# La discapacidad intelectual y el ámbito penitenciario

V Tort[1], R Dueñas[1], E Vicens[1], C Zabala[2], M Martínez[2], DM Romero[2]

[1] Parc Sanitari Sant Joan de Deu. Sant Boi de LLobregt (Barcelona)
[2] Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería de la UCLM. Talavera de la Reina (Toledo)

**RESUMEN:**

**Introducción:** La prevalencia de discapacidad intelectual (DI) en el entorno penitenciario ha estado escasamente valorada. En España, a pesar de diversas aproximaciones o estimaciones no existen datos fiables respecto a las personas que sufren de DI .

**Objetivos:** 1) Determinar la prevalencia de DI en una muestra de la población penitenciaria española, ubicada en módulos residenciales 2) Obtener datos sobre la prevalencia de DI en unidades y hospitales psiquiátricos penitenciarios.

**Métodos**: 1) Se realizó una administración del TONI II en una submuestra (n: 398) de un estudio de prevalencia en cárceles españolas para identificar los internos con DI. 2) Se revisaron la memorias del Área Psiquiátrica Penitenciaria del Parc Sanitari Sant Joan de Deu para determinar los pacientes con diagnostico principal de DI. 3) Se revisaron datos de documentos de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias para obtener la prevalencia de discapacidad intelectual en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios.

**Resultados**: Los datos del TONI II fueron que un 3,77% de la población estudiada presenta un Coeficiente Intelectual (CI) por debajo de 70, y un 7,54% presentaba una inteligencia límite. Siendo mayores cuando valoramos la hospitalización psiquiátrica.

**Conclusiones:** Los datos de DI en población penitenciaria presentan unas tasas elevadas, especialmente aquellos que precisan una atención psiquiátrica especializada. Lo que pone de relieve que son necesarios recursos (penitenciarios y comunitarios) para una mayor atención de las personas con DI durante el recorrido en el ámbito penal.

**Palabras clave**: Prisiones; Discapacidad intelectual; Psiquiatría; Trastornos mentales; Enfermos mentales; España; Prevalencia; Personas con discapacidad.

## INTELLECTUAL DISABILITY AND THE PRISON SETTING

**ABSTRACT**

**Introduction**: The prevalence of intellectual disability (ID) in the prison setting has scarcely been studied. Although some approximations or estimates regarding people with intellectual disabilities have been performed in Spain, there is little in the way of reliable data.

**Objectives**: 1) To determine the prevalence of ID in a sample population in the residential modules of a Spanish prison, 2) Obtain data on the prevalence of ID in prison psychiatric units and hospitals.

**Methods**: 1) A TONI II test was performed on a sub-sample (n = 398) of a prevalence study in Spanish prisons[33] to identify inmates with intellectual disabilities. 2) We reviewed the reports of the psychiatric department of Parc Sanitari Sant Joan de Deu to establish the diagnosis at discharge of patients with a primary diagnosis of intellectual disability 3) Data from the Directorate General of Prisons on the prevalence of ID in Prison Psychiatric Hospitals was reviewed.

**Results:** The data obtained from the TONI II test found 3.77% of the study population has an IQ below 70, and 7.54% has a borderline IQ rate. Assessment of penitentiary psychiatric hospitalization data showed these figures to be higher.

**Conclusions**: The data from a Spanish prison population showed that ID levels were higher than those in the community, especially amongst prisoners requiring specialized psychiatric care. What is also evident is that adequate resources are required in prisons and in the community to provide better care for people with intellectual disabilities who are in the pathway of the criminal justice system.

**Keywords:** Prisons; Intellectual disability; Psyquiatry; Mental disorders; Mentally Ill Persons; Spain; Prevalence; Disabled Person.

Texto recibido: 22-10-2014 Texto aceptado: 12-08-2015

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha existido un interés acerca de las personas con DI y problemas con la justicia. La trayectoria judicial de cualquier persona que ha sido acusada de un delito es especialmente complicada para ella. Desde la conciencia de una conducta hasta la difícil jerga legal hacen que en ocasiones no sean conscientes y no puedan entender su situación penal[1, 2]. Una vez condenadas, estas personas presentan diversas situaciones en prisión que van desde una difícil adaptación a la vida del centro penitenciario hasta su probable victimización.

