



Anuario de Psicología Jurídica 2015

www.elsevier.es/apj



Riesgo de violencia institucional y comunitaria en delincuentes con trastorno mental

1
2
3 **qi** Laura Negro^a, Francesca Melis^a y Óscar Herrero^{b,*}

4 ^a Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, España

5 ^b Centro Penitenciario de Cáceres, España

7 INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

8 *Historia del artículo:*

9 Recibido el 7 de agosto de 2014

10 Aceptado el 9 de enero de 2015

11 On-line el xxx

12 *Palabras clave:*

13 Riesgo

14 Violencia

15 Trastorno mental

6 R E S U M E N

Altas puntuaciones en HCR-20 y PCL:SV se asocian tradicionalmente con el riesgo de comportamiento violento en enfermos mentales. En este trabajo se estudia la relación entre ambos instrumentos y la conducta violenta fuera y dentro de un Hospital Psiquiátrico Penitenciario en una muestra de hombres con patología mental ($n = 29$). Los resultados muestran que ambos instrumentos se asocian con la presencia de comportamiento violento dentro de la institución, mientras que se mantienen independientes de la delincuencia violenta cometida en el exterior

© 2015 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Risk of institutional and community violence in mentally-disordered offenders

8 A B S T R A C T

High scores on HCR-20 and PCL:SV are traditionally associated to risk of violent behaviour in mentally disordered persons. The present work explores the relation between both instruments and violence inside and outside a forensic psychiatric hospital in a sample of mentally-disordered males ($n = 29$). Results indicate that both instruments are associated with institutional violence, whereas they appear to be independent of community violence.

© 2015 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. This

is an open access article under the CC BY-NC-ND license

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

23 El proceso de evaluación del riesgo de violencia está formado
24 por cuatro componentes: identificar empíricamente los factores de
25 riesgo válidos, determinar un método para medir dichos factores,
26 establecer un procedimiento para combinar puntuaciones y final-
27 mente producir una estimación de riesgo. Durante la última década
28 ha ganado relevancia en este campo el denominado juicio profesio-
29 nal estructurado, que engloba tanto la identificación como la
30 medida de los factores relevantes aunque, a diferencia de los abor-
31 dajes actuariales, deja la decisión última sobre la asignación de un
32 nivel de riesgo al juicio del evaluador (Skeem y Monahan, 2011).
33 Uno de los principales objetivos de la evaluación del riesgo es la
34 identificación y manejo de las personas con mayor probabilidad de

conductas violentas (Chu, Daffern y Ogloff, 2013). Diversos trabajos
sugieren que el juicio profesional estructurado aporta valor predic-
tivo por encima de otros abordajes (Douglas, Ogloff y Hart, 2003;
De Vogel y De Ruiter, 2006; Nichols, Ogloff y Douglas, 2004). Uno
de los instrumentos construidos desde esta perspectiva es el HCR-
20 (Webster, Eaves, Douglas y Wintrup, 1995). Se trata de una guía
para la valoración del riesgo de reincidencia violenta que ha sido
utilizada extensamente con pacientes psiquiátricos. Se compone
de 20 ítems divididos en tres grupos: ítems históricos o escala H
(referentes a la historia delictiva, social y psiquiátrica), clínicos o
escala C (estado mental en el momento del delito y en la actuali-
dad) y de gestión de riesgo o escala R (plan de tratamiento, servicios
y apoyos). Cada ítem se puntúa de 0 a 2. No se establecen pun-
tos de corte estadístico sino que es el propio evaluador el que ha
de valorar finalmente el nivel de riesgo asignado al evaluado y las
posibles estrategias para su gestión. El conocimiento de los facto-
res de riesgo, de los factores desencadenantes y de su interacción

* Autor para correspondencia. Centro Penitenciario de Cáceres. Avenida Arroyo
Valhondo s/n. 10003 Cáceres.
Correo electrónico: psicoski@gmail.com (Ó. Herrero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.apj.2015.01.002>

1133-0740/© 2015 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

es fundamental para predecir el comportamiento violento (Gómez, 2009).

Por otra parte, el constructo de psicopatía, y más concretamente las puntuaciones obtenidas en sus principales medidas (como el Psychopathy Checklist- Revised; PCL-R; Hare, 2003), se ha incluido en la mayor parte de los instrumentos de juicio profesional estructurado, básicamente por su asociación estadística con distintos tipos de conducta violenta y por su creciente solidez científica. Guy, Douglas y Hendry (2010) destacan que hay tres razones para estudiar los rasgos de personalidad antisocial y psicopática dentro de la evaluación del riesgo de violencia. Primero, la presencia de estos rasgos incrementa el riesgo de actuar violentamente, ya sea mediante agresiones reactivas, asociadas a amenazas o a provocaciones reales o percibidas a las que suelen acompañar una escasa capacidad de autorregulación ante estímulos emocionales y manifestaciones de cólera o ira y/o agresiones de tipo proactivo, motivadas por una falta de emoción, ausencia de activación y de carácter instrumental, premeditado y dirigidas a la consecución de cualquier meta o recompensa, siendo éstas características propias de la conducta antisocial (Penado, Andreu y Peña, 2014). Segundo, tienen en sí mismos valor etiológico a la hora de explicar una predisposición a la conducta violenta. Por último, resultan informativos para decidir acerca de la intensidad de supervisión e intervención requerida en la gestión de un caso. Pese a esto, si una persona puntúa bajo en este constructo no está necesariamente exenta de riesgo de violencia futura. Tanto el PCL-R como sus derivados (por ejemplo el Psychopathy Checklist-Screening Version, PCL:SV) no son instrumentos para la evaluación del riesgo y la violencia es un fenómeno multifactorial. De hecho, la capacidad predictiva de las guías de valoración del riesgo tiende a ser superior a la del constructo de psicopatía, incluso cuando se excluye de ellas las puntuaciones en este ítem (Gray, Fitzgerald, Taylor, MacCulloch y Snowden, 2003; Douglas, Vincent y Edens, 2006).

