

## **ANEXOS**

### **PCL:SV**

En 1991, Hare revisó la escala (PCL-R) y en 1995 la simplificó (PCL-SV) dejando sólo 12 ítems de los cuales 6 son de naturaleza interpersonal y afectiva y 6 son de desviación social:

#### *Interpersonales-afectivos*

Mente simple y superficial  
Personalidad egocéntrica y presuntuosa  
Ausencia de remordimiento o culpa  
Ausencia de empatía  
Personalidad manipuladora y mentirosa  
Emociones superficiales y banales

#### *Desviación social o conductuales*

Impulsividad  
Control de conducta deficiente  
Necesidad de excitación  
Falta de responsabilidad  
Problemas de conducta en la infancia  
Conducta antisocial en la edad adulta

### **Administración y Codificación**

La PCL:SV es una escala de cribado derivada, como anteriormente mencionado, de la PCL-R que originalmente constaba de 20 ítems. Normalmente se utiliza la PCL:SV como referencia para diagnosticar psicopatía. Si la puntuación del sujeto sobrepasa la línea de corte, se aconseja aplicar los 20 ítems de la PCL-R. Esta escala se puede administrar a hombres y mujeres mayores de 16 años con fines diagnósticos (para menores de 16 se aconseja la PCL-Youth Version). El uso principal de esta escala en los ámbitos forenses está centrado en el diagnóstico de psicopatía, por lo que las puntuaciones obtenidas deben estar basadas en un extensivo análisis de cada ítem, ya que marcarán el futuro del sujeto,

Las fuentes de información para evaluar esta escala son: la entrevista<sup>1</sup> y la revisión de datos y fuentes colaterales.

La entrevista, semi-estructurada, debe cubrir las áreas siguientes:

- Problema actual
- Antecedentes educacionales y vocacionales y metas

---

- Antecedentes médicos y psiquiátricos
- Antecedentes familiares y maritales
- Problemas de conducta en la adolescencia
- Problemas de conducta antisocial en edad adulta

Los datos obtenidos en la entrevista deben ser cotejados con otras fuentes colaterales no considerándose válidos hasta entonces. No se debe completar un PCL sino existiesen registros anteriores o datos colaterales en los cuales basarnos.

Se aconseja no valorar los ítems aquí descritos considerando únicamente la definición dada, sino que uno debe antes formarse una idea del tipo de personalidad considerando la descripción completa del ítem y cotejándola con el sujeto entrevistado. El entrevistador no debería utilizar esta escala hasta no haberse familiarizado con las descripciones de cada ítem.

Cada uno de los ítems es puntuado en una escala ordinal de 3 puntos (0,1,2), dependiendo de la presencia o ausencia del ítem, siendo la puntuación máxima 24. Los ítems para los cuales no existiera suficiente información, son omitidos, sin embargo no se debe omitir más de un ítem de la parte 1 y uno de la parte 2. Si se omitieran más ítems, se utilizarán las tablas de prorrateo.

Los autores recomiendan  $\geq 18$  como puntuación de corte (cut-off), para el diagnóstico de psicopatía. Las puntuaciones por debajo de 12 se consideran no-psicopáticas y las puntuaciones entre 13 y 17 como probablemente psicopáticas. Las puntuaciones por encima de 18 justificarían el uso de la PCL-R de 20 ítems.

Sin embargo, aún con puntuaciones por debajo de 13 y dependiendo de los ítems podemos emitir un diagnóstico de psicopatía dependiendo de los ítems en que se puntúe alto.

<b>2</b>	<b>Las particularidades y la conducta del sujeto suelen ser consistentes con las características descritas en el ítem.</b>
<b>1</b>	<b>Las particularidades y conducta del sujeto se adaptan parcialmente a las características descritas en el ítem</b>
<b>0</b>	<b>Las particularidades y la conducta del sujeto no se adaptan a las características descritas en el ítem.</b>

## **Descripción de los ítems**

Los ítems están clasificados en dos bloques: el bloque afectivo y el conductual

### **Ítems afectivos**

#### **ITEM 1: SUPERFICIALIDAD**

Este ítem describe a un individuo que se relaciona con los demás de una manera superficial. Por lo general intenta causar una buena impresión narrando historias increíbles, pero convincentes, que le dejan en buen lugar y disculpando conductas inaceptables. Frecuentemente, utiliza jergas innecesarias e inapropiadas. A pesar de su superficialidad, su estilo puede resultar encantador. A menudo este sujeto intenta impresionar a los demás presentándose como duro, hostil y despegado. La clave de las características de este comportamiento es afectada y superficial. Son sujetos de conversación escurridiza que al ser confrontados con las inconsistencias de sus historias, simplemente las cambian y no se dan por aludidos.

#### **ITEM 2: GRANDIOSIDAD**

Este ítem describe a un individuo grandioso y fanfarrón. Estos sujetos suelen tener una opinión exagerada de ellos mismos, de sus habilidades y de su auto-valía. Se muestran seguros y sectarios en la entrevista. Atribuyen sus circunstancias desafortunadas a fuerzas externas (mala suerte, el sistema...) en vez de a ellos mismos. Se preocupan mucho de su situación actual y poco del futuro. Es decir no pueden ver los efectos que en el futuro puede tener sus enfrentamientos con la justicia. Llegan incluso a proyectar planes muy poco realistas, considerando su situación actual (ser policía, juez, etc..).

#### **ITEM 3: TENDENCIA AL ENGAÑO**

Este ítem describe a un individuo que utiliza la manipulación, la decepción y el engaño como modelo de interacción con los demás, para la consecución de sus propios fines. Mienten y decepcionan con una seguridad aplastante y sin ningún tipo de ansiedad. En ocasiones admiten que esto les divierte y se llaman a ellos mismos “artistas del fraude”. No les incomoda, ni les produce ansiedad el ser atrapados en mentiras y continúan mintiendo aún sabiendo que lo que cuentan puede ser verificado.

#### **ITEM 4: AUSENCIA DE REMORDIMIENTO**

Este ítem describe a un individuo que carece de capacidad de remordimiento o culpa. Justifican el daño infligido y demuestran no tener conciencia de haber hecho daño. A veces verbalizan remordimiento sin convicción alguna y de una manera poco sincera. Algunos demuestran poca afectación en cuanto al efecto de sus acciones en otros y sólo se preocupan de las consecuencias que estas acciones pueden tener en ellos mismos. Responsabilizan al sistema por sus condenas. Al codificar este ítem se debe tener en cuenta que los hechos enjuiciados sean de importancia mayor y no se codificará la ausencia de remordimiento por actos triviales.

#### **ITEM 5: AUSENCIA DE EMPATÍA**

Este ítem describe a un individuo que tiene una mínima capacidad de establecer vínculos afectivos con otros y de apreciar las consecuencias emocionales de sus acciones. Se muestran como fríos e insensibles y son incapaces de ponerse en el lugar de los demás. Son incapaces de sentir emociones fuertes y son ajenos a las emociones de los demás. Aunque a veces expresan sus emociones éstas son superficiales, vacías y versátiles. Los aspectos tanto verbales como no verbales de sus emociones son inconsistentes y superficiales.

#### **ITEM 6: NO ACEPTA RESPONSABILIDAD**

Este ítem describe a un individuo que evita tomar responsabilidad personal por sus acciones, racionalizando, minimizando y a veces negando las consecuencias que su conducta puede llegar a tener en otros. La mayoría de sus racionalizaciones implican la proyección de culpa sobre sus víctimas o sobre las circunstancias. Esta minimización supone la negación del sufrimiento de la víctima tanto emocional como físico o económico. La negación implica usualmente el rechazo de culpa y sostenimiento de inocencia, lo cual implica que la víctima mintió o que el sujeto fue enmarcado. A veces, estos sujetos, alegan tener amnesia, enfermedad mental o haber estado bajo los efectos de sustancias.

### **Ítems Conductuales o Desviación Social**

#### **ITEM 7: IMPULSIVIDAD**

Este ítem describe a un individuo que actúa espontáneamente sin considerar las consecuencias de sus acciones. Actúan por impulso y a menudo movidos por el deseo o la excitación producida por una situación de riesgo. Estos sujetos se aburren fácilmente y a menudo además tienen una capacidad de atención muy baja. Consecuentemente, llevan un estilo de

vida caracterizada por inestabilidad escolar, relacional, laboral, residencial, etc...

### **ITEM 8: BAJO CONTROL DE CONDUCTA**

Este ítem describe a un individuo que se enoja o frustra fácilmente. Estas facetas pueden exacerbarse con el uso de alcohol y drogas. Son sujetos frecuentemente abusivos verbalmente (insultan, juran y amenazan) y físicamente (rompen cosas, empujan, pegan, abofetean...). El abuso puede ser súbito y sin provocación. Estos ataques de ira suelen ser cortos.

### **ITEM 9: AUSENCIA DE METAS**

Las puntuaciones altas en este ítem describen a un individuo que carece de compromisos y metas realistas a largo plazo. Estos sujetos suelen vivir el día a día sin pensar en el futuro. A veces han confiado demasiado en sus familias, amigos y ayudas sociales para financiarse económicamente. Suelen tener antecedentes escolares y laborales deficientes. Si se les pregunta por sus metas exponen planes poco plausibles. Aducen que va a conseguir grandes beneficios pero no pueden establecer como.

### **ITEM 10: IRRESPONSABILIDAD**

Este ítem describe a un individuo que exhibe conductas que pueden causar daño o poner en peligro a los demás. Suelen ser poco fiables y muy a menudo faltan a sus compromisos. Son incapaces de comprometerse en las relaciones interpersonales, se despreocupan incluso de sus hijos. Sus conductas laborales son también inapropiadas. Llegan tarde a menudo o faltan sin motivo. Finalmente son poco de fiar e irresponsables económicamente. A menudo han tenido problemas por desfalcos, facturas no pagadas y otros...

