en celda de lunes a viernes por tiempo igual o inferior a cinco días, siempre que concurran los requisitos de la letra a del apartado anterior.*
- Las restantes faltas graves se sancionarán con privación de permisos de salida por tiempo igual o inferior a dos meses, limitación de las comunicaciones orales al mínimo tiempo previsto reglamentariamente durante un mes como máximo o privación de paseos y actos recreativos comunes desde tres días hasta un mes como máximo.*

3. Las faltas leves tipificadas en el artículo 110 del Reglamento Penitenciario aprobado por el Real Decreto 1201/1981, de 8 de mayo, sólo podrán corregirse con privación de paseos y actos recreativos comunes de hasta tres días de duración y con amonestación.

72) Aislamiento en celda. ¿Ha presentado algún día de aislamiento en celda durante la condena actual? (dicotómica: sí = 1, no = 0).

73) Número total de días de aislamiento en celda durante la condena actual.

74) Tasa de aislamiento en celda. Número de días de aislamiento en celda en relación al tiempo en días que lleva en prisión durante la condena actual.

75) Privación de paseos y actos recreativos (PPAR). ¿Ha presentado algún día de privación de paseos y actos recreativos durante la condena actual?

76) Número total de días de privación de paseos y actos recreativos (PPAR) durante la condena actual.

77) Tasa de PPAR. Número de días que ha pasado la persona en PPAR en relación al tiempo que lleva en prisión durante la condena actual.

3.2 Variables penitenciarias INDICADORAS de BUENA ADAPTACIÓN en prisión

VARIABLES INDICADORAS DE BUENA ADAPTACIÓN EN PRISIÓN COMO LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES LABORALES, EL NIVEL DE ADAPTACIÓN EN CENTRO PENITENCIARIO SEGÚN LA PUNTUACIÓN DE ESCALA SAM Y LOS NIVELES DE RIESGO DE REINCIDENCIA EN VIOLENCIA AUTO-DIRIGIDA, VIOLENCIA INTRA-INSTITUCIONAL, DE REINCIDENCIA VIOLENTA Y DE QUEBRANTAMIENTO DE CONDENAS.

3.2.1 Actividades laborales: talleres y destinos

Trabajos remunerados realizando actividades de organización y funcionamiento del propio centro penitenciario.

DESTINOS

(Limpieza de celdas, limpieza de zonas comunes, barrido del patio del módulo, ordenanza, office, lavandería, mantenimiento, peluquería, bibliotecario, economatero, ayudante de office, cocina, panadería, etc.).

- 78) ¿Ha tenido algún destino en la condena actual? (dicotómica: 1 = sí, 0 = no).
- 79) Número de días trabajados en destinos durante la condena actual.
- 80) Tasa de días trabajados en destinos. Número de días que la persona ha trabajado en destinos en relación al tiempo que lleva en prisión durante la condena actual.
- 81) Tipo de destino en función de la responsabilidad (dicotómica: 0 = genérico, 1 = encargado).

TALLERES

- 82) ¿Ha realizado actividad laboral en talleres durante la condena actual? (dicotómica: 1 = sí, 0 = no).
- 83) Número de días trabajados en talleres.
- 84) Tasa de días trabajados en talleres. Número de días que la persona ha trabajado talleres en relación al tiempo que lleva en prisión durante la condena actual.
- 85) Tipo de trabajo realizado en talleres en función de la responsabilidad (dicotómica: 0 = genérico, 1 = encargado).

3.2.2 Nivel de adaptación en centro penitenciario. Puntuación SAM

El SAM es un indicador creado por el sistema de justicia. Constituye un sistema de evaluación trimestral de tipo motivacional para cada interno por parte de los Equipos de Tratamiento del centro penitenciario.

Sus valores numéricos van entre 0 y 45, que se agrupan en cuatro niveles de valoración A, B, C, D. La puntuación máxima es de 45 puntos, que es la mejor calificación que puede obtener el interno.

La calificación obtenida por el interno en el SAM tiene en cuenta el número y la valoración de las actividades realizadas por el interno en el centro, los permisos ordinarios y salidas programadas, los hechos positivos e incidentes negativos realizados por el interno, los créditos positivos que ha obtenido, los expedientes disciplinarios y sanciones que se le han impuesto y la consecución de objetivos marcados por los Equipos de Tratamiento del centro penitenciario.

- 86) SAM 1t. SAM en primer trimestre del primer año de entrada en prisión. Numérica.
- 87) Letra SAM 1t. Puntuación SAM en primer trimestre del primer año de entrada en prisión. (politémica: 1 = A, 2 = B, 3 = C, 4 = D).
- 88) SAM 2t. SAM en segundo trimestre del primer año de entrada en prisión. Numérica.
- 89) Letra SAM 2t. Puntuación SAM en segundo trimestre del primer año de entrada en prisión. (politémica: 1 = A, 2 = B, 3 = C, 4 = D).
- 90) SAM 3t. SAM en tercer trimestre del primer año de entrada en prisión. Numérica.
- 91) Letra SAM 3t. Puntuación SAM en tercer trimestre del primer año de entrada en prisión. (politémica: 1 = A, 2 = B, 3 = C, 4 = D).
- 92) SAM 4t. SAM en cuarto trimestre del primer año de entrada en prisión. Numérica.
- 93) Letra SAM 4t. Puntuación SAM en cuarto trimestre del primer año de entrada en prisión. (politémica: 1 = A, 2 = B, 3 = C, 4 = D).
- 94) Variación del SAM. Esta variable se construye a partir de la diferencia entre el SAM del segundo trimestre del primer año de entrada en prisión menos el SAM del primer trimestre del primer año de entrada en prisión.

Un número alto en la variación del SAM indica una buena evolución por la mayor participación durante el segundo trimestre de entrada en prisión en actividades, talleres, destinos, disfrute de salidas y permisos ordinarios e inclusión en programas de rehabilitación que no se darán al inicio del ingreso. Un número bajo o negativo indicará una mala evolución por la ausencia de participación de las actividades realizadas por el interno en el centro o por la existencia de un mayor número sanciones, expedientes disciplinarios o hechos negativos durante el segundo trimestre de su entrada en prisión, lo que se traduce en dificultades de adaptación al medio.

$$\text{Variación de SAM} = \text{SAM promedio } 2t - \text{SAM promedio } 1t.$$

Por tanto, la variación del SAM sólo se calculará en aquellos presos con estancias en prisión mayores a un año.

3.2.3 Niveles de riesgo. Escala RisCanvi

El RisCanvi es un protocolo de evaluación y gestión de riesgo de violencia autodirigida, violencia intra- institucional, de riesgo de reincidencia violenta y de quebrantamiento de condena que se aplica a toda la población penitenciaria catalana. Los profesionales del centro penitenciario (educadores sociales, psicólogos, juristas- criminólogos, trabajadores sociales, pedagogos, etc.), participan en esta evaluación e intervención, que es clave en los procesos de toma de decisiones, a través de los órganos representativos correspondientes de los centros penitenciarios.

- 95) Nivel de riesgo de violencia autodirigida.
- 96) Nivel de riesgo de violencia intra- institucional.
- 97) Nivel de riesgo de reincidencia violenta.
- 98) Nivel de riesgo de quebrantamiento de condena.

4. VARIABLES CLÍNICAS

4.1 Variables recogidas en la HISTORIA CLÍNICA

4.1.1 Variables psiquiátricas

99) Psiquiatría. Existencia de seguimiento por psiquiatría del Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD) psiquiatra de Centro de Adicciones (CAS) del CP durante la condena actual (0 = no, 1 = Psiquiatría PSSJD, 2 = Psiquiatría CAS).

100) TMG. Trastorno Mental Grave. Existencia de diagnóstico en historia clínica de Trastorno Mental Grave (dicotómica: 1 = sí, 0 = no).

101) Tipo de TMG. Tipo de Trastorno Mental Grave (1 = trastorno psicótico, 2 = esquizofrenia, 3 = trastorno delirante, 4 = trastorno bipolar, 5 = trastorno depresivo grave con síntomas psicóticos, 6 = trastorno obsesivo compulsivo, 7 = trastorno depresivo grave recurrente, 8 = trastorno límite de personalidad)

102) TDAH. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Existencia de diagnóstico en historia clínica de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (dicotómica: 1 = sí, 0 = no).

103) TP. Trastorno de Personalidad. Existencia de diagnóstico en historia clínica de trastorno de la personalidad) (dicotómica: 1 = sí, 0 = no).

104) RM. Retraso Mental. Existencia de diagnóstico en historia clínica de retraso mental (dicotómica: 1 = sí, 0 = no).

105) TD. Trastorno Depresivo. Existencia de diagnóstico en historia clínica de trastorno depresivo (dicotómica: 0= no, 1 = sí).

106) TA. Trastorno Adaptativo. Existencia de diagnóstico de trastorno adaptativo en historia clínica (dicotómica: 0 = no, 1= sí).

107) Ansiedad. Trastorno de ansiedad. Existencia de diagnóstico de clínica ansiosa en historia clínica (dicotómica: 0 = no, 1 = sí).

108) Insomnio. Existencia de diagnóstico de insomnio en historia clínica (dicotómica: 0 = no, 1 = sí).

109) Tratamiento psicofarmacológico en historia clínica. Existencia de tratamiento pautado con psicofármacos en historia clínica (antipsicóticos, benzodiazepinas, antiepilépticos).

110) Antipsicóticos en historia clínica. Existencia de tratamiento con antipsicóticos en historia clínica (dicotómica: 0= no, 1= sí).

111) BDZ en historia clínica. Existencia de tratamiento con benzodiazepinas (BDZ) en historia clínica (dicotómica: 0= no, 1= sí).

112) Antidepresivos en historia clínica. Existencia de tratamiento con antidepresivos en historia clínica (dicotómica: 1= sí, 0 = no).

113) Antiepilépticos en historia clínica. Existencia de tratamiento con antiepilépticos / eutimizantes en historia clínica (dicotómica: 0= no, 1= sí). Tratamiento con gabapentina, carbamacepina, lamotrigina, ácido valproico, etc.

4.1.2 Serologías

114) VIH. Existencia de diagnóstico de VIH en historia clínica (dicotómica: 1=sí, 0=no).

115) VHB. Existencia de diagnóstico de VHB en historia clínica (dicotómica: 1=sí, 0 = no).

116) VHC. Existencia de diagnóstico de VHC en historia clínica (dicotómica: 1=sí, 0 = no).

4.1.3 Autolesiones y heteroagresividad en la historia clínica

117) Autolesiones en historia clínica. Existencia de diagnóstico de autolesiones en historia clínica.

118) Heteroagresividad. Existencia de diagnóstico de episodios de heteroagresividad en la historia clínica.

4.1.4 Consumo de drogas en la historia clínica

119) Consumo de opiáceos en historia clínica. Existencia de diagnóstico de consumo de opiáceos en historia clínica (0= no, 1= sí, sin criterios de abuso/dependencia, 2= abuso, 3= dependencia).

120) Consumo de psicoestimulantes en historia clínica. Existencia de diagnóstico de consumo de psicoestimulantes en historia clínica (0= no, 1= sí sin criterios de abuso/dependencia, 2= abuso, 3= dependencia).

121) Consumo de cocaína en historia clínica. Existencia de diagnóstico de consumo de cocaína en historia clínica (0= no, 1= sí sin criterios de abuso/ dependencia, 2= abuso, 3= dependencia).

122) Consumo de THC en historia clínica. Existencia de diagnóstico de consumo de cannabis (THC) en historia clínica (0= no, 1= sí sin criterios de abuso/ dependencia, 2= abuso, 3= dependencia).

123) Consumo de BDZ en historia clínica. Existencia de diagnóstico de consumo de benzodiacepinas (BDZ) en historia clínica (0= no, 1= sí sin criterios de abuso/ dependencia, 2= abuso, 3= dependencia).

124) Consumo de OH en historia clínica. Existencia de consumo de alcohol (OH) en historia clínica ((0= no, 1= sí sin criterios de abuso/ dependencia, 2= abuso, 3= dependencia).

125) Consumo de drogas en historia clínica. Existencia de diagnóstico de consumo de drogas en historia clínica (dicotómica: 0= sí, 1= no).

4.2 Variables AUTORREPORTADAS

4.2.1 Variables autorreportadas relativas al consumo de drogas

126) Consumo de opiáceos activo. Consumo durante los últimos seis meses previos a la realización del estudio. Escala Likert de 5 puntos (0 = nunca, 1 = alguna vez, 2 = de vez en cuando, 3 = frecuentemente, 4 = casi a diario).

127) Antecedentes de consumo de opiáceos. Escala Likert de 5 puntos (0 = nunca, 1 = alguna vez, 2 = de vez en cuando, 3 = frecuentemente, 4 = casi a diario).

128) Patrón de abuso/dependencia de opiáceos (dicotómica: 1= sí, 0 = no). Clasificado por el entrevistador en función si los consumos han sido o son frecuentes o casi a diario, tanto actualmente como a lo largo de su trayectoria vital, teniendo en cuenta la cantidad y frecuencia.

129) Consumo de psicoestimulantes activo. Consumo durante los últimos seis meses previos a la realización del estudio. Escala Likert de 5 puntos (0 = nunca, 1= alguna vez, 2 = de vez en cuando, 3 = frecuentemente, 4 = casi a diario).

130) Antecedentes de consumo de psicoestimulantes. Escala Likert de 5 puntos (0 = nunca, 1 = alguna vez, 2 = de vez en cuando, 3 = frecuentemente, 4 = casi a diario).

131) Patrón de abuso/dependencia de psicoestimulantes (dicotómica: 1 = sí, 0 = no). Tipificado en función de la cantidad, frecuencia y duración del consumo según criterios DSM-IV-R, tanto como si lo presenta en el momento actual como si lo ha presentado en el pasado. Clasificado por el entrevistador en función si los consumos han sido o son frecuentes o casi a diario, tanto actualmente como a lo largo de su trayectoria vital, teniendo en cuenta la cantidad y frecuencia.

132) Consumo de cocaína activo. Consumo durante los últimos seis meses previos a la realización del estudio. Escala Likert de 5 puntos (0 = nunca, 1 = alguna vez, 2 = de vez en cuando, 3 = frecuentemente, 4 = casi a diario).

133) Antecedentes de consumo de cocaína. Escala Likert de 5 puntos (0 = nunca, 1 = alguna vez, 2 = de vez en cuando, 3 = frecuentemente, 4 = casi a diario).

134) Patrón de abuso/dependencia de cocaína (dicotómica: 1 = sí, 0 = no). Clasificado por el entrevistador en función si los consumos han sido o son frecuentes o casi a diario, tanto

actualmente como a lo largo de su trayectoria vital, teniendo en cuenta la cantidad y frecuencia.

135) Consumo de cannabis activo. Consumo durante los últimos seis meses previos a la realización del estudio Escala Likert de 5 puntos (0 = nunca, 1 = alguna vez, 2 = de vez en cuando, 3 = frecuentemente, 4 = casi a diario).

136) Antecedentes de consumo de cannabis. Escala Likert de 5 puntos (0 = nunca, 1 = alguna vez, 2 = de vez en cuando, 3 = frecuentemente, 4 = casi a diario).

137) Patrón de abuso/dependencia de cannabis (dicotómica: 1 = sí, 0 = no). Clasificado por el entrevistador en función si los consumos han sido o son frecuentes o casi a diario, tanto actualmente como a lo largo de su trayectoria vital, teniendo en cuenta la cantidad y frecuencia.

138) Consumo de benzodiazepinas activo. Consumo sin prescripción médica durante los últimos seis meses previos a la realización del estudio. Escala Likert de 5 puntos (0 = nunca, 1 = alguna vez, 2 = de vez en cuando, 3 = frecuentemente, 4 = casi a diario).

139) Antecedentes de consumo de benzodiazepinas sin prescripción médica. Escala Likert de 5 puntos (0 = nunca, 1 = alguna vez, 2 = de vez en cuando, 3 = frecuentemente, 4 = casi a diario).

140) Patrón de abuso/dependencia de benzodiazepinas (dicotómica: 1 = sí, 0 = no). Clasificado por el entrevistador en función si los consumos han sido o son frecuentes o casi a diario, tanto actualmente como a lo largo de su trayectoria vital, teniendo en cuenta la cantidad y frecuencia.

141) Antecedentes de consumo de alcohol. Escala Likert de 5 puntos (0 = nunca, 1 = alguna vez, 2 = de vez en cuando, 3 = frecuentemente, 4 = casi a diario).

142) Patrón de abuso/dependencia de alcohol (dicotómica: 1 = sí, 0 = no). Clasificado por el entrevistador en función si los consumos han sido o son frecuentes o casi a diario, tanto actualmente como a lo largo de su trayectoria vital, teniendo en cuenta la cantidad y frecuencia.

143) Antecedentes de consumo de drogas en la psicobiografía del individuo (dicotómica: 1 = sí, 0 = no). Autorreportada.

144) Consumo de drogas activo. Consumo durante los últimos seis meses previos a la realización del estudio (dicotómica: 1 = sí, 0 = no).

145) Pérdida de conciencia. Antecedentes de episodios de pérdida de conciencia (dicotómica: 1 = sí, 0 = no).

146) Sobredosis. Antecedentes de sobredosis por drogas (alcohol u otras drogas) en la psicobiografía del individuo. Autorreportada (dicotómica: 1 = sí, 0 = no).

4.2.2 Variables autorreportadas relativas a antecedentes familiares

147) Consumo de drogas en padres/ hijos. Autorreportado (dicotómica: 1 = sí, 0 = no).

148) Consumo de drogas en hermanos. Autorreportado (dicotómica: 1= sí, 0 = no).

149) Antecedentes psiquiátricos de TMG en padres/hijos. Autorreportado (dicotómica: 1 = sí, 0 = no).

150) Antecedentes psiquiátricos de TMG en hermanos. Autorreportado (dicotómica: 1 = sí, 0 = no).

4.2.3 Variables autorreportadas relativas a intentos de suicidio, gestos autolesivos y heteroagresividad

151) Intentos de suicidio antes de su primera entrada en prisión. Autorreportada (dicotómica: 1= sí, 0 = no).

152) Intentos de suicidio tras su primera entrada en prisión. Autorreportada (dicotómica: 1 = sí, 0 = no).

153) Conductas autolesivas antes de su primera entrada en prisión (morderse, cortarse, quemarse, hacerse marcas en la piel, pellizcarse, tirarse del pelo, arañarse, golpearse a sí mismo, quitarse costras o impedir la cicatrización, clavarse objetos punzantes, ingerir objetos o sustancias peligrosas). Autorreportada. Escala Likert 5 puntos (0 = nunca, 1 = alguna vez, 2 = de vez en cuando, 3 = frecuentemente, 4 = casi a diario).

154) Conductas autolesivas tras su primera entrada en prisión (morderse, cortarse, quemarse, hacerse marcas en la piel, pellizcarse, tirarse del pelo, arañarse, golpearse a sí

mismo, quitarse costras o impedir la cicatrización, clavarse objetos punzantes, ingerir objetos o sustancias peligrosas). Autorreportada. Escala Likert 5 puntos (0 = nunca, 1 = alguna vez, 2 = de vez en cuando, 3 = frecuentemente, 4 = casi a diario).

155) Heteroagresividad verbal (gritar o insultar a otros) antes de su primera entrada en CP. Autorreportada. Escala Likert 5 puntos (0 = nunca, 1 = alguna vez, 2 = de vez en cuando, 3 = frecuentemente, 4 = casi a diario).

156) Heteroagresividad verbal (gritar o insultar a otros) tras su primera entrada en CP. Autorreportada. Escala Likert 5 puntos (0 = nunca, 1 = alguna vez, 2 = de vez en cuando, 3 = frecuentemente, 4 = casi a diario).

157) Heteroagresividad física (golpear/ romper cosas, golpear/pegar/morder a otras personas) antes de su primera entrada en CP. Autorreportada. Escala Likert 5 puntos (0= nunca, 1 = alguna vez, 2 = de vez en cuando, 3 = frecuentemente, 4 = casi a diario).

158) Heteroagresividad física (golpear/ romper cosas, golpear/pegar/morder a otras personas) tras su primera entrada en CP. Autorreportada. Escala Likert 5 puntos (0 = nunca, 1 = alguna vez, 2 = de vez en cuando, 3 = frecuentemente, 4= casi a diario).

4.2.4 Variables autorreportadas relativas a la existencia de maltratos y abusos

159) Maltratos psicológicos en la infancia (haber sufrido amenazas de daño o gritos o insultos por parte de padres o cuidadores). Escala Likert de 5 puntos (0 = nunca, 1 = alguna vez, 2 =de vez en cuando, 3 = frecuentemente, 4 = casi a diario). Se agrupan los indicadores y se puntúa con aquél indicador que haya obtenido el valor más alto en la escala.

160) Maltratos físicos en la infancia (haber recibido por parte de padres o cuidadores tanto empujones como golpes en la cara, golpes en el cuerpo con la mano, golpes en el cuerpo con el puño, golpes en el cuerpo con el pie o haber sido golpeado con algún objeto). Escala Likert de 5 puntos (0 = nunca, 1 = alguna vez, 2 = de vez en cuando, 3 = frecuentemente, 4 = casi a diario). Se agrupan los indicadores y se puntúa con aquél indicador que haya obtenido el valor más alto en la escala.

161) Maltratos psicológicos en la edad adulta antes de entrar en prisión (haber sufrido por parte de alguna o algunas personas del entorno cercano, tanto de la familia o del barrio,

amenazas de daño, gritos o insultos). Escala Likert de 5 puntos (0 = nunca, 1 = alguna vez, 2 = de vez en cuando, 3 = frecuentemente, 4 = casi a diario). Se agrupan los indicadores y se puntúa con aquél indicador que haya obtenido el valor más alto en la escala.

162) Maltratos físicos en la edad adulta antes de la entrada en prisión (haber sufrido por parte de alguna o algunas personas del entorno cercano, tanto de la familia o del barrio, golpes con la mano, golpes con el puño, golpes con el pie o golpes con algún objeto). Escala Likert de 5 puntos (0 = nunca, 1 = alguna vez, 2 = de vez en cuando, 3 = frecuentemente, 4 = casi a diario). Se agrupan los indicadores y se puntúa con aquél que ha obtenido el valor más alto en la escala Likert.

163) Maltratos psicológicos en la edad adulta durante la estancia en prisión (haber sufrido por parte de alguna o algunas personas en prisión tanto amenazas de daño como gritos o insultos). Escala Likert de 5 puntos (0 = nunca, 1 = alguna vez, 2 = de vez en cuando, 3 = frecuentemente, 4 = casi a diario). Se agrupan los indicadores y se puntúa con aquél que ha obtenido el valor más alto en la escala Likert.

164) Maltratos físicos en la edad adulta durante la estancia en prisión (haber sufrido por parte de alguna o algunas personas, dentro de la prisión, golpes con la mano, golpes con el puño, golpes con el pie o golpes con algún objeto). Escala Likert de 5 puntos (0 = nunca, 1 = alguna vez, 2 = de vez en cuando, 3 = frecuentemente, 4 = casi a diario). Se agrupan los indicadores y se puntúa con aquél que ha obtenido el valor más alto en la escala Likert.

165) Historia de abuso sexual en la infancia (dicotómica: 1 = sí, 0 = no).

166) Historia de abuso sexual en la edad adulta antes de la entrada en prisión (dicotómica: 1 = sí, 0 = no).

167) Historia de abuso sexual en la edad adulta posterior a su primera entrada en prisión (dicotómica: 1 = sí, 0 = no).

5. VARIABLES SOCIALES

168) Existencia de grado de discapacidad (0 = no, 1 = sí por enfermedad física, 2 = sí por enfermedad mental, 3 = sí por consumo de drogas, 4 = por enfermedad mental y física, 5 = desconocida).

169) Grado de discapacidad.

170) Inclusión en programa ACCEPTA (dicotómica: 1 = sí, 0 = no).

6. ESCALAS

6.1 Escala de malestar psicológico de Kessler – 10 (K- 10)

171) Puntuación en Escala Kessler. Puntuación en cuatro niveles: bajo (10-15 puntos), moderado (16-21), alto (22-29) y muy alto (30-50).

172) Puntuación en Escala Kessler mayor a 21 puntos. Puntuaciones superiores a 21 son sugestivos de la presencia de un trastorno de ansiedad y/ o depresión. (dicotómica: 1 = riesgo alto/ muy alto, 2 = riesgo bajo/muy bajo).

6.2 Escala Wechler de inteligencia para adultos (WAIS- IV)

- 173) Pruebas de Comprensión verbal. Puntuación en la pruebas de Comprensión verbal.
- 174) Índice de Comprensión verbal.
- 175) Índice de Comprensión verbal cualitativa. Agrupada por intervalos (muy bajo, límite, normal – bajo, medio, normal – alto, superior, muy superior).
- 176) Pruebas de Razonamiento perceptivo. Puntuación en la pruebas de Razonamiento perceptivo.
- 177) Índice de Razonamiento perceptivo.
- 178) Índice de Razonamiento perceptivo cualitativa. Agrupada por intervalos (muy bajo, límite, normal – bajo, medio, normal – alto, superior, muy superior).
- 179) Pruebas de Memoria de trabajo. Puntuación en las pruebas de Memoria de trabajo.
- 180) Índice de Memoria de trabajo.
- 181) Índice de Memoria de trabajo cualitativa. Agrupada por intervalos (muy bajo, límite, normal – bajo, medio, normal – alto, superior, muy superior).
- 182) Pruebas de Velocidad de procesamiento. Puntuación en las pruebas de Velocidad de procesamiento.
- 183) Índice de Velocidad de procesamiento.
- 184) Índice de Velocidad de procesamiento. Agrupada por intervalos (muy bajo, límite, normal – bajo, medio, normal – alto, superior, muy superior).
- 185) Puntuación en Escala total.
- 186) Cociente intelectual total (CIT).
- 187) Cociente intelectual total (CIT). Agrupada por intervalos (muy bajo, límite, normal – bajo, medio, normal – alto, superior, muy superior).
- 188) DI vs No DI. Participantes con discapacidad intelectual (DI) y sin DI.
- 189) DI, IL y no DI. Participantes con Inteligencia límite (IL).
- 190) Grados de DI. Participantes agrupados en función del grado de DI.
- 191) Pruebas de Capacidad general. Puntuación en las pruebas de Capacidad general.
- 192) Índice de Capacidad general.
- 193) Índice de Capacidad general cualitativa. Agrupada por intervalos ((muy bajo, límite, normal – bajo, medio, normal – alto, superior, muy superior).

RESULTADOS

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

1. VARIABLES PERSONALES Y SOCIODEMOGRÁFICAS

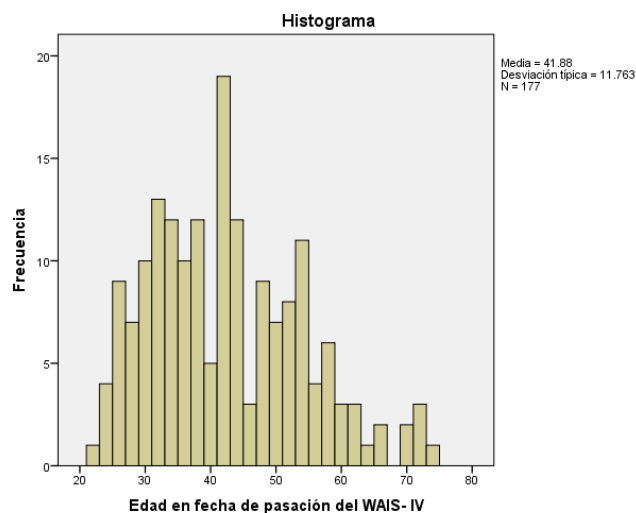
Edad en fecha de pasación del WAIS- IV

Tabla 17. Edad en fecha de pasación del WAIS- IV

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		41.88
Mediana		41.00
Desviación típica		11.763
Mínimo		22
Máximo		73
Percentiles	25	32.50
	50	41.00
	75	50.50

Entre el total de participantes del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), la media de edad era de 41.88 años ($\sigma = 11.763$).

Gráfico 1. Edad en fecha de pasación del WAIS- IV. Histograma



Nacionalidad

Tabla 18. Nacionalidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Española	151	85.3	85.3	85.3
Extranjeros que hablan castellano	26	14.7	14.7	100.0
Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 151 participantes eran de nacionalidad española (85,3 %) y 26 participantes eran extranjeros procedentes de países donde se habla castellano como lengua oficial (14,7 %).

Área geográfica de procedencia

Tabla 19. Área geográfica de procedencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	España	151	85.3	85.3	85.3
	Argentina	2	1.1	1.1	86.4
	Colombia	5	2.8	2.8	89.3
	República Dominicana	4	2.3	2.3	91.5
	Ecuador	11	6.2	6.2	97.7
	Honduras	1	0.6	0.6	98.3
	Perú	3	1.7	1.7	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

De los 26 extranjeros procedentes de países hispanohablantes, 11 eran de Ecuador (6,2 %), 5 de Colombia (2,8 %), 4 de República Dominicana (2,3 %), 3 de Perú (1,7 %), 2 de Argentina (1,1 %) y 1 de Honduras (0,6 %).

Estado civil

Tabla 20. Estado civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	soltero	118	66.7	67.4	67.4
	casado	28	15.8	16.0	83.4
	viudo	3	1.7	1.7	85.1
	separado o divorciado	26	14.7	14.9	100.0
	Total	175	98.9	100.0	
Perdidos	Sistema	2	1.1		
Total		177	100.0		

De los 175 participantes (98,9 %) de los que disponemos datos sobre el estado civil del total de participantes del estudio ($N = 177$), 118 participantes estaban solteros (67,4 %), 28 participantes estaban casados (16 %), 26 participantes estaban separados o divorciados (14,9 %) y 3 participantes estaban viudos (1,7 %).

Pareja estable

Tabla 21. Pareja estable

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje mulado
Válidos	sin pareja estable	147	83.1	84.0	84.0
	con pareja estable	28	15.8	16.0	100.0
	Total	175	98.9	100.0	
Perdidos	Sistema	2	1.1		
Total		177	100.0		

De los 175 participantes (98,9 %) de los que disponemos datos sobre pareja estable del total de participantes del estudio ($N = 177$), 147 participantes se encontraban sin pareja estable (84,0 %) y 28 participantes tenían pareja estable (16,0 %) en el momento de realización del estudio.

Hijos

Tabla 22. Hijos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	sin hijos	49	27.7	30.2	30.2
	con hijos	113	63.8	69.8	100.0
	Total	162	91.5	100.0	
Perdidos	Sistema	15	8.5		
Total		177	100.0		

De los 162 participantes (91,5 %) sobre los que disponemos datos sobre el número de hijos del total de participantes del estudio ($N = 177$), 113 de ellos tenían hijos (69,8 %) y 49 de ellos no tenían hijos (30,2 %).

Número de hijos

Tabla 23. Número de hijos

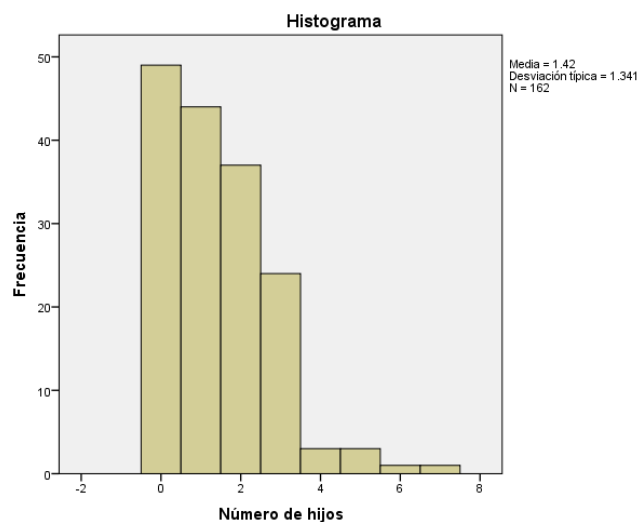
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	49	27.7	30.2	30.2
	1	44	24.9	27.2	57.4
	2	37	20.9	22.8	80.2
	3	24	13.6	14.8	95.1
	4	3	1.7	1.9	96.9
	5	3	1.7	1.9	98.8
	6	1	0.6	0.6	99.4
	7	1	0.6	0.6	100.0
	Total		162	91.5	100.0
Perdidos	Sistema	15	8.5		
Total		177	100.0		

De los 162 participantes (91,5 %) de los que disponemos datos sobre el número de hijos del total de participantes de estudio ($N=177$), 49 participantes no tenían hijos (30,2 %), 44 de ellos tenían un solo hijo (27,2 %), 37 de ellos tenían dos hijos (22,8 %), 24 de ellos tenían 3 hijos (14,8 %), y 8 de ellos tenían 4 o más hijos (5 %).

Tabla 24. Media de número de hijos

N	Válidos	162
	Perdidos	15
Media		1.42
Mediana		1.00
Desviación típica		1.341
Mínimo		0
Máximo		7
Percentiles	25	0.00
	50	1.00
	75	2.00

Gráfico 2. Número de hijos. Histograma



De los 162 participantes (0,91 %) de los que disponemos datos sobre el número de hijos del total de participantes del estudio ($N = 177$), la media del número de hijos fue de 1.42 ($\sigma = 1.341$).

Abandono de estudios escolares

Tabla 25. Abandono de estudios escolares

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	57	32.2	36.5	36.5
	sí	99	55.9	63.5	100.0
	Total	156	88.1	100.0	
Perdidos	Sistema	21	11.9		
Total		177	100.0		

De los 156 participantes (88,1 %) de los que disponemos datos sobre el abandono de estudios escolares del total de participantes del estudio ($N = 177$), 99 participantes habían abandonado los estudios escolares antes de los 18 años de edad (63,5 %).

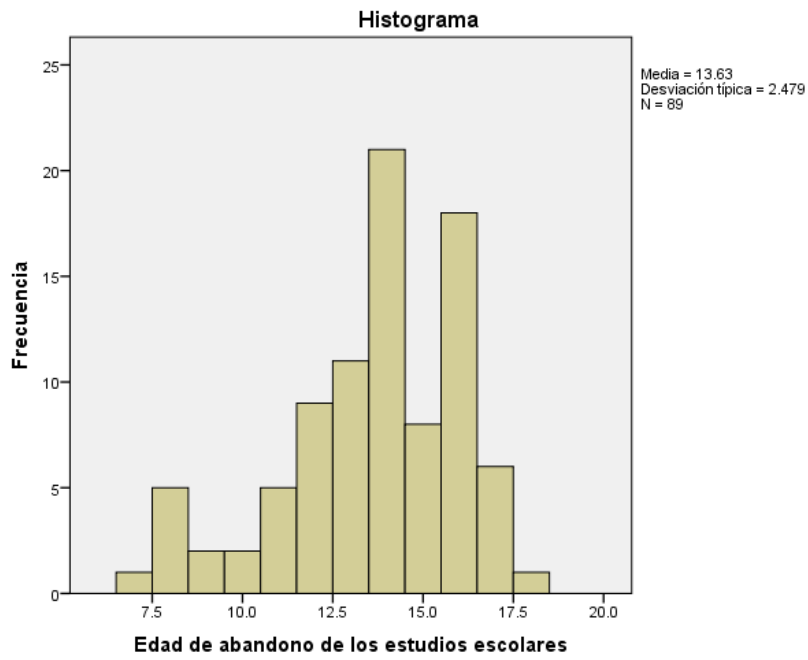
Edad de abandono de los estudios escolares

Tabla 26. Edad de abandono de estudios escolares

N	Válidos	89
	Perdidos	88
Media		13.63
Mediana		14.00
Desviación típica		2.479
Mínimo		7
Máximo		18
Percentiles	25	12.00
	50	14.00
	75	16.00

De los 89 participantes (0,50 %) de los que tenemos datos sobre la edad de abandono de estudios escolares sobre el total de participantes del estudio ($N = 177$), la edad media de abandono de los estudios fue de 13.63 años ($\sigma = 2.479$).

Gráfico 3. Edad de abandono de los estudios escolares. Histograma



Nivel educativo/ formativo

Tabla 27. Nivel educativo/formativo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Fi I	2	1.1	1.1	1.1
	Fi II	18	10.2	10.2	11.3
	Fi III	35	19.8	19.8	31.1
	GES I	64	36.2	36.2	67.2
	GES II	20	11.3	11.3	78.5
	Bachillerato/ IOC	12	6.8	6.8	85.3
	acceso universitario	4	2.3	2.3	87.6
	grado formativo medio	4	2.3	2.3	89.8
	grado formativo superior	2	1.1	1.1	91.0
	Estudios Universitarios	16	9.0	9.0	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

Tabla 28. Formación (agrupada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Formación Instrumental	55	31.1	31.1	31.1
	Grado en Educación Secundaria	84	47.5	47.5	78.5
	Bachillerato / IOC	12	6.8	6.8	85.3
	Acceso universitario	4	2.3	2.3	87.6
	Grado formativo medio	4	2.3	2.3	89.8
	Grado formativo superior	2	1.1	1.1	91.0
	Estudios universitarios	16	9.0	9.0	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 55 participantes poseían estudios primarios (31,1 %), 84 de ellos estudios secundarios (47,5 %), 12 de ellos estudios de bachillerato (6,8 %), 4 de ellos grados formativos medios (2,3 %), 2 de ellos grados formativos superiores (1,1 %), 4 de ellos acceso a la universidad (2,3 %) y 16 de ellos Estudios Universitarios (9 %).

Profesión

Tabla 29. Profesión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Profesiones asociadas a titulaciones universitarias	7	4.0	4.0	4.0
Administrativos	3	1.7	1.7	5.7
Trabajos no cualificados en sector primario	2	1.1	1.1	6.9
Trabajos no cualificados en sector secundario	75	42.4	43.1	50.0
Trabajos no cualificados en sector terciario	45	25.4	25.9	75.9
Trabajadores cualificados	8	4.5	4.6	80.5
Sin ocupación laboral	29	16.4	16.7	97.1
Pensionista o jubilado	5	2.8	2.9	100.0
Total	174	98.3	100.0	
Perdidos				
Sistema	3	1.7		
Total	177	100.0		

Tabla 30. Profesión (agrupada)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Sin ocupación, pensionista o jubilado	34	19.2	19.5	19.5
Trabajadores no cualificados	122	68.9	70.1	89.7
Trabajadores cualificados o administrativos	11	6.2	6.3	96.0
Profesiones asociadas a titulaciones universitarias	7	4.0	4.0	100.0
Total	174	98.3	100.0	
Perdidos				
Sistema	3	1.7		
Total	177	100.0		

De los 174 participantes (98,3 %) de los que disponemos datos sobre su profesión sobre el total de participantes del estudio ($N= 177$), 122 eran trabajadores no cualificados (70,1 %), 34 de ellos estaban sin ocupación o eran pensionistas o jubilados en el momento del estudio (19,2 %), 11 de ellos eran trabajadores cualificados o administrativos (6,3 %) y 7 de ellos tenían profesiones asociadas a titulaciones universitarias (4 %)

2. VARIABLES CRIMINOLÓGICAS

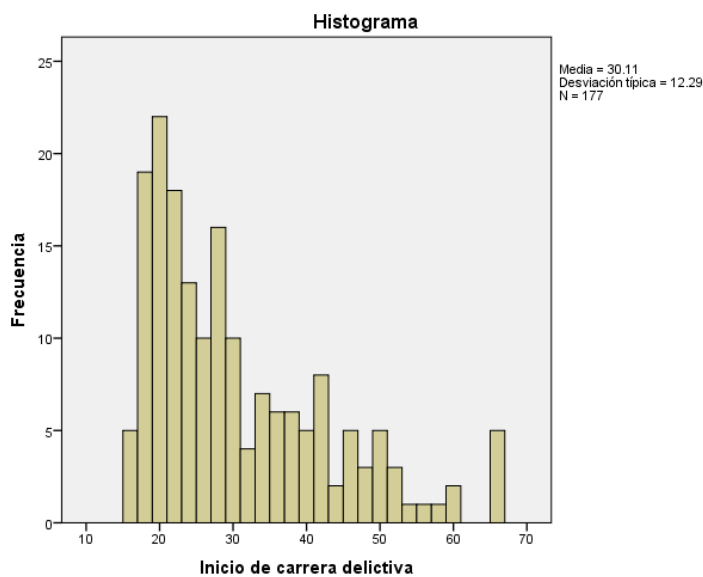
2.1 Variables criminológicas sobre los ANTECEDENTES DELICTIVOS

Inicio de la carrera delictiva

Tabla 31. Inicio de carrera delictiva

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		30.11
Mediana		27.00
Desviación típica		12.290
Mínimo		16
Máximo		66
Percentiles	25	20.00
	50	27.00
	75	38.00

Gráfico 4. Inicio de la carrera delictiva. Histograma



De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), los participantes habían iniciado su carrera delictiva con una media de 30.11 años de edad ($\sigma = 12.290$).

Ingreso en centro de menores

Tabla 32. Antecedentes de ingreso en centro de menores

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	125	70.6	79.1	79.1
	sí	33	18.6	20.9	100.0
	Total	158	89.3	100.0	
Perdidos	Sistema	19	10.7		
Total		177	100.0		

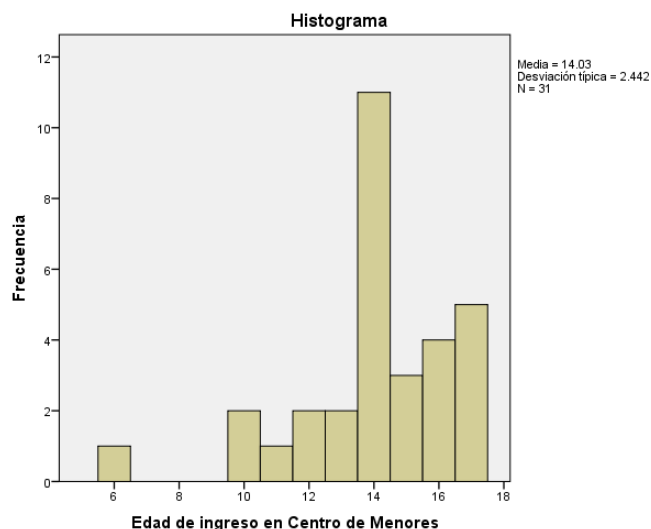
De los 158 participantes (89,3 %) de los que disponemos datos sobre los antecedentes de ingreso en centros de menores sobre el total de participantes del estudio ($N = 177$), 125 de ellos no presentaban ingresos en centros de menores (79,1 %), mientras 33 de ellos sí que tenían antecedentes de ingreso en centros de menores (20,9 %).

Edad de ingreso en centro de menores

Tabla 33. Edad de ingreso en centro de menores

N	Válidos	31
	Perdidos	146
Media		14.03
Mediana		14.00
Desviación típica		2.442
Mínimo		6
Máximo		17
Percentiles	25	13.00
	50	14.00
	75	16.00

Gráfico 5. Edad de ingreso en centro de menores. Histograma



De los 31 participantes (0,18 %) de los que disponemos datos sobre la edad de ingreso en centro de menores sobre el total de participantes del estudio (N =177), la media de ingreso en Centro de Menores fue de 14.03 años de edad ($\sigma = 2.442$).

2.2 Variables criminológicas sobre la ESTANCIA ACTUAL EN PRISIÓN

Cumplimiento de la condena actual en otras prisiones fuera de Cataluña

Tabla 34. Cumplimiento de la condena actual en otras prisiones fuera de Cataluña

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	163	92.1	92.1	92.1
	sí	14	7.9	7.9	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio (N = 177 participantes (100 %)), 14 participantes presentaban periodos de cumplimiento de la condena actual en otras prisiones fuera de Cataluña previos a la fecha de entrada en prisiones catalanas para el cumplimiento de esta condena (7,9%).

Ingresos en prisión previos a la condena actual

Tabla 35. Ingresos previos en prisión a la condena actual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	53	29.9	29.9	29.9
	sí	124	70.1	70.1	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 124 participantes presentaban ingresos previos en prisión (70,1 %) y 53 participantes era su primera entrada en centro penitenciario (29,9 %).

Situación procesal – penal

Tabla 36. Situación procesal- penal en el momento actual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	preventivo	4	2.3	2.3	2.3
	penado	171	96.6	96.6	98.9
	penado con causa preventiva	2	1.1	1.1	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 173 eran presos penados (97,7 %) y 4 de ellos se encontraban en situación de prisión preventiva (2,3 %).

Delito principal

Tabla 37. Delito principal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos contra la libertad sexual	21	11.9	11.9	11.9
contra las personas	30	16.9	16.9	28.8
violencia de género	10	5.6	5.6	34.5
contra la salud pública	21	11.9	11.9	46.3
contra la intimidad	11	6.2	6.2	52.5
contra la seguridad del tránsito	2	1.1	1.1	53.7
contra el patrimonio sin violencia	11	6.2	6.2	59.9
contra el patrimonio con violencia	57	32.2	32.2	92.1
falsificaciones y estafas	9	5.1	5.1	97.2
incendios	1	0.6	0.6	97.7
contra la Administración de Justicia	1	0.6	0.6	98.3
organización criminal	1	0.6	0.6	98.9
atentado contra Autoridad Pública	2	1.1	1.1	100.0
Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100%)), los delitos más prevalentes fueron los delitos contra el patrimonio con violencia (57 participantes (32,2 %)), seguido de delitos contra las personas (30 participantes (16,9 %)), delitos contra la salud pública (21 participantes (11,9 %)) y contra la libertad sexual (21 participantes (11,9 %)).

Delito violento

Tabla 38. Delito violento

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no	57	32.2	32.2	32.2
si	120	67.8	67.8	100.0
Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio (N=177 participantes (100%)), 120 participantes habían cometido delitos violentos (67.8%) y los 57 restantes delitos no violentos (32.2%).

Responsabilidades penales subsidiarias (RPS)

Tabla 39. Responsabilidades Penales Subsidiarias (RPS)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	111	62.7	62.7	62.7
	si	66	37.3	37.3	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

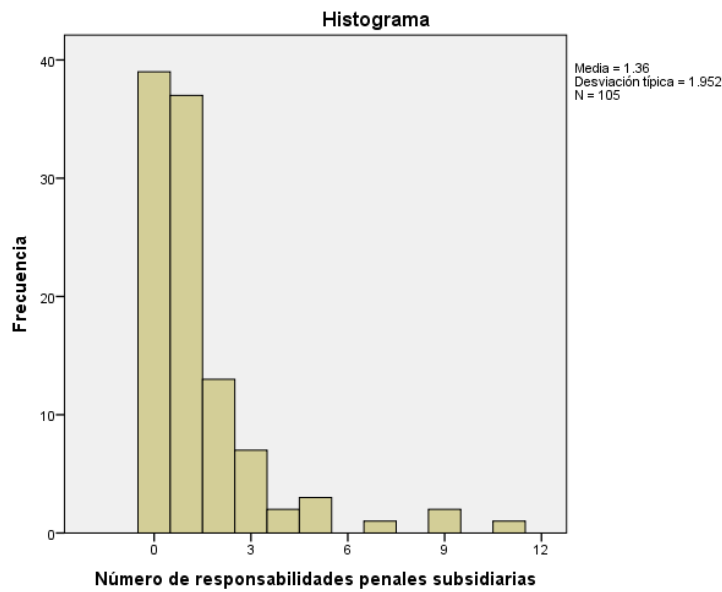
De la muestra total del estudio (N = 177 participantes (100%)), 66 participantes tenían RPS derivadas del impago de penas de multa (37,3 %).

Número de responsabilidades penales subsidiarias (RPS)

Tabla 40. Número de responsabilidades penales subsidiarias

N	Válidos	105
	Perdidos	72
Media		1.36
Mediana		1.00
Desviación típica		1.952
Mínimo		0
Máximo		11
Percentiles	25	0.00
	50	1.00
	75	2.00

Gráfico 6. Número de responsabilidades penales subsidiarias. Histograma



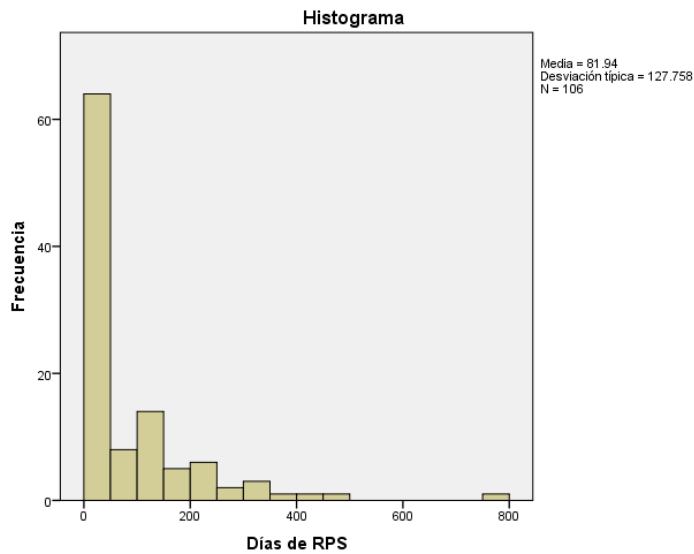
De los 105 participantes de los que disponemos datos sobre el número de RPS (0,59 %) sobre el total de participantes del estudio ($N=177$), presentaban una media de 1.36 RPS por impago de multa ($\sigma = 1.952$).

Días de responsabilidades penales subsidiarias (RPS)

Tabla 41. Días de Responsabilidades Penales Subsidiarias (RPS)

N	Válidos	106
	Perdidos	71
Media		81.94
Mediana		18.50
Desviación típica		127.758
Mínimo		0
Máximo		795
Percentiles	25	0.00
	50	18.50
	75	121.25

Gráfico 7. Días de Responsabilidades Penales Subsidiarias (RPS). Histograma



De los 106 participantes del estudio sobre los que disponemos datos sobre los días de RPS (0,59 %) del total de participantes del estudio ($N = 177$), la media de días de RPS fue de 81.94 ($\sigma = 127.758$).

Condena

Tabla 42. Condena mayor a 5 años

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Menor o igual 5 años	60	33.9	34.7	34.7
Mayor a 5 años	113	63.8	65.3	100.0
Total	173	97.7	100.0	
PerdidosSistema	4	2.3		
Total	177	100.0		

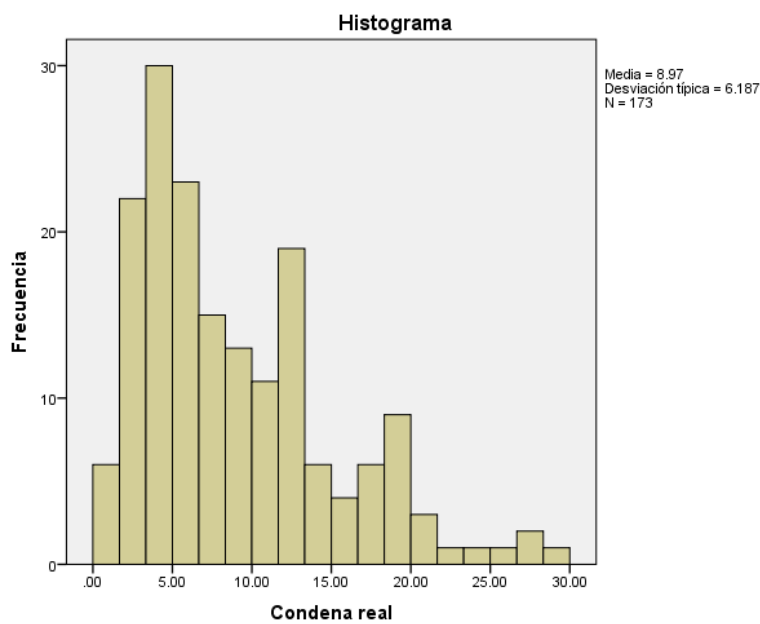
De la muestra de la que disponemos datos con respecto a la condena ($n = 173$ participantes (97,7 %)), 113 participantes tenía condenas superiores a 5 años (65,3 %).

Condena real

Tabla 43. Condena real

N	Válidos	173
	Perdidos	4
Media		8.9664
Mediana		7.2772
Desviación típica		6.18721
Mínimo		0.48
Máximo		28.82
Percentiles	25	3.8604
	50	7.2772
	75	12.1328

Gráfico 8. Condena real. Histograma



De los 173 participantes sobre los que disponemos datos sobre su condena real (0,97 %) sobre el total de participantes del estudio ($N = 177$), la media de años de condena fue de 8,9664 años ($\sigma = 6.18721$).

Condenas reales mayores a 5 años

Tabla 44. Condena real mayor a 5 años

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menor o igual 5 años	58	32.8	33.5	33.5
	Mayor a 5 años	115	65.0	66.5	100.0
	Total	173	97.7	100.0	
Perdidos	Sistema	4	2.3		
Total		177	100.0		

De la muestra de la que disponemos datos con respecto a condenas reales mayores a 5 años ($n = 173$ participantes (97,7 %)), 115 participantes cumplían condenas superiores a 5 años teniendo en cuenta los días de responsabilidad personal subsidiaria (RPS) (66,5 %) ya que el interno que no satisface la multa queda sujeto a una responsabilidad penal subsidiaria de un día de privación de libertad por cada dos cuotas diarias no satisfechas.

Tiempo de condena

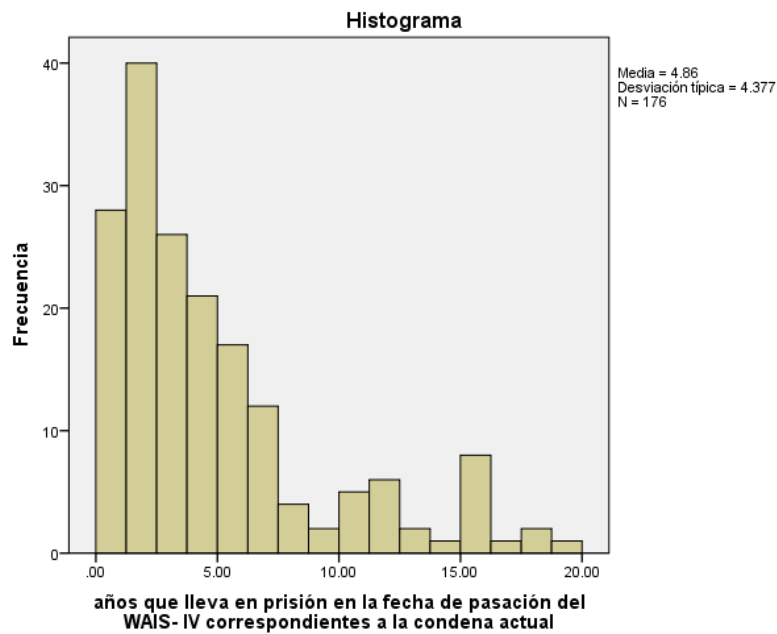
Años que lleva en prisión en la fecha de pasación del WAIS- IV durante el cumplimiento de esta condena.

Tabla 45. Tiempo de condena cumplido hasta la pasación del WAIS- IV

N	Válidos	176
	Perdidos	1
Media		4.8618
Mediana		3.2731
Desviación típica		4.37737
Mínimo		0.15
Máximo		19.69
Percentiles 25		1.7467
	50	3.2731
	75	6.2847

De los 176 participantes sobre los que disponemos datos sobre su tiempo de condena (0,99 %) sobre el total de participantes del estudio ($N = 177$), la media de años del tiempo que llevan en prisión durante esta condena fue de 4.86 años ($\sigma = 4.37737$).

Gráfico 9. Tiempo de condena cumplido hasta la pasación del WAIS- IV. Histograma



3. VARIABLES PENITENCIARIAS

3.1 Variables penitenciarias indicadoras de CONFLICTO E INADAPTACIÓN en PRISIÓN

3.1.1 MEDIOS COERCITIVOS

Aplicaciones de contención mecánica (CM) durante la condena actual

Tabla 46. Aplicación de contenciones mecánicas (CM) durante la condena actual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	162	91.5	91.5	91.5
	si	15	8.5	8.5	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

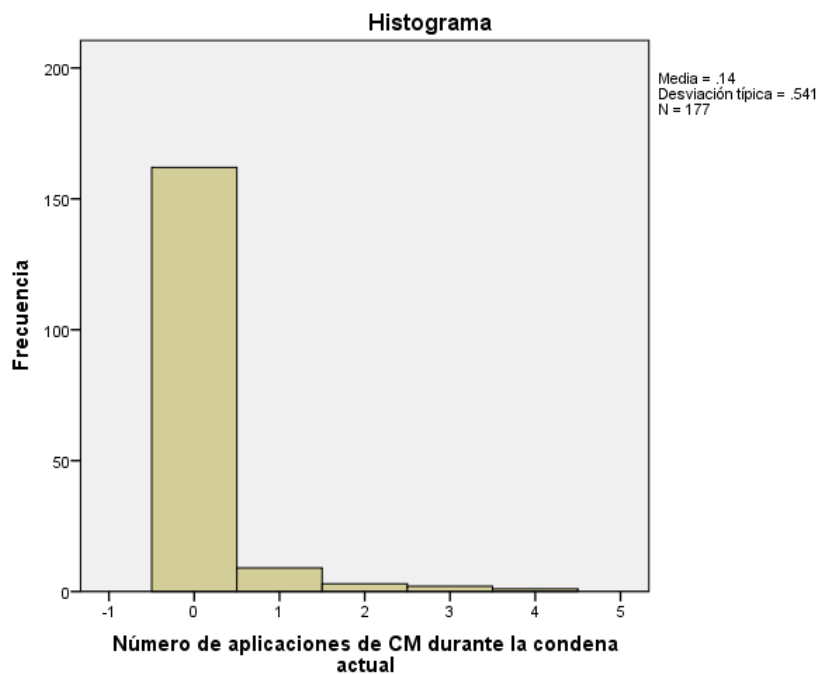
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 15 participantes habían presentado aplicación de contenciones mecánicas (CM) durante la condena actual (8,5 %).

Número de aplicaciones de contenciones mecánicas (CM) durante la condena actual

Tabla 47. Número de aplicaciones de contenciones mecánicas (CM) durante la condena actual

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		0.14
Mediana		0.00
Desviación típica		0.541
Mínimo		0
Máximo		4
Percentiles	25	0.00
	50	0.00
	75	0.00

Gráfico 10. Número de aplicaciones de contenciones mecánicas (CM) durante la condena actual. Histograma



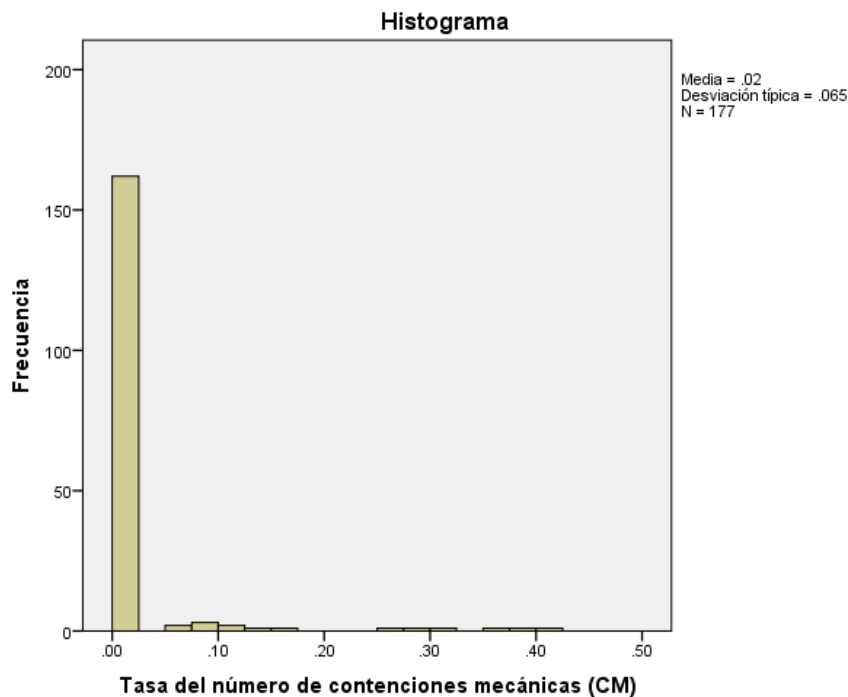
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100%)), los participantes presentaban 0.14 contenciones mecánicas (CM) de media en la condena actual ($\sigma = 0.541$).

Tasa del número de contenciones mecánicas (CM)

Tabla 48. Tasa del número de contenciones mecánicas (CM)

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		0.0164
Mediana		0.0000
Desviación típica		0.06498
Mínimo		0.00
Máximo		0.41
Percentiles	25	0.0000
	50	0.0000
	75	0.0000

Gráfico 11. Tasa del número de contenciones mecánicas (CM)



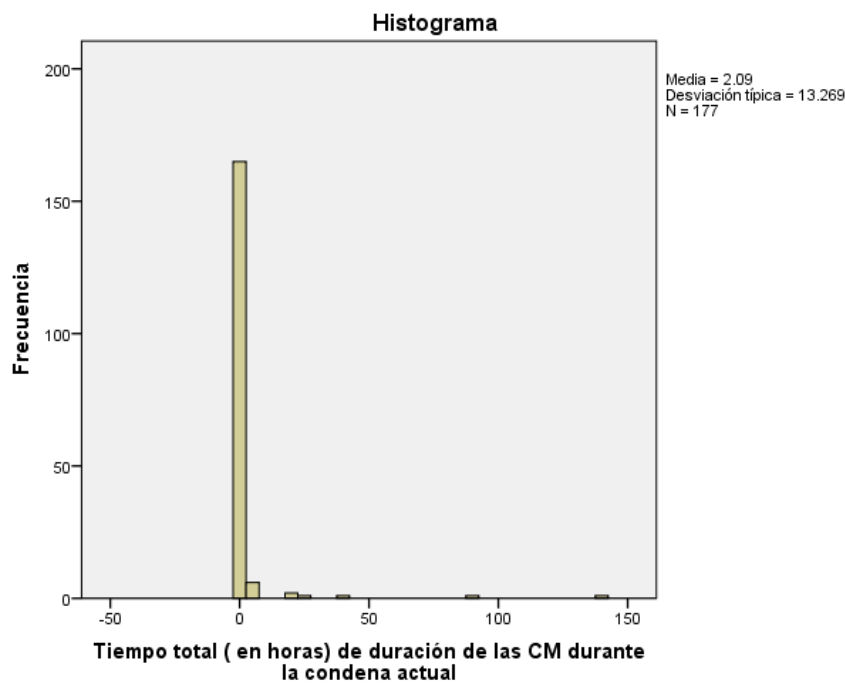
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), los participantes presentaban una tasa media de número de CM de 0.0164 en la condena actual ($\sigma = 0.06498$).

Tiempo total de duración de las CM durante la condena actual (en horas)

Tabla 49. Tiempo total (en horas) de duración de las contenciones mecánicas (CM) durante la condena actual

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		2.09
Mediana		0.00
Desviación típica		13.269
Mínimo		0
Máximo		142
Percentiles	25	0.00
	50	0.00
	75	0.00

Gráfico 12. Tiempo total (en horas) de duración de las contenciones mecánicas (CM) durante la condena actual. Histograma



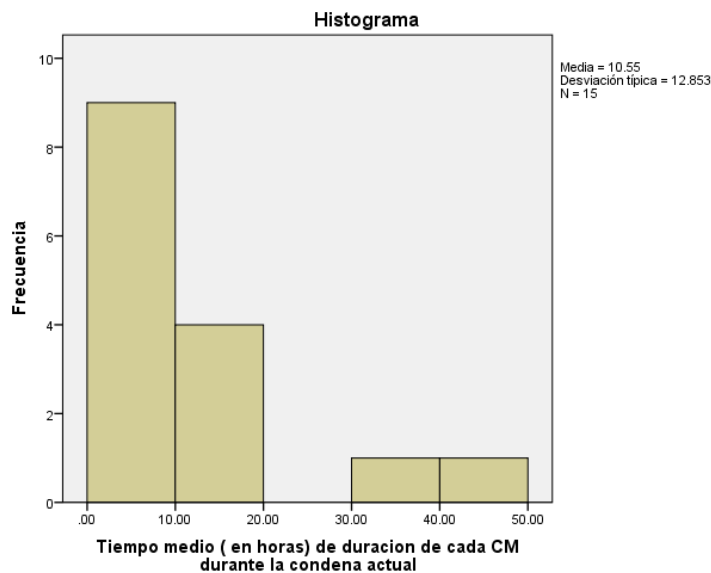
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), los participantes presentaban una tasa media de tiempo de CM de 2,09 horas durante la condena actual ($\sigma = 13.269$).

Tiempo medio de duración de las aplicaciones de CM durante la condena actual

Tabla 50. Tiempo medio (en horas) de duración de cada contención mecánica (CM) durante la condena actual

N	Válidos	15
	Perdidos	162
Media		10.5500
Mediana		6.0000
Desviación típica		12.85333
Mínimo		1.00
Máximo		47.33
Percentiles	25	3.0000
	50	6.0000
	75	11.5000

Gráfico 13. Tiempo medio (en horas) de duración de cada contención mecánica (CM) durante la condena actual. Histograma



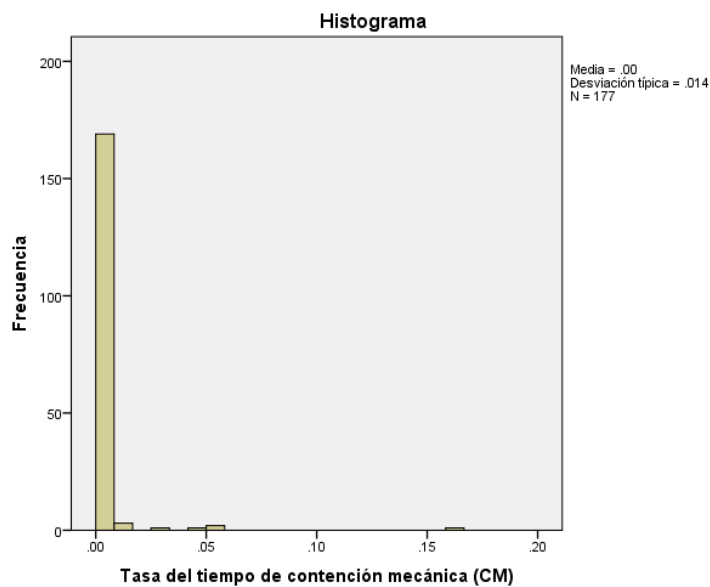
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), los participantes presentaban una tasa total de tiempo de CM de 10,55 horas durante la condena actual ($\sigma = 12.85333$).

Tasa del tiempo de aplicaciones de contenciones mecánicas (CM) durante la condena actual

Tabla 51. Tasa del tiempo de contenciones mecánicas (CM)

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		0.0023
Mediana		0.0000
Desviación típica		0.01396
Mínimo		0.00
Máximo		0.16
Percentiles	25	0.0000
	50	0.0000
	75	0.0000

Gráfico 14. Tasa del tiempo de contenciones mecánicas (CM). Histograma



De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), los participantes presentaban una tasa de tiempo de aplicaciones de CM de 0,0023 horas durante la condena actual ($\sigma = 0.01396$).

Aplicación de manillas durante la condena actual

Tabla 52. Aplicación de manillas durante la condena actual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	162	91.5	91.5	91.5
	si	15	8.5	8.5	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

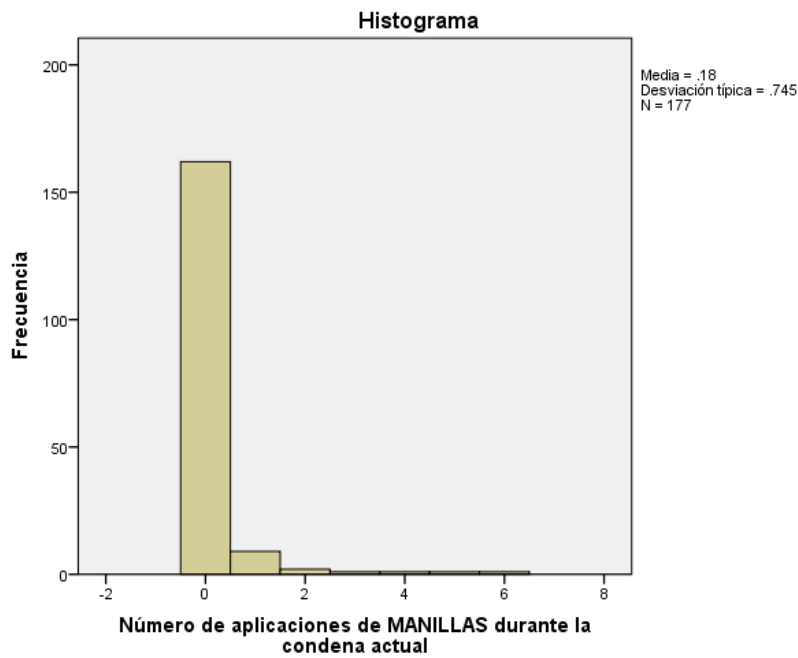
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 15 participantes habían presentado aplicación de manillas durante la condena actual (8,5%).

Número de aplicaciones de manillas durante la condena actual

Tabla 53. Número de aplicaciones de manillas durante la condena actual

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		0.18
Mediana		0.00
Desviación típica		0.745
Mínimo		0
Máximo		6
Percentiles	25	0.00
	50	0.00
	75	0.00

Gráfico 15. Número de aplicaciones de manillas durante la condena actual. Histograma



De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), los participantes presentaban una media de 0,18 aplicaciones de manillas durante la condena actual ($\sigma = 0.745$).

Aplicación de fuerza física durante la condena actual

Tabla 54. Aplicación de fuerza física durante la condena actual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	148	83.6	83.6	83.6
	si	29	16.4	16.4	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

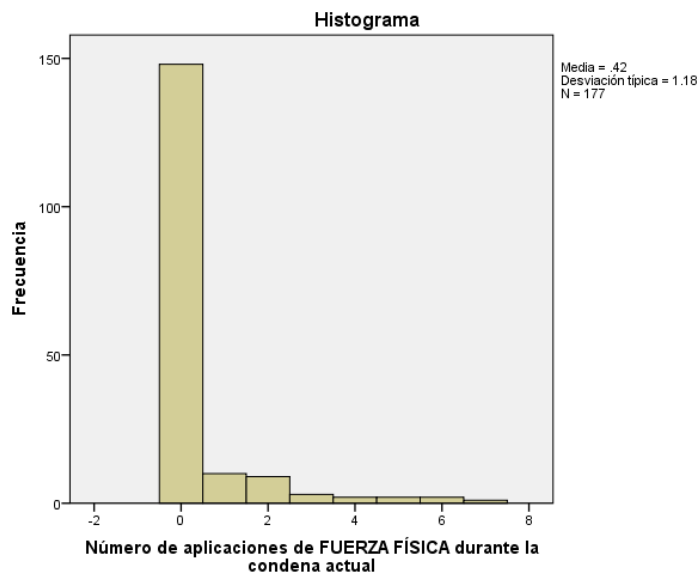
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 29 participantes habían presentado aplicación de fuerza física durante la condena actual (16,4 %).

Número de aplicaciones de fuerza física durante la condena actual

Tabla 55. Número de aplicaciones de fuerza física durante la condena actual

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		0.42
Mediana		0.00
Desviación típica		1.180
Mínimo		0
Máximo		7
Percentiles	25	0.00
	50	0.00
	75	0.00

Gráfico 16. Número de aplicaciones de fuerza física durante la condena actual. Histograma



De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), los participantes presentaban una media de 0,42 aplicaciones de fuerza física durante la condena actual ($\sigma = 1.180$).

Aplicación de defensas de goma durante la condena actual

Tabla 56. Aplicación de defensas de goma durante la condena actual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	177	100.0	100.0	100.0

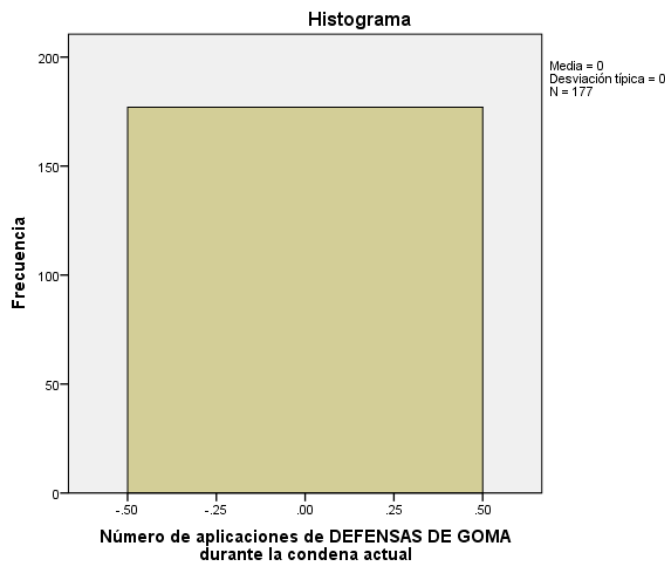
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), ninguno de los participantes habían presentado aplicación de defensas de goma durante la condena actual (0 %).

Número de aplicaciones de defensas de goma durante la condena actual

Tabla 57. Número de aplicaciones de defensas de goma durante la condena actual

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		0.00
Mediana		0.00
Desviación típica		0.000
Mínimo		0
Máximo		0
Percentiles	25	0.00
	50	0.00
	75	0.00

Gráfico 17. Número de aplicaciones de defensas de goma durante la condena actual. Histograma



De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), los participantes presentaban una media de 0,00 aplicaciones de defensas de goma durante la condena actual.

Aplicación de aislamiento provisional (AP) durante la condena actual

Tabla 58. Aplicación de aislamiento provisional (AP) durante la condena actual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	98	55.4	55.4	55.4
	si	79	44.6	44.6	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

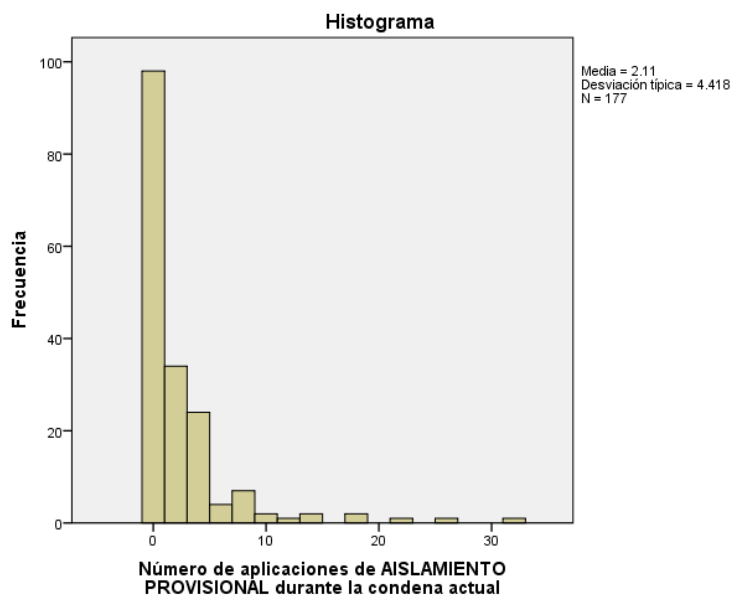
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100%)), 79 participantes habían presentado aplicación de aislamiento provisional durante la condena actual (44,6 %).

Número de aplicaciones de aislamiento provisional (AP) durante la condena actual

Tabla 59. Número de aplicaciones de aislamiento provisional (No se encuentran entradas de índice.AP) durante la condena actual

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		2.11
Mediana		0.00
Desviación típica		4.418
Mínimo		0
Máximo		31
Percentiles	25	0.00
	50	0.00
	75	3.00

Gráfico 18. Número de aplicaciones de aislamiento provisional (AP) durante la condena actual. Histograma



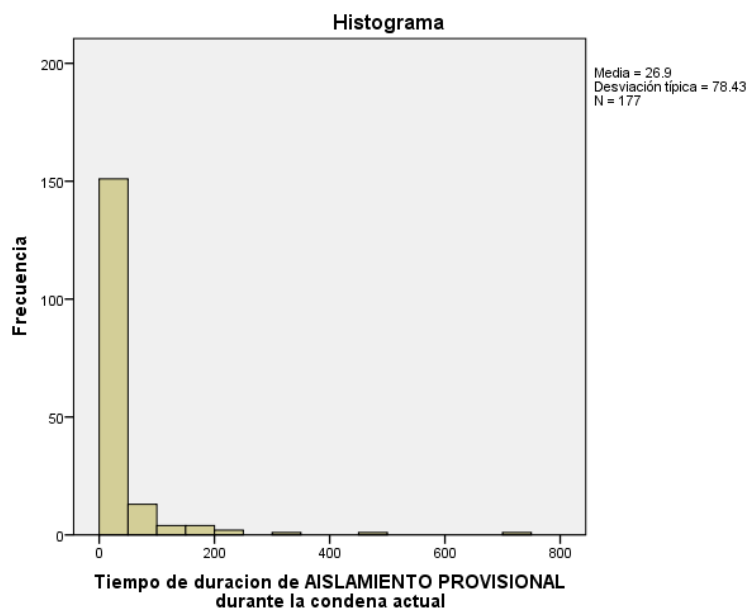
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), los participantes presentaban una media de 2,11 aplicaciones de aislamiento provisional durante la condena actual ($\sigma = 4.418$).

Tiempo total de duración de AP (en horas) durante la condena actual

Tabla 60. Tiempo total de duración de aislamiento provisional (AP) durante la condena actual

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		26.90
Mediana		0.00
Desviación típica		78.430
Mínimo		0
Máximo		735
Percentiles	25	0.00
	50	0.00
	75	17.00

Gráfico 19. Tiempo total de duración de aislamiento provisional (AP) durante la condena actual. Histograma



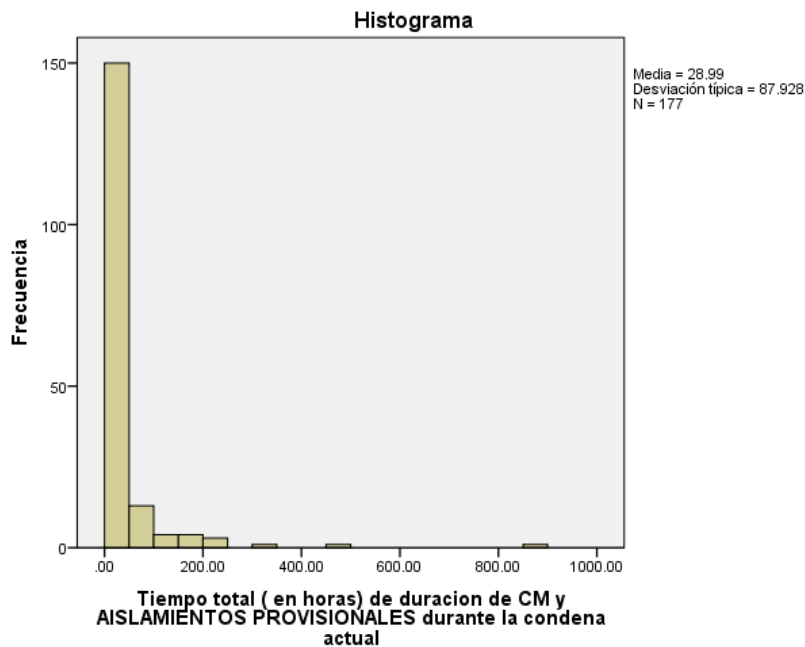
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), los participantes presentaban una media de 26,90 horas de tiempo total de duración de aislamiento provisional durante la condena actual ($\sigma = 78.430$).

Tiempo total de duración de AP y CM durante la condena actual

Tabla 61. Tiempo total (en horas) de duración de contenciones mecánicas (CM) y aislamientos provisionales (AP) durante la condena actual

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		28.9944
Mediana		0.0000
Desviación típica		87.92775
Mínimo		0.00
Máximo		877.00
Percentiles	25	0.0000
	50	0.0000
	75	17.5000

Gráfico 20. Tiempo total (en horas) de duración de contenciones mecánicas (CM) y aislamientos provisionales (AP) durante la condena actual. Histograma



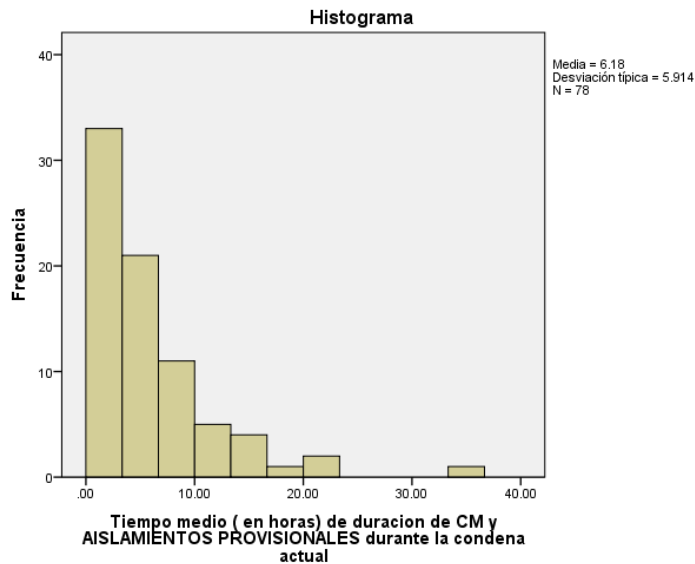
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), los participantes presentaban una media de 28,99 horas de tiempo total de duración entre aislamientos provisionales y contenciones mecánicas durante la condena actual ($\sigma = 87.92775$).