La evaluación del riesgo de reincidencia de las personas con trastorno mental ha sido objeto de atención de clínicos e investigadores. El trastorno mental más común en población penitenciaria masculina parece ser los trastornos de personalidad (65%), seguido de la depresión mayor (12%) y en mucha menor medida de los trastornos psicóticos (3-7%) (Fazel y Danesh, 2002). Con respecto a la relación entre violencia y trastorno mental, los datos señalan que esta relación es modesta y está mediada por otros factores como el abuso de sustancias o los rasgos antisociales (Fazel, Gulati, Linsell, Geddes y Grann, 2009; Fazel, Langström, Hjern, Grann y Lichtenstein, 2009; Van Dorn, Volvka y Johnson, 2011). Todo esto ha llevado a señalar la importancia de identificar subtipos concretos de pacientes psiquiátricos violentos (Joyal, Coté, Meloche y Hodgins, 2011). De hecho, existen datos que señalan que las personas con trastornos mentales severos son a menudo víctimas de delitos violentos (Hart, de Vet, Moran, Hatch y Dean, 2012).

La capacidad de HCR-20 y PCL:SV para predecir violencia institucional en pacientes psiquiátricos, así como su riesgo de conducta de agresión violenta cuando vuelven a la comunidad, ha sido objeto de diversos estudios. Tradicionalmente se distinguen dos tipos de factores de riesgo de violencia: los estáticos y los dinámicos. Los primeros hacen referencia a las variables o sucesos históricos de los individuos que no son flexibles al cambio aunque exista una intervención sobre los mismos. En cuanto a los factores dinámicos, son aquellas variables que fluctúan y pueden cambiar en función del paso del tiempo y de las circunstancias, pudiendo ser modificadas a través de una intervención deliberada (Chu et al., 2013, Belfrage, Franson y Strand, 2000).

En el ámbito de la violencia institucional, los factores dinámicos parecen ser los más efectivos como predictores. McDermott, Edens, Quanbeck y Busse (2008) mostraron que el factor 2 del PCL-R estaba débilmente relacionado con las agresiones dentro de contextos institucionales, mientras que las escalas clínica y de manejo de riesgo

del HCR-20 eran válidos para identificar pacientes forenses con un riesgo elevado de presentar comportamientos agresivos. La escala histórica se mostró independiente de las variables criterio.

Chu et al. (2013) estudiaron la validez predictiva de la escala clínica del HCR-20 para diferentes tipos de agresiones cometidas por los pacientes de un hospital psiquiátrico forense. Esta escala presentó una validez predictiva de moderada a excelente en un período de seguimiento de 24 horas. En este mismo sentido, Grevatt, Thomas-Peter y Hughes (2004) determinaron que la escala clínica del HCR-20 se relacionaba retrospectivamente con la presencia de violencia, abuso verbal y acoso en pacientes de un psiquiátrico forense dentro de los primeros seis meses de su admisión. Las escalas histórica y clínica se mostraron independientes del comportamiento violento. Arbach-Lucioni, Andrés-Pueyo, Pomarol-Clotet y Gomar-Soñes (2011) encontraron que tanto el PCL:SV como el HCR-20 son buenos predictores de la violencia a corto plazo (en un período de 4 meses) en pacientes psiquiátricos civiles, pero sólo el HCR-20, y particularmente su escala clínica, contribuyen a su predicción a medio-largo plazo (12 meses).

En su conjunto, los estudios apuntan a la utilidad de los factores dinámicos del HCR-20 para evaluar el riesgo de conductas violentas dentro de instituciones psiquiátricas.

También ha sido objeto de investigación la probabilidad de comportamientos violentos en pacientes psiquiátricos cuando se reincorporan a la comunidad. En uno de los primeros trabajos sobre este tema, Douglas, Ogloff y Nichols (1999) encontraron que las puntuaciones de PCL:SV y HCR-20 se asociaban positivamente a la probabilidad de conductas violentas en una muestra de pacientes psiquiátricos en la comunidad. La asociación más robusta se encontró para las escalas C y R. Gray, Taylor y Snowden (2008) estudiaron una muestra de pacientes forenses dados de alta desde unidades psiquiátricas. Los autores encontraron que las escalas H y R (no así la escala C) eran capaces de predecir la comisión de delitos futuros en un período de seguimiento de dos años. Schaap, Lammer y de Vogel (2009) analizaron el comportamiento violento de una muestra de ex-pacientes de un hospital psiquiátrico forense en la comunidad. Encontraron que los participantes reincidentes puntuaban por encima de los no reincidentes en la escala H del HCR-20, especialmente en los ítems de abuso de sustancias, edad del primer incidente violento e historia de violencia. Las puntuaciones en PCL-R y en las escalas C y R no arrojaron resultados significativos. Borba-Telles, Folino y Vernet-Taborda (2012) estudiaron una muestra de pacientes psiquiátricos dados de alta de un hospital forense. Encontraron que la escala Histórica del HCR-20 y el factor 2 del PCL-R eran predictivos de reincidencia en la comunidad. En este contexto Martín y Carrasco (2011) realizaron en España un estudio en población psiquiátrica ambulatoria con antecedentes personales de violencia, utilizando diversos instrumentos de evaluación entre los que estaba la HCR-20. Los resultados mostraron que sólo la escala clínica diferenció los sujetos violentos de los no violentos y únicamente para el primer período de estudio (dos meses tras la valoración inicial) y que la variable de "juicio clínico estructurado" fue la que estuvo significativamente asociada a la aparición de comportamientos violentos. Además, sus datos corroboraron la importancia de los factores dinámicos en la emisión de violencia a corto plazo y de los estáticos en relación con la violencia a largo plazo.

Gray, Fitzgerald, Taylor, MacCulloch, & Snowden (2007) estudiaron una muestra de delincuentes diagnosticados de discapacidad intelectual. Las puntuaciones de la escala H y del PCL:SV obtuvieron una validez predictiva superior a la de C y R en un período de seguimiento en la comunidad de cinco años. Lindsay et al. (2008) estudiaron una muestra de pacientes con discapacidad intelectual hospitalizados en instituciones de diferentes niveles de seguridad. La escala H del HCR-20 presentaba validez discriminativa y predictiva para comportamientos violentos

extrainstitucionales en aquellos participantes que se encontraban en seguimiento comunitario. Ho, Thomson y Darjee (2009) estudiaron un grupo de delincuentes con trastornos mentales dados de alta desde una unidad psiquiátrica de media seguridad. Las puntuaciones del PCL-R y de la escala H se asociaban moderadamente con la aparición de incidentes violentos graves en la comunidad.

En conjunto, la literatura señala que los factores estáticos se asocian de forma significativa a la reincidencia violenta a medio o largo plazo en la comunidad, aunque algunos estudios han encontrado resultados opuestos (Doyle y Dolan, 2006; García-Mansilla, Rosenfeld y Cruise, 2011).