### **ITEM 11: CONDUCTA ANTISOCIAL ADOLESCENTE**

Las puntuaciones altas en este ítem describen a un individuo que ha tenido problemas serios de conducta en la adolescencia. Estos problemas no se limitaron a un ámbito sino que se dieron en los tres, casa, escuela y comunidad y no fueron el resultado de abuso o negligencia. Habitualmente, estos sujetos, tuvieron problemas con la justicia a edad temprana y sus actividades antisociales fueron varias, diversas, frecuentes y persistentes.

### **ITEM 12: CONDUCTA ANTISOCIAL ADULTA**

Este ítem describe a un individuo que ha violado frecuentemente las normas y reglas explícitas. Tiene problemas legales derivados de acusaciones y cargos por delitos criminales. Sus actividades antisociales son varias, diversas, frecuentes y persistentes.

<b>TABLA 1 PRORRATEO PCL:SV DE LAS PUNTUACIONES TOTALES 1 O 2 ITEMS OMITIDOS</b>		
<b>PUNTUACIÓN OMITIDOS</b>	<b>1 ITEM OMITIDO</b>	<b>2 ITEMS</b>
22	24	----
21	23	-----
20	22	24
19	21	23
18	20	22
17	19	20
16	17	19
15	16	18
14	15	17
13	14	16
12	13	14
11	12	13
10	11	12
9	10	11
8	9	10
7	8	8
6	7	7
5	5	6
4	4	5
3	3	4
2	2	2
1	1	1
0	0	0

**TABLA 2**  
**PRORRATEO DE LAS PUNTUACIONES DE**  
**LA PARTE 1 O 2**  
**SOLO 1 ÍTEM OMITIDO**  
**PUNTUACION**

<b>10</b>	<b>12</b>
<b>9</b>	<b>11</b>
<b>8</b>	<b>10</b>
<b>7</b>	<b>8</b>
<b>6</b>	<b>7</b>
<b>5</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>2</b>
<b>1</b>	<b>1</b>
<b>0</b>	<b>0</b>

**PCL:SV (ESCALA DE PSICOPATÍA )**

*Hoja de Codificación: 0=no; 1= quizás; 2= Si; X= Omitir*

**Nombre:**

**Fecha:**

<b>Parte 1.-</b>	<b>1.- Superficialidad</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>2- Grandiosidad</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>3.- Trampa/engaño</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>4.- Falta de Remordimiento</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>5.- Falta de Empatía</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>6.- No acepta responsabilidad</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>TOTAL PARTE 1</b>	<input type="checkbox"/>

<b>Parte 2.-</b>	<b>7.- Impulsividad</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>8.- Controles de Conducta Pobres</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>9.- Falta de Metas</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>10.- Irresponsabilidad</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>11:- Conducta antisocial adolescente</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>12.- Conducta antisocial adulta</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>TOTAL Parte 2</b>	<input type="checkbox"/>

**SUMA TOTAL:**

<b>Items ausentes</b>	<b>Parte 1</b>	<input type="checkbox"/>	<b>parte</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total</b>					

<b>Puntuaciones ajustadas</b>	<b>Parte 1</b>	<input type="checkbox"/>	<b>parte</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total</b>					
(tablas1 &2)					



## **PCL:SV (Four Factor Model)<sup>2</sup> de VITACO**

Resestructuran la PCL-R elaborando un modelo con cuatro factores y tres ítems en cada factor como podemos ver a continuación

### *Interpersonales*

Mente simple y superficial  
Personalidad egocéntrica y presuntuosa  
Personalidad manipuladora y mentirosa

### *Afectivos*

Ausencia de remordimiento o culpa  
Ausencia de empatía  
Emociones superficiales y banales

### *Desviación social*

Impulsividad  
Necesidad de excitación  
Irresponsabilidad, ausencia de metas

### *Estilo de vida*

Control de conducta deficiente  
Problemas de conducta en la infancia  
Conducta antisocial en la edad adulta

---

<sup>2</sup> Ver artículo de López Magro, C. Y Robles, J.I. en revista de Psicopatología Legal y Forense (5) 1,2,3, (2005) p.p 150 citando Vitacco, M.J. et al (2005). Testing a Four Factor Model of Psychopathy and its Association with Ethnicity, Gender, Intelligence and Violence. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73, 466-476

## **HCR-20**

EL HCR-20 es una escala de factores de riesgo del comportamiento violento. Contiene 20 ítems organizados de la siguiente manera: 10 factores pasados (Factores Históricos), 5 actuales o presentes (Factores Clínicos) y 5 futuros (Factores de Riesgo); (véase tabla 1).

Un aspecto importante del HCR-20 consiste en que incluye variables que recogen aspectos pertinentes presentes, pasados y futuros. Los factores históricos o estáticos, son tan importantes como la combinación de factores clínicos presentes y de riesgos futuros. Esta organización surge de las revisiones de los trabajos publicados recientemente con la versión 1 del HCR-20 por Webster y cols.(1995) y otras publicaciones de los mismos autores.

### **Investigación con EL HCR-20**

Abajo se brinda un informe sobre las investigaciones realizadas en EL HCR-20 hasta mayo de 1997. Existe un número considerable de proyectos de investigación a gran escala que se están llevando a cabo en instituciones penitenciarias, forenses, y en ámbitos psiquiátricos generales. Algunos de estos son de naturaleza prospectiva, los cuales proporcionarán una estimación más amplia de la utilidad del HCR-20 en comparación con la actual.

### **Instituciones penitenciarias**

Douglas, Webster, Wintrup ( Douglas y cols., 1996 b) investigan la concordancia entre evaluadores y la validez concurrente de los ítems históricos y clínicos del HCR-20 (versión 1), en una muestra de 72 reclusos canadienses de una institución federal. Toda la información se codificó retrospectivamente a partir de los expedientes. La correlación de Pearson entre dos evaluadores para las dos sub-escalas combinadas fue +0.80. En esta investigación, las puntuaciones totales posibles tenían un límite máximo de 30 puntos, en vez de 40, debido a la exclusión de los factores R. La correlación entre la escala histórica y la cuantía de cargos delictivos fue +0.52 (se omitió H1, “violencia previa”, del análisis). La correlación entre la escala clínica y violencia previa fue +0.44. También se relacionaron el HCR-20 con las puntuaciones de los 20 ítem de la Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R) de Hare y la Risk Assessment Guide (RAG), posteriormente denominada Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) (Rice Harries, 1995). La puntuación total del HCR-20 tuvo una correlación fuerte

con la VRAG (+0.54) y la PCL-R (+0.64, omitiendo del análisis el ítem H7, “psicopatía”), al igual que la escala histórica (+0.61, la VRAG; +0.54 con la IPSL-R). La escala no se relacionó con tanta fuerza con estas medidas (+0.28, con la VRAG; +0.47 con la PCL-R ). La VRAG y la PCL-R correlacionaron + 0.61, la VRAG correlaciono con violencia previa +0.44 y la PCL-R +0.34.

Aunque estas investigaciones realizadas en ámbitos penitenciarios no proporcionan normas aplicables para el HCR-20, sí que demuestran la relación de esta escala con la violencia. Esta relación surge a partir de las correlaciones con violencia previa y no, con violencia futura. Por eso, estas investigaciones no constituyen una evaluación importante de la utilidad de la HCL-20. No obstante la HCR-20 se relacionó con violencia previa por lo menos en la misma medida que la VRAG y la PCL-R, instrumentos que fueron sometidos a métodos de investigación más exhaustivos y amplios.

### **Administración**

Se debe realizar una revisión exhaustiva y cuidadosa de todos los expedientes e historias clínicas. Se espera que los expedientes contengan informes y notas de los psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales, oficiales de policía, fiscales, enfermeras y otros profesionales. En general, esta información servirá para proporcionar un avance antes de entrevistar y examinar al paciente.

La mayoría de estas evaluaciones se harán en el ámbito penal, por lo que estos sujetos pueden mostrarse poco comunicativos. Pese a esto es imprescindible que se realicen entrevistas detalladas para recaudar información y para analizar si existen incongruencias entre lo que se sabe de la persona y lo que ésta intentara hacer creer al evaluador. Esto, en sí mismo, puede constituir diagnósticos para varios ítem del HCR-20, como “actitudes negativas” (C2) o “respuesta desfavorable al tratamiento” (C5).

La utilización de referencias del evaluado sin corroboración para puntuar los ítems, se debe restringir a los casos en que los sujetos se inculpan con sus declaraciones, pero no, cuando se exculpan con ellas. En los ámbitos forenses o penitenciarios, es muy común que los individuos minimicen tanto el daño que causaron y la responsabilidad que les incumbe, como las conductas nocivas del pasado. En general, no tiene sentido exagerar la información negativa sobre ellos mismos ya que esto sólo les perjudicará. Por lo tanto, si las personas admiten haber cometido actos de violencia de lo que no haya registros, estos se

codificaran en los ítems correspondientes del HCR-20. Sin embargo, si el sujeto los negase el evaluador no debe sin previa corroboración puntuar los ítems como si los incidentes violentos no hubieran ocurrido. Este aspecto del método de entrevista y puntuación es muy similar al que se utiliza en la administración del PCL-R.

Las entrevistas clínicas estructuradas y semiestructuradas pueden ser de gran ayuda para la puntuación de algunos de los ítems del HCR-20, referentes a los trastornos mentales, los trastornos de personalidad y abuso de sustancias. Así mismo la utilización de inventarios de personalidad, puede aportar información pertinente a ciertos ítems, “como problemas relacionados con sustancias” (H5), “trastorno mental grave” (H6), “trastorno de personalidad” (H9), “actitudes negativas” (C2), “síntomas activos de trastornos mentales graves” (C3), “impulsividad” (C4) y “respuesta desfavorable al tratamiento” (C5). La inclusión de instrumentos estandarizados en los estudios de investigación mejora la calidad de la información.

En la mayoría de los casos, la revisión de los expedientes, la entrevista y los métodos auxiliares deberían ser suficientes para completar el HCR-20, sin embargo, y especialmente para la sección del riesgo medio ambiental, puede ser necesario consultar a otros profesionales responsables de los tratamientos o de los programas de reinserción. La información de las personas que manejaron el caso y la de los trabajadores sociales o los funcionarios judiciales que supervisan a los sujetos en libertad condicional, puede ser muy útil para determinar como se comporto el sujeto en las supervisiones previas.