Tiempo medio de duración de AP y CM durante la condena actual

Tabla 62. Tiempo medio (en horas) de duración de AISLAMIENTOS PROVISIONALES (AP) y CONTENCIONES MECÁNICAS (CM) durante la condena actual

N	Válidos	78
	Perdidos	99
Media		6.1846
Mediana		4.5682
Desviación típica		5.91447
Mínimo		0.50
Máximo		35.52
Percentiles	25	2.0000
	50	4.5682
	75	9.0754

Gráfico 21. Tiempo medio (en horas) de duración de AISLAMIENTOS PROVISIONALES (AP) y CONTENCIONES MECÁNICAS (CM) durante la condena actual. Histograma



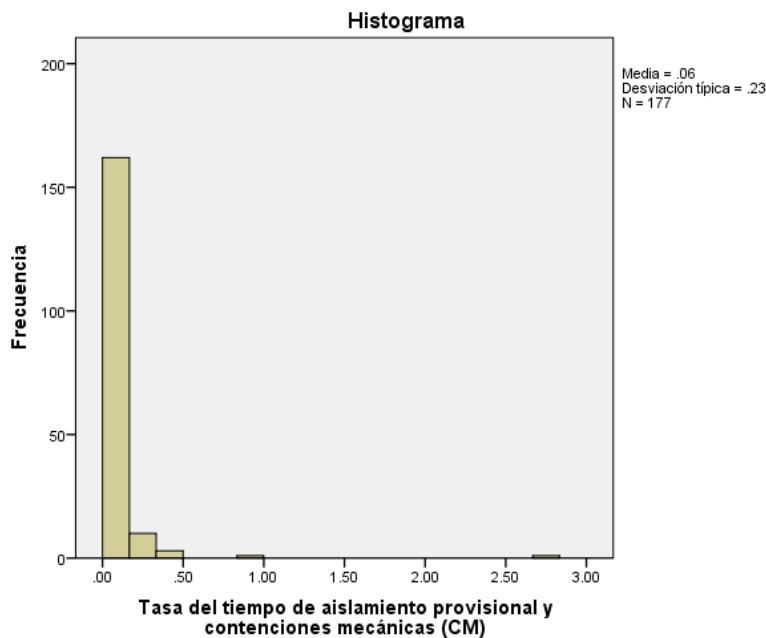
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), los participantes presentaban una media de 6,1846 horas de tiempo medio de duración entre aislamientos provisionales y contenciones mecánicas durante la condena actual ($\sigma = 5.91447$).

Tasa del tiempo de AP y CM

Tabla 63. Tasa del tiempo de aislamientos provisionales (AP) y contenciones mecánicas (CM)

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		0.0599
Mediana		0.0000
Desviación típica		0.22989
Mínimo		0.00
Máximo		2.77
Percentiles	25	0.0000
	50	0.0000
	75	0.0473

Gráfico 22. Tasa del tiempo de aislamientos provisionales (AP) y contenciones mecánicas (CM). Histograma



De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100%)), los participantes presentaban una tasa de tiempo medio de aplicaciones de aislamientos provisionales (AP) y contenciones mecánicas (CM) de 0.0599 horas durante la condena actual ($\sigma = 0.22989$).

Aplicación de medidas coercitivas durante la condena actual

Tabla 64. Aplicación de medidas coercitivas durante la condena actual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	98	55.4	55.4	55.4
	si	79	44.6	44.6	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

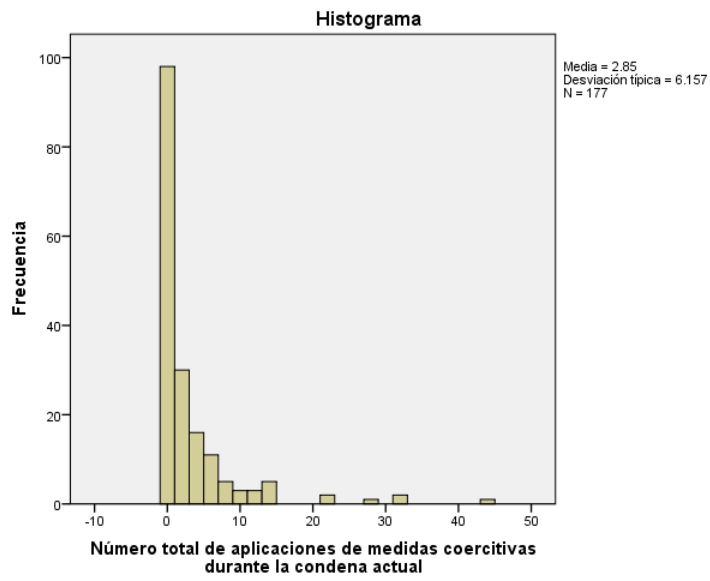
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 79 participantes habían presentado aplicación de medidas coercitivas durante el tiempo de cumplimiento de la condena actual (44,6 %) mientras que 98 participantes no habían presentado aplicación de medidas coercitivas durante la condena actual (55,4 %).

Número total de aplicaciones de medidas coercitivas durante la condena actual

Tabla 65. Número total de aplicaciones de medidas coercitivas durante la condena actual

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		2.85
Mediana		0.00
Desviación típica		6.157
Mínimo		0
Máximo		44
Percentiles	25	0.00
	50	0.00
	75	3.00

Gráfico 23. Número total de aplicaciones de medidas coercitivas durante la condena actual. Histograma



De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), los participantes presentaban una media de 2,85 aplicaciones de medidas coercitivas durante la condena actual ($\sigma = 6.157$).

3.1.2 FALTAS DISCIPLINARIAS

Faltas disciplinarias leves en la condena actual

Tabla 66. Faltas disciplinarias leves en la condena actual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	153	86.4	86.4	86.4
	si	24	13.6	13.6	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

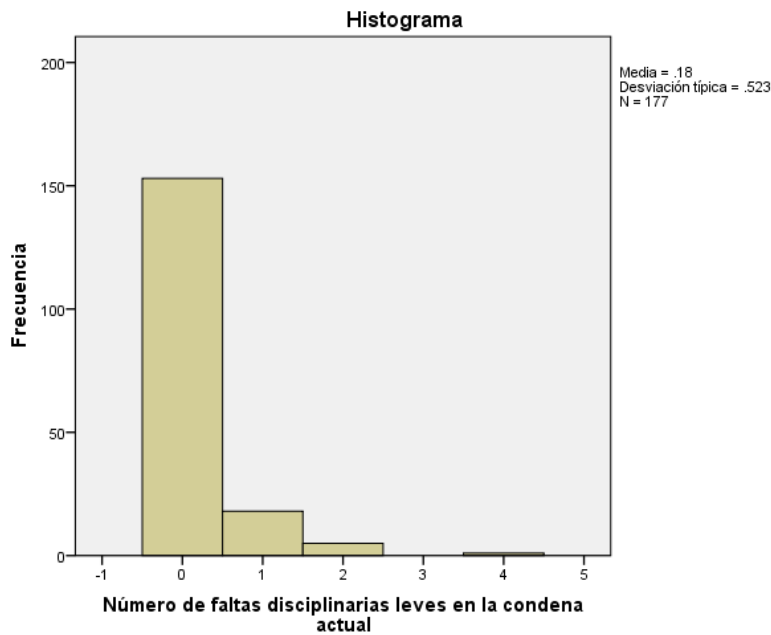
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 24 participantes habían presentado faltas disciplinarias leves durante la condena actual (13,6 %).

Número de faltas disciplinarias leves en la condena actual

Tabla 67. Número de faltas disciplinarias leves en la condena actual

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		0.18
Mediana		0.00
Desviación típica		0.523
Mínimo		0
Máximo		4
Percentiles	25	0.00
	50	0.00
	75	0.00

Gráfico 24. Número de faltas disciplinarias leves en la condena actual. Histograma



De la muestra total del estudio ($N = 177$ (100 %)), los participantes habían presentado 0,18 faltas disciplinarias leves de media ($\sigma = 0.523$).

Tasa del número de faltas disciplinarias leves en la condena actual

Tabla 68. Tasa del número de faltas disciplinarias leves en la condena actual

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		0.0490
Mediana		0.0000
Desviación típica		0.21566
Mínimo		0.00
Máximo		2.31
Percentiles	25	0.0000
	50	0.0000
	75	0.0000

Gráfico 25. Tasa del número de faltas disciplinarias leves en la condena actual. Histograma



De la muestra total del estudio ($N = 177$ (100 %)), los participantes habían presentado una tasa del número de faltas disciplinarias leves (número de faltas disciplinarias leves en relación al tiempo que la persona lleva en prisión durante la condena actual) de 0.049 de media ($\sigma = 0,21566$).

Faltas disciplinarias graves en la condena actual

Tabla 69. Faltas disciplinarias graves en la condena actual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	88	49.7	49.7	49.7
	si	89	50.3	50.3	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

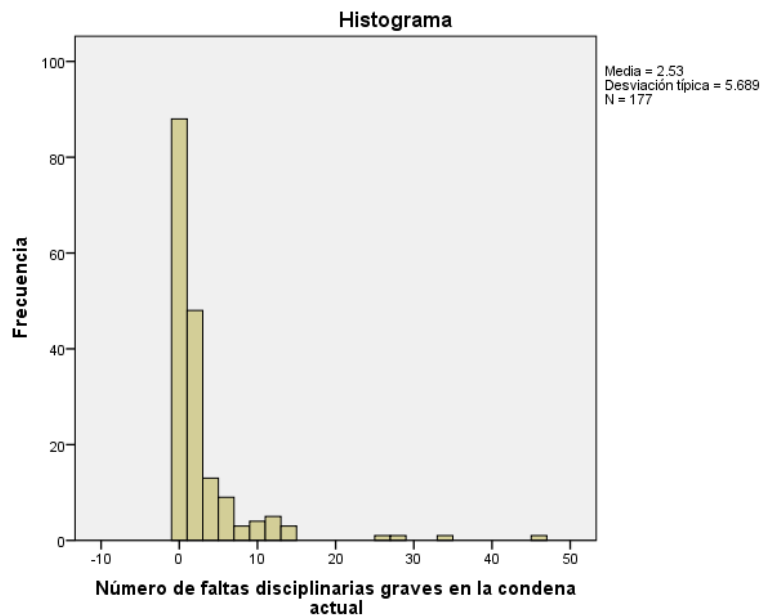
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), más la mitad de los participantes habían presentado faltas disciplinarias graves durante la condena actual (50,3 %).

Número de faltas disciplinarias graves en la condena actual

Tabla 70. Número de faltas disciplinarias graves en la condena actual

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		2.53
Mediana		1.00
Desviación típica		5.689
Mínimo		0
Máximo		46
Percentiles	25	0.00
	50	1.00
	75	2.00

Gráfico 26. Faltas disciplinarias graves en la condena actual. Histograma



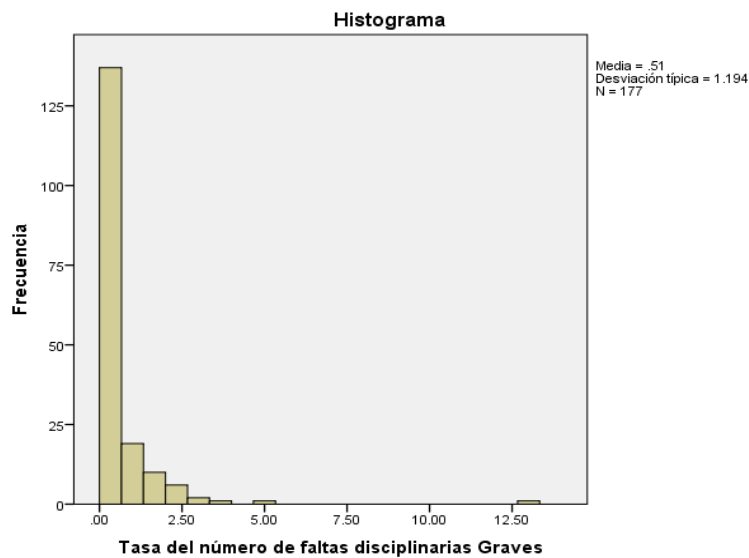
De la muestra total del estudio ($N = 177$ (100 %)), los participantes habían presentado 2,53 faltas disciplinarias graves de media ($\sigma = 5.689$).

Tasa del número de faltas disciplinarias graves en la condena actual

Tabla 71. Tasa del número de faltas disciplinarias graves en la condena actual

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		0.5093
Mediana		0.0630
Desviación típica		1.19391
Mínimo		0.00
Máximo		12.71
Percentiles	25	0.0000
	50	0.0630
	75	0.5977

Gráfico 27. Tasa del número de faltas disciplinarias graves en la condena actual. Histograma



De la muestra total del estudio ($N = 177$ (100 %)), los participantes habían presentado una tasa del número de faltas disciplinarias graves (número de faltas disciplinarias graves en relación al tiempo que la persona lleva en prisión durante la condena actual) de 0,5093 de media ($\sigma = 1.19391$).

Faltas disciplinarias muy graves en la condena actual

Tabla 72. Faltas disciplinarias muy graves en la condena actual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	165	93.2	93.2	93.2
	si	12	6.8	6.8	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

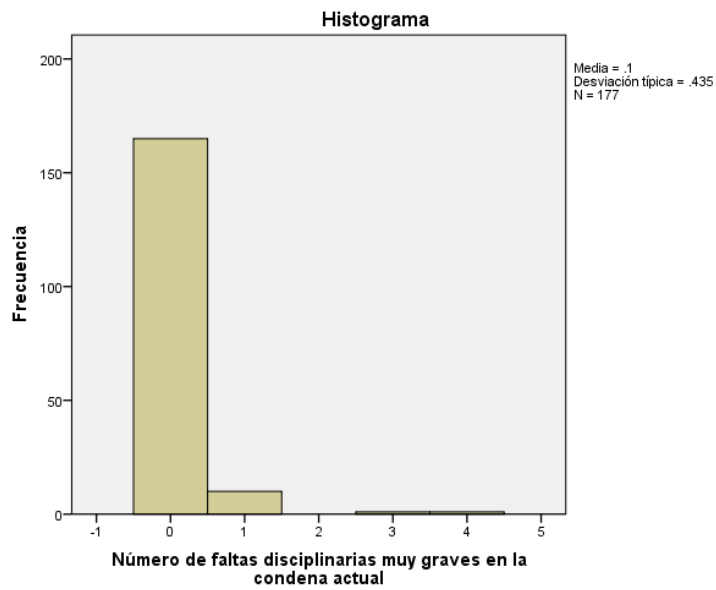
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 12 participantes habían presentado faltas disciplinarias muy graves durante la condena actual (6,8 %).

Número de faltas disciplinarias muy graves en la condena actual

Tabla 73. Número de faltas disciplinarias muy graves en la condena actual.

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		0.10
Mediana		0.00
Desviación típica		0.435
Mínimo		0
Máximo		4
Percentiles	25	0.00
	50	0.00
	75	0.00

Gráfico 28. Número de faltas disciplinarias muy graves en la condena actual. Histograma



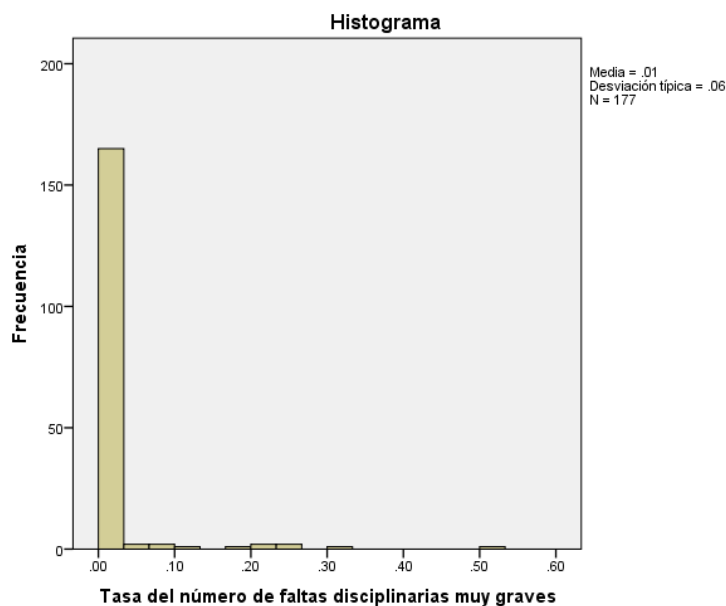
De la muestra total del estudio ($N = 177$ (100 %)), los participantes habían presentado 0,10 faltas disciplinarias muy graves de media ($\sigma = 0.435$).

Tasa del número de faltas disciplinarias muy graves en la condena actual

Tabla 74. Tasa del número de faltas disciplinarias muy graves en la condena actual

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		0.0135
Mediana		0.0000
Desviación típica		0.06035
Mínimo		0.00
Máximo		0.53
Percentiles	25	0.0000
	50	0.0000
	75	0.0000

Gráfico 29. Tasa del número de faltas disciplinarias muy graves en la condena actual. Histograma



De la muestra total del estudio ($N = 177$ (100 %)), los participantes habían presentado una tasa del número de faltas disciplinarias muy graves (número de faltas disciplinarias muy graves en relación al tiempo que la persona lleva en prisión durante la condena actual) de 0,0135 de media ($\sigma = 0.06035$).

Faltas disciplinarias excesivamente graves en la condena actual

Tabla 75. Faltas disciplinarias excesivamente graves en la condena actual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	104	58.8	58.8	58.8
	si	73	41.2	41.2	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

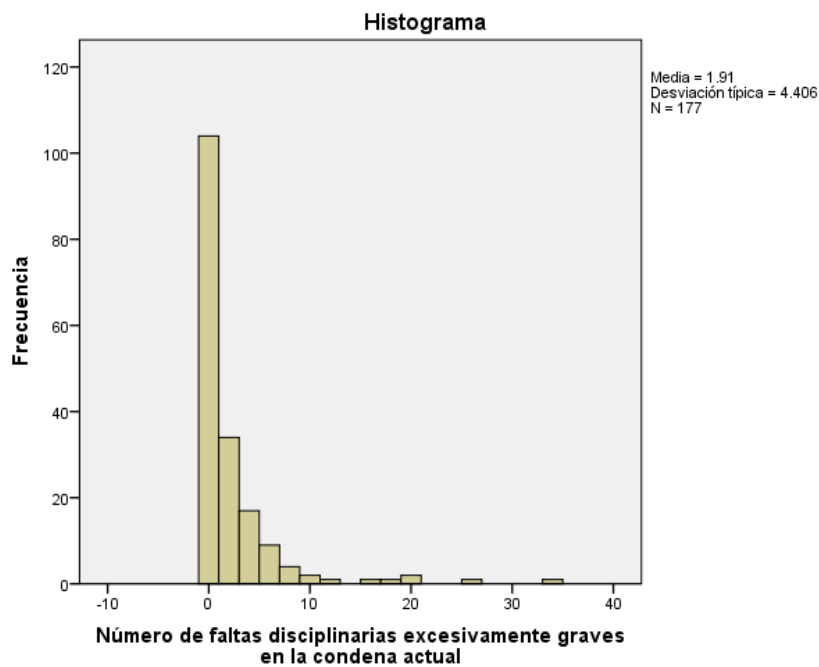
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 73 participantes habían presentado faltas disciplinarias excesivamente graves durante la condena actual (41,2 %).

Número de faltas disciplinarias excesivamente graves en la condena actual

Tabla 76. Número de faltas disciplinarias excesivamente graves en la condena actual

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		1.91
Mediana		0.00
Desviación típica		4.406
Mínimo		0
Máximo		33
Percentiles	25	0.00
	50	0.00
	75	2.00

Gráfico 30. Número de faltas disciplinarias excesivamente graves en la condena actual. Histograma



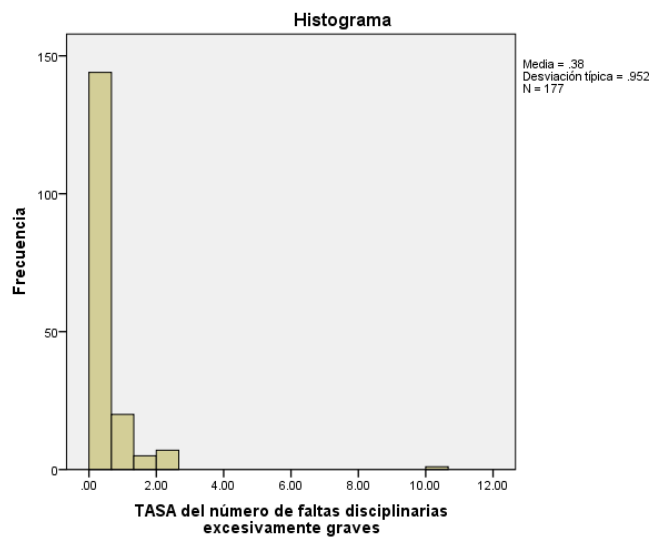
De la muestra total del estudio ($N = 177$ (100 %)), los participantes habían presentado 1.91 faltas disciplinarias excesivamente graves de media ($\sigma = 4.406$).

Tasa del número de faltas disciplinarias excesivamente graves en la condena actual

Tabla 77. Tasa del número de faltas disciplinarias excesivamente graves

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		0.3796
Mediana		0.0000
Desviación típica		0.95208
Mínimo		0.00
Máximo		10.40
Percentiles	25	0.0000
	50	0.0000
	75	0.4936

Gráfico 31. Tasa del número de faltas disciplinarias excesivamente graves. Histograma



De la muestra total del estudio ($N = 177$ (100 %)), los participantes habían presentado una tasa del número de faltas disciplinarias excesivamente graves (número de faltas disciplinarias excesivamente graves en relación al tiempo que la persona lleva en prisión durante la condena actual) de 0.38 de media ($\sigma = 0.95208$).

Faltas disciplinarias graves, muy graves y excesivamente graves en la condena actual

Tabla 78. Faltas disciplinarias graves, muy graves o excesivamente graves, en la condena actual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	79	44.6	44.6	44.6
	si	98	55.4	55.4	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

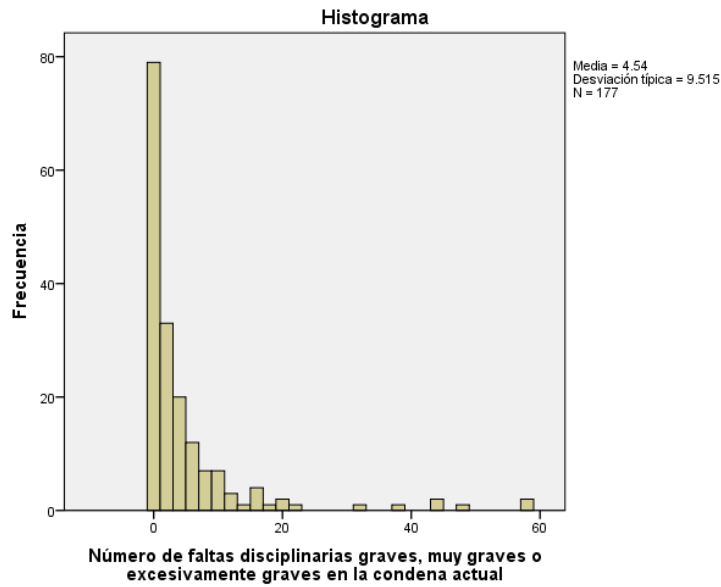
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 98 participantes habían presentado faltas disciplinarias graves, muy graves y excesivamente graves durante la condena actual (55,4 %).

Número de faltas disciplinarias graves, muy graves y excesivamente graves en la condena actual

Tabla 79. Número de faltas disciplinarias graves, muy graves o excesivamente graves en la condena actual

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		4.54
Mediana		1.00
Desviación típica		9.515
Mínimo		0
Máximo		57
Percentiles	25	0.00
	50	1.00
	75	5.00

Gráfico 32. Número de faltas disciplinarias graves, muy graves o excesivamente graves en la condena actual. Histograma



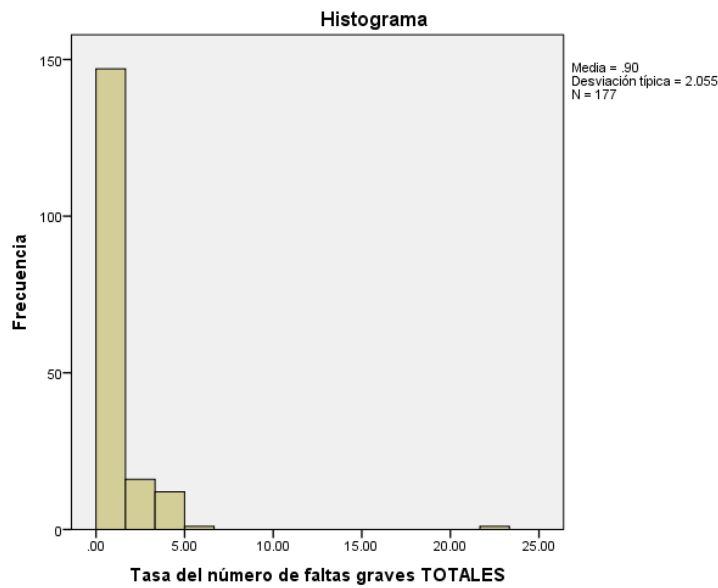
De la muestra total del estudio ($N = 177$ (100 %)), los participantes habían presentado 4,54 faltas disciplinarias graves de media ($\sigma = 9.515$), tipificadas como excesivamente graves, muy graves y graves.

Tasa del número de faltas disciplinarias graves, muy graves y excesivamente graves en la condena actual

Tabla 80. Tasa del número de faltas disciplinarias graves, muy graves y excesivamente graves

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		0.9024
Mediana		0.2498
Desviación típica		2.05542
Mínimo		0.00
Máximo		23.12
Percentiles	25	0.0000
	50	0.2498
	75	0.9857

Gráfico 33. Tasa del número de faltas disciplinarias graves, muy graves y excesivamente graves. Histograma



De la muestra total del estudio ($N = 177$ (100 %)), los participantes habían presentado una tasa del número de faltas disciplinarias graves totales (número de faltas disciplinarias excesivamente graves, muy graves y graves en relación al tiempo que la persona lleva en prisión durante la condena actual) de 0,9024 de media ($\sigma = 2.05542$).

Faltas disciplinarias totales en la condena actual

Tabla 81. Faltas disciplinarias totales en la condena actual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	76	42.9	42.9	42.9
	si	101	57.1	57.1	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

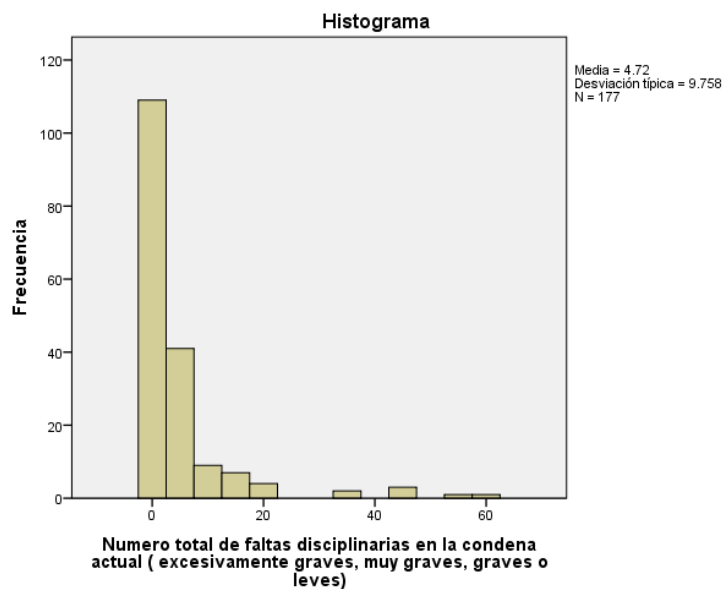
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 101 participantes habían presentado faltas disciplinarias en la condena actual (57,1%).

Número de faltas disciplinarias totales en la condena actual

Tabla 82. Número total de faltas disciplinarias en la condena actual (excesivamente graves, muy graves, graves o leves)

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		4.72
Mediana		1.00
Desviación típica		9.758
Mínimo		0
Máximo		59
Percentiles	25	0.00
	50	1.00
	75	5.00

Gráfico 34. Tasa del número de faltas disciplinarias graves, muy graves y excesivamente graves. Histograma



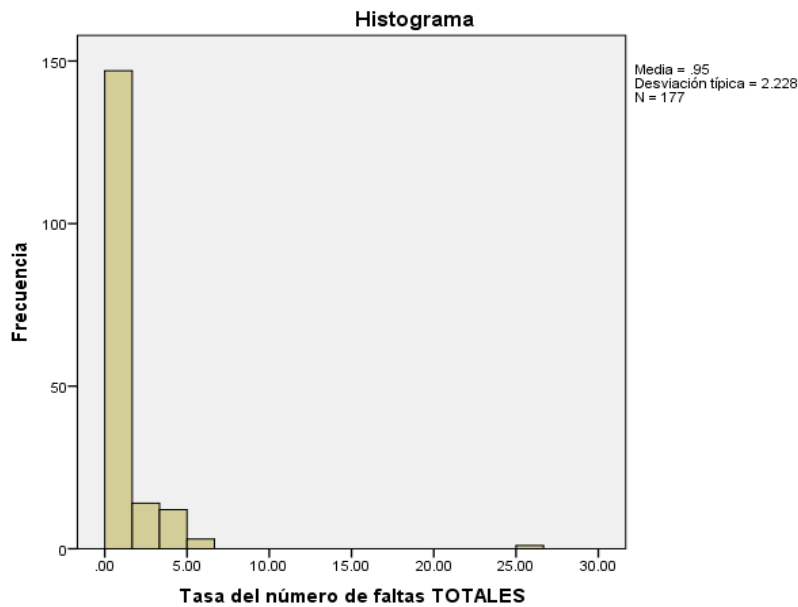
De la muestra total del estudio ($N = 177$ (100 %)), los participantes habían presentado 4,72 faltas disciplinarias de media ($\sigma = 9.758$).

Tasa del número de faltas disciplinarias totales en la condena actual

Tabla 83. Tasa del número de faltas disciplinarias totales en la condena actual

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		0.9514
Mediana		0.2816
Desviación típica		2.22783
Mínimo		0.00
Máximo		25.43
Percentiles	25	0.0000
	50	0.2816
	75	1.0391

Gráfico 35. Tasa del número de faltas disciplinarias totales en la condena actual. Histograma



De la muestra total del estudio ($N = 177$ (100 %)), los participantes habían presentado una tasa del número de faltas disciplinarias (número de faltas disciplinarias totales en relación al tiempo que la persona lleva en prisión durante la condena actual) de 0,9514 de media ($\sigma = 2.22783$).

3.1.3 SANCIONES

Aislamiento en celda en la condena actual

Tabla 84. Aislamiento en celda en la condena actual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	98	55,4	55,4	55,4
	si	79	44,6	44,6	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

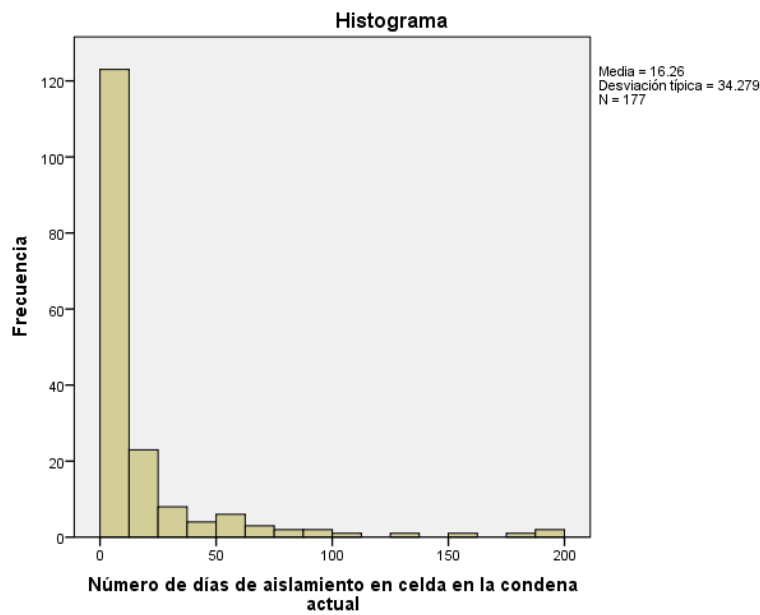
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 79 participantes habían presentado algún día de aislamiento en celda en la condena actual (44,6 %).

Número de días de aislamiento en celda en la condena actual

Tabla 85. Número de días de aislamiento en celda en la condena actual

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		16.26
Mediana		0.00
Desviación típica		34.279
Mínimo		0
Máximo		197
Percentiles	25	0.00
	50	0.00
	75	18.00

Gráfico 36. Número de días de aislamiento en celda en la condena actual. Histograma



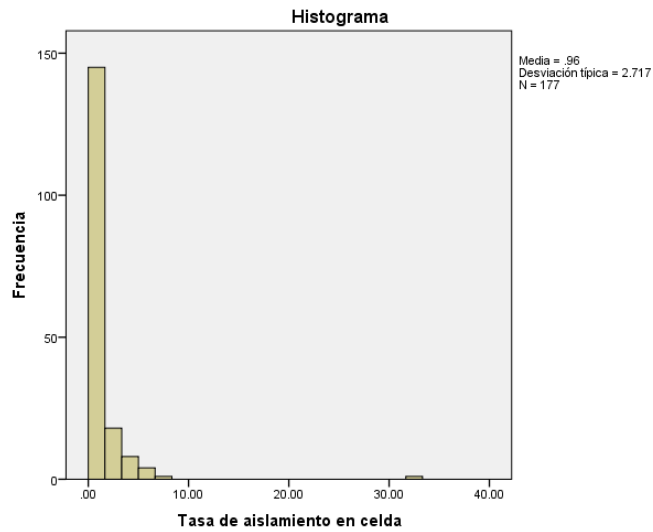
El total de participantes del estudio (N = 177 participantes (100 %)) había presentado 16,26 días de media de aislamiento en celda en la condena actual ($\sigma = 34.279$).

TASA del número de días de aislamiento en celda en la condena actual

Tabla 86. Tasa del número de días de aislamiento en celda en la condena actual

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		0.9566
Mediana		0.0000
Desviación típica		2.71679
Mínimo		0.00
Máximo		31.96
Percentiles	25	0.0000
	50	0.0000
	75	1.2624

Gráfico 37. Tasa del número de días de aislamiento en celda en la condena actual. Histograma



El total de participantes del estudio ($N = 177$ (100 %)) había presentado una tasa de aislamiento en celda de 0,9566 días de media ($\sigma = 34.279$).

Privación de paseos y actos recreativos (PPAR) durante la condena actual

Tabla 87. Días de Privación de paseos y actos recreativos (PPAR) en la condena actual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	96	54.2	54.2	54.2
	si	81	45.8	45.8	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

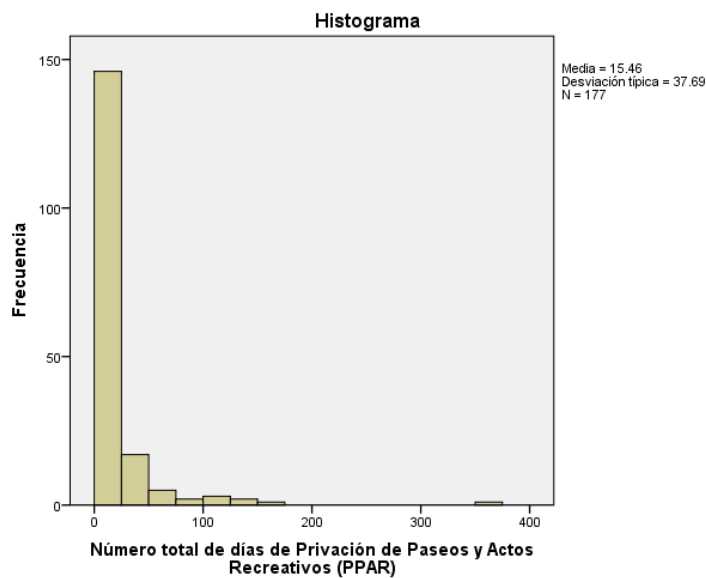
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 81 participantes habían presentado PPAR en la condena actual (45,8 %).

Número total de privación de paseos y actos recreativos (PPAR) durante la condena actual

Tabla 88. Número total de días de privación de paseos y actos recreativos (PPAR) en la condena actual

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		15.46
Mediana		0.00
Desviación típica		37.690
Mínimo		0
Máximo		365
Percentiles	25	0.00
	50	0.00
	75	13.00

Gráfico 38. Número total de días de privación de paseos y actos recreativos (PPAR) en la condena actual. Histograma



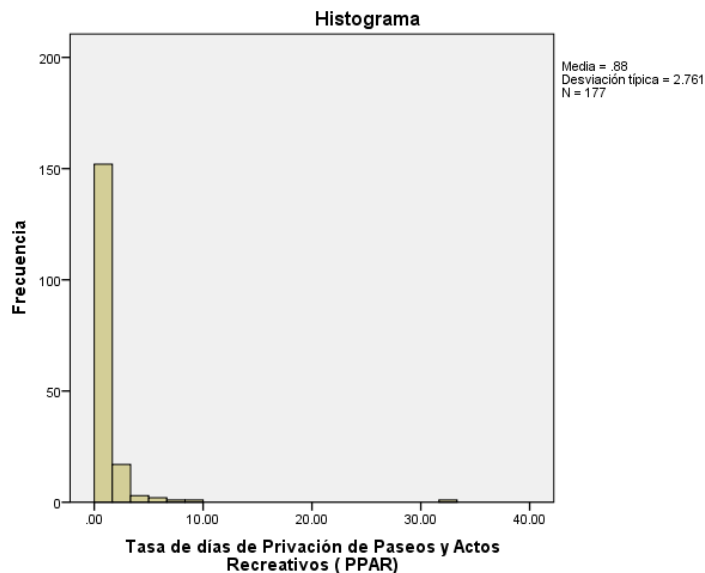
El total de participantes del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)) había presentado 15,46 días de media de privación de paseos y actos recreativos (PPAR) en celda en la condena actual ($\sigma = 37.690$).

Tasa de días de privación de paseos y actos recreativos (PPAR) durante la condena actual

Tabla 89. Tasa de días de privación de paseos y actos recreativos (PPAR) en la condena actual

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		0.8809
Mediana		0.0000
Desviación típica		2.76069
Mínimo		0.00
Máximo		32.91
Percentiles	25	0.0000
	50	0.0000
	75	0.8588

Gráfico 39. Tasa de días de privación de paseos y actos recreativos (PPAR) en la condena actual. Histograma



El total de participantes del estudio ($N = 177$ (100%)) había presentado una tasa de PPAR de 0,8809 días de media ($\sigma = 2.76069$).

3.2 Variables penitenciarias indicadoras de BUENA ADAPTACIÓN en prisión

3.2.1 ACTIVIDADES LABORALES

DESTINOS

Trabajo en destinos durante la condena actual

Tabla 90. Trabajo en destinos en la condena actual

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no	68	38.4	38.4	38.4
si	109	61.6	61.6	100.0
Total	177	100.0	100.0	

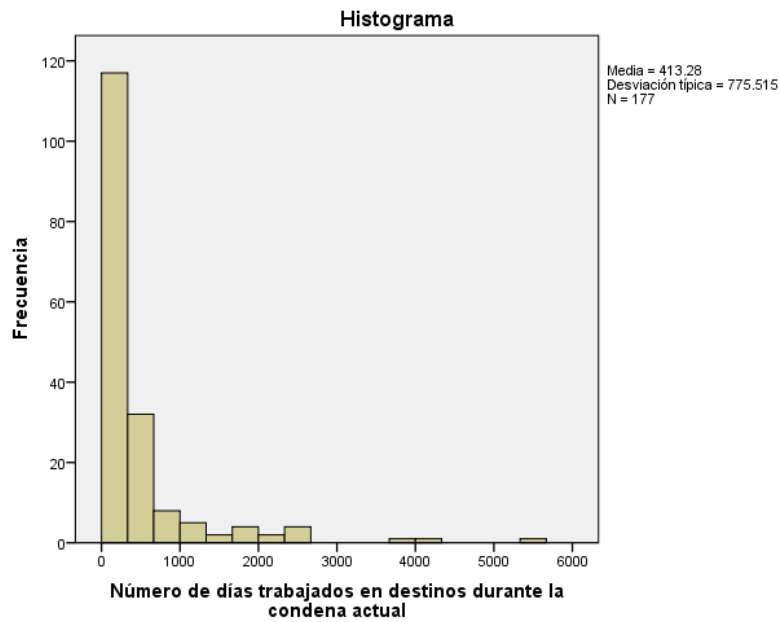
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 109 participantes habían trabajado en algún destino en la condena actual (61,6%).

Número de días trabajados en destinos durante la condena actual

Tabla 91. Número de días trabajados en destinos durante la condena actual

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		413.28
Mediana		108.00
Desviación típica		775.515
Mínimo		0
Máximo		5370
Percentiles	25	0.00
	50	108.00
	75	489.50

Gráfico 40. Número de días trabajados en destinos durante la condena actual. Histograma



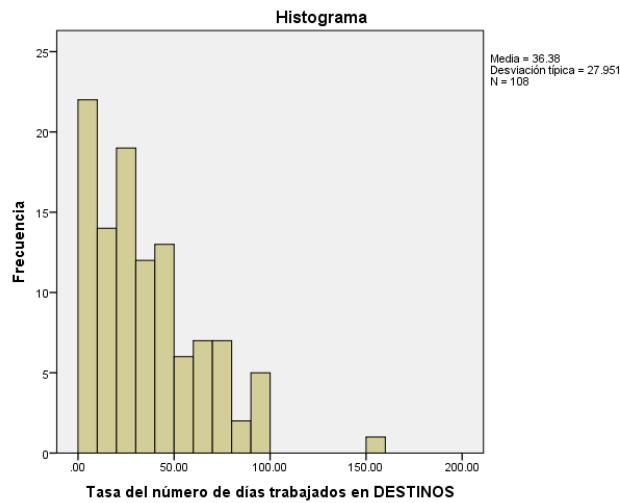
Del total de participantes del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), habían trabajado 413,28 días de media en destinos ($\sigma = 775.515$).

Tasa del número de días trabajados en destinos durante la condena actual

Tabla 92. Tasa del número de días trabajados en destinos

N	Válidos	108
	Perdidos	69
Media		36.3758
Mediana		29.0198
Desviación típica		27.95051
Mínimo		0.63
Máximo		152.21
Percentiles	25	13.2797
	50	29.0198
	75	53.7115

Gráfico 41. Tasa del número de días trabajados en destinos. Histograma



De los 108 participantes (0,61 %) sobre los que tenemos datos sobre la tasa del número de días trabajados en destinos del total de participantes del estudio ($N = 177$), los participantes habían trabajado una tasa media de 36,38 días en destinos ($\sigma = 27.95051$).

Tipo de trabajo en destino en función de la responsabilidad

Tabla 93. Tipo de destino en función de la responsabilidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	"genérico"	92	52.0	84.4	84.4
	"encargado"	17	9.6	15.6	100.0
	Total	109	61.6	100.0	
Perdidos	Sistema	68	38.4		
Total		177	100.0		

De la muestra del estudio de la que disponemos datos en relación al tipo de destino en función de la responsabilidad ($N = 109$ participantes (61,6 %)), 92 participantes habían desarrollado trabajo genérico en algún destino (84,4 %) y 17 participantes habían desarrollado trabajo en algún destino como encargado (15,6 %).

TALLERES

Trabajo en talleres durante la condena actual

Tabla 94. Trabajo en talleres durante la condena actual

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no	83	46.9	46.9	46.9
si	94	53.1	53.1	100.0
Total	177	100.0	100.0	

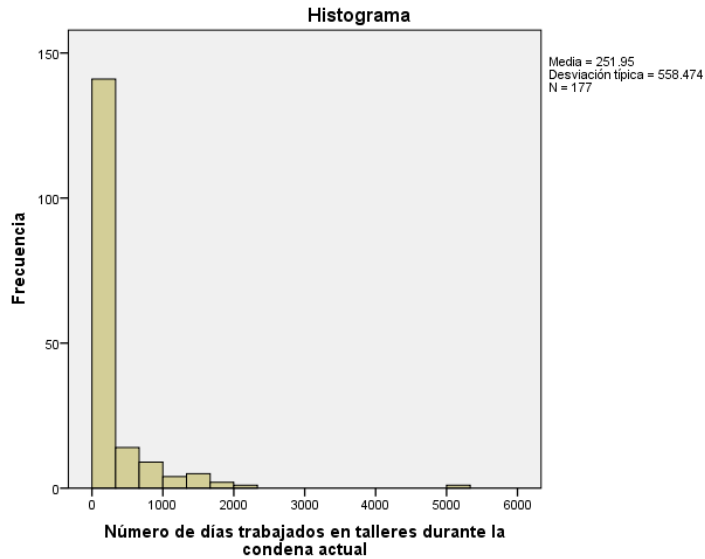
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 94 participantes habían trabajado en talleres (53,1 %).

Número de días trabajados en talleres durante la condena actual

Tabla 95. Número de días trabajados en talleres durante la condena actual

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		251.95
Mediana		13.00
Desviación típica		558.474
Mínimo		0
Máximo		5192
Percentiles	25	0.00
	50	13.00
	75	272.00

Gráfico 42. Número de días trabajados en talleres durante la condena actual. Histograma



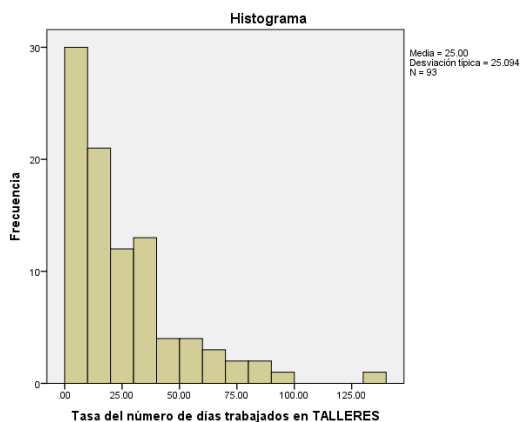
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), los participantes habían trabajado una media de 251.95 días en talleres durante la condena actual ($\sigma = 558.474$).

Tasa de días trabajados en talleres

Tabla 96. Tasa de días trabajados en talleres

N	Válidos	93
	Perdidos	84
Media		25.0034
Mediana		16.0777
Desviación típica		25.09413
Mínimo		0.03
Máximo		131.40
Percentiles	25	6.3021
	50	16.0777
	75	36.2917

Gráfico 43. Tasa de días trabajados en talleres. Histograma



De los 93 participantes (0,52 %) sobre los que tenemos datos sobre la tasa del número de días trabajados en talleres sobre el total participantes del estudio ($N = 177$ participantes), los participantes habían trabajado una tasa media de 25,00 días en talleres ($\sigma = 25.09413$).

Tipo de trabajo en talleres en función de la responsabilidad

Tabla 97. Tipo de trabajo en talleres en función de la responsabilidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	genérico	90	50.8	95.7	95.7
	encargado	4	2.3	4.3	100.0
	Total	94	53.1	100.0	
Perdidos	Sistema	83	46.9		
Total		177	100.0		

De la muestra del estudio de la que disponemos datos en relación al tipo de trabajo en talleres en función de la responsabilidad ($n = 94$ participantes (53,1 %)), 90 participantes habían desarrollado trabajos genéricos en talleres (95,7 %) y 4 participantes habían desarrollado trabajo en talleres como encargados (4,3 %).

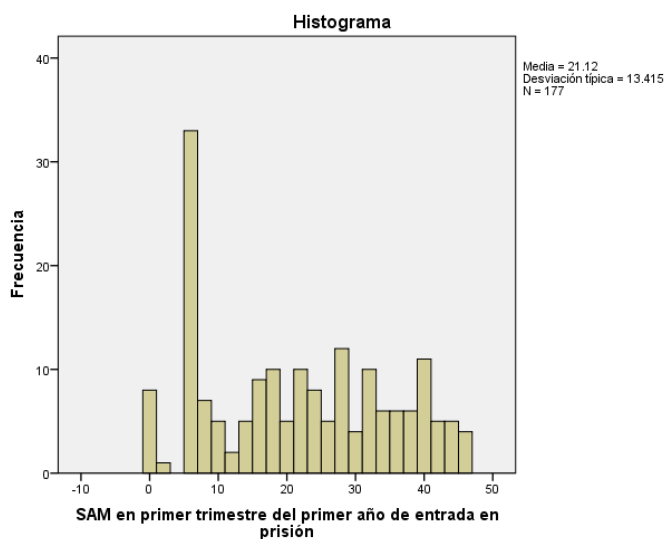
3.2.2 NIVEL DE ADATACIÓN EN PRISIÓN. Puntuación SAM

SAM en primer trimestre del primer año de entrada en prisión

Tabla 98. SAM en primer trimestre del primer año de entrada en prisión

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		21.12
Mediana		21.00
Desviación típica		13.415
Mínimo		0
Máximo		45
Percentiles	25	7.50
	50	21.00
	75	32.00

Gráfico 44. SAM en primer trimestre del primer año de entrada en prisión. Histograma



La muestra total de participantes del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), presentaban una calificación media en el SAM en el primer trimestre de 21,12 puntos ($\sigma = 13.415$).

Letra SAM en el primer trimestre de entrada en prisión

Tabla 99. Letra SAM en el primer trimestre de entrada en prisión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	A	25	14.1	24.5	24.5
	B	21	11.9	20.6	45.1
	C	18	10.2	17.6	62.7
	D	38	21.5	37.3	100.0
	Total	102	57.6	100.0	
Perdidos		75	42.4		
Total		177	100.0		

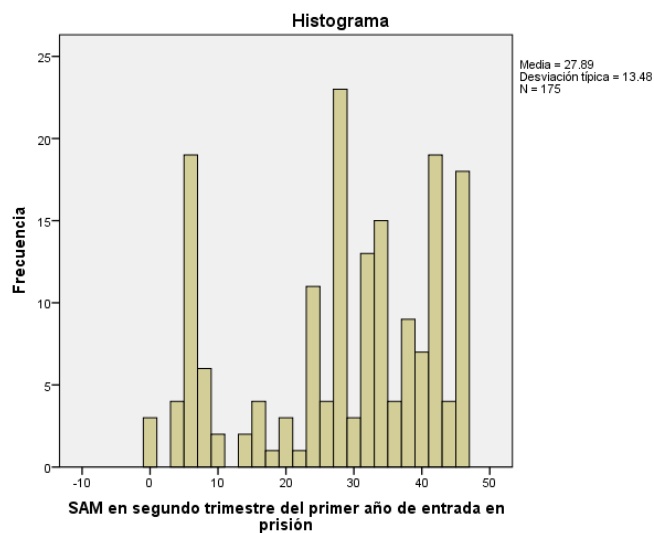
De la muestra del estudio de la que disponemos datos sobre la puntuación del SAM en el primer trimestre de condena ($n = 102$ participantes (57,6 %)), 25 participantes obtuvieron una puntuación A (24,5 %), 21 participantes obtuvieron una puntuación B (20,6 %), 18 participantes una puntuación C (17,6 %) y 38 participantes obtuvieron una puntuación D en el SAM (37,3 %).

SAM en segundo trimestre del primer año de entrada en prisión

Tabla 100. SAM en segundo trimestre del primer año de entrada en prisión

N	Válidos	175
	Perdidos	2
Media		27.89
Mediana		31.00
Desviación típica		13.480
Mínimo		0
Máximo		45
Percentiles	25	20.00
	50	31.00
	75	39.00

Gráfico 45. SAM en segundo trimestre del primer año de entrada en prisión. Histograma



Del número de participantes sobre el que disponemos datos sobre la puntuación SAM en el segundo trimestre ($n = 175$ participantes (98,87 %)) sobre la muestra total de participantes del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), éstos presentaban una calificación media en el SAM en el segundo trimestre de 27,89 puntos ($\sigma = 13.480$).

Letra SAM en el segundo trimestre de entrada en prisión

Tabla 101. Letra SAM en el segundo trimestre de entrada en prisión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	A	42	23.7	42.0	42.0
	B	38	21.5	38.0	80.0
	C	7	4.0	7.0	87.0
	D	13	7.3	13.0	100.0
	Total	100	56.5	100.0	
Perdidos		77	43.5		
Total		177	100.0		

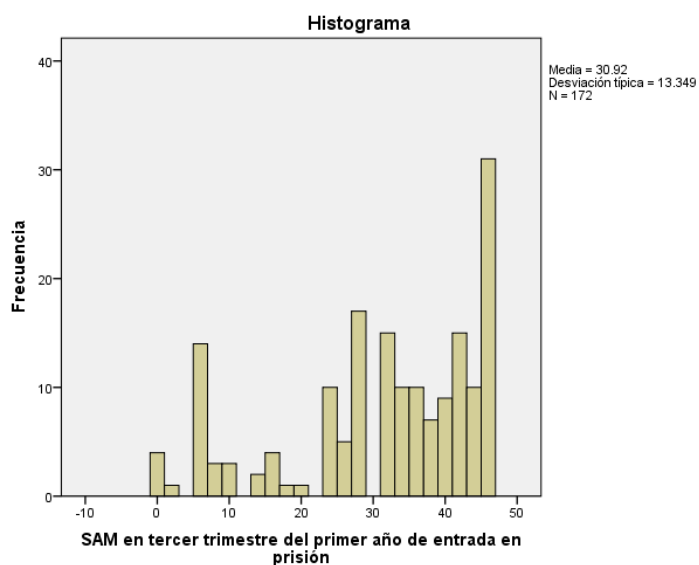
De la muestra del estudio de la que disponemos datos sobre la puntuación de la letra SAM en el segundo trimestre de condena ($n = 100$ participantes (56.5%)), 42 participantes obtuvieron una puntuación A en el SAM en el segundo trimestre de condena (42 %), 38 participantes una puntuación B (38 %), 7 participantes una puntuación C (7 %) y 13 participantes una puntuación D (13 %).

SAM en tercer trimestre del primer año de entrada en prisión

Tabla 102. SAM en tercer trimestre del primer año de entrada en prisión

N	Válidos	172
	Perdidos	5
Media		30.92
Mediana		34.00
Desviación típica		13.349
Mínimo		0
Máximo		45
Percentiles	25	24.25
	50	34.00
	75	42.00

Gráfico 46. SAM en tercer trimestre del primer año de entrada en prisión. Histograma



De la muestra del estudio de la que disponemos datos sobre la puntuación del SAM en el tercer trimestre de condena ($n = 172$ participantes (97,17 %)), éstos presentaban una calificación media en el SAM en el tercer trimestre de 30,92 puntos ($\sigma = 13.349$).

Letra SAM en el tercer trimestre de entrada en prisión

Tabla 103. Letra SAM en el tercer trimestre de entrada en prisión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	A	55	31.1	56.1	56.1
	B	24	13.6	24.5	80.6
	C	7	4.0	7.1	87.8
	D	12	6.8	12.2	100.0
	Total	98	55.4	100.0	
Perdidos		79	44.6		
Total		177	100.0		

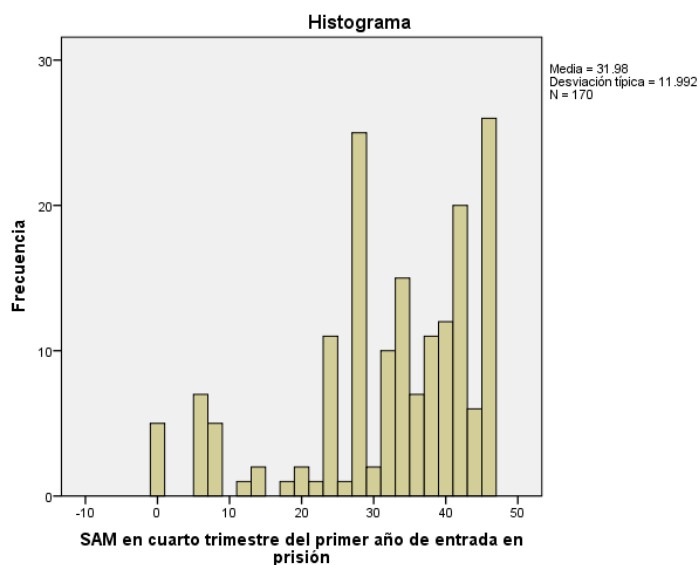
De la muestra del estudio de la que disponemos datos sobre la puntuación de la letra SAM en el tercer trimestre de condena ($n = 98$ participantes (55,4 %)), 55 participantes obtuvieron una puntuación A (56,1 %), 24 participantes obtuvieron una puntuación B (24,5 %), 7 participantes una puntuación C (7,1 %) y 12 participantes obtuvieron una puntuación D en el SAM (12,2 %).

SAM en cuarto trimestre del primer año de entrada en prisión

Tabla 104. SAM en cuarto trimestre del primer año de entrada en prisión

N	Válidos	170
	Perdidos	7
Media		31.98
Mediana		34.00
Desviación típica		11.992
Mínimo		0
Máximo		45
Percentiles	25	28.00
	50	34.00
	75	41.00

Gráfico 47. SAM en cuarto trimestre del primer año de entrada en prisión. Histograma



De la muestra del estudio de la que disponemos datos sobre la puntuación del SAM en el cuarto trimestre de condena ($n = 170$ participantes (96,04 %)), éstos presentaban una calificación media en el SAM en el cuarto trimestre de 31,98 puntos ($\sigma = 11.992$).

Letra SAM en el cuarto trimestre de entrada en prisión

Tabla 105. Letra SAM en el cuarto trimestre de entrada en prisión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	A	60	33.9	61.9	61.9
	B	23	13.0	23.7	85.6
	C	6	3.4	6.2	91.8
	D	8	4.5	8.2	100.0
	Total	97	54.8	100.0	
Perdidos		80	45.2		
Total		177	100.0		

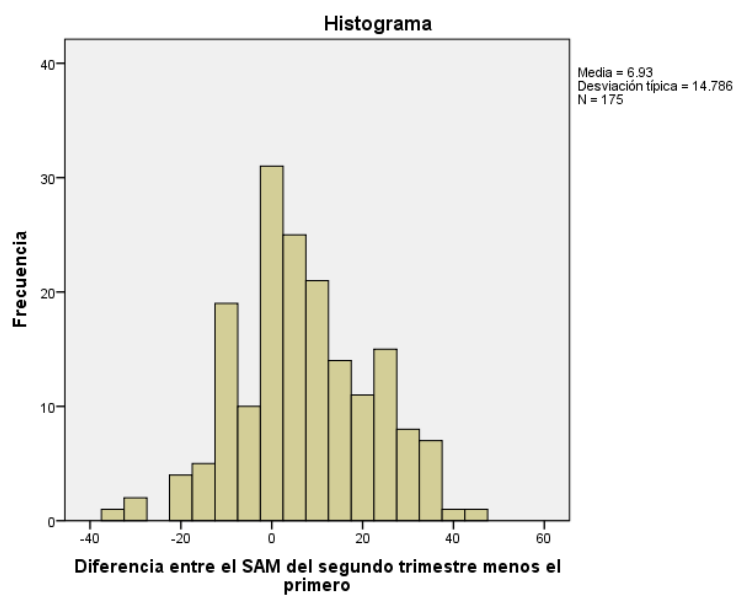
De la muestra del estudio de la que disponemos datos sobre la puntuación de la letra SAM en el cuarto trimestre de condena ($n = 97$ participantes (54,8 %)), 60 participantes obtuvieron una puntuación A (33,9 %), 23 participantes obtuvieron una puntuación B (23,7 %), 6 participantes una puntuación C (6,2 %) y 8 participantes obtuvieron una puntuación D en el SAM (8,2 %).

Variación del SAM

Tabla 106. Diferencia entre el SAM del segundo trimestre menos el primero

N	Válidos	175
	Perdidos	2
Media		6.93
Mediana		5.00
Desviación típica		14.786
Mínimo		-35
Máximo		43
Percentiles	25	-2.00
	50	5.00
	75	17.00

Gráfico 48. Diferencia entre el SAM del segundo trimestre menos el primero. Histograma



De los 175 participantes (0,99 %) de los que disponemos datos sobre la variación del SAM sobre el total de participantes de la muestra ($N = 177$), obtuvieron una variación media del SAM de 6,93 puntos ($\sigma = 14.786$).

3.2.3 NIVELES DE RIESGO. Escala RisCanvi

Nivel de riesgo de violencia autodirigida

Tabla 107. Nivel de riesgo de violencia auto-dirigida

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	"bajo"	110	62.1	69.2	69.2
	"medio"	32	18.1	20.1	89.3
	"alto"	17	9.6	10.7	100.0
	Total	159	89.8	100.0	
Perdidos	Sistema	18	10.2		
Total		177	100.0		

De la muestra del estudio de la que disponemos datos sobre el nivel de riesgo de violencia auto- dirigida ($n = 159$ participantes (89,8 %)), 110 participantes tenían un nivel de riesgo bajo (69,2 %), 32 participantes tenían un nivel de riesgo medio (20,1 %) y 17 participantes un nivel de riesgo alto (10,7 %).

Nivel de riesgo de violencia intra - institucional

Tabla 108. Nivel de riesgo de violencia intra - institucional

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	"bajo"	95	53.7	59.7	59.7
	"medio"	34	19.2	21.4	81.1
	"alto"	30	16.9	18.9	100.0
	Total	159	89.8	100.0	
Perdidos	Sistema	18	10.2		
Total		177	100.0		

De la muestra del estudio de la que disponemos sobre el nivel de riesgo de violencia intra-institucional ($n = 159$ participantes (89.8%)), 95 participantes tenían un nivel de riesgo de violencia institucional bajo (59,7 %), 34 participantes tenían un nivel de riesgo medio (21,4 %) y 30 participantes un nivel de riesgo alto (18,9 %).

Nivel de riesgo de reincidencia violenta

Tabla 109. Nivel de riesgo de reincidencia violenta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	"bajo"	94	53.1	59.1	59.1
	"medio"	37	20.9	23.3	82.4
	"alto"	28	15.8	17.6	100.0
	Total	159	89.8	100.0	
Perdidos	Sistema	18	10.2		
Total		177	100.0		

De la muestra del estudio de la que disponemos sobre el nivel de riesgo de reincidencia violenta ($n = 159$ participantes (89,8 %)), 94 participantes tenían un nivel de riesgo bajo (59,1 %), 37 participantes tenían un nivel de riesgo medio (23,3 %) y 28 participantes un nivel de riesgo alto (17,6 %).

Nivel de riesgo de quebrantamiento de condena

Tabla 110. Nivel de riesgo de quebrantamiento de condena

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	"bajo"	104	58.8	66.2	66.2
	"medio"	40	22.6	25.5	91.7
	"alto"	12	6.8	7.6	99.4
	"muy alto"	1	0.6	0.6	100.0
	Total	157	88.7	100.0	
Perdidos	Sistema	20	11.3		
Total		177	100.0		

De la muestra del estudio de la que disponemos sobre el nivel de riesgo de reincidencia violenta ($n = 157$ participantes (88,7 %)), 104 participantes tenían un nivel de riesgo bajo (66,2 %), 40 participantes tenían un nivel de riesgo medio (25,5 %), 12 participantes un nivel de riesgo alto (7,6 %) y 1 participante un nivel de riesgo muy alto (0,6 %).

4. VARIABLES CLÍNICAS

4.1 Variables recogidas en la HISTORIA CLÍNICA

4.1.1 VARIABLES PSIQUIÁTRICAS

Existencia de seguimiento por psiquiatría durante la condena actual

Tabla 111. Existencia de seguimiento por Psiquiatría durante la condena actual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	107	60.5	60.5	60.5
	Psiquiatría PSSJD	49	27.7	27.7	88.1
	Psiquiatría CAS	21	11.9	11.9	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 49 participantes estaban en seguimiento psiquiátrico por psiquiatras de Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD) (27,7 %) y 21 participantes realizaban seguimiento por psiquiatra de Centro de Adicciones (CAS) (11,9 %). 107 participantes no realizaban ningún tipo de seguimiento psiquiátrico (60,5 %). Por tanto, 70 pacientes (39,54 %) de la muestra total del estudio ($N = 177$ (100%)) realizaban seguimiento psiquiátrico (39,6 %).

Existencia de diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG)

Tabla 112. Existencia de diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	163	92.1	92.1	92.1
	sí	14	7.9	7.9	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100%)), 14 participantes tenían diagnóstico de trastorno mental grave según su historia clínica (7,9 %).

Tipo de Trastorno Mental Grave (TMG)

Tabla 113. Tipo de Trastorno Mental Grave (TMG) que consta en la historia clínica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ninguno	163	92.1	92.1	92.1
	trastorno psicótico	7	3.9	3.9	96.0
	esquizofrenia	2	1.1	1.1	97.2
	trastorno delirante	1	0.6	0.6	97.7
	trastorno depresivo grave con síntomas psicóticos	1	0.6	0.6	98.3
	trastorno obsesivo- compulsivo	1	0.6	0.6	98.9
	trastorno límite de personalidad	2	1.1	1.1	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

De los 14 participantes con Trastorno Mental Grave, 7 participantes presentaban trastorno psicótico (3,9 %), 2 participantes estaban diagnosticados de esquizofrenia (1,1 %), 1 participante con diagnóstico de trastorno delirante (0,6 %), 1 participante con diagnóstico de trastorno depresivo grave con síntomas psicóticos (0,6 %), 1 participante con diagnóstico de trastorno obsesivo – compulsivo (0,6 %) y 2 participantes con diagnóstico de trastorno límite de personalidad (1,1 %).

Existencia de diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Tabla 114. Existencia de diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en historia clínica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no	174	98.3	98.3	98.3
si	3	1.7	1.7	100.0
Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 3 participantes estaban diagnosticados de trastorno por déficit de atención e hiperactividad según su historia clínica (1,7 %) en el momento de realización del estudio.

Existencia de diagnóstico de Trastorno de la Personalidad (TP)

Tabla 115. Existencia de diagnóstico de Trastorno de la Personalidad (TP) en historia clínica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	162	91.5	91.5	91.5
	sí	15	8.5	8.5	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 15 participantes estaban diagnosticados de trastorno de la personalidad según su historia clínica (8,5 %) en el momento de realización del estudio.

Existencia de diagnóstico de Retraso Mental (RM)

Tabla 116. Existencia de diagnóstico de Retraso Mental (RM) en historia clínica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	174	98.3	98.3	98.3
	sí	3	1.7	1.7	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 3 participantes estaban diagnosticados de retraso mental según su historia clínica (1,7 %) en el momento de realización del estudio.

Existencia de diagnóstico de Trastorno Adaptativo (TA)

Tabla 117. Existencia de diagnóstico de Trastorno Adaptativo (TA) en historia clínica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	160	90.4	90.4	90.4
	sí	17	9.6	9.6	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 17 participantes estaban diagnosticados de trastorno adaptativo según su historia clínica (9,6 %) en el momento de realización del estudio.

Existencia de diagnóstico de Trastorno Depresivo

Tabla 118. Existencia de diagnóstico de Trastorno Depresivo en historia clínica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	166	93.8	93.8	93.8
	sí	11	6.2	6.2	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 11 participantes estaban diagnosticados de trastorno depresivo según su historia clínica (6,2 %) en el momento de realización del estudio.

Existencia de diagnóstico de Ansiedad

Tabla 119. Existencia de diagnóstico de ansiedad en historia clínica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	126	71.2	71.2	71.2
	sí	51	28.8	28.8	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 51 participantes estaban diagnosticados de ansiedad según su historia clínica (28,8 %) en el momento de realización del estudio.

Existencia de diagnóstico de Insomnio

Tabla 120. Existencia de diagnóstico de insomnio en historia clínica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	133	75.1	75.1	75.1
	sí	44	24.9	24.9	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 44 participantes estaban diagnosticados de insomnio según su historia clínica (24,9 %) en el momento de realización del estudio.

Existencia de tratamiento psicofarmacológico actualmente en historia clínica

Tabla 121. Existencia de tratamiento con psicofármacos actualmente en la historia clínica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	105	59.3	59.3	59.3
	sí	72	40.7	40.7	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100%)), 72 participantes tomaban tratamiento con psicofármacos (40,7 %) en el momento de realización del estudio.

Existencia de tratamiento con antipsicóticos en historia clínica

Tabla 122. Existencia de tratamiento con antipsicóticos actualmente en la historia clínica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	150	84.7	84.7	84.7
	sí	27	15.3	15.3	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 27 participantes tomaban tratamiento con antipsicóticos (15,3 %) en el momento de realización del estudio.

Existencia de tratamiento con benzodicepinas en historia clínica

Tabla 123. Existencia de tratamiento con benzodicepinas (BDZ) actualmente en la historia clínica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	129	72.9	72.9	72.9
	sí	48	27.1	27.1	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 48 participantes tomaban tratamiento con benzodicepinas (27,1 %) en el momento de realización del estudio.

Existencia de tratamiento con antidepresivos en historia clínica

Tabla 124. Existencia de tratamiento con antidepresivos actualmente en la historia clínica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	141	79.7	79.7	79.7
	sí	36	20.3	20.3	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 36 participantes tomaban tratamiento con antidepresivos (20,3 %) en el momento de realización del estudio.

Existencia de tratamiento con antiepilépticos en historia clínica

Tabla 125. Existencia de tratamiento con antiepilépticos actualmente en la historia clínica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no	158	89.3	89.3	89.3
si	19	10.7	10.7	100.0
Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 19 participantes tomaban tratamiento con antiepilépticos (10,7 %) en el momento de realización del estudio.

4.1.2 SEROLOGÍAS

Existencia de diagnóstico de virus inmunodeficiencia humana (VIH)

Tabla 126. Existencia de diagnóstico de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	160	90.4	90.4	90.4
	sí	17	9.6	9.6	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 17 participantes presentaban diagnóstico de VIH (9,6 %) en el momento de realización del estudio.

Existencia de diagnóstico de virus de la hepatitis B (VHB)

Tabla 127. Existencia de diagnóstico de virus de la hepatitis B (VHB)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	172	97.2	97.2	97.2
	sí	5	2.8	2.8	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 5 participantes presentaban diagnóstico de VHB (2,8 %) en el momento de realización del estudio.

Existencia de diagnóstico de virus de la hepatitis C (VHC)

Tabla 128. Existencia de diagnóstico de virus de la hepatitis C (VHC)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	147	83.1	83.1	83.1
	sí	30	16.9	16.9	100.0
Total		177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100%)), 30 participantes presentaban diagnóstico de VHC (16,9%) en el momento de realización del estudio.

4.1.3 AUTOLESIONES Y HETEROAGRESIVIDAD

Existencia de diagnóstico de autolesiones en historia clínica

Tabla 129. Existencia de diagnóstico de autolesiones en historia clínica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	156	88.1	88.1	88.1
	sí	21	11.9	11.9	100.0
Total		177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 21 participantes presentaban diagnóstico de autolesión en la historia clínica (11,9 %) en el momento de realización del estudio.

Existencia de diagnóstico de heteroagresividad en historia clínica

Tabla 130. Existencia de diagnóstico de heteroagresividad en historia clínica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	174	98.3	98.3	98.3
	sí	3	1.7	1.7	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 3 participantes presentaban diagnóstico de heteroagresividad en la historia clínica (1,7 %) en el momento de realización del estudio.

4.1.4 CONSUMO DE DROGAS EN LA HISTORIA CLÍNICA

Existencia de diagnóstico de consumo de opiáceos en historia clínica

Tabla 131. Existencia de consumo de opiáceos en historia clínica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	124	70.1	70.1	70.1
	sí, sin abuso/dependencia	5	2.8	2.8	72.9
	abuso	5	2.8	2.8	75.7
	dependencia	43	24.3	24.3	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 43 participantes estaban diagnosticado de dependencia de opiáceos (24,3%), 5 participantes estaban diagnosticado de

abuso a opiáceos (2,8 %) y 5 participantes consumían opiáceos sin presentar criterios de abuso o dependencia (2,8 %) y 124 participantes no presentaban trastorno por consumo de opiáceos según la historia clínica (70,1 %). Por tanto, 43 participantes estaban diagnosticados de trastorno de abuso/ dependencia de opiáceos según la historia clínica (27,1%).

Existencia de diagnóstico de consumo de psicoestimulantes en historia clínica

Tabla 132. Existencia de consumo de psicoestimulantes en historia clínica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	167	94.4	94.4	94.4
	sí, sin criterios de abuso/dependencia	4	2.3	2.3	96.6
	abuso	4	2.3	2.3	98.9
	dependencia	2	1.1	1.1	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 2 participantes estaban diagnosticados de dependencia de psicoestimulantes (1,1 %), 4 participantes estaban diagnosticados abuso de psicoestimulantes (2,3 %) y 4 participantes consumían psicoestimulantes sin presentar criterios de abuso o dependencia (2,3 %). 167 participantes no presentaban trastorno por consumo de psicoestimulantes según la historia clínica (94,4 %). Por tanto, 6 participantes estaban diagnosticados de trastorno por abuso/ dependencia de psicoestimulantes según la historia clínica (3,4 %).

Existencia de diagnóstico de consumo de cocaína en historia clínica

Tabla 133. Existencia de consumo de cocaína en historia clínica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	121	68.4	68.4	68.4
	sí, sin criterios de abuso/dependencia	12	6.8	6.8	75.1
	abuso	18	10.2	10.2	85.3
	dependencia	26	14.7	14.7	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 26 participantes estaban diagnosticados de dependencia de cocaína (14,7 %), 18 participantes estaban diagnosticados de abuso de cocaína (10,2 %) y 12 participantes consumían cocaína sin presentar criterios de abuso o dependencia (6,8 %). 121 participantes no presentaban trastorno por consumo de opiáceos según la historia clínica (68,4 %). Por tanto, 44 participantes estaban diagnosticados de trastorno por abuso/dependencia de cocaína según la historia clínica (24,9 %).

Existencia de diagnóstico de consumo de cannabis (THC) en historia clínica

Tabla 134. Existencia de consumo de cannabis (THC) en historia clínica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no	128	72,3	72,3	72,3
	sí, sin criterios de abuso/dependencia	16	9,0	9,0	81,4
	abuso	17	9,6	9,6	91,0
	dependencia	16	9,0	9,0	100,0
	Total	177	100,0	100,0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 16 participantes estaban diagnosticados de dependencia a cannabis (9,0 %), 17 participantes estaban diagnosticados de abuso de cannabis (9,6 %) y 16 participantes de trastorno por consumo de cannabis sin presentar criterios de abuso o dependencia (9,0 %). 128 participantes no presentaban consumo de cannabis según la historia clínica (72,3%). Por tanto, 33 participantes estaban diagnosticados de trastorno por abuso/dependencia de cannabis según la historia clínica (18,6 %).

Existencia de diagnóstico de consumo de benzodiazepinas (BDZ) en historia clínica

Tabla 135. Existencia de consumo de benzodiazepinas (BDZ) en historia clínica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no	166	93.8	93.8	93.8
sí, sin criterios de abuso/dependencia	1	0.6	0.6	94.4
abuso	7	4.0	4.0	98.3
dependencia	3	1.7	1.7	100.0
Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 3 participantes estaban diagnosticados de dependencia de benzodiazepinas (1,7 %), 7 participantes estaban diagnosticados de abuso de benzodiazepinas (4,0 %) y 1 participante estaba diagnosticado de trastorno por consumo de benzodiazepinas sin presentar criterios de abuso o dependencia (0,6 %). 166 participantes no presentaban trastorno por consumo de benzodiazepinas según la historia clínica (93,8%). Por tanto, 10 participantes estaban diagnosticados de trastorno por abuso /dependencia de benzodiazepinas según la historia clínica (5,7 %).

Existencia de diagnóstico de consumo de alcohol (OH) en historia clínica

Tabla 136. Existencia de consumo de alcohol (OH) en historia clínica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	137	77.4	77.4	77.4
	si, sin criterios de abuso/dependencia	10	5.6	5.6	83.1
	abuso	20	11.3	11.3	94.4
	dependencia	10	5.6	5.6	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), 10 participantes estaban diagnosticados de dependencia de alcohol (5,6 %), 20 participantes estaban diagnosticados de abuso de alcohol (11,3 %) y 10 participantes estaban diagnosticados de trastorno por consumo de alcohol en la historia clínica sin presentar criterios de abuso o dependencia (5,6 %). 137 participantes no presentaban trastorno por consumo de alcohol según la historia clínica (77,4 %). Por tanto, 30 participantes estaban diagnosticados de trastorno por abuso/dependencia de alcohol según la historia clínica (16,9 %).

4.2 Variables AUTORREPORTADAS

4.2.1 RELATIVAS AL CONSUMO DE DROGAS

Consumo de opiáceos en el momento actual

Tabla 137. Consumo de opiáceos activo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	151	85.3	93.8	93.8
	alguna vez	8	4.5	5.0	98.8
	de vez en cuando	1	0.6	0.6	99.4
	casi a diario	1	0.6	0.6	100.0
	Total	161	91.0	100.0	
Perdidos	Sistema	16	9.0		
Total		177	100.0		

De la muestra de la que disponemos datos sobre consumo de opiáceos activo en el momento de pasación del cuestionario ($n = 161$ participantes (91 %)), 151 participantes reportaron no realizar consumo activo (93,8 %), 8 participantes reportaron que consumían en *alguna ocasión* (5,0 %), 1 participante reportó que consumía *de vez en cuando* (0,6 %) y 1 participante reconocía consumos *casi diarios* (0,6 %).

Antecedentes de consumo de opiáceos

Tabla 138. Consumo de opiáceos en el pasado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	98	55.4	60.9	60.9
	alguna vez	12	6.8	7.5	68.3
	de vez en cuando	5	2.8	3.1	71.4
	frecuentemente	12	6.8	7.5	78.9
	casi a diario	31	17.5	19.3	98.1
	sí, desconocida	3	1.7	1.9	100.0
	Total	161	91.0	100.0	
Perdidos	Sistema	16	9.0		
Total		177	100.0		

De la muestra de la que disponemos datos sobre consumo de opiáceos en el pasado ($n = 161$ participantes (91 %)), 98 participantes reportaron no presentar consumo de opiáceos en el pasado (60,9 %), 12 participantes reportaron que habían consumido opiáceos *en alguna ocasión* (7,5 %), 5 participantes reportaron que consumían opiáceos *de vez en cuando* (3,1 %), 12 participantes reconocían consumos *frecuentes* de opiáceos en el pasado (7,5 %), 31 participantes reportaron consumo de opiáceos en el pasado *casi a diario* (19,3 %) y 3 participantes reportaron consumo de opiáceos en el pasado en una frecuencia *desconocida* (1,9 %).

Patrón de abuso/ dependencia de opiáceos

Tabla 139. Patrón de abuso/dependencia de opiáceos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	117	66.1	72.2	72.2
	sí	42	23.7	25.9	98.1
	desconocido	3	1.7	1.9	100.0
	Total	162	91.5	100.0	
Perdidos	Sistema	15	8.5		
Total		177	100.0		

De la muestra de la que disponemos datos sobre patrón de abuso/dependencia de opiáceos ($n = 162$ participantes (91,5 %)) y según datos del cuestionario autorreportado, 42 participantes presentaban un patrón de abuso/dependencia de opiáceos (25,9 %), 117 participantes no presentaban un patrón de abuso/dependencia de opiáceos (72,2 %) y 3 participantes presentaban un patrón de abuso/dependencia de opiáceos desconocido (1,9 %).

Consumo de psicoestimulantes en el momento actual

Tabla 140. Consumo de psicoestimulantes activo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	146	82.5	91.3	91.3
	alguna vez	2	1.1	1.3	92.5
	de vez en cuando	3	1.7	1.9	94.4
	frecuentemente	2	1.1	1.3	95.6
	casi a diario	6	3.4	3.8	99.4
	sí, desconocida	1	0.6	0.6	100.0
	Total	160	90.4	100.0	
Perdidos	Sistema	17	9.6		
Total		177	100.0		

De la muestra de la que disponemos datos sobre consumo de psicoestimulantes activo en el momento de pasación del cuestionario ($n = 160$ participantes (90,4%)) según los datos del cuestionario autorreportado, 146 participantes reportaron que no presentaban consumo activo (91,3 %), 2 participantes reportaron que consumían psicoestimulantes en *alguna ocasión* (1,3 %), 3 participantes reportaron que consumían psicoestimulantes *de vez en cuando* (1,9 %), 2 participantes consumían psicoestimulantes *frecuentemente* (1,3 %) ,6 participantes consumían psicoestimulantes *casi a diario* (3,8 %) y 1 participante presentaba en el pasado consumo activo de psicoestimulantes sin precisar frecuencia de consumo (0,6 %).

Añadir en esta variable que tras realizar evaluación de los resultados éstos se consideran **poco fiables**, puesto que cuando se preguntó sobre cantidad y frecuencia de consumo en el cuestionario rellenado por los participantes, la mayoría indicaba como psicoestimulantes el consumo de cocaína o benzodiazepinas, ya que así lo especificaban al preguntar por la frecuencia de consumo y además las respuestas dadas por estos participantes en este apartado se repetían en preguntas posteriores del cuestionario cuando se les preguntaba específicamente por el consumo de cocaína o benzodiazepinas, arrojando inconsistencias.