En una revisión sistemática[3], no se pudo llegar a una conclusión firme sobre la prevalencia de personas con DI debido a la heterogeneidad de las muestras, aunque los resultados sugieren que entre un 0,5-1,5% de los internos de la muestra fueron diagnosticados de DI[3]. En un trabajo realizado por Søndenaa[4] encontró una prevalencia del 10,8% con un CI menor de 70. Especialmente, las cifras llegan a ser alarmantes en las personas con una capacidad intelectual límite, donde encontró cifras del 20,1%. En mujeres, el 29,7% tenía DI comparada con un 20% de mujeres con circunstancias de vida similares (mayor deprivación social, siendo asistidas por servicios de bienestar social) que no habían estado en prisión[5]. En España, entre 2002 y 2007 la población con DI registrada por la Administración Penitenciaria ha experimentado un incremento muy importante. De las 668 personas detectadas en 2002 (un 1,52%), se ha pasado a 2.323 en 2007 (4,14%)[6]. Las considerables necesidades de los internos con DI en el Reino Unido han estado subrayadas por el Bradley Report[7], el cual recomienda una detección temprana y una valoración de las necesidades , para saber cuál sería el lugar más apropiado para ser tratado[8].

Las personas con DI son más proclives a presentar problemas de salud mental, no tener cubierta sus necesidades asistenciales y a la reincidencia[9, 10]. Los trastornos mentales tienen una presentación diferente sin presentar sintomatología diagnóstica de primer orden. En general, se observan más alteraciones de la conducta, que si no son bien evaluadas pueden ser etiquetadas de rasgos antisociales. Cooper[11] describe una prevalencia de trastorno mental, entre el 30-40%, siendo los más prevalentes, los trastornos conductuales. Los problemas de salud mental estuvieron asociados con más acontecimientos vitales, mujeres, tipo de soporte, menos capacidades, más consultas médicas, consumo de tabaco, no tener discapacidades físicas severas, desempleo, problemas de comunicación, epilepsia, dificultades auditivas e institucionalización residencial previa[11]. Dias[12] presentaba tasas elevadas de comorbilidad psiquiátrica, encontrando una prevalencia del 37,2%, siendo los trastornos más frecuentes la ansiedad, la depresión o la dependencia de sustancias y un mayor uso de medicación antipsicótica. Hassiotis[8] describió una tasa de psicosis de hasta dos veces respecto a otros internos. En relación al consumo de tóxicos, los internos con DI eran consumidores frecuentes de cannabis. Añadiendo el hecho que la dependencia al cannabis mediaría en la fuerte asociación entre psicosis y DI. Estos datos coincidirían con las elevadas tasas encontradas en población penitenciaria siendo el cannabis la droga más utilizada[13]. Bhandari[14] describe una prevalencia de consumo de drogas del 28,0%.

En mujeres con DI en prisión han informado sobre el 60% ser víctimas de abusos sexuales y un 40% de abusos físicos[15, 16]. Además, en este grupo de mujeres es probable la presencia en conductas autolesivas y violencia física hacia otros y tener un diagnóstico de trastorno de la personalidad[15, 17]. En referencia a las autolesiones, la falta de información ocurre en la mayoría de estudios realizados en personas con DI[18]. En un estudio de Duperouzel & Fish[19] pusieron énfasis en los aspectos emocionales de sus vidas y cómo la autolesión era una estrategia de afrontamiento. Hassiotis encontró un incremento de hasta dos veces en intentos de suicidio y tasas más elevada de historia de autolesiones[8].

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad que ha estado asociado tanto en el ámbito penitenciario como en la discapacidad pero que solo recientemente ha empezado a ser valorado en pacientes encarcelados.

En los años 30 se describían elevadas tasas de personas con DI en prisiones en comparación con estudios realizados posteriormente[17]. En el Reino Unido, la mayoría de internos tiene un CI que es menor que el promedio y más problemas educativos (matemáticas y lenguaje)[20]. En EE.UU., la prevalencia de DI en prisión es del 3%, una cifra parecida a la de la población general, mientras que la prevalencia en el Reino Unido parece estar por debajo del 1%, lo que parece relacionado con posibles derivaciones no penitenciarias desde la custodia policial, así como el hecho de que a las personas con DI se les sentencia con más medidas penales alternativas. La alta vulnerabilidad estaría basada en: no entender sus derechos, sugestionabilidad, aquiescencia, dificultades en las preguntas complejas y tomar decisiones equivocadas mientras se encuentran en custodia. Lo que no está claro es si las personas con DI tienen más probabilidades para cometer delitos, ya que los factores de riesgo de delitos como pobreza,

Tabla 1. Comparación delitos entre internos con discapacidad intelectual y otros internos.

| Delito* | Ministerio del Interior Discapacidad Intelectual | Departament Justicia | Estudio PRECA |
|---|---|---|---|
| Homicidio | 9,39% | 7,5% | 10% |
| Delitos sexuales | 5,98% | 6,06% | 7.7% |
| Robos | 53,20% | 44,8% | 54,8% |
| Salud pública | 8,20% | 27,15% | 23% |
| Quebrantamientos | 1,84% | – | 5% |
| Lesiones | 5,98% | 4,14% | 9,5% |
| Incendio | 1,34% | – | 0,4% |
| Amenazas | 2,12% | – | 3,4% |
| Otros | 11,85% | – | 17,9% |

*Se ha acumulado en grupos equiparables para un mejor entendimiento. Datos 2007.

deprivación social, joven y hombre lo son también para las personas discapacitadas, así como carecer de recursos para su integración en la sociedad[21, 22].

