

# Nuevos aportes a la evaluación del riesgo de violencia

Jorge Oscar Folino, MD, MPF, PhD\*  
Franklin Escobar Córdoba, MD\*\*

## Resumen

Tradicionalmente se requiere a los expertos en salud mental que brinden asesoramiento sobre la peligrosidad de los enfermos mentales que toman contacto con el sistema judicial. El modo de realizar la tarea de evaluación y su conceptualización evolucionó a través del tiempo. De manera oportuna fueron reconocidos errores comunes de la práctica, destacándose la asistematización, las evaluaciones impresionísticas y el desconocimiento de tasas basales. La conceptualización evolucionó postergando la significación jurídico-política que subyace en los códigos al utilizar la palabra peligrosidad, y optando por un modelo más clínico-epidemiológico centrado en la evaluación del riesgo. En los últimos años se dimensionó el poder predictivo de la psicopatía, se estimaron tasas basales de violencia y tasas de recidiva en prolongados períodos, se produjeron modelos actuariales y esquemas que guían al clínico en su juicio profesional, facilitando la contemplación de información reconocida en la comunidad científica. En el artículo se describe uno de esos instrumentos, la HCR-20, recientemente traducido al castellano. El instrumento evalúa dimensiones históricas (pasadas), clínicas (presentes) y medioambientales (futures). [Folino JO, Escobar F. Nuevos aportes a la evaluación del riesgo de violencia. MedUNAB 2004; 7:99-105].

**Palabras clave:** Escalas de evaluación en psiquiatría, evaluación de riesgo, trastorno mental y violencia.

## Introducción

La evaluación del riesgo es una cuestión de suma importancia para la sociedad. De manera formal o informal, jueces y familiares de enfermos intentan conocer si los acusados o los pacientes serán violentos. La preocupación por el riesgo de violencia se pone en evidencia en diversos momentos de la vida social como, por ejemplo, cuando los jueces toman decisiones o cuando las familias imponen protección para con sus hijos. El riesgo de violencia también es foco de diversos intentos de prevención planificada en el plano poblacional, como es el caso de la educación para la resolución de conflictos de manera no violenta o la prevención de la violencia asociada al abuso de sustancias.<sup>1</sup> El interés social se expresa en la proliferación de leyes para todo tipo de conducta violenta, ya ocasionen lesiones u homicidios, ya ataquen la integridad sexual o el rendimiento laboral, ya sean dolosas o culposas.

Las formas de conceptualización del tema y las reacciones comunitarias hacia los diversos grados de riesgo han variado a lo largo de la historia y, como otras cuestiones que involucran a la seguridad pública, han resultado -frecuentemente- ser más hijas de las presiones sociales que de los conocimientos científicos. De todas maneras, la comunidad científica ha realizado aportes y autocríticas desde múltiples disciplinas, tales como sociología, criminología, derecho, biología, antropología, psicología y psiquiatría.

\* Profesor Adjunto de Psiquiatría, Universidad Nacional de La Plata; Director, Maestría en Psiquiatría Forense, Universidad Nacional de La Plata; Director, Programa Piloto de Evaluación de Riesgo de Liberados, Procuración General, Suprema Corte de Justicia, Provincia de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

\*\* Profesor Asociado de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia; Psiquiatra Forense, Regional Bogotá, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Bogotá, Colombia.

**Correspondencia:** Dr. Folino, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, calle 60 y 120 (1900), La Plata, Argentina. E-mail: folino@atlas.med.unlp.edu.ar

Artículo recibido: 1° de abril de 2004; aceptado: 15 de junio de 2004.

La aplicación concreta de la evaluación de riesgos de violencia en el campo de la justicia es, comúnmente, requerida a los profesionales de las ciencias de la salud mental. Estos profesionales ofrecen su servicio en múltiples circunstancias vinculadas al sistema legal, como en lo relacionado con la internación involuntaria, la hospitalización de los inimputables por enfermedad mental, las instancias judiciales donde se plantean alternativas a las penas, la liberación condicional del que cumple pena con privación de libertad, la detección de violencia intrafamiliar, escolar o institucional. Los fundamentos científicos y el procedimiento de las evaluaciones han evolucionado intentando superar dificultades técnicas, probabilidades de error y condicionamientos éticos. En este artículo se describen avances obtenidos en la última década y media que han posibilitado la realización de evaluaciones más ajustadas a las pruebas y más transparentes en su procedimiento.