Se deben incluir en los informes todas las fuentes, tanto las que se consultaron como las que no (y explicar por que no lo hicieron) o las que no se pudieron consultar.

### *Requisitos para la administración del HCR-20*

La administración y codificación adecuadas del HCR-20 requieren juicio y capacidad profesional. Es imprescindible tener gran experiencia en entrevistas, administración e interpretación de tests estandarizados, y en el diagnostico de trastornos mentales.

Se recomienda el estar familiarizados con la bibliografía que trata la naturaleza, las causas y la predicción de la violencia.

El grado de capacitación que se requiere en estas áreas depende del objetivo para el que se utilicen el HCR-20, así como también las leyes aplicables a la jurisdicción correspondiente. Cuando se utiliza para fines clínicos -esto es, para tomar decisiones en lo concerniente al lugar de hospitalización, tratamiento, o supervisión del individuo- los autores recomiendan que los usuarios tengan un nivel alto de capacitación (por ejemplo, estudios universitarios u otro tipo de estudios especializados, o trabajos de campo supervisados y las acreditaciones profesionales correspondientes según las leyes locales para llevar a cabo evaluaciones. Cuando el HCR-20 se utiliza para fines de investigación, éste puede ser administrado por personas que no estén habilitadas. No obstante estas deben ser supervisadas por profesionales capacitados y estos deben asumir la responsabilidad por el tratamiento ético de los participantes de la investigación. Varios ítems del HCR-20 evalúan factores que están directamente relacionados con los trastornos mentales (a saber, H5, H6, H7, H9 y C3). Este puede ser un problema para el uso clínico del HCR-20. Los usuarios que no están acreditados para llevar a cabo evaluaciones psicodiagnósticas, tampoco lo están para codificar estos ítems a excepción de los siguientes casos:

- 1 cuando los ítems se codifican bajo la supervisión de profesionales acreditados
- 2 cuando los ítems se codifican sobre la base de resultados de evaluaciones psicodiagnósticas existentes
- 3 cuando los ítems se codifican de manera provisional dejando una constancia de que la codificación debe ser confirmada por un profesional acreditado.
- 4 cuando los ítems se omitan dejando una constancia de cómo dicha omisión puede limitar la evaluación final del riesgo.

Se puede dar que en algunos ámbitos, varios profesionales compartan la responsabilidad de las evaluaciones. Por ejemplo, un psiquiatra puede estudiar un trastorno mental, un trabajador social o una persona que supervisa la libertad condicional pueden estudiar planes para poner en libertad a los internos o dar de alta a los pacientes, etc. Es totalmente aceptable, y en algunos casos, preferible que el HCR-20 se edifique sobre la base de los informes presentados por varios profesionales independientes. Sin embargo, si el objetivo es clínico,

un evaluador capacitado tendrá que asumir la responsabilidad de la recopilación de información y codificación final.

Un tema que se repite en la sección Comentarios Finales de la guía del HCR-20, es que los investigadores y clínicos que trabajan en colaboración necesitaran, inicialmente, debatir tanto el significado de los ítems como el de la naturaleza de los procedimientos que utilizaran. Idealmente, esta comunicación se debería mantener durante todo el proceso de codificación, intentando conservar constancia de criterios.

### **Codificación del HCR-20**

Durante la codificación del HCR-20 evaluador tiene que realizar dos clases de juicios. Primero, uno con relación a cada ítem, el evaluador debe determinar la presencia o la ausencia de cada uno de los factores. Segundo, el evaluador debe integrar la información de cada ítem y llegar a una conclusión final con relación al riesgo de violencia. Se recomienda que el evaluador registre sus evaluaciones en algún marco de referencia estandarizado; para este propósito, los autores han desarrollado un formulario llamado “hoja de puntuación del HCR-20”. Para la codificación es también necesario que el evaluador considere el contexto del proceso de evaluación (en la comunidad o en una institución) y si es necesario realizar una nueva evaluación con el HCR-20 (para evaluar las variaciones del riesgo desde la última evaluación). Por lo tanto el procedimiento específico de codificación dependerá en gran medida del propósito de la evaluación (clínico, investigación, etc.) y del contexto.

### **Codificación de los ítems**

Los ítems se codifican con una escala de 3 grados, de acuerdo con la certeza de la presencia de los factores de riesgo. El “0” indica que, de acuerdo con la información obtenida en la evaluación, el factor de riesgo esta ausente o, dicho de otra manera, que no hay información que sugiera la presencia del factor de riesgo. El “1” indica la presencia probable o parcial; esto es que de acuerdo a la información obtenida en la evaluación, ésta indica que existen indicios, pero que no hay pruebas concluyentes.

El “2” indica la presencia clara del factor de riesgo.

Si no existiese información respecto de alguno de los ítem o si la información no es confiable el ítem se debe omitir. Esta opción se

debe utilizar con moderación. El esquema de puntuación se resume de la siguiente manera:

- \* **0 No** Ausencia del ítem o este no corresponde
- \* **1 Tal vez** Presencia del ítem o presencia limitada del mismo
- \* **2 Si** Presencia del ítem
- \* **Omisión / Se desconoce** No hay información válida suficiente que permita decidir la ausencia o presencia del ítem.

Esta escala de 3 grados está basada en la que utilizó Hare en 1991 para puntuar el PCL-R.

### **Conclusiones finales**

En general, una evaluación que arroja un resultado de riesgo bajo sugiere que el individuo no necesita una intervención especial o estrategias de supervisión diseñadas para prevenir el riesgo de la violencia, y que no hay necesidad de realizar un seguimiento de las variaciones del riesgo. Una evaluación que arroja un resultado de riesgo moderado sugiere que se debería hacer un plan de prevención del riesgo; este plan tiene que incluir, por lo menos, algún mecanismo para re-evaluar sistemáticamente el riesgo. Una evaluación que arroja un resultado de riesgo alto indica que se debe diseñar, de inmediato, un plan de prevención de riesgo, que incluya, como mínimo, personal de asesoramiento, aumento del nivel de supervisión, prioridad para recibir el tratamiento disponible, y que se elabore un régimen de re-evaluación regular.

Se recomienda cautela en los casos en los que se concluya que no existe probabilidad de violencia debido a incapacidad o lesiones físicas. Se conocen muchos casos de personas con incapacidades físicas graves que cometieron delitos violentos, por ejemplo, un hombre en silla de ruedas cometió una violación y un hombre casi ciego convenció a una persona de que cometiera un homicidio. Algunas lesiones, como las lesiones cerebrales traumáticas, pueden elevar el riesgo de violencia en casos particulares .

Los autores de esta escala recomiendan que los evaluadores tomen una decisión final respecto del riesgo de violencia, utilizando una escala simple de 3 grados (véase la hoja de puntuación del HCR-20) : “Bajo” indica que el evaluador cree que el individuo no se encuentra en situación de riesgo de violencia o éste es muy bajo; “Moderado” indica que el evaluador cree que el individuo está en una situación de

riesgo de violencia moderada o alta; “Alto” indica que el evaluador cree que el individuo plantea un riesgo alto o muy elevado. Aunque se reconoce que la división es muy tajante, esta codificación simple es fácil de entender y de llevar a la práctica.

No se puede especificar un método para llegar a una decisión final apropiada para todas las decisiones. Para la investigación, es posible utilizar el HCR-20 como si fuese una escala actuarial y simplemente sumar los ítem numéricos para obtener la puntuación de la escala H, que va de 0 a 20; de la C y la R, que van de 0 a 10; y de la puntuación total que va de 0 a 40. Si algún ítem se tiene que omitir, las puntuaciones deben prorratearse. Esto no es recomendable cuando se omiten demasiados ítem –por ejemplo, más de dos ítem H, más de uno C o R, o más de cinco, en total.

Para fines clínicos, no tiene mucho sentido sumar el número de factores de riesgo presentes en un caso determinado y luego utilizar puntuaciones de corte fijos y arbitrarios para clasificar al individuo, según el riesgo, en bajo, moderado o alto. Es posible que un evaluador concluya que un paciente se encuentra en situación de riesgo de violencia alto sobre la base de un solo factor de violencia –si por ejemplo, ese factor de riesgo es “síntomas activos de trastornos mentales graves” (C3) y refleja la intención deliberada del evaluado de cometer un homicidio o de llevar a cabo fantasías sexuales sádicas. Asimismo, la presencia de rasgos psicopáticos extremos (“psicopatía”.H7) puede llevar al evaluador a clasificar al evaluado como un sujeto de alto riesgo. También, pueden existir factores que lleven a la conclusión de que el evaluado tiene un riesgo de violencia bajo (por ejemplo incapacidad física grave, estado comatoso).

Cuando no existe un factor que por sí mismo determine un grado de riesgo alto, el grado de riesgo variará positiva y constantemente en función del número de factores presentes en el caso.

En otras palabras, parece razonable pensar que cuanto más alto sea el número de factores presentes en un caso, más alto será el riesgo de violencia. Sin embargo, aún en estos casos los evaluadores, deben ser cautelosos. La relación entre el número de factores de riesgo presentes y el riesgo de violencia, puede no ser lineal, es probable que el riesgo dependa de la combinación específica y no, del número de factores de riesgo presentes. En resumen, por el momento, puede no ser posible ni aconsejable puntuaciones de cortes para determinar las conclusiones finales de la evaluación del riesgo en ámbitos clínicos.



Los ítems omitidos pueden ser un problema en los ámbitos clínicos. El hecho de prorratar presupone una coherencia interna del HCR-20, esto es, que los ítems tengan más o menos la misma validez como indicadores de alguna característica (peligrosidad) o como factores predictores de algún incidente (violencia) en un caso determinado. Esta presuposición puede no ser correcta. Por lo tanto, en ámbitos clínicos, “omisión” se debe considerar igual a “0”. Ambos indican que no hay información que sugiera la presencia de un factor de riesgo. Los evaluadores deben tomar conciencia de que la omisión de algunos ítems puede afectar la validez de la evaluación final, en especial si dicha evaluación arroja que el evaluado tiene un riesgo bajo de la violencia. Cuando se omiten ítems, se debe indicar como estas omisiones podrían variar el resultado de la evaluación si la información completa estuviese disponible.