Respecto a la tipología delictiva presentan un exceso de delitos contra personas, mientras que en los delitos sexuales no parecen existir diferencias. De todas maneras, la inmadurez sexual y la falta de experiencia serían los factores más importantes, siendo la mayoría de delitos menores. Tienden además a caracterizarse por presentar deprivación social o psicológica, problemas conductuales en la escuela, escaso control de los impulsos, baja autoestima y menos capacidad para formar relaciones sexuales o personales normalizadas. En la piromanía parece existir un aumento, aunque sin significancia estadística. A menudo, la provocación de incendios es una forma de comunicar su angustia o ira o como acto de venganza[23]. En relación con delitos contra la salud pública, presentaría una disminución importante (Tabla 1).

Dentro de los centros penitenciarios, las personas con DI quedarían fuera de los tratamientos específicos para delitos violentos, toxicomanías o delitos sexuales. Las causas referidas por los profesionales serían las dificultades para comprender la pena, el seguimiento errático y el escaso aprovechamiento. La ausencia de realización de estos programas incluye la reducción de salidas terapéuticas, permisos o beneficios penitenciarios. También tendrían dificultades para acceder a los programas de reinserción laboral o a la asignación de tareas en los módulos. Todas estas situaciones repercutirían en el objetivo de la rehabilitación y resocialización. En relación a la eficacia de los tratamientos, las tasas de reincidencia son menores en aquellos que han seguido un tratamiento. En relación a la duración del tratamiento, aquellos que han seguido un tratamiento durante más de dos años era más favorable que aquellos que habían seguido menos de un año[23]. En relación al delito, especialmente el sexual, los abordajes para internos con DI dan unos una tasas de reincidencia muy bajas, incluso en los tratamiento comunitarios[24]. El acceso a los programas de toxicomanías de las personas con DI suelen ser limitado, y no adaptado a las necesidades de este subgrupo de pacientes, dejando a estas personas sin un tratamiento imprescindible de cara a su externalización y que influye en la reincidencia penal. Pocos internos con DI recibieron tratamiento para su dependencia mientras y una proporción más pequeña un programa educativo[8].

El estudio Pomona II (sobre comorbilidad médica) refiere un aumento de la morbilidad física en las personas con DI. Participando escasamente en programas de prevención y promoción de la salud, un mayor número de ingresos hospitalarios y un menor uso de los servicios de urgencia[25]. La elevada prevalencia de epilepsia puede afectar la conducta de diferentes formas de presentación como son: 1) episodios de irritabilidad y/o agresividad previos a una crisis convulsiva, y 2) Episodios de confusión que pueden desencadenar conductas agresivas. Desde la atención primaria, suele existir el fenómeno del ensombrecimiento diagnóstico (cuando algunos síntomas médicos son interpretados como parte de la DI). El diagnóstico de trastorno men-

tal se suele pasar por alto, ya que se tiende a pensar que las personas con DI, tienen tendencia a problemas emocionales y son malhumoradas y cambiantes[25].

La presencia de internos con DI confronta los avances logrados en la integración social del colectivo con la máxima exclusión que implica el sistema penitenciario[26]. Las quejas más frecuentes presentadas por las personas con DI suelen estar relacionadas con: dificultades con iguales que llevan al aislamiento social, conducta sexual inapropiada, dificultades en las actividades de la vida diaria, cambios de humor o agresión y problemas con un desarrollo social normalizado y establecer una vida independiente.

Muchas personas que ingresan en prisión no se les ha detectado el grado de DI, y en ocasiones solo suele ser una impresión clínica. Apenas se realiza ninguna administración de escalas de valoración del CI. Si solo nos basamos en la impresión clínica debemos ser conscientes que existen otras condiciones que pueden interferir en el rendimiento educativo o laboral[26].

Los objetivos del estudio son:

1) Determinar la prevalencia de discapacidad intelectual en una muestra de la población penitenciaria española, ubicada en módulos residenciales.

2) Obtener datos sobre la prevalencia de discapacidad intelectual en unidades y hospitales psiquiátricos penitenciarios.

## MATERIAL Y MÉTODOS

La metodología utilizada ha sido ampliamente descrita en un artículo previo del estudio PRECA[27]. Es un estudio epidemiológico transversal, descriptivo, realizado mediante una entrevista personal a una muestra lo más amplia y representativa posible de la población penitenciaria española mayor de 18 años recluida en CP de Madrid, Cataluña y Aragón.