## Errores comunes

En un análisis superficial sobre la evaluación del riesgo de violencia, se podría decir que es posible aprender de los errores revisando si alguien, de quien se pronosticó que sería violento, no lo fue, o cuando alguien, de quien se pronosticó que no sería violento, lo fue. Sin embargo, el resultado de un pronóstico de estas características es tan complejo y evasivo que sólo desde una mirada muy ingenua se podría simplificar tanto y pretender la perfecta coincidencia entre pronósticos y aconteceres. Por el contrario, el aprendizaje se produjo por un paulatino y trabajoso proceso de crítica científica que permitió superar preconceptos y estereotipos, algunos de los cuales son comentados a continuación.

Uno de los errores comunes es la tendencia a suministrar opiniones sin que estén suficientemente fundamentadas con pruebas o, ante su carencia, sin que esté claramente expuesto que ello aumenta la relatividad de la argumentación. Es frecuente encontrar opiniones sustentadas de una manera idiosincrásica o basadas en las experiencias propias que no están libres de parcialidad. Las experiencias personales y las ideas emergentes de supuestos pueden ser buenas consejeras cuando no se cuenta con pruebas, pero siempre en una línea de pensamiento científico que busque ponerse a prueba y promover los correspondientes estudios generadores de las pruebas faltantes.

Otro de los errores comunes ha sido realizar evaluaciones asistemáticas. Este tipo de evaluaciones tiene la potencialidad de desencadenar varios errores: considerar la eficacia predictiva de los factores de manera inconstante -a veces sí y a veces no-; olvidar evaluar o subestimar aspectos importantes; obstaculizar la transparencia del proceso que llevó a las conclusiones y, por consiguiente, anular la posibilidad de ser revisable y -eventualmente- refutadas. En síntesis, estos errores han sido adjudicados a lo que se ha denominado modelo clínico no estructurado, informal,

subjetivo o impresionístico.<sup>2</sup> Sus principales desventajas son generar una amplia discrecionalidad del clínico, depender en gran medida de la experiencia del clínico, tener baja confiabilidad y baja validez. Actualmente, se cuenta con abundantes trabajos que consideran erróneo subestimar los aportes actuariales y que sostienen que éstos son más precisos que los juicios clínicos, informales, intuitivos o impresionísticos.<sup>3-5</sup>

## Hitos en el camino hacia el perfeccionamiento

La tradición profesional fue modelando una evaluación clínica no estructurada basada en un enfoque amplio, integrador de la historia vital del individuo, con la pretensión de hacer confluir perspectivas fenomenológicas, existenciales y criminológicas. Desde ese modelo, se aspiraba a lograr una comprensión amplia del sujeto que permitiera poder representarse la conducta futura y los riesgos implícitos en la misma. Si bien puede tener fortalezas en manos del clínico perspicaz y cuidadoso, tal como fue mencionado anteriormente, el modelo recibió cuestionamientos porque arrastra el riesgo de evaluaciones y predicciones idiosincrásicas, falta de uniformidad entre profesionales e imprecisiones importantes.<sup>6,7</sup>

La intención de perfeccionar las evaluaciones, de lograr mayor precisión en las predicciones y, más aún, de lograr algún método estandarizado, se planteó tempranamente. Como hito histórico, baste mencionar la iniciativa de un pionero argentino como Loudet y su pretensión de elaborar sus índices de peligrosidad.<sup>8</sup> Debe lamentarse que aquel modelo tuvo el obstáculo de no contar con los estudios que lo respaldaran empíricamente y quedó simplemente como propuesta para ser evaluada en el futuro.

Más cercanamente, se realizaron numerosos esfuerzos para lograr la delimitación empírica de factores predictores de violencia que, mientras evitaran el reduccionismo de la unidimensionalidad, ofrecieran la posibilidad de fácil identificación y corroboración.