El objetivo del presente trabajo es estudiar mediante un diseño retrospectivo, en una muestra de internos de un hospital psiquiátrico penitenciario, la relación entre las puntuaciones en HCR-20 y PCL:SV y el comportamiento violento dentro y fuera de la institución. La revisión de la literatura muestra que este aspecto aún no se ha investigado en una muestra forense de participantes españoles.

Método

Participantes

La muestra está compuesta por 29 pacientes masculinos procedentes de un hospital psiquiátrico penitenciario. La edad media es de 38 años (mínimo 23, máximo 76, $DT = 11.66$). Los participantes están diagnosticados de trastorno esquizoafectivo (2 casos, 6.9%), trastorno histriónico (1 caso, 3.4%), trastorno esquizoide (1 caso, 3.4%), trastorno antisocial de la personalidad (4 casos, 13.8%), trastorno mental debido al alcohol (2 casos, 6.9%), psicosis atípica (4 casos, 13.8%), trastorno delirante (5 casos, 17.2%), esquizofrenia (12 casos, 41.4%), trastorno bipolar (3 casos, 10.3%) y depresión (1 caso, 3.4%). La media de diagnósticos por persona era de 1.2 (mínimo 1, máximo 2).

En el momento de la evaluación se encontraban sometidos a medida de seguridad por delitos de violencia familiar habitual (1 caso, 3.4%), violencia física (1 caso, 3.4%), agresión sexual (3 casos, 10.3%), lesiones (5 casos, 17.2%), tentativa de asesinato (1 caso, 3.4%), asesinato (1 caso, 13.8%), homicidio (1 caso, 3.4%), tentativa de homicidio (3 casos, 10.3%), parricidio (2 casos, 6.9%), quebrantamiento de medida cautelar (2 casos, 6.9%), daños (2 casos, 6.9%), tenencia ilícita de armas (1 caso, 3.4%), amenazas (6 casos, 20.7%), allanamiento de morada (1 caso, 3.4%), atentado (6 casos, 20.6%), incendio (1 caso, 3.4%) y robo (8 casos, 28.6%). Por término medio habían cometido 2.44 delitos cada uno (mínimo 1 máximo 7).

Instrumentos

Se aplicaron las siguientes medidas:

- Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV; Hart, Cox y Hare, 2003). El PCL:SV es un instrumento de cribado para la detección de rasgos psicopáticos. Se compone de 12 ítems. Cada ítem se puntúa por parte del evaluador en una escala de tres puntos (0, 1, 2), dependiendo del grado en que ese ítem es aplicable al evaluado. Las puntuaciones totales pueden oscilar entre 0 y 24. En contextos de investigación, el punto de corte de 18 es el que se ha mostrado de mayor utilidad para el diagnóstico de psicopatía. Se utiliza como un método de criba para psicopatía en poblaciones forenses o como instrumento individual de investigación, entre otros grupos con pacientes psiquiátricos. Las puntuaciones obtenidas con este instrumento se dividen en dos factores o partes: la 1ª parte recoge aquellos ítems referentes a la pobreza emocional

del individuo, mientras que la 2ª parte agrupa aquellos ítems que reflejan un estilo de vida impulsivo y antisocial. En el presente estudio, dado que no existe una versión comercializada adaptada a población española, se utilizó el original canadiense.

- HCR-20 (Versión española de Hilterman y Pueyo, 2005). Se trata de un *checklist* de 20 ítems diseñado para evaluar el riesgo de comportamiento violento en personas con trastornos mentales. Los 10 ítems históricos evalúan el comportamiento antisocial y violento previo así como la presencia de trastornos mentales, los 5 ítems clínicos evalúan aspectos clínicos relevantes para el riesgo de conducta violenta y finalmente los 5 ítems de riesgo evalúan como se ajustarán los individuos a sus circunstancias futuras. Cada ítem se evalúa con 0 (el ítem está claramente ausente), 1 (el ítem está presente con probabilidad) o 2 (ítem claramente presente).

- Historia criminal. Se registró el tipo de delitos cometidos por los participantes a partir de su documentación penitenciaria. Se recogieron por separado los delitos por los que se encontraban actualmente ingresados y aquellos que habían motivado anteriores condenas. Dentro de la variedad de delitos cometidos por la muestra se han considerado como delitos violentos el homicidio y el asesinato consumado o en tentativa, el parricidio, las lesiones, el atentado, la violencia familiar, las amenazas y la agresión sexual.

- Comportamiento institucional. Se registró a partir del expediente de cada interno la presencia de alteraciones regimentales de carácter violento y no violento. Se consideraron incidentes violentos la agresión o la amenaza a otros pacientes o a los profesionales del centro. Como incidentes no violentos se consideraron la posesión de objetos prohibidos y la desobediencia de órdenes.

Procedimiento

La recogida de datos se realizó dentro del contexto de un estudio más amplio sobre el comportamiento suicida. Una vez autorizada la investigación por parte de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, los participantes, de manera voluntaria, firmaron un consentimiento informado de participación en la investigación. No recibieron ningún tipo de compensación por su participación. Se excluyeron a aquellos posibles participantes que no tenían el nivel de comprensión lectora suficiente para completar las pruebas; también a aquellos que presentaban una situación psicopatológica en el momento del estudio que les impedía entender su naturaleza y completar adecuadamente la evaluación. Igualmente se excluyeron aquellos que se encontraban legalmente incapacitados y que por lo tanto no podían dar conscientemente su consentimiento para participar en el estudio.

La puntuación de HCR-20 y PCL:SV la obtuvieron dos psicólogas penitenciarias expertas en psicología forense, a partir de entrevistas con los participantes y del análisis documental de su expediente personal.

Se analizó la relación entre las puntuaciones en PCL:SV, HCR-20 y la presencia de incidentes y delitos de naturaleza violenta mediante análisis ROC.

El análisis de la capacidad de una variable para predecir las puntuaciones en otra se puede realizar de forma gráfica mediante las denominadas curvas ROC (Receiver Operating Characteristics). Este estadístico se usa frecuentemente en la investigación sobre predicción de conductas violentas porque es menos sensible a la tasa base de la variable criterio (en este caso, la conducta violenta de los participantes). Las curvas ROC solo pueden usarse para evaluar la precisión de la predicción sobre una variable dependiente dicotómica por una variable continua. La técnica mide la precisión con la que los participantes son clasificados correctamente y esta precisión se expresa en términos de sensibilidad y especificidad. Las curvas ROC se describen dentro del espacio creado por dos ejes.