### **Codificación de los factores de riesgo medio ambientales**

Es importante aclarar el contexto y propósito de la evaluación. En la hoja de puntuación del HCR-20, esto se indica marcando la casilla “dentro”(interno o en institución cerrada) o “fuera” (externo, comunidad) en la sección del riesgo.

Durante la evaluación del riesgo de violencia en régimen abierto, se presupone que el individuo reside en la comunidad y los factores de riesgo medio ambientales se deben interpretar de acuerdo a ello. Cuando se evalúa el riesgo de violencia institucional, se presume que el individuo reside en una institución; el evaluador debe hacer las alteraciones necesarias para la interpretación de los ítems por ejemplo, la codificación del ítem “Deficiencia del Plan de Reinserción Social” (R1), en una evaluación interna, se debe centrar en el plan del evaluado para adaptarse al tratamiento y al régimen de prevención del riesgo en la institución, así mismo, la codificación del ítem “Estrés” (R5), en una evaluación interna con fines de liberación, deberá considerar no sólo el estrés que el sujeto tendrá en la institución sino el que tendrá en la comunidad en caso de ser puesto en libertad.

Las conclusiones de las evaluaciones destinadas a examinar el riesgo de violencia en instituciones pueden diferir notoriamente de las que tienen como objeto la evaluación del riesgo de la violencia en la comunidad. Por esta razón, es importante evaluar el riesgo cada vez que cambia el contexto.

También es importante re-evaluar a individuos en otras circunstancias. Es muy probable que los factores de riesgo varíen con el tiempo, en cuanto a la gravedad. Esto se ve especialmente en los factores clínicos o de riesgo medioambientales, que son, fundamentalmente, de naturaleza dinámica. Se recomienda la re-evaluación del riesgo de violencia como mínimo cada 6 (de 6 a 12) meses o siempre que exista alguna circunstancia que lo indique. El HCR-20 es una herramienta muy útil tanto para el control del progreso durante un tratamiento de supervisión, como para la predicción.

### **ÍTEMES HISTÓRICOS**

Los autores de esta guía, tienen la certeza de que la información histórica debe ser la base de la evaluación de riesgo (Webster y cols., ). En los ámbitos clínicos generales, las predicciones basadas en un número relativamente reducido de variables históricas, son en general, tan o más precisas que las basadas en información detallada (Dawes y cols., 1989); aparentemente ocurre lo mismo con las predicciones en los ámbitos forenses (Monahan, 1981).

Algunos clínicos no están de acuerdo con la importancia que el HCR-20 y otros instrumentos generales le conceden lo que aquí se denomina factores de riesgo históricos. Se debe recordar, sin embargo, que muchos ítems históricos ( como el diagnóstico de enfermedades mentales o de trastorno de personalidad), en realidad, son el resultado de la evaluación clínica general. El uso del término “histórico” refleja la estabilidad temporal de estos ítems, que tienden a ser de naturaleza estática. Esto no quiere decir que sean características invariables, y permanentes de los individuos (por ejemplo, variables demográficas) o eventos pasados.

### **Conclusiones**

La evaluación de los factores históricos es mucho más que la simple recolección de datos del evaluado. Estos, deben ser considerados en el contexto de la significación personal y social, tratando de reconstruir el patrón de conducta, modo de pensar y aspectos psicofuncionales más relevantes.

La interpretación que un clínico pueda obtener de estos datos se diferencia notablemente de la interpretación textual que puede hacer cualquier otro profesional. La naturaleza de las distintas conclusiones

será pues diferente en cada caso. Esto no quiere decir que las interpretaciones sean distintas y no compatibles sino que se pueden corroborar recíprocamente para así incrementar la solidez de los resultados.

La evaluación de los factores históricos debería incluir la información obtenida a través de la consulta con fuentes colaterales (familiares y amigos, enfermeros, clínicos, maestros, oficiales, penitenciarios, etc.), ya que no deberíamos basarnos únicamente en la opinión clínica que hacen los profesionales de la salud mental sino integrar todos los aportes de las demás disciplinas, tanto si la evaluación se hace en régimen cerrado (encarcelamiento, internamiento psiquiátrico) o en régimen abierto (comunidad).

### **Descripción de los ítems**

#### **H1 Violencia previa**

La mayoría de los evaluados tienden a minimizar los delitos previos. Por ejemplo si llevaban un arma, sostienen que no pensaban utilizarla. Un atraco con arma aunque esta no se haya utilizado nada más que para asustar, debe considerarse como acto violento grave. También es necesario conocer los hechos, circunstancias y factores que acompañan al acto violento antes de hacer una valoración cualitativa. No se valora igual la violencia desencadenada por un conflicto con alguna persona que la violencia por motivo de robo u otras razones criminales. El caso de conflicto con una determinada persona o grupo (familiar, amigo, grupo político) se debe vincular al factor de exposición a los desestabilizadores y al control del impulso. También la valoración de este ítem sería distinta si el antecedente violento ocurrió durante un episodio psicótico. En este último caso el riesgo vendrá asociado a la efectividad del tratamiento más que a la personalidad del sujeto.

Monahan en 1981 señalaba que “existe un descubrimiento en el área de la predicción que eclipsa a todos los demás: la probabilidad de que se cometan delitos aumenta en cada acto delictivo pasado”. Las pruebas de los estudios de Braxton, Sreadnan y Coccozza, (1974) y de Dixon (Thornberry y Jacoby, 1979) son muy contundentes a lo que esto respecta. Algunos estudios de evaluaciones de peligrosidad solicitadas por los juzgados (Menziez y Webster, 1995; Sepejack y cols., 1983) y otros estudios realizados internacionalmente, también apoyan esta teoría (Blomhoff y cols., 1990; Convit y cols., 1988).

Klasen y O' Connor (1988) sostienen: “ sobre la base de los descubrimientos realizados hasta la fecha, prácticamente todas las medidas de delitos pasados predicen violencia futura”. Los autores del HCR-20 son conscientes de que los actos violentos en sí mismos no revelan, necesariamente, la historia completa de lo que ocurrió, y que la “intencionalidad”, tanto de la víctima como del agresor, se debería tomar en cuenta.

### **Codificación**

**0.-** Inexistencia de antecedentes violentos

**1.-** Violencia previa posible o leve (uno o dos actos de violencia moderadamente grave)

**2.-** Violencia grave).Violencia previa clara o grave ( tres o más actos de violencia leve, o cualquier acto de violencia muy grave)

El esquema de puntuación en este ítem intenta capturar el grado de violencia previa. Por eso, el número de actos violentos pasados combina con la gravedad de la violencia pasada para determinar la puntuación. Los actos de violencia moderada o leve incluyen cachetadas, empujones y otros comportamientos que probablemente no causen lesiones graves o permanentes en las víctimas. Los actos de violencia clara o grave incluyen aquellos actos que provoquen la muerte, lesiones graves o permanentes en la víctima, aunque cabe aclarar que no se limitan a estos.

Los actos de violencia que manifiestan hasta el momento de la evaluación y durante la misma se incluyen dentro de “ violencia previa”. Aquí encontramos el último delito, violencia durante el encarcelamiento u hospitalización o hacia el evaluador durante la entrevista.

### **H2 Primer acto violento a edad temprana**

En general, cuanto más joven sea la persona en el momento de su primer acto de violencia conocido, más probabilidades tendrá de cometer actos de violencia en el futuro.

Aplicar el juicio profesional y sentido común. Puede ser que los evaluados relaten algunas peleas o altercados en los que no haya habido intervención escolar, policial o paterna. Estos suelen ser enfrentamientos breves sin lesiones.

Se debe contemplar el contexto en el que se analiza el acto. En la infancia y adolescencia, peleas entre compañeros sin lesiones ni consecuencias no se consideran actos violentos. Sin embargo si la conducta desencadenó violencia, lesiones e intervención de las autoridades, sí se considerara como acto violento. Conviene siempre registrar a qué edad se desencadenó el primer acto violento.

### **Codificación**

- 0.- Primera conducta violenta conocida a los 40 años o después.
- 1.- Primero conducta violenta conocida entre los 20 y 39 años.
- 2.- Primera conducta violenta conocida anterior a los 20 años.

Estas divisiones de edades son arbitrarias. En general, cuanto más joven sea la persona en el momento de su primer acto de violencia, mayor será la probabilidad de actos de violencia en el futuro.

La edad se establece de acuerdo a la fecha del primer acto de violencia conocido, y no, a la del último delito o a la de la evaluación. Si no existen actos de violencia conocidos se le asigna la puntuación 0.

### **H3 Inestabilidad en las relaciones de pareja**

Este ítem puede sufrir variación a lo largo de la historia del sujeto. A veces no hay patrón de relación inestable o esta inestabilidad puede ser transitoria o ser originada por los efectos de un primer acto delictivo. En este caso la puntuación dependerá de la gravedad del conflicto. Frecuentemente encontraremos un patrón de inestabilidad de relaciones interpersonales en personas con estilo de vida delictivo. En caso de haber tenido varias relaciones inestables pero una estable en los últimos diez años se dará una puntuación de 1.

Según Harris y cols. (1993), un entorno social estructurado previene los delitos violentos. Comprobaron que la variable “nunca casado” correlaciona +0,18 con actos de violencia futuros. Klassen y O’Connor (1988) también observaron la relación entre las personas solteras y violencia. Los hombres que son violentos en sus relaciones de pareja tienen muchas posibilidades de ser violentos fuera de ellas (Gondolf, 1988; Saunder, 1992). Por supuesto, se tiene que entender

que la variable “matrimonio” se asocia con otras, como la “presencia”, “aceptación”, “capacidad” para asumir responsabilidades”, entre otras.

Este ítem se aplica únicamente a las relaciones de pareja íntima y no platónica. Se excluyen las relaciones familiares y de amistad. El ítem apunta a establecer si el individuo tiene la capacidad de formar y mantener relaciones de pareja estables y duraderas, y si, dada la oportunidad, lo hace. La “inestabilidad” se manifiesta de muchas maneras: muchas relaciones cortas; ausencia total de parejas; presencia de conflictos en las relaciones duraderas.