Durante finales de la década de los 60 y principios de los 70, la revisión del grado de coincidencia entre las predicciones y los resultados en la realidad, con la restricción de las técnicas disponibles en aquellos momentos, mostraba altos niveles de errores falsos positivos y señalaba que había bajas tasas de reincidencia en la violencia, destacándose el hallazgo como un obstáculo para la adecuada predicción.<sup>9</sup> En 1981, los planteamientos de Monahan constituyeron un punto de inflexión en la historia de las investigaciones; su influyente trabajo señalaba el error de no contar con adecuados criterios para definir el tipo de violencia que se intenta pronosticar; el obstáculo de ignorar la tasa basal de la conducta violenta en la población a la que pertenece el sujeto sobre el que se intenta el pronóstico; el riesgo de apoyarse en ilusorias correlaciones y de no contar con información contextual.<sup>7</sup> En concurrencia, a lo largo de

los 80, hubo estudios que focalizaron en la predicción de violencia a corto plazo, homologando el proceso clínico de predicción de suicidio. Por ejemplo, Kenneth Tardiff propuso un modelo de este tipo, definiendo el “corto plazo” como el período de pocos días o una semana como máximo, que habitualmente separa la entrevista actual con la siguiente.<sup>10</sup>

La demanda social de seguridad pública y la disponibilidad de nuevas tecnologías en investigación estimularon un gran desarrollo desde fines de los 80. Se identificaron factores de riesgo con estudios empíricos serios que abarcan los dominios de la historia individual, de la personalidad del sujeto y de sus circunstancias, y se mejoraron los modos de medición, tanto de variables independientes como dependientes. Baste mencionar los estudios que mostraron que la utilización de fuentes de información múltiples aumenta las probabilidades de detectar el comportamiento violento, incrementando la mensura que, de otra manera, arrojaría tasas basales artificialmente bajas, y reduciendo, en consecuencia, la tasa de errores falsos positivos.<sup>11</sup> Se descubrió que las tasas basales no son tan bajas como anteriormente se estimaba; por ejemplo, se informó prevalencia de algún episodio violento, en su amplia acepción, entre 25 por ciento y 50 por ciento de los pacientes psiquiátricos dados de alta durante períodos de seguimiento de hasta un año;<sup>12</sup> otros autores, en el seguimiento a pacientes dados de alta y usando los registros oficiales obtuvieron un 4,5 por ciento de prevalencia de violencia en el año pero, usando tres tipos de medidas (registros oficiales, auto-informes e informes de terceros) encontraron que el valor ascendía a un 27,5 por ciento.<sup>13</sup> A propósito de la prevalencia de violencia entre los enfermos mentales, cabe destacar que si bien algunos trastornos aumentan el riesgo al compararlos con la población general, el riesgo absoluto es pequeño y sólo una pequeña proporción de la violencia en la sociedad puede ser atribuida a la enfermedad mental; Mulvey sostiene que, dado que los trastornos mentales por sí mismos son bastante raros, el riesgo atribuible de violencia no es muy alto (en el rango de 3.0 a 5.3 por ciento).<sup>14</sup>

Otro hito importante lo constituyó la aplicación de técnicas estadísticas que reducen el efecto problemático que las tasas basales bajas producen para la evaluación de la precisión predictiva-cálculo del área bajo la curva ROC.<sup>15-18</sup> En la Argentina se pudo estimar la tasa basal de recidiva delictiva para la Provincia de Buenos Aires -34 por ciento con nueva acusación a los diez años de seguimiento-.<sup>19</sup> En los Estados Unidos se obtuvo una estimación más precisa de la relación entre el abuso de sustancias, el trastorno mental y violencia a través del estudio de una muestra representativa de la comunidad de más de 10.000 personas, y se detectó que el abuso de sustancias era el predictor más fuerte de violencia en la comunidad; que ser joven, tener antecedentes de arrestos, ser varón, la condición socioeconómica baja y el diagnóstico de un trastorno mental mayor (controlando para abuso de sustancias, variables demográficas y hospitalizaciones previas y arrestos) eran también factores de riesgo de violencia.<sup>20</sup> Igualmente se

demonstró que los síntomas psicóticos se asocian con la violencia en la comunidad<sup>21</sup> y que los factores dinámicos son posibles de ser evaluados en la comunidad y que la recidiva se asocia a factores medioambientales desestabilizadores y a factores psicopatológicos susceptibles de prevención.<sup>22</sup> Otra amplia línea de investigaciones demostró el fuerte valor predictivo del diagnóstico de psicopatía; la mensura del constructo a través de la Lista de chequeo de psicopatía de Hare (HPCL-R) se constituyó en uno de los factores reconocidos con más potencialidad pronóstica.<sup>23-29</sup>