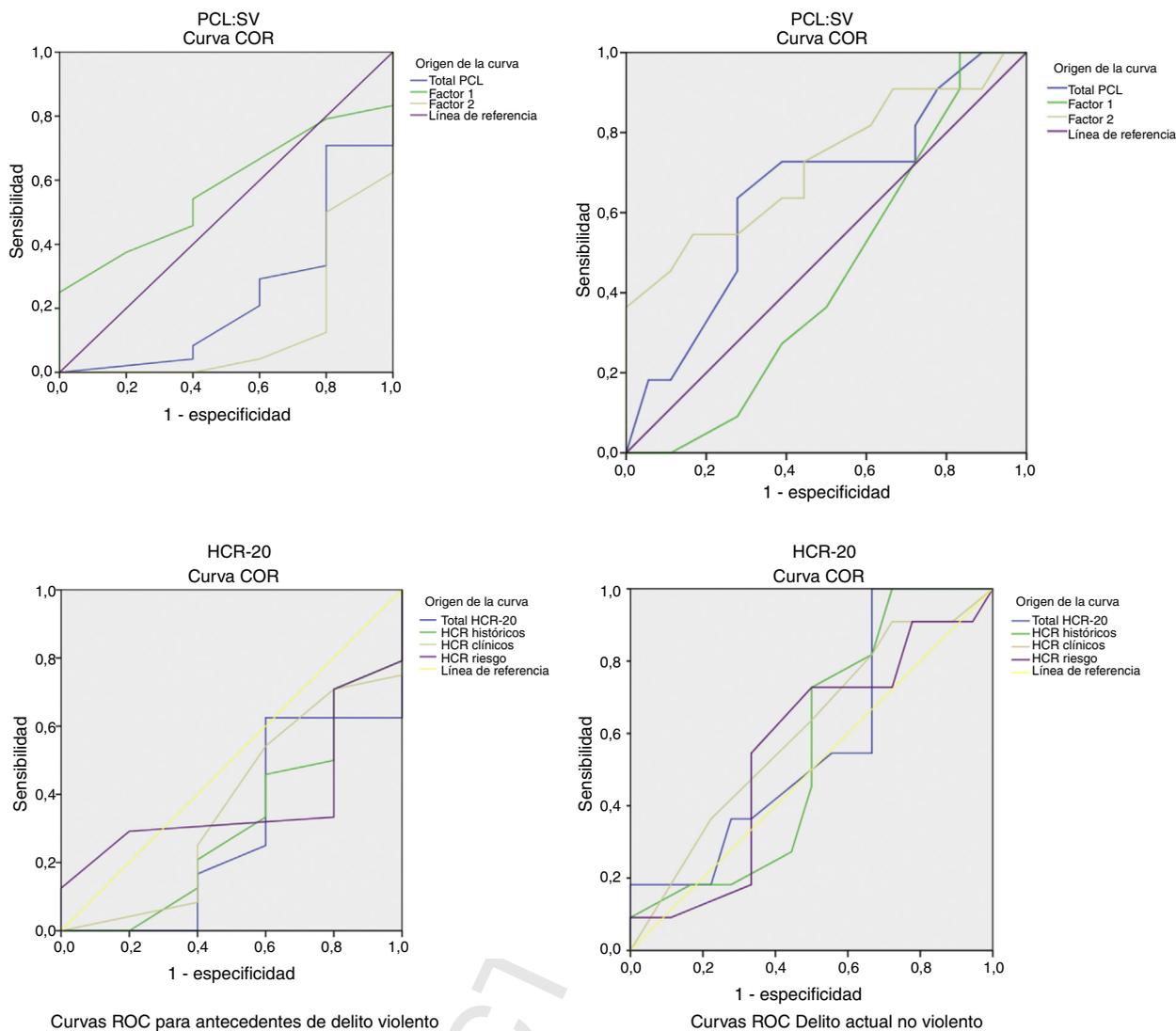


Figura 1. Curvas ROC para la presencia de delito actual violento
Curvas ROC para antecedentes de delito violento
Curvas ROC para antecedentes de delito no violento.

En el eje vertical se recoge la proporción de aciertos positivos. Esta dimensión es a la que se denomina sensibilidad. El eje horizontal recoge la proporción de falsos positivos. Esta dimensión es denominada especificidad. Ambas dimensiones están inversamente relacionadas, de tal forma que el incremento de una lleva al descenso de la otra. La línea diagonal que va desde el extremo inferior izquierdo hasta el extremo superior derecho del gráfico representa el nivel en el que la predicción es igual al azar, es decir, que los aciertos igualan a los falsos positivos. Cuando la curva descrita por un determinado instrumento está por encima de la diagonal significa que su capacidad predictiva es superior al azar. El área bajo la curva (AUC) se utiliza para medir la precisión de la predicción. La AUC oscila entre 0, que indica una predicción negativa perfecta, hasta 1, que indica una predicción positiva perfecta. El punto de corte a partir del cual se estima que la clasificación está por encima del azar es $AUC = .5$. (Mossman, 1994; Perkins y Schisterman, 2006)

En este estudio se utilizaron como variables continuas las puntuaciones en PCL:SV y HCR-20. Las variables *tipo de delito actual*, *tipo de antecedentes* y *tipo de incidente* se definieron de forma categórica (delito violento frente a delito no violento e incidente violento o no violento).

Resultados

Con respecto a la proporción de participantes que presentaban incidentes violentos y no violentos dentro de la institución, un total de 16 pacientes (55.2%) presentaban incidentes violentos o de naturaleza no violenta. El resto de la muestra, 13 personas, no presentaban uno u otro tipo de incidentes (44.8%).

Cuando se exploró la actividad delictiva pasada, 23 participantes (79.3%) no tenían antecedentes por delitos violentos, mientras que 6 (20.7%) sí los presentaban. Un total de 19 participantes no tenía antecedentes por delitos no violentos (65.5%), y 10 sí los presentaban (34.5%).

Con respecto a los delitos por los que estaban actualmente sometidos a medida de seguridad, 5 de los participantes no presentaban ningún delito violento (17.2%), mientras que 24 habían cometido algún tipo de acto violento (82.8%).