Antecedentes de consumo de psicoestimulantes

Tabla 141. Consumo de psicoestimulantes en el pasado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	66	37.3	43.7	43.7
	alguna vez	16	9.0	10.6	54.3
	de vez en cuando	19	10.7	12.6	66.9
	frecuentemente	17	9.6	11.3	78.1
	casi a diario	26	14.7	17.2	95.4
	sí, desconocida	7	4.0	4.6	100.0
	Total	151	85.3	100.0	
Perdidos	Sistema	26	14.7		
Total		177	100.0		

De la muestra de la que disponemos datos sobre consumo de psicoestimulantes en el pasado ($n = 151$ participantes (85,3 %)) según los datos del cuestionario autorreportado, 66 participantes reportaron que no presentaban consumo de psicoestimulantes en el pasado (43,7 %), 16 participantes reportaron que habían consumido psicoestimulantes *en alguna ocasión* (10,6 %), 19 participantes reportaron que consumían psicoestimulantes *de vez en cuando* (12,6 %), 17 participantes reconocía consumos frecuentes (11,3 %), 26 participantes reportó que consumían psicoestimulantes en el pasado *casi a diario* (17,2 %) y 7 participantes reportaron consumo de psicoestimulantes en el pasado en una frecuencia desconocida (4,6 %).

En relación a esta variable sucede como en el caso anterior. Se considera que los datos son **poco fiables** ya que cuando se preguntó sobre cantidad y frecuencia de consumo de psicoestimulantes en el cuestionario rellenado por los participantes, la mayoría especificaba como psicoestimulantes el consumo de cocaína o benzodiazepinas y además las respuestas dadas por estos participantes en este apartado se repetían en preguntas posteriores del cuestionario cuando se les preguntaba específicamente por el consumo de cocaína o benzodiazepinas, arrojando inconsistencias.

Patrón de abuso/ dependencia de consumo de psicoestimulantes

Tabla 142. Patrón de abuso/dependencia de psicoestimulantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	101	57.1	63.9	63.9
	sí	44	24.9	27.8	91.8
	desconocido	13	7.3	8.2	100.0
	Total	158	89.3	100.0	
Perdidos	Sistema	19	10.7		
Total		177	100.0		

De la muestra de la que disponemos datos sobre patrón de abuso/dependencia de psicoestimulantes ($n = 158$ participantes (89,3 %)), según los datos del cuestionario autorreportado, 44 participantes presentaban un patrón de abuso/dependencia de psicoestimulantes (27,8 %), 101 participantes no presentaban un patrón de abuso/dependencia de psicoestimulantes (63,9 %) y 13 participantes presentaban un patrón de abuso/dependencia de psicoestimulantes desconocido (8,2 %).

Como los resultados de esta variable están basados en los resultados de las dos variables anteriores, por los motivos expuestos anteriormente se consideran de **escasa fiabilidad**.

Consumo de cocaína en el momento actual

Tabla 143. Consumo de cocaína activo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	151	85.3	93.8	93.8
	alguna vez	5	2.8	3.1	96.9
	de vez en cuando	3	1.7	1.9	98.8
	frecuentemente	1	0.6	0.6	99.4
	casi a diario	1	0.6	0.6	100.0
	Total	161	91.0	100.0	
Perdidos	Sistema	16	9.0		
Total		177	100.0		

De la muestra de la que disponemos datos sobre consumo de cocaína activo en el momento de pasación del cuestionario ($n = 161$ participantes (91,0 %)), 151 participantes no reportaron consumo activo de cocaína (93,8 %), 5 participantes reportaron que consumían en *alguna ocasión* (3,1 %), 3 participantes reportaron que consumían *de vez en cuando* (1,9 %), 1 participante reportó que consumía *frecuentemente* (0,6 %) y 1 participante reportó que consumía *casi a diario* (0,6 %).

Antecedentes de consumo de cocaína

Tabla 144. Consumo de cocaína en el pasado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	58	32.8	35.8	35.8
	alguna vez	20	11.3	12.3	48.1
	de vez en cuando	22	12.4	13.6	61.7
	frecuentemente	19	10.7	11.7	73.5
	casi a diario	34	19.2	21.0	94.4
	sí, desconocida	9	5.1	5.6	100.0
	Total	162	91.5	100.0	
Perdidos	Sistema	15	8.5		
Total		177	100.0		

De la muestra de la que disponemos datos sobre los antecedentes de consumo de cocaína ($n = 162$ participantes (91,5 %)), 58 participantes reportaron no presentar antecedentes de consumo de cocaína (35,8 %), 20 participantes reportaron que habían consumido cocaína en *alguna ocasión* en el pasado (12,3 %), 22 participantes reportaron que habían consumido cocaína *de vez en cuando* (13,6 %), 19 participantes reconocía antecedentes de consumos *frecuentes* (11,7 %), 34 participantes reportaron que consumían *casi a diario* en el pasado (21,0 %) y 9 participantes reportaron que presentaban consumo de cocaína en el pasado con una frecuencia *desconocida* (5,6 %).

Patrón de abuso/ dependencia de consumo de cocaína

Tabla 145. Patrón de abuso/dependencia de cocaína

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	97	54.8	59.9	59.9
	sí	57	32.2	35.2	95.1
	desconocido	8	4.5	4.9	100.0
	Total	162	91.5	100.0	
Perdidos	Sistema	15	8.5		
Total		177	100.0		

De la muestra de la que disponemos datos sobre patrón de abuso/dependencia de cocaína ($n = 162$ participantes (91,5 %)), según información del cuestionario autorreportado rellenado por los participantes, 57 participantes presentaban un patrón de abuso/dependencia de cocaína (35,2 %), 97 participantes no presentaban un patrón de abuso/dependencia de cocaína (59,9 %) y 8 participantes presentaban un patrón de abuso/dependencia de cocaína desconocido (4,9 %).

Consumo de cannabis en el momento actual

Tabla 146. Consumo de cannabis activo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	117	66.1	73.6	73.6
	alguna vez	14	7.9	8.8	82.4
	de vez en cuando	16	9.0	10.1	92.5
	frecuentemente	8	4.5	5.0	97.5
	casi a diario	4	2.3	2.5	100.0
	Total	159	89.8	100.0	
Perdidos	Sistema	18	10.2		
Total		177	100.0		

De la muestra de la que disponemos datos sobre consumo de cannabis activo en el momento de pasación del cuestionario ($n = 159$ participantes (89,8 %)), 117 participantes reportaron que no presentaban consumo activo de cannabis (73,6 %), 14 participantes reportaron que consumían cannabis en *alguna ocasión* (8,8 %), 16 participantes reportaron que consumían cannabis *de vez en cuando* (10,1 %), 8 participantes reportaron que consumían cannabis *frecuentemente* (5 %) y 4 participantes reportaron que consumían cannabis *casi a diario* (2,5 %).

Antecedentes de consumo de cannabis

Tabla 147. Consumo de cannabis en el pasado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	53	29.9	33.5	33.5
	alguna vez	19	10.7	12.0	45.6
	de vez en cuando	21	11.9	13.3	58.9
	frecuentemente	12	6.8	7.6	66.5
	casi a diario	44	24.9	27.8	94.3
	sí, desconocida	9	5.1	5.7	100.0
	Total	158	89.3	100.0	
Perdidos	Sistema	19	10.7		
Total		177	100.0		

De la muestra de la que disponemos datos sobre consumo de cannabis en el pasado ($n = 158$ participantes (89,3 %)), 53 participantes reportaron que no presentaban consumo de cannabis en el pasado (33,5 %), 19 participantes reportaron que habían consumido cannabis en *alguna ocasión* en el pasado (12,0 %), 21 participantes reportaron que habían consumido cannabis *de vez en cuando* en el pasado (13,3 %), 12 participantes reconocía consumos *frecuentes* de cannabis en el pasado (7,6 %), 44 participantes reportaron que consumían cannabis *casi a diario* en el pasado (27,8 %) y 9 participantes presentaban consumo de cannabis en el pasado en una frecuencia *desconocida* (5,7 %).

Patrón de abuso/ dependencia de cannabis

Tabla 148. Patrón de abuso/dependencia de cannabis

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	93	52.5	58.5	58.5
	sí	58	32.8	36.5	95.0
	desconocido	8	4.5	5.0	100.0
	Total	159	89.8	100.0	
Perdidos	Sistema	18	10.2		
Total		177	100.0		

De la muestra de la que disponemos datos sobre patrón de abuso/dependencia de cannabis ($n = 159$ participantes (89,8 %)), según cuestionario autorreportado por los participantes, 58 participantes presentaban un patrón de abuso/dependencia de cannabis (36,5%), 93 participantes no presentaban un patrón de abuso/dependencia de cannabis (58,5 %) y 8 participantes presentaban un patrón de abuso/dependencia de cannabis desconocido (5 %).

Consumo de benzodiazepinas en el momento actual

Tabla 149. Consumo de benzodiazepinas activo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	142	80.2	89.3	89.3
	alguna vez	2	1.1	1.3	90.6
	de vez en cuando	1	0.6	0.6	91.2
	frecuentemente	1	0.6	0.6	91.8
	casi a diario	11	6.2	6.9	98.7
	sí, desconocida	2	1.1	1.3	100.0
	Total	159	89.8	100.0	
Perdidos	Sistema	18	10.2		
Total		177	100.0		

De la muestra de la que disponemos datos sobre consumo de benzodiazepinas activo sin prescripción médica en el momento de pasación del cuestionario ($n = 159$ participantes (89,8 %)), 142 participantes reportaron que no presentaban consumo activo de benzodiazepinas sin prescripción médica (89,3 %), 2 participantes reportaron que consumían benzodiazepinas sin prescripción médica *en alguna ocasión* (1,3 %), 1 participante reportó que consumía benzodiazepinas sin prescripción médica *de vez en cuando* (0,6 %), 1 participante reportó que consumía benzodiazepinas sin prescripción médica *frecuentemente* (0,6 %), 11 participantes reportaron que consumían benzodiazepinas sin prescripción médica *casi a diario* (6,2 %) y 2 participantes reportaron que presentaban un consumo de benzodiazepinas activo sin prescripción médica con frecuencia *desconocida* (6,9 %).

Antecedentes de consumo de benzodiazepinas

Tabla 150. Consumo de benzodiazepinas en el pasado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	104	58.8	65.8	65.8
	alguna vez	18	10.2	11.4	77.2
	de vez en cuando	9	5.1	5.7	82.9
	frecuentemente	6	3.4	3.8	86.7
	casi a diario	15	8.5	9.5	96.2
	sí, desconocida	6	3.4	3.8	100.0
	Total	158	89.3	100.0	
Perdidos	Sistema	19	10.7		
Total		177	100.0		

De la muestra de la que disponemos datos sobre consumo de benzodiazepinas sin prescripción médica en el pasado ($n = 158$ participantes (89.3 %)), 104 participantes reportaron que no presentaban antecedentes de consumo de benzodiazepinas sin prescripción médica (65,8 %), 18 participantes reportaron que habían consumido benzodiazepinas sin prescripción médica en alguna ocasión en el pasado (11,4 %), 9 participantes reportaron que habían consumido benzodiazepinas sin prescripción médica de vez en cuando en el pasado (5,7 %), 6 participantes reconocía antecedentes de consumos frecuentes de benzodiazepinas sin prescripción médica (3,8 %), 15 participantes reportaron que consumían benzodiazepinas sin prescripción médica casi a diario en el pasado (9,5 %) y 6 participantes reportaron consumo de benzodiazepinas sin prescripción médica en el pasado en una frecuencia desconocida (3,8 %).

Patrón de abuso/ dependencia de benzodiazepinas

Tabla 151. Patrón de abuso/dependencia de benzodiazepinas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	126	71.2	79.2	79.2
	sí	29	16.4	18.2	97.5
	desconocido	4	2.3	2.5	100.0
	Total	159	89.8	100.0	
Perdidos	Sistema	18	10.2		
Total		177	100.0		

De la muestra de la que disponemos datos sobre patrón de abuso/dependencia de benzodiazepinas ($n = 159$ participantes (89,8 %)), según los datos del cuestionario autorreportado, 29 participantes presentaban un patrón de abuso/dependencia de benzodiazepinas (18,2 %), 126 participantes no presentaban un patrón de abuso/dependencia de benzodiazepinas (79,2 %) y 4 participantes presentaban un patrón de abuso/dependencia de benzodiazepinas desconocido (2,5 %).

Antecedentes de consumo de alcohol

Tabla 152. Consumo de alcohol

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	16	9.0	10.1	10.1
	alguna vez	45	25.4	28.5	38.6
	de vez en cuando	59	33.3	37.3	75.9
	frecuentemente	9	5.1	5.7	81.6
	casi a diario	15	8.5	9.5	91.1
	sí, desconocida	14	7.9	8.9	100.0
	Total	158	89.3	100.0	
Perdidos	Sistema	19	10.7		
Total		177	100.0		

De la muestra de la que disponemos datos sobre consumo de alcohol en el pasado ($n = 158$ participantes (89,3 %)), 16 participantes reportaron que no presentaban consumo de alcohol en el pasado (10,1 %), 45 participantes reportaron que habían consumido alcohol *en alguna ocasión* en el pasado (28,5 %), 59 participantes reportaron que habían consumido alcohol *de vez en cuando* en el pasado (37,3 %), 9 participantes reconocía consumos *frecuentes* de alcohol en el pasado (5,7 %), 15 participantes reportaron que consumían alcohol *casi a diario* en el pasado (9,5 %) y 14 participantes reportaron consumo de alcohol en el pasado en una frecuencia *desconocida* (8,9 %).

Patrón de abuso/dependencia de alcohol

Tabla 153. Patrón de abuso/dependencia de alcohol

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	122	68.9	77.2	77.2
	sí	23	13.0	14.6	91.8
	desconocido	13	7.3	8.2	100.0
	Total	158	89.3	100.0	
Perdidos	Sistema	19	10.7		
Total		177	100.0		

De la muestra de la que disponemos datos sobre patrón de abuso/dependencia de alcohol (n = 158 participantes (89,3 %)), según datos del cuestionario autorreportado, 23 participantes presentaban un patrón de abuso/dependencia de alcohol (14,6 %), 122 participantes no presentaban un patrón de abuso/dependencia de alcohol (77,2 %) y 13 participantes presentaban un patrón de abuso/dependencia de alcohol desconocido (8,2 %).

Antecedentes de consumo de sustancias

Tabla 154. Antecedentes de consumo de drogas autorreportado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	28	15.8	17.5	17.5
	si	132	74.6	82.5	100.0
	Total	160	90.4	100.0	
Perdidos	Sistema	17	9.6		
Total		177	100.0		

De la muestra de la que disponemos datos sobre antecedentes de consumo de drogas ($n = 160$ participantes (90,4 %)), 132 participantes reportaron antecedentes de consumo de drogas (82,5 %).

Consumo de drogas en el momento actual

Tabla 155. Consumo de drogas en el momento actual autorreportado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	52	29.4	32.9	32.9
	si	106	59.9	67.1	100.0
	Total	158	89.3	100.0	
Perdidos	Sistema	19	10.7		
Total		177	100.0		

De la muestra de la que disponemos datos sobre el consumo de drogas activo en el momento de realización del estudio ($n = 158$ participantes (89,3 %)), 106 participantes reportaron consumo activo de drogas en el momento de realización del estudio (67,1 %).

Sobredosis por drogas

Tabla 156. Existencia de sobredosis por drogas en psicobiografía del individuo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	149	84.2	93.1	93.1
	sí	11	6.2	6.9	100.0
	Total	160	90.4	100.0	
Perdidos	Sistema	17	9.6		
Total		177	100.0		

De la muestra de la que disponemos datos sobre sobredosis por drogas ($n = 160$ participantes (90,4 %)), 11 participantes reportaron que habían presentado sobredosis por drogas en algún momento de su historia vital (6,9 %).

4.2.2 RELATIVAS A ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedentes de consumo de drogas en padres o hijos

Tabla 157. Antecedentes de consumo de drogas en padres o hijos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	148	83.6	92.5	92.5
	sí	12	6.8	7.5	100.0
	Total	160	90.4	100.0	
Perdidos	Sistema	17	9.6		
Total		177	100.0		

De la muestra del estudio de la que disponemos en relación a antecedentes de consumo de drogas en padres o hijos ($n = 160$ participantes (90,4 %)), 12 participantes reportaron antecedentes de consumo de drogas en sus progenitores o en sus hijos (7,5 %).

Antecedentes de consumo de drogas en hermanos

Tabla 158. Antecedentes de consumo de drogas en hermanos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	138	78.0	85.7	85.7
	sí	23	13.0	14.3	100.0
	Total	161	91.0	100.0	
Perdidos	Sistema	16	9.0		
Total		177	100.0		

De la muestra del estudio de la que disponemos en relación a antecedentes de consumo de drogas en hermanos ($n = 161$ participantes (91,0 %)), 23 participantes reportaron antecedentes de consumo de drogas en hermanos (14,3 %).

Antecedentes psiquiátricos de TMG en padres o hijos

Tabla 159. Antecedentes psiquiátricos de Trastorno Mental Grave en padres o hijos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	153	86.4	95.0	95.0
	sí	8	4.5	5.0	100.0
	Total	161	91.0	100.0	
Perdidos	Sistema	16	9.0		
Total		177	100.0		

De la muestra del estudio de la que disponemos en relación a antecedentes psiquiátricos de trastorno mental grave en padres o hijos ($n = 161$ participantes (91,0 %)), 8 participantes reportaron antecedentes psiquiátricos de trastorno mental grave en padres o hijos (5,0 %).

Antecedentes psiquiátricos de TMG en hermanos

Tabla 160. Antecedentes psiquiátricos de Trastorno Mental Grave en hermanos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	150	84.7	93.2	93.2
	sí	11	6.2	6.8	100.0
	Total	161	91.0	100.0	
Perdidos	Sistema	16	9.0		
Total		177	100.0		

De la muestra del estudio de la que disponemos en relación a antecedentes psiquiátricos en hermanos ($n = 161$ participantes (91,0%)), 11 participantes reportaron antecedentes psiquiátricos de trastorno mental grave en hermanos (6,8 %).

4.2.3 RELATIVAS A INTENTOS DE SUICIDIO, AUTOLESIONES Y HETEROAGRESIVIDAD

Intentos de suicidio antes de su entrada en prisión

Tabla 161. Intentos de suicidio antes de su entrada en centro penitenciario

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	121	68.4	76.1	76.1
	sí	38	21.5	23.9	100.0
	Total	159	89.8	100.0	
Perdidos	Sistema	18	10.2		
Total		177	100.0		

De la muestra del estudio de la que disponemos datos sobre intentos de suicidio previos a la entrada en centro penitenciario ($n = 159$ participantes (89,8 %)), 38 participantes reportaron haber presentado intentos de suicidio antes de su entrada en centro penitenciario (23,9 %).

Intentos de suicidio posteriores a su entrada en prisión

Tabla 162. Intentos de suicidio tras su entrada en centro penitenciario

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	136	76.8	85.0	85.0
	sí	24	13.6	15.0	100.0
	Total	160	90.4	100.0	
Perdidos	Sistema	17	9.6		
Total		177	100.0		

De la muestra del estudio de la que disponemos datos sobre intentos de suicidio tras su entrada en centro penitenciario ($n = 160$ participantes (90,4 %)), 24 participantes reportaron haber presentado intentos de suicidio tras su primera entrada en centro penitenciario (13,6 %).

Conductas autolesivas antes de su entrada en prisión

Tabla 163. Conductas autolesivas antes de su entrada en centro penitenciario

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	89	50.3	55.3	55.3
	alguna vez	44	24.9	27.3	82.6
	de vez en cuando	14	7.9	8.7	91.3
	frecuentemente	9	5.1	5.6	96.9
	casi a diario	5	2.8	3.1	100.0
	Total	161	91.0	100.0	
Perdidos	Sistema	16	9.0		
Total		177	100.0		

De la muestra del estudio de la que disponemos datos sobre conductas autolesivas previas a la entrada en centro penitenciario ($n = 161$ participantes (91,0 %)), 89 participantes reportaron no haber presentado nunca conductas autolesivas previas a la entrada en prisión (55,3 %) y un total de 72 participantes reportaron haber presentado conductas autolesivas previas a la entrada en centro penitenciario (44,7 %).

44 participantes reportaron haber presentado *alguna vez* conductas autolesivas antes de su entrada en prisión (27,3 %), 14 participantes reportaron haber presentado *de vez en cuando* conductas autolesivas antes de su entrada en prisión (8,7 %), 9 participantes reportaron haber presentado *frecuentemente* conductas autolesivas antes de su entrada en prisión (5,6 %) y 5 participantes reportaron haber presentado *casi a diario* conductas autolesivas antes de su entrada en prisión (3,1 %).

Conductas autolesivas posteriores a su entrada en prisión

Tabla 164. Conductas autolesivas tras su entrada en centro penitenciario

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	100	56.5	62.9	62.9
	alguna vez	41	23.2	25.8	88.7
	de vez en cuando	11	6.2	6.9	95.6
	frecuentemente	2	1.1	1.3	96.9
	casi a diario	5	2.8	3.1	100.0
	Total	159	89.8	100.0	
Perdidos	Sistema	18	10.2		
Total		177	100.0		

De la muestra del estudio de la que disponemos datos sobre conductas autolesivas tras la entrada en centro penitenciario ($n = 159$ participantes (89,8 %)), 100 participantes reportaron que nunca habían presentado conductas autolesivas tras la entrada en prisión (62,9 %) y un total de 59 participantes reportaron que habían presentado conductas autolesivas tras la entrada en prisión (37,1 %).

41 participantes reportaron que habían presentado *alguna vez* conductas autolesivas tras su entrada en prisión (25,8 %), 11 participantes reportaron que habían presentado *de vez en cuando* conductas autolesivas tras entrada en prisión (6,9 %), 2 participantes reportaron que habían presentado *frecuentemente* conductas autolesivas tras su entrada en prisión (1,3 %) y 5 participantes reportaron que habían presentado *casi a diario* conductas autolesivas tras su entrada en prisión (3,1 %).

Existencia de heteroagresividad verbal antes de su entrada en prisión

Tabla 165. Existencia heteroagresividad verbal antes de su entrada en centro penitenciario

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	35	19.8	21.7	21.7
	alguna vez	89	50.3	55.3	77.0
	de vez en cuando	28	15.8	17.4	94.4
	frecuentemente	7	4.0	4.3	98.8
	casi a diario	2	1.1	1.2	100.0
	Total	161	91.0	100.0	
Perdidos	Sistema	16	9.0		
Total		177	100.0		

De la muestra del estudio de la que disponemos datos sobre existencia de heteroagresividad verbal antes de su entrada en prisión ($n = 161$ participantes (91,0 %)), 35 participantes reportaron que nunca habían presentado episodios de heteroagresividad verbal antes de su entrada en prisión (21,7 %) y 126 participantes reportaron que habían presentado episodios de heteroagresividad verbal antes de su entrada en prisión (78,2 %).

89 participantes reportaron que habían presentado *alguna vez* episodios de heteroagresividad verbal antes de su entrada en prisión (55,3 %), 28 participantes reportaron que habían presentado *de vez en cuando* episodios de heteroagresividad verbal antes de su entrada en prisión (17,4 %), 7 participantes reportaron que habían presentado *frecuentemente* episodios de heteroagresividad verbal previos a su entrada en prisión (4,3 %) y 2 participantes reportaron que habían presentado *casi a diario* episodios de heteroagresividad verbal previos a su entrada en prisión (1,2 %).

Existencia de heteroagresividad física de su entrada en prisión

Tabla 166. Existencia de heteroagresividad física antes de su entrada en centro penitenciario

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	66	37.3	41.3	41.3
	alguna vez	56	31.6	35.0	76.3
	de vez en cuando	31	17.5	19.4	95.6
	frecuentemente	6	3.4	3.8	99.4
	casi a diario	1	0.6	0.6	100.0
	Total	160	90.4	100.0	
Perdidos	Sistema	17	9.6		
Total		177	100.0		

De la muestra del estudio de la que disponemos datos sobre existencia de heteroagresividad física antes de su entrada en prisión ($n = 160$ participantes (90,4 %)), 66 participantes reportaron que nunca habían presentado episodios de heteroagresividad física antes de su entrada en prisión (41,3 %) y 94 participantes reportaron que habían presentado episodios de heteroagresividad física antes de su entrada en prisión (58,8 %).

56 participantes reportaron que habían presentado *alguna vez* episodios de heteroagresividad física antes de su entrada en prisión (35,0 %), 31 participantes reportaron que habían presentado *de vez en cuando* episodios de heteroagresividad física antes de su entrada en prisión (19,4 %), 6 participantes reportaron que había presentado *frecuentemente* episodios de heteroagresividad física previos a su entrada en prisión (3,8 %) y 1 participante reportó que había presentado *casi a diario* episodios de heteroagresividad verbal previos a su entrada en prisión (0,6 %).

Existencia de heteroagresividad verbal posterior a su entrada en prisión

Tabla 167. Existencia heteroagresividad verbal tras su entrada en centro penitenciario

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	44	24.9	27.7	27.7
	alguna vez	93	52.5	58.5	86.2
	de vez en cuando	14	7.9	8.8	95.0
	frecuentemente	7	4.0	4.4	99.4
	casi a diario	1	0.6	0.6	100.0
	Total	159	89.8	100.0	
Perdidos	Sistema	18	10.2		
Total		177	100.0		

De la muestra del estudio de la que disponemos datos sobre existencia de heteroagresividad verbal tras su primera entrada en prisión ($n = 159$ participantes (89,8 %)), 44 participantes reportaron que nunca habían presentado episodios de heteroagresividad verbal tras su primera entrada en prisión (27,7 %) y 115 participantes reportaron que habían presentado episodios de heteroagresividad verbal tras su primera entrada en prisión (72,3 %).

93 participantes reportaron que habían presentado *alguna vez* episodios de heteroagresividad verbal tras su primera entrada en prisión (58,5 %), 14 participantes reportaron que habían presentado *de vez en cuando* episodios de heteroagresividad verbal tras su primera entrada en prisión (8,8 %), 7 participantes reportaron que habían presentado *frecuentemente* episodios de heteroagresividad verbal tras su primera entrada en prisión (4,4 %) y 1 participante reportó que había presentado *casi a diario* episodios de heteroagresividad verbal tras su primera entrada en prisión (0,6 %).

Existencia de heteroagresividad física posterior a su entrada en prisión

Tabla 168. Existencia de heteroagresividad física tras su entrada en centro penitenciario

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	85	48.0	53.8	53.8
	alguna vez	56	31.6	35.4	89.2
	de vez en cuando	12	6.8	7.6	96.8
	frecuentemente	4	2.3	2.5	99.4
	casi a diario	1	0.6	0.6	100.0
	Total	158	89.3	100.0	
Perdidos	Sistema	19	10.7		
Total		177	100.0		

De la muestra del estudio de la que disponemos datos sobre existencia de heteroagresividad física tras su entrada en prisión ($n = 158$ participantes (89,3 %)), 85 participantes reportaron que nunca habían presentado episodios de heteroagresividad física tras su primera entrada en prisión (53,8 %) y 83 participantes reportaron que habían presentado episodios de heteroagresividad física tras su entrada en prisión (45,5 %).

56 participantes reportaron que habían presentado *alguna vez* episodios de heteroagresividad física tras su entrada en prisión (35,4 %), 12 participantes reportaron que habían presentado *de vez en cuando* episodios de heteroagresividad física tras su entrada en prisión (7,6 %), 4 participantes reportaron que habían presentado *frecuentemente* episodios de heteroagresividad física tras su entrada en prisión (2,5 %) y 1 participante reportó que había presentado *casi a diario* episodios de heteroagresividad física tras su entrada en prisión (0,6 %).

4.2.3 RELATIVAS A MALTRATOS Y ABUSOS

Maltratos psicológicos en la infancia

Tabla 169. Maltratos psicológicos en la infancia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	47	26.6	29.2	29.2
	alguna vez	73	41.2	45.3	74.5
	de vez en cuando	23	13.0	14.3	88.8
	frecuentemente	10	5.6	6.2	95.0
	casi a diario	8	4.5	5.0	100.0
	Total	161	91.0	100.0	
Perdidos	Sistema	16	9.0		
Total		177	100.0		

De la muestra del estudio de la que disponemos datos sobre la presencia de maltratos psicológicos en la infancia ($n = 161$ participantes (91,0 %)), 47 participantes reportaron que nunca habían presentado maltratos psicológicos en la infancia (29,2 %) y 114 participantes reportaron que habían presentado maltratos psicológicos en la infancia (70,8 %).

73 participantes reportaron que habían presentado *alguna vez* maltratos psicológicos en la infancia (45,3 %), 23 participantes reportaron que habían presentado *de vez en cuando* maltratos psicológicos en la infancia (14,3 %), 10 participantes reportaron que habían presentado *frecuentemente* maltratos psicológicos en la infancia (6,2 %) y 8 participantes reportaron que habían presentado *casi a diario* maltratos psicológicos en la infancia (5,0 %).

Maltratos físicos en la infancia

Tabla 170. Maltratos físicos en la infancia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	66	37.3	41.3	41.3
	alguna vez	63	35.6	39.4	80.6
	de vez en cuando	19	10.7	11.9	92.5
	frecuentemente	4	2.3	2.5	95.0
	casi a diario	8	4.5	5.0	100.0
	Total	160	90.4	100.0	
Perdidos	Sistema	17	9.6		
Total		177	100.0		

De la muestra del estudio de la que disponemos datos sobre la presencia de maltratos físicos en la infancia ($n = 160$ participantes (90,4 %)), 66 participantes reportaron que nunca habían presentado maltratos físicos en la infancia (41,3 %) y 94 participantes reportaron que habían presentado maltratos físicos en la infancia (58,8 %).

63 participantes reportaron que habían presentado *alguna vez* maltratos físicos en la infancia (39,4 %), 19 participantes reportaron que habían presentado *de vez en cuando* maltratos físicos en la infancia (11,9 %), 4 participantes reportaron que habían presentado *frecuentemente* maltratos físicos en la infancia (2,5 %) y 8 participantes reportaron que habían presentado *casi a diario* maltratos físicos en la infancia (5,0 %).

Maltratos psicológicos en la edad adulta antes de la entrada en prisión

Tabla 171. Maltratos psicológicos en la edad adulta antes de la entrada en prisión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	35	19.8	21.9	21.9
	alguna vez	86	48.6	53.8	75.6
	de vez en cuando	28	15.8	17.5	93.1
	frecuentemente	6	3.4	3.8	96.9
	casi a diario	5	2.8	3.1	100.0
	Total	160	90.4	100.0	
Perdidos	Sistema	17	9.6		
Total		177	100.0		

De la muestra del estudio de la que disponemos datos sobre la presencia de maltratos psicológicos en la edad adulta antes de la entrada en prisión ($n = 160$ participantes (90,4 %)), 35 participantes reportaron que nunca habían presentado maltratos psicológicos en la edad adulta antes de la entrada en prisión (21,9 %) y 125 participantes reportaron que habían presentado maltratos psicológicos la edad adulta antes de su entrada en prisión (78,2 %).

86 participantes reportaron que habían presentado *alguna vez* maltratos psicológicos en la edad adulta antes de su entrada en prisión (53,8 %), 28 participantes reportaron que habían presentado *de vez en cuando* maltratos psicológicos en la edad adulta antes de su entrada en prisión (17,5 %), 6 participantes reportaron que habían presentado *frecuentemente* maltratos psicológicos en la edad adulta antes de su entrada en prisión (3,8 %) y 5 participantes reportaron que habían presentado *casi a diario* maltratos psicológicos en la edad adulta antes de su entrada en prisión (3,1 %).

Maltratos físicos en la edad adulta antes de la entrada en prisión

Tabla 172. Maltratos físicos en la edad adulta antes de la entrada en prisión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	79	44.6	50.0	50.0
	alguna vez	56	31.6	35.4	85.4
	de vez en cuando	17	9.6	10.8	96.2
	frecuentemente	2	1.1	1.3	97.5
	casi a diario	4	2.3	2.5	100.0
	Total	158	89.3	100.0	
Perdidos	Sistema	19	10.7		
Total		177	100.0		

De la muestra del estudio de la que disponemos datos sobre la presencia de maltratos físicos en la edad adulta antes de su entrada en prisión ($n = 158$ participantes (89,3 %)), 79 participantes reportaron que nunca habían presentado maltratos físicos en la edad adulta antes de su entrada en prisión (50,0 %) y 79 participantes reportaron que habían presentado maltratos físicos la edad adulta antes de su entrada en prisión (50,0 %).

56 participantes reportaron que habían presentado *alguna vez* maltratos físicos en la edad adulta antes de su entrada en prisión (35,4 %), 17 participantes reportaron que habían presentado *de vez en cuando* maltratos físicos en la edad adulta antes de su entrada en prisión (10,8 %), 2 participantes reportaron que habían presentado *frecuentemente* maltratos físicos en la edad adulta antes de su entrada en prisión (1,3 %) y 4 participantes reportaron que habían presentado *casi a diario* maltratos físicos en la edad adulta antes de su entrada en prisión (2,5 %).

Maltratos psicológicos en la edad adulta durante su estancia en prisión

Tabla 173. Maltratos psicológicos en la edad adulta durante su estancia en prisión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	46	26.0	28.6	28.6
	alguna vez	91	51.4	56.5	85.1
	de vez en cuando	13	7.3	8.1	93.2
	frecuentemente	4	2.3	2.5	95.7
	casi a diario	7	4.0	4.3	100.0
	Total	161	91.0	100.0	
Perdidos	Sistema	16	9.0		
Total		177	100.0		

De la muestra del estudio de la que disponemos datos sobre la presencia de maltratos psicológicos en la edad adulta durante su estancia en prisión ($n = 161$ participantes (91,0%)), 46 participantes reportaron que nunca habían presentado maltratos psicológicos en la edad adulta durante su estancia en prisión (28,6 %) y 115 participantes reportaron que habían presentado maltratos psicológicos en la edad adulta durante su estancia tras su entrada en prisión (71,4 %).

91 participantes reportaron que habían presentado *alguna vez* maltratos psicológicos en la edad adulta durante su estancia en prisión (56,5 %), 13 participantes reportaron que habían presentado *de vez en cuando* maltratos psicológicos en la edad adulta durante su estancia en prisión (8,1 %), 4 participantes reportaron que habían presentado *frecuentemente* maltratos psicológicos en la edad adulta durante su estancia (2,5 %) y 7 participantes reportaron que habían presentado *casi a diario* maltratos psicológicos en la edad adulta durante su estancia en prisión (4,3 %).

Maltratos físicos en la edad adulta durante su estancia en prisión

Tabla 174. Maltratos físicos en la edad adulta durante su estancia en prisión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	93	52.5	58.1	58.1
	alguna vez	53	29.9	33.1	91.3
	de vez en cuando	9	5.1	5.6	96.9
	frecuentemente	3	1.7	1.9	98.8
	casi a diario	2	1.1	1.3	100.0
	Total	160	90.4	100.0	
Perdidos	Sistema	17	9.6		
Total		177	100.0		

De la muestra del estudio de la que disponemos datos sobre la presencia de maltratos físicos en la edad adulta durante su estancia en prisión ($n = 160$ participantes (90,4 %)), 93 participantes reportaron que nunca habían presentado maltratos físicos en la edad adulta durante su estancia en prisión (58,1 %) y 67 participantes reportaron que habían presentado maltratos físicos en la edad adulta durante su estancia en prisión (41,9 %).

53 participantes (33,1 %) reportaron que habían presentado *alguna vez* maltratos físicos en la edad adulta durante su estancia en prisión, 9 participantes (5,6 %) reportaron que habían presentado *de vez en cuando* maltratos físicos en la edad adulta durante su estancia en prisión, 3 participantes (1,9 %) reportaron que habían presentado *frecuentemente* maltratos físicos en la edad adulta durante su estancia en prisión y 2 participantes (1,3 %) reportaron que habían presentado *casi a diario* maltratos físicos en la edad adulta durante su estancia en prisión.

Historia de abuso sexual en la infancia

Tabla 175. Historia de abuso sexual en la infancia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	148	83.6	93.1	93.1
	sí	11	6.2	6.9	100.0
	Total	159	89.8	100.0	
Perdidos	Sistema	18	10.2		
Total		177	100.0		

De la muestra del estudio de la que disponemos datos sobre la historia de abuso sexual en la infancia ($n = 159$ participantes (89,8 %)), 11 participantes reportaron historia de abuso sexual en la infancia (6,9 %).

Historia de abuso sexual en la edad adulta antes de su entrada en prisión

Tabla 176. Historia de abuso sexual en la edad adulta antes de la entrada en prisión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	158	89.3	99.4	99.4
	sí	1	0.6	0.6	100.0
	Total	159	89.8	100.0	
Perdidos	Sistema	18	10.2		
Total		177	100.0		

De la muestra del estudio de la que disponemos datos sobre la historia de abuso sexual en la edad adulta antes de la entrada en prisión ($n= 159$ participantes (89,8 %)), 1 participante reportó historia de abuso sexual en la edad adulta antes de la entrada en prisión (0,6 %).

Historia de abuso sexual en la edad adulta posterior a su entrada en prisión

Tabla 177. Historia de abuso sexual en la edad adulta tras la entrada en prisión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	158	89.3	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	19	10.7		
Total		177	100.0		

De la muestra del estudio de la que disponemos datos sobre la historia de abuso sexual en la edad adulta posterior a su entrada en prisión ($n = 158$ participantes (89,3 %)), ningún participante reportó historia de abuso sexual en la edad adulta tras la entrada en prisión.

5. VARIABLES SOCIALES

Existencia de grado de discapacidad

Tabla 178. Existencia de Grado de Discapacidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	113	63.8	73.4	73.4
	sí por enfermedad física	21	11.9	13.6	87.0
	sí por enfermedad mental	8	4.5	5.2	92.2
	sí por consumo de drogas	4	2.3	2.6	94.8
	por enfermedad mental y física	2	1.1	1.3	96.1
	desconocida	6	3.4	3.9	100.0
Total		154	87.0	100.0	
Perdidos	Sistema	23	13.0		
Total		177	100.0		

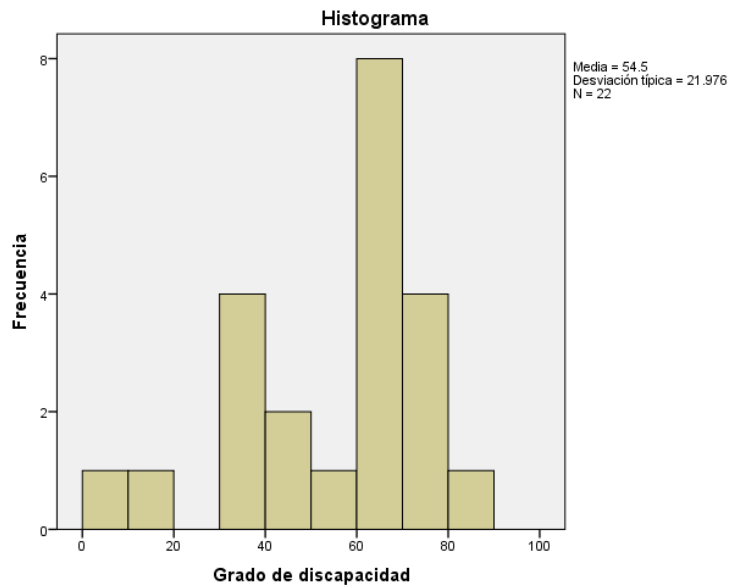
De la muestra del estudio de la que disponemos datos sobre la existencia de grado de discapacidad ($n = 154$ participantes (87 %)), 41 participantes reportaron discapacidad (26,6 %). De los cuales 21 participantes por enfermedad física (13,6 %), 8 participantes por enfermedad mental (5,2 %), 4 participantes por problemas toxicológicos (2,6 %), 2 participantes por enfermedad física y mental (1,3 %) y 6 participantes por causa desconocida (3,9 %).

Porcentaje de discapacidad

Tabla 179. Porcentaje de grado de discapacidad

N	Válidos	22
	Perdidos	155
Media		54.50
Mediana		65.00
Desviación típica		21.976
Mínimo		2
Máximo		82
Percentiles	25	35.75
	50	65.00
	75	69.75

Gráfico 49. Porcentaje de grado de discapacidad. Histograma



De los 22 participantes (0,12 %) de los que tenemos datos sobre el grado de discapacidad sobre el total de la muestra del estudio (n = 177 (100 %)), la media del grado de discapacidad fue de 54,50 puntos.

Inclusión en programa ACCEPTA

Tabla 180. Inclusión en programa ACCEPTA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido no	176	99,4	99,4	99,4
sí	1	0,6	0,6	100,0
Total	177	100,0	100,0	

De la muestra total del estudio (N = 177 participantes (100 %)), sólo 1 participante estaba incluido en el programa ACCEPTA (0,6 %).

6. ESCALAS

6.1 ESCALA DE MALESTAR PSICOLÓGICO DE KESSLER (K-10)

Tabla 181. Escala de malestar psicológico de Kessler (K-10)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Baja	22	12.4	13.6	13.6
	Moderada	43	24.3	26.5	40.1
	Alta	56	31.6	34.6	74.7
	Muy alta	41	23.2	25.3	100.0
	Total	162	91.5	100.0	
Perdidos	Sistema	15	8.5		
Total		177	100.0		

De la muestra de la que disponemos información sobre la puntuación de la escala de malestar psicológico de Kessler (K-10) ($n = 162$ participantes (91,5 %)), 22 participantes presentaban una puntuación baja en la escala Kessler (13,6 %), 43 participantes presentaban una puntuación moderada en la escala Kessler (26,5 %), 56 participantes presentaban una puntuación alta en la escala Kessler (34,6 %) y 41 participantes presentaban una puntuación muy alta en la escala Kessler (25,3 %).

Tabla 182. Puntuación baja/moderada vs puntuación alta/muy alta en Escala Kessler (K-10)

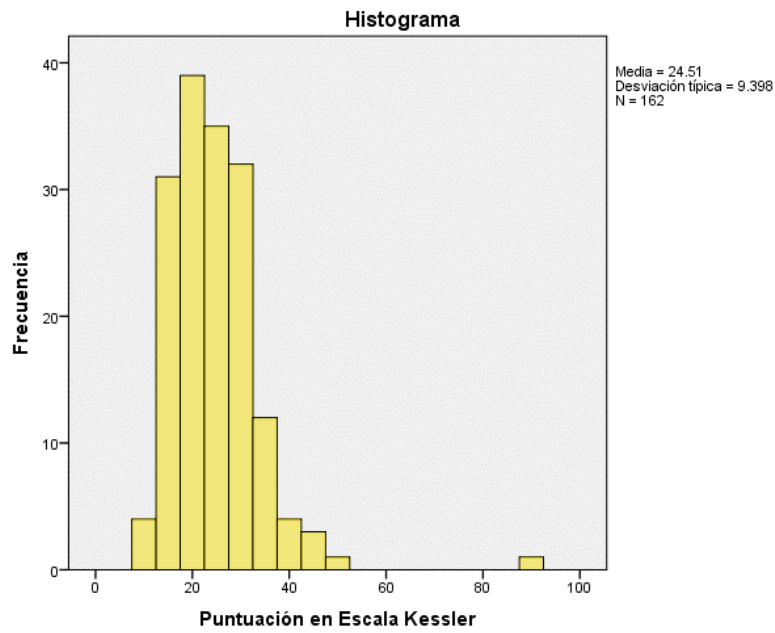
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Baja-moderada	65	36.7	40.1	40.1
	Alta-muy alta	97	54.8	59.9	100.0
	Total	162	91.5	100.0	
Perdidos	Sistema	15	8.5		
Total		177	100.0		

De la muestra de la que disponemos información sobre la puntuación de la escala de malestar psicológico de Kessler (K-10) ($n = 162$ participantes (91,5 %)), 65 participantes presentaban una puntuación baja/moderada en la escala Kessler (40,1 %) y 97 participantes presentaban una puntuación alta/muy alta (59,9 %).

Tabla 183. Puntuación en Escala Kessler (K-10)

N	Válidos	162
	Perdidos	15
Media		24.51
Mediana		23.50
Desviación típica		9.398
Mínimo		10
Máximo		92
Percentiles	25	18.00
	50	23.50
	75	30.00

Gráfico 50. Puntuación en Escala Kessler (K-10). Histograma



De los 162 participantes (0,91 %) de los que disponemos información sobre la puntuación de la escala de malestar psicológico de Kessler (K-10) sobre el total de la muestra del estudio ($N = 177$), la media de puntuación en esta escala era de 24,51 puntos.

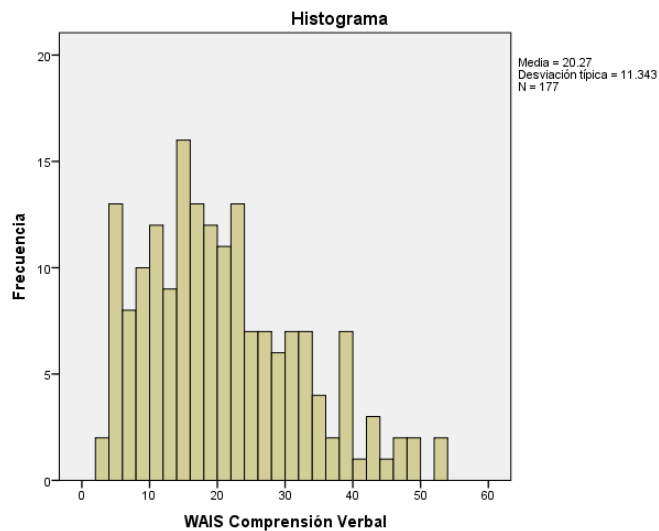
6.2 ESCALA WECHSLER DE INTELIGENCIA PARA ADULTOS (WAIS-IV)

Comprensión verbal

Tabla 184. Comprensión verbal WAIS- IV

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		20.27
Mediana		18.00
Desviación típica		11.343
Mínimo		3
Máximo		52
Percentiles	25	11.00
	50	18.00
	75	27.50

Gráfico 51. Comprensión verbal WAIS- IV. Histograma



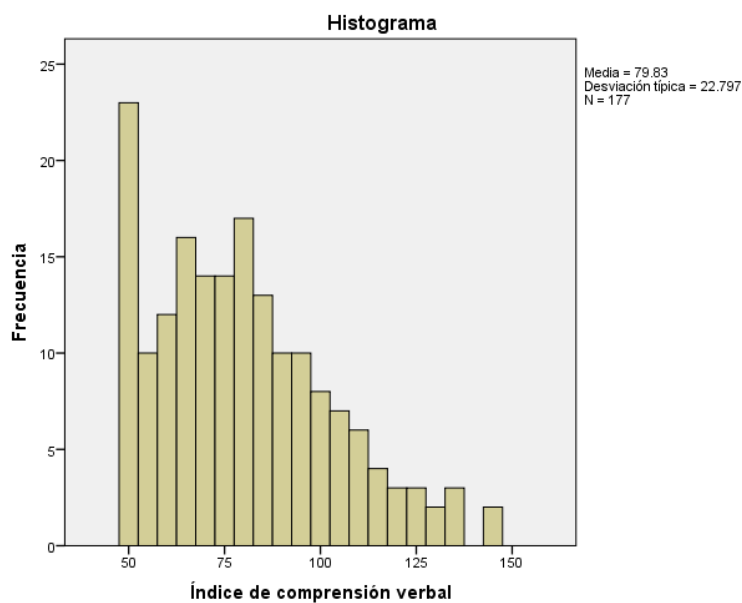
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), la media de los participantes en los resultados obtenidos en la prueba de Comprensión verbal fue de 20,27 puntos ($\sigma = 11.343$).

Índice de comprensión verbal

Tabla 185. Índice de Comprensión verbal

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		79.83
Mediana		75.00
Desviación típica		22.797
Mínimo		50
Máximo		143
Percentiles	25	60.00
	50	75.00
	75	94.00

Gráfico 52. Índice de Comprensión verbal. Histograma



De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), la media de los participantes en los resultados del Índice de comprensión verbal fue de 79,83 puntos ($\sigma = 22.797$).

Tabla 186. Comprensión verbal cualitativa WAIS- IV

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	muy bajo	70	39.5	39.5	39.5
	limite	25	14.1	14.1	53.7
	normal - bajo	27	15.3	15.3	68.9
	medio	33	18.6	18.6	87.6
	normal - alto	11	6.2	6.2	93.8
	superior	5	2.8	2.8	96.6
	muy superior	6	3.4	3.4	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

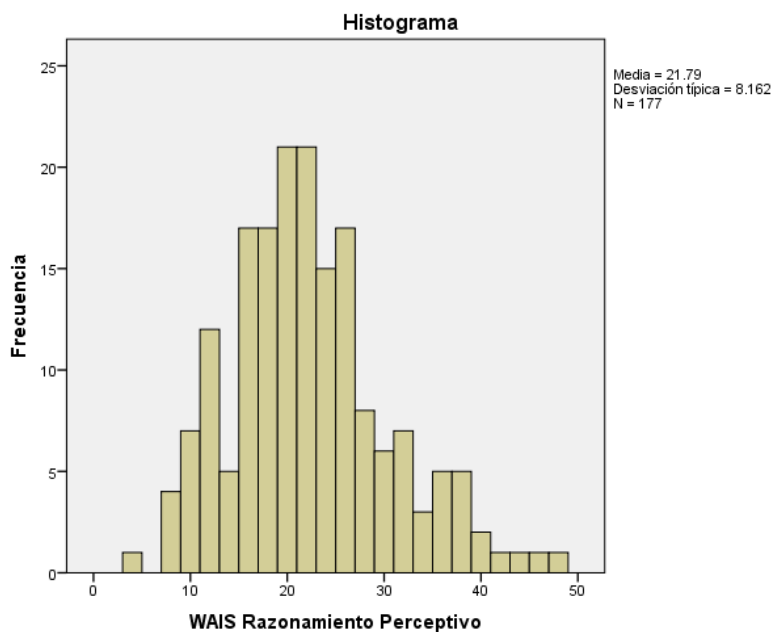
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)) y en relación al índice de comprensión verbal de la prueba de inteligencia WAIS-IV, 70 participantes presentaban una puntuación muy baja (39,5 %), 25 participantes presentaban una puntuación límite (14,1 %), 27 participantes presentaban una puntuación normal- baja (15,3 %), 33 participantes presentaban una puntuación media (18,6 %), 11 participantes presentaban una puntuación normal- alta (6,2 %), 5 participantes presentaban una puntuación superior (2,8 %) y 6 participantes presentaban una puntuación muy superior (3,4 %).

Razonamiento perceptivo

Tabla 187. Razonamiento perceptivo WAIS- IV

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		21.79
Mediana		21.00
Desviación típica		8.162
Mínimo		4
Máximo		47
Percentiles	25	16.00
	50	21.00
	75	26.00

Gráfico 53. Razonamiento perceptivo WAIS- IV. Histograma



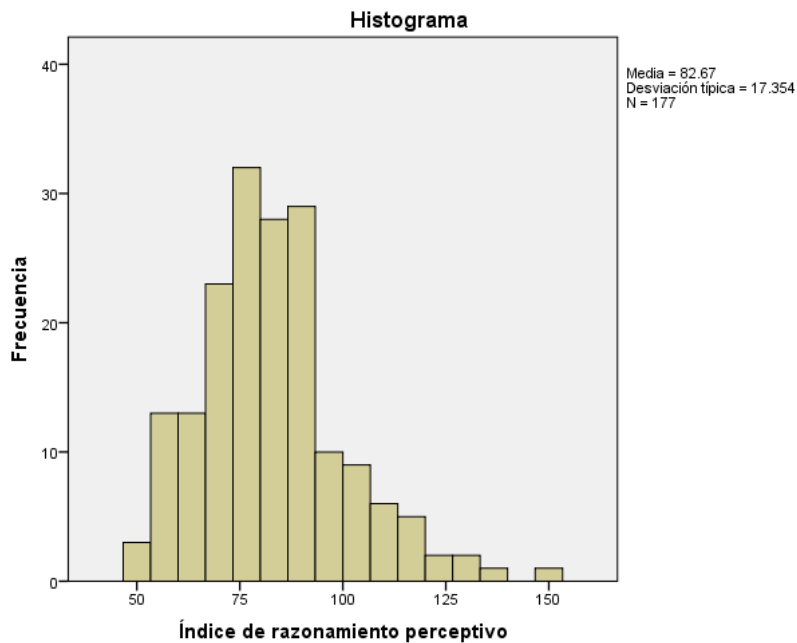
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), la media de los participantes en los resultados obtenidos en la prueba de Razonamiento perceptivo fue de 21,79 puntos ($\sigma = 81.162$).

Índice de razonamiento perceptivo

Tabla 188. Índice de razonamiento perceptivo WAIS-IV

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		82.67
Mediana		81.00
Desviación típica		17.354
Mínimo		50
Máximo		147
Percentiles	25	70.00
	50	81.00
	75	91.00

Gráfico 54. Índice de razonamiento perceptivo WAIS-IV. Histograma



De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), la media de los participantes en los resultados del Índice de Razonamiento perceptivo fue de 82,67 puntos ($\sigma = 17.354$).

Tabla 189. Razonamiento perceptivo cualitativa WAIS-IV

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	muy bajo	35	19.8	19.8	19.8
	límite	49	27.7	27.7	47.5
	normal - bajo	45	25.4	25.4	72.9
	medio	32	18.1	18.1	91.0
	normal - alto	9	5.1	5.1	96.0
	superior	4	2.3	2.3	98.3
	muy superior	3	1.7	1.7	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

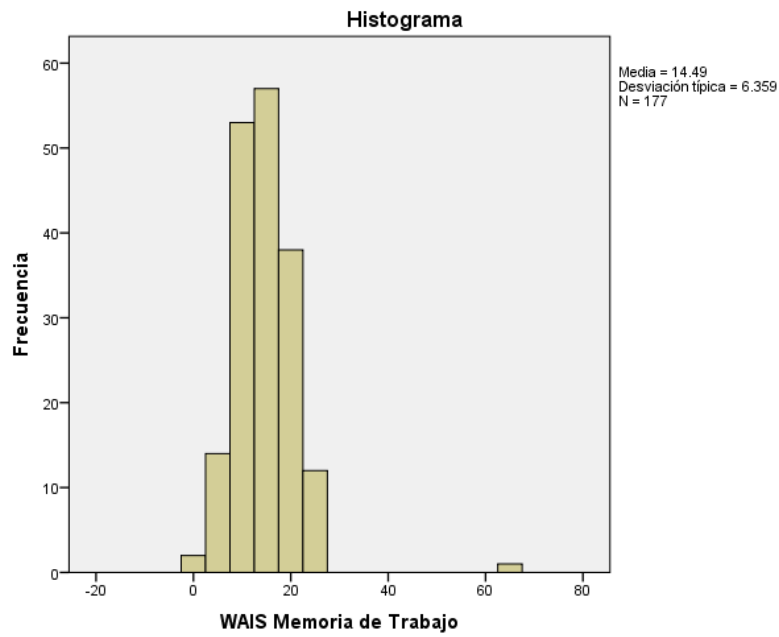
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %) y en relación al índice de razonamiento perceptivo de la prueba de inteligencia WAIS-IV, 35 participantes presentaban una puntuación muy baja (19,8 %), 49 participantes presentaban una puntuación límite (27,7 %), 45 participantes presentaban una puntuación normal- baja (25,4 %), 32 participantes presentaban una puntuación media (18,1 %) , 9 participantes presentaban una puntuación normal- alta (5,1 %), 4 participantes presentaban una puntuación superior (2,3 %) y 3 participantes presentaban una puntuación muy superior (1,7 %).

Memoria de trabajo

Tabla 190. Memoria de trabajo WAIS- IV

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		14.49
Mediana		14.00
Desviación típica		6.359
Mínimo		0
Máximo		63
Percentiles	25	10.00
	50	14.00
	75	18.00

Gráfico 55. Memoria de trabajo WAIS- IV. Histograma



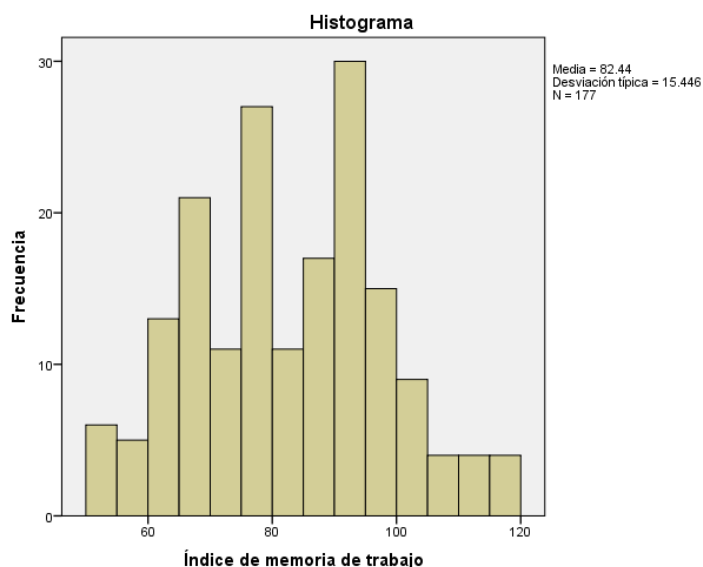
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), la media de los participantes en los resultados obtenidos en la prueba de Memoria de trabajo fue de 14,49 puntos.

Índice de memoria de trabajo

Tabla 191. Índice de memoria de trabajo WAIS-IV

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		82.44
Mediana		82.00
Desviación típica		15.446
Mínimo		50
Máximo		119
Percentiles	25	69.00
	50	82.00
	75	94.00

Gráfico 56. Índice de memoria de trabajo WAIS-IV. Histograma



De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), la media de los participantes en los resultados obtenidos en el Índice de memoria de trabajo fue de 82,44 puntos.

Tabla 192. Memoria trabajo cualitativa WAIS- IV

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	muy bajo	45	25.4	25.4	25.4
	límite	38	21.5	21.5	46.9
	normal-bajo	28	15.8	15.8	62.7
	medio	58	32.8	32.8	95.5
	normal-alto	8	4.5	4.5	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

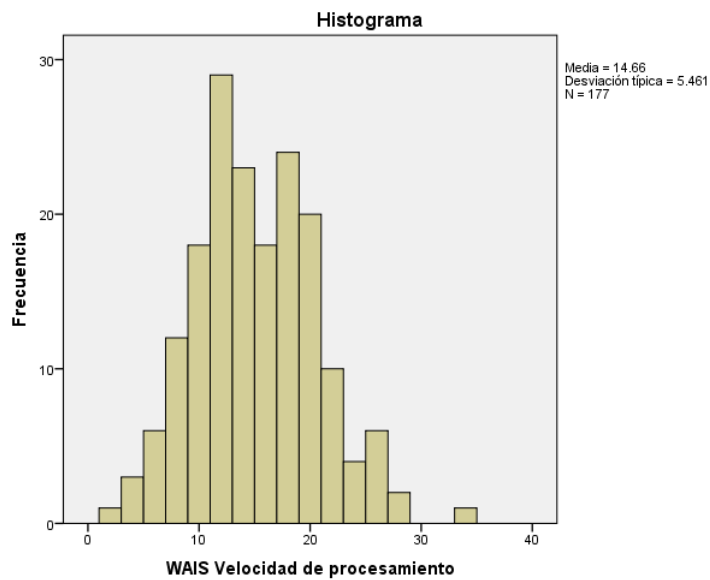
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %) y en relación al índice de memoria de trabajo de la prueba de inteligencia WAIS-IV, 45 participantes presentaban una puntuación muy baja (25,4 %), 38 participantes presentaban una puntuación límite (21,5 %), 28 participantes presentaban una puntuación normal- baja (15,8 %), 58 participantes presentaban una puntuación media (32,8 %) , 8 participantes presentaban una puntuación normal- alta (4,5 %) y 0 participantes presentaban una puntuación superior o muy superior.

Velocidad de procesamiento

Tabla 193. Velocidad de procesamiento WAIS- IV

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		14.66
Mediana		14.00
Desviación típica		5.461
Mínimo		2
Máximo		33
Percentiles	25	11.00
	50	14.00
	75	18.00

Gráfico 57. Velocidad de procesamiento WAIS- IV. Histograma



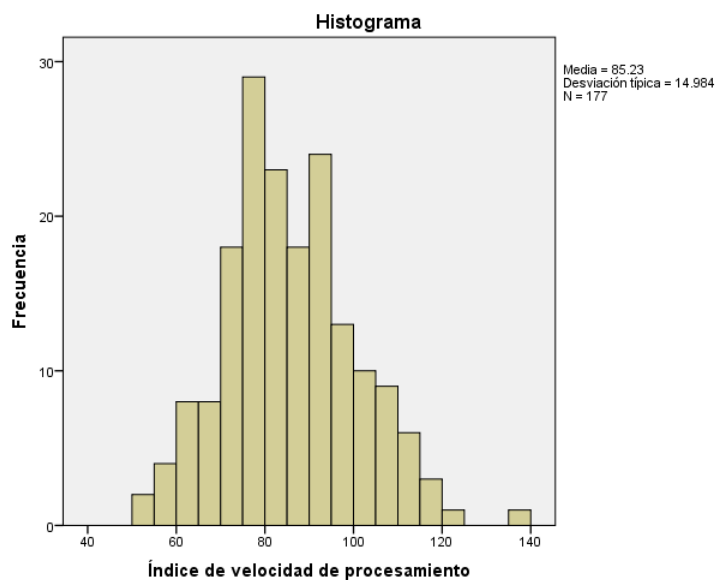
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), la media de los participantes en los resultados obtenidos en la prueba de Velocidad de procesamiento fue de 14.66 puntos ($\sigma = 5.461$).

Índice de velocidad de procesamiento

Tabla 194. Índice de velocidad de procesamiento

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		85.23
Mediana		83.00
Desviación típica		14.984
Mínimo		50
Máximo		137
Percentiles	25	75.00
	50	83.00
	75	94.00

Gráfico 58. Índice de velocidad de procesamiento. Histograma



De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), la media de los participantes en los resultados obtenidos en el Índice de velocidad de procesamiento fue de 85,23 puntos.

Tabla 195. Velocidad procesamiento cualitativa WAIS- IV

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	muy bajo	22	12.4	12.4	12.4
	límite	47	26.6	26.6	39.0
	normal-bajo	42	23.7	23.7	62.7
	medio	54	30.5	30.5	93.2
	normal-alto	10	5.6	5.6	98.9
	superior	1	0.6	0.6	99.4
	muy superior	1	0.6	0.6	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

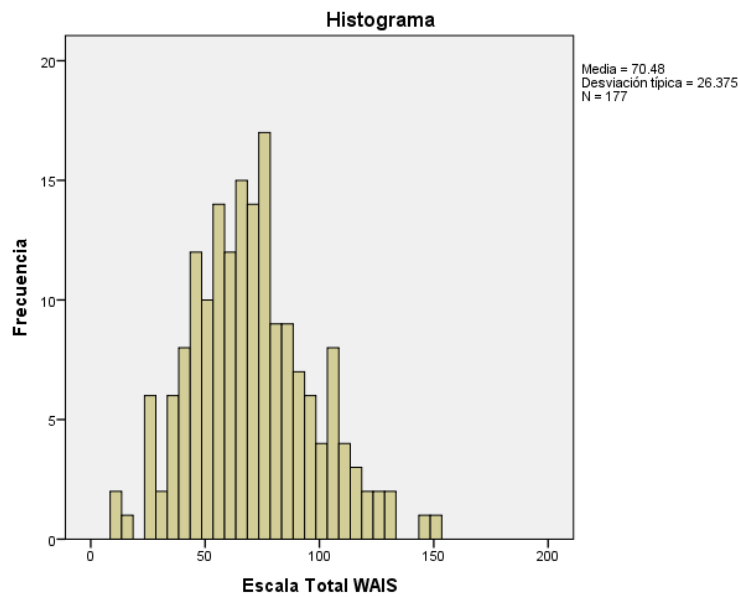
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %) y en relación al índice de velocidad de procesamiento de la prueba de inteligencia WAIS-IV, 22 participantes presentaban una puntuación muy baja (12,4 %), 47 participantes presentaban una puntuación límite (26,6 %), 42 participantes presentaban una puntuación normal- baja (23,7 %), 54 participantes presentaban una puntuación media (30,5 %) , 10 participantes presentaban una puntuación normal- alta (5,6 %), 1 participante presentaba una puntuación superior (0,6 %) y 1 participante presentaba una puntuación muy superior (0,6 %).

Cociente intelectual total (CIT)

Tabla 196. Escala total WAIS- IV

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		70.48
Mediana		69.00
Desviación típica		26.375
Mínimo		11
Máximo		152
Percentiles	25	52.50
	50	69.00
	75	85.50

Gráfico 59. Escala total WAIS- IV. Histograma

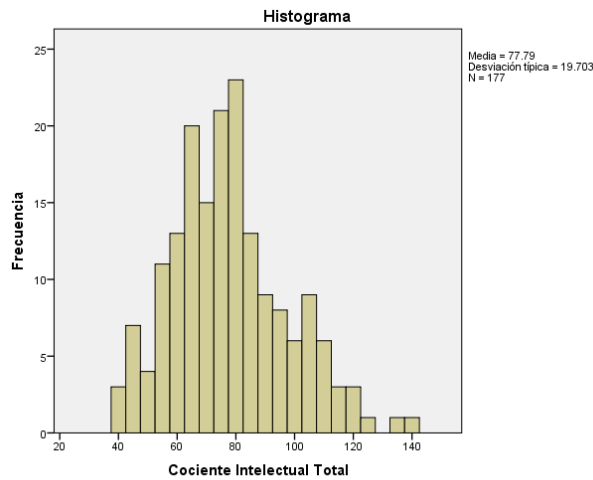


De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), la media de los participantes en los resultados obtenidos en la prueba de escala total fue de 70,48 puntos ($\sigma = 26.375$).

Tabla 197. Cociente Intelectual Total (CIT) WAIS-IV

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		77.79
Mediana		76.00
Desviación típica		19.703
Mínimo		40
Máximo		139
Percentiles	25	64.00
	50	76.00
	75	89.00

Gráfico 60. Cociente Intelectual Total (CIT) WAIS-IV. Histograma



De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), la media de los participantes en los resultados obtenidos en el Cociente intelectual tota (CIT) fue de 77.79 puntos ($\sigma = 19.703$).

Tabla 198. Cociente Intelectual Total (CIT) Cualitativa WAIS-IV

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	muy bajo	63	35.6	35.6	35.6
	límite	38	21.5	21.5	57.1
	normal-bajo	34	19.2	19.2	76.3
	medio	30	16.9	16.9	93.2
	normal-alto	7	4.0	4.0	97.2
	superior	3	1.7	1.7	98.9
	muy superior	2	1.1	1.1	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)) y en relación a los resultados totales de la prueba de inteligencia WAIS-IV, 63 participantes presentaban una puntuación muy baja (35,6 %), 38 participantes presentaban una puntuación límite (21,5 %), 34 participantes presentaban una puntuación normal- baja (19,2 %), 30 participantes presentaban una puntuación media (16,9 %) , 7 participantes presentaban una puntuación normal- alta (4,0 %), 3 participantes presentaban una puntuación superior (1,7 %) y 2 participantes presentaban una puntuación muy superior (1,1 %).

Presencia de discapacidad intelectual (DI)

Tabla 199. Discapacidad Intelectual (DI) vs No DI

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DI	63	35.6	35.6	35.6
	No DI	114	64.4	64.4	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)) y en relación a los resultados de la escala total de la prueba de inteligencia WAIS-IV, 63 participantes presentan diagnóstico de Discapacidad Intelectual (35,6 %) con un CIT menor a 70.

Presencia de inteligencia límite (IL)

Tabla 200. Discapacidad Intelectiva (DI) vs Inteligencia Límite (IL) vs No DI

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DI	63	35.6	35.6	35.6
	IL	58	32.8	32.8	68.4
	No DI	56	31.6	31.6	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

Discapacidad intelectual (DI): valores de CIT < 70 puntos en el WAIS-IV.

Inteligencia límite (IL): valores de CIT entre 70 y 84 puntos en el WAIS-IV.

Sin discapacidad intelectual (No DI): valores de CIT igual o > 85 puntos en el WAIS-IV.

De la muestra total del estudio ($N= 177$ participantes (100 %)) y en relación a los resultados de la escala total de la prueba de inteligencia WAIS-IV, 63 participantes presentan puntuaciones de discapacidad intelectual (DI) (35,6%), 58 participantes presentaban puntuaciones de Inteligencia límite (IL) (32,8 %) y 56 participantes no presentaban discapacidad intelectual (No DI) (31,6 %).

Clasificación de discapacidad intelectual (DI) e inteligencia límite (IL)

Tabla 201. Cociente Intelectual Total (CIT) WAIS- IV

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Discapacidad Intelectual Moderada (DIM)	10	5.6	5.6	5.6
	Discapacidad Intelectual Leve (DIL)	53	29.9	29.9	35.6
	Inteligencia Límite 1 (IL 1)	38	21.5	21.5	57.1
	Inteligencia Límite 2 (IL 2)	20	11.3	11.3	68.4
	No Discapacidad Intelectual (DI)	56	31.6	31.6	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

Discapacidad intelectual moderada (DIM): valores de la variable CIT entre 35 a 49 puntos.

Discapacidad intelectual leve (DIL): valores de la variable CIT entre 50-69 puntos.

Inteligencia límite 1 (IL1): valores de la variable CIT entre 70-79 puntos.

Inteligencia límite 2 (IL2): valores de la variable CIT entre 80-84 puntos.

Sin discapacidad intelectual (No DI): valores de la variable CIT igual o > 85 puntos.

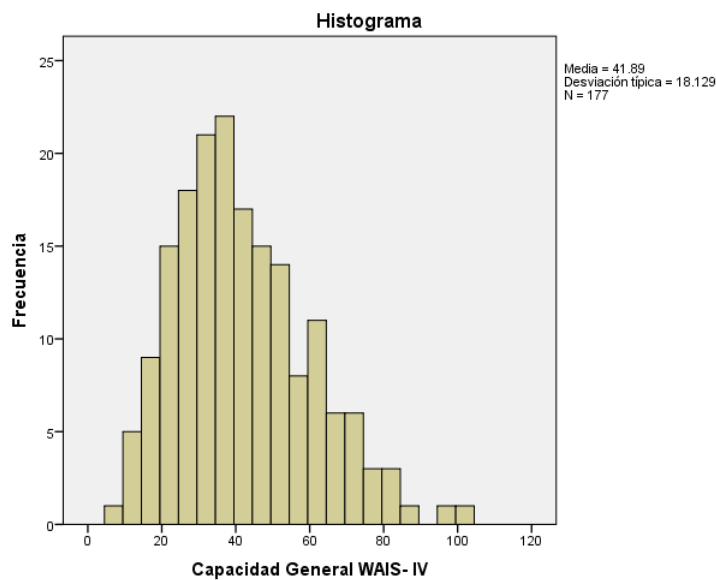
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)) y en relación a los resultados de la escala total de la prueba de inteligencia WAIS-IV, 10 participantes presentan puntuaciones de cociente intelectual (CI) comprendidas en valores de Discapacidad Intelectual Moderada (DIM) (5,6 %), 53 participantes presentan puntuaciones de CI comprendidas en valores de Discapacidad Intelectual Leve (DIL) (29,9 %), 38 participantes presentan puntuaciones de CI comprendidas en valores de Inteligencia Límite 1 (IL1) (21,5 %), 20 participantes presentan puntuaciones de CI comprendidas en valores de Inteligencia Límite 2 (IL2) (11,3 %) y 56 participantes no presentan diagnóstico de Discapacidad Intelectual (31,6 %).

Capacidad general (CG)

Tabla 202. Capacidad general WAIS- IV

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		41.89
Mediana		39.00
Desviación típica		18.129
Mínimo		7
Máximo		104
Percentiles	25	29.00
	50	39.00
	75	52.00

Gráfico 61. Capacidad general WAIS- IV. Histograma



De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), la media de los participantes en los resultados obtenidos en la prueba de Capacidad general fue de 41,89 puntos ($\sigma = 18.129$).

Tabla 203. Capacidad General Cualitativa WAIS- IV

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	muy bajo	68	38.4	38.4	38.4
	límite	29	16.4	16.4	54.8
	normal-bajo	32	18.1	18.1	72.9
	medio	31	17.5	17.5	90.4
	normal-alto	8	4.5	4.5	94.9
	superior	6	3.4	3.4	98.3
	muy superior	3	1.7	1.7	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

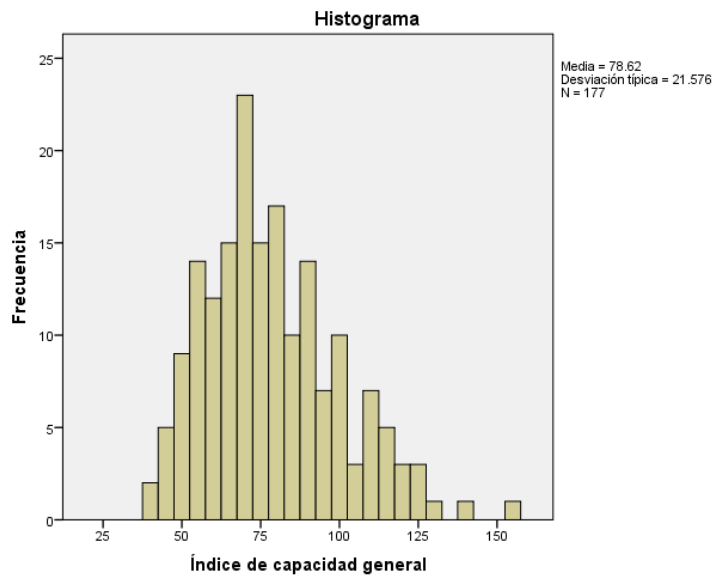
De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %) y en relación a la capacidad general (CG) de la prueba de inteligencia WAIS-IV, 68 participantes presentaban una puntuación muy baja (38,4 %), 29 participantes presentaban una puntuación límite (16,4 %), 32 participantes presentaban una puntuación normal- baja (18,1 %), 31 participantes presentaban una puntuación media (17,5 %), 8 participantes presentaban una puntuación normal- alta (4,5 %), 6 participantes presentaban una puntuación superior (3,4 %) y 3 participantes presentaban una puntuación muy superior (1,7 %).

Índice de capacidad general (ICG)

Tabla 204. Índice de capacidad general WAIS-IV

N	Válidos	177
	Perdidos	0
Media		78.62
Mediana		75.00
Desviación típica		21.576
Mínimo		40
Máximo		153
Percentiles	25	63.00
	50	75.00
	75	90.50

Gráfico 62. Índice de capacidad general WAIS-IV. Histograma



De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)), la media de los participantes en los resultados obtenidos en el Índice de Capacidad general fue de 78,62 puntos ($\sigma = 21.576$).

Tabla 205. Índice de capacidad general (ICG) Cualitativa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Discapacidad Intelectual Moderada (DIM)	13	7.3	7.3	7.3
	Discapacidad Intelectual Leve (DIL)	55	31.1	31.1	38.4
	Inteligencia Límite 1 (IL 1)	29	16.4	16.4	54.8
	Inteligencia Límite 2 (IL 2)	20	11.3	11.3	66.1
	No Discapacidad intelectual (DI)	60	33.9	33.9	100.0
	Total	177	100.0	100.0	

Discapacidad intelectual moderada (DIM): valores de la variable ICG entre 35 a 49 puntos.

Discapacidad intelectual leve (DIL): valores de la variable ICG entre 50-69 puntos.

Inteligencia límite 1 (IL1): valores de la variable ICG entre 70-79 puntos.

Inteligencia límite 2 (IL2): valores de la variable ICG entre 80-84 puntos.

Sin discapacidad intelectual (No DI): valores de la variable ICG igual o > 85 puntos.

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)) y en relación a los resultados del Índice de Capacidad General (ICG) de la prueba de inteligencia WAIS-IV, 13 participantes presentan puntuaciones de cociente intelectual (ICG) comprendidas en valores de discapacidad intelectual moderada (DIM) (7,3 %), 55 participantes presentan puntuaciones de ICG comprendidas en valores de discapacidad intelectual leve (DIL) (31,1 %), 29 participantes presentan puntuaciones de ICG comprendidas en valores de inteligencia límite 1 (IL1) (16,4 %), 20 participantes presentan puntuaciones de ICG comprendidas en valores de inteligencia límite 2 (IL2) (11,3 %) y 60 participantes no presentan puntuaciones de ICG superiores a 85, clasificados como sin discapacidad intelectual (No DI) (33,9 %).

Tabla 206. Índice de capacidad general (ICG) cualitativa agrupada

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Discapacidad intelectual (DI)	68	38.4	38.4	38.4
No DI	109	61.6	61.6	100.0
Total	177	100.0	100.0	

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes (100 %)) y en relación a los resultados del índice de capacidad general (ICG) de la prueba de inteligencia WAIS-IV, 68 participantes presentan diagnóstico de Discapacidad Intelectual (38.4%).

ANÁLISIS COMPARATIVO

Análisis comparativo en tres categorías agrupadas según los resultados obtenidos en el cociente intelectual total (CIT) del resultado de la pasación de la escala Wechsler de inteligencia para adultos (WAIS- IV), agrupadas en los siguientes intervalos:

- Discapacidad Intelectual (DI): valores del cociente intelectual total (CIT) < 70 puntos. Englobaría la discapacidad intelectual moderada (DIM) con puntuaciones del CIT entre 35 a 49 puntos y la discapacidad intelectual leve (DIL) con puntuaciones entre 50 a 69 puntos.

- Inteligencia Límite (IL): valores del CIT entre 70 y 84 puntos. Englobaría la inteligencia límite 1 (IL1) con puntuaciones del CIT entre 70 a 79 y la inteligencia límite 2 (IL2) con puntuaciones de 80 a 84.

- Sin Discapacidad Intelectiva (No DI): valores del CIT > o igual a 85 puntos.

1. VARIABLES PERSONALES Y SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad en fecha de pasación del WAIS- IV

Tabla 207. Edad en fecha de pasación del WAIS- IV

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
DI	63	38.67	9.868	1.243	36.18	41.15	23	72
IL	58	40.33	10.921	1.434	37.46	43.20	23	69
No DI	56	47.09	12.938	1.729	43.62	50.55	22	73
Total	177	41.88	11.763	0.884	40.13	43.62	22	73

Tabla 208. Edad en fecha de pasación del WAIS- IV. ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	2309.936	2	1154.968	9.117	0.000
Intra-grupos	22043.329	174	126.686		
Total	24353.266	176			

Gráfico 63. Edad en fecha de pasación del WAIS- IV. Boxplot

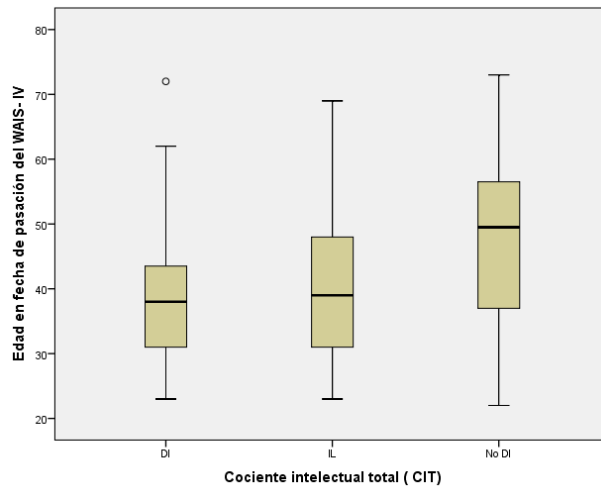
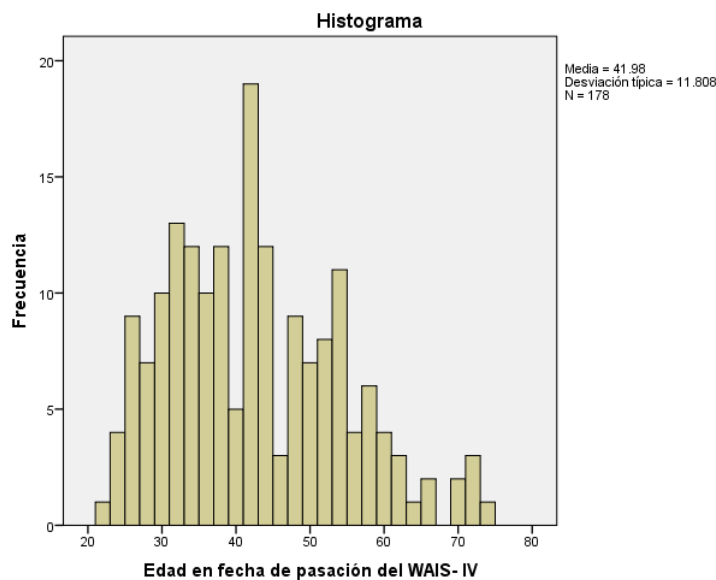


Gráfico 64. Edad en fecha de pasación del WAIS- IV. Histograma



Entre el total de participantes del estudio ($N = 177$), existieron diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad de los participantes en la fecha de pasación del WAIS- IV entre los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.000$), encontrándose una media total de 41,88 años de edad entre todos los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla y en el gráfico anterior.

La media de edad de los participantes en la fecha de pasación del WAIS- IV fue menor en el grupo que presentaba discapacidad intelectual (DI) (38,67 años de media), seguida del grupo

con inteligencia intelectual límite (IL) (40,33 años de media) y con la mayor media de edad en el grupo de participantes sin DI (47,09 años de media).

Nacionalidad

Tabla 209. Nacionalidad

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Nacionalidad	española	Recuento	51	49	51	151
		% dentro de CIT	81.0%	84.5%	91.1%	85.3%
	extranjeros que hablan castellano	Recuento	12	9	5	26
		% dentro de CIT	19.0%	15.5%	8.9%	14.7%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 210. Nacionalidad. Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.470 ^a	2	0.291
Razón de verosimilitudes	2.605	2	0.272
Asociación lineal por lineal	2.383	1	0.123
N de casos válidos	177		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 8.23.