Algunos matrimonios y parejas son precisamente llamativos por el alto grado de violencia grave y continua. Estas relaciones deben considerarse como “altamente conflictivas”. Puede ser necesaria una evaluación mas específica de esta área. De ser así, se recomienda consultar la Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA) que sigue los mismos criterios generales que el HCR-20.

### **Codificación**

- 0.-** Patrón de relaciones de pareja relativamente estable y sin conflictos.
- 1.-** Patrón de relaciones de pareja inestable o conflictivo posible/ leve
- 2.-** Patrón de relaciones de pareja inestable o conflictivo claro/ grave.

### **H4 Problemas laborales**

Es probable que las personas que obtengan puntuación altas en este ítem rehusen a buscar empleos, tengan un historial de muchos empleos en periodos cortos de tiempo, hayan sido despedidos o hayan renunciado a empleos en varias ocasiones. Lo central de este ítem es la presencia o ausencia de problemas laborales. Se pueden tener en cuenta algunas circunstancias que modifiquen la reducción de la puntuación 2 a 1 o a 0 (esto es, factores económicos, o incapacidades físicas o mentales que impidan que la persona trabaje). Sin embargo,

los evaluadores deben utilizar este criterio con moderación, ya que el ítem se centraliza en los problemas del empleo y no, en la capacidad laboral. Las experiencias a los programas laborales institucionales deben considerarse en este ítem. Aquí, se incluyen los estudios posteriores a la educación media como trabajo.

En algunos casos, este ítem no es pertinente y debe omitirse. Un ejemplo sería una persona de 17 años que, al haber terminado el colegio recientemente, tenga poca o ninguna posibilidad de establecer una historia laboral.

Ya que éste es un ítem histórico, se deben considerar con cautela los cambios recientes en la condición laboral del sujeto. Por ejemplo una persona con una historia de quince años de problemas laborales, que acaba de conseguir una pensión por discapacidad, por que se le considera “laboralmente incapacitada”, puede, de todas maneras, obtener una puntuación 2 en este ítem.

Las estadísticas generales sobre la reincidencia delictiva muestran una relación entre el nivel de ingresos y la conducta delictiva, durante la libertad condicional y el desempleo y la reincidencia delictiva en general. No hay ninguna razón para pensar que esto no se mantiene con respecto a las personas con trastornos mentales. Menzies y Webster (Menzies y Webster, 1995), en una muestra de delincuentes con trastornos mentales, descubrieron que el desempleo en el momento del arresto era una de las cuatro variables de un conjunto de factores que predecían actos de violencia. Harris y cols., (1993) observaron que aunque el desempleo no es uno de los 12 predictores más importantes, los sujetos que reincidían durante los siete años de seguimiento tenían un patrón de empleo de periodos más cortos (50%), que el grupo de no reincidentes. Andrews y Bonta (1995) sostienen que los problemas laborales se relacionan con una recidiva general.

### **Codificación**

- 0.-** Ausencia de problemas laborales
- 1.-** Problemas laborables posibles / leves.
- 2.-** Problemas laborales claros / graves.

## **H5 Problemas relacionados con el uso de sustancias**

El evaluado tiende a minimizar el uso o abuso de sustancias (alcohol incluido) en base a la deseabilidad social. Sin embargo, debemos estar alerta de que en algunos casos, el evaluado tiende a exagerar la información sobre su consumo para atribuir la responsabilidad de determinado hecho delictivo al estado de intoxicación, bien buscando eximentes o consecuencias distintas al encarcelamiento. Es preciso hacer un diagnóstico preciso basado en una minuciosa entrevista, en datos complementarios y en métodos auxiliares de diagnóstico. Contactos colaterales con centros asistenciales donde el sujeto evaluado pudo haber estado en tratamiento, son indispensables.

En general, los clínicos, no tienen problemas para reconocer la conexión entre el abuso de sustancias y la conducta violenta. Esta variable demostró ser significativa en el estudio de Harris y cols. (1993) y, sin duda, se le considera como uno de los factores más importantes en otras investigaciones. (Klassen y O' Connor (1994), en su proyecto a gran escala multi-local, Epidemiological Catchment Area (ECA), sostienen que el diagnóstico de abuso de sustancias presenta asociaciones más fuertes con la violencia que con la del diagnóstico de trastornos mentales. De hecho, de todas las variables estudiadas, es la que más se vincula con el comportamiento violento. Otras investigaciones apoyan la conexión entre el abuso de sustancias y violencia en diversos grupos muestrales (Bartels y cols., 1991, Blomhoff y cols., 1990; Hodgins, 1990; Hoffman y Beck, 1985; Taylor, 1985; Yarvis, 1990).

### **Codificación**

- 0.-** Ausencia de problemas de abuso de sustancias.
- 1.-** Problema de abuso de sustancias posibles / leves
- 2.-** Problemas de abuso de sustancias claros / graves

El uso indebido de las drogas recetadas se considera abuso. También se tiene que incluir en la evaluación la utilización de otras sustancias, como pegamentos, inhaladores, pinturas. Aunque el diagnóstico psiquiátrico de abuso o dependencia de sustancias se debe tomar con



seriedad, la mera presencia de ésta no garantiza que la puntuación sea 2, sino existe corroboración. El evaluador tiene que establecer si existe deterioro en áreas de la salud, empleo, ocio y relaciones interpersonales que se pueda atribuir al abuso de sustancias. Algunos ejemplos son (aunque no se limitan a estos): llegar tarde a trabajar, tener arranques de ira contra otras personas; tener resacas fuertes; no poder mantener o buscar un empleo debido al consumo de sustancias, trabajar en estado de ebriedad, tener infracciones por manejar bajo los efectos del alcohol las drogas; tener dificultades en las relaciones interpersonales relacionadas con el consumo; haber sido arrestado por incidentes relacionados con drogas; negar el problema, aunque sea evidente lo contrario. El uso de sustancias trae aparejado lesiones neurológicas (psicosis alcohólicas o por otras drogas, delirium tremens, deterioro grave de la memoria, etc.).

## **H6 Trastorno mental grave**

El diagnóstico posible de trastorno mental grave debe ajustarse a un sistema de nomenclatura oficial, como el del DSM – IV (American Psychiatric Association, 1994), o en el International Classification of Diseases (ICD – 10) (World Health Organization, 1992). Este ítem se calcula sobre la base de la historia pasada, sin tener en cuenta si el trastorno está en un periodo activo o de remisión.

Este ítem se aplica a los trastornos que presentan perturbaciones del pensamiento y del afecto (trastornos psicóticos, maníacos, orgánicos, retraso, etc.): Cuando la presencia de un trastorno mental grave es inequívoca, la puntuación de este ítem debe ser 2; cuando las pruebas son equívocas (por ejemplo, si el grado de gravedad no es claro), la puntuación apropiada es 1.

Los trastornos mentales leves, como los trastornos de ansiedad, trastornos somatoformos, parafilias, trastornos del sueño o del control de los impulsos, no están considerados en este ítem. Los trastornos de personalidad se codifican en el punto H9.

Monahan en 1981, aseguraba que no había correlación entre trastornos mentales y violencia. Sin embargo, recientemente, revisó los trabajos realizados sobre el tema, en la década pasada, y afirma que “los trastornos mentales pueden ser un factor de riesgo concreto y significativo de la existencia de violencia, como lo vienen afirmando

cada vez mas investigadores clínicos en los últimos años”. Otros estudios revelan que los trastornos mentales, particularmente esquizofrenia, con delirios y alucinaciones, y manía, son indicadores importantes de riesgo de violencia en la comunidad. Es importante señalar, sin embargo, que la mera correlación entre violencia y trastorno no implica que todas las personas con trastornos mentales actúen violentamente –por el contrario, la mayoría no lo hace-, y que, en comparación con la combinación “varón, joven y nivel socioeconómico bajo”, por ejemplo, las enfermedades mentales constituyen sólo un factor de riesgo moderado.

### **Codificación**

- 0.- Sin trastorno mental mayor.
- 1.- Trastorno mental mayor posible / leve
- 2.- Trastorno mental mayor claro / grave.

### **H7 Psicopatía**

Para valorar este ítem, necesitamos utilizar la escala PCL (Psychopathy Checklist) de Hare. En ámbitos Psiquiátricos civiles, tal vez se deba optar por la PCL:SV hasta tanto la PCL-R cuente con estudios normativos en muestras apropiadas.

La PCL-R es una escala para la evaluación de la psicopatía, especialmente útil para la población forense de varones. Abarca conductas y rasgos de personalidad comprendidos en una amplia concepción clínica de psicopatía. En el ámbito clínico se utiliza también como psicodiagnóstico. Dado que una puntuación obtenida puede tener importantes consecuencias en el sujeto y en su futuro, debe utilizarse con completa responsabilidad y entrenamiento en el área. Según su autor, su uso esta restringido a los profesionales de las ciencias de la conducta con entrenamiento y experiencia. Se debe limitar su uso a la población en la que ha sido validada. La información necesaria para completar la escala se obtienen de entrevistas clínicas y de revisión de datos e información complementaria

Una de las características más distintivas de la PCL-R, es el ser uno de los mejores predictores de violencia en esquizofrénicos e individuos con trastornos de personalidad. Distintos investigadores descubrieron que la psicopatía constituye a un factor de riesgo de violencia futura

muy importante en varias poblaciones distintas. Un meta-análisis de 18 estudios que habían investigado la relación entre la psicopatía y la violencia (y otras formas de comportamiento antisocial) reveló una correlación alta (0,79) entre la psicopatía y violencia..

La escala tiene dos factores principales, el factor 1 se centra en los rasgos afectivos e interpersonales, mientras que el factor 2 comprende aspectos conductuales. Las características que definen la psicopatía, como la compulsividad, versatilidad delictiva, indiferencia, falta de empatía o remordimiento, hacen que la conexión conceptual entre la psicopatía y violencia sea clara. Debe quedar claro que muchos de los ítems históricos de la PCL-R son mas o menos redundantes respecto a los otros ítems históricos del HCR-20. Lo que se debe señalar es que la PCL-R parece ser el único instrumento específico hasta ahora desarrollado en el área, que tiene propiedades psicométricas establecidas (Hart y Dempster, 1997; Hart y cols., 1994).