Muestra: 750 internos fueron entrevistados distribuidos a partes iguales entre las 3 comunidades autónomas y por listado suministrado por cada centro penitenciario, utilizando una técnica de muestreo estratificado aleatorio en una fecha index (30 de marzo del 2007). De setecientos ochenta y tres hombres elegibles para el estudio y que fueron invitados a participar, 708 (90,3%) consintieron y fueron entrevistados, y 76 rechazaron participar. Finalmente, de los 708 internos participantes, 235 estaban en centros penitenciarios en Madrid, 222 en Catalunya y 250 en Aragón. La recogida de los datos muestrales fue obtenida entre abril 2007 y junio 2008.

Se obtuvieron variables socio-demográficas, penales, ambientales, clínicas, de calidad de vida, de repercusión social y de utilización de servicios. Para la obtención de dichas variables se realizó una entrevista estructurada para la recogida de los datos socio-demográficos, sanitarios, judiciales y penitenciarios.

Para la valoración de tipo clínico se administró el SCID1[28] que es un protocolo de entrevista para realizar los diagnósticos psiquiátricos del eje 1 del DSM-IV siguiendo un modelo de entrevista de diagnóstico clínico y el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE)[29]. Para la administración del cuestionario se siguieron las recomendaciones realizadas por Álvaro-Brun[30]. Finalmente para la evaluación de la discapacidad intelectual se administró el TONI-2: Test de Inteligencia[31] que es un test de inteligencia no influenciado por el lenguaje, educación, cultura y capacidad motriz. Detecta la capacidad para resolver problemas a través de figuras abstractas estimando el nivel de inteligencia del sujeto. Se ha utilizado este test de inteligencia debido a la alta tasa de inmigración en la población penitenciaria, por lo que creemos que este test, al estar más libre de influencias culturales y educativas podría detectar de una forma más ajustada el nivel de inteligencia en este grupo de internos. Se le administró el TONI-2 a una muestra de 398 internos.

Para evaluar la calidad de vida se utilizó el EuroQol-5D (EQ-5D), que es un instrumento estandarizado y genérico para la evaluación de la calidad de vida con puntuaciones resumidas en dos medidas sumarias: salud física y mental. En relación a la evaluación del clima social se administró la Escala de clima social en Instituciones Penitenciarias.

Análisis de datos estadístico: A través del paquete estadístico SPSS versión 11.5 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA). En este estudio solo se ha realizado una descripción porcentual de la puntuación en el TONI -2.

Este proyecto fue aprobado por los Comités de Ética en Investigación Clínica de Sant Joan de Déu y Gol i Gorina y con la autorización de las administraciones penitenciarias (tanto a nivel de Cataluña como del resto de España). Este estudio ha obtenido una beca del Fondo de Investigación Sanitaria, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo España (FIS PI052517).

Para la obtención de los datos de prevalencia de DI en unidades psiquiátricas de las prisiones españolas se han utilizado datos publicados por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias[6] y los datos relativos a los centros psiquiátricos en Cataluña se han obtenido de las memorias asistenciales de los años 2010 y 2011 del ámbito de Psiquiatría Penitenciaria del Parc Sanitari Sant Joan de Deu , de la Unidad Hospitalaria Psiquiátrica Penitenciaria del CP Brians I

Tabla 2. Puntuación Coeficiente intelectual (Estudio Preca).

| Puntuación Coeficiente Intelectual (TONI II) | Total | % |
|---|---|---|
| 61-69 | 15 | 3,77 |
| 70-79 | 30 | 7,54 |
| 80-84 | 24 | 6,03 |
| 85-89 | 22 | 5,53 |
| 90-94 | 28 | 7,03 |
| 95-99 | 30 | 7,53 |
| 100-104 | 40 | 10,05 |
| 105-109 | 53 | 13,32 |
| 110-114 | 54 | 13,57 |
| 115-119 | 55 | 13,82 |
| 120-124 | 21 | 5,28 |
| 125-129 | 14 | 3,52 |
| 130-134 | 7 | 1,76 |
| 135-139 | 4 | 1 |
| 140 | 1 | 0,25 |
| TOTAL | 398 | 100 |

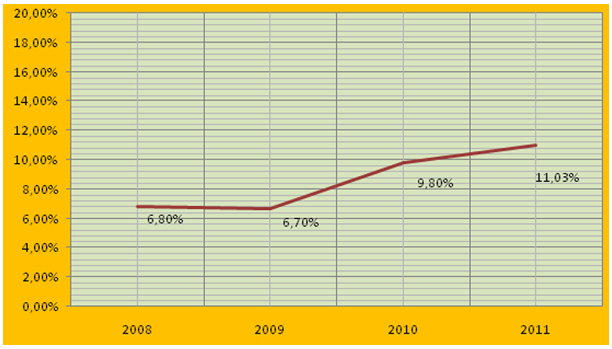


Figura 1. Porcentaje de internos con retraso mental (UHPP).