En consonancia con los avances de otras latitudes, en la Argentina se desarrolló en los últimos años un programa de investigación que ha producido diversos estudios tendientes a obtener criterios de evaluación de riesgo basados en evidencias locales y, hace poco tiempo, se editó la versión en español, adaptada y comentada de la HCR-20, que es un instrumento que capitaliza los principales aportes empíricos de evaluación de riesgo de violencia y cuyas características se comentan a continuación.<sup>1, 19, 22, 30-33</sup>

## Modelos de evaluación actuales y la HCR-20

Buena parte de los aportes de la última década provienen de un modelo denominado “actuarial”. Desde este modelo se intenta predecir violencia en términos relativos, es decir, comparando al sujeto con un grupo de referencia o normatizado. Asimismo, se intenta suministrar una probabilidad más precisa o estimación probabilística, que, por lo menos, contemple rangos de probabilidades de recidiva violenta. Si bien se lo consideró mecánico y algorítmico y se le adjudicaron dificultades en la generalización, ofrece una excelente posibilidad de obtener información sobre el nivel de riesgo (alto, medio y bajo, por ejemplo) o, dicho de otro modo, de lograr una primera clasificación en función de estudios previos empíricos sobre poblaciones similares. La revisión de los aportes de modelos como éste, implementados desde las ciencias del comportamiento, debería tener en claro que la ciencia se aproxima al conocimiento con diversas estrategias, múltiples definiciones operativas y condicionamientos. Ningún modelo ofrece todas las respuestas. A pesar de ello, es frecuente que las críticas operen sobre la caricaturización de los modelos, perdiendo la oportunidad de aprovechar lo que cada uno puede aportar.<sup>34</sup> Es recomendable adoptar una posición prudente y reconocer, junto a las limitaciones de cada modelo, las potencialidades que no se pueden desperdiciar, especialmente, si de violencia se trata. Entre las limitaciones, se destaca que informa poco sobre las estrategias de manejo específicas y es poco sensible a los cambios en los factores de riesgo dinámicos y contextuales.

A lo largo del último tiempo, se varió desde el concepto de “predicción de violencia” al de “evaluación del riesgo de violencia”, enfatizando la naturaleza variable de los riesgos, evitando una conceptualización dicotómica que estuvo difundida durante mucho tiempo e integrando

**Tabla 1.** Los ítems de la HCR-20

Históricos (pasado)	Clínicos (presente)	Factores de riesgo Medioambientales (futuro)
H1 Violencia previa	C1 Deficiencia en el juicio	R1 Deficiencia del plan de reinserción social
H2 Edad temprana en el momento de la primera conducta violenta	C2 Actitudes negativas	R2 Exposición a factores desestabilizadores
H3 Inestabilidad en las relaciones de pareja	C3 Síntomas activos de trastorno mental mayor	R3 Falta de apoyo personal
H4 Problemas laborales	C4 Impulsividad	R4 Incumplimiento del plan terapéutico
H5 Problemas relacionados con el uso de sustancias	C5 Respuesta desfavorable al tratamiento	R5 Estrés
H6 Trastorno mental mayor		
H7 Psicopatía		
H8 Inadaptación temprana		
H9 Trastorno de personalidad		
H10 Fracaso en previa alta o liberación		

factores condicionales y contextuales. Una evaluación de riesgo de este tipo se realiza con base en algún sistema o esquema como la HCR-20<sup>31, 35</sup> y se puede enmarcar en las aproximaciones actuariales. Entre sus ventajas, se destaca que partiendo de una contextualización normatizada, permite el ajuste de la evaluación de manera personalizada y orienta hacia el manejo preventivo.

Independientemente de la contextualización actuarial, el estándar actual requiere que se utilice un esquema con respaldo empírico. Estos esquemas tienen otro mérito que es su potencialidad para hacer explícito el proceso de toma de decisiones facilitando la comprensión y su crítica. Esta condición es especialmente valiosa para el asesoramiento en el sistema legal, en el que las opiniones periciales deben contar con la correspondiente fundamentación que pueda ser examinada por las partes. Por otro lado, el perito que considere este procedimiento estará cuidando su responsabilidad profesional pues la desestimación de las guías o sistemas de evaluación disponibles sin la crítica científica correspondiente, lo puede poner en una posición sumamente vulnerable por descuido del estado actual del conocimiento.