### **Codificación**

**0.-** Inexistencia de características psicopáticas, puntuación inferior a 20 en la PCL-R, o **inferior a 13 en el PCL:SV.**

**1.-** Psicopatía posible / leve. puntuación de 20 a 29 en la PCL-R, o **de 13-17 en la PCL-SV**

**2.-** Psicopatía clara / grave. puntuación de 30 a 40 en la PCL-R, o **de 18-24 en la PCL:SV.**

Se debe señalar que estas puntuaciones se deben obtener sobre la base de una evaluación de psicopatía realizada por alguien que este capacitado para usar la PCL-R o la PCL.SV y con la suficiente información. Los autores recomiendan el uso de este ítem basándose en la información formal con la PCL-R o con la PCL:SV.

### **H8 Inadaptación temprana**

Este ítem trata la inadaptación en el hogar, en la escuela o en la comunidad antes de los 17 años. En cuanto a la inadaptación escolar se consideran tanto la capacidad del sujeto y los logros escolares, como la conducta en clase y la adaptación al colegio en general. Harris y cols. (1993) descubrieron que esta variable correlaciona + 0,31 con las

conductas violentas posteriores a la liberación o el alta hospitalaria y, siguiendo la misma línea, también observaron que el hecho de haber sido separados de sus padres antes de los 16 años correlaciona +0,25 con violencia futura. Hodgins (1994), en un estudio en el que se realizó un seguimiento a una muestra amplia, en Estocolmo, desde nacimiento hasta los 30 años demostró que existe una conexión entre las dificultades identificadas a edad temprana en el hogar y en el colegio. Parece ser que estas variables tienen en común la posible alteración de los vínculos afectivos o de la socialización durante la niñez..

Los evaluadores deben averiguar si hubo abuso físico durante la niñez o si presenciaron maltrato físico entre los padres ya que la calidad de la vida familiar a edad temprana es un indicador de violencia futura. Existen indicios de que la gravedad del comportamiento antisocial es directamente proporcional a la gravedad del maltrato durante la niñez.

La investigación de este aspecto de la historia individual tiene grandes limitaciones cuando se realiza a través de la entrevista con el interesado es común que por actitud defensiva se admitan antecedentes de conductas disfuncionales o que las mismas se minimicen exponiéndolas como “cosas de chicos “ o refiriéndolas como similares a las conductas que todos los niños solían tener. Para tener información útil en la entrevista, es necesario ofrecer la oportunidad de que el evaluado se exprese narrativamente y, por supuesto, en un encuadre que no resulte punitivo. Resulta valioso entrevistar a los padres o familiares y obtener registros escolares o judiciales (gabinetes psicopedagógicos, institutos de menores tribunales de menores, etc.). En ocasiones, los problemas de conducta de niños y jóvenes que vivieron en zona de riesgo social pueden ser normalizadas, es decir considerados como no problemáticos o como propias de la edad. Esta normalización puede afectar la puntuación final por lo que conviene permitir que el evaluado se exprese y preguntar puntualmente por las conductas pertinentes.

## **Codificación**

- 0.-** Sin antecedentes de inadaptación
- 1.-** Inadaptación posible / leve.
- 2.-** Inadaptación clara / grave.

Este ítem incluye dos formas muy distintas de inadaptación temprana como indicador de violencia futura. Una se relaciona con la victimización del niño y la otra, con el niño como victimario o delincuente. Aunque ambos factores predicen violencia en adultos, tiene ampliaciones muy distintas en cuanto la intervención.

Para asignar una puntuación 2, se recomienda demostrar la inadaptación en, por lo menos dos de los tres dominios: hogar, escuela y comunidad y que la inadaptación de uno de estos sea demasiado grave (por ejemplo, abusos graves y prolongados durante la niñez).

## **H9 Trastornos de personalidad**

Los trastornos de personalidad, en especial los de tipo antisocial y límite se basan en criterios que dependen, en parte, de una historia de conductas antisociales. Existen pruebas que demuestran que los trastornos de personalidad son predictores de violencia (Widiger y Trull, 1994). Esta variable correlaciona +0, 26 con violencia en el estudio de Harris y cols. (1993). Yarvis (1990) determinó que los trastornos de personalidad antisociales y límites estaban sobre representados en una muestra de homicidas. Estudios epidemiológicos en el Canadá (Bland y Orn., 1986) y en los Estados Unidos (Robins y cols., 1991), respaldan la asociación entre violencia y trastorno de personalidad antisocial. Ingredientes clave, como la ira, la impulsividad, la hostilidad, entre otros, elevan el riesgo tanto de conductas violentas en general.

### **Codificación**

- 0.- Sin trastorno de personalidad.
- 1.- Trastorno de personalidad posible / leve (Rasgos)
- 2.- Trastorno de personalidad posible / grave

El diagnóstico de trastorno de personalidad debe ajustarse a un sistema nosológico oficial como el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Este ítem se calcula sobre la base de la historia pasada, sin tener en cuenta, si el trastorno está en un periodo activo o de remisión.

Los posibles trastornos de personalidad o trastornos de personalidad leve, se diagnosticarán como rasgos de trastorno de personalidad.

El diagnóstico de trastorno de personalidad es complejo. Es importante considerar nuestro criterio clínico y contratransferencia, además de los criterios arriba mencionados. Reiterar las entrevistas o contactos cuando no se dispone de informes previos o datos en la historia clínica que corroboren el trastorno. También se pueden utilizar otros instrumentos de diagnóstico como los inventarios de personalidad.

### **H10 Fracaso en supervisión previa**

Este ítem trata los fracasos de supervisión previa mientras el individuo se encontraba sujeto a un régimen de libertad condicional, libertad bajo vigilancia del departamento correccional o agencia de salud mental y sólo es pertinente en estos casos. Conviene averiguar si hubo algún intento de fuga de la institución, exitosa o no. El fracaso de libertad condicional previa se asocia con actos de violencia futuros. En una muestra de más de 3200 internos varones canadienses que habían sido liberados de penitenciarías federales en el curso de un año, Bonta, Harman y Cormier (1996) descubrieron que los internos con antecedentes de fugas tenían una tasa de recidiva general de 39%. Esta variable correlacionó también con recidiva violenta. Los pacientes psiquiátricos forenses catalogados por el personal del hospital como predispuestos a la fuga, tuvieron comportamientos más violentos en el hospital que los que no fueron considerados predispuestos a la fuga.

### **Codificación**

- 0.- No hubo fracaso en supervisión previa.
- 1.- Fracaso en supervisión previa leve
- 2.- Fracaso en supervisión previa grave

Cualquier fuga o intento de la misma durante una hospitalización o reclusión, o fracaso durante un tratamiento ambulatorio supervisado es pertinente para este ítem. El fracaso se considera grave si, como resultado ocurre el reingreso en la institución penitenciaria psiquiátrica. Algunos ejemplos típicos son fuga de institución penitenciaria o de un hospital de máxima seguridad, reincidencia bajo libertad condicional, o incumplimiento del tratamiento psiquiátrico ordenado por el tribunal. Los fracasos leves son los incumplimientos

técnicos de las condiciones de liberación, que pueden tener como resultado alguna medida disciplinaria menor (suspensión de los privilegios o sanciones leves, etc.). Algunos ejemplos son: incumplimiento de los horarios de los permisos de salidas, disturbios, incumplimiento del tratamiento prescrito y consumo de drogas y alcohol.

Este ítem se valorará 0 si el evaluado aún no ha tenido ningún periodo de supervisión, en la institución o fuera de ella.

### **Factores Clínicos**

Aunque los ítems históricos tienen más respaldo en cuanto a su precisión predictiva, no existen bastantes conceptos clínicos aceptados por la comunidad científica que puedan ser pertinentes para la evaluación de riesgo. Cabe que los conceptos clínicos puedan matizar los resultados de los factores históricos (Klassen y O'Connor, 1994); o, como dijeron Harris y Cols. (1993;), la evaluación actuarial del riesgo puede servir de base para el juicio clínico y así los clínicos pueden utilizar la información dinámica variable para ajustar el nivel de riesgo que se computó con el instrumento de predicción actuarial. Los autores han intentado incorporar estas ideas al HCR-20, garantizando que la puntuación total se obtenga en gran medida, de los factores históricos, pero que los aspectos del individuo que varíen con el tiempo, en tanto sean pertinentes al potencial de violencia, también contribuyen a la evolución del riesgo. Las variables clínicas también pueden evaluarse regularmente ( por ejemplo en los controles realizados a los pacientes con tratamiento ambulatorio) de modo que los niveles de riesgo pueden modificarse de ser necesario.

El objetivo principal de los autores, fue el aislar conceptos particularmente importantes, derivados por un lado de la información de los profesionales clínicos forenses experimentados que colaboraron en la elaboración del HCR-2, y por otro lado, de los trabajos ya publicados. En esta sección , se describen 5 variables o factores, que se evalúan continuamente a través, no sólo de la entrevista sino de toda la documentación y datos disponibles, ya que estos ítems son variables complejas que suponen juicio clínico, reflexión y análisis de todos los datos en su conjunto. Asimismo, se consultarán fuentes colaterales pertinentes.

## **C1 Ausencia de insight**

Esta variable se puede interpretar como la ausencia de la comprensión y evaluación razonable de los procesos mentales, reacciones y autoconocimiento de uno mismo. Una de las ventajas de este concepto teórico para este objetivo, es que es “multidimensional”, es decir, que se puede utilizar para determinar en que medida el paciente cree tener un trastorno mental, si es consciente de los efectos que tiene la medicación sobre ese trastorno y si comprende las consecuencias sociales del trastorno mental y el riesgo de violencia en que se encuentra. También se utiliza para determinar en qué medida el paciente se considera peligroso, enojado o fuera de control, debería realizarse de manera flexible y amplia. Los evaluadores deben investigar si el sujeto es capaz de hacer una valoración objetiva de ellos mismos y del comportamiento de los demás o si por el contrario su opinión está basada en atribuciones sesgadas. Por ejemplo se puede desencadenar un acto violento si el sujeto le atribuye a un tercero una conducta hostil, cuando ésta en realidad, no existe. Por último sería un error creer que un individuo carece completamente de autocrítica simplemente por padecer un trastorno mental grave.