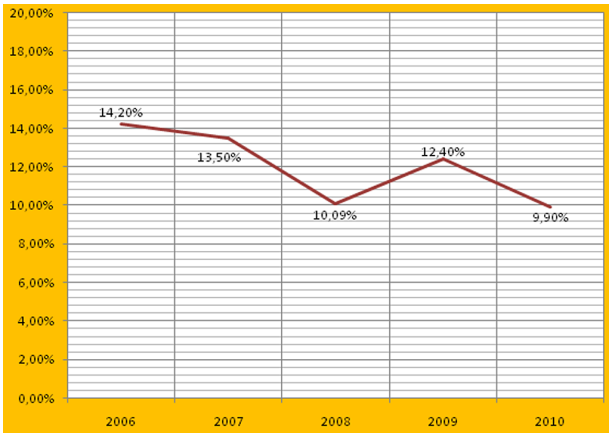


Figura 2. Porcentaje de internos con retraso mental (UPPQC).

(Barcelona) y la Unidad Polivalente de Psiquiatría del CP Quatre Camins (Barcelona).

## RESULTADOS

Entre los resultados obtenidos cabe destacar una prevalencia del 3,77% con una puntuación por debajo de 70 en IQ entre los internos a los que se administró el TONI–II (n: 398) (Tabla 2). Cuando añadimos las personas con inteligencia límite los datos se elevan al 11%, lo que hace que este tema tenga una importancia relevante en el ámbito penitenciario.

Los datos descritos en las Figuras 1 y 2 corresponden a los diagnósticos al alta en la Unidad Hospitalaria Psiquiatría Penitenciaria (UHPP) del Centro Penitenciario Brians-1 y la enfermería psiquiátrica del Centro Penitenciario de Quatre Camins Estos datos muestran aquellas personas en las que el diagnostico principal es el de retraso mental como diagnóstico principal, pero excluyendo aquellos en el que el motivo de ingreso fuera otro trastorno psicótico y además tuvieran retraso mental. Probablemente aquellos ingresos realizados por los pacientes con retraso mental serían producidos por alteraciones conductuales difíciles de filiar y que no corresponden a una sintomatología psiquiátrica clara.

Los datos mostrados, tanto los relativos a la Unidad Hospitalaria Psiquiátrica Penitenciaria (Figura 1) como aquellos de la Unidad Polivalente de Psiquiatría del Centro Penitenciario Quatre Camins (Figura 2), rondan alrededor del 10%.

La Tabla 3 muestra los porcentajes de internos con diagnósticos de trastorno mental en los hospitales psiquiátricos penitenciarios dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, donde se observa también una elevada prevalencia de discapacidad intelectual cercana al 7% en la revisión del año 2007.

## DISCUSIÓN

La prevalencia (3,77%) de DI encontrada en nuestro estudio estaría en consonancia con la literatura científica[8], y por encima de la descrita en la población general (alrededor del 1%). Además cuando

Tabla 3. Distribución por diagnóstico psiquiátrico de la población interna en Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios. Comparativa 2002-2007 (porcentajes).

| | Año 2002 | Año 2007 |
|---|---|---|
| Trastornos psicóticos | 57,87 | 50,45 |
| Abuso de tóxicos | 7,87 | 25,05 |
| Trastornos de personalidad | 13,43 | 10,91 |
| Retraso mental | 7,87 | 6,80 |
| Trastornos afectivos | 6,02 | 3,76 |
| Otros | 2,08 | 2,86 |
| Pendiente de diagnóstico | 4,86 | 0,00 |
| Total | 100,00 | 100,00 |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Autores: A Huete, E Díaz.

analizamos a los pacientes ingresados en los recursos hospitalarios psiquiátricos penitenciarios estas cifras se elevan 2-3 veces. Al incluir solo el diagnostico principal, las cifras que se muestran incluyen un mayor número de pacientes con DI ya que en algunos casos estarían como diagnostico comórbido. Los ingresos psiquiátricos estarían más relacionados con alteraciones conductuales o adaptativas que con otra sintomatología psiquiátrica asociada. Dentro del ámbito penal, cabe destacar la prevalencia de trastorno mentales comórbidos en los que se podría hablar de una patología dual o incluso triple cuando asociamos DI, trastorno mental y drogas.

Hassitotis[8] describe que los internos con DI tenían más probabilidades de ser mujer, joven y de minorías étnicas. Una proporción elevada ha estado bajo los cuidados de Autoridades locales durante su infancia y han estado ingresados en hospitales psiquiátricos y además se encuentran en situación preventiva o tienen sentencias más cortas. Aunque proporciones similares de internos con DI tienen una orden judicial para tratamiento psiquiátrico fueron ubicados en una enfermería en lugar de un módulo ordinario. A pesar de tener un número de visitas similares de amigos y familiares, estos internos tenían sentimientos de falta de soporte social. Respecto a la percepción de su grado de salud, cerca del 12,6% de los internos con DI la percibieron como muy mala comparada con el 6,3% de los otros internos. Y además podrían no recibir asistencia adecuada para sus necesidades de salud mental[10, 12].