La HCR-20 originalmente fue concebida como un instrumento de evaluación de riesgo para personas declaradas inimputables por trastornos mentales.<sup>29</sup> Estas personas son aquellas que cometieron algún delito en estado psíquico-patológico tal que no pudieron comprender la criminalidad de sus actos o dirigir normalmente su conducta; una vez establecido ese estatus, los jueces re-

quieran a los peritos que se expidan sobre si el trastorno genera riesgo de violencia para sí o terceros y sobre la necesidad de tratamiento y/o medidas de seguridad. La proporción de inimputables por trastornos mentales entre los que cometen delitos es muy pequeña y puede variar dependiendo de características del sistema judicial, entre otros factores. En la Argentina, la proporción se estimó en el 0,2 por ciento y en Estados Unidos en el uno por ciento.<sup>36, 37</sup> El instrumento evolucionó y hoy se puede usar en distintos ámbitos. Se probó que se puede aplicar en poblaciones criminales y en población con trastornos mentales con riesgo de violencia y que se encuentra bajo jurisdicción de la justicia civil. También puede servir de guía al equipo de salud mental cuando toma decisiones respecto a la necesidad de internación y alta de los pacientes.

La HCR-20<sup>29, 31</sup> se vale de factores respaldados empíricamente, pertenecientes a las tres dimensiones temporales: pasado (históricos), presente (clínicos) y futuro (medioambientales); ver tabla 1. Con ellos se puede obtener un puntaje global o destacar los aspectos parciales que orientan hacia la estimación del riesgo de violencia del sujeto. Las siglas del título provienen de la denominación que en el original en inglés se le dio a los tres tipos de factores: *Historical, Clinical, Risk Management*; el número 20 se refiere a la cantidad de ítems que constituyen el instrumento. Mientras los factores históricos son los más estáticos, los factores clínicos y medioambientales son los más dinámicos. En síntesis, la HCR-20 proporciona una guía estructurada que los profesionales pueden utilizar a la

hora de tomar decisiones acerca de los planes de liberación anticipada, de alta y de supervisión extrahospitalaria (en la comunidad) con base en un listado explícito de factores de riesgo, seleccionados en función de investigaciones previas y del consenso entre expertos. La HCR-20 no se diseñó simplemente como una herramienta de investigación de la predicción de la violencia, sino para ser utilizada también en el control del riesgo de violencia.

La administración y codificación adecuadas de la HCR-20 requieren juicio y capacidad profesional, por lo que los usuarios, como mínimo, deben cumplir con los siguientes requisitos: estar capacitados y/o tener experiencia en entrevistas, en la administración e interpretación de pruebas estandarizadas y en el diagnóstico de trastornos mentales; estar familiarizados con la bibliografía que trata la naturaleza, las causas y la prevención de la violencia. Independientemente de la capacitación necesaria para la codificación, otros profesionales, como abogados y criminólogos pueden encontrar el texto útil, pues resume los aspectos nucleares que se deben considerar en una evaluación de riesgo de violencia.

Últimamente, los investigadores han intentado lograr mayor especificidad en la evaluación y predicción complementando los esquemas como la HCR-20 con la inclusión de diversas facetas del riesgo y de la violencia. Una propuesta acabada es la del modelo del “Juicio Profesional Estructurado” que, partiendo de la HCR-20, propone realizar juicios lo más específicos posibles, incluyendo aspectos tales como naturaleza, severidad, inminencia, verosimilitud y frecuencia de la violencia.<sup>38</sup> Con este enfoque, que se diferencia de la tradicional predicción clínica por superarla en su frecuente ambigüedad, se ha podido mejorar la validez predictiva de algunos instrumentos actuariales.<sup>39</sup>

Finalmente, asumiendo diversas dificultades del proceso evaluativo y considerando el fin último la prevención de la violencia, resulta razonable hacer confluir los sistemas evaluativos con sus potencialidades para señalar modos de intervención y, más aún, con las posibilidades concretas de intervención. De esta manera, se configura un modelo “compuesto”, con facetas pragmáticas, dinámicas y orientación hacia el manejo de los riesgos.