Entre el total de participantes del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la nacionalidad de los participantes entre los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.291$), encontrándose que la nacionalidad de los participantes en los tres grupos era predominantemente española (85,3%, $n = 151$), tal y como se muestra en la tabla. El porcentaje de participantes de nacionalidad española era mayor en el grupo de participantes sin DI (51 participantes (91, 1%)) seguido del grupo de participantes con IL (49 participantes (84,5 %)) y menor en el grupo de participantes con DI (51 participantes (81,0 %)).

Área geográfica de procedencia

Tabla 211. Área geográfica de procedencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Área Geográfica de procedencia	España	Recuento	51	49	51	151
		% dentro de CIT	81.0%	84.5%	91.1%	85.3%
Argentina		Recuento	2	0	0	2
		% dentro de CIT	3.2%	0.0%	0.0%	1.1%
Colombia		Recuento	1	1	3	5
		% dentro de CIT	1.6%	1.7%	5.4%	2.8%
República Dominicana		Recuento	4	0	0	4
		% dentro de CIT	6.3%	0.0%	0.0%	2.3%
Ecuador		Recuento	4	6	1	11
		% dentro de CIT	6.3%	10.3%	1.8%	6.2%
Honduras		Recuento	1	0	0	1
		% dentro de CIT	1.6%	0.0%	0.0%	0.6%
Perú		Recuento	0	2	1	3
		% dentro de CIT	0.0%	3.4%	1.8%	1.7%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 212. Área geográfica de procedencia. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20.375 ^a	12	0.060
Razón de verosimilitudes	23.260	12	0.026
Asociación lineal por lineal	1.024	1	0.311
N de casos válidos	177		

a. 18 casillas (85.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 0.32.

La dispersión de los datos por distribución geográfica por países supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.060$) ya que el 85,7 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (0.32).

Pareja estable

Tabla 213. Pareja. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Pareja	sin pareja estable	Recuento	54	49	44	147
		% dentro de CIT	85.7%	86.0%	80.0%	84.0%
	con pareja estable	Recuento	9	8	11	28
		% dentro de CIT	14.3%	14.0%	20.0%	16.0%
Total		Recuento	63	57	55	175
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 214. Pareja. Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0.956 ^a	2	0.620
Razón de verosimilitudes	0.927	2	0.629
Asociación lineal por lineal	0.677	1	0.411
N de casos válidos	175		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8.80.

De los 175 participantes (98,9%) de los que disponemos datos sobre pareja estable del total de participantes del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a los participantes entre los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.620$) encontrándose que la mayoría de los participantes en los tres grupos de clasificación diagnóstica no tenían pareja estable (147 participantes (84 %)), tal y como se muestra en la

tabla. El porcentaje de participantes sin pareja estable era mayor en el grupo de participantes con IL (49 participantes (86 %)), seguido del grupo de participantes con DI (54 participantes (85,7 %)) y con menor número de participantes sin pareja estable en el grupo de participantes sin DI (44 participantes (80 %)).

Estado civil

Tabla 215. Estado civil

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Estado civil	soltero	Recuento	47	39	32	118
		% dentro de CIT	74.6%	68.4%	58.2%	67.4%
	casado	Recuento	9	8	11	28
		% dentro de CIT	14.3%	14.0%	20.0%	16.0%
	viudo	Recuento	1	0	2	3
		% dentro de CIT	1.6%	0.0%	3.6%	1.7%
	separado o divorciado	Recuento	6	10	10	26
		% dentro de CIT	9.5%	17.5%	18.2%	14.9%
Total		Recuento	63	57	55	175
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 216. Estado civil. Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.051 ^a	6	0.418
Razón de verosimilitudes	6.859	6	0.334
Asociación lineal por lineal	3.261	1	0.071
N de casos válidos	175		

a. 3 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 0.94.

De los 175 participantes (98,9 %) de los que disponemos datos sobre pareja estable del total de participantes del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto al estado civil de los participantes entre los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.418$) encontrándose que la mayoría de los participantes en los tres grupos de clasificación diagnóstica estaban solteros (118 participantes (67,4 %)), tal y como se muestra en la tabla. El porcentaje de participantes solteros era mayor en el grupo de participantes con DI (47 participantes (74,6 %)), seguido del grupo de participantes con IL (39 participantes (68,4 %)) y con menor número de participantes solteros en el grupo de participantes sin DI (32 participantes (58,2 %)).

La dispersión de los datos por estado civil supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.418$) puesto que el 25 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada menor a 5 (siendo la frecuencia mínima esperada de 0.94).

Hijos

Tabla 217. Hijos. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Hijos	sin hijos	Recuento	19	10	20	49
		% dentro de CIT	33.3%	19.6%	37.0%	30.2%
	con hijos	Recuento	38	41	34	113
		% dentro de CIT	66.7%	80.4%	63.0%	69.8%
Total		Recuento	57	51	54	162
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 218. Hijos. Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.174 ^a	2	0.124
Razón de verosimilitudes	4.360	2	0.113
Asociación lineal por lineal	0.154	1	0.694
N de casos válidos	162		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 15.43.

De los 162 participantes (91,5 %) de los que disponemos datos sobre si tenían o no hijos sobre el total de participantes del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a tener hijos entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.124$), encontrándose que la mayoría de los participantes del estudio tenían hijos (113 participantes (69,8 %)), tal y como se muestra en la tabla. El porcentaje de participantes con hijos era mayor en el grupo de IL (41 participantes (80,4 %) seguida del grupo con DI (38 participantes (66,7 %) teniendo menor porcentaje de hijos el grupo sin DI (34 participantes (63 %)).

Número de hijos

Tabla 219. Número de hijos

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Número de hijos	0	Recuento	19	10	20	49
		% dentro de CIT	33.3%	19.6%	37.0%	30.2%
	1	Recuento	18	13	13	44
		% dentro de CIT	31.6%	25.5%	24.1%	27.2%
	2	Recuento	9	15	13	37
		% dentro de CIT	15.8%	29.4%	24.1%	22.8%
	3	Recuento	9	10	5	24

	% dentro de CIT	15.8%	19.6%	9.3%	14.8%
4	Recuento	0	2	1	3
	% dentro de CI	0.0%	3.9%	1.9%	1.9%
5	Recuento	1	0	2	3
	% dentro de CIT	1.8%	0.0%	3.7%	1.9%
6	Recuento	1	0	0	1
	% dentro de CIT	1.8%	0.0%	0.0%	0.6%
7	Recuento	0	1	0	1
	% dentro de CIT	0.0%	2.0%	0.0%	0.6%
Total	Recuento	57	51	54	162
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 220. Número de hijos. Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15.957 ^a	14	0.316
Razón de verosimilitudes	18.194	14	0.198
Asociación lineal por lineal	0.015	1	0.902
N de casos válidos	162		

a. 12 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 0.31.

La dispersión de los datos por número de hijos supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.316$). La mitad de las casillas tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (siendo la frecuencia mínima esperada de 0.31).

Media de hijos

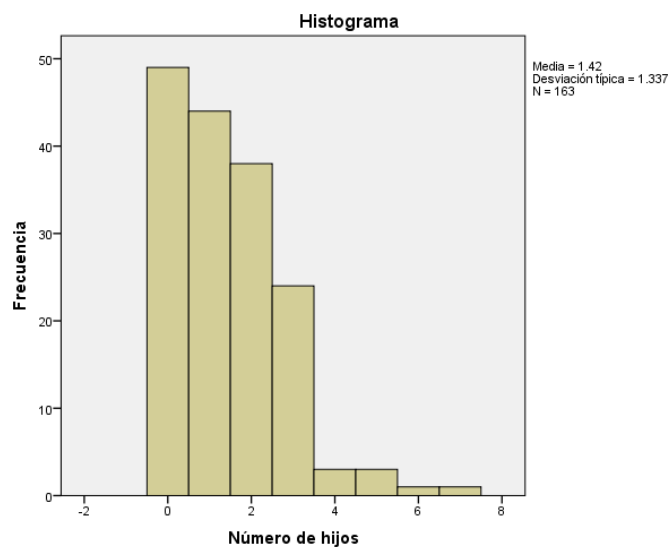
Tabla 221. Media de hijos

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
DI	57	1.30	1.336	0.177	0.94	1.65	0	6
IL	51	1.73	1.358	0.190	1.34	2.11	0	7
No DI	54	1.26	1.306	0.178	0.90	1.62	0	5
Total	162	1.42	1.341	0.105	1.21	1.63	0	7

Tabla 222. Media de hijos. ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	7.000	2	3.500	1.970	0.143
Intra-grupos	282.457	159	1.776		
Total	289.457	161			

Gráfico 65. Media de hijos. Histograma



De los 162 participantes (91,5 %) de los que disponemos datos sobre si tenían o no hijos sobre el total de participantes del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la media de número de hijos entre los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.143$), encontrándose que la media de número de hijos en de los participantes del estudio era de 1,42 hijos, tal y como se muestra en la tabla. La media del número de hijos fue mayor en el grupo con IL (1,73) seguida del grupo con DI (1,30) y con una media de hijos menor el grupo sin DI (1,26).

Abandono de estudios escolares

Tabla 223. Abandono de estudios escolares. Tabla de contingencia

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Abandono de los estudios escolares	no	Recuento	11	19	27	57
		% dentro de CIT	19.6%	37.3%	55.1%	36.5%
	sí	Recuento	45	32	22	99
		% dentro de CIT	80.4%	62.7%	44.9%	63.5%
Total		Recuento	56	51	49	156
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 224. Abandono de estudios escolares. Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14.187 ^a	2	0.001
Razón de verosimilitudes	14.560	2	0.001
Asociación lineal por lineal	14.096	1	0.000
N de casos válidos	156		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 17.90.

De los 156 participantes (88,1 %) de los que disponemos datos sobre el abandono de estudios escolares del total de participantes del estudio ($N = 177$), existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto al abandono de estudios escolares antes de los 18 años de edad entre los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.001$), encontrándose que el abandono de estudios escolares fue elevado entre el total de los participantes del estudio (99 participantes (63,5 %)), tal y como se muestra en la tabla. En el grupo con DI existía un mayor porcentaje de abandono de los estudios escolares antes de los 18 años de edad (45 participantes (80,4 %)), seguido del grupo con IL (32 participantes (62,7 %)) y con un porcentaje menor de abandono de estudios escolares en el grupo sin DI (22 participantes (44,9 %)).

Edad de abandono de los estudios escolares

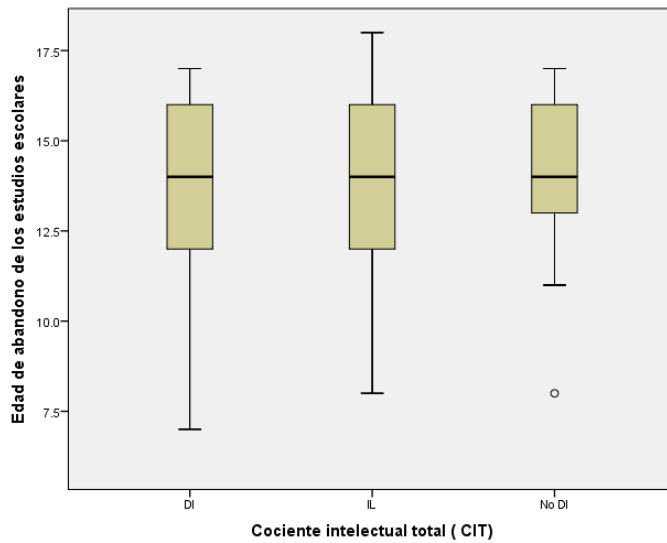
Tabla 225. Edad de abandono de los estudios escolares

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
DI	42	13.40	2.595	0.400	12.60	14.21	7	17
IL	26	13.69	2.589	0.508	12.65	14.74	8	18
No DI	21	14.00	2.145	0.468	13.02	14.98	8	17
Total	89	13.63	2.479	0.263	13.11	14.15	7	18

Tabla 226. Edad de abandono de los estudios escolares. ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	5.107	2	2.553	0.410	0.665
Intra-grupos	535.658	86	6.229		
Total	540.764	88			

Gráfico 66. Edad de abandono de los estudios escolares. Boxplot



De los 89 participantes (0,50 %) de los que disponemos datos sobre la edad de abandono de estudios escolares sobre el total de los participantes del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad de abandono de los estudios escolares entre los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.665$), encontrándose que la edad media de abandono de los estudios escolares entre los participantes del estudio fue de 13,63 años, tal y como se muestra en la tabla y el gráfico anterior. Los participantes del grupo con DI abandonaron los estudios escolares a una edad más temprana (13,40 años de media), seguida del grupo con IL (13,69 años de media), existiendo un abandono a una edad más tardía en el grupo de participantes sin DI (14 años de media).

Nivel educativo/ formativo

Tabla 227. Nivel educativo/ formativo. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Formación	Formación Instrumental (Fi)	Recuento	38	13	4	55
		% dentro de CIT	60.3%	22.4%	7.1%	31.1%
	Grado en Educación Secundaria (GES)	Recuento	25	34	25	84
		% dentro de CIT	39.7%	58.6%	44.6%	47.5%
	Bachillerato / IOC	Recuento	0	5	7	12
		% dentro de CIT	0.0%	8.6%	12.5%	6.8%
	Acceso universitario	Recuento	0	2	2	4
		% dentro de CIT	0.0%	3.4%	3.6%	2.3%
	Grado formativo medio	Recuento	0	2	2	4
		% dentro de CIT	0.0%	3.4%	3.6%	2.3%
	Grado formativo superior	Recuento	0	0	2	2
		% dentro de CIT	0.0%	0.0%	3.6%	1.1%
	Estudios universitarios	Recuento	0	2	14	16
		% dentro de CIT	0.0%	3.4%	25.0%	9.0%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 228. Nivel educativo/ formativo. Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	70.970 ^a	12	0.000
Razón de verosimilitudes	79.755	12	0.000
Asociación lineal por lineal	48.683	1	0.000
N de casos válidos	177		

a. 12 casillas (57.1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0.63.

De la muestra total del estudio ($N = 177$ participantes), 84 participantes tenían estudios de Grado de Educación Secundaria (GES) (47,5 %) seguidos de 55 participantes con Formación instrumental (Fi) (31,1 %). Cabe destacar que ningún participante del grupo con DI tenía estudios universitarios (0 %) y sólo 2 participantes del grupo con IL tenían estudios universitarios (3,4 %).

Entre los participantes del grupo con DI, la mayoría tenían estudios de Formación instrumental (38 participantes (60,3%)) o Grado en educación secundaria (GES) (25 participantes (39,7%)) y ningún participante tenía estudios más avanzados.

La dispersión de los datos por nivel formativo de los participantes del estudio supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.000$) ya que el 57,1 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 0.63).

Profesión

Tabla 229. Profesión. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Profesión Sin ocupación, pensionista o jubilado	Recuento	15	7	12	34	
	% dentro de CIT	23.8%	12.3%	22.2%	19.5%	
Trabajadores no cualificados	Recuento	46	47	29	122	
	% dentro de CIT	73.0%	82.5%	53.7%	70.1%	
Trabajadores cualificados o administrativos	Recuento	2	3	6	11	
	% dentro de CIT	3.2%	5.3%	11.1%	6.3%	
Profesiones asociadas a titulaciones universitarias	Recuento	0	0	7	7	
	% dentro de CIT	0.0%	0.0%	13.0%	4.0%	
Total	Recuento	63	57	54	174	
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 230. . Profesión. Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24.315 ^a	6	0.000
Razón de verosimilitudes	25.310	6	0.000
Asociación lineal por lineal	8.630	1	0.003
N de casos válidos	174		

a. 6 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.17.

De los 174 participantes (98,3 %) del estudio de los que disponemos datos en relación a su profesión sobre el total de participantes del estudio ($N = 177$), existieron diferencias estadísticamente significativas respecto a la ocupación laboral de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.001$), encontrándose que la mayoría de los participantes del estudio realizaban trabajos sin cualificación, según se muestra en la tabla (122 participantes (70,1 %)). El número de participantes sin ocupación laboral fue mayor en el grupo de participantes con DI (15 participantes (23,8 %)) seguido del grupo sin DI (12 participantes (22,2 %)). Ningún participante del grupo con DI o con IL tenía una profesión asociada a titulación universitaria.

La dispersión de los datos por ocupación laboral de los participantes del estudio supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.001$) ya que el 50% de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es 2.17).

2. VARIABLES CRIMINOLÓGICAS

2.1 Variables criminológicas sobre los ANTECEDENTES DELICTIVOS

Inicio de la carrera delictiva

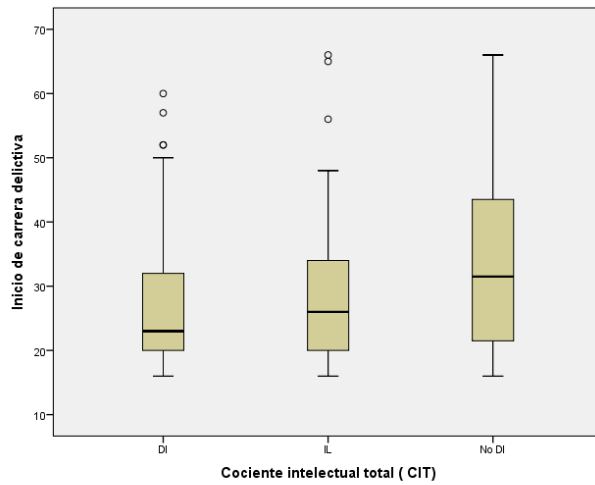
Tabla 231. Inicio de la carrera delictiva. Descriptivos

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
DI	63	27.81	10.644	1.341	25.13	30.49	16	60
IL	58	29.00	11.451	1.504	25.99	32.01	16	66
No DI	56	33.84	14.079	1.881	30.07	37.61	16	66
Total	177	30.11	12.290	0.924	28.28	31.93	16	66

Tabla 232. Inicio de la carrera delictiva. ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	1183.693	2	591.846	4.054	0.019
Intra-grupos	25399.268	174	145.973		
Total	26582.960	176			

Gráfico 67. Inicio de la carrera delictiva. Boxplot



De la muestra total del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad de inicio de la carrera delictiva entre los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.019$), encontrándose una media de 30,11 años de edad de inicio de carrera delictiva entre los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla. El grupo con DI presentaba un inicio de carrera delictiva a una edad más temprana que el resto de los grupos (27,81 años de media), seguida del grupo con IL (29 años de media) y con una edad de inicio más tardía en el grupo de participantes sin DI (33,84 años de media).

Ingreso en centro de menores

Tabla 233. Ingreso en centro de menores. Tabla de contingencia

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Ingreso en Centro de Menores	no	Recuento	40	41	44	125
		% dentro de CIT	70.2%	80.4%	88.0%	79.1%
	sí	Recuento	17	10	6	33
		% dentro de CIT	29.8%	19.6%	12.0%	20.9%
Total		Recuento	57	51	50	158
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 234. Ingreso en centro de menores. Pruebas de chi - cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.196 ^a	2	0.074
Razón de verosimilitudes	5.290	2	0.071
Asociación lineal por lineal	5.128	1	0.024
N de casos válidos	158		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10.44.

De los 158 participantes (89,3 %) del estudio de los que disponemos datos en relación a ingreso en centro de menores sobre el total de los participantes del estudio ($N = 177$), 33 participantes del estudio habían presentado ingreso en centros de menores previo al ingreso en prisión (20,9 %), tal y como se muestra en la tabla.

En el grupo con DI existía un mayor porcentaje de participantes con ingreso en centro de menores (17 participantes (29,8 %)), seguido del grupo con IL (10 participantes (19,6 %)) y con un porcentaje menor de participantes con ingreso en centro de menores en el grupo sin DI (6 participantes (12 %)) sin existir diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.074$).

Edad de ingreso en centro de menores

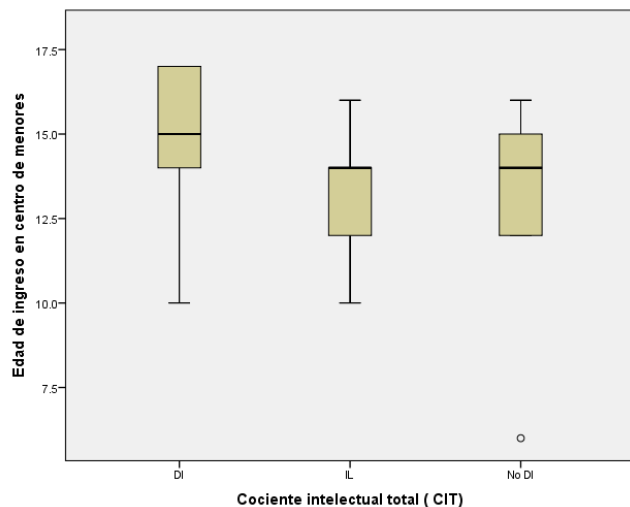
Tabla 235. Edad de ingreso en centro de menores

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
DI	17	14.88	1.933	0.469	13.89	15.88	10	17
IL	9	13.22	1.856	0.619	11.80	14.65	10	16
No DI	5	12.60	3.975	1.778	7.66	17.54	6	16
Total	31	14.03	2.442	0.439	13.14	14.93	6	17

Tabla 236. Edad de ingreso en centro de menores. ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	28.447	2	14.224	2.646	0.089
Intra-grupos	150.520	28	5.376		
Total	178.968	30			

Gráfico 68. Edad de ingreso en centro de menores. Boxplot



De los 31 participantes (0,18 %) de los que disponemos datos sobre la edad de inicio en centro de menores sobre el total de participantes del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad de ingreso en centro de menores entre los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.089$) encontrándose una media de ingreso en centro de menores de 14,03 años de edad, tal y como se muestra en la tabla y en el gráfico anterior. La edad de ingreso en centro de menores de los participantes fue mayor en el grupo que presentaba DI (14,88 años de media), seguida del grupo con IL (13,22 años de media) y con la menor media de edad en el grupo de participantes sin DI (12,60 años de media).

Ingresos en prisión previos a la condena actual

Tabla 237. Ingresos en prisión previos a la condena actual. Tabla de contingencia

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Ingresos previos en prisión	no	Recuento	16	17	20	53
		% dentro de CIT	25.4%	29.3%	35.7%	29.9%
	sí	Recuento	47	41	36	124
		% dentro de CIT	74.6%	70.7%	64.3%	70.1%
Total	Recuento	63	58	56	177	
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 238. Ingresos en prisión previos a la condena actual. Pruebas de chi-cuadrado.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.521 ^a	2	0.467
Razón de verosimilitudes	1.512	2	0.470
Asociación lineal por lineal	1.484	1	0.223
N de casos válidos	177		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 16.77.

De la muestra total del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la presencia de ingresos previos en prisión entre los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.467$) encontrándose que la mayoría de los participantes de los tres grupos presentaban ingresos en prisión previos a la condena actual (124 participantes (70,1 %)), tal y como se muestra en la tabla. En el grupo con DI existía un mayor porcentaje de ingresos previos en prisión (47 participantes (74,6 %)), seguido del grupo con IL (41 participantes (70,7 %)) y con un porcentaje menor de ingresos previos en prisión en el grupo sin DI (36 participantes (64,3 %)).

2.2 Variables criminológicas sobre la ESTANCIA ACTUAL EN PRISIÓN

Situación procesal – penal

Tabla 239. Situación procesal penal. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Situación procesal- penal en el momento actual	preventivo	Recuento	1	1	2	4
		% dentro de CIT	1.6%	1.7%	3.6%	2.3%
	penado	Recuento	62	55	54	171
		% dentro de CIT	98.4%	94.8%	96.4%	96.6%
	penado con causa preventiva	Recuento	0	2	0	2
		% dentro de CIT	0.0%	3.4%	0.0%	1.1%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 240. Situación procesal penal. Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.770 ^a	4	0.312
Razón de verosimilitudes	5.086	4	0.279
Asociación lineal por lineal	0.057	1	0.811
N de casos válidos	177		

a. 6 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0.63.

De la muestra total del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a situación procesal- penal entre los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.312$) y encontramos que la mayoría de los participantes de los tres grupos eran penados (173 participantes (97,7 %)), puesto que el centro penitenciario era de cumplimiento de presos penados, tal y como se muestra en la tabla. La dispersión de los datos por situación procesal- penal de los participantes del estudio supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.312$) ya que el 66,7 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (0.63).

Delito principal

Tabla 241. Delito principal. Tabla de contingencia

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Delito principal	Contra la libertad sexual	Recuento	4	5	12	21
		% dentro de CIT	6.3%	8.6%	21.4%	11.9%
	Contra las personas	Recuento	9	10	11	30
		% dentro de CIT	14.3%	17.2%	19.6%	16.9%
	Violencia de género	Recuento	6	3	1	10
		% dentro de CIT	9.5%	5.2%	1.8%	5.6%
	Contra la salud pública	Recuento	6	9	6	21
		% dentro de CIT	9.5%	15.5%	10.7%	11.9%
	Contra la intimidad	Recuento	4	3	4	11
		% dentro de CIT	6.3%	5.2%	7.1%	6.2%
	Contra la seguridad del tránsito	Recuento	2	0	0	2
		% dentro de CIT	3.2%	0.0%	0.0%	1.1%
	Contra el patrimonio sin violencia	Recuento	2	8	1	11
		% dentro de CIT	3.2%	13.8%	1.8%	6.2%
	Contra el patrimonio con violencia	Recuento	27	16	14	57
		% dentro de CIT	42.9%	27.6%	25.0%	32.2%
	Falsificaciones y estafas	Recuento	2	1	6	9
		% dentro de CIT	3.2%	1.7%	10.7%	5.1%
	Incendios	Recuento	0	0	1	1
		% dentro de CIT	0.0%	0.0%	1.8%	0.6%
	Contra la Administración de Justicia	Recuento	0	1	0	1
		% dentro de CIT	0.0%	1.7%	0.0%	0.6%
	Organización criminal	Recuento	0	1	0	1
		% dentro de CIT	0.0%	1.7%	0.0%	0.6%
	Atentado contra Autoridad Pública	Recuento	1	1	0	2
		% dentro de CIT	1.6%	1.7%	0.0%	1.1%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 242. Delito principal. Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38.932 ^a	24	0.028
Razón de verosimilitudes	39.374	24	0.025
Asociación lineal por lineal	1.721	1	0.190
N de casos válidos	177		

a. 27 casillas (69.2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0.32.

De la muestra total del estudio ($N = 177$), existieron diferencias estadísticamente significativas respecto a la comisión del tipo de delito principal de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.028$), encontrándose que el tipo de delito más prevalente cometido por los tres grupos de clasificación diagnóstica era el delito contra el patrimonio con violencia (57 participantes (32,2 %)) seguido del delito contra las personas (30 participantes (16,9 %)), tal y como se muestra en la tabla. El porcentaje de comisión de delitos contra el patrimonio con violencia fue mayor en el grupo de participantes con DI (27 participantes (42,9 %)) seguido del grupo con IL (16 participantes (27,6 %)) y menor en el grupo de participantes sin DI (14 participantes (25 %)).

La dispersión de los datos por nivel formativo de los participantes del estudio supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.028$) ya que el 69,2 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (0.32).

Delito violento

Tabla 243. Delito violento. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Delito violento	no	Recuento	16	23	18	57
		% dentro de CIT	25.4%	39.7%	32.1%	32.2%
	si	Recuento	47	35	38	120
		% dentro de CIT	74.6%	60.3%	67.9%	67.8%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 244. Delito violento. Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.812 ^a	2	0.245
Razón de verosimilitudes	2.819	2	0.244
Asociación lineal por lineal	0.694	1	0.405
N de casos válidos	177		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 18.03.

De la muestra total del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la comisión de delito violento entre los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.245$) encontrándose que la mayoría de los participantes de los tres grupos habían cometido delitos violentos (120 participantes (67,8 %)), tal y como se muestra en la tabla. En el grupo con DI existía un mayor porcentaje de cumplimiento de condena por delito violento (47 participantes (74,6 %)), seguido del grupo con IL (35 participantes (60,3 %)) y con un porcentaje menor de participantes de cumplimiento de condena actual por delito violento en el grupo sin DI (38 participantes (67,9 %)).

Cumplimiento en otras prisiones

Tabla 245. Períodos de cumplimiento de la condena actual en otras prisiones españolas fuera de Cataluña previos a la fecha de entrada en prisión catalana

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Períodos de cumplimiento de la condena actual en alguna prisión española fuera de Cataluña previas al ingreso en prisión catalana	no	Recuento	56	54	53	163
		% dentro de CIT	88.9%	93.1%	94.6%	92.1%
	sí	Recuento	7	4	3	14
		% dentro de CIT	11.1%	6.9%	5.4%	7.9%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 246. Períodos de cumplimiento de la condena actual en otras prisiones españolas fuera de Cataluña previos a la fecha de entrada en prisión catalana. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.469 ^a	2	0.480
Razón de verosimilitudes	1.440	2	0.487
Asociación lineal por lineal	1.366	1	0.243
N de casos válidos	177		

a. 3 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4.43.

De la muestra total del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de clasificación diagnóstica con respecto a la existencia de períodos de cumplimiento de la condena actual en otras prisiones de otras Comunidades Autónomas previas a la fecha de entrada en prisión de la condena actual en centros penitenciarios de Cataluña ($p = 0.480$). Se encontró que la mayoría de los participantes de los tres grupos no habían cumplido condena actual en otros centros penitenciarios fuera de Cataluña previos a su entrada en alguna prisión catalana (163 participantes (92,1 %)). En el grupo con DI existía un mayor porcentaje de participantes con períodos de cumplimiento de la condena actual en otra prisión fuera de la Cataluña previo a la fecha de entrada en prisión en Cataluña (7 participantes (11,1 %)), seguido del grupo con IL (4 participantes (6,9 %)) y con un porcentaje menor en el grupo sin DI (3 participantes (5,4 %)).

Responsabilidad personal subsidiaria (RPS)

Tabla 247. Responsabilidad personal subsidiaria (RPS). Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
RPS*	no	Recuento	31	39	41	111
		% dentro de CIT	49.2%	67.2%	73.2%	62.7%
	si	Recuento	32	19	15	66
		% dentro de CIT	50.8%	32.8%	26.8%	37.3%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

RPS: Responsabilidad personal subsidiaria

Tabla 248. Responsabilidad personal subsidiaria (RPS). Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8.064 ^a	2	0.018
Razón de verosimilitudes	8.036	2	0.018
Asociación lineal por lineal	7.416	1	0.006
N de casos válidos	177		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 20.88.

De la muestra total del estudio ($N = 177$), existieron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de clasificación diagnóstica con respecto a la presencia de responsabilidades personal subsidiarias (RPS) por impago de multa ($p = 0.018$), encontrándose que más de un tercio de los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica tenían RPS por impago de multas (66 participantes (37,3 %)). Más de la mitad de los participantes en el grupo con DI tenían RPS derivadas del impago de multa (32 participantes (50,8 %)), seguido del grupo con IL (19 participantes (32,8 %)) y con un porcentaje menor de participantes con RPS en el grupo sin DI (15 participantes (26,8 %)).

Número de RPS y días de RPS

Tabla 249. Número de RPS

CIT		Casos					
		Válidos		Perdidos		Total	
		N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Número de RPS*	DI	42	66.7%	21	33.3%	63	100.0%
	IL	33	56.9-+%	25	43.1%	58	100.0%
	No DI	30	53.6%	26	46.4%	56	100.0%

RPS: Responsabilidad personal subsidiaria

Tabla 250. Número de RPS y días de RPS

Descriptivos

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo	
					Límite inferior	Límite superior			
Número de RPS*	DI	42	2.07	2.654	0.410	1.24	2.90	0	11
	IL	33	1.00	1.225	0.213	0.57	1.43	0	5
	No DI	30	0.77	0.898	0.164	0.43	1.10	0	3
	Total	105	1.36	1.952	0.190	0.98	1.74	0	11
Días de RPS	DI	42	107.69	165.740	25.574	56.04	159.34	0	795
	IL	33	67.97	96.912	16.870	33.61	102.33	0	365
	No DI	31	61.94	89.501	16.075	29.11	94.76	0	325
	Total	106	81.94	127.758	12.409	57.34	106.55	0	795

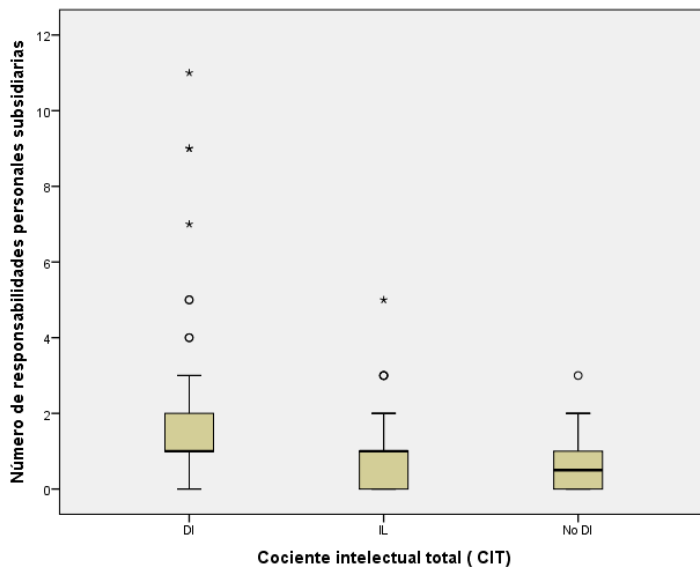
RPS: Responsabilidad personal subsidiaria

Tabla 251. Número de RPS y días de RPS. ANOVA

		ANOVA				
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Número de RPS*	Inter-grupos	36.095	2	18.048	5.111	0.008
	Intra-grupos	360.152	102	3.531		
	Total	396.248	104			
Días de RPS	Inter-grupos	46695.844	2	23347.922	1.443	0.241
	Intra-grupos	1667117.817	103	16185.610		
	Total	1713813.660	105			

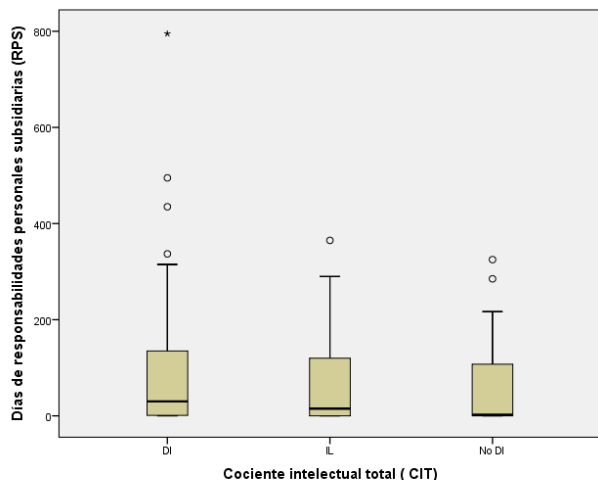
RPS: Responsabilidad personal subsidiaria

Gráfico 69. Número de RPS. Boxplot



De los 105 participantes (0,59 %) sobre los que tenemos datos sobre el número de RPS por impago de multa, existieron diferencias estadísticamente significativas entre la media del número de RPS por impago de multa entre los tres grupos de clasificación diagnóstica (RPS) ($p = 0.008$), encontrándose una media de 1.36 RPS, tal y como se muestra en la tabla y el gráfico anterior. En el grupo con DI existe una media de 2,07 RPS, en el grupo con IL un media de 1,00 y en el grupo de DI una media de 0,77

Gráfico 70. Días de RPS. Boxplot



De los 106 participantes del estudio sobre los que disponemos datos sobre los días de RPS (0, 59 %) sobre el total de participantes del estudio (N= 177), no existieron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de clasificación diagnóstica con respecto a la media de días de RPS por impago de multa ($p = 0.241$), encontrándose una media total de días de RPS de 81,94 entre los tres grupos de clasificación diagnóstica. Existió una media mayor de días de RPS en el grupo de DI (107,69) seguido del grupo con IL (67,97) y una media menor de número de días por RPS en el grupo sin DI (61,94).

Condena, condena real y tiempo de condena

Tabla 252. Duración de la condena, duración de la condena real y años en prisión hasta la fecha de pasación del WAIS- IV

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
Núm. total de años de condena	DI	62	8.6172	6.01520	0.76393	7.0896	10.1447	0.48	28.57
	IL	57	8.5562	6.06594	0.80345	6.9467	10.1657	1.21	25.71
	No DI	54	9.3601	6.48379	0.88233	7.5904	11.1298	1.66	27.47
	Total	173	8.8290	6.15594	0.46803	7.9051	9.7528	0.48	28.57

Condena real	DI	62	8.8169	6.10674	0.77556	7.2661	10.3677	0.48	28.82
	IL	57	8.6639	6.08918	0.80653	7.0482	10.2796	1.21	25.79
	No DI	54	9.4574	6.46268	0.87946	7.6935	11.2214	1.66	27.47
	Total	173	8.9664	6.18721	0.47040	8.0379	9.8949	0.48	28.82
Años en prisión de la condena actual en la fecha de pasación del WAIS- IV	DI	62	4.5137	3.98381	0.50594	3.5020	5.5254	0.15	19.69
	IL	58	4.3638	4.02561	0.52859	3.3053	5.4223	0.35	18.51
	No DI	56	5.7629	5.03451	0.67277	4.4146	7.1111	0.75	18.52
	Total	176	4.8618	4.37737	0.32996	4.2105	5.5130	0.15	19.69

Tabla 253. Duración de la condena, duración de la condena real y años en prisión hasta la fecha de pasación del WAIS- IV. ANOVA

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Núm. total de años de condena	Inter-grupos	22.257	2	11.128	0.291	0.748
	Intra-grupos	6495.794	170	38.211		
	Total	6518.051	172			
Condena real	Inter-grupos	19.622	2	9.811	0.254	0.776
	Intra-grupos	6564.804	170	38.616		
	Total	6584.427	172			
Años que lleva en prisión en la fecha de pasación del WAIS- IV correspondientes a la condena actual	Inter-grupos	67.368	2	33.684	1.773	0.173
	Intra-grupos	3285.877	173	18.994		
	Total	3353.245	175			

De los 173 participantes (0,97 %) sobre los que disponemos datos sobre el número total de años de condena del total de participantes del estudio ($N= 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de clasificación diagnóstica con respecto al número total de años de condena ($p = 0.748$), encontrándose una media total de años de condena de 8,8290, tal y como se muestra en la tabla. El grupo de IL presentaba una media total de años de condena menor (8,5562), seguido del grupo con DI (8,6172) y con una media total de años de condena mayor en el grupo sin DI (9,3601).

En relación al tiempo de condena real teniendo en cuenta las responsabilidades personales subsidiarias (RPS) por impago de multa, tampoco existieron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de clasificación diagnóstica con respecto al número total de años de condena ($p=0.776$), encontrándose una media total de años de condena de 8,9664, tal y como se muestra en la tabla. El grupo de IL presentaba una media total de años de condena menor (8,6639), seguido del grupo con DI (8,8169) y con una media total de años de condena mayor en el grupo sin DI (9,4574).

No existieron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de clasificación diagnóstica con respecto a la media del número de años de la condena actual que llevaban los participantes en prisión hasta la fecha de pasación de la prueba de inteligencia WAIS- IV ($p = 0.173$), encontrándose una media total de años de condena actual hasta la fecha de pasación de la prueba de inteligencia de 4,8618, tal y como se muestra en la tabla. El grupo de IL presentaba una menor media total de años de condena cumplidos hasta la fecha de pasación de la prueba de inteligencia (4,3638), seguido del grupo con DI (4,5137) y con una media total de años de condena cumplidos mayor en el grupo sin DI (5,7629).

3. VARIABLES PENITENCIARIAS

3.1 Variables penitenciarias indicadoras de CONFLICTO E INADAPTACIÓN en PRISIÓN

MEDIOS COERCITIVOS

Los medios coercitivos que contempla en reglamento penitenciario son: contenciones mecánicas, manillas, aplicación de fuerza física, defensas de goma y aislamientos provisionales.

En nuestro centro a ningún participante del estudio se le había aplicado las defensas de goma.

Aplicaciones de contención mecánica (CM) durante la condena actual

Tabla 254. Aplicaciones de CM durante la condena actual. Tabla de contingencia

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Aplicaciones de CM durante la condena actual	no	Recuento	56	53	53	162
		% dentro de CIT	88.9%	91.4%	94.6%	91.5%
	si	Recuento	7	5	3	15
		% dentro de CIT	11.1%	8.6%	5.4%	8.5%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 255. Aplicaciones de CM durante la condena actual. Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.268 ^a	2	0.531
Razón de verosimilitudes	1.319	2	0.517
Asociación lineal por lineal	1.253	1	0.263
N de casos válidos	177		

a. 2 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4.75.

De la muestra total del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la aplicación de contenciones mecánicas (CM) durante la condena actual en los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.531$) encontrándose que en 15 participantes del estudio se aplicaron CM durante la condena actual (8,5 %), tal y como se muestra en la tabla. El porcentaje de participantes en los que se aplicaron CM fue mayor en el grupo de participantes con DI (7 participantes (11,1 %)) seguido del grupo de participantes con IL (5 participantes (8,6 %)) y menor en el grupo de participantes sin DI (3 participantes (5,4 %)).

La dispersión de los datos por aplicaciones de CM durante la condena actual en los participantes del estudio supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.531$) ya que el 33,3 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (4.75).

Tasa del número y del tiempo de aplicaciones de contención mecánica (CM) durante la condena actual

Tabla 256. Tasa del número de CM y tasa del tiempo de duración de CM durante la condena actual

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo	
					Límite inferior	Límite superior			
Tasa del número de CM durante la condena actual	DI	63	0.0244	0.07969	0.01004	0.0043	0.0445	0.00	0.38
	IL	58	0.0194	0.07452	0.00978	-0.0002	0.0390	0.00	0.41
	No DI	56	0.0044	0.01919	0.00256	-0.0008	0.0095	0.00	0.11
	Total	177	0.0164	0.06498	0.00488	0.0068	0.0261	0.00	0.41
Tasa del tiempo de CM durante la condena actual	DI	63	0.0044	0.02196	0.00277	-0.0011	0.0100	0.00	0.16
	IL	58	0.0018	0.00811	0.00107	-0.0003	0.0039	0.00	0.05
	No DI	56	0.0003	0.00160	0.00021	-0.0001	0.0007	0.00	0.01
	Total	177	0.0023	0.01396	0.00105	0.0002	0.0043	0.00	0.16

Tabla 257. Tasa del número de CM y tasa del tiempo de duración de CM durante la condena actual. ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	
Tasa del número de CM durante la condena actual	Inter-grupos	0.013	2	0.006	1.511	0.224
	Intra-grupos	0.730	174	0.004		
	Total	0.743	176			
Tasa del tiempo de CM durante la condena actual	Inter-grupos	0.001	2	0.000	1.360	0.259
	Intra-grupos	0.034	174	0.000		
	Total	0.034	176			

Gráfico 71. Tasa del número de CM durante la condena actual. Boxplot

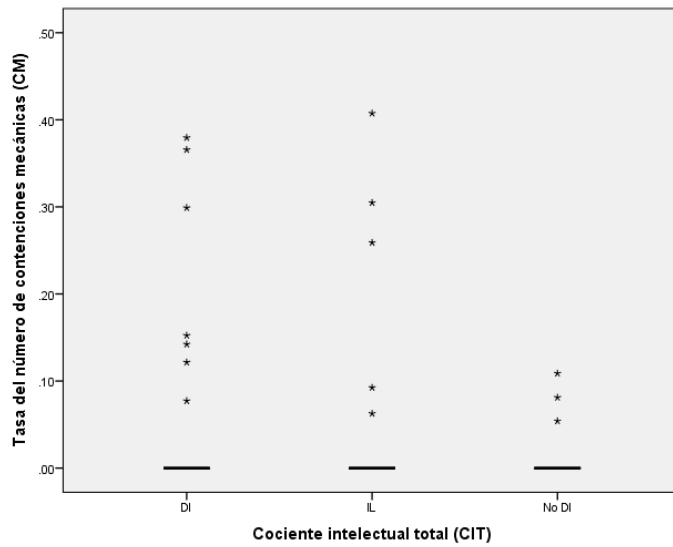
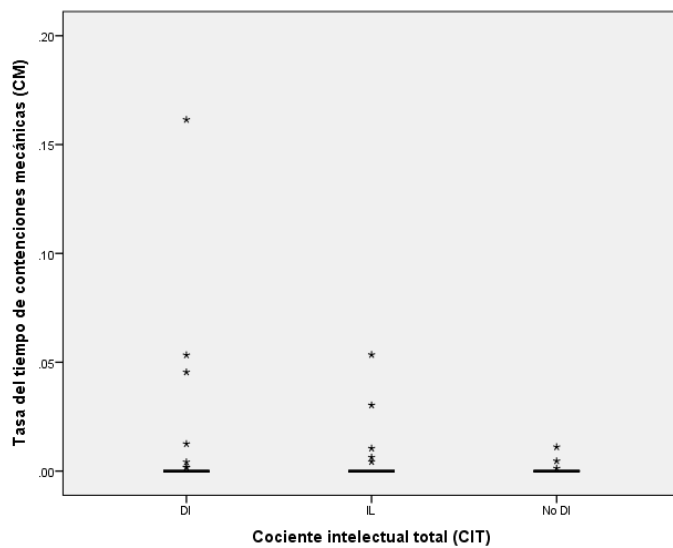


Gráfico 72. Tasa del tiempo de CM durante la condena actual. Boxplot



De la muestra total del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la media del número de CM que los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica habían presentado en relación al tiempo que llevaban en prisión en la condena actual ($p = 0.224$), encontrándose una tasa media total de 0,0164, tal y como se muestra en la tabla y en el gráfico anterior. El número de CM que los participantes habían presentado en relación al tiempo que llevaban en prisión durante la condena actual fue mayor en el grupo de participantes con DI (0,0244), seguido del grupo de participantes con IL (0,0194) y menor en el grupo de participantes sin DI (0,0044).

Tampoco existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la media del tiempo total que los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica habían pasado en CM en relación al tiempo que llevaban en prisión en la condena actual ($p = 0.259$), encontrándose una tasa media total 0,0023, tal y como se muestra en la tabla y en el gráfico anterior. El tiempo medio total que los participantes de cada grupo habían pasado en CM en relación al tiempo que llevaban en prisión en la condena actual fue mayor en el grupo de participantes con DI (0,0044), seguido del grupo de participantes con IL (0,0018) y menor en el grupo de participantes sin DI (0,0003).

Aplicación de manillas durante la condena actual

Tabla 258. Aplicación de manillas durante la condena actual. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Aplicación de manillas durante la condena actual	no	Recuento	56	54	52	162
		% dentro de CIT	88.9%	93.1%	92.9%	91.5%
	si	Recuento	7	4	4	15
		% dentro de CIT	11.1%	6.9%	7.1%	8.5%
Total	Recuento	63	58	56	177	
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 259. Aplicación de manillas durante la condena actual. Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0.879 ^a	2	0.644
Razón de verosimilitudes	0.851	2	0.653
Asociación lineal por lineal	0.625	1	0.429
N de casos válidos	177		

a. 2 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4.75.

De la muestra total del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la aplicación de manillas durante la condena actual en los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.644$), encontrándose que en 15 participantes del estudio se aplicaron manillas durante la condena actual (8,5 %), tal y como se muestra en la tabla. El porcentaje de participantes en los que se aplicaron manillas fue mayor en el grupo de participantes con DI (7 participantes (11,1 %)) seguido del grupo de participantes sin DI (4 participantes (7,1 %)) y menor en el grupo de participantes con IL (4 participantes (6,9 %)).

La dispersión de los datos por aplicaciones de manillas durante la condena actual en los participantes del estudio supone una limitación en la valoración de la significación ($p= 0.644$) ya que el 33,3% de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (4.75).

Aplicación de fuerza física durante la condena actual

Tabla 260. Aplicación de fuerza física durante la condena actual. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Aplicación de fuerza física durante la condena actual	no	Recuento	50	48	50	148
		% dentro de CIT	79.4%	82.8%	89.3%	83.6%
	sí	Recuento	13	10	6	29
		% dentro de CIT	20.6%	17.2%	10.7%	16.4%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 261. Aplicación de fuerza física durante la condena actual. Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.176 ^a	2	0.337
Razón de verosimilitudes	2.275	2	0.321
Asociación lineal por lineal	2.094	1	0.148
N de casos válidos	177		

a. 0 casillas (0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9.18.

De la muestra total del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la aplicación de fuerza física durante la condena actual en los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.337$), encontrándose que en 29 participantes del estudio se aplicó fuerza física durante la condena actual (16,4 %), tal y como se muestra en la tabla. El porcentaje de participantes en los que se aplicó fuerza física fue mayor en el grupo de participantes con DI (13 participantes (20,6 %)) seguido del grupo de participantes con IL (10 participantes (17,2 %)) y menor en el grupo de participantes sin DI (6 participantes (10,7 %)).

Aplicación de defensas de goma durante la condena actual

Tabla 262. Aplicación de defensas de goma durante la condena actual. Tabla de contingencia

	CIT			Total
	DI	IL	No DI	
Aplicación de defensas de goma no durante la condena actual	Recuento 63	58	56	177
	% dentro de CIT 100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Total	Recuento 63	58	56	177
	% dentro de CIT 100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 263. Aplicación de defensas de goma durante la condena actual. Pruebas de chi- cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	a
N de casos válidos	177

a. No se calculará ningún estadístico porque aplicación de defensas de goma durante la condena actual es una constante.

En ningún participante de ningún grupo de clasificación diagnóstica del estudio se aplicó defensas de goma durante la condena actual de prisión (0%).

Aplicación de aislamiento provisional (AP) durante la condena actual

Tabla 264. Aplicación de aislamiento provisional (AP) durante la condena actual. Tabla de contingencia

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Aplicación de aislamiento provisional durante la condena actual	no	Recuento	30	33	35	98
		% dentro de CIT	47.6%	56.9%	62.5%	55.4%
	si	Recuento	33	25	21	79
		% dentro de CIT	52.4%	43.1%	37.5%	44.6%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 265. Aplicación de aislamiento provisional (AP) durante la condena actual. Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.738 ^a	2	0.254
Razón de verosimilitudes	2.744	2	0.254
Asociación lineal por lineal	2.670	1	0.102
N de casos válidos	177		

a. 0 casillas (0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 24.99.

De la muestra total del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la aplicación de aislamiento provisional (AP) durante la condena actual en los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p=0.254$), encontrándose que en 79 participantes del estudio se aplicó aislamiento provisional durante la condena actual (44,6%), tal y como se muestra en la tabla. El porcentaje de participantes en los que se aplicó aislamiento provisional fue mayor en el grupo de participantes con DI (33 participantes (52,4%)) seguido del grupo de participantes con IL (25 participantes (43,1%)) y menor en el grupo de participantes sin DI (21 participantes (37,5%)).

Tasa del tiempo de AP y CM durante la condena actual

Tabla 266. Tasa del tiempo de AP y CM durante la condena actual

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
DI	63	0.0669	0.14853	0.01871	0.0295	0.1043	0.00	1.00
IL	58	0.0366	0.06899	0.00906	0.0185	0.0547	0.00	0.36
No DI	56	0.0760	0.37205	0.04972	-0.0236	0.1757	0.00	2.77
Total	177	0.0599	0.22989	0.01728	0.0258	0.0940	0.00	2.77

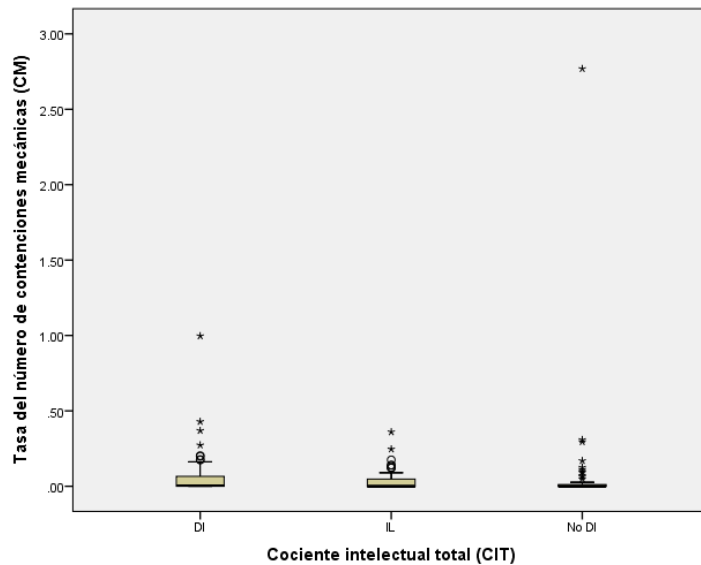
Tabla 267. Tasa del tiempo de AP y CM durante la condena actual. A NOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	0.049	2	0.025	0.462	0.631
Intra-grupos	9.252	174	0.053		
Total	9.301	176			

De la muestra total del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto al tiempo medio que los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica habían pasado en CM y aislamiento provisional en relación al tiempo que llevaban en prisión en la condena actual ($p = 0.631$), encontrándose una tasa media total

0,0599, tal y como se muestra en la tabla anterior. El tiempo medio total que los participantes de cada grupo habían pasado en CM y aislamiento provisional en relación al tiempo que llevaban en prisión en la condena actual fue mayor en el grupo de participantes sin DI (0,0760), seguido del grupo de participantes con DI (0,0669) y menor en el grupo de participantes con IL (0,0366).

Gráfico 73. Tasa del número de CM durante la condena actual. Boxplot



Aplicación de medidas coercitivas durante la condena actual

Tabla 268. Aplicación de medidas coercitivas durante la condena actual. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Aplicación de medidas coercitivas durante la condena actual	no	Recuento	30	33	35	98
		% dentro de CIT	47.6%	56.9%	62.5%	55.4%
	si	Recuento	33	25	21	79
		% dentro de CIT	52.4%	43.1%	37.5%	44.6%
Total	Recuento	63	58	56	177	
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 269. Aplicación de medidas coercitivas durante la condena actual. Pruebas de chi- cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.738 ^a	2	0.254
Razón de verosimilitudes	2.744	2	0.254
Asociación lineal por lineal	2.670	1	0.102
N de casos válidos	177		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 24.99.

De la muestra total del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la aplicación de medidas coercitivas durante la condena actual en los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p=0.254$), encontrándose que en 79 participantes del estudio se aplicaron medidas coercitivas durante la condena actual (44,6 %), tal y como se muestra en la tabla. El porcentaje de participantes en los que se aplicaron medidas coercitivas fue mayor en el grupo de participantes con DI (33 participantes (52,4 %)) seguido del grupo de participantes con IL (25 participantes (43,1 %)) y menor en el grupo de participantes sin DI (21 participantes (37,5 %)).

3.1.2 FALTAS DISCIPLINARIAS

El porcentaje de participantes en los que se aplicaron faltas disciplinarias graves, muy graves o excesivamente graves fue mayor en el grupo de participantes con DI ((60,3 %) [$n = 38$] ($p = 0.332$)).

Al contrario que para las faltas disciplinarias graves, el porcentaje de participantes en los que se aplicaron faltas disciplinarias leves fue mayor en el grupo de participantes sin DI (16,1 % [$n = 9$] ($p = 0.657$)).

Probablemente el discreto mayor porcentaje de participantes con faltas leves en el grupo sin DI se explica por un mayor número de aplicación de faltas graves/ muy graves/ excesivamente graves en los participantes del grupo con DI, ante la mayor gravedad de sus conductas disruptivas.

Igualmente la media del número de faltas disciplinarias graves/ muy graves y excesivamente graves que los participantes habían presentado en relación al tiempo que llevaban en prisión durante la condena actual fue también mayor en el grupo de participantes con DI (0.9895) ($p = 0.912$) en relación al resto de los grupos.

Se detallan a continuación los resultados obtenidos de cada una de las variables.

Faltas disciplinarias graves en la condena actual

En este apartado se agrupan las faltas disciplinarias graves, muy graves y excesivamente graves cometidas por los participantes durante la condena actual.

Tabla 270. Faltas disciplinarias graves en la condena actual. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Faltas disciplinarias graves durante la condena actual	no	Recuento	25	26	28	79
		% dentro de CIT	39.7%	44.8%	50.0%	44.6%
	sí	Recuento	38	32	28	98
		% dentro de CIT	60.3%	55.2%	50.0%	55.4%
Total	Recuento		63	58	56	177
	% dentro de CIT		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 271. Faltas disciplinarias graves en la condena actual. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.278 ^a	2	0.528
Razón de verosimilitudes	1.280	2	0.527
Asociación lineal por lineal	1.271	1	0.260
N de casos válidos	177		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 24.99.

De la muestra total del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la aplicación de faltas disciplinarias graves durante la condena actual entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.528$), encontrándose que en 98 participantes del estudio se aplicaron faltas disciplinarias graves, muy graves o excesivamente graves durante la condena actual (55,4 %), tal y como se muestra en la tabla. El porcentaje de participantes en los que se aplicaron faltas disciplinarias graves, muy graves o excesivamente graves fue mayor en el grupo de participantes con DI (38

participantes (60,3 %) seguido del grupo de participantes con IL (32 participantes (55,2 %)) y menor en el grupo de participantes sin DI (28 participantes (50.0 %)).

Faltas disciplinarias leves en la condena actual

Tabla 272. Faltas disciplinarias leves en la condena actual. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Faltas disciplinarias leves en la condena actual	no	Recuento	54	52	47	153
		% dentro de CIT	85.7%	89.7%	83.9%	86.4%
	si	Recuento	9	6	9	24
		% dentro de CIT	14.3%	10.3%	16.1%	13.6%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 273. Faltas disciplinarias leves en la condena actual. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0.841 ^a	2	0.657
Razón de verosimilitudes	0.865	2	0.649
Asociación lineal por lineal	0.064	1	0.800
N de casos válidos	177		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7.59.

De la muestra total del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la aplicación de faltas disciplinarias leves durante la condena actual entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.657$), encontrándose que en 24 participantes del estudio se aplicaron faltas disciplinarias leves durante la condena actual (13,6 %), tal y como se muestra en la tabla. El porcentaje de participantes en los que se aplicaron faltas disciplinarias leves fue mayor en el grupo de

participantes sin DI (9 participantes (16,1 %)) seguido del grupo de participantes con DI (9 participantes (14,3 %)) y menor en el grupo de participantes con IL (6 participantes (10,3 %)).

Tasa del número de faltas disciplinarias leves, tasa del número de faltas graves y tasa del número total de faltas disciplinarias en la condena actual

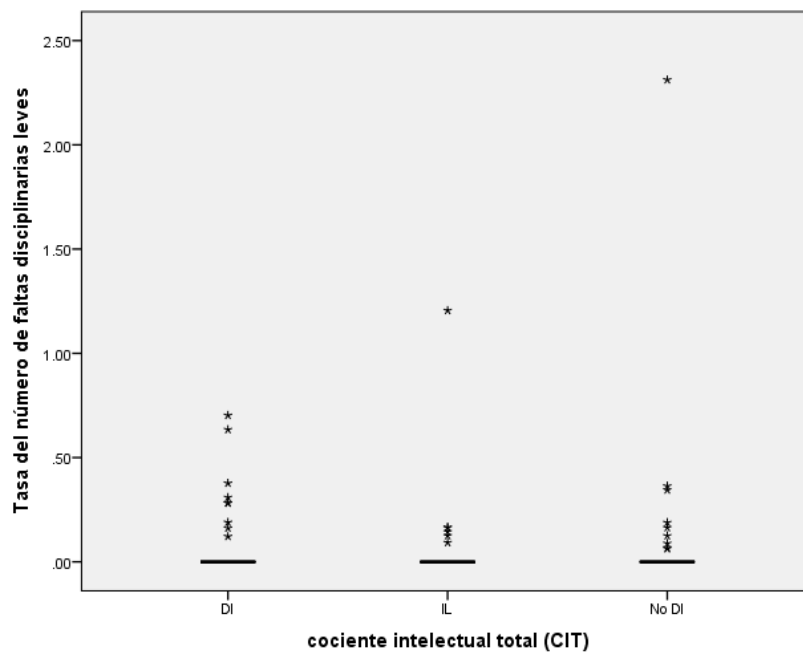
Tabla 274. Tasa del número de faltas disciplinarias leves, graves y totales

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
Tasa del número de faltas disciplinarias leves	DI	63	0.0485	0.14029	0.01767	0.0132	0.0839	0.00	0.70
	IL	58	0.0327	0.16170	0.02123	-0.0098	0.0752	0.00	1.21
	No DI	56	0.0663	0.31457	0.04204	-0.0179	0.1506	0.00	2.31
	Total	177	0.0490	0.21566	0.01621	0.0170	0.0810	0.00	2.31
Tasa del número de faltas disciplinarias graves	DI	63	0.9895	1.35504	0.17072	0.6482	1.3308	0.00	5.47
	IL	58	0.8164	1.19926	0.15747	0.5010	1.1317	0.00	4.82
	No DI	56	0.8934	3.15315	0.42136	0.0490	1.7378	0.00	23.12
	Total	177	0.9024	2.05542	0.15450	0.5975	1.2073	0.00	23.12
Tasa del número de faltas disciplinarias TOTALES	DI	63	1.0381	1.38718	0.17477	0.6887	1.3874	0.00	5.47
	IL	58	0.8491	1.28732	0.16903	0.5106	1.1875	0.00	6.03
	No DI	56	0.9598	3.46063	0.46245	0.0330	1.8865	0.00	25.43
	Total	177	0.9514	2.22783	0.16745	0.6209	1.2818	0.00	25.43

Tabla 275. Tasa del número de faltas disciplinarias leves, graves y totales. ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Tasa del número de faltas disciplinarias leves	Inter-grupos	0.032	2	0.016	0.344	0.709
	Intra-grupos	8.153	174	0.047		
	Total	8.185	176			
Tasa del número de faltas disciplinarias graves	Inter-grupos	0.912	2	0.456	0.107	0.899
	Intra-grupos	742.647	174	4.268		
	Total	743.559	176			
Tasa del número de faltas disciplinarias TOTALES	Inter-grupos	1.084	2	0.542	0.108	0.898
	Intra-grupos	872.441	174	5.014		
	Total	873.526	176			

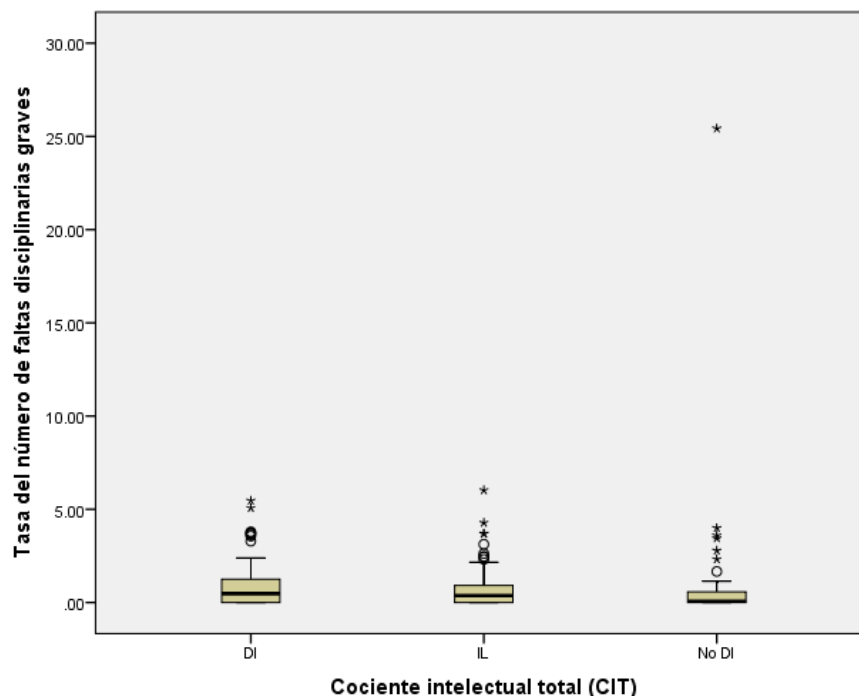
Gráfico 74. Tas del número de faltas disciplinarias leves durante la condena actual. Boxplot



De la muestra total del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la media del número de faltas disciplinarias leves que los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica habían presentado en relación al

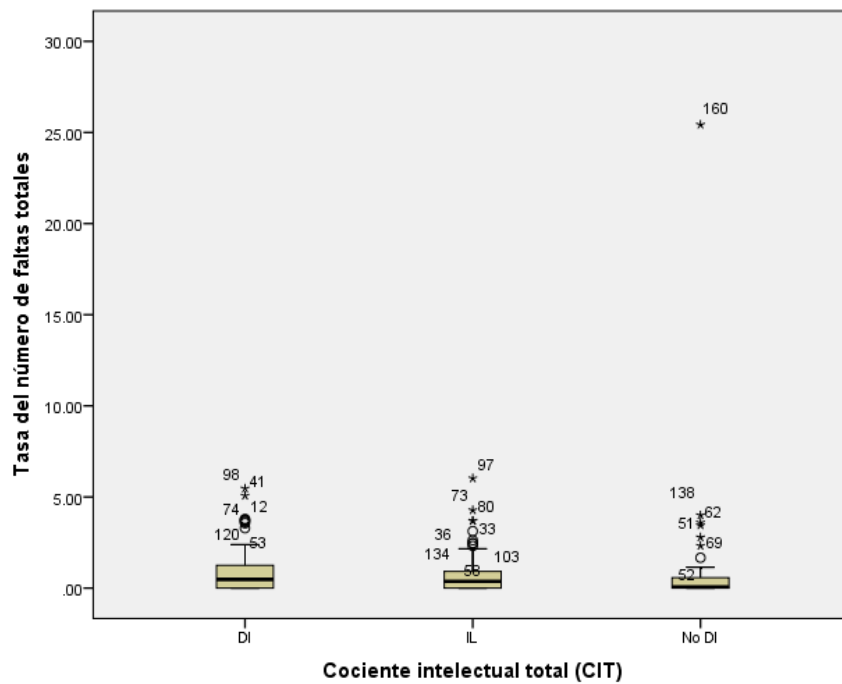
tiempo que llevaban en prisión en la condena actual ($p = 0.709$), encontrándose una tasa media total de 0,0490, tal y como se muestra en la tabla y en el gráfico anterior. El número de faltas disciplinarias leves que los participantes habían presentado en relación al tiempo que llevaban en prisión durante la condena actual fue mayor en el grupo de participantes sin DI (0,0663), seguido del grupo de participantes con DI (0,0485) y menor en el grupo de participantes con IL (0,0327).

Gráfico 75. Tas del número de faltas disciplinarias graves durante la condena actual. Boxplot



De la muestra total del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la media del número de faltas disciplinarias graves que los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica habían presentado en relación al tiempo que llevaban en prisión en la condena actual ($p = 0.899$), encontrándose una tasa media total de 0,9024, tal y como se muestra en la tabla y en el gráfico anterior. El número de faltas disciplinarias graves que los participantes habían presentado en relación al tiempo que llevaban en prisión durante la condena actual fue mayor en el grupo de participantes con DI (0,9895), seguido del grupo de participantes con IL (0,8164) y menor en el grupo de participantes sin DI (0,8934).

Gráfico 76. Tas del número de faltas disciplinarias totales durante la condena actual. Boxplot



De la muestra total del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la media del número de faltas disciplinarias totales que los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica habían presentado en relación al tiempo que llevaban en prisión en la condena actual ($p= 0.898$), encontrándose una tasa media total de 0,9514, tal y como se muestra en la tabla y en el gráfico anterior. El número de faltas disciplinarias totales que los participantes habían presentado en relación al tiempo que llevaban en prisión durante la condena actual fue mayor en el grupo de participantes con DI (1,0381), seguido del grupo de participantes sin DI (0,9514) y menor en el grupo de participantes con IL (0,8491).

Aplicación de faltas disciplinarias durante la condena actual

Tabla 276. Aplicación de faltas disciplinarias durante la condena actual. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Aplicación de faltas disciplinarias durante la condena actual	no	Recuento	23	25	28	76
		% dentro de CIT	36.5%	43.1%	50.0%	42.9%
	si	Recuento	40	33	28	101
		% dentro de CIT	63.5%	56.9%	50.0%	57.1%
Total	Recuento	63	58	56	177	
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 277. Aplicación de faltas disciplinarias durante la condena actual. Tabla de contingencia. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.204 ^a	2	0.332
Razón de verosimilitudes	2.209	2	0.331
Asociación lineal por lineal	2.191	1	0.139
N de casos válidos	177		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 24.05.

De la muestra total del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la aplicación de faltas disciplinarias durante la condena actual en los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.332$), encontrándose que en 101 participantes del estudio se aplicaron faltas disciplinarias durante la condena actual (57,1 %), tal y como se muestra en la tabla. El porcentaje de participantes en los que se aplicaron faltas disciplinarias fue mayor en el grupo de participantes con DI (40 participantes (63,5 %)) seguido del grupo de participantes con IL (33 participantes (56,9 %)) y menor en el grupo de participantes sin DI (28 participantes (50.0 %)).

3.1.3 SANCIONES

Las sanciones recogidas en nuestro estudio son el aislamiento en celda y la privación de paseos y actos recreativos (PPAR). El porcentaje de participantes en los que se aplicó sanción de aislamiento en celda fue mayor en el grupo de participantes con DI (49,2 % [$n = 31$]) ($p = 0.653$). La media del número de días de aislamiento en celda en celda que los participantes habían presentado en relación al tiempo que llevaban en prisión durante la condena actual fue también mayor en el grupo de participantes con DI (1,0910) ($p = 0.674$). El porcentaje de participantes en los que se aplicó sanción de PPAR fue también mayor en el grupo de participantes con DI (47,6 % [$n = 30$]) ($p = 0.864$).

Se detallan a continuación los resultados obtenidos de cada una de las variables.

Aislamiento en celda (AC) durante la condena actual

Tabla 278. Aislamiento en celda (AC) durante la condena actual. Tabla de contingencia

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Días de aislamiento en celda durante la no condena actual	Recuento	32	34	32	98	
	% dentro de CIT	50.8%	58.6%	57.1%	55.4%	
	si	Recuento	31	24	24	79
	% dentro de CIT	49.2%	41.4%	42.9%	44.6%	
Total	Recuento	63	58	56	177	
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 279. Aislamiento en celda (AC) durante la condena actual. Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0.853 ^a	2	0.653
Razón de verosimilitudes	0.852	2	0.653
Asociación lineal por lineal	0.509	1	0.476
N de casos válidos	177		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 24.99.

De la muestra total del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la sanción de aislamiento en celda durante la condena actual en los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.653$), encontrándose que en 79 participantes del estudio se aplicó sanción de aislamiento en celda durante la condena actual (44,6 %), tal y como se muestra en la tabla. El porcentaje de participantes en los que se aplicó aislamiento en celda fue mayor en el grupo de participantes con DI (31 participantes (49,2 %)) seguido del grupo de participantes sin DI (24 participantes (42,9 %)) y con IL (24 participantes (41,4 %)).

Privación de paseos y actos recreativos (PPAR) durante la condena actual

Tabla 280. Privación de paseos y actos recreativos (PPAR) durante la condena actual. Tabla de contingencia

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Días de privación de paseos y actos recreativos (PPAR) en la condena actual	no	Recuento	33	31	32	96
		% dentro de CIT	52.4%	53.4%	57.1%	54.2%
	si	Recuento	30	27	24	81
		% dentro de CIT	47.6%	46.6%	42.9%	45.8%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 281. Privación de paseos y actos recreativos (PPAR) durante la condena actual. Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0.292 ^a	2	0.864
Razón de verosimilitudes	0.293	2	0.864
Asociación lineal por lineal	0.264	1	0.607
N de casos válidos	177		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 25.63.

De la muestra total del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la presencia de privación de paseos y actos recreativos (PPAR) en celda durante la condena actual en los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.864$), encontrándose que en 81 participantes del estudio se aplicó PPAR durante la condena actual (45,8 %), tal y como se muestra en la tabla. El porcentaje de participantes en los que se aplicó PPAR fue mayor en el grupo de participantes con DI (30 participantes (47,6 %)) seguido del grupo de participantes con IL (27 participantes (46,6 %)) y menor en el grupo de participantes sin DI (24 participantes (42,9 %)).

Tasa de días de AC y PPAR

Tabla 282. Tasa de días de AC y PPAR

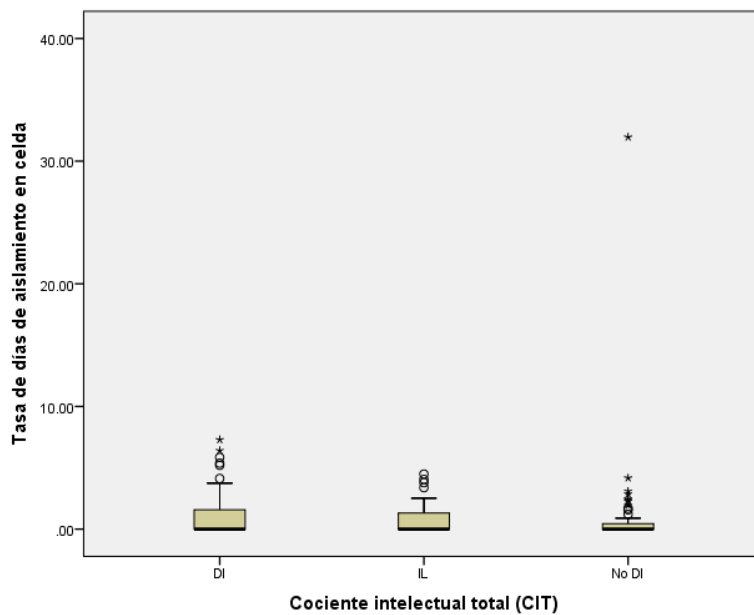
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo	
					Límite inferior	Límite superior			
Tasa de días de aislamiento en celda (AC)	DI	63	1.0910	1.77400	0.22350	0.6442	1.5377	0.00	7.29
	IL	58	0.6955	1.15766	0.15201	0.3911	0.9999	0.00	4.49
	No DI	56	1.0757	4.30992	0.57594	-.0785	2.2299	0.00	31.96
	Total	177	0.9566	2.71679	0.20421	0.5535	1.3596	.00	31.96

Tasa de días de privación DI		63	0.6879	1.04353	0.13147	0.4251	0.9507	.00	4.50
de paseos y actos	IL	58	0.7903	1.51967	0.19954	0.3907	1.1898	.00	7.26
recreativos (PPAR)	No DI	56	1.1920	4.54068	0.60677	-.0240	2.4080	.00	32.91
	Total	177	0.8809	2.76069	0.20751	0.4714	1.2905	.00	32.91

Tabla 283. Tasa de días de AC y PPAR. ANOVA

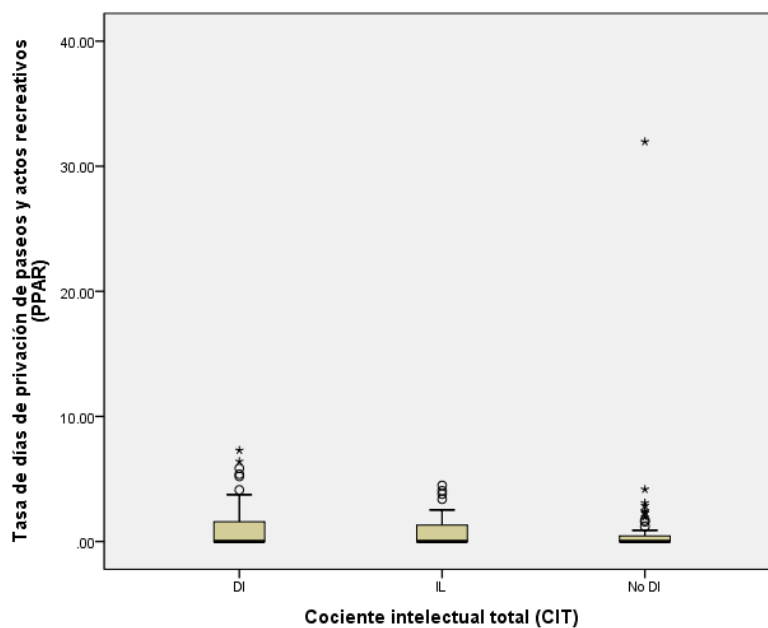
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Tasa de días de aislamiento en celda (AC)	Inter-grupos	5.886	2	2.943	0.396	0.674
	Intra-grupos	1293.157	174	7.432		
	Total	1299.043	176			
Tasa de días de privación de paseos y actos recreativos (PPAR)	Inter-grupos	8.244	2	4.122	0.538	0.585
	Intra-grupos	1333.126	174	7.662		
	Total	1341.370	176			

Gráfico 77. Tasa de días de aislamiento en celda (AC). Boxplot



De la muestra total del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la media del número de días de aislamiento en celda que los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica habían presentado en relación al tiempo que llevaban en prisión en la condena actual ($p = 0.674$), encontrándose una tasa media total de 0,9566, tal y como se muestra en la tabla. La media del número de días de aislamiento en celda que los participantes habían presentado en relación al tiempo que llevaban en prisión durante la condena actual fue mayor en el grupo de participantes con DI (1,0910) seguida de los participantes sin DI (1,0757) y menor en el grupo de participantes con IL (0,6955).

Gráfico 78. Tasa de días de privación de paseos y actos recreativos (PPAR). Boxplot



Tampoco existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la media del número de días que los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica habían pasado en PPAR en relación al tiempo que llevaban en prisión en la condena actual ($p = 0.585$), encontrándose una tasa media total 0,8809, tal y como se muestra en la tabla. La media del número de días que los participantes de cada grupo habían pasado en PPAR en relación al tiempo que llevaban en prisión en la condena actual fue mayor en el grupo de participantes sin DI (1,1920), seguido del grupo de participantes con CI límite (0,7903) y menor en el grupo de participantes con DI (0,6879).

3.2 Variables penitenciarias indicadoras de buena adaptación en prisión:

3.2.1 ACTIVIDADES LABORALES

De la muestra total del estudio ($N = 177$), en relación a los trabajos remunerados que se realizan en prisión (destinos y talleres), el porcentaje de participantes que realizaba o había realizado alguna actividad laboral en **destinos** fue menor en los grupos con IL (53,4 % [$n = 31$]) y con DI (58,7% [$n=37$]) en relación al grupo sin DI (hasta el 73,2% [$n=41$] ($p= 0.080$)). Igualmente el porcentaje de participantes ocupando labores de responsabilidad en destinos fue menor en los grupos con DI e IL ((9,7% [$n=3$]) en IL y (13,5% [$n=5$]) en DI en relación al grupo sin DI (22% [$n=9$]) ($p= 0.332$)). La tasa de días trabajados en destinos también fue menor en el grupo con DI y IL (30,64 días en DI y 36,26 días en IL en relación al grupo sin DI (41,49) ($p=0.238$)).

El porcentaje de participantes que realizaba o había realizado alguna actividad laboral en **talleres** fue menor en el grupo de participantes con IL (51,7% [$n=30$]) seguido del grupo con DI (52,4% [$n=33$]) y mayor en el grupo sin DI (53,6% [$n=30$]) sin existir diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p= 0.980$). Igualmente el porcentaje de participantes que realizaban o habían realizado labores de responsabilidad en talleres durante la condena actual fue menor en el grupo con DI (0% [$n=0$]) en relación al resto de los grupos (6,7% [$n= 2$] en el grupo con IL y 6,7% [$n=2$] en el grupo sin DI) ($p= 0.306$).

Sin embargo la media del número de días trabajados en talleres de los participantes en relación al tiempo que llevaban en prisión durante la condena actual fue mayor en el grupo de participantes con IL (32,68 días), seguido del grupo de participantes sin DI (26,39 días) y menor en el grupo de participantes con DI (16,75 días) con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p= 0.038$). Esto puede explicarse en base a que las actividades realizadas en talleres son muy mecánicas y repetitivas y los participantes del grupo sin DI podrían optar por

realizar otro tipo de actividades en módulo más de tipo formativo/ educativo u ocupacionales (destinos) y menos instrumentales.

Puesto que la media total del número de días trabajados en talleres y destinos de los participantes en relación al tiempo que llevaban en prisión durante la condena actual fue menor en el grupo de participantes con DI (26,70 días) seguido del grupo de participantes con IL (36,28 días) y mayor en el grupo de participantes sin DI (44,52 días) existiendo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p= 0.013$) **existiendo un menor porcentaje de participación en actividades laborales de la prisión en el grupo de participantes con DI.**

Estos resultados se recogen más detalladamente a continuación.

DESTINOS

Trabajo en destinos durante la condena actual

Tabla 284. Trabajo en destinos durante la condena actual

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
¿Ha tenido algún destino en la condena actual?	no	Recuento	26	27	15	68
		% dentro de CIT	41.3%	46.6%	26.8%	38.4%
	si	Recuento	37	31	41	109
		% dentro de CIT	58.7%	53.4%	73.2%	61.6%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 285. Trabajo en destinos durante la condena actual. Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.041 ^a	2	0.080
Razón de verosimilitudes	5.170	2	0.075
Asociación lineal por lineal	2.445	1	0.118
N de casos válidos	177		

- a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 21.51.

De la muestra total del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la realización de actividades laborales en destinos durante la condena actual en los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.080$), encontrándose que 109 participantes habían realizado o realizaban alguna actividad laboral en destinos (61,6 %), tal y como se muestra en la tabla. El porcentaje de participantes que habían realizado o realizaban alguna actividad laboral en destinos durante la condena actual fue mayor en el grupo de participantes sin DI (41 participantes (73,2 %)), seguido del grupo de participantes con DI (37 participantes (58,7 %)) y menor en el grupo de participantes con IL (31 participantes (53,4 %)).