Según Murphy[21], aunque la valoración y gestión del riesgo es un tema incipiente en las personas con DI cada vez se hace más necesario para el abordaje de los internos con DI. Así, Fitzgerald[32] han constatado la eficacia predictiva del VRAG y del HCR-20 en personas con DI en prisión. Además, la probabilidad de que estén victimizadas pudiendo ser objeto de abusos físicos, emocionales y sexuales, podrían conllevar alteraciones conductuales y como consecuencia sanciones disciplinarias[21]. En un estudio de De Beer[33], realizado con 200 pacientes de una unidad de baja seguridad, se encontró que una tercera parte podía estar ubicada en centros residenciales en la comunidad.

Desde el punto de vista del delito, no existen programas específicos en los usuarios con DI. También el desarrollo de técnicas cognitivo conductuales especifica en el ámbito penal mejoría su pronóstico[21]. Además el acceso a programas rehabilitadores como son laborales (ligados a la reinserción laboral o social), programas específicos (drogas, delitos violentos o sexuales) y otras actividades rehabilitadores haría que su estancia en prisión fuera más corta.

La falta de servicios forenses comunitarios, donde se aborden también la patología mental, hace difícil que sean asumidos por los servicios comunitarios, con el consiguiente retraso en su rehabilitación. En algunos casos las dificultades de la externalización estarían relacionadas con la estigmatización que no sería solo social, sino asistencial, al no asumir los casos procedentes de prisión. Por eso, una actuación conjunta entre equipos forenses comunitarios y servicios comunitarios facilitaría el manejo de estas personas en la comunidad[16]. La asociación entre trastorno mental y DI hace que las condiciones de acceso a servicios psiquiátricos suele ser lento y poco especializado. La ausencia de formación de los servicios sanitarios es prácticamente total. Un punto clave sería la detección en los servicios de justicia juvenil, donde existe un abordaje más educativo y donde se podría realizar una política preventiva que incidiera en la reincidencia y realizara una rehabilitación y socialización en adolescentes con DI[8]. Además no sería infrecuente que los sectores más desfavorecidos y marginales, como inmigrantes en situación ilegal, fueran detectados en prisión debido a la ausencia de detección previa.

Según Hayes[34], cinco temas requieren una atención en el futuro:

1. La incertidumbre acerca del número de personas que ha cometido un delito y que tiene una DI;
2. La falta de identificación de DI entre los delincuentes;
3. La falta de conocimiento sobre DI entre los profesionales del sistema judicial;
4. La falta de recursos penales alternativos;

5. La escasez de servicios en la comunidad y centros penitenciarios[34].

En un informe previo del Defensor del Pueblo andaluz, ya se hacían diferentes recomendaciones en estas líneas de actuación.

La falta de estudios sobre internos con DI hace difícil un abordaje tanto sanitario como criminológico que pueda reducir tanto la reincidencia y la estigmatización como mejorar la calidad de vida. Especialmente esto es alarmante en el caso de mujeres internas con DI, ya que tienden a presentar exclusión social, historia de abuso sexual, físico y emocional y tasas más altas de trastorno mental. Los estudios deberían llegar a conclusiones que faciliten un abordaje más individualizado[34].

Recientemente ha existido una creciente sensibilización por parte de las Instituciones Penitenciarias y asociaciones para la atención de las personas con DI y que se encuentran privadas de libertad recomendando la necesidad de formación y la coordinación entre el sistema judicial, policial y penitenciario con recursos especializados sociales, educativos y de salud mental. Se debería realizar un esfuerzo desde el ámbito comunitario especializado con la creación de recursos específicos para personas con DI que han cometido algún delito[35]. Ya en 2006, la Confederación Española de Organizaciones en favor de las personas con DI editó una "Guía de intervención para personas con DI afectas por el régimen penal penitenciario", dentro del Programa de Actividades Rehabilitadoras para personas reclusas y exreclusas con DI. En Cataluña, el programa **Accepta** desde hace años atiende personas con DI que tienen problemas con la justicia. Entre sus objetivos destacan: evitar siempre que sea posible la entrada en prisión de la persona con DI, promover la excarcelación en aquellos casos que sea posible y mejorar la calidad de vida de las personas con DI cuando no es posible la excarcelación.