Más allá de restringirse a una aserción cuantitativa sobre lo que ocurrirá en el futuro, el modelo integra todos los elementos que pueden contribuir con la eficiencia: la aproximación actuarial, la evaluación sistemática de factores relevantes, el ajuste personalizado, la integración de las diferentes dimensiones temporales y del contexto; la incorporación de las medidas de intervención y la evaluación continua para detectar el dinamismo de los factores y de las respuestas. Una manera idónea de realizar los ajustes sería aprovechando los aportes del modelo llamado anamnético, que trata de identificar temas de violencia relevantes para el sujeto, el patrón conductual que desemboca en la violencia, los factores únicos que pueden

ser influyentes o protectores. La evaluación continua integra tanto factores clínicos como medioambientales y las circunstancias vitales influyentes.<sup>22</sup>

Sintéticamente, este modelo de evaluación y manejo del riesgo de violencia se basa en un proceso de investigación y aplicación de manera fundamentada y pasible de revisión de los factores de riesgo que afectan a una persona en su potencialidad de cometer actos agresivos y en la determinación e implementación de los factores protectores que podrían contribuir para prevenir esos actos y minimizar sus consecuencias negativas.

Dada la complejidad del fenómeno en tratamiento, no es inesperado que coexistan opiniones opuestas. Ante eso, el objetivo buscado desde el modelo no es evitar que se planteen críticas pues, por el contrario, el modelo estimula la transparencia que las facilita. El objetivo es promover que esas críticas, ya sean desde el área de la salud mental o desde el derecho, no emerjan desde la consideración parcial o desde el desconocimiento de las complejidades y vastedad que caracterizan al sistema de evaluación y manejo del riesgo de las conductas violentas. La perspectiva de este modelo compuesto, pragmático y dinámico ofrece la posibilidad de comprender el aporte que cada línea de pensamiento puede hacer y de adecuar de la aplicación a un concreto plan de manejo.

Sin duda alguna, al contrastar la propuesta del modelo con la realidad, suelen ponerse de manifiesto falencias en prácticas comunes, que se hacen más evidentes cuando la demanda de servicios está desproporcionada con las capacidades formativas y operativas de los prestatarios, y cuando no existe eficacia o integración entre las instituciones intervinientes (En Colombia: Fiscalía General de la Nación, Defensoría del Pueblo, instituciones prestadoras de servicios de salud mental, Ministerio de Protección Social, Ministerio del Interior y de Justicia, etcétera).<sup>40</sup> Una reconceptualización como la propuesta reparte responsabilidades entre instituciones, generando en un compromiso compartido, la articulación entre la evaluación inicial, la planificación del manejo, la ejecución de la intervención y la evaluación continua. Esta manera de acción es la que puede aspirar a ofrecer la opción menos restrictiva del individuo, mientras se cuida la seguridad pública.

El manejo del riesgo se basa en el intento de neutralizar los factores facilitadores de la violencia con la disponibilidad de los servicios apropiados. Estos deberían estar diseñados de acuerdo al aspecto que pretenden asistir. Algunos ejemplos se exponen a continuación.

Los sujetos con trastornos de personalidad son susceptibles de tratamiento individual de larga duración, técnicas de supervisión intensiva y comunidad terapéutica. A los individuos con síntomas psicóticos se les compensa con muchas estrategias que incluyen tratamiento psicofarmacológico y diferentes tipos de terapia bajo internación

o ambulatoriamente; lo mismo ocurre con la tendencia suicida. La dependencia o abuso de sustancias se puede intentar controlar con orientación familiar, tratamientos específicos, la abstinencia por orden judicial y el monitoreo químico en orina y/o cabello.

Las víctimas y/o testigos de violencia siendo niños o adolescentes se pueden beneficiar de terapia individual, tratamiento para trastorno por estrés posttraumático, programas para mujeres golpeadas y tratamiento de familia. Uno de los más importantes factores medioambientales, y que han tenido menos respuesta social, es el problema laboral. Si bien, suelen existir condiciones sociales deficitarias para la promoción del empleo, suelen ayudar la orientación vocacional, la orientación económica, los entrenamientos en oficios, la intervención de trabajo social o de la institución que facilite la inserción en el mercado.

Otro factor de riesgo está constituido por los problemas de relación. Este factor ha tenido poca respuesta institucional a pesar que la organización de servicios para su compensación es potencialmente sencilla; entre los servicios se destacan las técnicas de resolución de conflictos, la orientación para parejas y la intervención del tribunal de familia.

En algunos casos es necesaria intervención más restrictiva, impidiendo el acercamiento a familiares, ex parejas o determinados blancos específicos. Las personas con libertad condicional o alta a prueba pueden fallar en el cumplimiento, generando institucionalizaciones y/o nuevas acusaciones, entre otras consecuencias desfavorables. Los programas preventivos de recidiva pueden colaborar mucho, logrando disminuir las tasas de recidiva y mantener a la persona adaptada en comunidad. En ocasiones, los factores de riesgo más severos y resistentes a intervenciones, como puede ser la reiterada conducta delictiva, llevan a la implementación de las medidas más restrictivas, como el encarcelamiento sin posibilidades de anticipación de libertades.