### **Codificación**

- 0.- insight normal
- 1.- deficiencia de insight posible /leve
- 2.- deficiencia de insight claro o grave

Este ítem evalúa en que medida el paciente reconoce y comprende el trastorno mental que padece y los efectos que produce su enfermedad en otras personas. La deficiencia de insight puede manifestarse de distintas maneras. Algunas personas con trastornos mentales graves evidentes, no pueden o no quieren asumir su propensión a reaccionar violentamente si no toman regularmente los medicamentos prescritos, otras tienen dificultades para comprender la importancia que puede tener un grupo de apoyo bien estructurado para prevenir las conductas violentas. Algunos sujetos no son conscientes del nivel generalmente alto de peligrosidad e ira que pueden llegar a alcanzar.

La evaluación de este ítem no está limitada a los sujetos con trastornos mentales, sino que se extiende a todos los evaluados. En la población



forense, es frecuente encontrar sesgos de pensamiento que pueden alterar el juicio sin por eso carecer de insight. A veces estas personas que no padecen trastornos mentales, no consideran riesgosas conductas consideradas como tal por el ciudadano medio (uso de sustancias, armas etc.).

## **C2 Actitudes Negativas**

El clínico debe prestar atención a las manifestaciones exageradas de actitudes que pueden relacionarse con la violencia. Es importante determinar en que medidas las actitudes generales del individuo son antisociales o pro sociales. Se deben explorar actitudes hacia otras personas, hacia organismos, instituciones sociales, la ley y otras autoridades. Sería útil averiguar cuan optimista o pesimista es el paciente respecto de su futuro. Aunque los tipos y la frecuencia de los actos de violencia pasados se evalúan en la sección histórica, se debe estudiar con atención la actitud del paciente respecto de esos actos, si muestra tristeza y remordimiento genuino o si en realidad, es insensible despiadado e indiferente. Las actitudes sádicas homicidas o paranoicas que no se deben a un trastorno mental, se deben incluir en este ítem. Andrews y Bonta (1995 ) informan que los sentimientos y las actitudes predelictivas se relacionan con el comportamiento criminal y violento. Específicamente, algunos investigadores descubrieron que la existencia de actitudes que avalan la utilización de la violencia, que son misóginas y patriarcales, tienden a diferenciar a los hombres que son violentos con sus parejas de quienes no lo son (Saunders, 1992.,Straus y Cols.,1980).

## **Codificación**

- 0.-** Inexistencia de actitudes negativas.
- 1.-** Actitudes negativas posibles / leves
- 2.-** Actitudes negativas graves / claras.

Aquí nos referimos a los tipos de actitudes pro criminales y antisociales que pueden llegar a producir resultados violentos. Los autores son conscientes de que todas las personas, en un sentido amplio, pueden tener actitudes negativas. Sin embargo, este ítem no se refiere a las actitudes pesimistas ocasionales sino las actitudes y creencias negativas y antisociales arraigadas.

Vale la pena señalar que algunos individuos hacen públicas, en mayor o menor medida, sus tendencias antisociales por el hecho de pertenecer a determinadas organizaciones.

Las actitudes negativas y antisociales se detectan en las entrevistas pero es muy probable que el evaluado oculte tales tendencias o se muestre defensivo a la hora de responder sobre ellas. Podemos sin embargo establecer incongruencias entre lo que expresan y la manera en como se comportan o se han comportado que nos den una pauta acerca de las actitudes negativas. La obtención de información complementaria es básica para este ítem.

### **C3 Síntomas activos de enfermedad mental grave**

Los clínicos, durante las evaluaciones, deben prestar atención a los síntomas psicóticos positivos y negativos (es decir, alteraciones del pensamiento en contenido y forma, afecto inapropiado, alteraciones de percepción, alucinaciones y delirios entre otros). Monahan (1992) sugiere que los síntomas psicóticos más floridos son los que están, probablemente, más relacionados con la conducta violenta que el mero diagnóstico de trastorno psicótico. En su revisión cuantitativa, Douglas y Hart (1996) descubrieron que los síntomas psicóticos específicos tenían un efecto mayor en comparación con categorías diagnósticas. Link y Stueve (1994) y Swanson y cols., (1996) descubrieron que los síntomas psicóticos que generan vivencias amenazantes y de control externo están más relacionados con la violencia que los síntomas psicóticos que no poseen estas características. Los pacientes con ideas delirantes desarrolladas son más propensos a cometer delitos violentos contra terceros que aquellos con psicosis indiferenciadas crónicas.. Numerosos estudios observan una relación entre síntomas psiquiátricos, medidos con la Brief Psychiatric Rating Scale (Overall y Gorham, 1962), y violencia (Douglas y Hart, 1996). También se deben tener en cuenta otros estados clínicos como, las fantasías sádicas, las tendencias suicidas, fantasías o ideación homicida, paranoia, megalomanía y celotipia patológica.

#### **Codificación**

- 0.-** no presenta síntomas activos de trastorno mental grave
- 1.-** Síntomas activos de trastorno mental grave posibles / leves
- 2.-** Síntomas activos de trastorno mental grave claros / graves.

Para las evaluaciones de los síntomas psicóticos, los evaluadores deben seguir un sistema de clasificación como el del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) o el de la CIE 10 (World Health Organization, 1992).

Utilizar el juicio profesional cuando la naturaleza de los síntomas no sea claramente psicótica. La impulsividad, baja tolerancia a la frustración, alto nivel de provocación y determinados estados sintomáticos pueden ser factores de riesgo a considerar.

#### **C4 impulsividad**

Cuando hablamos de impulsividad nos referimos a la inestabilidad afectiva y conductual. Es más fácil predecir las acciones de las personas estables, desde el punto de vista emocional y conductual, que el de las personas inestables. La inestabilidad emocional es el sello característico del diagnóstico de personalidad límite del DSM-IV. Algunas de las observaciones generales del DSM-IV sobre este trastorno son muy útiles para evaluar el riesgo en pacientes que no sufren este trastorno. El evaluador debe averiguar cómo reaccionará el evaluado ante desprecios, ofensas y desilusiones, tanto reales como imaginarios (Monahan, 1981). Barratt (1994) dirigió un programa de investigación sobre impulsividad muy fructífero que demuestra la conexión de este fenómeno con actos violentos. Se ha comprobado que la impulsividad como estilo de vida, es un indicador que distingue a los criminales recidivantes de los no recidivantes.

#### Codificación

- 0.- ausencia de impulsividad
- 1.- impulsividad posible/leve
- 2.- impulsividad clara/grave

El término “impulsividad” se refiere a los cambios drásticos del ánimo o de la conducta hora a hora, día a día o semana a semana. Está relacionado con la capacidad de mantener la serenidad y mantener la

conducta incluso en los casos en que el individuo está bajo presión para actuar.

La impulsividad puede afectar los campos afectivos y los de la conducta. Es decir, las personas tienen tendencia a reaccionar ante un estímulo desencadenante, tanto afectiva como conductualmente. Las personas impulsivas reaccionan de manera exagerada, ante desprecios, ofensas y desilusiones imaginarias o reales. Las reacciones, tanto positivas como negativas, pueden parecer exageradas o sobre actuadas. Las acciones del sujeto impulsivo, inclusive las que aparentan ser responsables, pueden ser incoherentes y, a menudo pueden ser difíciles de predecir. Las reacciones no son las que habitualmente se esperan en esas circunstancias. La Impulsivity Checklist( ICL-20 ) que propusieron recientemente Webster y Jackson (1997b) y que se basó en un trabajo de Howard Wishnie (1997) pueden ser de gran ayuda en la evaluación de impulsividad.

### **C5 Respuesta desfavorable al tratamiento.**

Es muy importante para el evaluador analizar la respuesta del sujeto a los intentos de remediación. Es fundamental saber si el sujeto solicitó ayuda, la aceptó, si la rechazó de inmediato, o si la aceptó, solamente para “ quedar bien” ante el tribunal o alguna otra autoridad.

Aunque es necesario saber cuando el sujeto se está esforzando para continuar con el tratamiento, el factor crucial radica en si existe o no una demostración concreta de compromiso, y si la persona posee la capacidad y habilidades para enfrentar las necesidades sociales, vocacionales, interpersonales y de vida básicas presentes o futuras. Los clínicos deben averiguar si el individuo fue hospitalizado recientemente y cuales fueron los motivos y si tuvo episodios recientes de ira. Los estudios han demostrado que el incumplimiento con la medicación prescrita, predice reingreso hospitalario

### **Codificación**

- 0.-** Respuesta favorable del tratamiento
- 1.-** Respuesta desfavorable al tratamiento posible o leve
- 2.-** Respuesta desfavorable al tratamiento clara o grave

Este ítem incluye cualquier tratamiento que se haya implementado para mejorar los problemas delictivos, psiquiátricos, psicológicos, sociales o vocacionales, No hace referencia a los tratamientos que son altamente irrelevantes para la criminalidad o tendencias psiquiátricas (tratamientos médicos). Los individuos que puntúan alto en este ítem, no tienen motivación ni se esfuerzan, o no cumplen con la medicación. Estos individuos tienen una tendencia a no alcanzar los objetivos que se proponen. Puede que las personas que obtengan una puntuación alta en este ítem se nieguen a iniciar un tratamiento, que interrumpan el tratamiento si lo comienzan, que simulen durante el tratamiento o que lo terminen sin obtener beneficios del mismo.