Tipo de trabajo en destinos en función de la responsabilidad

Tabla 286. Tipo de trabajo en destinos en función de la responsabilidad

		CIT			Total
		DI	IL	No DI	
Tipo de destino en función de la responsabilidad "genérico"	Recuento	32	28	32	92
	% dentro de CIT	86.5%	90.3%	78.0%	84.4%
"encargado"	Recuento	5	3	9	17
	% dentro de CIT	13.5%	9.7%	22.0%	15.6%
Total	Recuento	37	31	41	109
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 287. Tipo de trabajo en destinos en función de la responsabilidad. Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.205 ^a	2	0.332
Razón de verosimilitudes	2.201	2	0.333
Asociación lineal por lineal	1.102	1	0.294
N de casos válidos	109		

a. 1 casillas (16.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4.83.

De la muestra total del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto al tipo de trabajo en destinos en función de la responsabilidad durante la condena actual en los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.332$), encontrándose que de los 109 participantes que habían tenido trabajo en destinos, 92 participantes habían realizado funciones genéricas en destinos (84,4 %) y 17 participantes habían realizado o realizaban funciones de encargado en destinos (15,6 %), tal y como se muestra en la tabla. El porcentaje de participantes realizando labores de responsabilidad en destinos fue mayor en el grupo de participantes sin DI (9 participantes (22 %)), seguido del grupo de participantes con DI (5 participantes (13,5 %)) y menor en el grupo de participantes con IL (3 participantes (9,7 %)).

La dispersión de los datos por tipo de destino en función de la responsabilidad supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.332$) ya que el 16,7 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (4.83).

TALLERES

Trabajo en talleres durante la condena actual

Tabla 288. Trabajo en talleres durante la condena actual. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Trabajo en talleres durante la condena actual	no	Recuento	30	28	26	84
		% dentro de CIT	47.6%	48.3%	46.4%	47.5%
	si	Recuento	33	30	30	93
		% dentro de CIT	52.4%	51.7%	53.6%	52.5%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 289. Trabajo en talleres durante la condena actual. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0.040 ^a	2	0.980
Razón de verosimilitudes	0.040	2	0.980
Asociación lineal por lineal	0.015	1	0.901
N de casos válidos	177		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 26.58.

De la muestra total del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la realización de actividades laborales en talleres durante la condena actual en los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.980$), encontrándose que 93 participantes habían realizado alguna actividad laboral en talleres (52,5 %), tal y como se muestra en la tabla. El porcentaje de participantes realizando alguna actividad laboral en talleres fue mayor en el grupo de participantes sin DI (30 participantes (53,6%)), seguido del grupo de participantes con IL (30 participantes (51,7 %)) y menor en el grupo de participantes con DI (33 participantes (52,4 %)).

Tipo de trabajo en talleres en función de la responsabilidad

Tabla 290. Tipo de trabajo en talleres en función de la responsabilidad

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Tipo de trabajo en talleres según la responsabilidad	genérico	Recuento	34	28	28	90
		% dentro de CIT	100.0%	93.3%	93.3%	95.7%
	encargado	Recuento	0	2	2	4
		% dentro de CIT	0.0%	6.7%	6.7%	4.3%
Total		Recuento	34	30	30	94
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 291. Tipo de trabajo en talleres en función de la responsabilidad .Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.367 ^a	2	0.306
Razón de verosimilitudes	3.692	2	0.158
Asociación lineal por lineal	1.792	1	0.181
N de casos válidos	94		

a. 3 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.28.

De la muestra total del estudio ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto al tipo de trabajo en talleres en función de la responsabilidad durante la condena actual en los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.306$), encontrándose que 90 participantes habían realizado funciones genéricas en talleres (95,7 %) y 4 participantes habían realizado funciones de encargado en talleres (4,3 %), tal y como se muestra en la tabla. El porcentaje de participantes realizando labores de responsabilidad en talleres fue mayor en el grupo de participantes sin DI (2 participantes (6,7 %)) y en el grupo de participantes con DI límite (2 participantes (6.7 %)) y menor en el grupo de participantes con DI, en que ningún participante había realizado funciones de encargado en talleres.

Tasa del número de días trabajados en talleres y destinos durante la condena actual

Tabla 292. Tasa del número de días trabajados en talleres y destinos durante la condena actual

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo	
					Límite inferior	Límite superior			
Tasa de número días trabajados en DESTINOS durante la condena actual	DI	36	30.6422	25.02821	4.17137	22.1739	39.1106	0.63	98.66
	IL	31	36.2657	28.70132	5.15491	25.7380	46.7935	0.87	99.73
	No DI	41	41.4934	29.45197	4.59962	32.1973	50.7896	2.64	152.21
	Total	108	36.3758	27.95051	2.68954	31.0441	41.7075	0.63	152.21
Tasa del número de días trabajados en TALLERES durante la condena actual	DI	33	16.7534	18.92113	3.29375	10.0443	23.4625	0.16	83.10
	IL	30	32.6843	30.32810	5.53713	21.3596	44.0090	3.27	131.40
	No DI	30	26.3975	23.28923	4.25201	17.7012	35.0939	0.03	89.21
	Total	93	25.0034	25.09413	2.60214	19.8353	30.1715	0.03	131.40
Tasa del número de días trabajados en DESTINOS y TALLERES durante la condena actual	DI	62	26.7094	28.73460	3.64930	19.4122	34.0066	0.00	109.28
	IL	58	36.2891	34.39315	4.51604	27.2459	45.3323	0.00	131.40
	No DI	56	44.5207	34.28050	4.58092	35.3403	53.7011	0.00	152.21
	Total	176	35.5336	33.10660	2.49550	30.6084	40.4587	0.00	152.21

Tabla 293. Tasa del número de días trabajados en talleres y destinos durante la condena actual. ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Tasa del número de días trabajados en DESTINOS	Inter-grupos	2257.634	2	1128.817	1.457	0.238
	Intra-grupos	81334.091	105	774.610		
	Total	83591.725	107			
Tasa del número de días trabajados en TALLERES	Inter-grupos	4074.251	2	2037.125	3.404	0.038
	Intra-grupos	53859.556	90	598.440		
	Total	57933.807	92			
Tasa del número de días trabajados en DESTINOS y TALLERES	Inter-grupos	9383.806	2	4691.903	4.450	0.013
	Intra-grupos	182424.381	173	1054.476		
	Total	191808.188	175			

De los 108 participantes (0,63 %) de lo que tenemos datos sobre la tasa de días trabajados en destinos sobre el total de la muestra ($N = 177$), no existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la media del número de días trabajados en destinos de los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica en relación al tiempo que llevaban en prisión en la condena actual ($p = 0.238$), encontrándose una tasa media total de 36,3758 días trabajados en destinos por los participantes, tal y como se muestra en la tabla. El número de días trabajados en destinos de los participantes en relación al tiempo que llevaban en prisión durante la condena actual fue mayor en el grupo de participantes sin DI (41,4934 días), seguido del grupo de participantes con IL (36,2657) y menor en el grupo de participantes con DI (30,6422).

De los 93 participantes (0,53 %) de lo que tenemos datos sobre la tasa de días trabajados en destinos sobre el total de la muestra ($N = 177$), existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la media del número de días trabajados en talleres de los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica en relación al tiempo que llevaban en prisión en la condena actual ($p = 0.028$), encontrándose una tasa media total de 25,0034 días trabajados en talleres por los participantes, tal y como se muestra en la tabla. La media del número de días trabajados en talleres de los participantes en relación al tiempo que llevaban en prisión durante la condena actual fue mayor en el grupo de participantes con IL (32,6843 días), seguido del grupo de participantes sin DI (26,3975 días) y menor en el grupo de participantes con DI (16,7534 días).

De los 176 participantes (0,99 %) del estudio sobre los que tenemos datos sobre la tasa de días trabajados en talleres y destinos, existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la media del número de días trabajados en talleres y destinos de los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica en relación al tiempo que llevaban en prisión en la condena actual ($p = 0.013$), encontrándose una tasa media total de 35,5336 días de trabajo en talleres y destinos, tal y como se muestra en la tabla. La media del número de días trabajados en talleres y destinos de los participantes en relación al tiempo que llevaban en prisión durante la condena actual fue mayor en el grupo de participantes sin DI (44,5207 días), seguido del grupo de participantes con IL (36,2891 días) y menor en el grupo de participantes con DI (26,7094 días).

3.2.2 PUNTUACIÓN SAM. Nivel de adaptación en centro penitenciario.

Como ya se ha comentado, el SAM es un indicador creado por el sistema de justicia que constituye un sistema de evaluación trimestral de tipo motivacional.

La calificación obtenida por el interno en el SAM tiene en cuenta el número y valoración de las actividades realizadas por éste en el centro, los permisos ordinarios y salidas programadas, los hechos positivos e incidentes negativos, los créditos positivos obtenidos, los expedientes disciplinarios y las sanciones impuestas y la consecución de objetivos marcados por los Equipos de Tratamiento del centro penitenciario.

Los valores numéricos del SAM van de 0 a 45. De tal forma que la puntuación máxima es 45 puntos, siendo ésta la mejor calificación que puede obtener el interno. Cuanto mayor sea la puntuación del SAM en el trimestre, mejor adaptación tendrá el interno en prisión.

La puntuación media del SAM en los cuatro trimestres del primer año en prisión fue menor en el grupo con DI (18,84 en primer trimestre, 25,02 en segundo trimestre, 26,75 en tercer trimestre y 27,29 en cuarto trimestre), seguida del grupo con IL (20,83 en primer trimestre, 27,02 en segundo trimestre, 32,86 en tercer trimestre y 34,04 en cuarto trimestre), obteniendo mayor puntuación media del SAM los participantes del grupo sin DI en todos los trimestres del primer año de estancia en prisión (24,00 en primer trimestre, 32,05 en segundo trimestre, 33,47 en tercer trimestre y 34,91 en cuarto trimestre) sin existir diferencias estadísticamente significativas con respecto a la puntuación media del SAM durante el primer trimestre de entrada en prisión entre los grupos ($p = 0.109$) pero sí en los restantes ($p = 0.015$ en 1º trimestre, $p = 0.010$ en 3º trimestre y $p = 0.001$ en 4º trimestre). Por tanto los participantes del grupo con DI presentan una puntuación más baja en todos los trimestres del primer año de condena actual, lo que indica claramente dificultades de adaptación en prisión de este colectivo en relación al resto de los grupos.

En relación a la **variación del SAM** (SAM promedio segundo trimestre – SAM promedio del primer trimestre), una puntuación alta indicará una buena evolución por parte del interno, por la mayor participación durante el segundo trimestre de entrada en prisión en actividades, talleres, destinos, disfrute de salidas y permisos ordinarios e inclusión en programas de rehabilitación que no se darán al inicio del ingreso. Una puntuación baja o negativa indicará una mala evolución por la ausencia de participación de las actividades realizadas por el interno en el centro o por la existencia de un mayor número sanciones, expedientes disciplinarios o hechos negativos durante el segundo trimestre de su entrada en prisión, lo que se traduce en dificultades de adaptación al medio.

En base a los resultados obtenidos, en todos los grupos la variación del SAM es obtiene como resultado un número positivo, que indica una evolución positiva en la adaptación en prisión del segundo trimestre con respecto al primero. Sin embargo, la variación del SAM fue menor en el grupo con IL (6,19) y en el grupo con DI (6,39) con respecto al grupo sin DI (8,33) sin existir diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p = 0.700$), lo que igualmente indicaría una peor evolución en la adaptación al medio, que podría explicarse por las dificultades de aprendizaje de este colectivo.

Tabla 294. Nivel de adaptación al centro penitenciario

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
SAM en 1º trimestre de entrada en prisión	DI	63	18.84	12.978	1.635	15.57	22.11	0	45
	IL	58	20.83	12.797	1.680	17.46	24.19	0	44
	No DI	56	24.00	14.206	1.898	20.20	27.80	0	45
	Total	177	21.12	13.415	1.008	19.13	23.11	0	45
SAM en 2º trimestre de entrada en prisión	DI	62	25.02	13.319	1.692	21.63	28.40	0	45
	IL	58	27.02	14.028	1.842	23.33	30.71	0	45
	No DI	55	32.05	12.225	1.648	28.75	35.36	4	45
	Total	175	27.89	13.480	1.019	25.88	29.90	0	45

SAM en 3º trimestre de entrada en prisión	DI	60	26.75	15.363	1.983	22.78	30.72	0	45
	IL	57	32.86	10.850	1.437	29.98	35.74	5	45
	No DI	55	33.47	12.426	1.676	30.11	36.83	1	45
	Total	172	30.92	13.349	1.018	28.92	32.93	0	45
SAM en 4º trimestre de entrada en prisión	DI	59	27.29	13.516	1.760	23.77	30.81	0	45
	IL	56	34.04	9.588	1.281	31.47	36.60	0	45
	No DI	55	34.91	11.093	1.496	31.91	37.91	0	45
	Total	170	31.98	11.992	0.920	30.16	33.79	0	45

Tabla 295. Nivel de adaptación al centro penitenciario. ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	
SAM 1º trimestre de entrada en prisión	Inter-grupos	796.577	2	398.288	2.244	0.109
	Intra-grupos	30876.689	174	177.452		
	Total	31673.266	176			
SAM 2º trimestre de entrada en prisión	Inter-grupos	1510.134	2	755.067	4.313	0.015
	Intra-grupos	30108.803	172	175.051		
	Total	31618.937	174			
SAM 3º trimestre de entrada en prisión	Inter-grupos	1616.181	2	808.091	4.733	0.010
	Intra-grupos	28855.836	169	170.745		
	Total	30472.017	171			
SAM 4º trimestre de entrada en prisión	Inter-grupos	2007.330	2	1003.665	7.517	0.001
	Intra-grupos	22296.576	167	133.512		
	Total	24303.906	169			

De los participantes de los que tenemos dato en relación a la puntuación SAM ($N = 177$ en primer trimestre, $n = 175$ en segundo trimestre, $n = 172$ en tercer trimestre y $n = 170$ en cuarto trimestre), la puntuación media del SAM en los cuatro trimestres del primer año en prisión fue menor en el grupo con DI (18, 84 en primer trimestre, 25,02 en segundo trimestre, 26,75 en tercer trimestre y 27,29 en cuarto trimestre), seguida del grupo con IL (20,83 en primer trimestre, 27,02 en segundo trimestre, 32,86 en tercer trimestre y 34,04 en cuarto trimestre), obteniendo mayor puntuación media del SAM el grupo sin DI en todos los trimestres del

primer año de estancia en prisión (24,00 en primer trimestre, 32,05 en segundo trimestre, 33.47 en tercer trimestre y 34,91 en cuarto trimestre).

En los datos obtenidos se observa que todos los grupos presentan una evolución positiva obteniendo puntuaciones medias superiores en cada trimestre sucesivo con respecto a los anteriores.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la puntuación media del SAM durante el primer trimestre de entrada en prisión entre los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.109$). En los restantes trimestres sí existieron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.015$ en 1º trimestre, $p = 0.010$ en 3º trimestre y $p = 0.001$ en 4º trimestre).

Promedio de SAM de los dos primeros trimestres y de los dos últimos trimestres del primer año de entrada en CP durante la condena actual

Tabla 296. Promedio de SAM de los dos primeros trimestres y de los dos últimos trimestres del primer año de entrada en prisión durante la condena actual

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo	
					Límite inferior	Límite superior			
Promedio de SAM de DI	62	21.823	10.8436	1.3771	19.069	24.576	1.5	43.0	
los dos primeros trimestres de entrada en prisión	IL	58	23.922	11.0019	1.4446	21.030	26.815	2.5	44.0
	No DI	55	27.891	11.1777	1.5072	24.869	30.913	4.5	45.0
	Total	175	24.426	11.2224	0.8483	22.751	26.100	1.5	45.0
Promedio de SAM del 3º y 4º trimestre del primer año de entrada en prisión	DI	59	26.983	12.5784	1.6376	23.705	30.261	5.0	45.0
	IL	56	33.491	8.7248	1.1659	31.155	35.828	10.0	45.0
	No DI	55	34.191	10.8092	1.4575	31.269	37.113	0.5	45.0
	Total	170	31.459	11.2781	0.8650	29.751	33.166	0.5	45.0

Tabla 297. Promedio de SAM de los dos primeros trimestres y de los dos últimos trimestres del primer año de entrada en prisión durante la condena actual. ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Promedio de SAM de los 2 primeros trimestres del 1er año de entrada en prisión	Inter-grupos	1095.240	2	547.620	4.524	0.012
	Intra-grupos	20818.795	172	121.040		
	Total	21914.034	174			
Promedio de SAM de los dos últimos trimestres del 1er año de entrada en prisión	Inter-grupos	1823.738	2	911.869	7.741	0.001
	Intra-grupos	19672.474	167	117.799		
	Total	21496.212	169			

Gráfico 79. Promedio de SAM de los dos primeros trimestres del primer año de entrada en prisión durante la condena actual. Boxplot

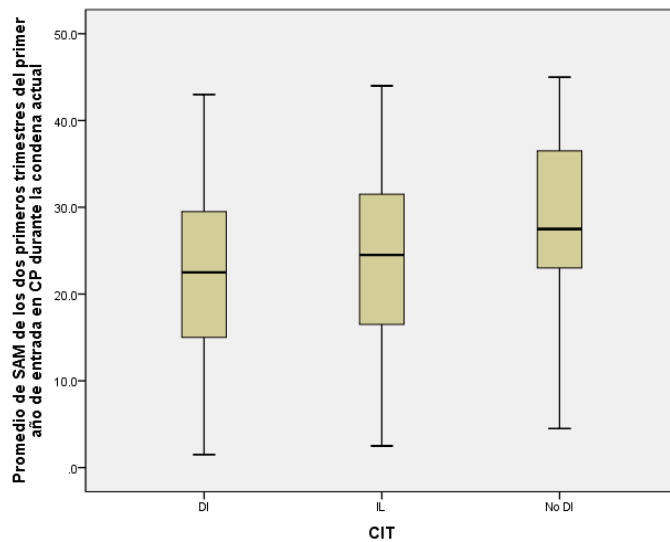
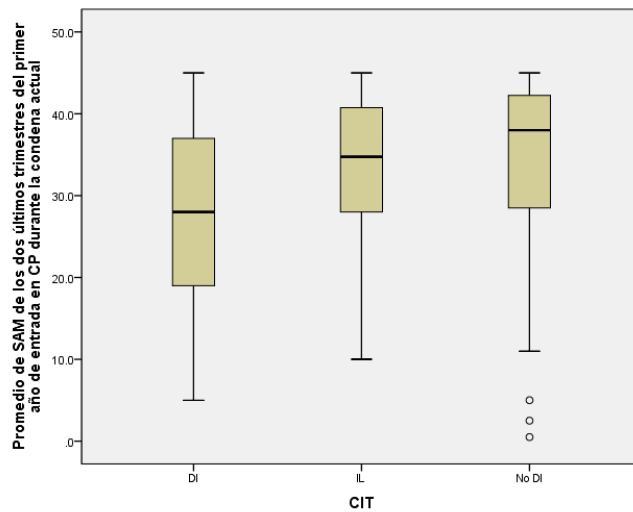


Gráfico 80. Promedio de SAM de los dos últimos trimestres del primer año de entrada en prisión durante la condena actual. Boxplot



De los 175 participantes (98,9 %) sobre los que disponemos datos sobre la puntuación SAM en los dos primeros trimestres de la entrada en prisión, existieron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de clasificación diagnóstica con respecto a la puntuación media del SAM en el primer semestre de entrada en prisión ($p = 0.012$), obteniendo una menor puntuación promedio del SAM entre los dos primeros trimestres del primer año de entrada en prisión el grupo con DI (21,823) seguido del grupo con IL (23,922) y con una mayor puntuación el grupo si DI (27,891), tal como puede observarse en la tabla y en la gráfica anterior.

De los 170 participantes (96 %) sobre los que disponemos datos sobre la puntuación SAM en los dos últimos trimestres del primer año de entrada en prisión, igualmente existieron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de clasificación diagnóstica con respecto a la puntuación media del SAM en el segundo semestre de entrada en prisión ($p = 0.001$), obteniendo una menor puntuación promedio del SAM entre el tercer y cuarto trimestre de entrada n prisión el grupo con DI (26,983) seguido del grupo con IL (33,491) y con una mayor puntuación el grupo sin DI (34,191) tal y como puede observarse en la tabla y en la gráfica anterior.

Variación del SAM

Diferencia entre el SAM del segundo trimestre menos el primer trimestre de entrada en prisión.

Tabla 298. Variación del SAM

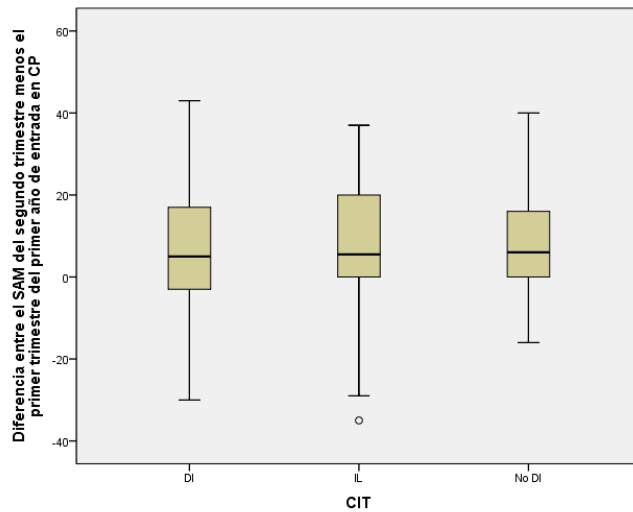
		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
Diferencia entre el SAM del 2º trimestre menos el 1º trimestre de entrada en prisión	DI	62	6.39	14.868	1.888	2.61	10.16	-30	43
	IL	58	6.19	15.392	2.021	2.14	10.24	-35	37
	No DI	55	8.33	14.205	1.915	4.49	12.17	-16	40
	Total	175	6.93	14.786	1.118	4.73	9.14	-35	43

Tabla 299. Variación del SAM. ANOVA

ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Diferencia entre el SAM del 2º trimestre menos el 1º trimestre de entrada en prisión					
Inter-grupos	157.445	2	78.722	0.357	0.700
Intra-grupos	37885.733	172	220.266		
Total	38043.177	174			

Gráfico 81. Variación del SAM. Boxplot



De los 175 participantes (98,9 %) sobre los que disponemos datos sobre la variación del SAM, no existieron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de clasificación diagnóstica con respecto a la variación media del SAM ($p = 0.700$), obteniendo todos los grupos una puntuación positiva que indica una mejora en la adaptación a prisión del segundo trimestre en relación con el primero. La variación media del SAM es mayor en el grupo sin DI (8,33) seguida del grupo con DI (6,39), existiendo una menor variación del SAM en el grupo con IL (6,19) lo que indicaría una mayor dificultad en la adaptación al centro penitenciario en relación al resto de los grupos.

3.2.3 NIVELES DE RIESGO. Escala RisCanvi

Nivel de riesgo de violencia autodirigida

Tabla 300. Nivel de riesgo de violencia autodirigida. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Nivel de riesgo de violencia autodirigida	"bajo"	Recuento	27	41	42	110
		% dentro de CIT	50.0%	77.4%	80.8%	69.2%
	"medio"	Recuento	16	8	8	32
		% dentro de CIT	29.6%	15.1%	15.4%	20.1%
	"alto"	Recuento	11	4	2	17
		% dentro de CIT	20.4%	7.5%	3.8%	10.7%
Total	Recuento	54	53	52	159	
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 301. Nivel de riesgo de violencia autodirigida. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15.565 ^a	4	0.004
Razón de verosimilitudes	15.413	4	0.004
Asociación lineal por lineal	13.009	1	0.000
N de casos válidos	159		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5.56.

De los 159 participantes (89,8 %) del estudio de los que disponemos datos del nivel de riesgo de violencia autodirigida sobre el total de participantes del estudio ($N = 177$), 17 participantes presentaban un nivel de riesgo de violencia autodirigida alto (10,7 %).

La mitad de los participantes del grupo con DI presentaba niveles de riesgo de violencia autodirigida medio o alto (29,6 % [$n = 16$] riesgo medio y 20,4 % [$n = 11$] riesgo alto) en relación al menor porcentaje en el grupo con IL (15,1 % [$n = 8$] riesgo medio y 7,5 % [$n = 4$] riesgo alto) y el más bajo porcentaje encontrado en el grupo sin DI (15,4 % [$n = 8$] riesgo medio y 3,8 % [$n = 2$] riesgo alto) con resultados estadísticamente significativos entre los grupos ($p = 0.004$).

Nivel de riesgo de violencia intra - institucional

Tabla 302. Nivel de riesgo de violencia intra- institucional. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Nivel de riesgo de violencia intra- institucional	"bajo"	Recuento	27	33	35	95
		% dentro de CIT	50.0%	62.3%	67.3%	59.7%
	"medio"	Recuento	11	12	11	34
		% dentro de CIT	20.4%	22.6%	21.2%	21.4%
	"alto"	Recuento	16	8	6	30
		% dentro de CIT	29.6%	15.1%	11.5%	18.9%
Total	Recuento	54	53	52	159	
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 303. Nivel de riesgo de violencia intra- institucional. Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.674 ^a	4	0.154
Razón de verosimilitudes	6.479	4	0.166
Asociación lineal por lineal	5.364	1	0.021
N de casos válidos	159		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9.81.

De los 159 participantes (89,8 %) del estudio de los que disponemos datos en relación al riesgo de violencia autodirigida, 30 participantes presentaban un nivel de riesgo de violencia autodirigida alto (18,9 %).

No existieron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de clasificación diagnóstica con respecto al nivel de riesgo de violencia intra- institucional ($p = 0.154$), encontrándose el nivel más alto de riesgo de violencia intra- institucional entre los participantes del grupo con DI (29,6 % [$n = 16$]) seguidos del grupo con IL (15,1 % [$n = 8$]) y del grupo sin DI (11,5 % [$n = 6$]).

Nivel de riesgo de reincidencia violenta

Tabla 304. Nivel de riesgo de reincidencia violenta. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Nivel de riesgo de reincidencia violenta	"bajo"	Recuento	22	36	36	94
		% dentro de CIT	40.7%	67.9%	69.2%	59.1%
	"medio"	Recuento	17	9	11	37
		% dentro de CIT	31.5%	17.0%	21.2%	23.3%
	"alto"	Recuento	15	8	5	28
		% dentro de CIT	27.8%	15.1%	9.6%	17.6%
Total	Recuento	54	53	52	159	
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 305. Nivel de riesgo de reincidencia violenta. Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12.493 ^a	4	0.014
Razón de verosimilitudes	12.643	4	0.013
Asociación lineal por lineal	9.716	1	0.002
N de casos válidos	159		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9.16.

De los 159 participantes (89,8 %) del estudio de los que disponemos datos en relación al nivel de riesgo de reincidencia violenta, 28 participantes presentaban un nivel de riesgo de reincidencia violenta alto (17,6 %).

Existieron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de clasificación diagnóstica con respecto al nivel de riesgo de reincidencia violenta ($p = 0.014$), encontrándose el nivel más alto de riesgo de reincidencia violenta entre los participantes del grupo con DI (27,8 %) seguidos del grupo con IL (15,1 %) y del grupo sin DI (9,6 %).

Nivel de riesgo de quebrantamiento de condena

Tabla 306. Nivel de riesgo de quebrantamiento de condena. Tabla de contingencia

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Nivel de riesgo de quebrantamiento de condena	"bajo"	Recuento	36	31	37	104
		% dentro de CIT	67.9%	58.5%	72.5%	66.2%
	"medio"	Recuento	12	19	9	40
		% dentro de CIT	22.6%	35.8%	17.6%	25.5%
	"alto"	Recuento	4	3	5	12
		% dentro de CIT	7.5%	5.7%	9.8%	7.6%
	"muy alto"	Recuento	1	0	0	1
		% dentro de CIT	1.9%	0.0%	0.0%	0.6%
Total	Recuento	53	53	51	157	
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 307. Nivel de riesgo de quebrantamiento de condena. Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.989 ^a	6	0.322
Razón de verosimilitudes	7.113	6	0.311
Asociación lineal por lineal	0.217	1	0.641
N de casos válidos	157		

a. 6 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0.32.

De los 157 participantes (88,7 %) del estudio de los que disponemos datos en relación al nivel de riesgo de quebrantamiento de condena, 13 participantes presentaban un nivel de riesgo de quebrantamiento de condena alto o muy alto (8,2 %).

No existieron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de clasificación diagnóstica con respecto al nivel de riesgo de quebrantamiento de condena ($p = 0.322$), encontrándose un participante del grupo con DI con un nivel muy alto de riesgo de quebrantamiento de condena (1.9 %) frente a ningún participante en el resto de los dos grupos. El mayor porcentaje de participantes con nivel de riesgo de quebrantamiento de condena alto nivel se encontró entre los participantes del grupo sin DI (9,8 %) seguido del grupo con DI (7,5 %) y con un menor porcentaje en el grupo con IL (5,7 %)

4. VARIABLES CLÍNICAS

4.1 Variables recogidas en la HISTORIA CLÍNICA

4.1.1 VARIABLES PSIQUIÁTRICAS

Tabla 308. Existencia de seguimiento por psiquiatría durante la condena actual

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Existencia de seguimiento por psiquiatría durante la condena actual	no	Recuento	29	39	39	107
		% dentro de CIT	46.0%	67.2%	69.6%	60.5%
	Psiquiatría	Recuento	24	15	10	49
		% dentro de CIT	38.1%	25.9%	17.9%	27.7%
	Psiquiatría CAS	Recuento	10	4	7	21
		% dentro de CIT	15.9%	6.9%	12.5%	11.9%
Total	Recuento	63	58	56	177	
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 309. Existencia de seguimiento por psiquiatría durante la condena actual. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.960 ^a	4	0.041
Razón de verosimilitudes	10.261	4	0.036
Asociación lineal por lineal	4.625	1	0.032
N de casos válidos	177		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6.64.

Tal como muestra en la tabla, del total de participantes del estudio ($N = 177$ participantes), 49 participantes habían tenido contacto previo en consultas externas de psiquiatría de San Juan de Dios (SJDD) o realizaban actualmente seguimiento (27,7 %) en el centro penitenciario (CP) y 21 participantes realizaban o habían realizado seguimiento por psiquiatría del Centro de Adicción y Seguimiento a las Drogodependencias (CAS) del CP (11,9 %).

Existieron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de clasificación diagnóstica con respecto a la existencia de seguimiento psiquiátrico en prisión ($p = 0.041$), encontrándose un mayor número de participantes en el grupo con DI que habían presentado o presentaban seguimiento psiquiátrico, tanto de Salud Mental de San Juan de Dios (SJDD) (38,1 % [n = 24]) como por psiquiatría del CAS (15.9 % [n= 10]) con respecto a los otros dos grupos de clasificación diagnóstica.

Existencia de diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG)

Tabla 310. Existencia de diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG). Tabla de contingencia

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Existencia de diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG)	no	Recuento	57	53	53	163
		% dentro de CIT	90.5%	91.4%	94.6%	92.1%
	sí	Recuento	6	5	3	14
		% dentro de CIT	9.5%	8.6%	5.4%	7.9%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 311. Existencia de diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG). Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0.767 ^a	2	0.682
Razón de verosimilitudes	0.812	2	0.666
Asociación lineal por lineal	0.688	1	0.407
N de casos válidos	177		

a. 3 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4.43.

Del total de participantes del estudio ($N = 177$ participantes) 14 participantes (7,9 %) presentaban diagnóstico de trastorno mental grave (TMG), tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la presencia de diagnóstico de trastorno mental grave (TMG) entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.682$), encontrándose que el número de participantes con diagnóstico de TMG fue mayor en el grupo de participantes con DI (6 participantes (9,5 %)) seguido del grupo de participantes con IL (5 participantes (8,6 %)) y menor en el grupo de participantes sin DI (3 participantes (5,4 %)).

La dispersión de los datos por presencia de diagnóstico de trastorno mental grave supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.682$) ya que el 5 0% de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 4.43).

Tipo de TMG que consta en la historia clínica

Tabla 312. Tipo de TMG que consta en la historia clínica. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Tipo de Trastorno Mental Grave que consta en la historia clínica	ninguno	Recuento	57	53	53	163
		% dentro de CIT	90.4%	91.4%	94.6%	92.1%
	trastorno psicótico	Recuento	3	3	1	7
		% dentro de CIT	4.8%	5.2%	1.8%	3.9%
	esquizofrenia	Recuento	0	0	2	2
		% dentro de CIT	0.0%	0.0%	3.6%	1.1%
	trastorno delirante	Recuento	0	1	0	1
		% dentro de CIT	0.0%	1.7%	0.0%	0.6%
	trastorno depresivo grave con síntomas psicóticos	Recuento	1	0	0	1
		% dentro de CIT	1.6%	0.0%	0.0%	0.6%
	trastorno obsesivo-compulsivo	Recuento	1	0	0	1
		% dentro de CIT	1.6%	0.0%	0.0%	0.6%
	trastorno límite de personalidad	Recuento	1	1	0	2
		% dentro de CIT	1.6%	1.7%	0.0%	1.1%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 313. Tipo de TMG que consta en la historia clínica. Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16.354 ^a	12	0.176
Razón de verosimilitudes	18.613	12	0.098
Asociación lineal por lineal	1.580	1	0.209
N de casos válidos	176		

a. 18 casillas (85.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0.32.

El diagnóstico más frecuente de tipo de TMG fue el diagnóstico de trastorno psicótico entre los grupos con DI y IL (4.8 % [$n = 3$] y 5.2 % [$n = 3$] respectivamente) y de esquizofrenia en el grupo sin DI (3,6 % [$n = 2$]) sin existir diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de clasificación diagnóstica con respecto al tipo de TMG ($p = 0.176$).

La dispersión de los datos por tipo de trastorno mental grave supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.176$) ya que el 85,7 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 0.32).

Existencia de diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Tabla 314. Existencia de diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Existencia de diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)	no	Recuento	62	56	56	174
		% dentro de CIT	98.4%	96.6%	100.0%	98.3%
	si	Recuento	1	2	0	3
		% dentro de CIT	1.6%	3.4%	0.0%	1.7%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 315. Existencia de diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Pruebas de chi-cuadrado.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.040 ^a	2	0.361
Razón de verosimilitudes	2.744	2	0.254
Asociación lineal por lineal	0.390	1	0.532
N de casos válidos	177		

a. 3 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0.95.

De los 177 participantes del estudio, 3 participantes (1,7 %) presentaban diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), de los cuales 2 participantes pertenecían al grupo de IL (3,4 %) y 1 participante al grupo con DI (1,6 %).

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la presencia de TDAH entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.361$).

La dispersión de los datos por presencia de diagnóstico de TDAH supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.361$) ya que el 50 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 0.95).

Existencia de diagnóstico de Trastorno de la Personalidad (TP)

Tabla 316. Existencia de diagnóstico de Trastorno de la Personalidad (TP)

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Existencia de diagnóstico de Trastorno de la Personalidad	no	Recuento	57	51	54	162
		% dentro de CIT	90.5%	87.9%	96.4%	91.5%
	sí	Recuento	6	7	2	15
		% dentro de CIT	9.5%	12.1%	3.6%	8.5%
Total	Recuento	63	58	56	177	
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 317. Existencia de diagnóstico de Trastorno de la Personalidad (TP). Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.791 ^a	2	0.248
Razón de verosimilitudes	3.129	2	0.209
Asociación lineal por lineal	1.253	1	0.263
N de casos válidos	177		

a. 2 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4.75.

De los 177 participantes del estudio, 15 participantes presentaban diagnóstico de trastorno de personalidad (8,5 %), tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la presencia de diagnóstico de trastorno de personalidad entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.248$), encontrándose un mayor número de participantes con diagnóstico de trastorno de personalidad en el grupo con IL (12,1 % [$n = 7$]) seguido del grupo de participantes con DI (9,5 % [$n = 6$]) y menor en el grupo sin DI (3,6 % [$n = 2$]).

La dispersión de los datos por presencia de diagnóstico de trastorno de personalidad supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.248$) ya que el 33,3 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 4.75).

Existencia de diagnóstico de Retraso Mental (RM)

Tabla 318. Existencia de diagnóstico de Retraso mental (RM). Tabla de contingencia

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Existencia de diagnóstico de Retraso Mental	no	Recuento	62	56	56	174
		% dentro de CIT	98.4%	96.6%	100.0%	98.3%
	sí	Recuento	1	2	0	3
		% dentro de CIT	1.6%	3.4%	0.0%	1.7%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 319. Existencia de diagnóstico de Retraso Mental (RM). Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.040 ^a	2	0.361
Razón de verosimilitudes	2.744	2	0.254
Asociación lineal por lineal	0.390	1	0.532
N de casos válidos	177		

a. 3 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0.95.

De los 177 participantes del estudio, sólo 3 de ellos presentaban un diagnóstico de retraso mental (1,7 %), tal y como se muestra en la tabla, perteneciendo 2 participantes al grupo de IL (3,4 %) y uno de ellos al grupo con DI (1,6 %) sin existir diferencias estadísticamente significativas con respecto a la presencia de diagnóstico de retraso mental entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.361$).

La dispersión de los datos por presencia de diagnóstico de trastorno mental grave supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.361$) ya que el 50 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 0.95).

Existencia de diagnóstico de Trastorno Depresivo (TD)

Tabla 320. Existencia de diagnóstico de Trastorno Depresivo (TD). Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Existencia de diagnóstico de trastorno depresivo	no	Recuento	57	57	52	166
		% dentro de CIT	90.5%	98.3%	92.9%	93.8%
	sí	Recuento	6	1	4	11
		% dentro de CIT	9.5%	1.7%	7.1%	6.2%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 321. Existencia de diagnóstico de Trastorno Depresivo (TD). Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.273 ^a	2	0.195
Razón de verosimilitudes	3.874	2	0.144
Asociación lineal por lineal	0.352	1	0.553
N de casos válidos	177		

a. 3 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.48.

De los 177 participantes del estudio, 11 participantes presentaban diagnóstico de trastorno depresivo según la historia clínica (6,2 %), tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la presencia de diagnóstico de trastorno depresivo entre los participantes de los tres grupos de clasificación

diagnóstica ($p = 0.195$), encontrándose que el número de participantes con diagnóstico de trastorno depresivo fue mayor en el grupo de participantes con DI (9,5 % [$n = 6$]) seguido del grupo de participantes sin DI (7,1 % [$n = 4$]) y menor en el grupo de participantes con IL (1,7 % [$n = 1$]).

La dispersión de los datos por presencia de diagnóstico de episodio depresivo supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.195$) ya que el 50 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 3.48).

Existencia de diagnóstico de Trastorno Adaptativo (TA)

Tabla 322. Existencia de diagnóstico de Trastorno Adaptativo. Tabla de contingencia

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Existencia de diagnóstico de trastorno adaptativo	no	Recuento	58	51	51	160
		% dentro de CIT	92.1%	87.9%	91.1%	90.4%
	sí	Recuento	5	7	5	17
		% dentro de CIT	7.9%	12.1%	8.9%	9.6%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 323. Existencia de diagnóstico de Trastorno Adaptativo. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0.637 ^a	2	0.727
Razón de verosimilitudes	0.622	2	0.733
Asociación lineal por lineal	0.044	1	0.835
N de casos válidos	177		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5.38.

De los 177 participantes del estudio, 17 participantes presentaban diagnóstico de trastorno adaptativo según la historia clínica (9,6 %), tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la presencia de diagnóstico de trastorno adaptativo entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.727$), encontrándose que el número de participantes con diagnóstico de trastorno adaptativo fue mayor en el grupo de participantes con IL (7 participantes (12,1%)) seguido del grupo de participantes sin DI (5 participantes (8,9%)) y menor en el grupo de participantes sin DI (5 participantes (7,9%)).

Existencia de diagnóstico de Ansiedad

Tabla 324. Existencia de diagnóstico de ansiedad. Tabla de contingencia

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Existencia de diagnóstico de ansiedad	no	Recuento	41	42	43	126
		% dentro de CIT	65.1%	72.4%	76.8%	71.2%
	sí	Recuento	22	16	13	51
		% dentro de CIT	34.9%	27.6%	23.2%	28.8%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 325. Existencia de diagnóstico de ansiedad. Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.044 ^a	2	0.360
Razón de verosimilitudes	2.040	2	0.361
Asociación lineal por lineal	1.991	1	0.158
N de casos válidos	177		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 16.14.

De los 177 participantes del estudio, 51 participantes presentaban diagnóstico de ansiedad según la historia clínica (28,8 %), tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la presencia de diagnóstico de ansiedad entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.360$), encontrándose que el número de participantes con diagnóstico de ansiedad fue mayor en el grupo de participantes con DI (22 participantes (34,9 %)) seguido del grupo de participantes con IL (16 participantes (27,6 %)) y menor en el grupo de participantes sin DI (13 participantes (23,2 %)).

Existencia de diagnóstico de Insomnio

Tabla 326. Existencia de diagnóstico de insomnio. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Existencia de diagnóstico de insomnio en historia clínica	no	Recuento	40	44	49	133
		% dentro de CIT	63.5%	75.9%	87.5%	75.1%
	sí	Recuento	23	14	7	44
		% dentro de CIT	36.5%	24.1%	12.5%	24.9%
Total	Recuento	63	58	56	177	
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 327. Existencia de diagnóstico de insomnio. Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.172 ^a	2	0.010
Razón de verosimilitudes	9.516	2	0.009
Asociación lineal por lineal	9.118	1	0.003
N de casos válidos	177		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 13.92.

De los 177 participantes del estudio, 44 participantes presentaban diagnóstico de insomnio según la historia clínica (24,9 %), tal y como se muestra en la tabla.

Existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la presencia de diagnóstico de insomnio entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.010$), encontrándose que el número de participantes con diagnóstico de insomnio fue mayor en el grupo de participantes con DI (23 participantes (36,5 %)) seguido del grupo de participantes con IL (14 participantes (24,1 %)) y menor en el grupo de participantes sin DI (7 participantes (12,5 %)).

Existencia de tratamiento psicofarmacológico en historia clínica en el momento actual

Tabla 328. Existencia de tratamiento psicofarmacológico en la historia clínica en el momento actual. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Existencia de tratamiento con psicofármacos actualmente	no	Recuento	28	39	38	105
		% dentro de CIT	44.4%	67.2%	67.9%	59.3%
	sí	Recuento	35	19	18	72
		% dentro de CIT	55.6%	32.8%	32.1%	40.7%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 329. Existencia de tratamiento psicofarmacológico en la historia clínica en el momento actual. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8.977 ^a	2	0.011
Razón de verosimilitudes	8.934	2	0.011
Asociación lineal por lineal	6.952	1	0.008
N de casos válidos	177		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 22.78.

De los 177 participantes del estudio, 72 participantes estaban en tratamiento psicofarmacológico según la historia clínica (40,7 %) en el momento de realización del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

Existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto al tratamiento con psicofármacos entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.011$), encontrándose un mayor número de participantes en tratamiento con psicofármacos en el grupo con DI (35 participantes (55,6 %)), seguido del grupo de participantes con IL (19

participantes (32,8 %) y con menor número de participantes en el grupo sin DI (18 participantes (32,1 %)).

Existencia de tratamiento con antipsicóticos en historia clínica

Tabla 330. Existencia de tratamiento con antipsicóticos en historia clínica. Tabla de contingencia

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Existencia de tratamiento con antipsicóticos actualmente en la historia clínica	no	Recuento	47	51	52	150
		% dentro de CIT	74.6%	87.9%	92.9%	84.7%
	sí	Recuento	16	7	4	27
		% dentro de CIT	25.4%	12.1%	7.1%	15.3%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 331. Existencia de tratamiento con antipsicóticos en historia clínica. Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8.319 ^a	2	0.016
Razón de verosimilitudes	8.251	2	0.016
Asociación lineal por lineal	7.743	1	0.005
N de casos válidos	177		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8.54.

De los 177 participantes del estudio, 27 participantes estaban en tratamiento psicofarmacológico con antipsicóticos según la historia clínica (15,3 %) en el momento de realización del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

Existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto al tratamiento con antipsicóticos entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p=0.016$), encontrándose un mayor número de participantes en tratamiento con antipsicóticos en el grupo con DI (16 participantes (25,4 %)), seguido del grupo de participantes con IL (7 participantes (12,1 %)) y con menor número de participantes en el grupo sin DI (4 participantes (7,1 %)).

Existencia de tratamiento con benzodiacepinas (BDZ) en historia clínica

Tabla 332. Existencia de tratamiento con benzodiacepinas en historia clínica. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Existencia de tratamiento con BDZ actualmente en la historia clínica	no	Recuento	34	51	44	129
		% dentro de CIT	54.0%	87.9%	78.6%	72.9%
	sí	Recuento	29	7	12	48
		% dentro de CIT	46.0%	12.1%	21.4%	27.1%
Total	Recuento	63	58	56	177	
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 333. Existencia de tratamiento con benzodiacepinas en historia clínica. Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18.966 ^a	2	0.000
Razón de verosimilitudes	19.035	2	0.000
Asociación lineal por lineal	9.664	1	0.002
N de casos válidos	177		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 15.19.

De los 177 participantes del estudio, 48 participantes estaban en tratamiento psicofarmacológico con benzodiacepinas (BDZ) según la historia clínica (27,1 %) en el momento de realización del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

Existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto al tratamiento con benzodicepinas (BDZ) entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.000$), encontrándose un mayor número de participantes en tratamiento con BDZ en el grupo con DI (29 participantes (46,0 %)), seguido del grupo de participantes con IL (7 participantes (12,1 %)) y con menor número de participantes en el grupo sin DI (12 participantes (21,4 %)).

Existencia de tratamiento con antidepresivos en historia clínica

Tabla 334. Existencia de tratamiento con antidepresivos en historia clínica. Tabla de contingencia

		CIT			Total
		DI	IL	No DI	
Existencia de tratamiento con antidepresivos no actualmente en la historia clínica	Recuento	47	48	46	141
	% dentro de CIT	74.6%	82.8%	82.1%	79.7%
	Recuento	16	10	10	36
	% dentro de CIT	25.4%	17.2%	17.9%	20.3%
Total	Recuento	63	58	56	177
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 335. Existencia de tratamiento con antidepresivos en historia clínica. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.551 ^a	2	0.460
Razón de verosimilitudes	1.518	2	0.468
Asociación lineal por lineal	1.083	1	0.298
N de casos válidos	177		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 11.39.

De los 177 participantes del estudio, 36 participantes estaban en tratamiento psicofarmacológico con antidepresivos según la historia clínica (20,3 %) en el momento de realización del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto al tratamiento con antidepresivos entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p=0.460$), encontrándose un mayor número de participantes en tratamiento con antidepresivos en el grupo con DI (16 participantes (25,4 %)) que en el resto de los grupos (10 participantes en el grupo sin DI (17,9 %) y otros 10 participantes en el grupo con IL (17,2 %)).

Existencia de tratamiento con antiepilépticos

Tabla 336. Existencia de tratamiento con antiepilépticos en historia clínica. Tabla de contingencia

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Existencia de tratamiento con antiepilépticos actualmente en la historia clínica	no	Recuento	55	49	54	158
		% dentro de CIT	87.3%	84.5%	96.4%	89.3%
	si	Recuento	8	9	2	19
		% dentro de CIT	12.7%	15.5%	3.6%	10.7%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 337. Existencia de tratamiento con antiepilépticos en historia clínica. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.637 ^a	2	0.098
Razón de verosimilitudes	5.412	2	0.067
Asociación lineal por lineal	2.408	1	0.121
N de casos válidos	177		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6.01.

De los 177 participantes del estudio, 19 participantes estaban en tratamiento psicofarmacológico con antiepilépticos según la historia clínica (10,7 %) en el momento de realización del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto al tratamiento con antiepilépticos entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.098$), encontrándose un mayor número de participantes en tratamiento con antiepilépticos en el grupo con IL (9 participantes (15,5 %)), seguido del grupo de participantes con DI (8 participantes (12,7 %)) y con menor número de participantes en el grupo sin DI (2 participantes (3,6 %)).

4.1.2 SEROLOGÍAS

Existencia de diagnóstico de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Tabla 338. Existencia de diagnóstico de VIH en historia clínica. Tabla de contingencia

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Existencia de diagnóstico de VIH	no	Recuento	53	53	54	160
		% dentro de CIT	84.1%	91.4%	96.4%	90.4%
	sí	Recuento	10	5	2	17
		% dentro de CIT	15.9%	8.6%	3.6%	9.6%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 339. Existencia de diagnóstico de VIH en historia clínica. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.264 ^a	2	0.072
Razón de verosimilitudes	5.517	2	0.063
Asociación lineal por lineal	5.180	1	0.023
N de casos válidos	177		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5.38.

De los 177 participantes del estudio, 17 participantes presentaban diagnóstico de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) según la historia clínica (9,6 %) en el momento de realización del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto al diagnóstico de VIH entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.072$), encontrándose un mayor número de participantes con diagnóstico de VIH en el grupo con DI (10 participantes (15,9 %)), seguido del grupo de participantes con IL (5 participantes (8,6 %)) y con menor número de participantes en el grupo sin DI (2 participantes (3,6 %)).

Existencia de diagnóstico de Virus de la Hepatitis B (VHB)

Tabla 340. Existencia de diagnóstico de VHB en historia clínica. Tabla de contingencia

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Existencia de diagnóstico de VHB	no	Recuento	61	57	54	172
		% dentro de CIT	96.8%	98.3%	96.4%	97.2%
	sí	Recuento	2	1	2	5
		% dentro de CIT	3.2%	1.7%	3.6%	2.8%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 341. Existencia de diagnóstico de VHB en historia clínica. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0.398 ^a	2	0.820
Razón de verosimilitudes	0.429	2	0.807
Asociación lineal por lineal	0.012	1	0.913
N de casos válidos	177		

a. 3 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.58.

De los 177 participantes del estudio, 5 participantes presentaban diagnóstico de virus de la hepatitis B (VHB) según la historia clínica (2,8 %) en el momento de realización del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto al diagnóstico de VHB entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.820$), encontrándose un mayor número de participantes con diagnóstico de VHB en el grupo sin DI (2 participantes (3,6 %)), seguido del grupo de participantes con DI (2 participantes (3,2 %)) y con menor número de participantes en el grupo con IL (1 participante (1,7 %)).

La dispersión de los datos por presencia de diagnóstico de VHB supone una limitación en la valoración de la significación ($p=0.820$) ya que el 50.0% de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 1.58).

Existencia de diagnóstico de Virus de la Hepatitis C (VHC)

Tabla 342. Existencia de diagnóstico de VHC en historia clínica. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Existencia de diagnóstico de VHC	no	Recuento	49	49	49	147
		% dentro de CIT	79.0%	84.5%	87.5%	83.5%
	sí	Recuento	13	9	7	29
		% dentro de CIT	21.0%	15.5%	12.5%	16.5%
Total	Recuento	62	58	56	176	
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 343. Existencia de diagnóstico de VHC en historia clínica. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.591 ^a	2	0.451
Razón de verosimilitudes	1.581	2	0.454
Asociación lineal por lineal	1.540	1	0.215
N de casos válidos	176		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9.23.

De los 176 participantes del estudio de los que tenemos datos con respecto al diagnóstico de VHC, 29 participantes presentaban diagnóstico de virus de la hepatitis C (VHC) según la historia clínica (16,5 %) en el momento de realización del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto al diagnóstico de VHC entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.451$), encontrándose un mayor número de participantes con diagnóstico de VHC en el grupo con DI (13 participantes (21,0 %)), seguido del grupo de participantes con IL (9 participantes (15,5 %)) y con menor número de participantes en el grupo sin DI (7 participantes (12,5 %)).

4.1.3 AUTOLESIONES Y HETEROAGRESIVIDAD

Existencia de diagnóstico de autolesiones en historia clínica

Tabla 344. Existencia de diagnóstico de autolesiones en historia clínica. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Existencia de diagnóstico de autolesiones en historia clínica	no	Recuento	52	50	54	156
		% dentro de CIT	82.5%	86.2%	96.4%	88.1%
	sí	Recuento	11	8	2	21
		% dentro de CIT	17.5%	13.8%	3.6%	11.9%
Total	Recuento	63	58	56	177	
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 345. Existencia de diagnóstico de autolesiones en historia clínica. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.776 ^a	2	0.056
Razón de verosimilitudes	6.786	2	0.034
Asociación lineal por lineal	5.346	1	0.021
N de casos válidos	177		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6.64.

De los 177 participantes del estudio ($N = 177$), 21 participantes presentaban diagnóstico de autolesión según la historia clínica (11,9 %) en el momento de realización del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto al diagnóstico de autolesión entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.056$),

encontrándose un mayor número de participantes con diagnóstico de autolesiones en el grupo con DI (11 participantes (17,5 %)), seguido del grupo de participantes con IL (8 participantes (13,8 %)) y con menor número de participantes con diagnóstico de autolesión en el grupo sin DI (2 participantes (3,6 %)).

Existencia de diagnóstico de heteroagresividad en historia clínica

Tabla 346. Existencia de diagnóstico de heteroagresividad en historia clínica. Tabla de contingencia

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Existencia de diagnóstico de heteroagresividad en historia clínica	no	Recuento	61	57	56	174
		% dentro de CIT	96.8%	98.3%	100.0%	98.3%
	sí	Recuento	2	1	0	3
		% dentro de CIT	3.2%	1.7%	0.0%	1.7%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 347. Existencia de diagnóstico de heteroagresividad en historia clínica. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.794 ^a	2	0.408
Razón de verosimilitudes	2.575	2	0.276
Asociación lineal por lineal	1.779	1	0.182
N de casos válidos	177		

a. 3 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0.95.

De los 177 participantes del estudio, 3 participantes presentaban diagnóstico de heteroagresividad según la historia clínica (1,7 %) en el momento de realización del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto al diagnóstico de heteroagresividad entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.408$), encontrándose un mayor número de participantes con diagnóstico de heteroagresividad en el grupo con DI (2 participantes (3,2 %)), seguido del grupo de participantes con IL (1 participante (1,7 %)) y ningún participante con diagnóstico de heteroagresividad en el grupo sin DI (0 participantes (0,0 %)).

La dispersión de los datos por presencia de diagnóstico de heteroagresividad en la historia clínica supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.408$) ya que el 50,0 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 0.95).

4.1.4 CONSUMO DE DROGAS EN LA HISTORIA CLÍNICA

Existencia de diagnóstico de consumo de opiáceos en historia clínica

Tabla 348. Existencia de diagnóstico de consumo de opiáceos en historia clínica. Tabla de contingencia

		CIT			Total
		DI	IL	No DI	
Existencia de consumo de opiáceos no en historia clínica	Recuento	35	43	46	124
	% dentro de CIT	55.6%	74.1%	82.1%	70.1%
sí, sin abuso/dependencia	Recuento	2	2	1	5
	% dentro de CIT	3.2%	3.4%	1.8%	2.8%
abuso	Recuento	3	2	0	5
	% dentro de CIT	4.8%	3.4%	0.0%	2.8%
dependencia	Recuento	23	11	9	43
	% dentro de CIT	36.5%	19.0%	16.1%	24.3%
Total	Recuento	63	58	56	177
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 349. Existencia de diagnóstico de consumo de opiáceos en historia clínica. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12.121 ^a	6	0.059
Razón de verosimilitudes	13.408	6	0.037
Asociación lineal por lineal	9.429	1	0.002
N de casos válidos	177		

a. 6 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.58.

De los 177 participantes del estudio, 5 participantes (2,8 %) presentaban diagnóstico de consumo de opiáceos en la historia clínica sin presentar criterios de abuso o dependencia, 5 participantes (2,8 %) presentaban criterios de abuso de opiáceos y 43 participantes presentaban criterios de dependencia de opiáceos (24,3 %) en el momento de realización del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de diagnóstico de consumo de opiáceos entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p=0.059$), encontrándose un mayor número de participantes con diagnóstico de consumo de opiáceos sin abuso/dependencia (2 participantes (3,2 %)), abuso de opiáceos (3 participantes (4,8 %) y dependencia de opiáceos (23 participantes (36,5 %)) en el grupo con DI y seguido del grupo de participantes con IL (2 participantes (3,4 %) con diagnóstico de consumo sin abuso/dependencia de opiáceos, 2 participantes (3,4 %) con diagnóstico de abuso de opiáceos y 11 participantes (19,0 %) con diagnóstico de dependencia de opiáceos) y con un menor número de participantes con diagnóstico de consumo, abuso y dependencia de opiáceos en el grupo sin DI.

28 participantes del grupo con DI (44,5 %) presentaban diagnóstico de consumo de opiáceos de los cuales 23 participantes presentaban criterios de dependencia (36,5 %) y 3 participantes (4,8 %) de abuso.

La dispersión de los datos por presencia de diagnóstico de consumo de opiáceos supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.059$) ya que el 50.0 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 1.58).

Existencia de diagnóstico de consumo de psicoestimulantes en historia clínica

Tabla 350. Existencia de diagnóstico de consumo de psicoestimulantes en historia clínica. Tabla de contingencia

			CIT			Total	
			DI	IL	No DI		
Existencia de consumo de psicoestimulantes en historia clínica	no	Recuento	57	56	54	167	
		% dentro de CIT	90.5%	96.6%	96.4%	94.4%	
	sí, sin criterios de abuso/dependencia	Recuento	2	2	0	4	
		% dentro de CIT	3.2%	3.4%	0.0%	2.3%	
	abuso	Recuento	2	0	2	4	
		% dentro de CIT	3.2%	0.0%	3.6%	2.3%	
	dependencia	Recuento	2	0	0	2	
		% dentro de CIT	3.2%	0.0%	0.0%	1.1%	
	Total		Recuento	63	58	56	177
			% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 351. Existencia de diagnóstico de consumo de psicoestimulantes en historia clínica. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.606 ^a	6	0.268
Razón de verosimilitudes	10.528	6	0.104
Asociación lineal por lineal	2.177	1	0.140
N de casos válidos	177		

a. 9 casillas (75.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0.63.

De los 177 participantes del estudio, 4 participantes (2,3 %) presentaban diagnóstico de consumo de psicoestimulantes en la historia clínica sin presentar criterios de abuso o dependencia, 4 participantes (2,3 %) presentaban criterios de abuso de psicoestimulantes y 2 participantes presentaban criterios de dependencia de psicoestimulantes (1,1 %) en el momento de realización del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de diagnóstico de consumo de psicoestimulantes entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.268$), encontrándose un mayor número de participantes con diagnóstico de dependencia de psicoestimulantes (2 participantes (3,2 %)) en el grupo con DI en relación a los otros dos grupos de clasificación diagnóstica (0 participantes).

6 participantes del grupo con DI (9,6 %) presentaban diagnóstico de consumo de psicoestimulantes en la historia clínica, seguido del grupo sin DI (2 participantes (3,6 %)) y del grupo con IL (2 participantes (3,4 %)). 2 participantes del grupo con DI presentaban diagnóstico de abuso de consumo de psicoestimulantes (3,2 %) y otros 2 participantes diagnóstico de dependencia (3,2 %). Ningún participante del grupo con IL tenía diagnóstico de abuso o dependencia de psicoestimulantes y sólo 2 participantes del grupo sin DI (3,6 %) presentaban diagnóstico de abuso de psicoestimulantes y ninguno de dependencia (0,0 %).

La dispersión de los datos por presencia de diagnóstico de consumo de psicoestimulantes supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.268$) ya que el 75.0 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 0.63).

Existencia de diagnóstico de consumo de cocaína en historia clínica

Tabla 352. Existencia de diagnóstico de consumo de cocaína en historia clínica. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Existencia de consumo de cocaína en historia clínica	no	Recuento	37	39	45	121
		% dentro de CIT	58.7%	67.2%	80.4%	68.4%
sí, sin criterios de abuso/dependencia		Recuento	5	3	4	12
		% dentro de CIT	7.9%	5.2%	7.1%	6.8%
abuso		Recuento	10	5	3	18
		% dentro de CIT	15.9%	8.6%	5.4%	10.2%
dependencia		Recuento	11	11	4	26
		% dentro de CIT	17.5%	19.0%	7.1%	14.7%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 353. Existencia de diagnóstico de consumo de cocaína en historia clínica. Pruebas de chi-cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.050 ^a	6	0.171
Razón de verosimilitudes	9.455	6	0.150
Asociación lineal por lineal	6.247	1	0.012
N de casos válidos	177		

a. 3 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.80.

De los 177 participantes del estudio, 12 participantes (6,8 %) presentaban diagnóstico de consumo de cocaína en la historia clínica sin presentar criterios de abuso o dependencia, 18 participantes (10,2 %) presentaban criterios de abuso de cocaína según la historia clínica y 26 participantes presentaban criterios de dependencia de cocaína (14,7 %) según la historia clínica en el momento de realización del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de diagnóstico de consumo de cocaína entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.171$), encontrándose un mayor número de participantes con diagnóstico de abuso y dependencia de cocaína (21 participantes (33,4 %)) en el grupo con DI en relación a los otros dos grupos de clasificación diagnóstica (16 participantes (27,6 %) en el grupo con IL y 7 participantes (12,5 %) en el grupo sin DI).

La dispersión de los datos por presencia de diagnóstico de consumo de cocaína en la historia clínica supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.171$) ya que el 25,0% de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 3.80).

Existencia de problemática de consumo de CANNABIS (THC) en historia clínica

Tabla 354. Existencia de diagnóstico de consumo de cannabis (THC) en historia clínica. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Existencia de consumo de cannabis en historia clínica	no	Recuento	40	42	46	128
		% dentro de CIT	63.5%	72.4%	82.1%	72.3%
sí, sin criterios de abuso/dependencia		Recuento	7	6	3	16
		% dentro de CIT	11.1%	10.3%	5.4%	9.0%
abuso		Recuento	7	5	5	17
		% dentro de CIT	11.1%	8.6%	8.9%	9.6%
dependencia		Recuento	9	5	2	16
		% dentro de CIT	14.3%	8.6%	3.6%	9.0%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 355. Existencia de diagnóstico de consumo de cannabis (THC) en historia clínica. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.690 ^a	6	0.350
Razón de verosimilitudes	7.070	6	0.314
Asociación lineal por lineal	5.386	1	0.020
N de casos válidos	177		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5.06.

De los 177 participantes del estudio, 16 participantes (9 %) presentaban diagnóstico de consumo de cannabis en la historia clínica sin presentar criterios de abuso o dependencia, 17 participantes (9,6 %) presentaban criterios de abuso de cannabis según la historia clínica y 16 participantes presentaban criterios de dependencia de cannabis (9 %) según la historia clínica en el momento de realización del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de diagnóstico de consumo de cannabis en la historia clínica entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.350$), encontrándose un mayor número de participantes con diagnóstico de abuso y dependencia de cannabis (16 participantes (25,4 %)) en el grupo con DI en relación a los otros dos grupos de clasificación diagnóstica (10 participantes (17,2 %) en el grupo con IL y 7 participantes (12.5 %) en el grupo sin DI).

Existencia de problemática de consumo de benzodiazepinas (BDZ) en historia clínica

Tabla 356. Existencia de diagnóstico de consumo de benzodiazepinas (BDZ) en historia clínica. Tabla de contingencia

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Existencia de consumo de BDZ en historia clínica	no	Recuento	59	52	55	166
		% dentro de CIT	93.7%	89.7%	98.2%	93.8%
	sí, sin criterios de	Recuento	1	0	0	1
	abuso/dependencia	% dentro de CIT	1.6%	0.0%	0.0%	0.6%
	abuso	Recuento	2	4	1	7
		% dentro de CIT	3.2%	6.9%	1.8%	4.0%
	dependencia	Recuento	1	2	0	3
		% dentro de CIT	1.6%	3.4%	0.0%	1.7%
Total	Recuento	63	58	56	177	
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 357. Existencia de diagnóstico de consumo de benzodiazepinas (BDZ) en historia clínica. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.070 ^a	6	0.415
Razón de verosimilitudes	6.978	6	0.323
Asociación lineal por lineal	0.717	1	0.397
N de casos válidos	177		

a. 9 casillas (75.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0.32.

De los 177 participantes del estudio, 1 participante (0,6 %) presentaba diagnóstico de consumo de benzodiazepinas (BDZ) en la historia clínica sin presentar criterios de abuso o dependencia, 7 participantes (4,0%) estaban diagnosticados de trastorno por abuso de BDZ según la historia clínica y 3 participantes estaban diagnosticados de trastorno por dependencia de BDZ (1,7 %)

según la historia clínica en el momento de realización del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de diagnóstico de consumo de BDZ entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.415$), encontrándose un mayor número de participantes con diagnóstico de consumo y dependencia de BDZ en el grupo con IL (6 participantes (10 %)) seguido del grupo con DI (3 participantes (4,8 %)) y con 1 participante en el grupo sin DI (1,8 %).

La dispersión de los datos por presencia de diagnóstico de consumo de BDZ en la historia clínica supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.415$) ya que el 75.0 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 0.32).

Existencia de diagnóstico de consumo de alcohol (OH) en historia clínica

Tabla 358. Existencia de diagnóstico de consumo de alcohol (OH) en historia clínica. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Existencia de consumo de alcohol en historia clínica	no	Recuento	46	43	48	137
		% dentro de CIT	73.0%	74.1%	85.7%	77.4%
si, sin criterios de abuso/dependencia		Recuento	4	4	2	10
		% dentro de CIT	6.3%	6.9%	3.6%	5.6%
abuso		Recuento	8	8	4	20
		% dentro de CIT	12.7%	13.8%	7.1%	11.3%
dependencia		Recuento	5	3	2	10
		% dentro de CIT	7.9%	5.2%	3.6%	5.6%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 359. Existencia de diagnóstico de consumo de alcohol (OH) en historia clínica. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.698 ^a	6	0.717
Razón de verosimilitudes	3.842	6	0.698
Asociación lineal por lineal	2.585	1	0.108
N de casos válidos	177		

a. 6 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.16.

De los 177 participantes del estudio, 10 participantes (5,6 %) presentaban diagnóstico de consumo de alcohol en la historia clínica sin presentar criterios de abuso o dependencia, 20 participantes (11,3 %) presentaban criterios de abuso de alcohol según la historia clínica y 10 participantes presentaban criterios de dependencia de alcohol (5,6 %) según la historia clínica en el momento de realización del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de diagnóstico de consumo de alcohol entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.717$), encontrándose un mayor número de participantes con diagnóstico de consumo y dependencia de alcohol en el grupo con DI (13 participantes (20.6 %)) seguido del grupo con IL (11 participantes (19 %)) y con un menor número de participantes en el grupo sin DI (6 participantes (10.7 %)).

La dispersión de los datos por presencia de diagnóstico de consumo de alcohol en la historia clínica supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.171$) ya que el 50.0 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 3.16).

Existencia de diagnóstico de consumo de drogas en historia clínica

Tabla 360. Existencia de diagnóstico de consumo de drogas en historia clínica. Tabla de contingencia

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Existencia de diagnóstico de consumo de drogas en historia clínica	no	Recuento	21	26	38	85
		% dentro de CIT	33.3%	44.8%	67.9%	48.0%
	sí	Recuento	42	32	18	92
		% dentro de CIT	66.7%	55.2%	32.1%	52.0%
Total		Recuento	63	58	56	177
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 361. Existencia de diagnóstico de consumo de drogas en historia clínica. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14.509 ^a	2	0.001
Razón de verosimilitudes	14.784	2	0.001
Asociación lineal por lineal	13.911	1	0.000
N de casos válidos	177		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 26.89.

De los 177 participantes del estudio, 92 participantes presentaban existencia de diagnóstico de consumo de drogas en la historia clínica (52,0 %) en el momento de realización del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

Existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de diagnóstico de consumo de drogas en la historia clínica entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.001$), encontrándose un mayor número de participantes con diagnóstico de consumo de drogas en el grupo con DI (42 participantes (66,7 %)), seguido del grupo de participantes con IL (32 participantes (55,2 %)) y con menor número de participantes con consumo de drogas en el grupo sin DI (18 participantes (32,1 %)).

4.2 Variables AUTORREPORTADAS**4.2.1 RELATIVAS AL CONSUMO DE DROGAS****Consumo de opiáceos en el momento actual**

Tabla 362. Consumo de opiáceos en el momento actual. Tabla de contingencia

			CIT			Total	
			DI	IL	No DI		
Consumo de opiáceos activo	nunca	Recuento	53	51	47	151	
		% dentro de CIT	93.0%	96.2%	92.2%	93.8%	
	alguna vez	Recuento	2	2	4	8	
		% dentro de CIT	3.5%	3.8%	7.8%	5.0%	
	de vez en cuando	Recuento	1	0	0	1	
		% dentro de CIT	1.8%	0.0%	0.0%	0.6%	
	casi a diario	Recuento	1	0	0	1	
		% dentro de CIT	1.8%	0.0%	0.0%	0.6%	
	Total		Recuento	57	53	51	161
			% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 363. Consumo de opiáceos en el momento actual. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.946 ^a	6	0.551
Razón de verosimilitudes	5.364	6	0.498
Asociación lineal por lineal	0.671	1	0.413
N de casos válidos	161		

a. 9 casillas (75.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0.32.

De los 161 participantes (91 %) del estudio de los que disponemos datos en relación al consumo de opiáceos activo sobre el total de la muestra ($N = 177$), 8 participantes reportaron que consumían opiáceos *alguna vez* (5,0 %), 1 participante reportó que realizaba consumos *de vez en cuando* (0,6 %) y otro participante reportó que consumía opiáceos *casi a diario* (0,6 %) según el cuestionario de frecuencia de consumo autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de consumo de opiáceos activo entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.551$), encontrándose una frecuencia mayor de consumo de opiáceos activo en el grupo con DI con respecto a los otros dos grupos de clasificación diagnóstica (2 participantes del grupo con DI reportaron que consumían opiáceos *de vez en cuando* y *casi a diario* (3,6 %) en relación con el grupo con IL y sin DI en que ningún participante reportó que realizaba consumos con esta frecuencia).

La dispersión de los datos por consumo de opiáceos activo según cuestionario autorreportado supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.551$) ya que el 75.0 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 0.32).

Antecedentes de consumo de opiáceos

Tabla 364. Antecedentes de consumo de opiáceos. Tabla de contingencia

		CIT			Total
		DI	IL	No DI	
Consumo de opiáceos en el nunca pasado	Recuento	30	31	37	98
	% dentro de CIT	52.6%	58.5%	72.5%	60.9%
alguna vez	Recuento	2	8	2	12
	% dentro de CIT	3.5%	15.1%	3.9%	7.5%
de vez en cuando	Recuento	3	0	2	5
	% dentro de CIT	5.3%	0.0%	3.9%	3.1%
frecuentemente	Recuento	8	0	4	12
	% dentro de CIT	14.0%	0.0%	7.8%	7.5%
casi a diario	Recuento	13	12	6	31
	% dentro de CIT	22.8%	22.6%	11.8%	19.3%
sí, desconocida	Recuento	1	2	0	3
	% dentro de CIT	1.8%	3.8%	0.0%	1.9%
Total	Recuento	57	53	51	161
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 365. Antecedentes de consumo de opiáceos. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22.073 ^a	10	0.015
Razón de verosimilitudes	27.214	10	0.002
Asociación lineal por lineal	4.968	1	0.026
N de casos válidos	161		

a. 12 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0.95.

De los 161 participantes (91 %) del estudio de los que disponemos datos en relación a los antecedentes de consumo de opiáceos sobre total de participantes del estudio ($N = 177$), 12 participantes reportó que habían consumido opiáceos en el pasado *alguna vez* (7,5 %), 5 participantes *de vez en cuando* (3,1 %), 12 participantes habían consumido opiáceos

frecuentemente (7,5 %) y 31 participantes casi a diario (19,3 %), tal y como se muestra en la tabla.

Existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de consumo de opiáceos en el pasado entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.015$), encontrándose una frecuencia mayor de consumo de opiáceos en el pasado en el grupo con DI. 21 participantes del grupo con DI (36,8 %) reportó que consumían opiáceos en el pasado frecuentemente o casi a diario frente a los 12 participantes del grupo con IL (22,6 %) y los 10 participantes del grupo sin DI (19,6 %).

La dispersión de los datos por consumo de opiáceos en el pasado según cuestionario autorreportado supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.015$) ya que el 66,7 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 0.95).

Patrón de abuso/dependencia de opiáceos

Tabla 366. Patrón de abuso/dependencia de opiáceos. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Patrón de abuso/dependencia de opiáceos	no	Recuento	36	39	42	117
		% dentro de CIT	63.2%	73.6%	80.8%	72.2%
	sí	Recuento	20	12	10	42
		% dentro de CIT	35.1%	22.6%	19.2%	25.9%
	desconocido	Recuento	1	2	0	3
		% dentro de CIT	1.8%	3.8%	0.0%	1.9%
	Total	Recuento	57	53	52	162
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 367. Patrón de abuso/dependencia de opiáceos. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.176 ^a	4	0.186
Razón de verosimilitudes	6.815	4	0.146
Asociación lineal por lineal	4.114	1	0.043
N de casos válidos	162		

a. 3 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0.96.

De los 162 participantes (91,5 %) del estudio de los que disponemos datos en relación al patrón de abuso / dependencia de consumo de opiáceos sobre el total de participantes del estudio ($N = 177$) y según los datos recogidos en el cuestionario autorreportado por los participantes, 42 participantes (25,9 %) presentaban diagnóstico de patrón de abuso / dependencia de consumo de opiáceos.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de patrón de abuso/dependencia de opiáceos entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica según los datos recogidos en el cuestionario autorreportado ($p = 0.186$), encontrándose 20 participantes con patrón de abuso/ dependencia de opiáceos en el grupo con DI (35,1 %) frente a los 12 participantes del grupo con IL (22,6 %) y a los 10 participantes del grupo sin DI (19,2 %).

La dispersión de los datos por existencia de patrón de abuso/dependencia de opiáceos según cuestionario autorreportado supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.186$) ya que el 33,3 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 0.96).

Consumo de psicoestimulantes en el momento actual

Tabla 368. Consumo de psicoestimulantes en el momento actual. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Consumo de psicoestimulantes activo	nunca	Recuento	49	50	47	146
		% dentro de CIT	89.1%	94.3%	90.4%	91.3%
	alguna vez	Recuento	1	1	0	2
		% dentro de CIT	1.8%	1.9%	0.0%	1.3%
	de vez en cuando	Recuento	1	0	2	3
		% dentro de CIT	1.8%	0.0%	3.8%	1.9%
	frecuentemente	Recuento	0	0	2	2
		% dentro de CIT	0.0%	0.0%	3.8%	1.3%
	casi a diario	Recuento	3	2	1	6
		% dentro de CIT	5.5%	3.8%	1.9%	3.8%
	sí, desconocida	Recuento	1	0	0	1
		% dentro de CIT	1.8%	0.0%	0.0%	0.6%
	Total	Recuento	55	53	52	160
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 369. Consumo de psicoestimulantes en el momento actual. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10.076 ^a	10	0.434
Razón de verosimilitudes	12.042	10	0.282
Asociación lineal por lineal	0.284	1	0.594
N de casos válidos	160		

a. 15 casillas (83.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0.33.

De los 160 participantes (90,4 %) del estudio de los que disponemos datos en relación al consumo de psicoestimulantes activo sobre el total de participantes del estudio ($N = 177$), 2 participantes reportó que consumían psicoestimulantes *alguna vez* (1,3 %) , 3 participantes realizaban consumos *de vez en cuando* (1,9 %), 2 participantes realizaban consumos *frecuentemente* y en 6 participantes los consumos de opiáceos eran *casi a diario* (3,8 %) según el cuestionario de frecuencia de consumo autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

La dispersión de los datos por consumo de psicoestimulantes activo según cuestionario autorreportado supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.434$) ya que el 83,3 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 0.33).

Apuntar que como ya se indicó en las variables descriptivas, tras el análisis de los datos recogidos en el cuestionario autorreportado se evidencia un desconocimiento por la mayoría de los internos a lo que se llaman sustancias psicoestimulantes, ya que por las respuestas se objetiva que las drogas psicoestimulantes son con frecuencia confundidas con consumos de cocaína u otras drogas como benzodiazepinas. Se decide que las respuestas obtenidas en esta variable no son de validez para el análisis comparativo por grupos.

Antecedentes de consumo de psicoestimulantes

Tabla 370. Antecedentes de consumo de psicoestimulantes. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Antecedentes de consumo de psicoestimulantes	nunca	Recuento	17	24	25	66
		% dentro de CIT	32.7%	50.0%	49.0%	43.7%
	alguna vez	Recuento	6	2	8	16
		% dentro de CIT	11.5%	4.2%	15.7%	10.6%
	de vez en cuando	Recuento	8	6	5	19
		% dentro de CIT	15.4%	12.5%	9.8%	12.6%
	frecuentemente	Recuento	7	5	5	17
		% dentro de CIT	13.5%	10.4%	9.8%	11.3%
	casi a diario	Recuento	12	7	7	26
		% dentro de CIT	23.1%	14.6%	13.7%	17.2%
	sí, desconocida	Recuento	2	4	1	7
		% dentro de CIT	3.8%	8.3%	2.0%	4.6%
	Total	Recuento	52	48	51	151
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 371. Antecedentes de consumo de psicoestimulantes. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10.223 ^a	10	0.421
Razón de verosimilitudes	10.617	10	0.388
Asociación lineal por lineal	3.675	1	0.055
N de casos válidos	151		

a. 3 casillas (16.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.23.

De los 151 participantes (85,3 %) del estudio de los que disponemos datos en relación a antecedentes en el consumo de psicoestimulantes sobre el total de participantes del estudio ($N = 177$), 16 participantes reportaron que habían consumido psicoestimulantes en el pasado *alguna vez* (10,6 %), 19 participantes *de vez en cuando* (12,6 %), 17 participantes habían consumido psicoestimulantes *frecuentemente* (11,3 %) y 26 participantes *casi a diario* (17,2 %), tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a los antecedentes de consumo de psicoestimulantes entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.421$), encontrándose mayores antecedentes de consumo de psicoestimulantes en el grupo con DI, ya que 19 participantes del grupo con DI (36,6 %) habían consumido psicoestimulantes en el pasado *frecuentemente* o *casi a diario* frente a los 12 participantes del grupo con IL (25 %) y los 12 participantes del grupo sin DI (23,5 %).

La dispersión de los datos por consumo de psicoestimulantes activo según cuestionario autorreportado supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.421$) ya que el 16.7% de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 2.23).

Como en el apartado anterior, la confusión por parte de los participantes a lo que se denomina drogas psicoestimulantes hace que las respuestas de esta variable no sean válidas para el estudio comparativo por grupos.

Patrón de abuso/dependencia de psicoestimulantes

Tabla 372. Patrón de abuso/dependencia de psicoestimulantes. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Patrón de abuso/dependencia de psicoestimulantes	no	Recuento	31	32	38	101
		% dentro de CIT	57.4%	61.5%	73.1%	63.9%
	sí	Recuento	19	12	13	44
		% dentro de CIT	35.2%	23.1%	25.0%	27.8%
	desconocido	Recuento	4	8	1	13
		% dentro de CIT	7.4%	15.4%	1.9%	8.2%
Total	Recuento	54	52	52	158	
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 373. Patrón de abuso/dependencia de psicoestimulantes. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8.500 ^a	4	0.075
Razón de verosimilitudes	8.907	4	0.063
Asociación lineal por lineal	2.816	1	0.093
N de casos válidos	158		

a. 3 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4.28.

De los 158 participantes (89,3 %) del estudio de los que disponemos datos en relación al patrón de abuso / dependencia de psicoestimulantes sobre el total de participantes del estudio ($N = 177$) y según los datos recogidos en el cuestionario autorreportado por los participantes, 44 participantes (27,8 %) presentaban diagnóstico de patrón de abuso / dependencia de consumo de psicoestimulantes.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de patrón de abuso/dependencia de psicoestimulantes entre los participantes de los tres grupos de

clasificación diagnóstica según los datos recogidos en el cuestionario autorreportado ($p = 0.075$), encontrándose 19 participantes con patrón de abuso/ dependencia de psicoestimulantes en el grupo con DI (35,2 %) frente a los 12 participantes del grupo con IL (23.1%) y a los 13 participantes del grupo sin DI (23 %).

La dispersión de los datos por existencia de patrón de abuso/dependencia de psicoestimulantes según cuestionario autorreportado supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.075$) ya que el 33.3% de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 4.28).

Como en las dos variables anteriores referidas al consumo de psicoestimulantes, los resultados de esta variable no se consideran válidos para el análisis.

Consumo de cocaína en el momento actual

Tabla 374. Consumo de cocaína en el momento actual. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Consumo de cocaína activo	nunca	Recuento	53	49	49	151
		% dentro de CIT	93.0%	94.2%	94.2%	93.8%
	alguna vez	Recuento	2	1	2	5
		% dentro de CIT	3.5%	1.9%	3.8%	3.1%
	de vez en cuando	Recuento	2	1	0	3
		% dentro de CIT	3.5%	1.9%	0.0%	1.9%
	frecuentemente	Recuento	0	1	0	1
		% dentro de CIT	0.0%	1.9%	0.0%	0.6%
	casi a diario	Recuento	0	0	1	1
		% dentro de CIT	0.0%	0.0%	1.9%	0.6%
	Total	Recuento	57	52	52	161
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 375. Consumo de cocaína en el momento actual. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.352 ^a	8	0.608
Razón de verosimilitudes	7.507	8	0.483
Asociación lineal por lineal	0.011	1	0.915
N de casos válidos	161		

a. 12 casillas (80.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0.32.