El impacto que puede tener la implementación de un modelo como el propuesto es mensurable en diferentes áreas y conforma el objetivo de investigaciones futuras. Por ejemplo, se podría evaluar si, al estimular el servicio ambulatorio comunitario, se alcanza a reducir los costos de institucionalización. También, en tanto canaliza una manera de prevención secundaria, se puede reducir la recidiva de conducta disocial.

Mientras se producen alertas sobre la violencia desde el sanitarismo, las instituciones de derechos humanos y los grupos de víctimas, un caudal importante de conocimientos está disponible en los principios del milenio. Algoritmos actuariales, factores de riesgo bien identificados y esquemas de evaluación sistemática pueden contribuir con lo que, en última instancia, los humanos más ansían: la paz y justicia sociales.

## Summary

*New tools to evaluate the violence risk.* Traditionally, mental health professionals are requested to provide their opinion regarding how danger are the mentally ill patients who come into contact with the judicial system. Both the assessment task and conceptualization have evolved through the years. Common practice errors were detected, mainly, the lack of systematization, idiosyncratic assessments and the lack of knowledge of basal rates, among others. The concept has evolved from one with judicial and political connotations towards into more clinical and epidemiological model, focusing, basically, on the risk assessment. During the last years, the predictive power of psychopathy was dimensioned, violence basal rates and recidivism rates were estimated for long periods of time, and actuarial models and schemes guiding clinical professional judgment were designed, allowing for risk assessment based on evidence. This paper provides a description of one of this scheme, the HCR 20, which has been recently translated into Spanish. The scheme captures and examines historical (past), clinical (present) and risk management (future) considerations.

**Key words:** Mental disorder, psychiatric status rating scales, risk assessment and violence.

## Referencias

1. Folino JO, Arado MG, Ferrari LA et al. Prevención de recidiva delictual en abusadores de sustancias. La Ley 2003, en prensa.
2. Douglas KS, Kropp PR. Prevention - Based Paradigm for Violence Risk Assessment - Clinical and Research Applications. *Crim Justice Behav* 2002; 29:617-58.
3. Harris GT, Rice ME, Cormier CA. Prospective Replication of the Violence Risk Appraisal Guide in Predicting Violent Recidivism Among Forensic Patients. *Law Hum Behav* 2002; 26:337-94.
4. Grove WM, Meehl PE. Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: The clinical-statistical controversy. *Psychol Public Policy Law* 1996; 2:293-323.
5. Grove WM, Zald DH, Lebow BS, Snitz BE, Nelson C. Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychol Assess* 2000; 12:19-30.
6. Ennis BJ, Litwack TR. Psychiatry and the presumption of expertise: Flipping coins in the courtroom. *Calif Law Rev* 1974; 693-752.
7. Monahan J. Predicting violent behaviour: An assessment of the clinical techniques. Beverly Hill, CA: Sage, 1981.
8. Loudet O. Los índices médico-psicológicos y penales de la peligrosidad y la libertad condicional. *Revista Criminológica* 1931:3-9.
9. Steadman H, Cocozza J. *Careers of the criminally insane: Excessive social control of deviance*, Lexington, MA: Lexington Books. 1974.
10. Tardiff K. A model for the short-term prediction of violence potential. In: Brizer DA, Crowner ML (eds). *Current approaches to the prediction of violence*. Washington: American Psychiatric Press, Inc. 1 ed., 1989:3-12.
11. Mulvey EP, Shaw E, Lidz CW. Editorial: ¿Why use multiple sources in research on patient in the community? *Crim Behav Ment Health* 1994; 4:253-8.
12. Klassen D, O'Connor WA. Crime, inpatient admission, and violence among male mental patients. *Int J Law Psychiatry* 1988; 11:305-12.

13. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, Roth LH, Silver E. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighbourhoods. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:393-401.
14. Mulvey EP. Assessing the evidence of a link between mental illness and violence. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45: 663-8.
15. Mossman D. Assessing predictions of violence: Being accurate about accuracy. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62: 783-92.
16. Harris GT, Rice ME, Quinsey VL. Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument. *Crim Justice Behav* 1993; 20:315-35.
17. Lidz CW, Mulvey EP, Gardner W. The accuracy of predictions of violence to others. *JAMA* 1993; 269:1007-11.
18. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan, J et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighbourhoods. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55 393-401.
19. Folino JO, Marchiano S. Tasa Basal de Recidiva Delictiva. Publicación electrónica "Intercambios" de la Carrera en Especialización en Derecho Penal. <http://der.jursoc.unlp.edu.ar/intercambios/index.htm>. 2002. Consultada 27/03/2004.
20. Swanson JW. Mental disorder, substance abuse and community violence: An epidemiological approach. In: Monahan J, Steadman H (eds). *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment*. Chicago, The University of Chicago Press, 1994:101-36.
21. Link BG, Stueve A. Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls In: Monahan J, Steadman H (eds). *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment*. Chicago, The University of Chicago Press, 1994:137-59
22. Folino JO, Cáceres MS, Campos ML, et al. Evaluación de factores dinámicos de riesgo de violencia. Vertex 2004, en prensa.
23. Hare RD. *The Hare psychopathy checklist - Revised*. Toronto, Multi-Health Systems, Inc, 1990.
24. Harris GT, Rice ME, Cormier CA. Psychopathy and violent recidivism. *Law Hum Behav* 1991; 15:625-37.
25. Rice ME, Harris GT. A comparison of criminal recidivism among schizophrenic and non-schizophrenic offenders. *Int J Law Psychiatry* 1992; 15:397-408.
26. Hare RD, Hart SD. Psychopathy, mental disorder and crime. In: Hodgins S (ed). *Mental disorder and crime*. London, Siegf, 1993:104-15.
27. Harris GT, Rice ME, Cormier CA. Violent recidivism of mentally disordered offenders: the development of a statistical prediction instrument. *Crim Justice Behav* 1993a; 20:315-35.
28. Quinsey VL, Rice ME, Harris GT. Actuarial prediction of sexual recidivism. *J Interpers Violence* 1995; 10:85-105.
29. Webster CD, Eaves D, Douglas KS, et al. The HCR-20 scheme: The assessment of dangerousness and risk. Burnaby, British Columbia, Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission. 1995.
30. Folino J, Castillo J, Roesch R. Fitness to stand trial in spite of lack of trial of fitness. Founding Conference of the International Association of Forensic Mental Health Services, Vancouver, Canada, 2001.
31. Folino JO. Evaluación de riesgo de violencia -HCR - 20- Versión en español, adaptada y comentada. La Plata: Interfase Forense, 2003.
32. Folino JO, Arado M, Ferrari L, et al. Manejo del riesgo de recidiva violenta y el abuso de sustancias. Documento de Trabajo N° 7. La Plata: Programa de Evaluación de Riesgo de Liberados. Procuración General de la Suprema Corte de Justicia de la Prov. de Buenos Aires, 2002.
33. Folino JO, Castillo JL, Cáceres MS, et al. Confiabilidad de la versión argentina de la HCR 20. *Medicina Forense Argentina* 2004, en prensa.
34. Folino JO. *Interfase psiquiátrico judicial*. Buenos Aires, Argentina, Lema Editorial, S.R.L., 1994.
35. Webster CD, Douglas KS, Eaves D, et al. Predicting violence in mentally and personality disordered individuals. In: Webster CD, Jackson MA (eds). *Impulsivity: Theory, assessment and treatment*. New York, Guilford, 1997.
36. Folino JO. Trastornos mentales y criminalidad. Estudio de incidencia y características. Actas de la VI Semana de Congresos del Sistema Nervioso. Asociación Médica Argentina, 1990.
37. American Psychiatry Association. *Issues in forensic psychiatry*. Washington, DC, American Psychiatry Press, Inc, 1984.
38. Douglas KS, Ogloff JRP. Multiple facets of risk for violence: The impact of judgmental specificity on structured decisions about violence risk. *Int J Forensic Ment Health* 2003; 2:19-34.
39. Kropp PR, Hart SD. The spousal assault risk assessment (SARA) guide: Reliability and validity in adult male offenders. *Law Hum Behav* 2000; 24:101-18.
40. Escobar F. La psiquiatría forense. In: Arteaga PC, Ospina DJ (eds), *Asociación Colombiana de Psiquiatría. Recomendaciones básicas para la atención de los trastornos psiquiátricos*, Bogotá, 1999:178-85.