Se comparó a los participantes con un delito actual violento con los que no presentaban delitos violentos en sus puntuaciones en HCR-20 y PCL:SV. En la *tabla 1* se presentan los estadísticos descriptivos y el tamaño del efecto de la comparación. Solamente se encontraron diferencias significativas en la 2ª parte del PCL:SV, $F(1) = 7.938, p < .05$.

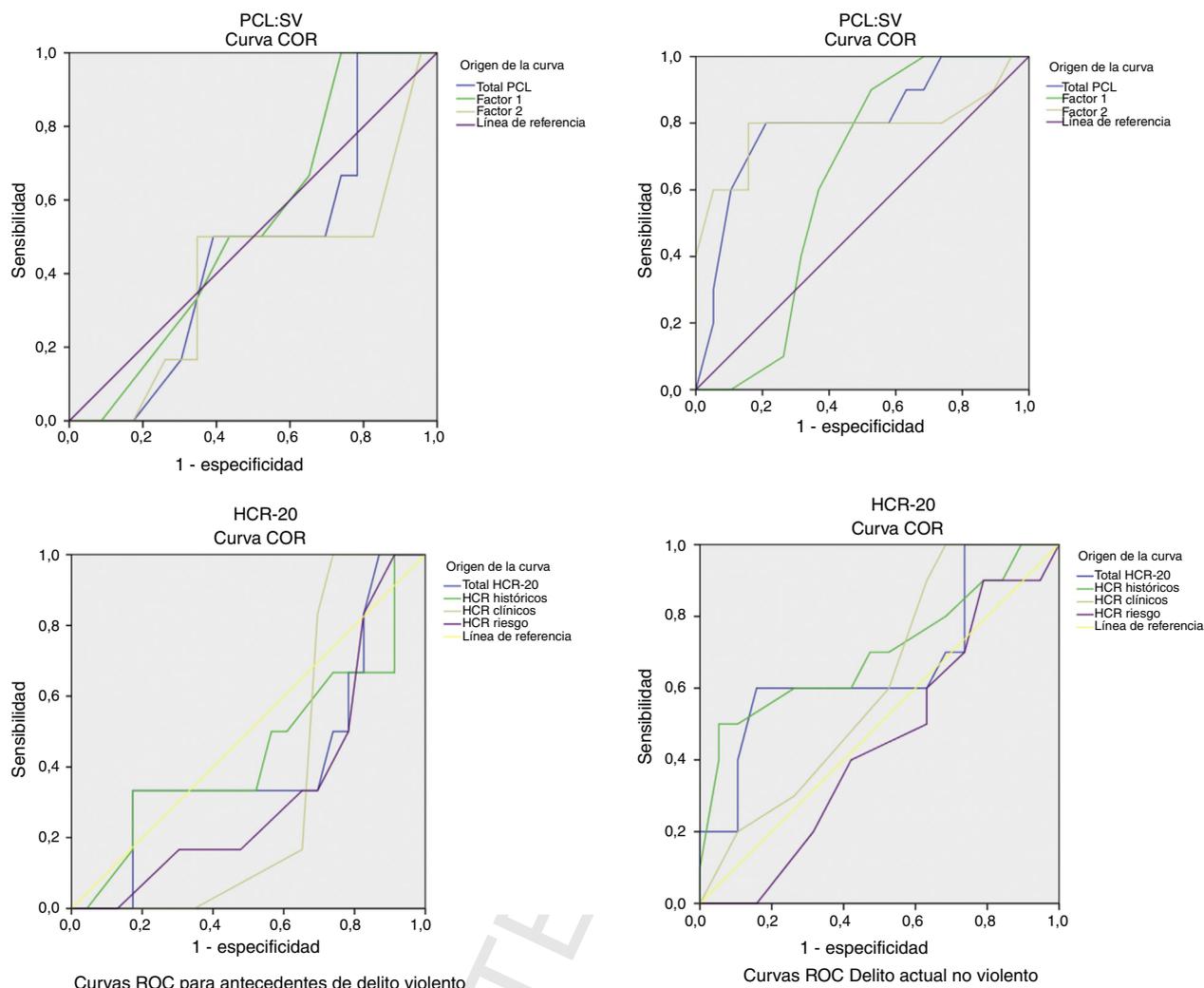


Figura 1. (Continued)

Se obtuvieron las AUC producidas por la relación entre las puntuaciones en PCL:SV y HCR-20 y la naturaleza violenta o no violenta de la actividad delictiva actual y pasada de la muestra. Los resultados aparecen en la tabla 2. Las curvas se presentan en la figura 1.

En la literatura sobre curvas ROC, las AUC entre .75 y .80 se consideran entre moderadas y altas (Cerdeza y Cifuentes, 2012). Ninguna de las medidas recogidas se relaciona significativamente con la actividad delictiva de carácter violento cometida en el pasado. Sí se obtiene una relación significativa entre la puntuación total del PCL:SV y la puntuación en la 2ª parte con la delincuencia pasada de carácter no violento. En lo referente a los delitos

por los que los participantes cumplían medida de seguridad en la actualidad, solamente se encontró una relación significativa entre la 2ª parte del PCL:SV y la delincuencia de carácter no violento.

Se obtuvieron también las AUC relativas a la relación entre PCL:SV y HCR-20 y la presencia de incidentes de carácter violento y no violento. Los resultados se presentan en la tabla 3. Las curvas ROC se presentan en la figura 2.

La puntuación total del PCL:SV y la 2ª parte se relacionaron significativamente con la presencia de incidentes institucionales violentos. Igualmente se obtuvo una relación significativa entre la puntuación total del HCR-20 y las subescalas de ítems históricos y clínicos. Con respecto a los incidentes de carácter no violento, solamente se encontró relación significativa con las puntuaciones en la escala total del PCL:SV y la 2ª parte.

Tabla 1
Descriptivos PCL:SV, HCR-20 y tamaño del efecto según grupo delictivo

	Total (n=29)		Violentos (n=24)		No Violentos (n=5)		d
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	
PCL:SV	10.79	5.3	10.08	5.17	14.2	5.02	0.79
PCL Parte 1	4.79	2.77	4.88	2.92	4.4	2.07	0.11
PCL Parte 2	6	3.7	5.21	3.31	9.8	3.35	1.38
HCR 20	21.03	7.1	20.13	6.88	25.4	7.2	0.76
Subescala H	11.17	3.96	10.7	3.85	13.4	4.15	0.69
Subescala C	4.34	2.39	4.08	2.35	5.6	2.4	0.64
Subescala R	5.51	2.6	5.33	2.71	6.4	1.94	0.40

Nota. DT = desviación típica.