De los 161 participantes (91 %) del estudio de los que disponemos datos en relación al consumo de cocaína activo sobre el total de participantes del estudio ($N = 177$), 5 participantes reportaron que consumían cocaína actualmente *alguna vez* (3,1 %) , 3 participantes realizaba consumos *de vez en cuando* (1,9 %), un participante consumía cocaína *frecuentemente* (0,6 %) y en un participante los consumos de cocaína eran *casi a diario* (0,6 %) según el cuestionario de frecuencia de consumo autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de consumo de cocaína activo entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.608$). Un participante del grupo sin DI (0,6 %) y otro del grupo con IL (0,6 %) reportaron que consumían cocaína de forma activa *frecuentemente* y *casi a diario* frente a ningún participante del grupo sin DI que realizara consumos con esta frecuencia, existiendo 2 participantes que reportaron consumos *de vez en cuando* (3,5 %) en el grupo sin DI.

La dispersión de los datos por consumo de cocaína activo según cuestionario autorreportado supone una limitación en la valoración de la significación ($p=0.608$) ya que el 80,0 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 0.32).

Antecedentes de consumo de cocaína

Tabla 376. Antecedentes de consumo de cocaína. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Consumo de cocaína en el pasado	nunca	Recuento	17	17	24	58
		% dentro de CIT	29.8%	32.1%	46.2%	35.8%
	alguna vez	Recuento	5	4	11	20
		% dentro de CIT	8.8%	7.5%	21.2%	12.3%
	de vez en cuando	Recuento	7	9	6	22
		% dentro de CIT	12.3%	17.0%	11.5%	13.6%
	frecuentemente	Recuento	9	6	4	19
		% dentro de CIT	15.8%	11.3%	7.7%	11.7%
	casi a diario	Recuento	16	12	6	34
		% dentro de CIT	28.1%	22.6%	11.5%	21.0%
	sí, desconocida	Recuento	3	5	1	9
		% dentro de CIT	5.3%	9.4%	1.9%	5.6%
	Total	Recuento	57	53	52	162
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 377. Antecedentes de consumo de cocaína. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15.712 ^a	10	0.108
Razón de verosimilitudes	15.742	10	0.107
Asociación lineal por lineal	8.145	1	0.004
N de casos válidos	162		

a. 3 casillas (16.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.89.

De los 162 participantes (91,5 %) del estudio de los que disponemos datos en relación a los antecedentes de consumo de cocaína sobre la muestra total del estudio ($N= 177$), 20 participantes reportaron que habían consumido cocaína *alguna vez* en el pasado (12,3 %), 22 participantes reportaron que realizaban consumos *de vez en cuando* (13,6 %), 19 participantes reportaron que consumían cocaína *frecuentemente* en el pasado (11,7 %), 34 participantes reportaron consumos *casi a diario* en el pasado (21,0 %) y en 9 participantes la frecuencia de consumo era desconocida (5,6 %), según el cuestionario de frecuencia de consumo autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a los antecedentes de consumo de cocaína en los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.108$). Existía un mayor número de participantes que reportaba antecedentes de consumo de cocaína en el grupo con DI (15,8 % [$n = 9$] con consumos *frecuentes* y 28,1 % [$n = 16$] con consumos *casi a diario*) seguido del grupo con IL (11,3 % [$n = 6$] con consumos *frecuentes* y 22,6 % [$n = 12$] con consumos *casi a diario*) y con menor frecuencia de consumo en el grupo sin DI (7,7 % [$n = 4$] con consumos *frecuentes* y 11,5 % [$n = 6$] con consumos *casi a diario*).

La dispersión de los datos por consumo de opiáceos activo según cuestionario autorreportado supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.608$) ya que el 80.0 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 0.32).

Patrón de abuso/dependencia de cocaína

Tabla 378. Patrón de abuso/dependencia de cocaína .Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Patrón de abuso/dependencia de cocaína	no	Recuento	29	28	40	97
		% dentro de CIT	50.9%	52.8%	76.9%	59.9%
	sí	Recuento	26	20	11	57
		% dentro de CIT	45.6%	37.7%	21.2%	35.2%
	desconocido	Recuento	2	5	1	8
		% dentro de CIT	3.5%	9.4%	1.9%	4.9%
Total	Recuento	57	53	52	162	
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 379. Patrón de abuso/dependencia de cocaína. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11.866 ^a	4	0.018
Razón de verosimilitudes	11.908	4	0.018
Asociación lineal por lineal	5.733	1	0.017
N de casos válidos	162		

a. 3 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.57.

De los 162 participantes (91,5 %) del estudio de los que disponemos datos en relación al patrón de abuso / dependencia de consumo de cocaína sobre el total de participantes del estudio ($N = 177$) y según los datos recogidos en el cuestionario autorreportado por los participantes, 57 participantes (35,2 %) presentaban diagnóstico de patrón de abuso / dependencia de consumo de cocaína.

Existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de patrón de abuso/dependencia de cocaína entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica según los datos recogidos en el cuestionario autorreportado ($p = 0.018$), encontrándose 26 participantes con patrón de abuso/dependencia de cocaína en el grupo con DI (45,6 %) frente a los 20 participantes del grupo con IL (37,7 %) y a los 11 participantes del grupo sin DI (21,2 %).

La dispersión de los datos por existencia de patrón de abuso/dependencia de cocaína según cuestionario autorreportado supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.018$) ya que el 33,3 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 2.57).

Consumo de cannabis en el momento actual

Tabla 380. Consumo de cannabis en el momento actual. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Consumo de cannabis activo	nunca	Recuento	42	35	40	117
		% dentro de CIT	73.7%	67.3%	80.0%	73.6%
	alguna vez	Recuento	4	6	4	14
		% dentro de CIT	7.0%	11.5%	8.0%	8.8%
	de vez en cuando	Recuento	6	6	4	16
		% dentro de CIT	10.5%	11.5%	8.0%	10.1%
	frecuentemente	Recuento	2	4	2	8
		% dentro de CIT	3.5%	7.7%	4.0%	5.0%
	casi a diario	Recuento	3	1	0	4
		% dentro de CIT	5.3%	1.9%	0.0%	2.5%
	Total	Recuento	57	52	50	159
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 381. Consumo de cannabis en el momento actual. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.720 ^a	8	0.679
Razón de verosimilitudes	6.496	8	0.592
Asociación lineal por lineal	1.319	1	0.251
N de casos válidos	159		

a. 8 casillas (53.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.26.

De los 159 participantes (89,8 %) del estudio de los que disponemos datos en relación al consumo de cannabis activo sobre el número total de participantes del estudio ($N = 177$), 14 participantes reportaron que consumían cannabis actualmente *alguna vez* (8,8 %) , 16 participantes reportaron consumos *de vez en cuando* (10,1 %), 8 participantes reportaron consumos de cannabis *frecuentemente* (5,0 %) y en 4 participantes los consumos de cannabis eran *casi a diario* (2,5 %) según el cuestionario de frecuencia de consumo autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de consumo de cannabis activo entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.679$). 11 participantes del grupo con DI reportaron que presentaban consumos activos de cannabis *de vez en cuando*, *frecuentemente* y *casi a diario* (19,3 %), otros 11 participantes del grupo con IL reportaron consumos activos de cannabis con estas frecuencias e consumo (21,1 %) y 6 participantes del grupo sin DI reportaron consumos de cannabis con esa frecuencia (12 %). 3 participantes del grupo con DI reportó consumo activo de THC casi a diario (5,3 %) frente a un participante del grupo con IL (1,9 %) y ninguno en el grupo sin DI (0 %).

La dispersión de los datos por consumo de cannabis activo según cuestionario autorreportado supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.679$) ya que el 53.3 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 1.26).

Antecedentes de consumo de cannabis

Tabla 382. Antecedentes de consumo de cannabis. Tabla de contingencia

		CIT			Total
		DI	IL	No DI	
Consumo de cannabis en el pasado nunca	Recuento	17	14	22	53
	% dentro de CIT	29.8%	27.5%	44.0%	33.5%
alguna vez	Recuento	7	5	7	19
	% dentro de CIT	12.3%	9.8%	14.0%	12.0%
de vez en cuando	Recuento	7	10	4	21
	% dentro de CIT	12.3%	19.6%	8.0%	13.3%
frecuentemente	Recuento	5	3	4	12
	% dentro de CIT	8.8%	5.9%	8.0%	7.6%
casi a diario	Recuento	19	15	10	44
	% dentro de CIT	33.3%	29.4%	20.0%	27.8%
sí, desconocida	Recuento	2	4	3	9
	% dentro de CIT	3.5%	7.8%	6.0%	5.7%
Total	Recuento	57	51	50	158
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 383. Antecedentes de consumo de cannabis. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8.409 ^a	10	0.589
Razón de verosimilitudes	8.424	10	0.588
Asociación lineal por lineal	1.976	1	0.160
N de casos válidos	158		

a. 6 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.85.

De los 158 participantes (89,3 %) del estudio de los que disponemos datos en relación a los antecedentes de consumo de cannabis sobre el total de participantes del estudio ($N = 177$), 19 participantes reportaron que habían consumido cannabis *alguna vez* en el pasado (12 %), 21 participantes reportaron que habían consumido cannabis *de vez en cuando* (13,3 %), 12 participantes reportaron consumos cannabis *frecuentemente* en el pasado (7,6%), 44 participantes reportaron consumos de cannabis *casi a diario* (27,8%) y 9 de ellos refería un consumo de cannabis en el pasado con una frecuencia *desconocida* (5,7 %) según el cuestionario de frecuencia de consumo autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a los antecedentes de consumo de cannabis entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.589$). 24 participantes del grupo con DI (42.1 %) reportaron consumos de cannabis en el pasado *frecuentemente* y *casi a diario* en relación a los 18 participantes del grupo con IL (35,3 %) siendo menor el consumo de cannabis en el pasado en el grupo sin DI donde 14 participantes reconocían haber presentado consumos de cannabis con estas frecuencias de consumo (28 %).

La dispersión de los datos por consumo de cannabis en el pasado según cuestionario autorreportado supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.589$) ya que el 33,3 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 2.85).

Patrón de abuso/dependencia de cannabis

Tabla 384. Patrón de abuso/dependencia de cannabis. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Patrón de abuso/dependencia de cannabis	no	Recuento	30	30	33	93
		% dentro de CIT	52.6%	57.7%	66.0%	58.5%
	sí	Recuento	25	19	14	58
		% dentro de CIT	43.9%	36.5%	28.0%	36.5%
	desconocido	Recuento	2	3	3	8
		% dentro de CIT	3.5%	5.8%	6.0%	5.0%
Total		Recuento	57	52	50	159
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 385. Patrón de abuso/dependencia de cannabis. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.071 ^a	4	0.546
Razón de verosimilitudes	3.121	4	0.538
Asociación lineal por lineal	0.879	1	0.349
N de casos válidos	159		

a. 3 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.52.

De los 159 participantes (89,8 %) del estudio de los que disponemos datos en relación al patrón de abuso / dependencia de consumo de cannabis sobre el total de la muestra del estudio (N = 177) y según los datos recogidos en el cuestionario autorreportado por los participantes, 58 participantes (36,5 %) presentaban diagnóstico de patrón de abuso / dependencia de consumo de cannabis.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de patrón de abuso/dependencia de cannabis entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica según los datos recogidos en el cuestionario autorreportado ($p = 0.546$), encontrándose 25 participantes con patrón de abuso/dependencia de cannabis en el grupo con DI (43,9 %) frente a los 19 participantes del grupo con IL (36,5 %) y a los 14 participantes del grupo sin DI (28 %).

La dispersión de los datos por existencia de patrón de abuso/dependencia de cannabis según cuestionario autorreportado supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.546$) ya que el 33,3 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 2.52).

Consumo de benzodiazepinas (BDZ) en el momento actual

Tabla 386. Consumo de benzodiazepinas (BDZ) en el momento actual. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Consumo de benzodiazepinas activo	nunca	Recuento	46	48	48	142
		% dentro de CIT	80.7%	92.3%	96.0%	89.3%
	alguna vez	Recuento	1	1	0	2
		% dentro de CIT	1.8%	1.9%	0.0%	1.3%
	de vez en cuando	Recuento	1	0	0	1
		% dentro de CIT	1.8%	0.0%	0.0%	0.6%
	frecuentemente	Recuento	1	0	0	1
		% dentro de CIT	1.8%	0.0%	0.0%	0.6%
	casi a diario	Recuento	6	3	2	11
		% dentro de CIT	10.5%	5.8%	4.0%	6.9%
	sí, desconocida	Recuento	2	0	0	2
		% dentro de CIT	3.5%	0.0%	0.0%	1.3%
	Total	Recuento	57	52	50	159
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 387. Consumo de benzodicepinas (BDZ) en el momento actual. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10.645 ^a	10	0.386
Razón de verosimilitudes	12.262	10	0.268
Asociación lineal por lineal	5.848	1	0.016
N de casos válidos	159		

a. 15 casillas (83.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0.31.

De los 159 participantes (89,8 %) del estudio de los que disponemos datos en relación al consumo de benzodicepinas sin prescripción médica en el momento actual sobre el total de la muestra del estudio ($N = 177$), 11 participantes reportaron consumos de benzodicepinas no prescritas por el médico *casi a diario* (6,9 %) según el cuestionario de frecuencia de consumo autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de consumos de benzodicepinas sin prescripción médica en el momento del estudio entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.386$). 7 participantes del grupo con DI reportaron consumos de benzodicepinas sin prescripción médica *frecuentemente* y *casi a diario* (12,3 %) frente a 3 participantes del grupo con IL que realizaba consumos de benzodicepinas con estas frecuencias (5,8 %) y a los 2 participantes que reportaron esos consumos activos de benzodicepinas en el grupo sin DI (4 %).

La dispersión de los datos por consumo de benzodicepinas (BDZ) activo según cuestionario autorreportado supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.386$) ya que el 83,3 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 0.31).

Antecedentes de consumo de benzodiazepinas (BDZ)

Tabla 388. Antecedentes de consumo de benzodiazepinas. Tabla de contingencia

			CIT			Total	
			DI	IL	No DI		
Consumo de benzodiazepinas en el pasado	nunca	Recuento	32	35	37	104	
		% dentro de CIT	57.1%	67.3%	74.0%	65.8%	
	alguna vez	Recuento	7	2	9	18	
		% dentro de CIT	12.5%	3.8%	18.0%	11.4%	
	de vez en cuando	Recuento	3	3	3	9	
		% dentro de CIT	5.4%	5.8%	6.0%	5.7%	
	frecuentemente	Recuento	1	4	1	6	
		% dentro de CIT	1.8%	7.7%	2.0%	3.8%	
	casi a diario	Recuento	11	4	0	15	
		% dentro de CIT	19.6%	7.7%	0.0%	9.5%	
	sí, desconocida	Recuento	2	4	0	6	
		% dentro de CIT	3.6%	7.7%	0.0%	3.8%	
	Total		Recuento	56	52	50	158
			% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 389. Antecedentes de consumo de benzodiazepinas. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23.846 ^a	10	0.008
Razón de verosimilitudes	28.956	10	0.001
Asociación lineal por lineal	8.763	1	0.003
N de casos válidos	158		

a. 11 casillas (61.1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.90.

De los 158 participantes (89,3 %) del estudio de los que disponemos datos en relación a los antecedentes de consumo de BDZ sin prescripción médica sobre el total de participantes del

estudio ($N = 177$), 19 participantes reportaron que habían consumido BDZ *alguna vez* en el pasado (12 %), 21 participantes reportaron que habían consumido BDZ *de vez en cuando* (13,3 %), 12 participantes reportaron que consumían BDZ *frecuentemente* en el pasado (7,6 %), 44 participantes reportaron consumos de BDZ *casi a diario* (27,8 %) y 9 de ellos refería un consumo de BDZ en el pasado con una frecuencia *desconocida* (5,7 %) según el cuestionario de frecuencia de consumo autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

Existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de consumos de BDZ en el pasado sin prescripción médica entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.000$). 12 participantes del grupo con DI (21,4 %) reportaron consumos abusivos de BDZ en el pasado *frecuentemente* y *casi a diario* frente a los 8 participantes del grupo con IL (15,4 %) siendo menor el consumo de BDZ en el pasado reportado en el grupo sin DI, donde sólo 1 participante reconocía haber presentado consumos de BDZ con estas frecuencias de consumo (2 %).

La dispersión de los datos por consumo de BDZ en el pasado según cuestionario autorreportado supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.008$) ya que el 61,1 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 1.90).

Patrón de abuso/dependencia de benzodiazepinas (BDZ)

Tabla 390. Patrón de abuso/dependencia de benzodiazepinas. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Patrón de abuso/dependencia de benzodiazepinas	no	Recuento	40	39	47	126
		% dentro de CIT	70.2%	75.0%	94.0%	79.2%
	sí	Recuento	16	10	3	29
		% dentro de CIT	28.1%	19.2%	6.0%	18.2%
	desconocido	Recuento	1	3	0	4
		% dentro de CIT	1.8%	5.8%	0.0%	2.5%
Total		Recuento	57	52	50	159
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 391. Patrón de abuso/dependencia de benzodiazepinas. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12.816 ^a	4	0.012
Razón de verosimilitudes	14.475	4	0.006
Asociación lineal por lineal	7.276	1	0.007
N de casos válidos	159		

a. 3 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.26.

De los 159 participantes (89,8 %) del estudio de los que disponemos datos en relación al patrón de abuso / dependencia de consumo de benzodiazepinas sobre el total de participantes del estudio ($N = 177$) y según los datos recogidos en el cuestionario autorreportado por los participantes, 29 participantes (18,2 %) presentaban patrón de abuso / dependencia de consumo de benzodiazepinas.

Existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de patrón de abuso/dependencia de consumo de benzodiazepinas entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica según los datos recogidos en el cuestionario autorreportado ($p = 0.012$), encontrándose al menos 16 participantes con patrón de abuso/dependencia de benzodiazepinas en el grupo con DI (28,1 %) frente a los 10 participantes del grupo con IL (19,2 %) y a los 3 participantes del grupo sin DI (6,0 %).

La dispersión de los datos por existencia de patrón de abuso/dependencia de consumo de benzodiazepinas según cuestionario autorreportado supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.012$) ya que el 33.3% de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 1.26).

Antecedentes de consumo de alcohol

Tabla 392. Antecedentes de consumo de alcohol. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Consumo de alcohol	nunca	Recuento	10	3	3	16
		% dentro de CIT	17.9%	5.8%	6.0%	10.1%
	alguna vez	Recuento	16	13	16	45
		% dentro de CIT	28.6%	25.0%	32.0%	28.5%
	de vez en cuando	Recuento	15	23	21	59
		% dentro de CIT	26.8%	44.2%	42.0%	37.3%
	frecuentemente	Recuento	3	4	2	9
		% dentro de CIT	5.4%	7.7%	4.0%	5.7%
	casi a diario	Recuento	7	4	4	15
		% dentro de CIT	12.5%	7.7%	8.0%	9.5%
	sí, desconocida	Recuento	5	5	4	14
		% dentro de CIT	8.9%	9.6%	8.0%	8.9%
Total		Recuento	56	52	50	158
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 393. Antecedentes de consumo de alcohol. Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.713 ^a	10	0.466
Razón de verosimilitudes	9.523	10	0.483
Asociación lineal por lineal	0.084	1	0.772
N de casos válidos	158		

a. 8 casillas (44.4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.85.

De los 158 participantes (89,3 %) del estudio de los que disponemos datos en relación a los antecedentes de alcohol sobre la muestra total de estudio ($N = 177$), al menos 24 participantes reportaron consumos de alcohol en el pasado *frecuentemente* o *casi a diario* (15,2 %), según el cuestionario de frecuencia de consumo autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de antecedentes de consumo de alcohol entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.466$). Al menos 10 participantes del grupo con DI reportaron consumos de alcohol en el pasado *frecuentemente* y *casi a diario* (17,9 %) frente a 8 participantes del grupo con IL (15,4 %) y al menos 6 participantes que realizaban esos consumos en el pasado de alcohol en el grupo sin DI (12 %).

La dispersión de los datos por consumo de alcohol en el pasado según cuestionario autorreportado supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.466$) ya que el 44,4 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 2.85).

Patrón de abuso/dependencia de alcohol

Tabla 394. Patrón de abuso/dependencia de alcohol. Tabla de contingencia

		CIT			Total
		DI	IL	No DI	
Patrón de abuso/dependencia de alcohol no	Recuento	42	39	41	122
	% dentro de CIT	75.0%	75.0%	82.0%	77.2%
sí	Recuento	9	9	5	23
	% dentro de CIT	16.1%	17.3%	10.0%	14.6%
desconocido	Recuento	5	4	4	13
	% dentro de CIT	8.9%	7.7%	8.0%	8.2%
Total	Recuento	56	52	50	158
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 395. Patrón de abuso/dependencia de alcohol. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.343 ^a	4	0.854
Razón de verosimilitudes	1.411	4	0.842
Asociación lineal por lineal	0.425	1	0.514
N de casos válidos	158		

a. 3 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4.11.

De los 158 participantes (89,3 %) del estudio de los que disponemos datos en relación al patrón de abuso / dependencia de alcohol sobre la muestra total del estudio ($N = 177$) y según los datos recogidos en el cuestionario autorreportado por los participantes, al menos 23 participantes (14,6 %) presentaban diagnóstico de patrón de abuso / dependencia de consumo de alcohol.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de patrón de abuso/dependencia de consumo de alcohol entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica según los datos recogidos en el cuestionario autorreportado ($p = 0.854$), encontrándose al menos 9 participantes con patrón de abuso/dependencia de alcohol en el grupo con DI (16,1 %), otros 9 participantes del grupo con IL (17,3 %) y al menos 5 participantes del grupo sin DI (10,0 %).

La dispersión de los datos por existencia de patrón de abuso/dependencia de consumo de alcohol según cuestionario autorreportado supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.854$) ya que el 33.3% de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 4.11).

Consumo de drogas en el momento actual

Tabla 396. Consumo de drogas en el momento actual. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Consumo de drogas en el momento actual autorreportado	no	Recuento	20	16	16	52
		% dentro de CIT	35.7%	30.8%	32.0%	32.9%
	sí	Recuento	36	36	34	106
		% dentro de CIT	64.3%	69.2%	68.0%	67.1%
Total	Recuento	56	52	50	158	
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 397. Consumo de drogas en el momento actual. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0.326 ^a	2	0.850
Razón de verosimilitudes	0.325	2	0.850
Asociación lineal por lineal	0.175	1	0.676
N de casos válidos	158		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 16.46.

De los 158 participantes (89,3 %) del estudio de los que disponemos datos en relación a la existencia de consumo activo de drogas sobre el total de participantes del estudio ($N = 177$), 106 participantes reportaron consumo de drogas activo (67,1 %) según el cuestionario de frecuencia de consumo autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de consumo activo de drogas entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.850$). 36 participantes del grupo con DI reportaban consumos de drogas (64,3 %), otros 36 participantes del grupo con IL (69,2 %) y 34 participantes del grupo sin DI (68 %).

Antecedentes de consumo de drogas

Tabla 398. Antecedentes de consumo de drogas. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Antecedentes de consumo de drogas	no	Recuento	8	9	11	28
		% dentro de CIT	14.3%	17.0%	21.6%	17.5%
	si	Recuento	48	44	40	132
		% dentro de CIT	85.7%	83.0%	78.4%	82.5%
Total	Recuento	56	53	51	160	
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 399. Antecedentes de consumo de drogas. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0.995 ^a	2	0.608
Razón de verosimilitudes	0.985	2	0.611
Asociación lineal por lineal	0.967	1	0.325
N de casos válidos	160		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8.93.

De los 160 participantes (90,4 %) del estudio de los que disponemos datos sobre antecedentes de consumo de drogas a lo largo de la psicobiografía de los participantes en el momento de realización del estudio ($N = 177$), al menos 132 participantes reportaron haber consumido drogas (82,5 %) según el cuestionario de frecuencia de consumo autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de antecedentes de consumo de drogas entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.608$). 48 participantes del grupo con DI reportaron consumos de drogas (85,7 %), junto con 40 participantes del grupo con IL (83 %) y 40 participantes del grupo sin DI (78,4 %).

En resumen y agrupando los resultados del consumo de drogas según diagnóstico en historia clínica y como variable autorreportada, se concluyen los siguientes resultados:

Opiáceos

En nuestro estudio encontramos un mayor porcentaje de diagnóstico de abuso y dependencia de opiáceos en historia clínica en el grupo con DI (4,8 % [$n = 3$] con diagnóstico de abuso y 36,5 % [$n = 23$] con diagnóstico de dependencia) seguido del grupo con IL (3,4 % [$n = 2$] con abuso y 3,4 % [$n = 2$] con dependencia) y con menor porcentaje en el grupo sin DI (0 % de abuso y 16,1 % [$n = 9$] con dependencia) con una significación $p = 0.059$.

Es destacable que casi la mitad del grupo con DI (44,5 % [$n = 28$]) presentaba diagnóstico de consumo de opiáceos de los cuales 36,5 % [$n = 23$] tenía diagnóstico de dependencia.

En relación al consumo de opiáceos como variable autorreportada, encontramos una mayor frecuencia de antecedentes de consumo de opiáceos en el grupo con DI (36,8 % [$n = 21$] consumían opiáceos en el pasado *frecuentemente* o *casi a diario*) con menor porcentaje en el grupo con IL (22,5 % [$n = 12$]) y en el grupo sin DI (19,6 % [$n = 10$]), con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p = 0.015$).

Igualmente y en relación al consumo activo de opiáceos como variable autorreportada, encontramos una frecuencia mayor de consumo en el grupo con DI con respecto a los otros dos grupos (3,6 % [$n = 2$] con consumos *de vez en cuando* o *casi a diario* en relación a ningún participante del grupo con IL o sin DI que reportara consumo activo con esta frecuencia).

Cocaína

Se evidencia un mayor porcentaje de diagnóstico de abuso y dependencia de cocaína en la historia clínica en el grupo con DI (33,4 % [$n = 21$]) en relación a los otros dos grupos de clasificación diagnóstica (27.6 % [$n = 16$] en el grupo con IL y 12.5 % [$n = 7$] en el grupo sin DI) sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p = 0.171$).

En relación al consumo de cocaína autorreportado, existía un mayor porcentaje de participantes que informaban de consumo de cocaína en el pasado en el grupo con DI (15,8 % [$n = 9$]) con consumos *frecuentes* y 28,1 % [$n = 16$]) con consumos *casi a diario* seguido del grupo con IL (11,3 % [$n = 6$] con consumos *frecuentes* y 22,6% [$n = 12$]) con consumos *casi a diario* y con menor frecuencia de consumo en el grupo sin DI (7,7 % [$n = 4$]) con consumos *frecuentes* y 11,5 % [$n = 6$]) con consumos *casi a diario* sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p = 0.108$).

En relación al consumo actual de cocaína, ningún participante del grupo con DI reportaba consumos frecuentes o a diario frente a un participante del grupo con IL con consumo activo (1,9 % [$n = 1$] y otro participante del grupo sin DI (1,9 % [$n = 1$])).

Cannabis

En el estudio se evidencia un mayor porcentaje de participantes con diagnóstico de abuso y dependencia de cannabis en el grupo con DI (25,4 % [$n = 16$]) en relación a los otros dos grupos (17,2 % [$n = 10$] en el grupo con IL y 12,5 % [$n = 7$] en el grupo sin DI sin encontrar diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.350$).

En relación al consumo de cannabis en el pasado autorreportado, existía un porcentaje de participantes con una mayor frecuencia de consumo en el grupo con DI (42,1 % [$n = 24$] consumían cannabis en el pasado *frecuente* y *casi a diario*) seguidos del grupo con IL (35,3 % [$n = 18$] con consumos con estas frecuencias) y con un menor porcentaje de participantes con estas frecuencias de consumo de THC en el pasado en el grupo sin DI (28 % [$n = 14$]) sin existir diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p = 0.589$).

En relación al consumo activo de cannabis en el momento del estudio autorreportado, existía también una mayor frecuencia de consumos en el grupo con DI y IL (8,8 % [$n = 5$] del grupo con DI y 9,6 % [$n = 5$] del grupo con IL consumía THC *frecuente* y *casi a diario*) en relación al grupo sin DI (4 % [$n = 2$] consumían THC *frecuente* y *casi a diario*) sin resultados estadísticamente significativos ($p = 0.679$).

Benzodiacepinas

Encontramos un mayor porcentaje de participantes con diagnóstico de consumo y dependencia de BDZ en el grupo con IL y en el grupo con DI (10 % [$n = 6$] y 4,8 % [$n = 3$] respectivamente) y menor en el grupo sin DI (1,8 % [$n = 1$]) sin existir diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p = 0.415$).

En relación al abuso de BDZ que los participantes reportaron, existía un mayor porcentaje de participantes con consumo de BDZ sin prescripción médica con consumo *frecuente* o *casi a diario* a lo largo de su trayectoria vital en el grupo con DI (21,4 % [$n = 12$]) seguido del grupo con IL (15,4 % [$n = 8$]) y menor porcentaje de participantes con estos consumos en el grupo sin DI (2 % [$n = 1$]) con resultados estadísticamente significativos ($p = 0.008$).

En relación al abuso de BDZ en el momento del estudio según variable autorreportada, existía también un mayor porcentaje de abuso de BDZ sin prescripción médica de forma *frecuente* o

casi a diario en el grupo con DI (12,3 % [$n = 7$]) en relación al grupo con IL (5,8 % [$n = 3$]) y menor porcentaje de participantes en el grupo sin DI (4 % [$n = 2$]) sin resultados estadísticamente significativos ($p = 0.386$).

Alcohol

Encontramos un porcentaje mayor de participantes con diagnóstico de consumo y dependencia de alcohol en el grupo con DI (20,6 % [$n = 13$]) seguido del grupo con IL (19% [$n = 11$]) y con menor porcentaje en el grupo sin DI (10,7 % [$n = 6$]) sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p = 0.717$).

En relación a los antecedentes de consumo de alcohol según variable autorreportada, existía mayor porcentaje de consumos de OH *frecuentemente* o *casi a diario* en el grupo sin DI (17,9 % [$n = 10$]) en relación al grupo con IL (15,4 % [$n = 8$]) y el grupo sin DI (12 % [$n = 6$]) sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p = 0.466$).

Consumo de drogas

En nuestro estudio encontramos un mayor porcentaje de participantes con diagnóstico de consumo de drogas en historia clínica en el grupo con DI (66,7 % [$n = 42$]) seguido del grupo de participantes con IL (55,2 % [$n = 32$]) y con menor porcentaje en el grupo sin DI (32,1 % [$n = 18$]) con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p = 0.001$).

Según variable autorreportada, se evidencia que existe un mayor porcentaje de antecedentes de consumo el grupo con DI (85,7 % [$n = 48$]) seguido del grupo con IL (83 % [$n = 44$]) y del

grupo sin DI (78.4 % [$n = 40$]) sin existir diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p = 0.608$).

En relación al consumo de drogas en el momento actual según variable autorreportada, existía un discreto mayor porcentaje de consumo de drogas en los grupos con DI y IL (64,3 % [$n = 36$] y 69,2 % [$n = 36$]) en relación con el grupo sin DI (68 % [$n = 34$]) sin existir diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p = 0850$)

Antecedentes de episodios de pérdida de conciencia

Tabla 400. Antecedentes de episodios de pérdida de conciencia. Tabla de contingencia

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Antecedentes de episodios de pérdida de conciencia	no	Recuento	41	41	45	127
		% dentro de CIT	73.2%	78.8%	86.5%	79.4%
	sí	Recuento	15	11	7	33
		% dentro de CIT	26.8%	21.2%	13.5%	20.6%
Total		Recuento	56	52	52	160
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 401. Antecedentes de episodios de pérdida de conciencia. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.937 ^a	2	0.230
Razón de verosimilitudes	3.028	2	0.220
Asociación lineal por lineal	2.896	1	0.089
N de casos válidos	160		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10.73.

De los 160 participantes (90,4 %) del estudio de los que disponemos datos en relación a la existencia de antecedentes de pérdida de conciencia sobre la muestra total de estudio ($N = 177$), al menos 33 participantes reportaron haber presentado al menos un episodio de pérdida del nivel de conciencia (20,6 %) según el cuestionario de frecuencia de consumo autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de al menos un episodio de pérdida de conciencia en la psicobiografía del individuo entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.230$). 15 participantes del grupo con DI reportaron haber presentado algún episodio de pérdida de conciencia (26,8 %), frente a 11 participantes del grupo con IL (21,2 %) y 7 participantes del grupo sin DI (13,5 %).

Sobredosis por drogas

Tabla 402. Sobredosis por drogas. Tabla de contingencia

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Existencia de sobredosis por drogas en psicobiografía del individuo	no	Recuento	49	49	51	149
		% dentro de CIT	87.5%	94.2%	98.1%	93.1%
	sí	Recuento	7	3	1	11
		% dentro de CIT	12.5%	5.8%	1.9%	6.9%
Total		Recuento	56	52	52	160
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 403. Sobredosis por drogas. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.858 ^a	2	0.088
Razón de verosimilitudes	5.105	2	0.078
Asociación lineal por lineal	4.715	1	0.030
N de casos válidos	160		

a. 3 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.58.

De los 160 participantes (90,4 %) del estudio de los que disponemos datos en relación a la existencia de episodios de sobredosis por drogas en la psicobiografía del individuo en el momento de realización del estudio ($N = 177$), al menos 11 participantes reportaron haber presentado al menos un episodio de sobredosis por drogas (6,9 %) según el cuestionario de frecuencia de consumo autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de al menos un episodio de sobredosis por drogas en la psicobiografía del individuo entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.088$). 7 participantes del grupo con DI reportaba haber presentado algún episodio de sobredosis por drogas (12,5 %) frente a 3 participantes del grupo con IL (5,8 %) y 1 participante del grupo sin DI (1,9 %).

La dispersión de los datos por existencia de haber presentado al menos un episodio de sobredosis por drogas según cuestionario autorreportado supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.088$) ya que el 50.0% de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 3.58).

4.2.2 RELATIVAS A ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedentes de consumo de drogas en padres o hijos

Tabla 404. Antecedentes de consumo de drogas en padres o hijos. Tabla de contingencia

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Antecedentes de consumo de drogas en progenitores	no	Recuento	54	49	45	148
		% dentro de CIT	94.7%	94.2%	88.2%	92.5%
	sí	Recuento	3	3	6	12
		% dentro de CIT	5.3%	5.8%	11.8%	7.5%
Total		Recuento	57	52	51	160
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 405. Antecedentes de consumo de drogas en padres o hijos. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.973 ^a	2	0.373
Razón de verosimilitudes	1.852	2	0.396
Asociación lineal por lineal	1.582	1	0.208
N de casos válidos	160		

a. 3 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.83.

De los 160 participantes (90,4 %) del estudio de los que disponemos datos en relación a antecedentes de consumo de drogas en progenitores o hijos sobre el total de la muestra del estudio ($N = 177$), al menos 12 participantes reportaron antecedentes de consumo de drogas

en padres o hijos (7,5 %) según el cuestionario autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de antecedentes de consumo de drogas en progenitores o hijos, según cuestionario autorreportado, entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.373$). 3 participantes del grupo con DI reportaron antecedentes de consumo de drogas en padres o hijos (5,3 %), 3 participantes del grupo con IL (5,8 %) y 6 participantes del grupo sin DI (11,8 %).

La dispersión de los datos por existencia de antecedentes de consumo de drogas en progenitores o hijos, según cuestionario autorreportado, supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.373$) ya que el 50.0% de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 3.83).

Antecedentes de consumo de drogas en hermanos

Tabla 406. Antecedentes de consumo de drogas en hermanos. Tabla de contingencia

		CIT			Total
		DI	IL	No DI	
Antecedentes de consumo de no drogas en hermanos	Recuento	47	45	46	138
	% dentro de CIT	82.5%	84.9%	90.2%	85.7%
sí	Recuento	10	8	5	23
	% dentro de CIT	17.5%	15.1%	9.8%	14.3%
Total	Recuento	57	53	51	161
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 407. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.359 ^a	2	0.507
Razón de verosimilitudes	1.418	2	0.492
Asociación lineal por lineal	1.292	1	0.256
N de casos válidos	161		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7.29.

De los 161 participantes (91 %) del estudio de los que disponemos datos en relación a antecedentes de consumo de drogas en hermanos sobre el total de participantes del estudio ($N = 177$), al menos 23 participantes reportaron antecedentes de consumo de drogas en sus hermanos (14,3 %) según el cuestionario autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de antecedentes de consumo de drogas en hermanos entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.507$). 10 participantes del grupo con DI reportaron antecedentes de consumo de drogas en hermanos (17,5 %), 8 participantes del grupo con IL (15,1 %) y 5 participantes del grupo sin DI (9,8 %).

Antecedentes psiquiátricos de TMG en padres o hijos

Tabla 408. Antecedentes psiquiátricos de TMG en padres o hijos. Tabla de contingencia

		CIT			Total
		DI	IL	No DI	
Antecedentes psiquiátricos de TMG enno padres o hijos	Recuento	51	53	49	153
	% dentro de CIT	89.5%	100.0%	96.1%	95.0%
sí	Recuento	6	0	2	8
	% dentro de CIT	10.5%	0.0%	3.9%	5.0%
Total	Recuento	57	53	51	161
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 409. Antecedentes psiquiátricos de TMG en padres o hijos. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.618 ^a	2	0.037
Razón de verosimilitudes	8.391	2	0.015
Asociación lineal por lineal	2.676	1	0.102
N de casos válidos	161		

a. 3 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.53.

De los 161 participantes (91 %) del estudio de los que disponemos datos en relación a la existencia de antecedentes de trastorno mental grave (TMG) en padres o hijos sobre el total de participantes del estudio ($N = 177$), al menos 8 participantes reportaron antecedentes de TMG en progenitores o descendentes (5,0 %) según el cuestionario autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

Existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de antecedentes de TMG en progenitores o descendencia entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.037$). 6 participantes del grupo con DI reportaron antecedentes de TMG en progenitores o descendientes (10,5 %), frente a ningún participante del grupo con IL y 2 participantes del grupo sin DI (3,9 %).

La dispersión de los datos por existencia de antecedentes de consumo de drogas en progenitores según cuestionario autorreportado supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.037$) ya que el 50.0% de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 2.53).

Antecedentes psiquiátricos de TMG en hermanos

Tabla 410. Antecedentes psiquiátricos de TMG en hermanos. Tabla de contingencia

		CIT			Total
		DI	IL	No DI	
Antecedentes psiquiátricos de no TMG en hermanos	Recuento	55	46	49	150
	% dentro de CIT	96.5%	86.8%	96.1%	93.2%
sí	Recuento	2	7	2	11
	% dentro de CIT	3.5%	13.2%	3.9%	6.8%
Total	Recuento	57	53	51	161
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 411. Antecedentes psiquiátricos de TMG en hermanos. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.052 ^a	2	0.080
Razón de verosimilitudes	4.691	2	0.096
Asociación lineal por lineal	0.024	1	0.876
N de casos válidos	161		

a. 3 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.48.

De los 161 participantes (91 %) del estudio de los que disponemos datos en relación a la existencia de antecedentes de trastorno mental grave (TMG) en hermanos sobre el total de participantes del estudio ($N = 177$), al menos 11 participantes reportaron antecedentes de TMG en hermanos (6,8 %) según el cuestionario autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de antecedentes de TMG en hermanos entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.080$). 2 participantes del grupo con DI reportaron existencia de diagnóstico de TMG en hermanos (3,5 %), 7 participantes del grupo con IL (13,2 %) y 2 participantes del grupo sin DI (3,9 %).

La dispersión de los datos por existencia de antecedentes de diagnóstico de TMG en hermanos según cuestionario autorreportado supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.080$) ya que el 50,0 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 3.48).

4.2.3 RELATIVAS A INTENTOS DE SUICIDIO, AUTOLESIONES Y HETEROAGRESIVIDAD

Intentos de suicidio antes de su entrada en prisión

Tabla 412. Intentos de suicidio antes de su entrada en prisión. Tabla de contingencia

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Intentos de suicidio antes de su entrada en prisión	no	Recuento	40	38	43	121
		% dentro de CIT	70.2%	73.1%	86.0%	76.1%
	sí	Recuento	17	14	7	38
		% dentro de CIT	29.8%	26.9%	14.0%	23.9%
Total		Recuento	57	52	50	159
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 413. Intentos de suicidio antes de su entrada en prisión. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.056 ^a	2	0.132
Razón de verosimilitudes	4.330	2	0.115
Asociación lineal por lineal	3.551	1	0.060
N de casos válidos	159		

a. 0 casillas (0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 11.95.

De los 159 participantes (89,8 %) del estudio de los que disponemos datos en relación a la existencia de intentos de suicidio antes de su entrada en prisión sobre el total de participantes del estudio (N = 177), al menos 38 participantes reportaron antecedentes de intentos de suicidio previos a la entrada en centro penitenciario (23,9 %), según el cuestionario autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de intentos de suicidio previos a la entrada en prisión entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.132$). 17 participantes del grupo con DI reportaron intentos de suicidio previos a la entrada en prisión (29,8 %), 14 participantes del grupo con IL (26,9 %) y 7 participantes del grupo sin DI (14,0 %).

Intentos de suicidio posteriores su entrada en prisión

Tabla 414. Intentos de suicidio posteriores a su entrada en prisión. Tabla de contingencia

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Intentos de suicidio posteriores a su entrada en prisión	no	Recuento	42	47	47	136
		% dentro de CIT	73.7%	90.4%	92.2%	85.0%
	sí	Recuento	15	5	4	24
		% dentro de CIT	26.3%	9.6%	7.8%	15.0%
Total		Recuento	57	52	51	160
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 415. Intentos de suicidio posteriores a su entrada en prisión. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8.956 ^a	2	0.011
Razón de verosimilitudes	8.602	2	0.014
Asociación lineal por lineal	7.377	1	0.007
N de casos válidos	160		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7.65.

De los 160 participantes (90,39 %) del estudio de los que disponemos datos en relación a la existencia de intentos de suicidio antes de su entrada en prisión sobre el total de participantes del estudio ($N = 177$), al menos 24 participantes reportaron intentos de suicidio durante su estancia en prisión (15,0 %), según el cuestionario autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

Existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de intentos de suicidio previos a la entrada en prisión entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.011$). 15 participantes del grupo con DI reportaron la existencia de intentos de suicidio durante su estancia en prisión (26,3 %), 5 participantes del grupo con IL (9,6 %) y 4 participantes del grupo sin DI (7,8 %).

Conductas autolesivas antes de su entrada en prisión

Tabla 416. Conductas autolesivas antes de su entrada en prisión. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Conductas autolesivas antes de su entrada en prisión	nunca	Recuento	26	32	31	89
		% dentro de CIT	45.6%	60.4%	60.8%	55.3%
	alguna vez	Recuento	17	11	16	44
		% dentro de CIT	29.8%	20.8%	31.4%	27.3%
	de vez en cuando	Recuento	7	5	2	14
		% dentro de CIT	12.3%	9.4%	3.9%	8.7%
	frecuentemente	Recuento	5	2	2	9
		% dentro de CIT	8.8%	3.8%	3.9%	5.6%
	casi a diario	Recuento	2	3	0	5
		% dentro de CIT	3.5%	5.7%	0.0%	3.1%
	Total	Recuento	57	53	51	161
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 417. Conductas autolesivas antes de su entrada en prisión. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.304 ^a	8	0.317
Razón de verosimilitudes	10.938	8	0.205
Asociación lineal por lineal	4.764	1	0.029
N de casos válidos	161		

a. 9 casillas (60.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.58.

De los 161 participantes (91 %) del estudio de los que disponemos datos en relación a la existencia de conductas autolesivas antes de su entrada en prisión sobre el total de participantes del estudio ($N = 177$), 72 participantes reportaron haber presentado en al menos alguna ocasión conductas autolesivas antes de su entrada en prisión (44,7 %), según el cuestionario autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de conductas autolesivas antes de la entrada en prisión entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.317$). 7 participantes del grupo con DI reportaron conductas autolesivas *frecuentemente* o *casi a diario* (12,3 %) frente a 5 participantes del grupo con IL (9.5%) y a los 2 participantes del grupo sin DI (3,9 %).

La dispersión de los datos por existencia de conductas autolesivas antes de la entrada en prisión entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.317$) ya que el 60 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 1.58).

Conductas autolesivas posteriores a su entrada en prisión

Tabla 418. Conductas autolesivas posteriores a su entrada en prisión. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Conductas autolesivas posteriores su entrada en prisión	nunca	Recuento	28	37	35	100
		% dentro de CIT	49.1%	72.5%	68.6%	62.9%
	alguna vez	Recuento	18	10	13	41
		% dentro de CIT	31.6%	19.6%	25.5%	25.8%
	de vez en cuando	Recuento	7	2	2	11
		% dentro de CIT	12.3%	3.9%	3.9%	6.9%
	frecuentemente	Recuento	1	1	0	2
		% dentro de CIT	1.8%	2.0%	0.0%	1.3%
	casi a diario	Recuento	3	1	1	5
		% dentro de CIT	5.3%	2.0%	2.0%	3.1%
	Total	Recuento	57	51	51	159
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 419. Conductas autolesivas posteriores a su entrada en prisión. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10.155 ^a	8	0.254
Razón de verosimilitudes	10.603	8	0.225
Asociación lineal por lineal	5.643	1	0.018
N de casos válidos	159		

a. 9 casillas (60.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0.64.

De los 159 participantes (89,8 %) del estudio de los que disponemos datos en relación a la existencia de conductas autolesivas después de su entrada en prisión sobre el total de participantes del estudio (N = 177), 59 participantes reportaron al menos en alguna ocasión conductas autolesivas tras de su entrada en prisión (37,1 %), según el cuestionario autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de conductas autolesivas tras la entrada en prisión entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.254$). 4 participantes del grupo con DI reportaron haber presentado conductas autolesivas *frecuentemente o casi a diario* (7,1 %) posteriores a su entrada en prisión, frente a 2 participantes del grupo con IL (4 %) y a 1 participante del grupo sin DI (2 %).

La dispersión de los datos por existencia de conductas autolesivas posteriores a su entrada en prisión entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.254$) ya que el 60% de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 0.64).

Existencia de heteroagresividad verbal antes de su entrada en prisión

Tabla 420. Existencia de heteroagresividad verbal antes de su entrada en prisión. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Existencia de heteroagresividad verbal antes de su entrada en prisión	nunca	Recuento	13	12	10	35
		% dentro de CIT	22.8%	22.6%	19.6%	21.7%
	alguna vez	Recuento	28	29	32	89
		% dentro de CIT	49.1%	54.7%	62.7%	55.3%
	de vez en cuando	Recuento	11	8	9	28
		% dentro de CIT	19.3%	15.1%	17.6%	17.4%
	frecuentemente	Recuento	3	4	0	7
		% dentro de CIT	5.3%	7.5%	0.0%	4.3%
	casi a diario	Recuento	2	0	0	2
		% dentro de CIT	3.5%	0.0%	0.0%	1.2%
Total	Recuento	57	53	51	161	
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 421. Existencia de heteroagresividad verbal antes de su entrada en prisión. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8.570 ^a	8	0.380
Razón de verosimilitudes	11.058	8	0.198
Asociación lineal por lineal	1.521	1	0.218
N de casos válidos	161		

a. 6 casillas (40.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0.63.

De los 161 participantes del estudio de los que disponemos datos en relación a la existencia de heteroagresividad verbal antes de su entrada en prisión (N= 177), 126 participantes reportaron haber presentado en al menos en alguna ocasión episodios de heteroagresividad verbal antes su entrada en prisión (78.2%), según el cuestionario autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de episodios de heteroagresividad verbal antes de su entrada en prisión entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p=0.380$). 5 participantes del grupo con DI reportaron haber presentado existencia de heteroagresividad verbal *frecuentemente o casi a diario* (8.8%) frente a 4 participantes del grupo con IL (7.5%) y a ningún participante del grupo sin DI (0%).

La dispersión de los datos por existencia de episodios de heteroagresividad verbal antes de la entrada en prisión entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica supone una limitación en la valoración de la significación ($p=0.380$) ya que el 40% de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 0.63).

Existencia de heteroagresividad física antes de su entrada en prisión

Tabla 422. Existencia de heteroagresividad física antes de su entrada en prisión. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Existencia de heteroagresividad física antes de su entrada en prisión	nunca	Recuento	20	25	21	66
		% dentro de CIT	35.7%	47.2%	41.2%	41.3%
	alguna vez	Recuento	22	17	17	56
		% dentro de CIT	39.3%	32.1%	33.3%	35.0%
	de vez en cuando	Recuento	11	8	12	31
		% dentro de CIT	19.6%	15.1%	23.5%	19.4%
	frecuentemente	Recuento	2	3	1	6
		% dentro de CIT	3.6%	5.7%	2.0%	3.8%
	casi a diario	Recuento	1	0	0	1
		% dentro de CIT	1.8%	0.0%	0.0%	0.6%
	Total	Recuento	56	53	51	160
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 423. Existencia de heteroagresividad física antes de su entrada en prisión. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.101 ^a	8	0.747
Razón de verosimilitudes	5.371	8	0.717
Asociación lineal por lineal	0.369	1	0.543
N de casos válidos	160		

a. 6 casillas (40.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0.32.

De los 160 participantes del estudio de los que disponemos datos en relación a la existencia de heteroagresividad física antes de su entrada en prisión ($N = 177$), 94 participantes reportaron haber presentado al menos en alguna ocasión episodios de heteroagresividad física antes su entrada en prisión (58,8 %), según el cuestionario autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de episodios de heteroagresividad física antes de su entrada en prisión entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.747$). 3 participantes del grupo con DI reportaron haber presentado existencia de episodios de heteroagresividad física *frecuentemente o casi a diario* (5.4%) frente a 3 participantes del grupo con IL (5.7%) y a un participante del grupo sin DI (2%).

La dispersión de los datos por existencia de episodios de heteroagresividad física antes de la entrada en prisión entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica supone una limitación en la valoración de la significación ($p=0.747$) ya que el 40% de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 0.32).

Existencia heteroagresividad verbal posterior a su entrada en prisión

Tabla 424. Existencia de heteroagresividad verbal posterior a su entrada en prisión. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Existencia heteroagresividad verbal tras su primera entrada en CP	nunca	Recuento	13	18	13	44
		% dentro de CIT	22.8%	34.6%	26.0%	27.7%
	alguna vez	Recuento	35	25	33	93
		% dentro de CIT	61.4%	48.1%	66.0%	58.5%
	de vez en cuando	Recuento	5	6	3	14
		% dentro de CIT	8.8%	11.5%	6.0%	8.8%
	frecuentemente	Recuento	4	2	1	7
		% dentro de CIT	7.0%	3.8%	2.0%	4.4%
	casi a diario	Recuento	0	1	0	1
		% dentro de CIT	0.0%	1.9%	0.0%	0.6%
	Total	Recuento	57	52	50	159
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 425. Existencia de heteroagresividad verbal posterior a su entrada en prisión. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.496 ^a	8	0.484
Razón de verosimilitudes	7.732	8	0.460
Asociación lineal por lineal	1.158	1	0.282
N de casos válidos	159		

a. 8 casillas (53.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0.31.

De los 159 participantes del estudio de los que disponemos datos en relación a la existencia de heteroagresividad verbal tras su entrada en prisión ($N = 177$), 115 participantes reportaron haber presentado al menos en alguna ocasión episodios de heteroagresividad verbal tras su entrada en prisión (72,3 %), según el cuestionario autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de episodios de heteroagresividad verbal tras la entrada en prisión entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.484$). 4 participantes del grupo con DI reportaron haber presentado existencia de heteroagresividad verbal *frecuentemente* o *casi a diario* (7 %) posterior a su entrada a prisión, frente a 2 participantes del grupo con IL (5,7 %) y a un participante del grupo sin DI (2 %).

La dispersión de los datos por existencia de episodios de heteroagresividad verbal tras la entrada en prisión entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.484$) ya que el 53,3 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 0.31).

Existencia de heteroagresividad física posterior a su entrada en prisión

Tabla 426. Existencia de heteroagresividad física posterior a su entrada en prisión. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Existencia de heteroagresividad física tras su entrada en prisión	nunca	Recuento	28	30	27	85
		% dentro de CIT	50.0%	57.7%	54.0%	53.8%
	alguna vez	Recuento	22	16	18	56
		% dentro de CIT	39.3%	30.8%	36.0%	35.4%
	de vez en cuando	Recuento	5	3	4	12
		% dentro de CIT	8.9%	5.8%	8.0%	7.6%
	frecuentemente	Recuento	1	2	1	4
		% dentro de CIT	1.8%	3.8%	2.0%	2.5%
	casi a diario	Recuento	0	1	0	1
		% dentro de CIT	0.0%	1.9%	0.0%	0.6%
	Total	Recuento	56	52	50	158
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 427. Existencia de heteroagresividad física posterior a su entrada en prisión. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.798 ^a	8	0.875
Razón de verosimilitudes	3.972	8	0.860
Asociación lineal por lineal	0.084	1	0.772
N de casos válidos	158		

a. 9 casillas (60.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0.32.

De los 158 participantes del estudio de los que disponemos datos en relación a la existencia de heteroagresividad física posterior a su entrada en prisión ($N = 177$), 73 participantes reportaron haber presentado al menos en alguna ocasión episodios de heteroagresividad física

tras su entrada en prisión (46,1 %), según el cuestionario autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de episodios de heteroagresividad física tras su entrada en prisión entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p=0.875$). 1 participante del grupo con DI reportó haber presentado episodios de heteroagresividad física tras su entrada en prisión *frecuentemente o casi a diario* (1.8%) frente a 3 participantes del grupo con IL (5.7%) y a un participante del grupo sin DI (2%).

La dispersión de los datos por existencia de episodios de heteroagresividad física antes de la entrada en prisión entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica supone una limitación en la valoración de la significación ($p=0.875$) ya que el 60% de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 0.32).

4.2.4 RELATIVAS A MALTRATO Y ABUSO

Maltratos psicológicos en la infancia

Tabla 428. Maltratos psicológicos en la infancia. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Maltratos psicológicos en la infancia	nunca	Recuento	15	16	16	47
		% dentro de CIT	26.3%	30.2%	31.4%	29.2%
	alguna vez	Recuento	24	20	29	73
		% dentro de CIT	42.1%	37.7%	56.9%	45.3%
	de vez en cuando	Recuento	9	11	3	23
		% dentro de CIT	15.8%	20.8%	5.9%	14.3%
	frecuentemente	Recuento	4	4	2	10
		% dentro de CIT	7.0%	7.5%	3.9%	6.2%
	casi a diario	Recuento	5	2	1	8
		% dentro de CIT	8.8%	3.8%	2.0%	5.0%
	Total	Recuento	57	53	51	161
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 429. Maltratos psicológicos en la infancia. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10.110 ^a	8	0.257
Razón de verosimilitudes	10.613	8	0.225
Asociación lineal por lineal	4.096	1	0.043
N de casos válidos	161		

a. 6 casillas (40.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.53.

De los 161 participantes (91 %) del estudio de los que disponemos datos en relación a la existencia de maltratos psicológicos en la infancia ($N = 177$), 114 participantes reportaron haber sufrido en al menos alguna ocasión existencia de maltratos psicológicos durante su

infancia (70,8 %) según el cuestionario autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de maltratos psicológicos en la infancia entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.257$). 9 participantes del grupo con DI reportaron haber presentado maltratos psicológicos en su infancia *frecuentemente* o *casi a diario* (15,8 %) frente a 6 participantes del grupo con IL (11,3 %) y a 3 participantes del grupo sin DI (5,9 %).

La dispersión de los datos por existencia de maltratos psicológicos en la infancia entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.257$) ya que el 40% de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 2.53).

Maltratos físicos en la infancia

Tabla 430. Maltratos físicos en la infancia. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Maltratos físicos en la infancia	nunca	Recuento	25	22	19	66
		% dentro de CIT	44.6%	41.5%	37.3%	41.3%
	alguna vez	Recuento	20	16	27	63
		% dentro de CIT	35.7%	30.2%	52.9%	39.4%
	de vez en cuando	Recuento	3	12	4	19
		% dentro de CIT	5.4%	22.6%	7.8%	11.9%
	frecuentemente	Recuento	2	2	0	4
		% dentro de CIT	3.6%	3.8%	0.0%	2.5%
	casi a diario	Recuento	6	1	1	8
		% dentro de CIT	10.7%	1.9%	2.0%	5.0%
	Total	Recuento	56	53	51	160
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 431. Maltratos físicos en la infancia. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19.443 ^a	8	0.013
Razón de verosimilitudes	19.731	8	0.011
Asociación lineal por lineal	1.348	1	0.246
N de casos válidos	160		

a. 6 casillas (40.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.28.

De los 160 participantes (90,4 %) del estudio de los que disponemos datos en relación a la existencia de maltratos físicos en la infancia sobre el total de participantes del estudio ($N = 177$), 94 participantes reportaron haber sufrido en al menos en alguna ocasión maltratos físicos durante su infancia (58,8 %) según el cuestionario autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

Existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de maltratos psicológicos en la infancia entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p=0.013$). 8 participantes del grupo con DI reportaron haber sufrido maltratos físicos en su infancia *frecuentemente o casi a diario* (14.3%) frente a 3 participantes del grupo con IL (5.7%) y a 1 participante del grupo sin DI (2%).

La dispersión de los datos por existencia de maltratos físicos en la infancia entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica supone una limitación en la valoración de la significación ($p=0.013$) ya que el 40% de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 1.28).

Maltratos psicológicos en la edad adulta antes de la entrada en prisión

Tabla 432. Maltratos psicológicos en la edad adulta antes de la entrada en prisión. Tabla de contingencia

			CIT			Total	
			DI	IL	No DI		
Maltratos psicológicos en la edad adulta antes de la entrada en prisión	nunca	Recuento	9	15	11	35	
		% dentro de CIT	15.8%	28.8%	21.6%	21.9%	
	alguna vez	Recuento	29	25	32	86	
		% dentro de CIT	50.9%	48.1%	62.7%	53.8%	
	de vez en cuando	Recuento	11	10	7	28	
		% dentro de CIT	19.3%	19.2%	13.7%	17.5%	
	frecuentemente	Recuento	5	1	0	6	
		% dentro de CIT	8.8%	1.9%	0.0%	3.8%	
	casi a diario	Recuento	3	1	1	5	
		% dentro de CIT	5.3%	1.9%	2.0%	3.1%	
	Total		Recuento	57	52	51	160
			% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 433. Maltratos psicológicos en la edad adulta antes de la entrada en prisión. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11.403 ^a	8	0.180
Razón de verosimilitudes	12.285	8	0.139
Asociación lineal por lineal	5.144	1	0.023
N de casos válidos	160		

a. 6 casillas (40.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.59.

De los 160 participantes (90,4 %) del estudio de los que disponemos datos en relación a la existencia de maltratos psicológicos en la edad adulta antes de la entrada en centro penitenciario sobre el total de participantes del estudio ($N = 177$), 125 participantes reportaron haber sufrido en al menos alguna ocasión existencia de maltratos psicológicos durante su edad adulta antes de la entrada en prisión (78,2 %) según el cuestionario autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de maltratos psicológicos en la edad adulta entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.180$). 8 participantes del grupo con DI reportaron haber sufrido maltratos psicológicos en la edad adulta antes de la entrada en prisión *frecuentemente o casi a diario* (14.1 %) frente a 2 participantes del grupo con IL (3.8%) y a 1 participante del grupo sin DI (2%).

La dispersión de los datos por existencia de maltratos psicológicos en la edad adulta antes de la entrada en prisión entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica supone una limitación en la valoración de la significación ($p=0.180$) ya que el 40% de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 1.59).

Maltratos físicos en la edad adulta antes de la entrada en prisión

Tabla 434. Maltratos físicos en la edad adulta antes de la entrada en prisión. Tabla de contingencia

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Maltratos físicos en la edad adulta antes de la entrada en prisión	nunca	Recuento	25	27	27	79
		% dentro de CIT	44.6%	52.9%	52.9%	50.0%
	alguna vez	Recuento	19	17	20	56
		% dentro de CIT	33.9%	33.3%	39.2%	35.4%
	de vez en cuando	Recuento	8	6	3	17
		% dentro de CIT	14.3%	11.8%	5.9%	10.8%
	frecuentemente	Recuento	1	0	1	2
		% dentro de CIT	1.8%	0.0%	2.0%	1.3%
	casi a diario	Recuento	3	1	0	4
		% dentro de CIT	5.4%	2.0%	0.0%	2.5%
	Total	Recuento	56	51	51	158
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 435. . Maltratos físicos en la edad adulta antes de la entrada en prisión. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.708 ^a	8	0.568
Razón de verosimilitudes	8.341	8	0.401
Asociación lineal por lineal	3.536	1	0.060
N de casos válidos	158		

a. 6 casillas (40.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0.65.

De los 158 participantes (89, 3 %) del estudio de los que disponemos datos en relación a la existencia de maltratos físicos en la edad adulta antes de la entrada en prisión ($N = 177$), 79 participantes reportaron haber sufrido en al menos *alguna ocasión* existencia de maltratos

físicos durante su edad adulta antes de la entrada en prisión (50 %) según el cuestionario autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de maltratos físicos en la edad adulta antes de la entrada en prisión entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.568$). 4 participantes del grupo con DI reportaron haber sufrido maltratos físicos en la edad adulta antes de la entrada en prisión *frecuentemente* o *casi a diario* (7,2 %) frente a 1 participante del grupo con IL (2 %) y a 1 participante del grupo sin DI (2%).

La dispersión de los datos por existencia de maltratos físicos en la edad adulta antes de la entrada en prisión entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.568$) ya que el 40 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 0.65).

Maltratos psicológicos en la edad adulta durante la estancia en prisión

Tabla 436. . Maltratos psicológicos en la edad adulta durante su estancia en prisión. Tabla de contingencia

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Maltratos psicológicos en la edad adulta durante la estancia en prisión	nunca	Recuento	16	18	12	46
		% dentro de CIT	28.1%	34.6%	23.1%	28.6%
	alguna vez	Recuento	32	24	35	91
		% dentro de CIT	56.1%	46.2%	67.3%	56.5%
	de vez en cuando	Recuento	5	6	2	13
		% dentro de CIT	8.8%	11.5%	3.8%	8.1%
	frecuentemente	Recuento	2	1	1	4
		% dentro de CIT	3.5%	1.9%	1.9%	2.5%
	casi a diario	Recuento	2	3	2	7
		% dentro de CIT	3.5%	5.8%	3.8%	4.3%
	Total	Recuento	57	52	52	161
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 437. Maltratos psicológicos en la edad adulta durante su estancia en prisión. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.975 ^a	8	0.650
Razón de verosimilitudes	6.132	8	0.632
Asociación lineal por lineal	0.013	1	0.908
N de casos válidos	161		

a. 9 casillas (60.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.29.

De los 161 participantes (91 %) del estudio de los que disponemos datos en relación a la existencia de maltratos psicológicos tras la entrada en centro penitenciario sobre el total de participantes del estudio ($N = 177$), 115 participantes reportaron haber sufrido en al menos *alguna ocasión* existencia de maltratos psicológicos tras la entrada en prisión (71,4 %) según el cuestionario autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de maltratos psicológicos tras la entrada en prisión entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.650$). 4 participantes del grupo con DI reportaron haber sufrido maltratos psicológicos tras la entrada en prisión *frecuentemente* o *casi a diario* (7 %) frente a 4 participantes del grupo con IL (7,7 %) y a 3 participantes del grupo sin DI (5,7 %).

La dispersión de los datos por existencia de maltratos psicológicos en la edad adulta tras la entrada en prisión entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.650$) ya que el 60% de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 1.29).

Maltratos físicos en la edad adulta durante la estancia en prisión

Tabla 438. Maltratos físicos en la edad adulta durante su estancia en prisión. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Maltratos físicos en la edad adulta durante la estancia en prisión	nunca	Recuento	30	31	32	93
		% dentro de CIT	53.6%	59.6%	61.5%	58.1%
	alguna vez	Recuento	20	18	15	53
		% dentro de CIT	35.7%	34.6%	28.8%	33.1%
	de vez en cuando	Recuento	3	2	4	9
		% dentro de CIT	5.4%	3.8%	7.7%	5.6%
	frecuentemente	Recuento	2	0	1	3
		% dentro de CIT	3.6%	0.0%	1.9%	1.9%
	casi a diario	Recuento	1	1	0	2
		% dentro de CIT	1.8%	1.9%	0.0%	1.3%
	Total	Recuento	56	52	52	160
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 439. Maltratos físicos en la edad adulta durante su estancia en prisión. Pruebas de chi- cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.256 ^a	8	0.833
Razón de verosimilitudes	5.666	8	0.685
Asociación lineal por lineal	0.900	1	0.343
N de casos válidos	160		

a. 9 casillas (60.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0.65.

De los 160 participantes (90,4 %) del estudio de los que disponemos datos en relación a la existencia de maltratos físicos tras la entrada en centro penitenciario sobre el total de participantes del estudio ($N = 177$), 67 participantes reportaban haber sufrido en al menos alguna ocasión existencia de maltratos físicos tras la entrada en prisión (41,9 %) según el cuestionario autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de maltratos físicos tras la entrada en prisión entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.833$). 3 participantes del grupo con DI reportaron haber presentado maltratos físicos tras la entrada en prisión *frecuentemente o casi a diario* (5,4 %) frente a 1 participante del grupo con IL (1,9 %) y a 1 participante del grupo sin DI (1,9 %).

La dispersión de los datos por existencia de maltratos psicológicos en la edad adulta tras la entrada en prisión entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica supone una limitación en la valoración de la significación ($p=0.833$) ya que el 60% de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 0.65).

Historia de abuso sexual en la infancia

Tabla 440. Historia de abuso sexual en la infancia. Tabla de contingencia

		CIT			Total
		DI	IL	No DI	
Historia de abuso sexual en la infancia no	Recuento	52	49	47	148
	% dentro de CIT	94.5%	94.2%	90.4%	93.1%
sí	Recuento	3	3	5	11
	% dentro de CIT	5.5%	5.8%	9.6%	6.9%
Total	Recuento	55	52	52	159
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 441. Historia de abuso sexual en la infancia. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0.877 ^a	2	0.645
Razón de verosimilitudes	0.837	2	0.658
Asociación lineal por lineal	0.703	1	0.402
N de casos válidos	159		

a. 3 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.60.

De los 159 participantes del estudio (89,8 %) de los que disponemos datos en relación a la existencia de historia de abuso sexual en la infancia sobre el total de participantes del estudio ($N = 177$), 11 participantes reportaron historia de abuso sexual en la infancia (6,9 %), según el cuestionario autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de historia de abuso sexual en la infancia entre los participantes de los tres grupos de clasificación

diagnóstica ($p = 0.355$). 3 participantes del grupo con DI reportaron haber sufrido abusos sexuales en la infancia (5,5 %), 3 participantes del grupo con IL (5,8 %) y 5 participantes del grupo sin DI (9,6 %).

La dispersión de los datos por existencia de historia de abuso sexual en la infancia entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.645$) ya que el 50 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 3.60).

Historia de abuso sexual en la edad adulta antes de la entrada prisión

Tabla 442. Historia de abuso sexual en la edad adulta antes de la entrada en prisión. Tabla de contingencia

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Historia de abuso sexual en la no edad adulta antes de la entrada en prisión	Recuento	55	51	52	158	
	% dentro de CIT	100.0%	98.1%	100.0%	99.4%	
	sí	Recuento	0	1	0	1
	% dentro de CIT	0.0%	1.9%	0.0%	0.6%	
Total	Recuento	55	52	52	159	
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 443. Historia de abuso sexual en la edad adulta antes de la entrada en prisión. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.071 ^a	2	0.355
Razón de verosimilitudes	2.248	2	0.325
Asociación lineal por lineal	0.001	1	0.982
N de casos válidos	159		

a. 3 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0.33.

De los 159 participantes del estudio (89,8 %) de los que disponemos datos en relación a la existencia de historia de abuso sexual en la edad adulta antes de la entrada en prisión sobre el total de participantes del estudio ($N = 177$), 1 participante reportó historia de abuso sexual en la edad adulta antes de la entrada en prisión (0.6%) según el cuestionario autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de historia de abuso sexual en la en la edad adulta antes de la entrada en prisión entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p= 0.355$). 1 participante del grupo con IL reportó la existencia de abusos sexuales en la edad adulta antes de su ingreso en prisión (1.9%) frente a ningún participante en el grupo con DI (0%) y del grupo sin DI (0%).

La dispersión de los datos por existencia de historia de abuso sexual en la edad adulta antes de la entrada en prisión entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica supone una limitación en la valoración de la significación ($p=0.355$) ya que el 50% de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 0.33).

Historia de abuso sexual en prisión

Tabla 444. Historia de abuso sexual en prisión. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Historia de abuso sexual en prisión	no	Recuento	54	52	52	158
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Total		Recuento	54	52	52	158
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 445. Historia de abuso sexual en prisión. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	^a
N de casos válidos	158

a. No se calculará ningún estadístico porque Historia de abuso sexual en la edad adulta durante de la condena actual es una constante.

De los 158 participantes (89,3 %) del estudio de los que disponemos datos en relación a la existencia de historia de abuso sexual en prisión sobre el total de participantes del estudio ($N = 177$), ningún participante presentaba historia de abuso sexual en prisión (0 %) según el cuestionario autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla.

5. VARIABLES SOCIALES

Existencia de discapacidad

Tabla 446. Existencia de grado de discapacidad. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Existencia de Grado de Discapacidad	no	Recuento	33	39	41	113
		% dentro de CIT	62.3%	76.5%	82.0%	73.4%
	sí por enfermedad física	Recuento	8	7	6	21
		% dentro de CIT	15.1%	13.7%	12.0%	13.6%
	sí por enfermedad mental	Recuento	6	1	1	8
		% dentro de CIT	11.3%	2.0%	2.0%	5.2%
	sí por consumo de drogas	Recuento	3	1	0	4
		% dentro de CIT	5.7%	2.0%	0.0%	2.6%
	por enfermedad mental y física	Recuento	0	1	1	2
		% dentro de CIT	0.0%	2.0%	2.0%	1.3%
	desconocida	Recuento	3	2	1	6
		% dentro de CIT	5.7%	3.9%	2.0%	3.9%
	Total	Recuento	53	51	50	154
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 447. Existencia de grado de discapacidad. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12.712 ^a	10	0.240
Razón de verosimilitudes	13.899	10	0.178
Asociación lineal por lineal	4.290	1	0.038
N de casos válidos	154		

a. 12 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0.65.

De los 154 participantes (87%) del estudio de los que disponemos datos en relación a reconocimiento de discapacidad sobre el total de participantes del estudio ($N = 177$), 41 participantes reportaron presentar reconocimiento de discapacidad (26,6 %) según el cuestionario autorreportado por los participantes del estudio, tal y como se muestra en la tabla, de los cuales 21 participantes informaron de reconocimiento de discapacidad por enfermedad física (13,6 %), 8 participantes reconocimiento de discapacidad por enfermedad mental (5,2 %), 4 participantes reconocimiento de discapacidad por consumo de drogas (2,6 %), 2 participantes por enfermedad mental y física (1,3 %) y 6 participantes por causa desconocida (3,9 %).

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto al reconocimiento de discapacidad entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.240$). 20 participantes del grupo con DI reportaron existencia de discapacidad (37,8 %), 12 participantes del grupo de IL (23,6 %) y 9 participantes del grupo sin DI (18 %). En todos los grupos, el porcentaje mayor de tipo de discapacidad reportada fue por enfermedad física (15,1 % [$n = 8$] en el grupo con DI, 13,7 % [$n = 7$] en el grupo con IL y 12 % [$n = 6$] en el grupo sin DI).

La dispersión de los datos por reconocimiento de discapacidad supone una limitación en la valoración de la significación ($p = 0.240$) ya que el 66,7 % de los subgrupos tiene una frecuencia esperada inferior a 5 (la frecuencia mínima esperada es de 0.65).

Porcentaje de grado de discapacidad

Tabla 448. Porcentaje de grado de discapacidad. Tabla de contingencia

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
DI	11	52.09	27.219	8.207	33.80	70.38	2	82
IL	5	55.60	14.639	6.547	37.42	73.78	42	78
No DI	6	58.00	18.612	7.598	38.47	77.53	34	75
Total	22	54.50	21.976	4.685	44.76	64.24	2	82

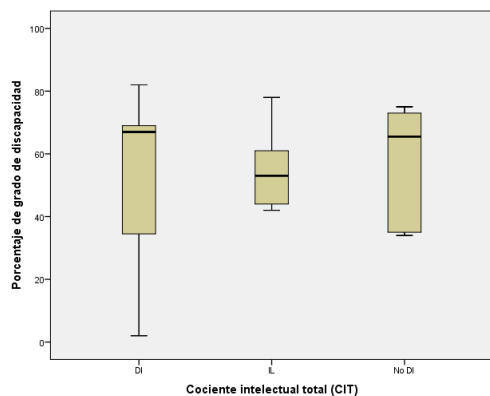
Tabla 449. Porcentaje de grado de discapacidad. ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	143.391	2	71.695	0.136	0.873
Intra-grupos	9998.109	19	526.216		
Total	10141.500	21			

De los 22 participantes (0,12 %) de los que disponemos datos sobre el porcentaje de grado de discapacidad sobre el total de los participantes del estudio ($N = 177$), la media del porcentaje del grado de discapacidad fue de 54,50.

No existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la media del porcentaje de grado de discapacidad reportado por los participantes entre los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.873$), tal y como se muestra en la tabla. El grupo con DI (52,09) reportó una puntuación media del porcentaje de grado de discapacidad menor que el grupo con IL (55,60) y el grupo sin DI (58,00).

Gráfico 82. Porcentaje de discapacidad. Boxplot



Inclusión en programa ACCEPTA

Tabla 450. Inclusión en programa ACCEPTA. Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Inclusión en programa ACCEPTA	no	Recuento	62	58	56	176
		% dentro de CIT	98.4%	100.0%	100.0%	99.4%
	sí	Recuento	1	0	0	1
		% dentro de CIT	1.6%	0.0%	0.0%	0.6%
Total	Recuento	63	58	56	177	
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 451. Inclusión en programa ACCEPTA. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.804 ^a	2	0.406
Razón de verosimilitudes	2.065	2	0.356
Asociación lineal por lineal	1.367	1	0.242
N de casos válidos	176		

a. 3 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0.32.

De la muestra total del estudio (N = 177), sólo 1 participante estaba incluido en dicho programa (0,6 %), siendo éste perteneciente al grupo de DI.

6. ESCALAS

Escala de malestar psicológico de Kessler (K-10)

Tabla 452. Puntuación cuantitativa en Escala de malestar psicológico de Kessler (K-10). Tabla de contingencia

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
DI	58	27.93	11.338	1.489	24.95	30.91	13	92
IL	52	23.63	7.874	1.092	21.44	25.83	11	45
No DI	52	21.58	7.091	0.983	19.60	23.55	10	41
Total	162	24.51	9.398	0.738	23.05	25.97	10	92

Tabla 453. Puntuación cuantitativa en Escala de malestar psicológico de Kessler (K-10). ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	1166.001	2	583.001	7.101	0.001
Intra-grupos	13054.474	159	82.104		
Total	14220.475	161			

De los 162 participantes (91,5 %) del estudio de los que disponemos datos en relación a resultados de escala Kessler sobre el total de los participantes del estudio ($N = 177$), 58 participantes del grupo con DI de los que disponemos datos sobre la puntuación de la escala Kessler (92,06 %) presentaron una puntuación media de 27,93 puntos, los 52 participantes del grupo con IL de los que tenemos datos sobre la puntuación media en la escala K-10 (89,65 %) presentaron una puntuación media de 23.63 puntos y los 52 participantes del grupo sin DI de los que disponemos datos sobre la puntuación de la escala Kessler (92,85 %) presentaron una puntuación media de 21,58 puntos con resultados estadísticamente significativos ($p = 0.001$).

Gráfico 83. Puntuación cuantitativa en Escala de malestar psicológico de Kessler (K-10). Boxplot

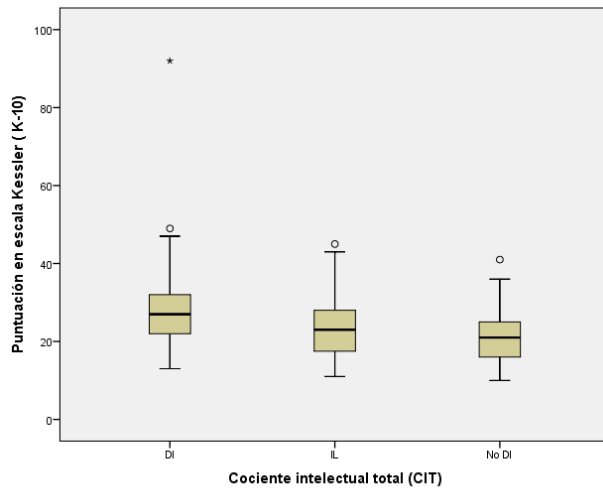


Tabla 454. Puntuación cualitativa en Escala de malestar psicológico de Kessler (K-10). Tabla de contingencia

			CIT			Total
			DI	IL	No DI	
Escala Kessler Puntuación	bajo	Recuento	3	7	12	22
		% dentro de CIT	5.2%	13.5%	23.1%	13.6%
	moderado	Recuento	10	18	15	43
		% dentro de CIT	17.2%	34.6%	28.8%	26.5%
	alto	Recuento	22	16	18	56
		% dentro de CIT	37.9%	30.8%	34.6%	34.6%
	muy alto	Recuento	23	11	7	41
		% dentro de CIT	39.7%	21.2%	13.5%	25.3%
Total	Recuento	58	52	52	162	
	% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 455. Puntuación cualitativa en Escala de malestar psicológico de Kessler (K-10). Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18.106 ^a	6	0.006
Razón de verosimilitudes	18.520	6	0.005
Asociación lineal por lineal	15.288	1	0.000
N de casos válidos	162		

Tabla 456. Escala de malestar psicológico de Kessler (K-10) superior a 21 puntos. Tabla de contingencia

Tabla de contingencia

		CIT			Total	
		DI	IL	No DI		
Escala K-10 > 21 puntos	bajo-moderado (< o igual 21 puntos)	Recuento	13	25	27	65
		% dentro de CIT	22.4%	48.1%	51.9%	40.1%
	alto-muy alto (> 21 puntos)	Recuento	45	27	25	97
		% dentro de CIT	77.6%	51.9%	48.1%	59.9%
Total		Recuento	58	52	52	162
		% dentro de CIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 457. Escala de malestar psicológico de Kessler (K-10) superior a 21 puntos. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11.954 ^a	2	0.003
Razón de verosimilitudes	12.473	2	0.002
Asociación lineal por lineal	10.144	1	0.001
N de casos válidos	162		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 20.86.

De los 162 participantes (91,5 %) del estudio de los que disponemos datos en relación a resultados de escala Kessler sobre el total de los participantes del estudio ($N = 177$), 97 participantes tenían puntuaciones altas o muy altas en dicha escala (59,9 %).

Existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la puntuación en la escala Kessler (K-10) entre los participantes de los tres grupos de clasificación diagnóstica ($p = 0.003$). 45 participantes del grupo con DI presentaban puntuaciones altas o muy altas en dicha escala (77,6 %) frente a 27 participantes del grupo con IL (51,9 %) y 25 participantes del grupo sin DI (48,1 %).

ASPECTOS ÉTICO - LEGALES

Este proyecto de tesis doctoral fue evaluado y aprobado por el Comité de Investigación y por el Comité de Ética del Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD).

De igual modo recibió la autorización para la realización del estudio por parte de la Dirección General de Servicios Penitenciarios (D. Amand Calderó i Montfort, Director General de Servicios Penitenciarios), firmándose el Acuerdo de Colaboración y Compromiso de Confidencialidad del investigador principal y colaboradores con la responsable del Área de Planificación y Proyectos Estratégicos, en representación del Departamento de Justicia (Dña. Eulalia Luque Reina).

Los datos de carácter personal fueron convenientemente anonimizados mediante la codificación de los resultados del estudio con el fin que no permitan reconocer a los individuos ni hechos concretos.

Se ha obtenido en consentimiento informado por escrito de todos los participantes que conforman la muestra y éste ha sido revisado y aprobado por el Comité de Investigación y Ética del PSSJD, antes de su pasación (véase Anexo 7). En el documento de consentimiento informado (CI) se decidió retirar el prefijo “dis-“ de la palabra “discapacidad” del título del estudio tras realizar su pasación en el módulo de la Unidad de Medio Semi – Abierto (UMS), debido a la alta conflictividad que generó por la interpretación que muchos presos dieron a la palabra al sentirse ofendidos e incluso insultados. Además de la marcada reticencia de participar en el estudio por esta interpretación, se originaron conflictos y enfrentamientos verbales con los colaboradores del estudio, incluso valorando situaciones de riesgo heteroagresivo. Debido a este hecho, se consideró retirar el prefijo “dis “en la palabra “discapacidad” del título del estudio que se indicaba en el documento de consentimiento para su administración en los sucesivos MR, para evitar conflictos y malestar entre los internos, dada la mayor complejidad conductual de los presos de los otros módulos del centro.