Desde 2004, la Administración Penitenciaria dispone de un recurso especializado para la atención de personas con DI que funciona como un establecimiento socio-sanitario, al estilo de Centro Ocupacional o Centro de Día[6, 36]. Aunque es un primer paso para una atención más adecuada de las personas con DI, sigue siendo insuficiente para una atención generalizada en las prisiones. Recientemente se inauguró un nuevo recurso del C P Quatre Camins, Departamento de Atención Especializada que alberga internos con DI. Por otra parte, la atención realizada por entidades colaboradoras no es homogénea en todo el país, donde el nivel de recursos externos varía ampliamente. La atención en los centros penitenciarios no está diferenciada ni con programas claros y específicos.

Es imperativo que sea implementada una estrategia coordinada para satisfacer las necesidades complejas de los internos. Como, por ejemplo, alojamiento seguro, programas de mejora de las habilidades de la vida diaria y adecuado cuidado sanitario que incluya seguimiento psiquiátrico y programas de abusos de substancias. Estas necesidades requieren de una cooperación inter-ministerial y compromisos a largo plazo. Esto tendría que venir acompañado de un aumento en la formación de los profesionales, a todos los niveles judiciales/penitenciarios y de medidas alternativas al encarcelamiento. El hecho de que los delincuentes con DI desaparezcan de los servicios o soportes que podrían prevenir la conducta delictiva no solo tiene consecuencias para el individuo, sino que también afecta a las familias y la sociedad. Para los profesionales implicados tanto de justicia como de los servicios especializados tienden a ser frustrantes y desmoralizantes las dificultades para conseguir servicios básicos y simples para dar asistencia a estas personas. La comunidad, en general sufre social, ética y económicamente[33]. Las necesidades sociales y de salud de las personas con DI en prisión pone de relieve la necesidad de servicios proactivos, adecuados y específicos[14] y de políticas de prevención y la coordinación en los sistemas implicados en la atención[22].

Entre las limitaciones de nuestro estudio cabría destacar la exclusión de mujeres, jóvenes, ancianos e internos preventivos, por lo que nuestras conclusiones no pueden extrapolarse a estos grupos. La importancia de nuestro estudio radica que es un estudio que muestra la prevalencia de la DI en una muestra de internos sentenciados en centros penitenciarios españoles. La alta prevalencia es relevante para la planificación y mejora de la asistencia de estas personas así como la importancia de una asistencia comunitaria eficaz que evite el ingreso o reingreso penitenciario.

## CORRESPONDENCIA

Vicente Tort Herrando
CP Quatre Camins
Carretera Masnou a Granollers, km 13
08430 La Roca del Vallès (Barcelona)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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. 2010; 20 (1): 1-7.