Discusión

En este trabajo se ha estudiado la relación entre las puntuaciones en el PCL:SV y el HCR-20 y la presencia de delitos violentos y violencia institucional en una muestra de hombres con patología mental sometidos a medida de seguridad en un hospital psiquiátrico penitenciario.

La relación entre las medidas obtenidas y ambos tipos de violencia ha sido diferente. En el caso de la delincuencia violenta, tanto

Tabla 2
AUC para PCL:SV, HCR-20 y actividad delictiva

	Antecedentes delito violento			Antecedentes delito no violento			Delito actual violento			Delito actual no violento		
	AUC	ET	IC	AUC	ET	IC	AUC	ET	IC	AUC	ET	IC
PCL:SV	.464	.121	.22 -.7	.803*	.091	.62-.98	.242	.126	0 -.48	.652	.108	.44 -.86
PCL Parte 1	.533	.116	.3 -.76	.632	.102	.43-.83	.575	.116	.34 -.8	.442	.107	.23 -.65
PCL Parte 2	.4	.13	.13 -.67	.789*	.110	.57-1	.133	.103	0 -.33	.722*	.104	.51 -.92
HCR 20	.413	.138	.14 -.68	.666	.115	.44-.89	.292	.138	0 -.56	.571	.111	.35 -.78
Subescala H	.446	.144	.16-.72	.703	.112	.48-.92	.313	.136	0 -.57	.558	.109	.34 -.77
Subescala C	.348	.098	.15-.54	.613	.106	.4-.82	.367	.143	0 -.64	.606	.109	.39 -.82
Subescala R	.333	.116	.1-.56	.445	.109	.23-.65	.379	.118	.14 -.6	.558	.112	.33 -.77

Nota. AUC = área bajo la curva, ET = error típico, IC = intervalo de confianza al 95%
* AUC significativamente superiores a la aleatoridad a $p < .05$.

actual como pasada, no se han encontrado relaciones significativas con ambos instrumentos. La delincuencia de carácter no violento sí parece relacionarse con las puntuaciones en PCL:SV, especialmente con su 2ª parte. Esto es coherente en la medida en la que la 2ª parte recoge el estilo de vida antisocial e impulsivo. De hecho, al realizar una comparación de medias entre los grupos con delitos actuales violentos y no violentos, esta medida es la única que arroja resultados significativos. Por lo tanto, parece que la presencia de un estilo de vida antisocial previo en pacientes psiquiátricos favorece la presencia de conductas antisociales en general, pero se muestra independiente de su carácter violento.

En el caso de la violencia institucional los resultados han sido otros. La presencia de incidentes violentos se asoció significativamente a las puntuaciones totales en PCL:SV y a su 2ª parte. También se asoció a la puntuación total en HCR-20 y a las subescalas histórica y clínica.

Por lo tanto, la violencia dentro y fuera de la institución psiquiátrica responde a factores distintos en la muestra estudiada. La conducta violenta en el exterior parece no asociarse con los constructos evaluados por HCR-20 y PCL:SV. En este sentido, parece relevante considerar la existencia de subgrupos de pacientes psiquiátricos violentos. Joyal et al. (2011) identificaron tres subgrupos.