DISCUSIÓN

La **prevalencia DI** hallada en este estudio (35,6 %, $n = 63$) es marcadamente más elevada que las descritas en estudios previos de la literatura científica relativa al estudio de las tasas de de DI en población penitenciaria. Únicamente Einat (2008), en su estudio realizado en cárceles israelíes, describe una prevalencia más elevada a la encontrada en nuestro estudio, en donde el 69,6% ($n = 62$) de los presos obtuvieron una puntuación positiva para DI (23). Todos los demás estudios realizados en países occidentales reportan tasas de DI menores, siendo las tasas de prevalencia del estudio de Murphy (2000) las más cercanas a los resultados de nuestro estudio, reportando que el 28,8 % ($n = 76$) de los presos presentaba puntuaciones en el test de inteligencia KBIT compatibles con DI (19).

Algunos de estos estudios de tasas de prevalencia de DI en prisiones no sólo tienen en cuenta la utilización de escalas de cribado para la cuantificación del CI, sino también las dificultades adaptativas, cuantificadas mediante el uso de escalas de conducta adaptativa. Acorde a ellos, consideramos que la medida de DI es también dependiente de la valoración de las conductas y habilidades adaptativas y no sólo depende de la cuantificación del CI en la prueba de inteligencia administrada. Sin embargo, la prisión constituye un ambiente muy restrictivo y no permite a los presos la realización de dichos comportamientos adaptativos para poder proceder a su evaluación mediante los instrumentos adecuados (21). Además muchas conductas de estilo de vida independiente no pueden ser demostradas en un ambiente carcelario (11). Por otro lado, normalmente para evaluar las habilidades adaptativas se requiere de un tercer informador (padres, cuidadores) que pueda informar de la conducta de interés del individuo en cuestión (34). A pesar del medio limitante que constituye una cárcel y la ausencia de informadores cercanos a los internos, se encuentra un incremento de evidencia en la literatura científica que sugiere que la administración directa de algunas escalas de conducta adaptativa es válida para la aplicación en este medio. Así, en algunos estudios como el Hayes (2007) y Herrington (2009), encontramos la utilización de instrumentos de autoadministración como la *Escala de Conducta Adaptativa de Vineland (VABS)* para evaluar las habilidades adaptativas de la persona en prisión (2) (11). En nuestra opinión y en base a los argumentos anteriores, es cuestionable la fiabilidad que tendrían las escalas de conducta adaptativa en el medio penitenciario mediante cuestionarios auto-administrados, donde puede darse la ocultación o no reconocimiento de limitaciones por miedo a la estigmatización

en la información aportada por el interno o igualmente podría darse una sobre-simulación con la intención de obtener potenciales beneficios. Por ello en este estudio, a diferencia de la literatura científica publicada hasta el momento, se ha preferido utilizar medidas cuantificables mediante indicadores objetivos que reflejarían las dificultades adaptativas que los presos presentan en prisión, como aproximación que consideramos mucho más fiable a las habilidades adaptativas que esa persona presentaría en medio penitenciario.

Por otro lado y en relación a las tasas de gravedad de DI halladas en nuestro estudio, sólo Einat (2008) especifica el tipo de DI de presos participantes de su estudio, evidenciándose que EL 50% de los presos con DI presentaban DI severa ($n = 31$) y un 32,2 % ($n = 20$) una DI moderada. Según el resto de los estudios realizados en prisiones de países occidentales, la prevalencia de casos moderados o severos de DI es muy baja (33) (12) (11). Acorde a los datos recogidos en la literatura científica, los grados más severos de DI en países occidentalizados serían dependientes de soporte y servicios comunitarios y muchos de ellos se encontrarían institucionalizados (33) (12) (11). Además, los estudios muestran que las conductas retardoras u ofensivas que presentan las personas con DI grave o severa son a menudo excusadas por sus cuidadores, incluso cuando pueden constituir actos criminales. Por otro lado, en las personas con DI grave o profunda la misma incapacidad psicofísica les privaría de la posibilidad de delinquir. Debido a esto, muy pocos casos resultarían en procesos judiciales abiertos y los pocos que entrarían en contacto con el sistema penal serían detectados rápidamente y derivados a centros específicos fuera del sistema penitenciario (33) (12) (11). En base a estas cifras, en nuestro estudio no evidenciamos ningún participante con DI grave o profunda, pero sí es destacable la tasa de presos con DI moderada encontrada, que serían más elevada que en el resto de los estudios de países occidentalizados (5,6 %, $n = 10$), lo que podría ser indicativo de un menor soporte comunitario y de menores prestaciones sociales en nuestro país para personas con DI o de una consideración diferente por parte del sistema judicial de la DI moderada en nuestro país en comparativa con los estudios realizados en otros países occidentales, donde no se reportan datos de presos con DI moderada en prisión.

En cuanto a la prevalencia de presos con DI Límite o Inteligencia Límite (IL), existe bastante inconsistencia entre los estudios publicados. Únicamente los estudios de Billstedt (2017), Tort (2016), Herrington (2009), Søndena (2008) y Hayes (2007) dan información sobre prevalencia

de DI Límite, pero cada uno utiliza un criterio diagnóstico distinto. Así, Billstedt (2017) y Søndena (2008) consideran la IL mediante unas puntuaciones entre 71 a 84 y entre 70 a 84 respectivamente en los test de cribado de inteligencia utilizados (26) (13). En el estudio de Billstedt (2017) las cifras de IL son del 22 % ($n = 55$), consideradas como puntuaciones en el test de inteligencia GAI entre 71 y 84 (26). Søndena (2008) encuentra que el 20,1 % ($n = 28$) de su muestra presentan CI límite, con puntuaciones en WASI entre 70 a 84 (13). En el estudio de Tort (2016), consideran IL con puntuaciones entre 70 a 79 en el test de inteligencia TONI II, siendo ésta de un 7,54 % ($n = 30$)(25). Si añadimos a esta cifra los presos con una puntuación en TONI II entre 80 a 84 (6,03 %, $n = 24$), la prevalencia de CI límite en el estudio de Tort 2016 se eleva al 13,57 % ($n = 54$) (25). En el estudio de Herrington 2009, un 23,6 % de los presos presentaban un CI comprendido en valores de entre 70 a 79 en el test de inteligencia, pero al asociarlo a los valores por debajo de 70 de la escala de conducta adaptativa, sólo un 11 % ($n = 14$) de los mismos presentaban un funcionamiento límite tanto en inteligencia como en conducta adaptativa (11). Igualmente Hayes (2007) encuentra cifras de 23,6 % ($n = 33$) con puntuaciones de CI límite entre 70 a 79 en el test de inteligencia WAIS- III, pero esta cifra disminuye a 9,4 % ($n = 13$) si tenemos en cuenta puntuaciones asociadas a la escala de conducta adaptativa, considerándose IL cuando existían puntuaciones < 79 tanto en el WAIS- III como en el VABS (2). A pesar de las variaciones en la prevalencia reportadas en los estudios, encontramos que las personas con IL constituirían aproximadamente el 22 % de la población penitenciaria (2) (13) (11) (25) (26). Estas cifras son marcadamente más bajas que las cifras de IL encontradas en nuestro estudio, en el cuál un 32,8 % ($n = 58$) de los participantes presentaban puntuaciones de CI entre 70 a 84 en la escala de inteligencia WAIS- IV y de éstos, un 21,5 % ($n = 38$) presentaba resultados de CI comprendidos entre 70 a 79 puntos. Igualmente estos datos podrían evidenciar una menor disponibilidad de recursos de apoyo a personas con IL en relación a los ofrecidos en otros países, lo que supone menores factores de protección ante conductas antinormativas o apuntar a una diferente consideración de los sujetos con IL en nuestro sistema judicial. En este contexto, determinadas características asociadas a la IL tales como la sugestionabilidad, la impulsividad, la agresividad, baja tolerancia a la frustración y el escaso autocontrol facilitara la comisión de conductas constitutivas de delito.

Estas diferencias tan llamativas en las cifras de prevalencia halladas en nuestro estudio en relación a los realizados en otros países pueden apuntar a diferencias también destacadas en el contexto social y cultural de cada país, con políticas que difieren en la detección y

tratamiento de la DI, así como a particularidades de los sistemas judiciales y penitenciarios. La detección precoz de la DI ha progresado mucho en las últimas décadas en España (43), pero presumiblemente los recursos disponibles para las personas con DI eran mucho menores durante la infancia de los sujetos de la muestra, que ahora rondan los 40 años de edad (38,67 años de media en presos con DI). Muchos de ellos abandonaron los estudios a temprana edad y ello no alertó al sistema educativo de posibles dificultades. Asimismo, en su edad adulta tampoco parecen haberse activado los procesos de detección y diagnóstico que podrían recaer en el sistema sanitario, que no les ha incluido en la red de posible tratamiento ni les ha dado acceso a los recursos y beneficios correspondientes. Esta ausencia de soporte a lo largo de su trayectoria vital podría quizá haber disminuido el riesgo que cometieran actos delictivos (61). Por último, en ausencia de dicho diagnóstico, el sistema judicial y el penitenciario no han detectado sus dificultades, ni les ha proporcionado un trato específico ajustado a las mismas. Éstas son las barreras que, entre otras, de activarse en una sociedad, supondrían una tasa menor de DI en prisiones, por lo que debemos presumir que en nuestro entorno existen deficiencias al respecto. Aun así, debemos reconocer de igual modo los condicionantes metodológicos en las tasas halladas en la literatura. Podrían existir diferencias relativas al exhaustivo análisis realizado de los casos de nuestro estudio. Especialmente dado que existe un estudio anterior en prisiones españolas realizado por Tort (2016), que reportaba una prevalencia del 3,77 % mediante la utilización del test de inteligencia TONI II (25), analizando los resultados de esta prueba dentro de un estudio más amplio, el estudio PRECA (62). Tort (2016), en base a estas cifras, consideraba imperativa una estrategia coordinada con cooperación inter- ministerial y compromisos a largo plazo, que incluyeran el aumento de formación de los profesionales a todos los niveles judiciales/ penitenciarios y de medidas alternativas al encarcelamiento (25). Las cifras de nuestro estudio superan ampliamente las suyas y subrayan la urgencia de estas medidas.

En relación a las **características personales y sociodemográficas** de las personas con DI en prisión, existen pocos estudios que hayan explorado detalladamente los factores ambientales y sociales de los presos con DI comparándolos con personas sin DI que hayan tenido contacto con el sistema judicial. Existe literatura científica que evidencia que las características sociodemográficas de los delincuentes con DI tienden a ser las mismas que entre los delincuentes en general. Es decir, son jóvenes (por debajo de 35 años de edad), de sexo masculino, solteros, con alta prevalencia de marginalidad psicosocial, con pobre nivel

educativo (menos de 10 años de educación reglada), abandono escolar a edad temprana (antes de los 16 años), sin cualificación profesional, con alta prevalencia de desempleo y falta de vivienda (15) (37) (20). En todo caso, este resultado debe ser interpretado en el contexto de una menor medida de edad en el grupo con DI e IL. Herrington (2009) encuentra también pocas diferencias en el perfil sociodemográfico entre presos con DI y presos sin DI, estando ambos caracterizados por un alto nivel de desempleo, por estancias en colegios especiales para abordaje de mala conducta y contactos previos con el sistema judicial. Estos hallazgos coinciden con literatura previa en este campo, en donde se apunta que en relación con los antecedentes socioeconómicos los presos con DI tienen más en común con los presos sin DI que con personas con DI que no han cometido delitos (11).

Subrayar que en nuestro estudio sí encontramos diferencias estadísticamente significativas con respecto a la **media de edad** entre el grupo con DI en comparación con presos sin DI, siendo en el grupo con DI (38,67 años) más baja que en los grupos con IL (40,33 años) y sin DI (47,09 años). Estos resultados concuerdan con otras publicaciones científicas como la de Hassiotis (2011), donde los presos con DI presentaban una mayor probabilidad de ser más jóvenes que los presos sin DI (22). En esta línea, otras publicaciones también evidencian que las personas con DI que tienen contacto con el sistema judicial son más jóvenes que aquellos sin DI (24) y tienden a ser varones (41). Si consideramos que las personas con DI presentan dificultades de adaptación y menores recursos para manejarse de manera funcional, parece coherente que contacten de forma más precoz con el sistema judicial.

En relación a la **nacionalidad**, Hassiotis (2011) evidencia que los presos con DI tienen mayor probabilidades de proceder de grupos étnicos minoritarios en comparación con presos sin DI (22). En nuestro estudio también hallamos un mayor porcentaje de extranjeros que hablan castellano en el grupo con DI (19 % [$n = 12$]) en comparación con el grupo con IL (15,5 % [$n = 9$]) y en el grupo sin DI (8,9 %, [$n = 5$]). Este resultado, aunque no alcanzó significación estadística ($p = 0.291$), podría apuntar a que el fenómeno de inmigración tiene un mayor impacto como estresor en personas con DI, que presentan menos recursos para afrontar el proceso de adaptación, lo que aumentaría el riesgo de conductas delictivas. Además nuestros datos deben ser interpretados con atención a que se excluyeron sujetos cuyo idioma no fuera el castellano, lo que condiciona la presencia de determinadas nacionalidades en la muestra.

Referente al estado civil, el porcentaje de participantes sin **pareja estable** en nuestro estudio fue mayor en el grupo de participantes con IL y con DI (86 % [$n = 49$] y 85.7 % [$n = 54$] respectivamente) en relación al grupo sin DI (80 % [$n = 44$]) con $p = 0.620$). Por tanto, en el grupo con DI encontramos un porcentaje de solteros del 74,6 % [$n = 47$] en comparación con el grupo con IL (68,4 % [$n = 39$]) y el grupo sin DI (58,2 % [$n = 32$]) ($p = 0.418$). Estos resultados concuerdan con los descritos en la literatura científica, con mayor prevalencia de presos solteros en el grupo con DI (15) (37) (20). En todo caso, este resultado debe ser interpretado en el contexto de una menor media de edad en el grupo con DI e IL. De forma excepcional en la literatura, Ali (2016) y Hassiotis (2011) describieron que los presos con DI tenían más probabilidades de estar separados o divorciados debido a dificultades maritales comparados con presos sin DI, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$) (37). En nuestro estudio evidenciamos resultados contrarios, encontrando un menor porcentaje de tasas de divorcio/ separación en el grupo con DI (9,5 % [$n = 6$]) en relación al grupo con IL (17,5 % [$n = 10$]) y el grupo sin DI (18,2 % [$n = 10$]) ($p = 0.418$). Siendo que la mayoría de presos con DI o IL estaban solteros (74,6 % y 68,4 %), subraya las dificultades para establecerse en pareja y disminuye subsecuentemente el porcentaje de parejas casadas que se rompen.

En relación al **abandono de estudios escolares**, numerosos estudios informan de una notable sobrerrepresentación de personas con dificultades en lectura y escritura entre la población delincuente (23) (11). Según Ali (2016) y Hassiotis (2011), los presos con DI en comparación con los presos sin DI presentaban más probabilidad de haber sido cuidados de niños en instituciones o por autoridades locales, haber abandonado el colegio a los 13 años de edad o antes de esa edad, haber asistido a colegios especiales, haber sido expulsados de la escuela y tener menos probabilidades de tener algún tipo cualificación educacional (37). En nuestro estudio también existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto al abandono de estudios escolares antes de los 18 años de edad ($p = 0.001$), existiendo un mayor porcentaje de abandono de los estudios escolares en el grupo de DI (80,4 % [$n = 45$]) y el grupo con IL (62,7 % [$n = 32$]) con menores tasas de abandono de estudios escolares en el grupo sin DI (44,9 % [$n = 22$]). Igualmente los participantes del grupo con DI abandonaron los estudios escolares a una edad más temprana (13,40 años de media) que el resto de los grupos (13,69 años de media en el grupo con IL y 14 años de media en el grupo sin DI, $p = 0.665$).

En línea con lo anterior, referente al **nivel de estudios educativo/formativo**, existe una menor cualificación formativa en el grupo con DI en relación al resto de los grupos (el 60,3 % [$n = 38$] de los participantes del grupo con DI tenía estudios básicos formativos de tipo instrumental y el 39,7 % restante [$n = 25$] de Grado de Educación Secundaria, no existiendo ningún participante con estudios de Bachiller o más avanzados). Todo ello es compatible con las dificultades de aprendizaje que caracterizan a este grupo que, sin la debida adaptación curricular y soporte escolar, difícilmente logran absolver los estudios a lo que se unen los sentimientos de frustración que suelen acompañar a las dificultades que presentan (35) (15).

Con respecto a la **profesión**, según el estudio de Ali (2016), los presos con DI tenían menos probabilidades de haber tenido un trabajo remunerado previamente a la entrada a prisión o haber tenido alguna vez un trabajo remunerado en el pasado ($p < 0.001$) (37). Otros estudios como el de Dias (2013) , Ali (2016) y Chaplin (2017) también recogen unas mayores tasas de falta de ocupación laboral en el grupo con DI (15) (37) (20). Estos datos muestran similitudes con nuestro estudio, en el que se evidencia un mayor porcentaje de participantes sin ocupación laboral en el grupo de DI (23,8 % [$n = 15$]) en relación al grupo con IL (12,3 % [$n = 7$]) y el grupo sin DI (22,2 % [$n = 12$]) ($p < 0.001$). Casi la totalidad de los participantes del grupo con DI con actividad laboral (76,2 % [$n = 48$]) realizaban trabajos no cualificados antes de su entrada en prisión (73 % [$n = 46$]). Se trata de nuevo de una variable que nos informa de las dificultades de adaptación social de las personas con DI a la incorporación efectiva al empleo como proceso vital de transición a la vida adulta.

En cuanto a las **variables criminológicas sobre los antecedentes delictivos**, la DI incrementa el riesgo de conducta antisocial y criminal, independientemente de la clase socioeconómica (40). Según Hodgins (1992), los varones con DI tienen tres veces más probabilidades de cometer un delito que varones sin DI, y presentan cinco veces más riesgo de cometer un delito violento (40). Sin embargo, la relación causal entre DI y la conducta criminal es controvertida, ya que los factores principales de riesgo para la delincuencia como la pobreza, la deprivación social y la falta de recursos para integrarse en la sociedad constituyen también factores de riesgo para la población sin DI (43). Por tanto, es probable que se dé la influencia de otros factores relacionados con la DI como los pobres logros escolares, el desempleo, el absentismo escolar,

el inadecuado soporte en edades tempranas, la baja autoestima, el acoso escolar y la falta reconocimiento por resto de iguales (23). Estas personas tienen igualmente antecedentes de privación social o psicológica, trastornos de conducta en la escuela, pobre control de impulsos, baja autoestima y una incapacidad para establecer relaciones personales o sexuales normalizadas (25). Estos factores podrían estar relacionados con patrones desviados de conducta en este colectivo que podrían llevarles finalmente a prisión (23). Por otro lado, según el estudio de Einat (2008), los presos con DI presentaban una edad temprana de comienzo de carrera criminal que se correlacionaba con un nivel educativo bajo (23), lo que sugiere que tener DI podría tener un efecto independiente sobre la criminalidad temprana (37).

Según datos de nuestro estudio y acorde a estudios científicos previos, los presos con DI presentaban una edad de **inicio de carrera delictiva** más temprana (27,81 años de media) en comparación con el grupo con IL (29,00 años de media) y el grupo sin DI sin DI (33, 84 años de media) con resultados estadísticamente significativos ($p = 0.019$). Además y en base a los datos, se puede afirmar que la cifra de criminalidad es aún más alta de la reportada, ya que la literatura sugiere que hasta un cuarto de personas con DI conocidas por los servicios comunitarios de DI han participado en actividades ilegales pero sólo un tercio de éstas terminan teniendo contacto con el sistema judicial (37).

Asimismo y según la literatura científica, los presos con DI presentan antecedentes familiares delictivos, historial de problemas de conducta e **historial de ingreso en centro de menores** (40) (33) (12) (23) (15) (20). Según nuestro estudio en el grupo de participantes con DI existía igualmente un mayor porcentaje de participantes con ingresos en centro de menores en el grupo con DI (29,8 % [$n = 17$]) en comparación con el grupo con IL (19,6 % [$n = 10$]) y el grupo sin DI (12 % [$n = 6$]) ($p = 0.074$). En cuanto a los **ingresos previos en prisión**, las personas con DI mostraron también mayores tasas de haber sido condenados a cumplimiento de prisión en la edad adulta (34 % en comparación con 13 % de delincuentes sin DI) (42), habiéndose descrito también mayores tasas de reincidencia en la literatura científica, con un mayor número de entradas en prisión en presos con DI en relación a aquellos sin DI (40) (47) (41) (13) (20). Aclarar que aunque las tasas de reincidencia delictiva varían en función de la definición y medida de reincidencia utilizada (reincidencia de arresto policial, nuevas entradas en prisión por comisión de nuevos delitos o bien regresiones de grado) (2), estudios previos también

encuentran una tasa más alta de rearrestos policiales de forma significativa entre delincuentes con DI en un periodo de seguimiento de 10 años (73 % comparado con 52 % de delincuentes sin DI) (41). Según Dias (2013), los presos con DI también presentan mayores tasas de antecedentes de detenciones policiales tanto en la etapa juvenil (35,5 %) como en la vida adulta (72,7 %) (36). El aumento en estas tasas de reincidencia podría explicarse por la elevada vulnerabilidad que las personas con DI presentan durante el proceso penal. Además de las posibles implicaciones de su DI durante la etapa del proceso de investigación previa a la judicialización, durante el resto del proceso penal son más susceptibles a la conformidad y la sugestionabilidad, pueden no ser conscientes de sus derechos (incluyendo su derecho a solicitar fianza) y pueden presentar dificultades en comprender información relativa al proceso penal, lo que les puede llevar a afirmaciones incorrectas o engañosas durante los interrogatorios, a dificultad para enfrentar preguntas complicadas y a la toma de decisiones equivocadas durante su proceso de detención (44) (12) (37) (25). Muchas personas con DI también encuentran dificultad para seguir y participar en los procedimientos judiciales (45). Ya durante su estancia en prisión, los presos con DI también tienen un mayor riesgo de aislamiento social y una falta de comprensión sobre sus circunstancias penales, lo que les puede conducir a un riesgo de institucionalización y estar atrapados en “la puerta giratoria de prisión” a través de la continua reincidencia delictiva (24). Por otro lado, los delincuentes con DI tienden a cometer delitos menos graves con menor duración de las condenas, por lo que esto podría tener efectos sobre el aparente incremento de la tasa de reincidencia (2), aunque existe un número limitado de estudios comparando las tasas de reincidencia para DI en comparación con presos sin DI, por lo que serían necesarios más estudios en este área (24). Coincidiendo con lo anterior, la mayor parte del grupo de participantes con DI de nuestro estudio presentaba antecedentes de ingresos previos en prisión (74,6 % [$n = 47$]), con tasas ligeramente superiores en relación al grupo con IL (70,7 % [$n = 41$]) y el grupo sin DI (64,3 % [$n = 36$] ($p = 0.467$)).

En cuanto a las **características criminológicas** de los presos con DI, Hassiotis (2011), en base a encuentra que los presos con DI presentaban una mayor probabilidad de encontrarse en **situación procesal- penal** de prisión preventiva en comparación con aquellos sin DI, que se encontraban con mayor probabilidad en situación de penados (22) (37). La falta de conocimiento de la policía y de los profesionales del sistema penal sobre los circuitos específicos para personas con DI puede ser la razón por la que la prevalencia de DI en presos

preventivos es mayor que en presos penados (37). Además, a esto se suman las dificultades que las personas con DI pueden tener durante el proceso penal señaladas anteriormente. Igualmente los condicionantes sociales, como la falta de vivienda estable, podrían constituir un factor de riesgo para encontrarse en situación de prisión preventiva en lugar de orden judicial de seguimiento en comunidad (11) (48). En nuestro estudio casi la totalidad de los presos eran penados (97,7 % [$n = 173$]), sin embargo se trata de unos resultados sesgados por la muestra, ya que el centro penitenciario en el momento del estudio estaba destinado a presos penados de libertad cumpliendo sentencia firme. En dicho momento existía en Cataluña una prisión específica para la ubicación de presos preventivos (Centro Penitenciario Homes Barcelona), por lo que incluso se postula, basándose en la literatura científica, que el porcentaje de DI en dicha prisión podría superar las cifras de DI halladas en nuestro centro penitenciario, por tratarse de presos preventivos. Por contra, se especula que las políticas para personas con DI en España pueden diferir bastante a los programas específicos desarrollados en otros países, por lo que desconocemos si por una carencia de recursos destinados a este colectivo igualmente los presos preventivos con DI terminarían cumpliendo condena en sentencia firme.

En relación al **tipo de delito** más prevalente en personas con DI, durante muchos años la investigación ha sostenido que el tipo de delito más prevalente en personas con DI eran los delitos de tipo sexual, el de piromanía y los crímenes violentos (40) (48) (13). El delito de allanamiento de morada parecía ser más prevalente entre personas con CI límite que en la población general, aunque no era el de robo (48). Delitos graves como el asesinato o el robo a mano armada parecen ser menos prevalentes en personas con DI (48). En relación a la comisión de *delitos sexuales*, se ha descrito que la falta de inmadurez y la falta de experiencia parecen ser los principales factores destacados, siendo la mayoría de ellos delitos tipificados como leves (25). En relación al delito de *piromanía*, parece existir un aumento de este tipo de delitos pero sin ser estadísticamente significativos (25). Se ha descrito que podrían comenzar el fuego como expresión de angustia, rabia o venganza (25). Sin embargo, investigaciones más recientes contradicen estos datos y cada vez hay más evidencia que la comisión de delitos por personas con DI son similares a los delitos cometidos con otros presos, incluidos los delitos relacionados con drogas, daños a la propiedad, amenazas y delitos de tráfico; con la posible excepción de delitos de guante blanco tales como fraudes (33) (13) (49) (20) (4). De hecho, en nuestro estudio no se evidencia ningún participante del grupo con DI que presente comisión de delito de piromanía y en relación a la comisión de delitos sexuales, la prevalencia es menor

que en el grupo sin DI (6,3 % [$n = 4$] versus al 21,4 % [$n = 12$] del grupo sin DI). Chaplin (2017) también afirma que existen pocas particularidades en los presos con DI respecto a sus características delictivas en relación a los presos sin DI (20). La única diferencia encontrada en su estudio entre el tipo de delitos cometidos con personas con DI respecto al resto de los presos sin DI fue la mayor prevalencia del *delito de robo* (presos con DI de un 18 % [$n = 3$] vs al 3 % [$n = 5$] de presos sin DI) (20). Igualmente en el estudio de presos en prisión preventiva de Murphy (2017), el 9,5 % de los presos con DI fueron acusados de delito de robo versus el 4,8 % de los presos sin DI que formaban el grupo control ($n = 21$) (50). De la misma manera Hodgins (1992) reporta que un tercio de los presos con DI fueron acusados de robo (40) y según el estudio de Tort (2016), el delito más prevalente entre personas con DI fue el de robo (53,20 %) (25). De acuerdo con esta afirmación de estudios científicos previos, en nuestro estudio también encontramos una mayor prevalencia de delitos contra el patrimonio con violencia (robo con violencia) en el grupo con DI (42,9 % [$n= 27$]) en relación al grupo con IL (27,6 % [$n = 16$]) y el grupo sin DI (25 % [$n = 14$]) ($p = 0.028$).

En relación a la **comisión de delito violento**, la mayoría de los participantes en los tres grupos de clasificación habían cometido delitos violentos (67.8 % [$n= 120$]), existiendo igualmente un mayor porcentaje de condena por delito violento en el grupo con DI (74,6 % [$n = 47$]) en relación al grupo con IL (60,3% [$n = 35$]) y del grupo sin DI (67,9 % [$n = 38$]) ($p = 0.245$). Este mayor porcentaje de comisión de delitos violentos en el grupo con DI podría guardar relación con los menores recursos que disponen las personas con DI para afrontar situaciones complejas, lo que conlleva con frecuencia a un comportamiento más errático, impulsivo y agresivo (63).

En cuanto a dificultades de tipo económico, según Ali (2016) no parecen existir diferencias entre presos con o sin DI en relación a problemática de tipo económico (37). Sin embargo en nuestro estudio encontramos que más de la mitad de participantes en el grupo con DI presentaban **responsabilidades personales subsidiarias** (RPS) por impago de multas (50,8 % [$n = 32$]) en relación al grupo con IL (32,8 % [$n = 19$]) y al grupo sin DI (26,8 % [$n = 15$]) con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p = 0.018$). Estos datos parecen evidenciar una mayor problemática económica en el grupo con DI en probable relación con su falta de recursos para generar ingresos.

Por otra parte, existe literatura científica en la que se describe que los delincuentes con DI tienden a cometer delitos menos graves con menor **duración de las condena** (2). Esto se refleja también en nuestro estudio, dado que en el grupo con IL y DI existía una media total de años de condena menor que en el grupo sin DI (8,5562 años de media en el grupo con IL y 8,6172 años de media en el grupo con DI en comparación con los 9,3601 del grupo sin DI) ($p = 0.748$). Aclarar que aunque presenten una media total de años de condena menor, muy probablemente la duración de la condena a la que se enfrentan sea mayor en comparación con presos sin DI que hayan cometido el mismo tipo de delito. Según la literatura científica, esto puede deberse a que las oportunidades de libertad definitiva o condicional son menores, ya que muchos de ellos no tienen los recursos ni habilidades cognitivas necesarias para finalizar de forma satisfactoria los programas de tratamiento de reinserción en prisión para poder retornar a la comunidad (20). Por otro lado, condicionantes socioeconómicos como la falta de vivienda que presentan los presos con DI antes de su entrada en el centro penitenciario puede también reducir las probabilidades de obtener la libertad condicional y puede retrasar la salida de prisión (55) (24). Además, las responsabilidades personales subsidiarias (RPS) por impago de multas pueden también suponer una prolongación de días de condena. Estos datos son apoyados por Cockram (2005), que afirma que los presos con DI tienen menos probabilidades de disfrutar del periodo de libertad condicional mínimo establecido en relación con presos sin DI (42).

En cuanto a las **variables penitenciarias**, a escasa literatura sobre reclusos con DI sugiere que estos internos presentan grandes dificultades a la hora de afrontar la prisión y tienen mayor probabilidad de victimización (45). Esto es debido a las dificultades para hacer frente al régimen penitenciario debido a su reducida adaptabilidad social, dificultades en las habilidades de comunicación y problemas comportamentales, lo que les genera una marcada incapacidad de acceder y comprender ciertos aspectos del sistema penal y la información relativa al ambiente de la prisión(2)(45)(9). El informe “No one knows” muestra además que hasta el 20-30 % de los presos tienen discapacidades de aprendizaje o dificultades similares de inteligencia y/o de funcionamiento adaptativo que interfieren con su habilidad para enfrentarse al sistema judicial (64). Estos grupos de presos probablemente no se benefician de los programas diseñados específicamente en prisiones para la conducta delictiva (9) (64). Por otro lado, la reducida adaptabilidad social que los presos presentan les genera marcadas dificultades para hacer frente al régimen penitenciario (45) (9) (54) lo que originaría una mayor inadaptación y

un mayor número de conflictos en prisión. Esto se traduciría en un mayor porcentaje de aplicación de medios coercitivos, faltas disciplinarias y sanciones y una menor participación en actividades laborales del centro con retribución económica, como destinos y talleres. El informe “No one knows ” recoge que a las personas con DI se les ofrece la realización de algunos trabajos sencillos en prisiones de Reino Unido, tales como embalaje y clasificación de sellos, pero en ningún estudio científico se hace mención a que se aborden las necesidades laborales específicas de este colectivo (65). Nuestros resultados muestran porcentajes más elevados de aquellas variables que nos informan de dificultades de adaptación al entorno penitenciario en los sujetos con DI e IL frente a aquellos sin DI, como son los medios coercitivos, las faltas disciplinarias y las sanciones. Estas dificultades de adaptación ya había sido reportadas en la literatura científica y son recogidas en el informe del “Prison Reform Trust “ en Reino Unido, donde se apunta que los presos problemas de aprendizaje tienen más probabilidades de incumplir las normas en la prisión, tienen cinco veces más probabilidad que los otros presos de sufrir medidas coercitivas y punitivas y son tres veces más propensos a padecer medidas de aislamiento que el resto de los presos (66). Según nuestro estudio, existe un mayor porcentaje de participantes con aplicación de **medios coercitivos** en el grupo con DI (52,4 % [$n = 33$]), seguido del grupo con IL (43,1 % [$n = 25$]) y menor en el grupo de participantes sin DI (37,5 % [$n = 21$]) ($p = 0.254$), lo que relaciona que cuanto menor es la capacidad intelectual más dificultades comportamentales de adaptación se presentan en medio penitenciario. Igualmente existe un mayor porcentaje de participantes con **faltas disciplinarias graves** en el grupo con DI (60,3 % [$n = 38$]), seguido del grupo con IL (55,2 % [$n = 32$]) y el grupo sin DI (50% [$n = 28$]) ($p = 0.332$). De la misma manera, en casi la mitad del grupo con DI se aplicaron **sanciones** (49,2 % [$n = 31$]) de participantes del grupo con DI con sanción de aislamiento en celda frente al 41,4 % [$n = 24$] del grupo con IL y 42,9 % [$n = 24$] del grupo sin DI [$p=0.653$] y 47,6% [$n = 30$] de PPAR del grupo con DI frente a 46,6 % [$n = 27$] del grupo con IL y 42,9 % [$n = 24$] del grupo sin DI [$p = 0.864$]). Todos estos datos evidencian marcadas dificultades de adaptación en prisión y mayores problemas conductuales de las personas con DI en medio penitenciario.

De igual modo y coincidiendo con lo afirmado en la literatura científica, los datos de nuestro estudio muestran como los presos con DI presentan porcentajes más bajos de participación en actividades indicadoras de buena adaptación en prisión, como es la **participación en actividades laborales (destinos y talleres)** (58.7 % [$n = 37$] del grupo con DI y 53,4 % [$n = 31$]

del grupo con IL había realizado trabajo en destinos frente al 73,2 % [$n = 41$] del grupo sin DI con $p = 0.080$) (52,4% [$n = 33$] del grupo con DI y 51,7 % [$n = 30$] del grupo con IL había realizado trabajo en talleres frente al 53,6 % [$n = 30$] del grupo sin DI con $p = 0.980$). Destacar que ningún participante del grupo con DI realizó ningún tipo de trabajo de responsabilidad en talleres como encargado y el porcentaje de participantes realizando labores de responsabilidad en destinos como encargado también fue más bajo en el grupo con DI e IL en relación al grupo sin DI (13,5 % [$n = 5$] del grupo con DI y 9,7 % [$n = 3$] del grupo con IL versus al 22 % [$n = 9$] del grupo sin DI). Esta menor participación de personas con DI en actividades laborales como destinos y talleres dentro de la prisión demuestra las desigualdades a las que se enfrentan las personas con DI en medio penitenciario, habiendo sido puestas de manifiesto en la literatura científica previa (67).

Por último se remarca esta mayor dificultad de adaptación en prisión por las menores puntuaciones en el **indicador del nivel de adaptación en prisión SAM**. El SAM, instrumento ya descrito en el apartado metodológico, tiene en cuenta el número y valoración de las actividades realizadas en centro penitenciario, como los permisos y salidas, hechos positivos, objetivos conseguidos e incidentes negativos como sanciones y faltas disciplinarias. El grupo de personas con DI presentaban menor puntuación del SAM en todos los trimestres de primer año de su entrada en prisión en comparación con el grupo de personas sin DI (18.84 en 1er trimestre, 25.02 en 2º trimestre, 26.75 en 3º trimestre y 27.29 en 4º trimestre frente a 24.00 en 1er trimestre, 32.05 en 2º trimestre, 33.47 en 3º trimestre y 34.91 en 4º trimestre del grupo sin DI). Así mismo, la menor puntuación en la variación del SAM entre el segundo y primer trimestre de entrada en prisión del grupo con DI en relación al grupo sin DI (6.19 en el grupo con IL, 6.39 en el grupo con DI y 8.33 en el grupo sin DI) evidencia las dificultades de aprendizaje de las personas con DI en el contexto de adaptación a las normas y las dinámicas de funcionamiento del medio institucionalizado de la prisión (9) (64).

Las variables relacionadas con el proceso penitenciario guardan relación con el riesgo de reincidencia delictiva. Según la literatura científica, los presos con DI están en mayor riesgo de reincidencia delictiva debido a una falta de identificación de sus necesidades y consecuentemente una falta de soporte o servicios (64). Según Talbot, su exclusión en los programas específicos de tratamiento delictivo en las prisiones disminuye las probabilidades

de reinserción en relación a su conducta delictiva, lo que aumenta igualmente las posibilidades de regresar a prisión (9). Estos datos recogidos en la literatura científica coinciden con los datos de nuestro estudio, en el que encontramos un **nivel más alto de riesgo de reincidencia violenta según la Escala RisCanvi** entre los participantes del grupo con DI (27.8 % [$n = 15$]) seguido del grupo con IL (15,1 % [$n = 8$]) y más bajo en el grupo sin DI (9,6 % [$n = 5$]) ($p = 0.014$). Estos datos nuevamente podrían estar relacionados con los déficits en el procesamiento de la información y las habilidades comunicativas que combinadas con una falta de autocontrol y el incremento de impulsividad que presentan las personas con DI pueden ser la causa de las conductas agresivas y violentas en el grupo con DI (53) . En segundo lugar, la falta de intervenciones conductuales ajustadas a las necesidades de las personas con DI en prisión podría asociarse igualmente a este mayor riesgo de reincidencia en comportamiento violento (65).

En cuanto a las **variables clínicas**, existe una alta prevalencia de **comorbilidad psiquiátrica** en presos con DI (37,2 %) (45)(15). Estos resultados coinciden con hallazgos de investigaciones anteriores por Søndena (2008), quienes informaron una correlación positiva y estadísticamente significativa entre DI y trastornos mentales (13). Así mismo, Hassiotis (2011) demuestra que los presos con DI tienen tasas más alta de morbilidad psiquiátrica que otros presos sin DI. Dias (2013) también evidencia que más de la mitad de los presos con DI tenían un trastorno mental a lo largo de su trayectoria vital (52,5 %) (15). Los trastornos más comunes encontrados en presos con DI son los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos y el trastorno dependencia de drogas(45) (15). Chaplin (2017) también encuentra que los problemas de salud mental en presos con DI son significativamente mayores con respecto al grupo control en ansiedad, psicosis y trastorno de personalidad antisocial (20). De igual modo existe una mayor prevalencia de trastornos de personalidad como el antisocial y de trastornos del desarrollo como en TDAH y el autismo (4). Otros autores también informan de una alta prevalencia de TDAH, epilepsia y traumatismos craneales entre los internos con DI (13). Otros estudios refuerzan estos datos, afirmando que existen tasas más elevadas de TDAH, trastornos de conducta, trastornos psicóticos, depresión y otro tipo de enfermedades mentales comunes, abuso de cannabis, aumento de la tasa de suicidios y autoagresiones en comparación con el resto de la población encarcelada (32) (52) (53) (15) (4) (22). En relación a la mayor prevalencia de trastornos de conducta asociados, Tort (2016) evidencia que los ingresos en Unidades Psiquiátricas Penitenciarias de presos con DI en España están más

relacionados con alteraciones conductuales que con otros síntomas psiquiátricos asociados (25). Sin embargo, los datos sobre la salud mental de las personas privadas de libertad en medio penitenciario son aún limitados (20). De acuerdo a lo evidenciado anteriormente en relación a la existencia de una mayor prevalencia de trastornos mentales en presos con DI (45) (15) (13), en nuestro estudio también encontramos un mayor porcentaje de seguimiento psiquiátrico en presos con DI, tanto por psiquiatras especialistas en Salud Mental del Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD) (38,1 % [$n = 24$]) como por problemas de adicciones por parte del psiquiatra del Centro de Adicciones (CAS) (15,9 % [$n = 10$]) ($p = 0.041$). Se destaca por tanto que más de la mitad de los participantes del grupo con DI estaban o habían estado en seguimiento psiquiátrico durante la condena actual (54 %).

Igualmente el número de participantes con diagnóstico de **Trastorno Mental Grave (TMG)** fue mayor en el grupo de participantes con DI (9,5% [$n=6$]) en comparación al grupo con IL (8,6% [$n=5$]) y el grupo sin DI (5,4% [$n=3$]) ($p = 0.682$), lo que podría explicarse según estudios previos en una mayor prevalencia de trastornos psicóticos y trastornos relacionados con drogas en este colectivo (20).

En relación al **tipo de TMG**, Hassiotis (2011) demuestra que los presos con DI no sólo tienen tasas más altas de comorbilidad de trastornos mentales comunes sino que también los tienen dos veces más probabilidades de haber presentado **psicosis** (22). Los trastornos psicóticos pueden haber existido previo al ingreso en prisión pero también haber aparecido durante la encarcelación debido al impacto del ambiente estresante y complejo de prisión (22). Igualmente Hellenbach (2017) describe que los trastornos psicóticos o la esquizofrenia son más prevalentes en población reclusa con DI (4). Coincidiendo con estudios previos, el diagnóstico TMG más frecuente encontrado en nuestro estudio en los grupos con DI y IL fue el diagnóstico de Trastorno Psicótico (4,8 % y 5,2 % respectivamente).

Referente al **trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)**, existen estudios previos en los que se evidencia mayor prevalencia entre los presos con DI (4) (13). Del mismo modo, Young (2017) encuentra que hasta el 40 % de los presos con DI también cumple criterios para TDAH (27). Estos hallazgos coinciden con estudios anteriores como el de Chaplin (2017) , en que los presos con DI alcanzan también tasas de comorbilidad con TDAH de forma

significativa en comparación con el grupo de presos sin DI (20). En dicho estudio el grupo con DI presentaba problemas significativos en inatención, hiperactividad, impulsividad o comunicación social pobre, además de sus limitaciones cognitivas asociadas a su DI (20). Estos datos son concordantes con Einat (2008), quienes también detectaron una correlación positiva estadísticamente significativa entre la presencia de un diagnóstico de DI y el TDAH. Los autores destacaron que la frecuencia de un diagnóstico dual de TDAH y DI crece a medida que aumenta la gravedad de la DI (23). En base a lo anterior, en nuestro estudio también hallamos más prevalencia de diagnóstico de TDAH entre los grupos con IL y DI (3,4 % [$n = 2$] y 1,6 % [$n = 1$] respectivamente frente al 0% del grupo sin DI ($p = 0.361$).

Del mismo modo encontramos un mayor porcentaje de participantes con diagnóstico de **trastorno de personalidad** en el grupo con IL y con DI (12,1 % [$n = 7$] y 9,5 % [$n = 6$] respectivamente) frente al grupo sin DI (3,6 % [$n = 2$]) ($p = 0.248$). Estos resultados son coincidentes con estudios previos en donde se evidencia una mayor prevalencia de trastornos de personalidad, como el antisocial, en presos con DI (20) (4). Sin embargo hemos de señalar que existen importantes problemas conceptuales en la aplicación del constructo de trastorno de personalidad a los sujetos con DI (68) . Al margen de las dificultades en definir qué exactamente constituye un trastorno de personalidad en esta población y qué criterios utilizar, existen características que se solapan entre la DI y determinados criterios diagnósticos de los trastornos de personalidad (como por ejemplo, labilidad emocional, impulsividad, trastornos de conducta, etc.), especialmente relevantes en el trastorno antisocial de personalidad (69).

El porcentaje de participantes con diagnóstico de **trastorno depresivo** fue también mayor en el grupo con DI (9,5 % [$n = 6$]) en relación al resto de los grupos (1,7 % [$n = 1$] en el grupo con IL y 7,1% [$n = 4$] en el grupo sin DI ($p = 0.727$). Resultados compatibles con estudios previos en donde se evidencia una alta prevalencia de trastornos depresivos en presos con DI (45) (15).

De la misma manera y según resultados conexos a literatura científica previa(45) (15), el porcentaje de participantes con diagnóstico de **ansiedad** fue mayor en el grupo con DI (34,9 % [$n = 22$] frente al grupo con IL (27,6 % [$n = 16$]) y al grupo sin DI (23,2 % [$n = 13$]) ($p = 0.360$). Igualmente el porcentaje de participantes con diagnóstico de **insomnio** fue mayor en el grupo con DI (36,5 % [$n = 23$] frente al grupo con IL (24,1 % [$n = 14$]) y el grupo sin DI (12,5 % [$n = 7$]) ($p = 0.010$). La prevalencia mayor de trastornos depresivos, ansiedad e insomnio en los presos

con DI nos indicaría de este modo una peor adaptación al medio penitenciario y un mayor grado de sufrimiento emocional de las personas con DI en prisión, como describen estudios previos (9)(64).

Por último aclarar que las comorbilidades a las que hace referencia este estudio corresponden a la existencia de diagnósticos ya establecidos en la historia clínica de los participantes, no incluyéndose en el estudio la evaluación clínica o psicométrica de la comorbilidad, es decir, no se han añadido diagnósticos a los ya conocidos, lo que podría haber aumentado el porcentaje de comorbilidad hallado en el estudio.

Respecto a la toma de **tratamiento psicofarmacológico**, en nuestro estudio encontramos un mayor porcentaje de participantes en el grupo con DI (55,6 % [$n = 35$]) en tratamiento con psicofármacos (antipsicóticos, benzodiacepinas, antidepresivos y antiepilépticos) frente al grupo con IL (32,8 % [$n = 19$]) y al grupo sin DI (32,1 % [$n = 18$]) ($p = 0.011$). Estos datos refuerzan estudios científicos previos en los que se evidenció que los presos con DI presentan de forma significativa un mayor uso de *medicación antipsicótica* en comparación con los presos sin DI (15), siendo en nuestro estudio de un 25,4 % [$n = 16$] en el grupo con DI frente al 12,1 % [$n = 7$] en el grupo con IL y del 7,1 % [$n = 4$] en el grupo sin DI ($p = 0.016$). En relación con el mayor porcentaje de participantes en tratamiento con *antiepilépticos* en el grupo con IL y DI (15,5 % [$n = 9$] y 12,7 % [$n = 8$] respectivamente) frente al 3,6 % [$n = 2$] del grupo sin DI ($p = 0.098$), ésta podría deberse tanto a la mayor prevalencia de trastornos conductuales en este grupo (25) como a una mayor prevalencia de epilepsia (13).

En relación a los **problemas de salud**, las personas con DI pueden presentar una variedad de problemas de salud coexistentes que pueden tener un impacto significativo en su capacidad para sobrellevar el régimen penitenciario, haciendo que sus necesidades sanitarias exijan mayor cantidad de recursos (4). Esto se debe a que se demostró que ya las personas con DI en la comunidad a menudo tienen múltiples necesidades de salud física coexistentes, como las enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares, condiciones neurológicas, problemas de peso, diabetes, trastorno de espectro alcohólico- fetal y déficits sensoriales, auditivos y del lenguaje (2)(4). Así mismo, Dias (2013) evidencia que las personas con DI

presentan mayores problemas de salud física, incluyendo enfermedades del corazón, obesidad, diabetes y problemas de audición (30)(4). Específicamente y en relación a las **conductas de riesgo relacionadas con la salud**, Bhandari (2015) encuentra que de los 316 presos con DI, un 24,2 % se habían inyectado drogas en prisión, el 26 % reportaron haber compartido agujas alguna vez y un 15,3 % informaron haber compartido agujas en prisión (36). La mitad de los participantes con DI (51,0 %) se habían realizado un tatuaje de riesgo, un 91,0 % habían mantenido conductas sexuales de riesgo y 76,8 % informaron de no haber usado nunca métodos de protección sexual (36). En relación con conductas de riesgo, Bhandari (2015) reporta que existe mayor prevalencia de VHC en personas con DI, en donde hasta un 34,8 % de los presos con DI reportaron tener VHC ($n = 316$) (36). En nuestro estudio encontramos datos concordantes con los de Bhandari (2015), con un mayor porcentaje de participantes con diagnóstico de VIH en el grupo con DI (15,9 % [$n = 10$] vs. al 8,6 % [$n = 5$] en el grupo con IL y 3,6 % [$n = 2$] en el grupo sin DI, $p = 0.072$). Igualmente encontramos un mayor porcentaje de diagnóstico de VHC en la historia clínica en el grupo con DI (21 % [$n = 13$] vs. Al 15,5 % [$n = 9$] en el grupo de IL y 12,5 % [$n = 7$] en el grupo sin DI, $p = 0.451$).

En lo que concierne a la **problemática por consumo de drogas**, en el estudio realizado por Chaplin (2017) más de un 37,5 % de los presos con DI presentaban problemas de abuso de drogas o alcohol (20). Bhandari (2015) también describe una prevalencia de abuso de drogas del 28 % en presos con DI, aunque no encuentra diferencias significativas con respecto al consumo de drogas entre presos con DI en comparación con aquellos sin DI, salvo en el consumo de tabaco durante la estancia en prisión (36). Igualmente Hassiotis 2011 describe que el consumo de drogas y la dependencia alcohólica fue similar en presos con y sin DI, salvo el consumo de cannabis, existiendo un mayor número de presos con DI con consumo habitual (22). En nuestro estudio y a diferencia de estudios previos, encontramos un mayor porcentaje de participantes con problemática de consumo de drogas en el grupo con DI, tanto recogida en la **historia clínica** de los participantes del estudio (66,7 % [$n = 42$] en el grupo con DI vs. 55,2 % [$n = 32$] en el grupo con IL y 32,1 % [$n = 18$] en el grupo sin DI, $p = 0.001$)) como en la información recogida en el **cuestionario autorreportado** rellenado por los participantes, con mayor porcentaje de **antecedentes de consumo de drogas** en el grupo con DI (85,7 % [$n = 48$] vs. 83 % [$n = 44$] del grupo con IL y 78,4 % [$n = 40$]), $p = 0.608$) y también mayor porcentaje de participantes con **consumo actual de drogas** en el grupo con DI (64,3 % [$n = 36$] y 69,2 % [$n = 36$] en los grupos con DI e IL en relación al 68 % [$n = 34$] en el grupo sin DI, $p = 0.850$)). La

mayor frecuencia de consumo podría explicarse en relación al tratamiento de las drogodependencias dentro de la prisión, ya que según Hassiotis (2011) un menor número de presos con DI reciben tratamiento y ningún tipo de psicoeducación en el consumo de drogas en comparación con el grupo de presos sin DI (11,5 % vs 22,1 %, $p = 0,01$) (22). Igualmente son un colectivo más vulnerable y sugestionable, por lo que determinadas particularidades relacionadas con el entorno penitenciario podrían incitarles e inducirles al consumo.

Específicamente sobre el consumo de **opiáceos y cocaína**, existe un mayor porcentaje de participantes con problemática de consumo de estas opiáceos en el grupo con DI en relación al resto de los grupos (un 41,3 % [$n = 26$] de los participantes del grupo con DI presentaba diagnóstico de abuso/ dependencia de opiáceos en historia clínica de los cuales un 36,5 % presentaba diagnóstico de dependencia y un 35,1 % [$n = 20$] según el cuestionario autorreportado por los participantes). Igualmente existe un mayor porcentaje de participantes con problemática con el consumo de cocaína (33,4 % [$n = 21$] de los participantes con DI presentaban diagnóstico de abuso/ dependencia de cocaína en la historia clínica y 45,6 % [$n = 26$] según cuestionario autorreportado). Con respecto al consumo de **cannabis**, Hassiotis (2011) evidencia en su estudio que existe un mayor número de presos con DI con consumo habitual de cannabis o dependencia a esta sustancia durante su estancia en prisión, aunque el consumo en su trayectoria vital de consumo fuera similar entre ambos grupos (22) (38). Según este autor los pacientes con DI son frecuentemente consumidores de cannabis y recalca que es importante considerar el papel que media la dependencia del cannabis en la fuerte asociación entre psicosis y DI (22) (25). En nuestro estudio se describe un mayor porcentaje de participantes con diagnóstico de abuso y dependencia de cannabis en el grupo con DI tanto en la historia clínica (25,4 % [$n=16$] vs. 17,2 % [$n =10$] en el grupo con IL y 12,5 % [$n =7$] en el grupo sin DI, $p =0.350$) como en el cuestionario autorreportado (43,9 % [$n = 25$]). Igualmente en relación al consumo activo de cannabis en el momento del estudio según cuestionario autorreportado, existía también una mayor frecuencia de consumos en el grupo con DI y IL, en el que un 8,8 % [$n = 5$] del grupo con DI y un 9,6 % [$n = 5$] realizaba consumos *frecuentemente o casi a diario* en relación a ningún participante del grupo sin DI que realizara consumos con dicha frecuencia. Del mismo modo encontramos un mayor porcentaje de participantes con problemática de **alcohol** en el grupo con DI. Según datos de la historia clínica, 7,9 % [$n = 5$] del grupo con DI presentaban diagnóstico de dependencia de alcohol en la historia clínica y 12,7 % [$n = 8$] diagnóstico de abuso de consumo de alcohol. Según el cuestionario autorreportado,

17.9 % de los participantes del grupo con DI presentaban antecedentes de consumos de alcohol con consumos frecuentes o casi a diario. También en el grupo con DI existía un mayor porcentaje de participantes con abuso de **benzodiazepinas** (4,8 % [$n = 3$] en el grupo con DI y 10 % [$n = 6$] en el grupo con IL en la historia clínica y 28,1 % [$n = 16$] en el grupo con DI y 19,2 % [$n = 10$] en el grupo con IL según el cuestionario autorreportado). Destacar que las variables autorreportadas en relación al consumo de cocaína, cannabis, alcohol y benzodiazepinas arrojan mayores porcentajes de patrones de consumo con criterios de abuso/ dependencia que las recogidas en la historia clínica, tanto en el grupo con DI como en el resto de los grupos. Conforme a estos datos, la problemática de consumo de drogas en presos parece ser mayor a las cifras de las que disponen los profesionales sanitarios al respecto. Aunque podría ponerse en cuestión la fiabilidad de las respuestas en el cuestionario autoadministrado, no es de esperar una simulación o sobresimulación al respecto, por lo que deberían intensificarse los esfuerzos dedicados al abordaje de estas patologías, partiendo de una infraestimación general.

Por último existe igualmente un mayor porcentaje de **episodios de sobredosis por drogas** en el grupo con DI (12,5 % [$n = 7$]) vs. 5,8 % [$n = 3$] del grupo con IL y con 1,9 % [$n = 1$] en el grupo sin DI, $p = 0.088$). Esta mayor prevalencia de episodios de sobredosis en presos con DI se describe también en el estudio de Bhandari (2015) , donde se reporta que un 24,2 % de los presos con DI ($n = 316$) informaron de haber tenido una sobredosis alguna vez en su vida (36). Podría existir una mayor sensibilidad de las personas con DI a sufrir episodios de sobredosis por drogas con pérdida de conciencia, igualmente la impulsividad característica de los presos con DI podría afectar al control del consumo y facilitar los episodios de sobredosis.

Referente a los **antecedentes familiares toxicológicos y psiquiátricos** de las personas con DI en prisión, no existen hasta la fecha estudios que hayan informado sobre estas variables. Referente a los **antecedentes familiares toxicológicos**, encontramos un menores porcentajes de consumo de drogas en los progenitores de los participantes en el grupo con DI (5,3 % [$n = 3$] vs. 5,8 % [$n = 3$] del grupo con IL y 11,8 % [$n = 6$]) del grupo sin DI, $p = 0.373$), por lo que se deduce que el consumo de drogas en los progenitores no parece estar en relación con los déficits cognitivos de los participantes ni tampoco que inflencie el mayor consumo de drogas que presenta el grupo de presos con DI. Por el contrario, este consumo podría estar influenciado negativamente por los hermanos dentro del ambiente familiar, dado que sí que

encontramos un mayor porcentaje de antecedentes de consumo de drogas en hermanos en el grupo con DI (17,5 % [$n = 10$] vs. 15,1% [$n = 8$]) en el grupo de IL y 9,8% [$n = 5$]), $p = 0.507$). Existe igualmente un mayor porcentaje de **antecedentes psiquiátricos familiares de trastorno mental grave (TMG)** en progenitores o descendientes en el grupo con DI (10,5 % [$n = 6$] vs. 0 % [$n = 0$]) del grupo con IL 3,9 % [$n = 3,9$ %]), $p = 0.037$) lo que sugiere una asociación entre la DI y la presencia de TMG en sus padres o descendientes, lo que podría condicionar el soporte al paciente y haber ocasionado un peor funcionamiento a lo esperado en edades similares en las habilidades adaptativas de la persona durante su desarrollo psicomotor.

Sobre las **autolesiones** en presos con DI, Hassiotis (2011) recoge tasas relativamente más altas de historia de autolesiones y un aumento del doble en número de intentos de suicidio en presos con DI (13,5 % vs. 6,5 %) (22) y Chaplin (2017) evidencia que los presos con DI fueron más propensos a ser catalogados en los informes de la prisión como en alto riesgo de dañarse a sí mismos o a ser agredidos por otros (56 % [$n = 10$]) frente a aquellos con screening negativo para DI (28 % [$n = 43$]) (20). Chaplin (2011) afirma que casi un 38 % de los presos con DI había pensado en autolesionarse en el último mes y un 19 % se había realizado autoagresiones a propósito (20). Coincidiendo con la literatura científica, encontramos un mayor porcentaje de participantes con diagnóstico de autolesiones en historia clínica en el grupo con DI (17,5 % [$n = 11$] vs. 13,8 % [$n = 8$] del grupo con IL y 3,6 % [$n = 2$]), $p = 0.056$) y según variable autorreportada, también los participantes del grupo con DI presentaban mayor porcentaje de **autolesiones antes de su entrada en prisión** (12,3 % [$n = 7$] se autolesionaban *frecuentemente o casi a diario* vs. 9,5 % [$n = 5$] del grupo con IL y 3,9% [$n = 2$] del grupo sin DI, $p = 0.317$) e igualmente existe un mayor número de participantes que reportan **autolesiones posteriores a su entrada en prisión** *frecuentemente o casi a diario* en el grupo con DI (7,1 % [$n = 4$] vs. 4 % [$n = 2$] del grupo con IL y 2% [$n = 1$] del grupo sin DI, $p = 0.254$). En las autolesiones debemos considerar el componente de impulsividad en estos sujetos, como factor determinante especialmente ante unos menores recursos de gestión del malestar, independientemente de la presencia de ideación autolítica.

Del mismo modo y según la información autorreportada por los participantes de nuestro estudio, existe un mayor porcentaje de participantes con **intentos de suicidio previos a la entrada en prisión** en el grupo con DI (29,8 % [$n = 17$] vs. 26,9 % [$n = 14$] de grupo con IL y 14 %

[$n=7$]) del grupo sin DI, $p=0.132$) y en relación a los **intentos de suicidio tras su entrada en prisión** también encontramos un mayor porcentaje en el grupo con DI con intentos de suicidio en centro penitenciario (26,3 % [$n=15$]) vs. 9,6% [$n=5$] del grupo con IL y 7,8 % [$n=4$] del grupo sin DI, $p=0.011$). Así mismo se evidencia un mayor **riesgo de violencia autodirigida en la escala RisCanvi** en el grupo con DI, ya que según los resultados de nuestro estudio la mitad de los participantes del grupo con DI presentaba niveles de riesgo de violencia autodirigida medio o alto en relación al resto de los grupos (29,6 % [$n=16$] riesgo medio y 20,4 % [$n=11$] riesgo alto en el grupo con DI, 15,1 % [$n=8$] y 7,5 % [$n=4$] de riesgo medio y alto respectivamente en el grupo con IL y 15,4 % [$n=8$] y 3,8 % [$n=2$] de riesgo medio y alto respectivamente en el grupo sin DI, $p=0.004$). Estos datos son coincidentes con la literatura científica, Chaplin (2011) también afirma que los presos con DI son más propensos a tener un nivel de suicidalidad de moderado a alto (37,5 % [$n=6$] vs 7 % [$n=5$], $p=0.001$). En su estudio, el 25 % de los participantes con DI habían presentado pensamientos de suicidio en el último mes y hasta el 63 % había realizado intentos de suicidio en el pasado (20). Estos datos tan llamativos en relación a una elevada suicidalidad entre los presos con DI puede relacionarse con las dificultades adaptativas, el bajo control de impulsos, la baja autoestima, el déficit en las estrategias de autocontrol o las dificultades de integración social y experiencias de marginalidad que suelen presentar las personas con DI (65).

De la misma manera encontramos un mayor porcentaje con **diagnóstico de heteroagresividad en la historia clínica** en el grupo con DI (3,2 % [$n=2$]) vs. 1,7 % [$n=1$] en el grupo con IL y 0 % en el grupo sin DI, $p=0.408$). En relación a la información autorreportada por los participantes, igualmente existe un mayor porcentaje de episodios de **heteroagresividad verbal y física** en el grupo de participantes con DI e IL tanto antes de su entrada en el centro penitenciario como durante su estancia en prisión (8,8 % [$n=5$] del grupo con DI y 7,5% [$n=4$] del grupo con IL habían presentado episodios de heteroagresividad verbal *frecuentemente o casi a diario* antes de su entrada en CP frente a ningún participante del grupo sin DI, $p=0.380$; 5,4 % [$n=3$] del grupo con DI y 5,7 % [$n=3$] del grupo con IL habían presentado heteroagresividad física *frecuentemente o casi a diario* antes de su entrada en CP frente a un 2 % [$n=1$] del grupo sin DI, $p=0.747$; 7 % [$n=4$] del grupo con DI y 5,7 % [$n=2$] del grupo con IL habían presentado heteroagresividad verbal *frecuentemente o casi a diario* tras su entrada en CP frente al 2 % [$n=1$] del grupo sin DI, $p=0.484$; y 5,7 % [$n=3$] del grupo con IL y 1,8 % [$n=1$] del grupo con DI habían presentado episodios de heteroagresividad física tras su entrada en prisión

frecuentemente o casi a diario en relación al 2 % [$n=1$] del grupo sin DI, $p= 0.875$). Igualmente al evaluar el nivel de **riesgo de violencia intra- institucional en la escala RisCanvi**, existe un nivel más alto de riesgo de violencia intra- institucional en el grupo con DI (29,6 % [$n =16$] por encima del porcentaje del grupo con IL (15,1 % [$n =8$]) y con menor riesgo de violencia intra- institucional en el grupo sin DI (11,5 % [$n=6$]), $p = 0.154$. Estos datos estarían acordes con la literatura científica, donde se describe mayor prevalencia de trastornos conductuales en el grupo con DI en comparación con el grupo sin DI (4) (25). La heteroagresividad o la violencia en los sujetos con DI guarda relación con los menores recursos que disponen las personas con DI para afrontar situaciones complejas lo que conlleva con frecuencia un comportamiento más errático, impulsivo y agresivo (63).

Asimismo, existen mayor prevalencia de **maltratos psicológicos y físicos en la infancia** en presos con DI. Los presos con DI reportaban una mayor prevalencia de haber sido víctimas de maltratos psicológicos en la infancia (15,8 % [$n =9$] del grupo con DI y 11,3% [$n =6$] del grupo con IL reconocía haber sufrido episodios de maltrato psicológico en la infancia *frecuentemente o casi a diario* vs. al 5,9 % [$n =3$] del grupo sin DI, $p =0.257$). Los presos con DI también reportaban una mayor prevalencia de haber sufrido maltratos físicos en la infancia (14,3 % [$n =8$] del grupo con DI y 5,7 % [$n =3$] del grupo con IL reconocía haber sufrido episodios de maltrato físico en la infancia *frecuentemente o casi a diario* en relación al 2 % [$n =1$] del grupo sin DI, $p = 0.013$). Aunque los menores con DI y sus familiares están infrarrepresentados en los estudios sobre eventos adversos en la etapa infantil, se ha descrito que son más frecuentemente expuestos a eventos vitales adversos y traumáticos que sus iguales y esto se ha relacionado con un mayor riesgo de mala salud (70). Más allá de la etapa infantil, las tasas generales de victimización en personas con DI son mayores que las de la población general, con un riesgo entre tres y siete veces mayor de victimización, con frecuencia son perpetradas por personas de su entorno, como producto de las complejas interacciones entre el entorno, la víctima y el perpetrador, y estas experiencias son raramente reportadas a las autoridades (71). De conformidad con lo anterior, la prevalencia de episodios de **maltratos psicológicos y físicos en la edad adulta antes de la entrada en prisión** entre los participantes del estudio fue mayor en el grupo con DI (14,1 % [$n =8$] participantes del grupo con DI reconocía haber sufrido episodios de maltrato psicológico frecuentemente o casi a diario en la edad adulta antes de la entrada en prisión, frente al 3,8 % [$n =2$] de los participantes del grupo con IL y el 2 % [$n =1$] del grupo de participantes sin DI ($p = 0.180$) y 7,2 % [$n= 4$] del grupo con DI reconocía haber

sufrido maltratos físicos en la edad adulta frecuentemente o casi a diario frente al 2 % [$n = 1$] del grupo con IL y del 2 % [$n = 1$] del grupo sin DI ($p = 0.568$).

Existe igualmente mayor prevalencia de **maltratos psicológicos y físicos posteriores a su entrada en prisión** en personas con DI e IL (7,7 % [$n = 4$] del grupo con IL y 7 % [$n = 4$] del grupo con DI reconocían haber sufrido maltratos psicológicos *frecuentemente o casi a diario* durante su estancia en prisión frente al 5,7 % [$n = 3$] del grupo sin DI con $p = 0.650$ y 5,4 % [$n = 3$] del grupo con DI reconocían sufrir maltratos físicos *frecuentemente o casi a diario* durante su estancia en prisión frente al 1,9 % [$n = 1$] del grupo con IL y el 1,9 % [$n = 1$] del grupo sin DI con $p = 0.833$). Estos datos concuerdan con los descritos en la literatura científica, en donde se remarca que las personas con DI son más vulnerables de sufrir acoso tanto antes de entrar en prisión como durante su estancia en prisión, siendo menos capaces de enfrentarse con el ambiente en prisión (45) y encontrándose muchas veces en riesgo de victimización por parte de otros presos (9) (64).

En relación a los datos clínicos en su conjunto, dada la vulnerabilidad que describen sus antecedentes familiares o historia toxicológica, la patología somática, la elevada comorbilidad psiquiátrica diagnosticada y la existencia de seguimiento psiquiátrico en más de la mitad de los participantes del grupo con DI, debe apuntarse que tanto los servicios médicos de prisiones como los de atención a la salud mental tienen una oportunidad evidente de detección de personas con dificultades cognitivas, debiendo tanto recomendarse acciones que mejoren la conciencia de los profesionales sanitarios respecto a la elevada prevalencia de DI indetectada entre los internos que visitan y la necesidad de intervención específica en este colectivo en el ámbito penitenciario.

Sobre el **grado de malestar emocional** de los presos en el ambiente penitenciario y aunque los presos con DI parecen tener igual número de visitas de familiares y amigos, los internos con DI tienen mayores probabilidades de reportar sentimientos moderados o severos de falta de soporte social (22). Igualmente la literatura científica describe que son grupos vulnerables en riesgo de victimización por parte de otros presos (9) (64). Debido a estos datos, es esperable que estudios como el de Dias (2013) evidencien una asociación significativa y estrés psicológico

entre presos con DI medido con el cuestionario de malestar de Kessler K- 10 (15). Compatible con la literatura científica, en nuestro estudio existe mayor porcentaje de participantes con puntuaciones elevadas en la **escala de malestar psicológico de Kessler (k-10)** en el grupo con DI, lo que indicaría mayor grado de malestar psicológico en esta población (45 participantes del grupo con DI presentaban puntuaciones alta o muy altas en dicha escala (77,6 %) frente a 27 participantes del grupo con IL (51,9 %) y 25 participantes del grupo sin DI (48,1 %) con $p = 0.003$).

Por último, el problema de no identificar a presos con DI una vez que entran en prisión es de máxima relevancia y puede afectar a todos los aspectos de su vida en prisión (20). Según la literatura científica, las personas con DI están tanto en desventaja tanto cuando son detenidos por la policía, como en el proceso judicial, como durante su estancia en prisión. Sería fundamental realizar una adecuada detección de las personas con DI en su detención y antes de la entrada en prisión, así las dificultades que presentan podrían ser tenidas en cuenta a través de su proceso penal (72). Igualmente, los servicios de Instituciones Penitenciarias necesitarían implementar de forma reglada en todas las prisiones herramientas de screening de ID, como primer paso para asegurar que las personas con DI no estén en desventaja durante su tiempo en prisión (13)(21). De esta manera, se podría valorar la presencia de DI en presos preventivos previo al juicio oral y posteriormente adaptar programas de rehabilitación específicos de prisión para este colectivo, manteniendo una continuidad en las intervenciones por los servicios específicos comunitarios tras la libertad (13).

Según los estudios realizados, se concluye que la mayoría de los presos con DI no han sido diagnosticados previamente a su entrada en prisión ni han tenido contacto previo con servicios especializados en DI (33) (46) (2) (13).

Es destacable evidenciar que a pesar de existir un programa diseñado para la detección de personas con DI en prisión en el momento de realización de nuestro estudio (Programa ACCEPTA), se detecta una problemática en la detención de presos con DI en prisiones, ya que **solamente 1 participante del estudio del grupo con DI (CI = 60) estaba incluido en dicho programa (0,6 %) y sólo 3 presos (1,7 %) de los 177 participantes del estudio presentaban**

diagnóstico de retraso mental en la historia clínica (2 de ellos (3,4 %) pertenecientes al grupo de IL con CI de 72 y 81 puntos respectivamente en la escala WAIS- IV y 1 de ellos (1,6 %) perteneciente al grupo con DI con CI de 60 puntos).

Estos datos evidencian carencias en la asistencia clínica y en el abordaje penitenciario, con una problemática en el cribado y reconocimiento de la DI en prisión, datos concordantes con lo enunciado por Chaplin (2017), que afirma que existe una falta de conocimiento y herramientas para realizar un adecuada detección de estas personas en centro penitenciario y consecuentemente una ausencia de valoraciones apropiadas y del soporte e intervenciones necesarias que deberían darse a este colectivo, sentimiento compartido por los profesionales (20). En nuestro entorno, estas circunstancias ya fueron señaladas por Tort (2016), y debemos reiterar su petición de diseño de una estrategia coordinada con cooperación inter- ministerial y compromisos a largo plazo, que incluyan el aumento de formación de los profesionales a todos los niveles judiciales/ penitenciarios y de medidas alternativas al encarcelamiento para las personas con DI (25).

LIMITACIONES

- Debido a la exclusión de personas no castellano parlantes por imposibilidad de pasación del WAIS - IV (555 presos de los 1229 internos en dicho momento en nuestro CP), existe la posibilidad que nuestra muestra no sea representativa de toda la población reclusa del CP Brians- 1, destacando que la población sobre la que se realiza el estudio representa más de la mitad de los presos internados en nuestro centro penitenciario en el momento de realización del mismo (0,55 % de la población reclusa masculina, $N = 674$ presos).

- Debido al instrumento de medida de inteligencia utilizado y a la falta de información relativa a si los déficits cognitivos aparecieron antes de los 18 años de edad en los participantes, es posible que se detecten presos categorizados como DI leve o inteligencia límite (IL) con deterioros intelectivos asociados a trastornos mentales o producidos por drogas, comunes en esta población (73). Igualmente lo que intentamos evaluar son las discapacidades intelectivas presentes en el momento de la realización del estudio que podrían interferir en el comportamiento y habilidades adaptativas de estas personas en centro penitenciario, independientemente de que esta disfunción intelectual se haya producido durante o posterior al desarrollo psicomotor, sea genética o bien adquirida, por ejemplo, por abusos en consumos de drogas.

- Aunque la medida de DI también es también dependiente de la valoración de las conductas y habilidades adaptativas, ésta es extremadamente difícil de evaluar en prisiones. El medio penitenciario constituye un ambiente muy restrictivo y no permite a los presos la realización de dichos comportamientos adaptativos para poder proceder a su evaluación mediante los instrumentos adecuados (21) y muchas conductas de estilo de vida independiente no pueden ser demostradas en un ambiente penitenciario (11). Además, normalmente para evaluar las habilidades adaptativas se requiere de un tercer informador (padres, cuidadores) que pueda informar de la conducta de interés del individuo en cuestión (34). Debido al medio limitante penitenciario y la ausencia de informadores cercanos a los internos, se planteó la autoadministración de escalas que valoraran la conducta adaptativa, ya que se encontró un incremento de evidencia en la literatura científica que sugiere que la

administración directa de algunas escalas de conducta adaptativa son válidas (a pesar de no contar con una tercera persona informadora) y de hecho son administradas en medio penitenciario en algunos estudios anteriores como el de Hayes (2007) y Herrington (2009) (*Escala de Conducta Adaptativa de Vineland (VABS)*) (2) (11). En nuestro estudio finalmente se descartó esta medición por la escasa fiabilidad que tendrían las escalas de conducta adaptativa en el medio penitenciario mediante cuestionarios auto-administrados, donde puede darse la ocultación o no reconocimiento de limitaciones por miedo a la estigmatización en la información aportada por el interno o bien la sobre-simulación de síntomas para obtención de beneficios. Por ello en este estudio se ha preferido utilizar medidas cuantificables mediante indicadores objetivos que reflejarían las dificultades adaptativas que los presos presentan en prisión, con información mucho más fiable de la conducta adaptativa de la persona en medio penitenciario. En relación a lo anterior, aquellas variables que fueron autorreportadas sufren el sesgo propio de este tipo de medidas.

- No se tienen en cuenta personas con DI con un CI mayor a 85 que también experimentan grandes dificultades con la comprensión y la comunicación. Éstas pueden incluir, por ejemplo, personas con dificultades del lenguaje, personas con déficit de atención y déficit de hiperactividad, personas con dislexia, personas con daño cerebral adquirido y personas del espectro autista, incluyendo el síndrome de Asperger (9).

- Por último añadir que serían necesarios estudios posteriores similares en la población reclusa femenina, que se excluyeron de este estudio por presentar unas características y necesidades específicas que difieren de la población masculina en medio penitenciario.

- Otra posible limitación del estudio podría deberse a la simulación en el resultado de las pruebas del estudio por parte de algunos internos con la intención de obtener beneficios penitenciarios o alguna retribución económica. Para evitar posibles simuladores, cuando se procedió a la explicación del estudio y a la entrega de los consentimientos informados se enfatizó el hecho de que los resultados obtenidos en las pruebas no tenían validez clínica salvo para su conocimiento e interés personal (véase Anexo 9, donde se muestra

un ejemplo del informe con las valoraciones cualitativas del CI que proporcionamos a los internos interesados en sus resultados).

Dificultades e inconvenientes encontrados:

Dificultad de accesibilidad a los participantes, circunstancia propia de todo estudio que sea realizado en medio penitenciario y que, de acuerdo con el estudio PRECA (62), tiene entre otras las siguientes razones:

- Es indispensable que las entrevistas se ajusten al horario en el que las actividades de la prisión permiten el encuentro entre entrevistador y entrevistados, normalmente esto no es posible salvo durante un periodo de alrededor de cuatro horas por la mañana y de dos por la tarde.
- Debido a la prolongada duración media de la entrevista (90 min), fue frecuente el solape con alguna actividad penitenciaria que en ese momento el interno no deseaba perderse, por lo que da por interrumpida la entrevista (visita de familiares, horario de deporte, actividad recreativa, etc.).
- Los internos están sujetos a traslados con relativa frecuencia, bien a otros centros, bien a diligencias a los juzgados, a consultas médicas, etc., por lo que se daba con facilidad que un interno citado no estuviera presente el día de la entrevista, debiendo aplazar para otro día las entrevistas.
- El medio penitenciario es exigente y los cambios de humor de los entrevistados pueden llegar a impedir, interrumpir o cancelar la entrevista previamente pactada y aceptada.

REVISIÓN DE HIPÓTESIS

- 1.- Un número importante de internos del centro penitenciario (CP) Brians-1 reunirá criterios para un diagnóstico de DI.
- 2.- La prevalencia de DI encontrada en el CP Brians-1 será más alta que la prevalencia de DI encontrada en la población general.
- 3.- La prevalencia de DI en el CP Brians-1 será similar a la prevalencia de DI encontrada en población penitenciaria de otros países.
- 4.- El número de personas con DI en el CP Brians-1, obtenido a través de nuestra muestra aleatoria, será más alto que el total del número de personas con DI detectadas e incluidas en el programa ACCEPTA en dicho centro.
- 5.- La mayoría de delitos cometidos por las personas con DI en el CP Brians-1 se clasificarán en delitos contra las personas y delitos contra la propiedad, según el código penal.
- 6.- Las personas con DI en CP Brians-1 tendrán más dificultades adaptativas y de accesibilidad a recursos de la prisión que aquellos presos sin DI, con un mayor número de incidentes regimentales.
- 7.- Las personas con DI en CP Brians-1 presentarán peores evoluciones penitenciarias y carreras delictivas más persistentes que aquellos presos con un CI normal. Presentarán mayor tasa de reincidencia delictiva y mayores entradas en prisión en comparación con presos con presos sin DI.
- 8.- Las personas con DI en CP Brians-1 presentarán mayor morbilidad psiquiátrica y de consumo de sustancias que aquellos presos con un CI normal.

1. HIPÓTESIS PRIMERA: Un número importante de internos del CP Brians-1 reunirá criterios para un diagnóstico de DI.

Para determinar la prevalencia de DI en el CP Brians-1 se han utilizado los resultados obtenidos tras la pasación del test psicométrico Wechsler de Inteligencia para Adultos IV edición (WAIS-IV). Se establece que una puntuación menor a 70 en el Cociente Intelectual Total (CIT) sería indicativa de Discapacidad Intelectiva (DI).

Consideramos que se confirma la hipótesis puesto que 63 de los 177 participantes presentaron DI. La prevalencia de DI en el Centro Penitenciario Brians-1 en el momento de realización del estudio fue del **35,6 %** (5,6 % [$n = 10$] presentaban una DISCAPACIDAD INTELECTUAL MODERADA con CI entre 35 a 49 según la puntuación de la escala WAIS- IV y 29,9 % [$n = 53$] presentaban DISCAPACIDAD INTELECTUAL LEVE con CI entre 50 a 69 puntos.

EL porcentaje de participantes con INTELIGENCIA LÍMITE en nuestro estudio fue de un 32,8 % [$n = 58$] con resultados de CI comprendidos entre 70- 84 según puntuaciones de la escala WAIS- IV. El porcentaje de participantes con CI comprendidos entre 70 a 79 fue de un 21,5 % [$n = 38$].

Por tanto y en conclusión, existe un **68,4% de participantes de nuestro estudio con un CI menor a 85** en la escala WAIS- IV, lo que supone 121 sujetos de los 177 participantes.

2. HIPÓTESIS SEGUNDA: La prevalencia de DI en el centro penitenciario Brians-1 será más alta que la prevalencia encontrada en la población general.

Nuestro estudio demuestra la hipótesis que la prevalencia de DI en presos del centro penitenciario Brians-1 (35,6 %) es más alta que la encontrada en la población general, que se estima entre un 0,7 % y un 2 % según la literatura científica. Esto concuerda con los estudios

de prevalencia de DI realizados en medio penitenciario, que afirman que las personas con DI están sobrerrepresentadas en la población penitenciaria de muchos países occidentales (2) (13) (14) (15) (15) (4).

3. HIPÓTESIS TERCERA: La prevalencia de DI en el CP Brians-1 será similar a la prevalencia encontrada en la población penitenciaria de otros países.

En estudios internacionales, la prevalencia de personas con DI en prisiones varía de 2-40 %, dependiendo de la aproximación metodológica y diagnóstica (33) (2) (12). Como se ha expuesto en este estudio, aún es incierto el porcentaje de presos con DI debido a que las tasas de prevalencia de DI en este colectivo varía significativamente en los diferentes estudios científicos realizados, haciendo difícil identificar el número de presos con DI y evaluar sus necesidades (4).

A pesar que no es posible hacer una estimación específica, parece haber cierto consenso en la literatura que las personas con DI límite (CI 70-85) constituyen entre el 25 y el 30 % de la población penitenciaria, mientras que de un 7- 10 % de los presos puede presentar DI leve (CI 50-69) (1) (2) (3) (4).

Según estas conclusiones recogidas en la literatura científica, nuestra hipótesis no se cumpliría, ya que en los resultados encontrados en nuestro estudio existen unas cifras más altas de prevalencia a las halladas en otros estudios occidentales. Sólo el estudio de Einat (2008), en cárceles israelíes, arrojaría unos resultados de DI más elevados que los encontrados en este estudio (23).

En ninguno de los estudios con presos, salvo el de Einat (23), se han identificado formas de DI severa (4), lo que concuerda con los resultados de nuestro estudio en donde no hemos encontrado ningún participante con DI severa o grave según puntuaciones del WAIS- IV.

4. HIPÓTESIS CUARTA: El número de personas con DI en Centro Penitenciario Brians-1, obtenido a través de nuestra muestra aleatoria, será más alto que el número de personas incluidas en el Programa ACCEPTA en dicho centro.

Se cumple nuestra hipótesis ya que sólo 1 participante del estudio del grupo con DI estaba incluido en dicho programa (0,6 %) y en sólo 3 participantes (1,7 %) de los 177 participantes del estudio se recogía el diagnóstico de Retraso Mental en la historia clínica 2 de ellos pertenecientes al grupo de IL (3,4 % [$n = 2$]) y 1 de ellos al grupo con DI (1,6 % [$n = 1$]).