2. Talbot J, Riley C. No One Knows: offenders with learning difficulties and learning disabilities. Br J of Learn Disabil. 2007; 35: 154–61.
3. Fazel S, Xenitidis K, Powell J. The prevalence of intellectual disabilities among 12000 prisoners—A systematic review. Int J Law Psychiatry. 2008; 31 (4): 369-73.
4. Søndenaa E, Rasmussen K, Palmstierna T, Nøttestad J. The prevalence and nature of ID in Norwegian prisons. J Intellect Disabil Res. 2008; 52 (12): 1129-37.
5. Lewis K, Hayes SC. Intellectual functioning of woman ex-prisoners . Aust J Forensic Sci. 1998; 30: 19-28.
6. Huete A, Diaz E. Las personas con discapacidad intelectual en el medio penitenciario en España. Madrid: Cinca; 2008.
7. The Bradley Report. Lord Bradley´s Review of People with Mental Health Problems or Learning Disablities in the Criminal Justice System [Internet]. London: Department of Health; 2009 [cited 2014 Dec 22]. Available from: http: //www.revolving-doors.org.uk/documents/lord-bradleys-review/
8. Hassiotis A, Gazizova D, Akinionu L, Bebbington P, Meltzer H, Strydom A. Psychiatric morbidity in prisoners with intellectual disabilities: analysis of prison survey data for England and Wales. BJP 2011, 199: 156-7.
9. Dias S, Ware S, Kinner S, Lennox N. Physical health outcomes in prisoners with intellectual disability: a cross-sectional study. J Intellect Disabil Research. 2013; 57 (12): 1191-6.
10. Vinkers D, Hoek H, Rinne T. Psychiatric morbidity in prisoners with intellectual disabilities. Br J Psychiatry. 2011; 199, 512-9.
11. Cooper SA , Smiley E, Morrison J, Williamson A, Allan L. Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. Br J Psychiatry. 2007; 190: 27-35.
12. Dias S, Ware RS, Kinner SA, Lennox NG. Co-occurring mental disorder and intellectual disability in a large sample of Australian prisoners. J Appl Res Intellect Disabil. 2013; 26 (5): 384-93.
13. Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro A, Pérez Arnau FA, Arroyo-Cobo JM, et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. Crim Behav Ment Health. 2011; 21 (5): 321-32
14. Bhandari A, Van Dooren K, Eastgage G, Lennox N y 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. 2015: 59 (6): 571-9.
15. Alexander RT, Piachaud J, Gangadharan SK. Women with intellectual disability who have offended. J Intellect Disabil Research. 2005; 49: 635.
16. Lindsay W, Carson D, O'Brien G, Holland AJ, Johnston S, Taylor JL, et al. The relationship between assessed risk and service security level for offenders with intellectual disability. J Forensic Psychiatry & Psychology. 2010; 21 (4): 537–48.
17. Holland T. Forensic Psychiatry and learning disability. In: Russell O, editor. Seminars in The Psychiatry of the Learning Disabilities. London: The Royal College of Psychiatrists. Gaskell; 1997. p. 259-73.
18. Brown J, Beail N. Self-Harm Among People with Intellectual Disabilities Living in Secure Service Provision: A Qualitative Exploration. J Appl Res Intellect Disabil. 2009; 22: 503–13.
19. Duperouzel H, Fish R. Hurting No-One Else's Body but Your Own: People with Intellectual Disability Who Self Injure in a Forensic Service. J Appl Res Intellect Disabil. 2010; 23, 606–15.
20. Xenitidis K, Fotiadou M, Glynis M. People with Intellectual Disabilities in Prison. En Wilson S, Cumming I editors. Psychiatry in Prisons. A Comprehensive Handbook. London: Jessica Kingsley Publishers; 2010. p. 107-24.
21. Murphy G, Mason J. People with intellectual disabilities who are at risk of offending. En: Nick Bouras and Geraldine Holt editors. Psychiatric and Behavioural Disorders in Intellectual and Developmental Disabilities. Cambridge: Cambridge University Press; 2007. p. 173-20
22. Ramos C. Las personas con discapacidad intelectual en el sistema penal penitenciario. ¿Un fracaso de las políticas de inclusión*? Rev Inter de Org*. 2013; (11): 15-35.
23. Tewari S. Intellectual disability and the law. En: Roy A, Roy M and Clarke D, editors. The Psychiatry of the Intellectual Disability. United Kingdom: Radcliffe Publishing limited. 2006. p. 133-152.
24. Nezu CM, Nezu AM, Klein TM, Clair M. Sexual offending behavior. En: Jacobson JW, Mulick JA, Rojahn J. Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities. New York: Springer Publisher; 2007.p. 635-56.
25. Martínez-Leal R, Salvador-Carulla L, Gutiérrez-Colosía MR, Nadal M, Novell-Alsina R, Martorell A, et al. La salud en personas con discapacidad intelectual en España: estudio europeo POMONA-II. Rev Neurol 2011; 53 (7): 406-14.

26. Lorenzo J, Ramos C. Personas con diversidad intelectual en prisión. Desafíos para el Trabajo Social. Rev Inter Trab Soc y Bienes. 2014; (3) 167-72.
27. Vicens-Pons E and PRECA Group. Aproximación a la Metodología para el estudio de los trastornos mentales en población penitenciaria. El estudio PRECA. Rev Esp San Penit. 2009; 11: 17-25.
28. First MB, Spitzer RL, Gibbon M , William JB. Guía del usuario para la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje 1 del DSM-IV. Versión Clínica: SCID-I. Barcelona: Masson; 1999.
29. López-Ibor J, Pérez-Urdaniz A, Rubio V. Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad . Módulo DSM-IV. Versión española. Organización Mundial de la Salud. Madrid. Meditor; 1996
30. Álvaro-Brun E, Vegue Gonzalez M. Trastornos de personalidad en prisión: Una cuestión compleja. Rev Esp Sanid Penit. 2008; 10: 29-30.
31. Brown L, Sherbenou RJ, Johnsen SK. Test de inteligencia no verbal: Apreciación de la habilidad cognitiva sin influencia del lenguaje. Madrid: TEA; 1995.
32. Fitzgerald S, Gray NS, Alexander RT, Bagshaw R, Chesterman P, Huckle P, et al. Predicting institutional violence in offenders with intellectual disabilities: the predictive efficacy of the VRAG and the HCR-20. J Appl Res Intellect Disabil. 2013; 26 (5): 394-403.
33. Beer De D, Spiller MJ, Pickard M , Gravestock S, Mcgovern P, Leese M, et al. Low secure units: Factors predicting delayed discharge. J Forensic Psychiatry & Psychology. 2005; 16 (4): 621-37.
34. Hayes S. Missing out: offenders with learning disabilities and the criminal justice system. Br J Learn Disabil. 2007; 35, 146–53.
35. Las personas con discapacidad intelectual y sistema penal. Balance y conclusiones de las jornadas, mayo 2011. Valladolid: FEAPS Castilla y Leon; 2012.
36. Sanz B, Roca M. Intervención penitenciaria con discapacitados intelectuales. El modulo de discapacitados del CP Segovia. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Madrid: Gobierno de España; 2009.