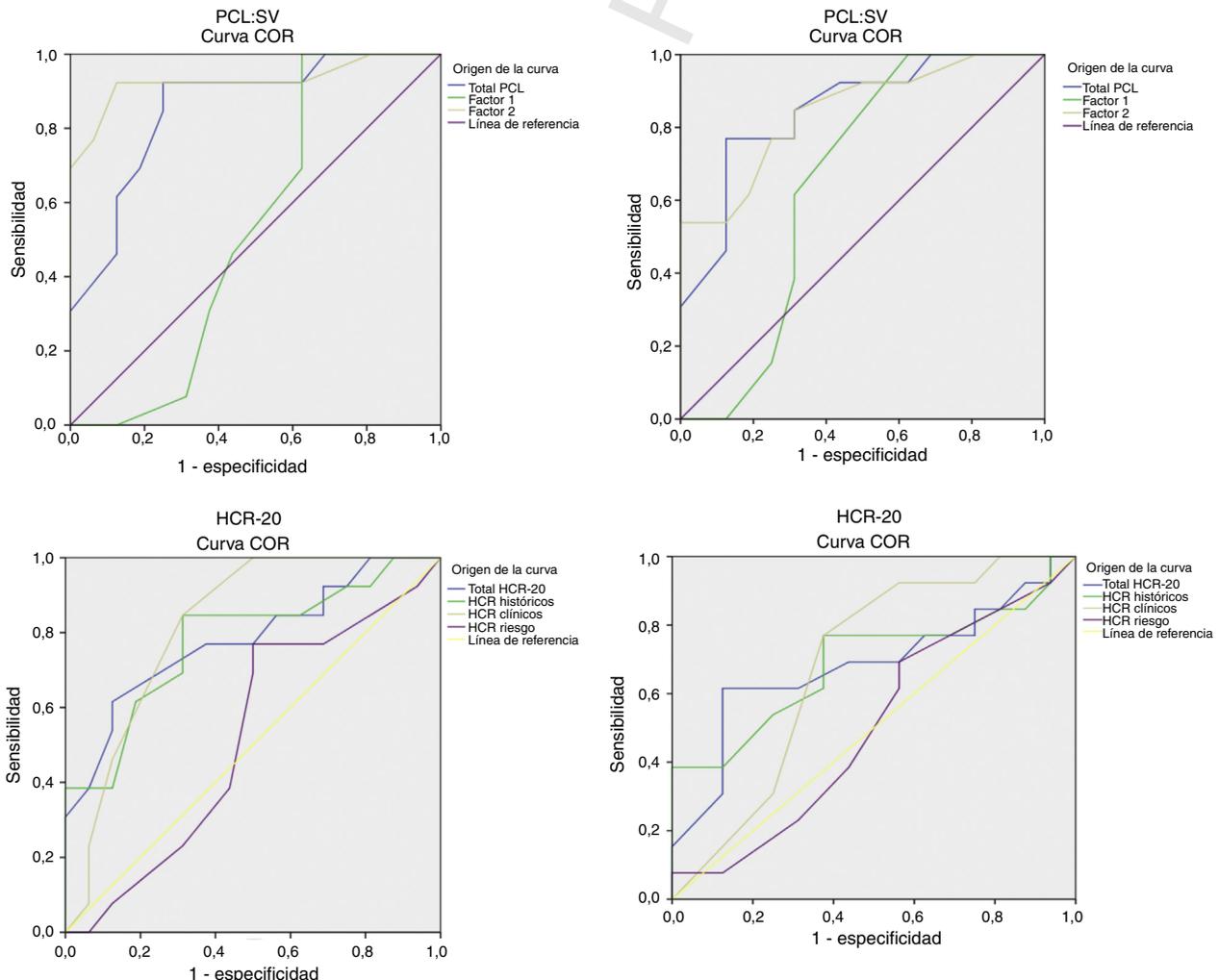


Figura 2. Curvas ROC para presencia de incidentes violentos
Curvas ROC para presencia de incidentes no violentos.

Tabla 3
AUC para PCL:SV, HCR-20 e incidentes regiminales

	Incidentes violentos			Incidentes no violentos		
	AUC	ET	IC	AUC	ET	IC
PCL:SV	.856 [*]	.071	.71 - .99	.849 [*]	.073	.7 - .99
PCL Parte 1	.526	.112	.3 - .74	.654	.107	.44 - .86
PCL Parte 2	.928 [*]	.056	.81-1.03	.844 [*]	.074	.7 - .98
HCR 20	.781	.089	.6 - .95	.683	.106	.47 - .89
Subescala H	.779 [*]	.089	.6 - .95	.69	.105	.483 - .897
Subescala C	.82 [*]	.08	.66 - .97	.685	.101	.48 - .88
Subescala R	.51	.11	.3 - .73	.502	.11	.28 - .71

Nota. AUC = área bajo la curva, ET = error típico, IC = intervalo de confianza al 95%

* AUC significativamente superiores a la aleatoriedad a $p < .05$.

El primero incluía a aquellas personas con síntomas psicóticos de tipo paranoico que cometían un delito violento bajo la influencia directa de su sintomatología. Las personas con rasgos antisociales y alta impulsividad formaban un segundo grupo. El tercer grupo recogía personas violentas dentro de una institución psiquiátrica durante sus primeros días de hospitalización. El primer grupo llevaba a cabo sus conductas violentas preferentemente contra familiares y en su domicilio, el segundo agredía a extraños en lugares públicos y el tercero desplegaba una violencia exclusivamente institucional. Futuros trabajos deberán tener en cuenta de forma más específica las características de los pacientes estudiados y la utilidad diferencial de los instrumentos de valoración del riesgo para predecir conductas violentas.

Nuestro trabajo encuentra una utilidad limitada del HCR-20 y PCL:SV en el ámbito de la predicción del riesgo con pacientes psiquiátricos forenses, lo cual puede deberse a limitaciones metodológicas del estudio. Por una parte, la metodología es exclusivamente retrospectiva, lo que limita la utilidad del estudio. Por otra parte, el tamaño de la muestra es muy reducido, dada la dificultad de acceso a esta población y su reducida capacidad para ajustarse a los requerimientos de las pruebas empleadas.

Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Referencias no citadas

García-Mansilla, Rosenfeld, & Cruise, 2011, Nicholls, Ogloff, & Douglas, 2004 and Vogel y Ruiter, 2006.

Bibliografía

- Arbach-Lucioni, K., Andrés-Pueyo, A., Pomarol-Clotet, E. y Gomar-Soñes, J. (2011). Predicting violence in psychiatric inpatients: a prospective study with the HCR-20 violence risk assessment scheme. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22, 203-222, doi: 10.1080/14789949.2010.530290.
- Belfrage, H., Fransson, G. y Strand, S. (2000). Prediction of violence using the HCR-20: a prospective study in two maximum-security correctional institutions. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 11(1), 167-175, doi: 10.1080/095851800362445.
- Borba-Telles, L. E., Folino, J. O. y Vernet-Taborda, J. G. (2012). Accuracy of the Historical, Clinical and Risk Management Scales (HCR-20) in predicting violence and other offenses in forensic psychiatric patients in Brazil. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35, 427-431, doi: 10.1016/j.ijlp.2012.09.001.
- Cerda, J. y Cifuentes, L. (2012). Uso de curvas ROC en investigación clínica: Aspectos teórico-prácticos. *Revista Chilena de Infectología*, 29, 138-141, doi: 10.4067/S0716-10182012000200003.
- Chu, C. M., Daffern, M. y Ogloff, J. (2013). Predicting aggression in acute inpatient psychiatric setting using BVC, DASA and HCR-20 Clinical Scale. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 24, 269-285, doi: 10.1080/14789949.2013.773456.
- De Vogel, V. y De Ruiter, C. (2006). Structured professional judgment of violence risk in forensic clinical practice: a prospective study into the predictive validity of the Dutch HCR-20. *Psychology, Crime & Law*, 12, 321-336, doi: 10.1080/10683160600569029.