Esto evidencia problemáticas en el cribado y reconocimiento de las personas con DI en prisión a pesar de existir un programa diseñado específicamente para la detección de personas con DI en las prisiones catalanas en el momento de realización de nuestro estudio.

Estos datos evidencian carencias en la asistencia clínica con una problemática en el cribado y reconocimiento de la DI en prisión ya recogidos en anteriores estudios científicos como en el estudio de Chaplin (2017), que afirma que existe una falta de conocimiento y herramientas para realizar un adecuada detección de estas personas en centro penitenciario y consecuentemente una ausencia de valoraciones apropiadas y del soporte e intervenciones necesarias que deberían darse a este colectivo (20).

Debido a esta situación, creemos fundamental mejorar la detección de casos de PDID en medio penitenciario, con la intención de que reciban un tratamiento multidisciplinar específico, cuyo objetivo es desarrollar al máximo el potencial de la persona mediante la detección de sus limitaciones y sus capacidades, con el único fin de proporcionar los apoyos necesarios en cada una de las dimensiones o áreas de su vida, lo que incluye destrezas sociales para ayudar a la persona a vivir de la manera más normalizada posible tanto en el entorno penitenciario, durante el cumplimiento de la condena, como en su entorno social después de la libertad, disminuyendo así la reincidencia delictiva, a la vez que se aumentan las posibilidades de reinserción.

5. HIPÓTESIS QUINTA: La mayoría de los delitos cometidos por personas con DI se clasificarán en delitos contra las personas y delitos contra la propiedad, según el código penal.

El delito más prevalente entre los presos con DI fue el delito contra el patrimonio con violencia (42,7 % [$n = 27$] del grupo con DI) seguido de delitos contra las personas (30,1 % [$n = 19$]). Dentro de éstos, 9 participantes (14,3 %) presentaban delitos de lesiones/ homicidios, 6 participantes (9,5 %) delito de violencia de género y 4 participantes (6,3 %) delitos contra la libertad sexual.

Estos hallazgos concuerdan con estudios previos ,como el Hodgins (1992), en donde reporta que 1/3 de los presos con DI fueron acusados de robo (40) o el de Tort (2016), que afirma que el delito más prevalente entre personas con DI fue el de robo (53,20 %) (25).

6. HIPÓTESIS SEXTA: Las personas con DI en CP Brians-1 tendrán más dificultades adaptativas y de accesibilidad a los recursos de la prisión que aquellos presos sin DI, con un mayor número de expedientes regimentales.

Claramente se evidencia en nuestro estudio, a través de los resultados de las distintas variables de adaptación e inadaptación en prisión, que las que las personas con DI presentan mayores dificultades adaptativas en el centro penitenciario, con una menor accesibilidad a los recursos que aquellas sin DI.

Según nuestros resultados, los presos con DI presentan una menor participación en actividades laborales. En relación al trabajo en destinos, el 53,4 % [$n = 31$] de presos con IL y 58,7 % [$n = 37$] de presos con DI realizaba trabajo en destinos frente a los 73,2 % [$n = 41$] de presos sin DI ($p = 0.080$) y también ocupan puestos de menor responsabilidad (9,7 % [$n = 3$] en presos con IL y 13,5 % [$n = 5$] en presos con DI frente al 22 % [$n = 9$] del grupo sin DI, $p = 0.980$). También el grupo con DI presenta menor participación en trabajo en talleres que el

grupo sin DI (52,4 % [$n = 33$] vs 53,6 % [$n = 30$] del grupo sin DI, $p = 0.980$) con ningún participante ocupando puesto de responsabilidad (0 % vs al 6,7 % [$n = 2$], $p = 0.306$). Igualmente presentan mayores aplicaciones de medios coercitivos (52,4 % [$n = 33$], $p = 0.254$), faltas disciplinarias (63,5 % [$n = 40$], $p = 0.332$), sanciones de aislamiento en celda (49,2 % [$n = 31$], $p = 0.653$) y sanciones de PPAR (47,6 % [$n = 30$], $p = 0.864$) frente al grupo con IL y sin DI.

7. HIPÓTESIS SÉPTIMA: Las personas con DI en CP Brians-1 presentarán peores evoluciones penitenciarias y carreras delictivas más persistentes que aquellos presos con un CI normal. Presentarán mayor tasa de reincidencia delictiva y mayor número de entradas en prisión en comparación con presos con presos sin DI.

Según los resultados obtenidos se apoya la hipótesis enunciada, evidenciando que la edad de inicio de carrera delictiva es más temprana en el grupo con DI (27,81 años de media) seguida del grupo con IL (29 años de media) y con una edad de inicio más tardía en el grupo de participantes sin DI (33,84 años de media) con $p = 0.019$. Igualmente existía un mayor porcentaje de participantes con ingresos en centro de menores en el grupo con DI (29,8 % [$n = 17$] frente al 19,6 % [$n = 10$] del grupo con IL y 12,0 % [$n = 6$] del grupo sin DI, $p = 0.074$). Del mismo modo, en el grupo con DI existe un mayor porcentaje de ingresos previos en prisión (74,6 % [$n = 47$] frente al 70,7 % [$n = 41$] del grupo con IL y 64,3 % [$n = 36$] del grupo sin DI, $p = 0.467$), lo que indicaría mayores tasas de reincidencia delictiva y peores evoluciones penitenciarias de los presos con DI.

8. HIPÓTESIS OCTAVA: Las personas con DI en CP Brians-1 presentarán mayor morbilidad psiquiátrica y de consumo de sustancias que aquellos presos con un CI normal.

En nuestro estudio y según los datos obtenidos, también encontramos un mayor porcentaje de participantes en seguimiento por psiquiatría en el grupo con DI (54 % [$n = 34$], $p = 0.041$), con mayores porcentajes de diagnóstico de TDAH (3,4 % [$n = 2$] en el grupo con IL y 1,6% [$n = 1$] en el grupo con DI, $p = 0.361$), TMG (9,5 % [$n = 6$], $p = 0.682$), trastorno de personalidad (9,5 % [n

= 6 en el grupo con DI y 12,1 % [$n = 7$] en el grupo con IL, $p = 0.248$), trastorno depresivo (9,5 % [$n = 6$], $p = 0.195$), ansiedad (34,9 % [$n = 22$], $p = 0.360$) e insomnio (36,5 % [$n = 23$], $p = 0.010$). Igualmente encontramos mayor porcentaje de participantes en tratamiento con psicofármacos (antipsicóticos, benzodiacepinas, antidepresivos y antiepilépticos) en el grupo con DI (55,6 % [$n = 35$], $p = 0.011$). También se reflejan en su historia clínica un mayor número de diagnósticos de intentos de suicidio previos a prisión (29,8 % [$n = 17$], $p = 0.132$) y en prisión (26,3 % [$n = 15$], $p = 0.011$), autolesiones (17,5 % [$n = 11$], $p = 0.056$) y diagnóstico de heteroagresividad (3,2 % [$n = 2$], $p = 0.408$) en comparación al resto de los grupos, así como una mayor porcentaje de diagnósticos en relación a la problemática de consumo de drogas (66,7 % [$n = 42$], $p = 0.001$).

CONCLUSIONES

1.- Se confirma que un número importante de internos del centro penitenciario (CP) Brians-1 reúne criterios para un diagnóstico de DI (35,6 %, $n = 63$).

2.- Se confirma que la prevalencia de DI encontrada en el CP Brians-1 es más alta que la prevalencia de DI encontrada en la población general (35,6 % vs 0,7-2 %).

3.- No se confirma la similitud esperada entre la prevalencia de DI en el CP Brians-1 y la descrita en otros países, siendo ésta superior a la mayoría (35,6 % vs predominio de alrededor del 10 %).

4.- Se confirma que el número de personas con DI en el CP Brians-1, obtenido a través de nuestra muestra aleatoria, es más alto que el total del número de personas con DI detectadas e incluidas en el programa ACCEPTA en dicho centro (63 vs 1).

5.- Se confirma que la mayoría de delitos cometidos por las personas con DI en el CP Brians-1 se clasifican en delitos contra las personas y delitos contra la propiedad, según el código penal (30,1 % delitos contra las personas y 42,7 % delitos contra la propiedad con violencia).

6.- Se confirma que las personas con DI en CP Brians-1 tienen más dificultades adaptativas y de accesibilidad a recursos de la prisión que aquellos presos sin DI, con un mayor número de incidentes regimentales (52,4 % del grupo con DI con medios coercitivos vs 37,5 % del grupo sin DI con $p = 0.254$, 63,5 % del grupo con DI con faltas disciplinarias vs 50,0 % del grupo sin DI con $p = 0.032$), mayor número de sanciones (49,2 % del grupo con DI con sanciones de aislamiento en celda vs 42,9% de grupo sin DI con $p = 0.653$ y 49,2 % del grupo con DI con sanciones de PPAR vs 42,9% de grupo sin DI $p = 0.864$) y con menor participación en actividades laborales (58,7 % del grupo con DI con actividades laborales en destinos vs 73,2 % del grupo sin DI con $p = 0.080$ y 52,4 % del grupo con DI con actividades laborales en talleres vs al 53,6 % del grupo sin DI con $p = 0.980$).

7.- Se confirma que las personas con DI en CP Brians-1 presentan peores evoluciones penitenciarias y carreras delictivas más persistentes que aquellos presos con un CI normal, con una mayor tasa de reincidencia delictiva y mayor número de entradas en prisión en comparación con presos sin DI (edad de inicio de carrera delictiva en el grupo con DI a los 27,81 años de edad vs los 33.84 en el grupo sin DI con $p = 0.019$, con 29,8 % de ingresos en centros de menores vs 12% del grupo sin DI con $p = 0.074$, con 74,6 % de ingresos previos en prisión vs a los 64,3 % del grupo sin DI con $p = 0.467$).

8.- Las personas con DI en CP Brians-1 presentan mayor morbilidad psiquiátrica que aquellos presos con un CI normal (54 % del grupo con DI en seguimiento por psiquiatría, 9,5 % con diagnóstico de Trastorno Mental Grave, 12,1 % con diagnóstico de Trastorno de personalidad, 9,5% con diagnóstico de Trastorno depresivo, 34,9% con diagnóstico de ansiedad, 36,5 % con diagnóstico de insomnio, con 55,6 % participantes en tratamiento con psicofármacos vs a los 30,4 % de los participantes del grupo sin DI en seguimiento por psiquiatría ($p = 0.041$), con 5,4 % de diagnóstico de Trastorno Mental Grave ($p = 0.682$), 3,6% de diagnóstico de Trastorno de personalidad ($p = 0.248$), 7,1 % de Trastorno depresivo , 23,2 % de ansiedad ($p = 0.360$), 12,5 % de insomnio ($p = 0.010$) con 32,1 % de participantes en tratamiento con psicofármacos del grupo sin DI ($p = 0.011$).

RECOMENDACIONES

El conocimiento sobre las personas con DI en medio penitenciario sigue siendo limitado, debido al uso inconsistente de la terminología usada y la utilización de distintos métodos de detección en el cribado, lo que ha constituido un problema inherente de la investigación en esta área.

En este contexto es necesario una mayor investigación científica sobre la DI en prisiones, ya que en base a los resultados obtenidos, este grupo de presos está en riesgo de reincidencia delictiva debido a una falta de identificación de sus necesidades y consecuentemente de una falta de soporte y servicios, entendiéndose que probablemente no se benefician de los programas diseñados específicamente en prisiones para la conducta delictiva, puesto que presentan un mayor riesgo de aislamiento social y exclusión de actividades destinadas a reducir la probabilidad de delinquir nuevamente (lo que contribuiría a explicar las tasas de mayor reincidencia delictiva en este colectivo) (13) (4) (24). Además, constituyen grupos vulnerables en desventaja de las personas sin DI y en riesgo de victimización por parte de otros presos.

Tanto el personal funcionario de prisiones como los profesionales de salud que trabajan en ellas necesitan identificar a dichas personas con DI en etapas tempranas, identificando su estado de salud y sus necesidades específicas, con el fin de que reciban la adecuada intervención o la derivación a recursos específicos para este colectivo (22) (35).

En base a los resultados obtenidos, se insta a la Dirección General de Servicios Penitenciarios de Cataluña y a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias a implementar de forma reglada en todas las prisiones herramientas de cribado de DI como primer paso para proporcionar las valoraciones apropiadas y poder aplicar intervenciones específicas en personas con DI en prisión.

Además, se deberían desarrollar intervenciones socio- educativas y sanitarias diseñadas para evaluar las necesidades que los presos con DI presentan en medio penitenciario, para evitar que las personas con DI estén en desventaja durante su tiempo en prisión.

Del mismo modo, se debería aumentar el conocimiento sobre la DI entre los profesionales y servicios de salud en las prisiones, elaborando programas específicos de formación para profesionales (psicólogos, educadores, juristas, funcionarios de prisiones, sanitarios, etc.) con el fin de proporcionarles herramientas terapéuticas orientadas a facilitar la integración y adaptación de las personas con DI en el medio penitenciario, así como las dirigidas a su reinserción social.

De esta manera, se podría valorar la presencia de DI en presos preventivos previamente al juicio oral y posteriormente adaptar programas de rehabilitación específicos de prisión para este colectivo, manteniendo la continuidad asistencial mediante sistemas de derivación a servicios específicos comunitarios tras la libertad. Estos servicios de soporte en comunidad tras la libertad serían indudablemente recomendables para acompañar a la persona con DI y facilitarle la integración de nuevo en sociedad, con el fin de evitar la reincidencia delictiva. Específicamente colaboración con organizaciones existentes de DI para proporcionar formación, educación y oportunidades de trabajo para ex presos con DI.

Por último, las elevadas tasas de DI encontradas en prisión deben acompañarse de una reflexión sobre el proceso judicial previo a su ingreso en el centro penitenciario, potenciando también a este nivel la detección de la DI para poder ofrecer las mayores garantías procesales y penales a los sujetos con DI que delinquen.

IMPACTO DE LA INVESTIGACIÓN

Con todos los datos evidenciados empíricamente en este estudio, se espera resaltar la necesidad inmediata de evolucionar en el desarrollo y en la mejora de la eficacia de los procedimientos de detección de personas con DI en el sistema judicial y penitenciario, así como mejorar las intervenciones de tratamiento multidisciplinar en este colectivo, con el fin de proporcionar los apoyos necesarios para que puedan desarrollar una vida lo más normalizada posible tanto durante el cumplimiento de la condena como después de la libertad.

AGRADECIMIENTOS

A las Instituciones que han hecho posible esta tesis.

A *Sant Joan de Déu* y a la *Fundación del Parc Sanitari Sant Joan de Déu*, por permitir el desarrollo del proyecto y darle apoyo mediante su beca.

Al *Departamento de Justicia y la Dirección General de Servicios Penitenciarios*, por su compromiso con la investigación.

A la *Universidad Internacional de Cataluña (UIC)* por el acompañamiento durante el proyecto.

Al Centro Penitenciario Brians-1 y al director del centro en ese momento, *Juan Carlos Navarro Pérez*, por mostrar su apoyo a este proyecto y facilitar su realización.

Al coordinador de la UHPP- C, *Dr. Álvaro Muro*, por su apoyo y colaboración en la memoria inicial del proyecto.

A *Susana Ochoa* como coordinadora de Recerca del Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD) y a *José de Dios* de la Unidad de Recerca, por su excelente gestión de los recursos de la beca de la Fundación PSSJD.

A *Daniel Cuadras*, por todo el esfuerzo y el tiempo dedicados a este proyecto de investigación, por sus conocimientos estadísticos, su disponibilidad y paciencia en aclararme todas mis dudas.

A *Luis Álvarez*, del Servicio de Biblioteca y Documentación de la UIC, por su motivación y apoyo en el proceso de búsqueda bibliográfica.

A mi directora de tesis, la *Dra. Esperanza L. Gómez – Durán*, por su profesionalidad, su sabiduría, su compromiso, su paciencia y el extenso aprendizaje que me ha transmitido durante todo este proceso. Por depositar su confianza en mí, por todo el apoyo recibido durante todos estos años, su minuciosidad en la supervisión y la cantidad de horas dedicadas, por su acompañamiento y por su imprescindible y esencial contribución en este proyecto.

A *Barto y Sagrari*, jefe de la UHPP- C y jefes de Servicio del centro penitenciario, por haber hecho posible este proyecto y por contagiarme esa fortaleza, pasión y entusiasmo que cada día ponen en su trabajo, por su inestimable ayuda y fundamental participación en el proyecto, por haberme enseñado tanto de la vida en prisión y por ser un ejemplo de generosidad, humanidad y liderazgo.

A *Gemma*, psicóloga de la UHPP-C, por haber podido compartir años de trabajo en equipo, por su profesionalidad y su responsabilidad con los pacientes.

A *Ruth y Andrés*, psicólogos colaboradores del proyecto, por su paciencia y su capacidad de adaptación a los múltiples imprevistos, por las dificultades diarias que tuvieron que afrontar y por la resiliencia a la dureza que supone trabajar en un medio tan complicado como el penitenciario.

A la colaboración desinteresada de múltiples *profesionales* del CP Brians-1 (educadores sociales, psicológicos de prisiones, trabajadores sociales, funcionarios de prisiones, juristas...), que han depositado su confianza en que este proyecto y que han dedicado su tiempo, motivación y conocimientos para que fuera posible. En especial a *Susanna* (coordinadora de toxicomanías), a *Montse* (trabajadora social), a *Brigid* (psicóloga), a *Carlota* y a *Marcos* (jefes de servicio), a *Lluís* (jurista), a *Blanca, Iris, Anna y Mireia* (educadoras). A todos los *funcionarios de prisiones* que velaron por nuestra seguridad cada día, en concreto a los funcionarios tan sobresalientes que tiene la UHPP-C y en especial a *Airy* por su importante aportación al proyecto y a *Carlos, Adel, Joan, Jordi, David y David M.*, por su disponibilidad y ayuda.

A mis compañeros de trabajo y amigos de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Cataluña (UHPP-C).

A todos los *participantes* del estudio por su colaboración tan altruista y admirable, que depositaron su confianza en la creencia firme que este proyecto podría ayudar a las personas con DI que presentan dificultades adaptativas en los centros penitenciarios.

A *Carlos*, por sus ánimos, su ayuda, su entrega y su infinita disponibilidad.

A mis *padres* y a mi *hermano* por su apoyo incondicional, su impulso, su sostén y su inyección de confianza en todos los momentos duros y difíciles que ha supuesto este proyecto, por no permitirme abandonar a mitad del camino. A *Guillermo* por ser luz y a mi cuñada *Elena* por su ejemplo de templanza y sabios consejos, a *Nuna* por su amor incondicional y su acompañamiento durante la cantidad de horas sentada frente al ordenador.


A todos mis *amigos* y a todas las personas que tengo la suerte de tener en mi vida y que día a día me hacen aprender, crecer y evolucionar.

A *mis pacientes*, por todo lo que me han enseñado y por ser la motivación de todo este esfuerzo, sin ellos no tendría razón las ganas de seguir aprendiendo ni sería lo que soy.

ANEXOS

Anexo 1. REVISIÓN SISTEMÁTICA. INTERNATIONAL JOURNAL OF LAW AND PSYCHIATRY

International Journal of Law and Psychiatry 70 (2020) 101566




ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

International Journal of Law and Psychiatry


journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijlawpsy



Intellectual disability rates among male prison inmates

Leticia Muñoz García-Largo^{a,b}, Gabriel Martí-Agustí^c, Carles Martin-Fumadó^b,
Esperanza L. Gómez-Durán^{b,*}

^a Sant Joan de Déu, Barcelona, Spain
^b School of Medicine, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, Spain
^c Catalan Justice Department, Barcelona, Spain



ARTICLE INFO

Keywords:
Intellectual disabilities
Learning disabilities
Developmental disabilities
Prisoners
Prisons
Prevalence

ABSTRACT

While only a small percentage of people with intellectual disabilities are responsible for criminal behaviors, the literature points to their overrepresentation in prisons, although not enough attention has been paid to intellectual disability data for inmates.

We retrieved studies – in English, Spanish, Italian or French and indexed in Medline between 2000 and 2018 – that provided intellectual disability data for prisons collected by the administration of validated tests to male inmates.

Identified were 13 studies involving more than 15,000 inmates referring to intellectual disability and borderline intellectual disability. The general findings of our review corroborate the overrepresentation of people with ID in prisons, although prevalence rates range widely, from as low as 1% to as high as 69.9% ($p < 0.000001$), reflecting to differences in methodology, in local, social and cultural factors and in judicial procedures.

Published studies clearly underline the overrepresentation of people with intellectual disabilities in prisons, differences between countries, the vulnerabilities of persons with intellectual disabilities and the need for proper assessment and management policies in prisons worldwide.

Anexo 2. ESCALA WECHSLER DE INTELIGENCIA PARA ADULTOS (WAIS- IV)

La Escala de inteligencia de Wechsler para adultos IV edición (WAIS- IV) ofrece una medida del funcionamiento intelectual general (CIT). La estructura general de la WAIS- IV está organizada en cuatro escalas: Comprensión verbal, Razonamiento perceptivo, Memoria de trabajo y Velocidad de procesamiento. Las pruebas que forman parte de cada escala son utilizadas para calcular el índice correspondiente (Índice de comprensión verbal, Índice de razonamiento perceptivo, Índice de memoria de trabajo, Índice de velocidad de procesamiento). Cada escala contribuye a la puntuación Escala total, Índice de memoria de trabajo e Índice de velocidad de procesamiento. Cada escala contribuye a la puntuación Escala total, que permite calcular el CI total.

Las pruebas se clasifican en principales y opcionales. Las principales deben aplicarse siempre que se desee obtener las puntuaciones compuestas. Las opcionales amplían el rango de aptitudes cognitivas evaluadas, proporcionan información clínica adicional y permiten analizar con mayor detalle las posibles diferencias entre las puntuaciones. Las pruebas opcionales también pueden usarse, si es necesario, en lugar de las pruebas principales para obtener las puntuaciones compuestas.

La escala de Comprensión verbal incluye tres pruebas principales (Semejanzas, Vocabulario e Información) y una prueba opcional (Comprensión). La escala de Razonamiento perceptivo está formada por tres pruebas principales (Cubos, Matrices y Puzles visuales) y dos pruebas opcionales (Balanzas y Figuras incompletas). La escala de Memoria de trabajo incluye dos pruebas principales (Dígitos y Aritmética) y una prueba opcional (Letras y números). La escala de Velocidad de procesamiento está formada por dos pruebas principales (Búsqueda de símbolos y Clave de números) y una prueba opcional (Cancelación)(74). A continuación se detallan cada una de las pruebas.

Pruebas de Comprensión verbal:

La escala de comprensión verbal tiene como pruebas principales las Semejanzas, el Vocabulario y la Información y como pruebas opcionales la Comprensión.

- **Semejanzas:** es una prueba principal de Comprensión verbal. Cada ítem de esta prueba consta de dos palabras que representan objetos o conceptos comunes; la tarea del participante será determinar en qué se parecen esos objetos o conceptos. Esta prueba consta de 18 ítems que se puntúan con 0, 1 o 2 puntos.
- **Vocabulario:** es una prueba principal de Comprensión verbal. Consta de ítems: ítems de imágenes (el participante debe nombrar el objeto que se le presenta visualmente en el cuaderno de estímulos) e ítems verbales (el participante debe definir oralmente una serie de palabras que el examinador lee en voz alta al mismo tiempo que las presenta visualmente en el cuaderno de estímulos). El objetivo de esta prueba es medir el léxico del sujeto. Esta prueba está formada por 30 ítems, de los cuales 3 son ítems de imágenes y 27 son ítems verbales.
- **Información:** es una prueba principal de Comprensión verbal. El participante debe contestar oralmente a una serie de preguntas que formula el examinador sobre conocimientos generales. El objetivo de esta prueba es medir la aptitud del sujeto para adquirir, almacenar y recuperar los conocimientos referidos a hechos generales, pro también se relaciona con la inteligencia cristalizada y la memoria a largo plazo. Esta prueba consta de 26 ítems.
- **Comprensión:** es una prueba opcional de Comprensión verbal. El sujeto debe contestar oralmente a una serie de preguntas cuyas respuestas se relacionan con la capacidad de comportarse de forma adecuada y consecuente con los valores sociales. El objetivo de esta prueba es medir el razonamiento y conceptualización verbal, la comprensión y expresión verbal, la aptitud para evaluar y utilizar la experiencia, así como para demostrar el conocimiento y juicio práctico del sujeto. Esta prueba consta de 18 ítems. Todos los ítems se puntúan con 0, 1 o 2 puntos.

Pruebas de Razonamiento perceptivo

- **Cubos:** es una prueba principal de Razonamiento perceptivo. El participante debe reproducir, con los cubos de colores rojo y blanco que se le proporcionan, un modelo construido por el examinador, o bien reproducir un modelo a partir de una imagen presentada en el cuaderno de estímulos. El participante dispone de un tiempo límite para realizar la tarea. El objetivo de esta prueba es medir la aptitud de analizar y sintetizar estímulos visuales abstractos. Esta prueba consta de 14 ítems.
- **Matrices:** es una prueba principal de Razonamiento perceptivo. El participante observa una matriz o una serie incompleta y selecciona, entre cinco opciones posibles, la que mejor completa la matriz o la serie. Se relaciona con la inteligencia fluida, la inteligencia visual general, la aptitud espacial y la clasificación, el conocimiento de las relaciones parte – todo, el procesamiento simultáneo y la organización perceptiva. Esta prueba consta de 26 ítems.
- **Puzles visuales:** es una prueba principal de Razonamiento perceptivo. El examinador presenta al participante un puzle completado en el cuaderno de estímulos. En un tiempo límite, el sujeto debe seleccionar las tres piezas que permiten reconstruir el puzle presentado. El objetivo de prueba es mediar el razonamiento no verbal y la aptitud de analizar y sintetizar estímulos visuales abstractos. Esta prueba consta de 26 ítems.
- **Balanzas:** es una prueba opcional de Razonamiento perceptivo. El participante observa, en el cuaderno de estímulos, una balanza con dos platillos. En un tiempo límite debe seleccionar la pesa que falta para equilibrar los dos platillos. El objetivo de esta prueba es medir el razonamiento cuantitativo y analógico. Esta prueba consta de 27 ítems.
- **Figuras incompletas:** es una prueba opcional de Razonamiento perceptivo. En un tiempo límite, el participante observa una imagen en el cuaderno de estímulos y señala o dice la parte que le falta a la imagen. El objetivo de esta prueba es mediar la percepción y

organización visual, la concentración y el reconocimiento visual de detalles importantes de los objetos. Esta prueba consta de 24 ítems.

Pruebas de Memoria de trabajo:

- **Dígitos:** es una prueba principal de Memoria de trabajo y está formada por tres tareas que se aplican por separado: Dígitos en orden directo, Dígitos en orden inverso y Dígitos en orden creciente. El paso de una tarea a otra requiere flexibilidad cognitiva y agilidad mental. Dígitos en orden directo se relaciona con el aprendizaje mecánico y la memoria, la atención, la codificación y el procesamiento auditivo. Dígitos en orden inverso implica la memoria de trabajo, la transformación de la información, la manipulación de las representaciones mentales y la imaginación visoespacial. Dígitos en orden creciente se asemeja a tareas cuyo objetivo es medir la memoria de trabajo y la manipulación de representaciones mentales. Se presentan 8 ítems para cada tarea.
- **Aritmética:** es una prueba principal de Memoria de trabajo. El participante deberá resolver mentalmente una serie de problemas aritméticos y dar la respuesta en un tiempo límite. Se relaciona con la manipulación de las representaciones mentales, la concentración, la atención, la memoria a corto y largo plazo, la capacidad de razonamiento numérico y la agilidad mental. Esta prueba consta de 22 ítems.
- **Letras y números:** es una prueba opcional de Memoria de trabajo. El participante debe repetirla diciendo primero los números en orden creciente y luego las letras en orden alfabético. Se relaciona con el procesamiento secuencial, la manipulación de las representaciones mentales, la atención, la concentración, la capacidad de memoria y la memoria auditiva a corto plazo. Esta prueba consta de 10 ítems, cada uno con tres intentos distintos.

Pruebas de Velocidad de procesamiento:

- **Búsqueda de símbolos:** es una prueba principal de Velocidad de procesamiento. El participante debe observar dos grupos de símbolos: un grupo clave (compuesto por dos símbolos) y un grupo de búsqueda (compuesto por cinco símbolos). Después debe decidir si alguno de los dos símbolos del grupo clave es igual a los del grupo de búsqueda. Contestará al mayor número de ítems posibles en un tiempo límite. Además de relacionarse con la velocidad de procesamiento, se relaciona con la memoria visual a corto plazo, la coordinación visomotora, la flexibilidad cognitiva, la discriminación visual, la velocidad psicomotora, la velocidad de funcionamiento mental, la atención y la concentración. Esta prueba consta de 60 ítems.

- **Clave de números:** es una prueba principal de Velocidad de procesamiento. La tarea del participante consiste en copiar una serie de símbolos que aparecen emparejados cada uno a un número. El participante deberá dibujar, debajo de cada número, el símbolo que le corresponda dentro de un tiempo límite. Además de la velocidad de procesamiento, esta prueba mide la memoria visual a corto plazo, la capacidad de aprendizaje, la velocidad psicomotora, la percepción visual, la coordinación visomotora, la aptitud de selección visual, la flexibilidad cognitiva, la atención, la concentración y la motivación. Esta prueba consta de 135 ítems.

- **Cancelación:** es una prueba opcional de Velocidad de procesamiento. En un tiempo límite, el participante debe tachar dos formas geométricas respetando los colores de las formas. Esta prueba mide la velocidad de procesamiento, la atención selectiva visual, la vigilancia, la velocidad perceptiva y la aptitud visomotora. Esta prueba consta de 2 ítems.

Por tanto, la WAIS- IV está formada por 10 pruebas principales y permite obtener cuatro índices y el cociente intelectual total (CIT), con un tiempo de aplicación medio de 67 minutos. El tiempo de aplicación de la WAIS- IV varía en función del número de pruebas aplicadas y las características del sujeto, como la edad, el nivel de aptitud, la motivación y la atención.

A continuación se indican las puntuaciones para el CIT agrupadas por intervalos:

Tabla. Clasificación cualitativa de las puntuaciones compuestas para el Cociente Intelectual Total (CIT)

Puntuación	Clasificación cualitativa
130 y superior	Muy superior
120-129	Superior
110- 119	Normal- alto
90- 109	Medio
80- 89	Normal- bajo
70- 79	Límite
69 e inferior	Muy bajo

Anexo 3. ESCALA DE MALESTAR PSICOLÓGICO DE KESSLER (K - 10)

La Escala de Malestar Psicológico de Kessler en su versión extendida (k 10) es una escala validada al castellano de breve y de fácil aplicación (75). Ha sido utilizada en diferentes estudios a nivel poblacional. Es unidimensional y consta de 10 preguntas específicas sobre “malestar psicológico” que se refieren como constructo a la combinación de los síntomas ansiosos y depresivos que puede presentar una persona durante las cuatro semanas previas a la aplicación. Las opciones de respuesta de las preguntas son tipo Likert, categorizadas en una escala ordinal de cinco niveles: siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca. A la respuesta «nunca» se le asigna el valor escalar de 1 y a la respuesta «siempre», de 5 puntos. Las puntuaciones oscilan entre los 10 y los 50 puntos. Los rangos del instrumento presentan cuatro niveles: bajo (10–15), moderado (16–21), alto (22–29) y muy alto (30–50), considerándose las puntuaciones superiores a 21 puntos como punto de corte sugestivo de la presencia de un trastorno de ansiedad y/o depresión de acuerdo a investigaciones previas(76)(77).

Los resultados obtenidos indican que la K10 es un instrumento apropiado para ser utilizado en estudios epidemiológicos con el fin de obtener una medida de malestar psicológico inespecífico tanto en muestras de población general como en muestras de pacientes psiquiátricos, siendo un instrumento de screening para identificar adecuadamente los casos de ansiedad y depresión en la comunidad (78). Las investigaciones demuestran que hay una fuerte asociación entre las puntuaciones altas de la K10 para los diagnósticos de ansiedad y depresión. Por otro lado la sensibilidad y la especificidad de la escala Kessler indican que es un buen instrumento de tamizaje para identificar adecuadamente estos trastornos, utilizándose en muchos países alrededor del mundo y habiéndose validado en múltiples idiomas (79)(80).

ESCALA DE MALESTAR PSICOLÓGICO DE KESSLER

(K10)

Adaptación al castellano Grupo Lisis 2011 (UANL)

Las siguientes preguntas describen formas en que la gente actúa o se siente. Marca la opción que mejor se adecue a tu situación actual, teniendo en cuenta el último mes (Por favor, marca una respuesta para cada inciso, si estás inseguro haz tu mejor estimación).

En el último mes	Nunca 1	Pocas veces 2	A veces 3	Muchas Veces 4	Siempre 5
1. ¿Con qué frecuencia te has sentido cansado, sin alguna buena razón?					
2. ¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso?					
3. ¿Con qué frecuencia te has sentido tan nervioso que nada te podía calmar?					
4. ¿Con que frecuencia te has sentido desesperado?					
5. ¿Con qué frecuencia te has sentido inquieto o intranquilo?					
6. ¿Con que frecuencia te has sentido tan impaciente que no has podido mantenerte quieto?					
7. ¿Con qué frecuencia te has sentido deprimido?					
8. ¿Con que frecuencia has sentido que todo lo que haces representa un gran esfuerzo?					
9. ¿Con qué frecuencia te has sentido tan triste que nada podía animarte?					
10. ¿Con que frecuencia te has sentido un inútil?					

Anexo 4. CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS PENALES Y CRIMINOLÓGICOS

	Núm.	<input style="width: 80%;" type="text"/>
ESTANCIAS PREVIAS EN PRISIÓN		
AÑO DE PRIMER INGRESO EN PRISIÓN		<input style="width: 80%;" type="text"/>
Núm. de INGRESOS PREVIOS en prisión	Sí O	No O
ESTANCIA ACTUAL EN PRISIÓN		
SITUACIÓN PROCESAL PENAL en el momento actual (1= preventivo; 2= penado; 3= MS por tóxicos; 4= MS por tx mental)		<input style="width: 80%;" type="text"/>
DELITO PRINCIPAL:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
FECHA de entrada en prisión	<input style="width: 80%;" type="text"/>	
FECHA de finalización de condena/s impuestas	<input style="width: 80%;" type="text"/>	
Duración de la condena/s impuesta	(días)	
Responsabilidades Penales Subsidiarias	Nº	Días
	<input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 40%;" type="text"/>

Anexo 5. CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PENITENCIARIOS

	Núm.												
	<input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>												
 DATOS SOCIODEMOGRAFICOS													
Fecha De Nacimiento	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>												
Edad	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>												
Nacionalidad	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>												
Estado Civil	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>												
Número De Hijos	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>												
Formación	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>												
Profesión	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>												
 MEDIOS COERCITIVOS (en la estancia actual)													
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="width: 15%;">Núm.</th><th style="width: 85%;">Duración (HORAS)</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></td></tr><tr><td></td><td><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></td></tr><tr><td></td><td><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></td></tr><tr><td></td><td><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></td></tr><tr><td></td><td><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></td></tr></tbody></table>	Núm.	Duración (HORAS)		<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Núm.	Duración (HORAS)												
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>												
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>												
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>												
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>												
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>												
Sujeciones Mecánicas (de tipo psiquiátricas)													
Manillas													
Fuerza Física													
Defensas De Goma													
Aislamiento Provisional													
 FALTAS DISCIPLINARIAS (en la estancia actual)													
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="width: 80%;">Núm. de faltas</th></tr></thead><tbody><tr><td><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></td></tr><tr><td><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></td></tr><tr><td><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></td></tr><tr><td><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></td></tr></tbody></table>	Núm. de faltas	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>							
Núm. de faltas													
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>													
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>													
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>													
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>													
Excesivamente graves (art. 108 a,,b,c,d del RP)													
Muy graves (art 108 e,f,g,h,i del RP)													
Graves(art. 109 del RP)													
Leves(art. 110 del RP)													
 SANCIONES													
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="width: 80%;">Total de días</th></tr></thead><tbody><tr><td><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></td></tr><tr><td style="text-align: right;">(días)</td></tr><tr><td><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></td></tr><tr><td style="text-align: right;">(días)</td></tr></tbody></table>	Total de días	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	(días)	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	(días)							
Total de días													
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>													
(días)													
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>													
(días)													
Aislamiento en celda													
PPAR (privación de paseos y actos recreativos)													
1													

DESTINOS (en la estancia actual)

¿Ha tenido algún destino?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> Encargado <input type="checkbox"/> Genérico
Núm. de días trabajados en destinos			

TALLERES (en la estancia actual)

¿Ha trabajado en talleres?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> Encargado <input type="checkbox"/> Genérico
Número de días trabajados en talleres			

NOTA: Dentro de encargados: encargados, verificadores, torero

SAM (en la estancia actual)

Promedio SAM en los 2 últimos trimestres del primer año de estancia actual	
Promedio SAM en los 2 primeros trimestres del primer año de estancia actual	

RISCAMVI

Nivel de riesgo de violencia autodirigida	
Nivel de riesgo de violencia intra- institucional	
Nivel de riesgo de reincidencia violenta	
Nivel de riesgo de incumplimiento de condena	

Anexo 6. CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS CLÍNICOS

Núm. <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>					
CUADERNILLO DE RECOGIDA DE DATOS CLÍNICOS					
Seguimiento por SM <small>(por psiquiatría)</small>	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SÍ	
Diagnóstico de TMG <small>(tx mental grave)</small>	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SÍ	¿Cuál/es? _____
Diagnóstico de TDAH <small>(tx déficit de atención)</small>	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SÍ	
Diagnóstico de TP <small>(tx de personalidad)</small>	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SÍ	¿Cuál/es? _____
Diagnóstico de RM <small>(retraso mental)</small>	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SÍ	<input type="radio"/> leve <input type="radio"/> SIN alteraciones conductuales <input type="radio"/> moderado <input type="radio"/> CON alteraciones conductuales <input type="radio"/> grave <input type="radio"/> no especificado
Diagnóstico de TD <small>(tx/ episodio depresivo)</small>	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SÍ	
Diagnóstico de TA <small>(tx adaptativo)</small>	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SÍ	
Dx clínica ansiosa <small>(tx de clínica ansiosa)</small>	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SÍ	
Consum. de sustancias	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SÍ	<input type="radio"/> opiáceos <input type="radio"/> abuso <input type="radio"/> dependencia <input type="radio"/> psicoestimulantes <input type="radio"/> abuso <input type="radio"/> dependencia <input type="radio"/> cocaína <input type="radio"/> abuso <input type="radio"/> dependencia <input type="radio"/> THC <input type="radio"/> abuso <input type="radio"/> dependencia <input type="radio"/> BDZ <input type="radio"/> abuso <input type="radio"/> dependencia <input type="radio"/> OH <input type="radio"/> abuso <input type="radio"/> dependencia
Autolesiones/intentos de suicidio	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SÍ	
Heteroagresividad	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SÍ	
Tto. psicofármacos	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SÍ	
Diagnóstico de VIH	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SÍ	
Diagnóstico de VHB	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SÍ	
Diagnóstico de VHC	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>	SÍ	

Anexo 7. CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS AUTORREPORTADO

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS PSICOLÓGICO

Núm: _____

(RECORDAR AL PARTICIPANTE QUE LA INFORMACIÓN QUE SE RECOJA EN CONFIDENCIAL)

- 1) ¿Consume usted HEROÍNA actualmente?
 NO Sí Cantidad: _____
 Nunca Alguna vez de vez en cuando Frecuentemente Casi a diario
- 2) ¿Ha consumido usted heroína en el pasado?
 NO Sí
 Edad de inicio: _____
 Cantidad y frecuencia: _____
 Nunca Alguna vez de vez en cuando Frecuentemente Casi a diario
- 3) ¿Consume usted drogas ESTIMULANTES actualmente?
 NO Sí
 ¿Cuáles?: _____
 Cantidad y frecuencia: _____
 Nunca Alguna vez de vez en cuando Frecuentemente Casi a diario
- 4) ¿Ha consumido usted drogas estimulantes en el pasado?
 NO Sí
 Edad de inicio: _____
 Cantidad y frecuencia: _____
 Nunca Alguna vez de vez en cuando Frecuentemente Casi a diario
- 5) ¿Consume usted COCAÍNA actualmente?
 NO Sí Cantidad: _____
 Nunca Alguna vez de vez en cuando Frecuentemente Casi a diario
- 6) ¿Ha consumido usted cocaína en el pasado?
 NO Sí
 Edad de inicio: _____
 Cantidad y frecuencia: _____
 Nunca Alguna vez de vez en cuando Frecuentemente Casi a diario

7) ¿Consume usted **CANNABIS** actualmente?

NO Sí Cantidad: _____

Nunca Alguna vez de vez en cuando Frecuentemente Casi a diario

8) ¿Ha consumido usted cannabis en el pasado?

NO Sí

Edad de inicio: _____
Cantidad y frecuencia: _____

Nunca Alguna vez de vez en cuando Frecuentemente Casi a diario

9) ¿Consume usted actualmente **TRANKIMAZÍN, TRANXILIUM** u otro tipo de pastillas parecidas que no haya recetado el médico?

NO Sí Cantidad: _____

Nunca Alguna vez de vez en cuando Frecuentemente Casi a diario

10) ¿Ha consumido usted trankimazín, tranxilium u otro tipo de pastillas parecidas que no haya recetado el médico?

NO Sí

Edad de inicio: _____
Cantidad y frecuencia: _____

Nunca Alguna vez de vez en cuando Frecuentemente Casi a diario

11) ¿Ha consumido usted alguna vez **ALCOHOL**?

NO Sí

Edad de inicio: _____
Cantidad y frecuencia: _____

Nunca Alguna vez de vez en cuando Frecuentemente Casi a diario

12) ¿Abandonó usted los estudios y dejó de ir al colegio?

NO Sí ¿Qué edad tenía cuando lo dejó? _____

13) ¿Tiene usted una **MINUSVALÍA O DISCAPACIDAD**?

NO Sí

¿Por qué motivo? _____
¿Sabe usted el porcentaje de grado de discapacidad? _____

14) ¿Ha estado usted en **CENTRO DE MENORES**?

NO Sí Edad que tenía cuando ingresó: _____ años

Página 2 de 6

A RELLENAR POR EL ENTREVISTADO

Algunas preguntas le pueden parecer delicadas.
 Tómese el tiempo que necesite para responderlas.
 Recuerde que la información que usted conteste es CONFIDENCIAL, como ve no consta su nombre en este cuadernillo de respuestas, sino un número.
 Cualquier duda que tenga, puede consultársela a la psicóloga que le ha dado el cuestionario.

15) ¿Alguien DE SU FAMILIA tiene problemas con las drogas?

- NO Sí
 Especificar: Hermanos Padres Hijos

16) ¿Alguien DE SU FAMILIA va al psiquiatra con frecuencia?

- NO Sí
 Especificar: Hermanos Padres Hijos
 ¿Por qué motivo? _____

17) ANTES DE ENTRAR EN PRISIÓN, ¿Alguna vez ha intentado quitarse la vida?

- NO Sí ¿Cuántas veces? _____

18) DURANTE SU ESTANCIA EN PRISIÓN, ¿Alguna vez ha intentado quitarse la vida?

- NO Sí ¿Cuántas veces? _____

19) ANTES DE ENTRAR EN PRISIÓN, ¿Cuántas veces ha realizado intencionadamente alguno de los siguientes gestos?

	Nunca	Alguna vez	De vez en cuando	Frecuentemente	Casi a diario
Morderse					
Cortarse					
Quemarse					
Hacerse marcas en la piel					
Pellizcarse					
Tirarse del pelo					
Arañarse					
Golpearse a usted mismo					
Quitarse costras o impedir una cicatrización					
Clavarse agujas					
Ingerir objetos o sustancias peligrosas					

20) DESDE QUE ENTRÓ EN PRISIÓN POR PRIMERA VEZ, ¿Cuántas veces ha realizado intencionadamente alguno de los siguientes gestos?

	NUNCA	ALGUNA VEZ	DE VEZ EN CUANDO	FRECUENTEMENTE	CASI A DIARIO
Morderse					
Cortarse					
Quemarse					
Hacerse marcas en la piel					
Pellizcarse					
Tirarse del pelo					
Arañarse					
Golpearse a usted mismo					
Quitarse costras o impedir una cicatrización					
Clavarse agujas					
Ingerir objetos o sustancias peligrosas					

21) ANTES DE ENTRAR EN PRISIÓN ¿Con qué frecuencia ha hecho alguna de las siguientes cosas?

	NUNCA	ALGUNA VEZ	DE VEZ EN CUANDO	FRECUENTEMENTE	CASI A DIARIO
Gritar a otras personas					
Insultar a otras personas					
Golpear /romper cosas					
Golpear/ pegar/ morder a otras personas					

22) DURANTE SU ESTANCIA EN PRISIÓN ¿Con qué frecuencia ha hecho alguna de las siguientes cosas?

	NUNCA	ALGUNA VEZ	DE VEZ EN CUANDO	FRECUENTEMENTE	CASI A DIARIO
Gritar a otras personas					
Insultar a otras personas					
Golpear /romper cosas					
Golpear/ pegar/ morder a otras personas					

23) CUANDO ERA PEQUEÑO, ¿Con qué frecuencia sus padres o cuidadores hicieron alguna de las siguientes cosas?

	NUNCA	ALGUNA VEZ	DE VEZ EN CUANDO	FRECUENTEMENTE	CASI A DIARIO
Le amenazaban con hacerle daño					
Le gritaban					
Le insultaban					
Le empujaban					
Le pegaban en la cara					
Le pegaban con la mano en el cuerpo, brazos o piernas					
Le pegaban con el puño en el cuerpo, brazos o piernas					
Le pegaban con el pie					
Le ha hecho daño con algún objeto					

24) ANTES DE ENTRAR EN PRISIÓN, ¿Con qué frecuencia alguna persona o personas de su entorno cercano (familia o de su barrio) ha hecho alguna de las siguientes cosas?

	NUNCA	ALGUNA VEZ	DE VEZ EN CUANDO	FRECUENTEMENTE	CASI A DIARIO
Le han amenazado con hacerle daño					
Le han gritado					
Le han insultado					
Le ha pegado con la mano					
Le ha pegado con el puño					
Le han pegado con el pie					
Le ha hecho daño con algún objeto					

25) DESDE QUE USTED ENTRÓ EN PRISIÓN, ¿Con qué frecuencia alguna persona ha hecho alguna de las siguientes cosas?

	NUNCA	ALGUNA VEZ	DE VEZ EN CUANDO	FRECUENTEMENTE	CASI A DIARIO
Le han amenazado con hacerle daño					
Le han gritado					
Le han insultado					
Le ha pegado con la mano					
Le ha pegado con el puño					
Le han pegado con el pie					
Le ha hecho daño con algún objeto					

26) Cuando era niño, ¿Alguna vez han abusado sexualmente de usted?

NO SÍ

27) Ya de adulto y ANTES DE ENTRAR EN PRISIÓN, ¿Alguna vez alguien ha abusado de usted sexualmente?

NO SÍ

28) DESDE QUE USTED ENTRÓ EN PRISIÓN, ¿Alguna vez han abusado sexualmente de usted?

NO SÍ

Muchísimas gracias por contestar a estas preguntas.

Su participación en este estudio puede ayudar mucho a personas con necesidades específicas que tienen dificultades en el día a día en esta prisión.

Anexo 8. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Estudio de Investigación:
Capacidad Intelectual en Centro Penitenciario Brians-1:
Prevalencia, características y necesidades específicas.

Documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Apreciado Sr., le proponemos participar en el estudio titulado:

CAPACIDAD INTELECTUAL en Centro Penitenciario Brians-1: PREVALENCIA, CARACTERÍSTICAS Y NECESIDADES ESPECÍFICAS.

La realización de este estudio ha sido posible gracias a la financiación de la Fundación de San Joan de Déu.

Su participación es VOLUNTARIA.

Antes de confirmar su participación en el estudio, es importante que entienda en qué consiste. Por favor, lea con atención el documento y haga todas las preguntas que considere oportunas.

INFORMACIÓN

Introducción y propósito

Estamos investigando sobre la capacidad cognitiva en nuestra prisión. Explicarle que las personas con menor capacidad intelectual presentan dificultades a la hora de comunicarse, de cuidarse, de vivir de forma independiente, de relacionarse con los demás, de estudiar y de trabajar.

Con este estudio queremos averiguar cuántas personas con estas dificultades hay en nuestra prisión y qué necesidades tienen. De esta forma podremos mejorar la atención que se les presta.

Selección de participantes

A usted se le invita a participar en el estudio porque ha sido seleccionado al azar de la lista de nombres de todos los internos que están actualmente en este centro penitenciario Brians-1. Junto con usted, a más de 200 internos se les pedirá también su colaboración.

Participación voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Tanto si elige participar o no, debe saber que no le afectará de ninguna manera.

Procedimientos y duración

Su participación en esta investigación le supone una única entrevista clínica con una psicóloga de aproximadamente una hora y media de duración.

La psicóloga le hará una serie de preguntas pertenecientes a un test validado que cuantifica la inteligencia. También hará algunas preguntas sobre su salud general, su origen y costumbres. El resto del equipo investigador también recogerá información sobre las dificultades de la vida en la prisión. Aclararle que usted no recibirá ningún tipo de intervención o tratamiento psicológico, ni tampoco de ningún otro tipo.



Estudio de Investigación:
Capacidad Intelectual en Centro Penitenciario Brians-1:
Prevalencia, características y necesidades específicas.

Beneficios y riesgos

Puede ser que en su caso no reciba ningún beneficio directo por el hecho de participar en el estudio, aunque es probable que su participación ayude mucho a mejorar el tratamiento y las intervenciones en personas con dificultades que hay en este centro y en otras prisiones.

Como ve, esta investigación no implica ningún tipo de riesgo esperado para usted. Sólo precisamos de una hora y media de su tiempo.

Incentivos

No se dará dinero ni regalos a los participantes pero, si usted así lo desea, se le informará del resultado de la prueba psicológica que se le practique en este estudio. Así podrá saber gratuitamente cuáles de sus capacidades mentales tiene más desarrolladas (comprensión, razonamiento y memoria de trabajo entre otras).

Confidencialidad

Las únicas personas autorizadas para ver sus respuestas son las que trabajan en el estudio y las que se aseguran de que éste se realice de manera correcta. Debe saber que toda la información que recojamos en este proyecto es confidencial. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre.

Resultados

Los resultados de esta investigación se intentarán publicar para que ayuden a mejorar recursos. Nunca se compartirá información confidencial ni constará ningún dato que permita su identificación. Si usted así lo desea, y una vez que acabemos el estudio, le informaremos sobre los resultados obtenidos y el significado científico.

Esta investigación ha sido revisada y aprobada por el Comité de Recerca y el Comité de Ética de Sant Joan de Déu, que es un comité cuya tarea es asegurarse de que se protege de daños a los participantes en la investigación. También ha sido supervisada y aprobada por la Junta de Tratamiento y el Equipo Directivo del Centro Penitenciario Brians-1.

Derecho de retirarse del estudio

Su negativa a participar no le afectará de ninguna forma. Igualmente tiene el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento del estudio, sin que conlleve ningún tipo de inconveniente para usted.

Preguntas e información

Por supuesto que puede hablar con quien se sienta cómodo acerca de la investigación y puede tomarse el tiempo que necesite para reflexionar si quiere participar en el estudio. Si quiere hacer preguntas, puede hacerlas ahora o más tarde. Puede preguntarle al colaborador que le entrega este documento, a la doctora que investiga o a otros miembros del equipo que usted desee.



Estudio de Investigación:
Capacidad Intelectual en Centro Penitenciario Brians-1:
Prevalencia, características y necesidades específicas.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

(A rellenar por el participante)

Yo, _____ con documento CIC _____ ó NIS _____, he sido invitado a participar en la investigación titulada CAPACIDAD INTELECTUAL EN CENTRO PENITENCIARIO BRIANS-1. PREVALENCIA, CARACTERÍSTICAS Y NECESIDADES ESPECÍFICAS.

Entiendo que con mi firma acepto participar en la investigación, que consiste en realizar una entrevista con una psicóloga que me pasará un test de inteligencia y me hará algunas preguntas sobre mi salud, mi origen y costumbres.

Sé que mi participación es voluntaria y que no se me recompensará económicamente. He entendido que no se trata de una investigación en la que vaya a recibir tratamiento psicológico ni de ningún otro tipo. Entiendo que con mi participación puedo ayudar a personas con dificultades que hay en este centro penitenciario.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me han contestado las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y sin que me afecte de ninguna manera.

Sé que se respetará la buena fe, la confidencialidad e intimidad de la información por mí suministrada.

Fecha _____

Firma del participante _____



Estudio de Investigación.
Capacidad Intelectual en Centro Penitenciario Brians-1:
Prevalencia, características y necesidades específicas.

(A rellenar por el colaborador del equipo investigador)

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante, que ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que ha dado su consentimiento libremente.

Núm. profesional del colaborador del equipo investigador _____

Fecha _____

Firma _____

Anexo 9. ENTREGA DE RESULTADOS WAIS- IV A LOS INTERNOS

Generalitat de Catalunya
Departament de Justícia
Secretaria de Serveis Penitenciaris,
Rehabilitació i Justícia Juvenil
Centre Penitenciari Brians 1

INFORME PRUEBA WAIS IV

Este informe explica los resultados de la prueba Escala Weschler de Inteligencia para Adultos (WAIS-IV) que se le realizó durante el desarrollo del estudio de prevalencia de capacidad intelectual en la población del Centro Penitenciario Brians- 1, en el que usted participó de forma voluntaria durante el año 2016.

Inicialmente, agradecerle enormemente su participación, puesto que aunque quizá los resultados del estudio no le beneficien de forma directa, pueden ayudar a muchas personas con dificultades.

El informe presenta un primer apartado donde encontrará la explicación de cada índice evaluado y de cada prueba que conforman los índices. En el segundo apartado encontrará el nivel en que se encuentra su rendimiento en cuatro áreas, el resultado va de muy bajo a muy alto y responde a una comparativa con una población de similares características a las suyas.

Si usted ha obtenido un resultado bajo, no se alarme. Los bajos resultados en esta prueba no significan, que usted tenga una inteligencia baja. Simplemente explica que usted tuvo dificultades para la realización de alguna prueba de este test.

Estas dificultades pueden ser responder a diferentes motivos: haber abandonado el colegio a una edad temprana, haber consumido drogas de joven o durante largo tiempo o simplemente el estado físico o psicológico en el que se encontraba durante la evaluación puede también afectar a los resultados (preocupaciones por problemas familiares, económicos o personales, sufrir ansiedad o depresión, sufrir problemas de salud, etc.).

Si usted ha obtenido un resultado normal o alto en las pruebas, tampoco se confíe. Einstein aseguraba que todo el mérito de sus descubrimientos no fue tanto de su inteligencia como de su perseverancia. Lo importante para luchar y obtener logros en la vida no es la inteligencia, sino la motivación y el esfuerzo continuo para alcanzar aquello que uno se propone.

Además desgraciadamente este test del estudio solo sirve para medir lo que llamamos inteligencia cognitiva. No hemos podido medir su inteligencia emocional, que es la habilidad para percibir, asimilar, comprender y regular las propias emociones y las de los demás.

Los hombres que poseen una elevada inteligencia emocional suelen ser socialmente equilibrados y demuestran estar dotados de una notable capacidad para comprometerse con las causas y las personas, suelen adoptar responsabilidades, su vida emocional es rica y apropiada y se sienten a gusto consigo mismos, con sus semejantes y con el universo social en el que viven.

Enhorabuena, porque habiendo querido participar altruistamente en este estudio, usted demuestra una alto nivel de inteligencia emocional.



Generalitat de Catalunya
 Departament de Justícia
 Secretaria de Serveis Penitenciaris,
Rehabilitació i Justícia Juvenil
Centre Penitenciari Brians 1

Explicación de las pruebas del WAIS IV

El **índice de Comprensión Verbal** evalúa su capacidad de razonar, su capacidad de formar conceptos y los conocimientos que usted tiene y que ha adquirido en el pasado.

Se evalúa mediante las siguientes tareas:

- Semejanzas: la tarea que usted realizó consistía en encontrar las semejanzas entre dos palabras o entre dos conceptos.

Con esta prueba medimos la capacidad que usted tiene para expresar las relaciones entre dos cosas y lo que nosotros llamamos *pensamiento asociativo* y *capacidad de abstracción verbal*.

- Vocabulario: la tarea consistía en nombrar un objeto que le mostrábamos visualmente y en dar una definición de algunas palabras.

Con esta prueba medimos el nivel de educación que recibió en la escuela, su capacidad de aprender cosas nuevas y su riqueza de vocabulario.

- Información: la tarea consistía en responder a algunas preguntas que nosotros le hacíamos.

Con esta prueba se mide la capacidad para adquirir, almacenar y recuperar información que usted ha aprendido en el pasado y tiene guardada en la memoria.

El **índice de Razonamiento Perceptivo** mide su capacidad de procesar la información que recibe tanto por vía visual como espacial.

Se evalúa mediante las siguientes tareas:

Se ha evaluado mediante tareas que requerían reproducir una serie de modelos con cubos de colores (Cubos), identificar la parte que falta en matrices con diferentes opciones de respuesta (Matrices) y completar una serie de puzles (Puzles visuales).

Cubos: La tarea que usted realizó consistía en construir con cubos coloreados en rojo y blanco unos dibujos, cada vez más complejos.

Con esta prueba intentamos medir la capacidad de análisis y síntesis, y la reproducción de dibujos geométricos abstractos.

Matrices: Se trata de elegir el dibujo que completa una serie que está incompleta.

Esta prueba mide su capacidad de razonamiento abstracto y la capacidad que usted tiene para procesar información visual.

Puzles visuales: La tarea consiste en elegir las tres piezas que completan un puzle.

Esta prueba mide la capacidad para analizar y sintetizar, establecer relaciones y su capacidad de razonamiento no verbal.

El **índice de Memoria de Trabajo** mide la capacidad para retener temporalmente en la memoria una cantidad de información, mientras se trabaja con ella.



Generalitat de Catalunya
Departament de Justícia
Secretaria de Serveis Penitenciaris
Rehabilitació i Justícia Juvenil
Centre Penitenciari Brians 1

Esta prueba evalúa la capacidad para focalizar la atención, mantenerla, y el control mental. Se ha medido mediante las siguientes tareas:

Dígitos: la tarea consiste en repetir una serie de dígitos en el mismo orden, luego se repite otra serie en orden inverso y por último se repite de menor a mayor los números que le van leyendo.

Esta prueba mide la atención y la resistencia a la distracción, su memoria “de oído” y su memoria de trabajo.

Aritmética: La tarea consiste en resolver problemas de matemáticas en un tiempo determinado.

Esta prueba mide su habilidad para realizar operaciones numéricas, su capacidad de atención y concentración y su memoria de trabajo.

El **índice de Velocidad de Procesamiento** evalúa la capacidad para explorar, ordenar y discriminar información visual simple de forma rápida y eficaz.

Es una buena medida de la memoria visual a corto plazo, de la atención y la coordinación visomotora. Se ha evaluado con tareas visuales y de coordinación visomotora que requieren copiar unos símbolos emparejados con números (Clave de números) y buscar y señalar un símbolo determinado en una fila de símbolos (Búsqueda de símbolos).

Búsqueda de Símbolos: En este test se presentan dos símbolos y la persona evaluada debe decidir si alguno de ellos está presente dentro de un conjunto. Evalúa rapidez y precisión perceptiva y velocidad para procesar información visual simple

Clave de Números: La tarea consiste en completar, con los símbolos adecuados, unos cuadrados que tienen un dígito en su parte superior. Evalúa, la rapidez y destreza visomotora, el manejo de lápiz y papel y la capacidad de aprendizaje asociativo



Generalitat de Catalunya
Departament de Justícia
Secretaria de Serveis Penitenciaris,
Rehabilitació i Justícia Juvenil
Centre Penitenciari Brians 1

Resultados

Sujeto: X.X
Fecha nacimiento: 01/01/1111
Fecha aplicación: 24/04/2016

Índice	Comprensión Verbal	Razonamiento Perceptivo	Memoria de Trabajo	Velocidad de Procesamiento
Rendimiento	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo

BIBLIOGRAFÍA

1. MacEachron AE. Mentally retarded offenders: prevalence and characteristics. *Am J Ment Defic* [Internet]. 1979 Sep [cited 2017 Dec 12];84(2):165–76.
Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/495664>
2. Hayes S, Shackell P, Mottram P, Lancaster R. The prevalence of intellectual disability in a major UK prison. *Br J Learn Disabil* [Internet]. 2007 Sep 1 [cited 2017 Dec 22];35(3):162–7.
Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1468-3156.2007.00461.x>
3. Baldry E, Clarence M, Dowse L, Trollor J. Reducing Vulnerability to Harm in Adults With Cognitive Disabilities in the Australian Criminal Justice System. *J Policy Pract Intellect Disabil* [Internet]. 2013 Sep 1 [cited 2017 Dec 22];10(3):222–9.
Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jppi.12039>
4. Hellenbach M, Karatzias T, Brown M. Intellectual Disabilities Among Prisoners: Prevalence and Mental and Physical Health Comorbidities. *J Appl Res Intellect Disabil* [Internet]. 2017 Mar [cited 2017 Nov 30];30(2):230–41.
Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jar.12234>
5. Schalock RL, Borthwick-Duffy SA, Bradley VJ, Buntinx WHE, Coulter DL, (Pat) CEM, et al. *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports (11th Edition)* [Internet]. 11th ed. 2010. 259 p.
Available from: [https://aaidd.org/publications/bookstore-home/product-listing/intellectual-disability-definition-classification-and-systems-of-supports-\(11th-edition\)](https://aaidd.org/publications/bookstore-home/product-listing/intellectual-disability-definition-classification-and-systems-of-supports-(11th-edition))
6. American Psychiatric Association. *DSM- IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 4th ed. Barcelona: Masson; 2007.
7. American Psychiatric Ass. *DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. American Psychiatric Press Inc, editor. 2009. 980 p.
8. American Psychiatric Association. *DSM-V. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 5th ed. Editorial médica panamericana, editor. 2014.
9. Talbot J. No One Knows: Offenders with learning disabilities and learning difficulties. *Int J Prison Health* [Internet]. 2009 Mar [cited 2017 Dec 5];5(3):141–52. Available from: <http://www.emeraldinsight.com/doi/10.1080/17449200903115797>
10. Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, Dua T, Saxena S. Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. Vol. 32, *Research in*

- Developmental Disabilities. 2011. p. 419–36.
11. Herrington V. Assessing the prevalence of intellectual disability among young male prisoners. *J Intellect Disabil Res* [Internet]. 2009 May [cited 2017 Dec 5];53(5):397–410. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19207280>
 12. Jones J. Persons With Intellectual Disabilities in the Criminal Justice System. *Int J Offender Ther Comp Criminol* [Internet]. 2007 Dec 5 [cited 2017 Dec 12];51(6):723–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17636203>
 13. Søndena E, Rasmussen K, Palmstierna T, Nøttestad J. The prevalence and nature of intellectual disability in Norwegian prisons. *J Intellect Disabil Res* [Internet]. 2008 Dec [cited 2017 Dec 12];52(12):1129–37. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18498332>
 14. Heaton KM, Murphy GH. Men with intellectual disabilities who have attended sex offender treatment groups: a follow-up. *J Appl Res Intellect Disabil* [Internet]. 2013 Sep [cited 2017 Dec 1];26(5):489–500. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jar.12038>
 15. Dias S, Ware RS, Kinner SA, Lennox NG. Co-occurring mental disorder and intellectual disability in a large sample of Australian prisoners. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2013 Oct 30 [cited 2017 Dec 1];47(10):938–44. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0004867413492220>
 16. Loucks N. No one knows. Offenders with learning difficulties and learning disabilities [Internet]. PRISON REFORM TRUST, LONDON. 2006. Available from: <http://www.prisonreformtrust.org.uk/uploads/documents/noknl.pdf>
 17. Hayes S. Missing out: offenders with learning disabilities and the criminal justice system. *Br J Learn Disabil* [Internet]. 2007 Sep 1 [cited 2017 Dec 18];35(3):146–53. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1468-3156.2007.00465.x>
 18. Muñoz García-Largo L, Martí-Agustí G, Martín-Fumadó C, Gómez-Durán EL. Intellectual disability rates among male prison inmates. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2020 May 1 [cited 2020 May 30];70:101566. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S016025272030025X>
 19. Murphy M, Harrold M, Carey S, Mulrooney M. A Survey of the Level of Learning Disability among the Prison Population in Ireland. 2000 [cited 2018 Jan 16]; Available from: http://www.iprt.ie/files/learning_disability_report.pdf
 20. Chaplin E, McCarthy J, Underwood L, Forrester A, Hayward H, Sabet J, et al. Characteristics of prisoners with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* [Internet].

- 2017 Dec [cited 2017 Nov 30];61(12):1185–95.
Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jir.12441>
21. Murphy GH, Gardner J, Freeman MJ. Screening Prisoners for Intellectual Disabilities in Three English Prisons. *J Appl Res Intellect Disabil* [Internet]. 2017 Jan [cited 2017 Nov 30];30(1):198–204. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jar.12224>
 22. Hassiotis A, Gazizova D, Akinlonu L, Bebbington P, Meltzer H, Strydom A. Psychiatric morbidity in prisoners with intellectual disabilities: analysis of prison survey data for England and Wales. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2011 Aug 1 [cited 2017 Dec 5];199(2):156–7.
Available from: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/doi/10.1192/bjp.bp.110.088039>
 23. Einat T, Einat A. Learning Disabilities and Delinquency A Study of Israeli Prison Inmates. *Int J Offender Ther Comp Criminol* [Internet]. 2008 [cited 2017 Dec 22];52(4):416–34.
Available from: <http://ijo.sagepub.com>
 24. Holland S, Persson P. Intellectual disability in the victorian prison system: Characteristics of prisoners with an intellectual disability released from prison in 2003-2006. *Psychol Crime Law* [Internet]. 2011 Jan [cited 2017 Dec 22];17(1):25–41.
Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10683160903392285>
 25. Tort V, Duenas R, Vicens E, Zabala C, Martinez M, Romero DM. Intellectual disability and the prison setting. *Rev Esp Sanid Penit*. 2016;18(1):25–32.
 26. Billstedt E, Anckarsäter H, Wallinius M, Hofvander B. Neurodevelopmental disorders in young violent offenders: Overlap and background characteristics. *Psychiatry Res* [Internet]. 2017 Jun [cited 2017 Nov 30];252:234–41.
Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S016517811631318X>
 27. Young S, González RA, Mullens H, Mutch L, Malet-Lambert I, Gudjonsson GH. Neurodevelopmental disorders in prison inmates: comorbidity and combined associations with psychiatric symptoms and behavioural disturbance. *Psychiatry Res* [Internet]. 2018 Dec 15 [cited 2018 Jan 22];261:109–15.
Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178116318789>
 28. McKenzie K, Michie A, Murray A, Hales C. Screening for offenders with an intellectual disability: the validity of the Learning Disability Screening Questionnaire. *Res Dev Disabil* [Internet]. 2012 May [cited 2017 Dec 1];33(3):791–5.
Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0891422211004379>
 29. Hassiotis A, Gazizova D, Akinlonu L, Bebbington P, Meltzer H, Strydom A. Psychiatric morbidity in prisoners with intellectual disabilities: results from a UK wide prison

survey. [cited 2017 Dec 1];

Available from: [http://discovery.ucl.ac.uk/1305670/1/Strydom_Psychiatric morbidity in prisoners with intellectual disabilities results from a UK wide prison survey.pdf](http://discovery.ucl.ac.uk/1305670/1/Strydom_Psychiatric_morbidity_in_prisoners_with_intellectual_disabilities_results_from_a_UK_wide_prison_survey.pdf)

30. Dias S, Ware RS, Kinner SA, Lennox NG. Physical health outcomes in prisoners with intellectual disability: A cross-sectional study. *J Intellect Disabil Res* [Internet]. 2013 Dec [cited 2017 Dec 1];57(12):1191–6.

Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2788.2012.01621.x>

31. Young JT, Cumming C, van Dooren K, Lennox NG, Alati R, Spittal MJ, et al. Intellectual disability and patient activation after release from prison: a prospective cohort study. *J Intellect Disabil Res* [Internet]. 2017 Oct [cited 2018 Jan 22];61(10):939–56.

Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jir.12349>

32. Fazel S, Xenitidis K, Powell J. The prevalence of intellectual disabilities among 12,000 prisoners - a systematic review. *Int J Law Psychiatry*. 2008 Aug;31(4):369–73.

33. Holland T, Clare ICH, Mukhopadhyay T. Prevalence of criminal offending by men and women with intellectual disability and the characteristics of offenders: implications for research and service development. *J Intellect Disabil Res* [Internet]. 2002 May [cited 2017 Dec 12];46 Suppl 1:6–20.

Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12061335>

34. McBrien J. The Intellectually Disabled Offender: Methodological Problems in Identification. *J Appl Res Intellect Disabil* [Internet]. 2003 Jun 1 [cited 2017 Dec 22];16(2):95–105.

Available from: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1468-3148.2003.00153.x>

35. McCarthy J, Chaplin E, Underwood L, Forrester A, Hayward H, Sabet J, et al. Characteristics of prisoners with neurodevelopmental disorders and difficulties. *J Intellect Disabil Res* [Internet]. 2016 Mar [cited 2017 Nov 30];60(3):201–6.

Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jir.12237>

36. Bhandari A, van Dooren K, Eastgate G, Lennox N, Kinner SA. Comparison of social circumstances, substance use and substance-related harm in soon-to-be-released prisoners with and without intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* [Internet]. 2015 Jun [cited 2017 Dec 1];59(6):571–9.

Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jir.12162>

37. Ali A, Ghosh S, Strydom A, Hassiotis A. Prisoners with intellectual disabilities and detention status. Findings from a UK cross sectional study of prisons. *Res Dev Disabil* [Internet]. 2016 Jun [cited 2017 Nov 30];53–54:189–97.

- Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0891422216300245>
38. Vinkers DJ, Hoek HW, Rinne T. Psychiatric morbidity in prisoners with intellectual disabilities. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2011 Dec 1 [cited 2017 Dec 5];199(6):514–514. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22130752>
 39. McGillivray JA, Gaskin CJ, Newton DC, Richardson BA. Substance Use, Offending, and Participation in Alcohol and Drug Treatment Programmes: A Comparison of Prisoners with and without Intellectual Disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil* [Internet]. 2016 May [cited 2018 Jan 31];29(3):289–94. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jar.12175>
 40. Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. Evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1992 Jun [cited 2017 Dec 15];49(6):476–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1599373>
 41. Cockram J. Careers of offenders with an intellectual disability: the probabilities of rearrest. *J Intellect Disabil Res* [Internet]. 2005 Jul [cited 2017 Dec 12];49(Pt 7):525–36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15966960>
 42. Cockram J. People With an Intellectual Disability in the Prisons. *Psychiatry, Psychol Law* [Internet]. 2005 Jun [cited 2018 Jan 29];12(1):163–73. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1375/pplt.2005.12.1.163>
 43. Ramos-Feijóo C. Las personas con discapacidad intelectual en el sistema penal penitenciario. ¿Un fracaso de las políticas de inclusión? People with intellectual disabilities in the criminal justice prison system: A failure of inclusion policies? *Rev Int Organ* [Internet]. 2001 [cited 2017 Dec 15];11:15–35. Available from: <http://www.revista-rio.org>
 44. Clare IC, Gudjonsson GH. Interrogative suggestibility, confabulation, and acquiescence in people with mild learning disabilities (mental handicap): implications for reliability during police interrogations. *Br J Clin Psychol* [Internet]. 1993 Sep [cited 2018 Jan 29];32 (Pt 3):295–301. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8251959>
 45. Talbot J. No one knows report and final recommendations: prisoners' voices. Experiences of the criminal justice system by prisoners with learning disabilities and difficulties. Prison REFORM Trust LONDON [Internet]. 2008 [cited 2017 Dec 15]; Available from: <http://www.prisonreformtrust.org.uk/Portals/0/Documents/No One Knows report-2.pdf>
 46. Barron P, Hassiotis A, Banes J. Offenders with intellectual disability: a prospective comparative study. *J Intellect Disabil Res* [Internet]. 2004 Jan [cited 2017 Dec

- 12];48(1):69–76. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14675234>
47. Linhorst DM, McCutchen TA, Bennett L. Recidivism among offenders with developmental disabilities participating in a case management program. *Res Dev Disabil* [Internet]. 2003 May [cited 2017 Dec 12];24(3):210–30. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0891422203000295>
48. Simpson MK, Hogg J. Patterns of offending among people with intellectual disability: a systematic review. Part II: predisposing factors. *J Intellect Disabil Res* [Internet]. 2001 Oct [cited 2017 Dec 12];45(5):397–406. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1365-2788.2001.00356.x>
49. Wheeler JR, Clare ICH, Holland AJ. Offending by people with intellectual disabilities in community settings: a preliminary examination of contextual factors. *J Appl Res Intellect Disabil* [Internet]. 2013 Sep [cited 2017 Dec 1];26(5):370–83. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jar.12040>
50. Murphy GH, Harnett H, Holland AJ. A SURVEY OF INTELLECTUAL DISABILITIES AMONGST MEN ON REMAND IN PRISON. *Ment Handicap Res* [Internet]. 1995 Mar 25 [cited 2017 Dec 15];8(2):81–98. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1468-3148.1995.tb00147.x>
51. Lindsay WR, Dernevik M. Risk and offenders with intellectual disabilities: reappraising Hodgins (1992) classic study. *Crim Behav Ment Heal* [Internet]. 2013 Jul [cited 2017 Dec 15];23(3):151–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23576445>
52. Colins O;, Vermeiren R;, Vahl P, Markus, Broekaert M;, Doreleijers E;, et al. Psychiatric Disorder in Detained Male Adolescents as Risk Factor for Serious Recidivism. *Can J Psychiatry Heal Med Collect* [Internet]. 2011 [cited 2017 Dec 22];56(1). Available from: <https://search-proquest-com.bibliotecadigital.uic.es:9443/docview/853891712/fulltextPDF/A8F664AABEC1402B PQ/1?accountid=39447>
53. Asscher JJ, van der Put CE, Stams GJJM. Differences between juvenile offenders with and without intellectual disability in offense type and risk factors. *Res Dev Disabil* [Internet]. 2012 Nov [cited 2017 Dec 1];33(6):1905–13. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0891422212001400>
54. Talbot J. Prisoners' voices: experiences of the criminal justice system by prisoners with learning disabilities. *Tizard Learn Disabil Rev* [Internet]. 2010 Aug 16 [cited 2017 Dec 22];15(3):33–41. Available from: <http://www.emeraldinsight.com/doi/10.5042/tldr.2010.0403>

55. Crocker AG, Côté G, Toupin J, St-Onge B. Rate and characteristics of men with an intellectual disability in pre-trial detention. *J Intellect Dev Disabil* [Internet]. 2007 Jun [cited 2017 Dec 12];32(2):143–52.
Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17613685>
56. Søndena E, Rasmussen K, Nøttestad JA. Forensic issues in intellectual disability. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2008 Sep [cited 2017 Dec 5];21(5):449–53. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00001504-200809000-00005>
57. Straw A, Lomri S. Public Law Update: Failing Prisoners with Learning Disabilities. *Crim Law Justice Wkly*. 2010;174:293,293.
58. Varea L, Montero P, Perez C, Torres J. El Programa ACCEPTA, avanzando en la atención de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo en el ámbito penal The ACCEPTA Program, moving in the care of people with intellectual or developmental disabilities in criminal matters. 2015 [cited 2017 Dec 19];
Available from: <http://cdjornadas-inico.usal.es/docs/352.pdf>
59. Recovery T, Araoz I. Las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo ante el proceso penal. Análisis sobre la intervención de la persona con discapacidad intelectual o del desarrollo en el proceso penal y el cumplimiento de condenas y medidas de privación de libertad [Internet]. 2014.
Available from: <https://www.plenainclusion.org/informate/publicaciones/las-personas-con-discapacidad-intelectual-o-del-desarrollo-ante-el-proceso>
60. Huete A, Díaz E. Las personas con discapacidad en el medio penitenciario en España [Internet]. CERMI, Ediciones Cinca, editors. Observatorio estatal de la discapacidad. 2008 [cited 2017 Dec 15].
Available from: [http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3619/Las personas con discapacidad en el medio penitenciario en España.pdf?sequence=1](http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3619/Las%20personas%20con%20discapacidad%20en%20el%20medio%20penitenciario%20en%20España.pdf?sequence=1)
61. Barron P, Hassiotis A, Banes J. Offenders with intellectual disability: the size of the problem and therapeutic outcomes. *J Intellect Disabil Res* [Internet]. 2002 Sep [cited 2017 Dec 12];46(6):454–63. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1365-2788.2002.00432.x>
62. Grupo Preca. INFORME PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN CENTROS PENITENCIARIOS ESPAÑOLES (ESTUDIO PRECA) GRUPO PRECA BARCELONA JUNIO 2011. 2011;
63. Stewart LA, Wilton G, Sapers J. Offenders with Cognitive Deficits in a Canadian Prison

- Population: Prevalence, Profile, and Outcomes. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2016 Jan [cited 2018 Jan 22];44:7–14.
Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0160252715001363>
64. Jones G, Talbot J. No One Knows: the bewildering passage of offenders with learning disability and learning difficulty through the criminal justice system. *Crim Behav Ment Health* [Internet]. 2010 Feb [cited 2017 Dec 5];20(1):1–7.
Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/cbm.746>
65. Talbot J. No one knows. Identifying and supporting prisoners with learning difficulties and learning disabilities: the views of prison staff [Internet]. PRISON REFORM TRUST, LONDON. 2007 [cited 2017 Dec 15]. Available from: www.prisonreformtrust.org.uk/nok
66. Prison: the facts. Bromley Briefings Summer 2018 [Internet]. London; 2018.
Available from: [http://www.prisonreformtrust.org.uk/Portals/0/Documents/Bromley Briefings/Summer 2018 factfile.pdf](http://www.prisonreformtrust.org.uk/Portals/0/Documents/Bromley%20Briefings/Summer%202018%20factfile.pdf)
67. Bradley L. The Bradley Report Lord Bradley's review of people with mental health problems or learning disabilities in the criminal justice system [Internet]. 2009 [cited 2017 Dec 15]. Available from: <https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Bradleyreport.pdf>
68. Moreland J, Hendy S, Brown F. The Validity of a Personality Disorder Diagnosis for People with an Intellectual Disability. *J Appl Res Intellect Disabil* [Internet]. 2008 May [cited 2019 Dec 12];21(3):219–26.
Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1468-3148.2007.00399.x>
69. Morrissey C, Hollin C. Antisocial and psychopathic personality disorders in forensic intellectual disability populations: What do we know so far? Vol. 17, *Psychology, Crime and Law*. 2011. p. 133–49.
70. Vervoort-Schel J, Mercera G, Wissink I, Mink E, van der Helm P, Lindauer R, et al. Adverse childhood experiences in children with intellectual disabilities: An exploratory case-file study in dutch residential care. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Sep 28;15(10).
71. Fogden BC, Thomas SDM, Daffern M, Ogloff JRP. Crime and victimisation in people with intellectual disability: a case linkage study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2016 Dec 28 [cited 2019 Dec 26];16(1):170.
Available from: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-0869-7>
72. Young S, Goodwin EJ, Sedgwick O, Gudjonsson GH. The effectiveness of police custody assessments in identifying suspects with intellectual disabilities and attention deficit

- hyperactivity disorder. [cited 2017 Dec 1];
Available from: <https://search-proquest-com.bibliotecadigital.uic.es:9443/docview/1469819473?accountid=39447>
73. Allely A, Clare S Allely CS. Prevalence and assessment of traumatic brain injury in prison inmates : a systematic PRISMA review Title Prevalence and assessment of traumatic brain injury in prison inmates : a systematic PRISMA review Prevalence and Assessment of Traumatic Brain Injury in Prison Inmates: A Systematic PRISMA Review. 2016 [cited 2017 Nov 30]; Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/02699052.2016.1191674>
 74. Wechsler D. WAIS-IV, Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-IV. 2012.
 75. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SLT, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med*. 2002 Aug;32(6):959–76.
 76. Vargas Terrez BE, Salcedo VV, Rodríguez Estrada C, Pérez Romero J, Cortés Sotres J. Validación de la escala Kessler -10 (k-10) en la detención de la depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. Propiedades psicométricas. *Salud Ment* [Internet]. 2011;34:323–31.
Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000400005
 77. Andrews G, Slade T. Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). *Aust N Z J Public Health* [Internet]. 2001 Dec [cited 2019 Sep 19];25(6):494–7.
Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11824981>
 78. Baillie AJ. Predictive gender and education bias in Kessler’s psychological distress Scale (K10). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005 Sep;40(9):743–8.
 79. Pereira A, Oliveira CA, Bártolo A, Monteiro S, Vagos P, Jardim J. Reliability and factor structure of the 10-item kessler psychological distress scale (k10) among Portuguese adults. *Cienc e Saude Coletiva*. 2019 Mar 1;24(3):729–36.
 80. Qamar K, Bashir Kiani M, Ayyub A, Khan AA, Osama M. Higher stress score of female medical students than male measured by the Kessler Psychological Distress Scale K10 in Pakistan. *J Educ Eval Health Prof*. 2014 Oct 9;11:27.