- Douglas, K. S., Ogloff, J. R. P. y Hart, S. D. (2003). Evaluation of a model of violence risk assessment among forensic psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 54, 1372-1379, doi: 10.1176/appi.ps.54.10.1372.
- Douglas, K. S., Ogloff, J. R. P. y Nicholls, T. L. (1999). Assessing Risk for Violence Among Psychiatric Patients: The HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme and the Psychopathy Checklist: Screening Version. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 917-930, doi: 10.1037/0022-006X.67.6.917.
- Douglas, K. S., Vincent, G. M. y Edens, J. F. (2006). Risk for criminal recidivism: The role of psychopathy. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of Psychopathy*. New York, NY: The Guilford Press.
- Doyle, M. y Dolan, M. (2006). Predicting community violence from patients discharged from mental health services. *British Journal of Psychiatry*, 189, 520-526, doi: 10.1192/bjp.bp.105.021204.
- Fazel, S. y Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359, 545-550, doi: 10.1016/S0140-6736(02)07740-1.
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R. y Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 6(8), doi: 10.1371/journal.pmed.1000120.
- Fazel, S., Langström, N., Hjern, A., Grann, M. y Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia, substance abuse and violent crime. *Journal of the American Medical Association*, 301, 2016-2023, doi: 10.1001/jama.2009.675.
- García-Mansilla, A., Rosenfeld, B. y Cruise, K. R. (2011). Violence Risk Assessment and Women: Predictive Accuracy of the HCR-20 in a Civil Psychiatric Sample. *Behavioral Sciences and the Law*, 29, 623-633, doi: 10.1002/bsl.1005.
- Gómez, R. (2009). Violencia en los comportamientos humanos. Valoración de la peligrosidad en presos reincidentes. *Anuario de Psicología Jurídica*, 19, 43-60.
- Gray, N. S., Fitzgerald, S., Taylor, J., MacCulloch, M. J. y Snowden, R. J. (2007). Predicting future reconviction in offenders with intellectual disabilities: the predictive efficacy of VRAG, PCL-SV and the HCR-20. *Psychological Assessment*, 19, 474-479, doi: 10.1037/1040-3590.19.4.474.
- Gray, N. S., Hill, C., McGleich, A., Timmons, D., MacCulloch, M. J. y Snowden, R. J. (2003). Prediction of violence and self-harm in mentally disordered offenders: A prospective study of the efficacy of HCR-20, PCL-R and psychiatric symptomatology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 443-451, doi: 10.1037/0022-006X.71.3.443.
- Gray, N. S., Taylor, J. y Snowden, R. J. (2008). Predicting violent reconvictions using the HCR-20. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 384-387, doi: 10.1192/bjp.bp.107.044065.
- Grevatt, M., Thomas-Peter, B. y Hughes, G. (2004). Violence, mental disorder and risk assessment: can structured clinical assessments predict the short-term risk of inpatient violence? *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15, 278-292, doi: 10.1080/1478994032000199095.
- Guy, L. S., Douglas, K. S. y Hendry, M. C. (2010). The role of psychopathic personality disorder in violence risk assessments using the HCR-20. *Journal of Personality Disorders*, 24, 551-580, doi: 10.1521/pe.2010.24.5.551.
- Hare, R. D. (2003). *PCL-R: Hare Psychopathy Checklist-Revised: (2nd Edition)*. Toronto: Multi Health Systems.
- Hart, S. D., Cox, D. N. y Hare, R. D. (2003). *Psychopathy Checklist: Screening Version*. Toronto: MHS.
- Hart, C., de Vet, R., Moran, P., Hatch, S. L. y Dean, K. (2012). A UK population-based study of the relationship between mental disorder and victimization. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 47, 1580-1590, doi: 10.1007/s00127-011-0464-7.
- Hilberman, E. y Pueyo, A. (2005). *HCR-20: Guía para la valoración del riesgo de comportamientos violentos*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Ho, H., Thomson, L. y Darjee, R. (2009). Violence risk assessment: the use of the PCL-SV, HCR-20 and VRAG to predict violence in mentally disordered offenders discharged from a medium secure unit in Scotland. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20, 523-541, doi: 10.1080/14789940802638358.
- Joyal, C., Coté, G., Meloche, J. y Hodgins, S. (2011). Severe mental illness and aggressive behaviour: On the importance of considering subgroups. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10, 107-117, doi: 10.1080/14999013.2011.577136.
- Lindsay, W., Hogue, T., Taylor, J. L., Steptoe, L., Mooney, P., O'Brien, G. y Smith, A. (2008). Risk assessment in offenders with intellectual disability: a comparison across three levels of security. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 52, 90-111, doi: 10.1177/0306624X07308111.

- 522 Martín, A. y Carrasco, M. A. (2011). Riesgo de violencia y trastorno mental. *Anuario*
523 *de Psicología Jurídica*, 21, 69–81, doi: 10.5093/jr.2011v21a7.
- 524 McDermott, B. E., Edens, J. F., Quanbeck, C. D., Busse, D. y Scott, C. L. (2008). Examining
525 the role of static and dynamic risk factors in the prediction of inpatient violence:
526 Variable-and person-focused analyses. *Law and Human Behavior*, 32, 325–338,
527 doi: 10.1007/s10979-007-9094-8.
- 528 Mossman, D. (1994). Assessing predictions of violence: Being accurate about
529 accuracy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 783–792, doi:
530 10.1037/0022-006X.62.4.783.
- 531 Nicholls, T. L., Ogloff, J. R. P. y Douglas, K. S. (2004). Assessing risk for violence
532 among male and female civil psychiatric patients: the HCR-20, PCL: SV and VSC.
533 *Behavioral Sciences and the Law*, 22, 127–158, doi: 10.1002/bsl.579.
- 534 Penado, M., Andreu, J. M. y Peña, E. (2014). Agresividad reactiva, proactiva y mixta:
535 análisis de los factores de riesgo individual. *Anuario de Psicología Jurídica*, 24,
536 37–42, doi: 10.1016/j.apj.2014.07.012.
- 537 Perkins, N. J. y Schisterman, E. (2006). The inconsistency of optimal cutpoints obtain-
538 ed using two criteria based on the Receiver Operating Characteristics curve.
American Journal of Epidemiology, 163, 670–675, doi: 10.1093/aje/kwj063.
- Schaap, G., Lammers, S. y De Vogel, V. (2009). Risk assessment in female forensic
539 psychiatric patients: a quasi-prospective study into the validity of the HCR-20
540 and PCL-R. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20, 354–365, doi:
541 10.1080/14789940802542873.
- Skeem, J. y Monahan, J. (2011). Current Directions in Violence Risk
542 Assessment. *Current Directions in Psychological Science*, 20, 38–42, doi:
543 10.1177/0963721410397271.
- Webster, C. D., Eaves, D., Douglas, K. S. y Wintrup, A. (1995). *The HCR-20 scheme: The*
544 *assessment of dangerousness and risk*. Vancouver: Simon Fraser University and
545 British Columbia Forensic Psychiatric Services Commission.
- Vogel, V. D. y Ruiter, C. D. (2006). Structured professional judgment of violence
546 risk in forensic clinical practice: A prospective study into the predictive validi-
547 ty of the Dutch HCR-20. *Psychology, Crime & Law*, 12(3), 321–336. Doi:
548 10.1080/10683160600569029.
- Van Dorn, R., Volavka, J. y Johnson, N. (2012). Mental disorder and violence: is there a
549 relationship beyond substance use? *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*,
550 47, 487–503, doi: 10.1007/s00127-011-0356-x.
- 551
552
553
554
555

UNCORRECTED PROOF