Como lo describen Rogers y Webster (1989), “ La condición de ser tratado” se refiere a la conclusión clínica acerca de qué pacientes, bajo que modalidades de tratamiento y en que condiciones medioambientales responderán más favorablemente al tratamiento. Los clínicos deben determinar para cada tipo de delincuente que se esté considerando, los objetivos del tratamiento, el método clínico, el cumplimiento del tratamiento y las respuestas al mismo. Los predictores de las respuestas al tratamiento implican una estimación de situaciones de conducta adaptativas (por ejemplo, seguir el tratamiento), inadaptativas (por ejemplo recidiva), influencias externas desconocidas que se presten a confusión y la disponibilidad de recursos para tratamientos futuros.

## **FACTORES DE SITUACIONES DE RIESGO MEDIOAMBIENTALES**

Esta sección se encarga de pronosticar como se adaptará el individuo a circunstancias futuras. Si bien el proceso pronóstico tiene exponentes especulativos, sirve para estimular el desarrollo de planes preventivos apropiados o, dicho de otro modo, para disminuir los riesgos. También es coherente con la evaluación de riesgo condicional o contingente analizada por algunos autores.

La evaluación del riesgo futuro dependerá, en gran medida del contexto en el que vivirá el sujeto o en el que se espera que viva. Este esquema contempla la posibilidad de que el individuo sea puesto en libertad en un futuro cercano (“fuera” o externo). Este es el aspecto que más se ha subrayado a la hora de priorizar los riesgos medioambientales. Sin embargo, también es posible realizar la evaluación partiendo de la base de que el sujeto esté hospitalizado (“dentro” o interno). La evaluación interna considera las metas y planes del individuo durante el periodo en el que esté internado o encarcelado. Puede ser que se plantee un cambio de un sujeto de un pabellón a otro, de mayor o menor nivel de seguridad. Es posible que los evaluadores deseen realizar una evaluación que tenga en cuenta ambas posibilidades, internas y externas, para poder tomar las decisiones respecto a la situación particular del individuo. De ser así, se recomienda completar dos formularios de puntuación distintos, uno para “dentro” y otro para “fuera”. Esta opción es adecuada para las evaluaciones que tienen como objetivo el alta o libertad condicional, especialmente, en los casos en que existen dudas.

### **R1 Planes no realistas**

La habilidad, por parte del individuo, de aceptar y aprovechar las posibilidades de un tratamiento o programa terapéutico tiende a disminuir el riesgo de violencia. Obviamente gran parte depende de la capacidad del personal profesional de la institución para trabajar con el paciente o el recluso en el diseño de un plan de alta o libertad adecuada, seguro y realista. Esto implica reuniones con representantes de diversos organismos e instituciones, con la familias, y otras entidades. Estos planes, generalmente incluyen un reparto de responsabilidades y rutinas específicas para enfrentarse a las distintas

eventualidades. Es conveniente que los planes se hagan por escrito, se diagramen y se archiven. Cabe resaltar la importancia que tiene el que el tratamiento propuesto sea adecuado para el individuo. Un meta-análisis efectivo descubrió varias características de tratamientos apropiados y efectivos para la reducción del recidivismo: (1) que se concentre mayor asistencia en los casos de mayor riesgo; (2) que se especifique las vulnerabilidades que predisponen al delito (factores de riesgo clínico), y (3) que se establezca una correspondencia entre las modalidades de tratamiento y las necesidades del delincuente y capacidad de aprendizaje del mismo (Andrews y Cols, 1990). Véase también Andrews y Cols. (1986) para información adicional.

La deficiencia del plan puede deberse a que los organismos comunitarios no estén dispuestos (debido al comportamiento del sujeto) o no puedan (por falta de recursos) proveer asistencia. Puede ocurrir también, que el sujeto no haya participado en la elaboración del plan o no tenga el apoyo de amigos, compañeros, o familiares. Por último, también puede ocurrir que los familiares o amigos, etc. no estén dispuestos a colaborar o no puedan hacerlo.

## **Codificación**

- 0.- Probabilidad baja de fracaso del plan.
- 1.- Probabilidad moderada de fracaso del plan
- 2.- Probabilidad alta del fracaso del plan

Respecto a la disponibilidad de programas de reinserción social es necesario plantear algunas consideraciones distintas ya que desgraciadamente no contamos en este momento con programas eficaces que cumplan los objetivos de una reinserción social eficiente y eficaz.

## **R2 Exposición a desestabilizadores**

La exposición a factores desestabilizadores se refiere a las situaciones en que las personas están expuestas a condiciones peligrosas a las que son vulnerables y las cuales pueden desencadenar episodios violentos. Aunque las “condiciones peligrosas” son particulares para cada individuo, pueden incluir la tenencia de armas, uso de sustancias, o

pertenencia a un grupo victimizado (por ejemplo niños). Este ítem está relacionado con la falta de apoyo profesional: en muchos casos la ausencia de personal cualificado y la falta de supervisión y control adecuados pueden potenciar que el sujeto se exponga a factores desestabilizadores. En un estudio realizado por Estroff y Zimmer (1994) los pacientes asistidos por un menor número de profesionales, exhibieron más probabilidades de actuar violentamente. Las dificultades en el desempeño de las tareas básicas, sociales y cotidianas, como las tareas del hogar, la economía doméstica, la alimentación y el ocio, también predicen violencia (Bartels y Cols., 1991). El riesgo seguramente se incrementa cuando los individuos son puestos en libertad o dados de alta tanto si se encuentran en situaciones similares a las del último delito, como cuando se relacionan con individuos antisociales o están expuestos a alcohol y drogas. Un tratamiento efectivo puede implicar modificaciones en el entorno familiar y en el entorno cercano del paciente o del delincuente. Aunque resulta difícil limitar el uso de alcohol y drogas, sí se puede llegar a un acuerdo firme sobre el uso de sustancias y su control sistematizado, siempre y cuando los organismos especializados y el sujeto cooperen.

## **Codificación**

**0.-** Probabilidad baja de exposición a factores desestabilizadores

**1.-** Probabilidad moderada de exposición a factores desestabilizadores

**2.-** Probabilidad alta de exposición a factores desestabilizadores

En muchos casos, los individuos están expuestos a factores desestabilizadores debido a la inadecuada supervisión profesional. Los evaluadores deben determinar si los individuos asistirán a los tratamientos especializados o programas de apoyo, como Alcohólicos Anónimos., cuando el alcohol o drogas se consideren factores desestabilizadores.

En este ítem también debe contemplarse como factor desestabilizador la existencia del conflicto familiar, vecinos, y desestabilizadores externos que no existen en un régimen cerrado.



### **R3 Ausencia de apoyo personal**

El apoyo de familiares, compañeros, amigos o parejas tolerantes y pacientes, que animan al sujeto, es primordial para mantener el plan terapéutico de reinserción. Las malas relaciones familiares pueden precipitar comportamientos violentos. Mucho depende de la posibilidad de disponer de un espacio limpio, seguro y cómodo.

Estroff y Zimmer en 1994 sostienen que la relación del individuo con los otros es el fruto de la combinación de sus experiencias subjetivas, la condición clínica y las historias personales. De ahí que las personas que amenazan con acciones violentas se sienten, a su vez, amenazadas.

#### **Codificación**

- 0.- Probabilidad baja de ausencia de apoyo personal.
- 1.- Probabilidad media de ausencia de apoyo personal
- 2.- Probabilidad alta de ausencia de apoyo personal

Este ítem puede ser codificado como presente si no se dispone de apoyo (físico, emocional o financiero) de familiares o amigos o si este apoyo está disponible pero el individuo lo rechaza. Es muy importante determinar que servicios y ayudas están disponibles y asegurarse que el apoyo no es ficticio y que estas personas no estén en realidad, siendo simplemente utilizadas como referente para obtener el alta, la libertad u otros privilegios.

Conviene considerar también el aspecto negativo de ciertos apoyos sociales y familiares (pareja, amigos, vecinos).

### **R4 Incumplimiento del plan terapéutico**

Esta sección de la evaluación se relaciona con la motivación para lograr objetivos y con la voluntad de cumplir con los regímenes terapéuticos. Aparentemente, el potencial de violencia será menor si el

individuo acepta y cumple con las reglas convenidas. El DSM-IV (American psychiatric Association, 1994) señala que esto se vincula con el ítem clínico (C1), insight, que se trató en la sección anterior. La alteración del juicio es frecuente en las personas con trastornos psíquicos y puede ser uno de los principales indicadores de resultados desfavorables, tal vez por que predispone al individuo a no cumplir con el tratamiento. El incumplimiento de los regímenes de medicación predice en general el reingreso y, en particular, la violencia .

## **Codificación**

- 0.- Probabilidad baja en el incumplimiento del plan terapéutico.
- 1.- Probabilidad media en el incumplimiento del plan terapéutico
- 2.- Probabilidad alta de incumplimiento del plan terapéutico.

Probablemente, los individuos que obtengan un puntuación alta en este ítem no tengan motivación para lograr resultados eficaces, ni voluntad para cumplir con la medicación y terapia o simplemente rehusen respetar las reglas. Este ítem se debe interpretar de manera amplia, es decir, debe incluir, el plan terapéutico en ambos campos, tanto el terapéutico propiamente dicho como el de supervisión.

Cuando se esté codificando un caso “interno” probablemente, este ítem coincidirá con el ítem C5 (“respuesta desfavorable al tratamiento”). Es menester tener en cuenta que el ítem C está relacionado con el presente, y el ítem R, con el futuro. Mientras que un individuo puede no haber respondido favorablemente a una intervención específica, tal vez, haya obtenido un 2 en el ítem C5, el HCR-20 requiere que se realice una nueva evaluación del ítem R4, de acuerdo a la probabilidad de cumplimiento de los planes futuros.

## **R5 Estrés**

Esta parte de la evaluación conlleva el intento de predecir cuales serían las fuentes de estrés a las que el individuo tendría que hacer frente y como las manejaría o reaccionaría ante ellas. Esto es muy difícil, ya que algunos problemas como la muerte de un pariente cercano, los problemas financieros, las catástrofes ambientales, entre

otros, son muy difíciles o imposibles de predecir. Se deben aislar y analizar vulnerabilidades específicas del individuo y de alguna manera sería beneficioso medir el nivel de estrés de los problemas cotidianos. Monahan (1981) examinó el concepto teórico del estrés y sugirió especial atención a las siguientes áreas: la familia, los compañeros, amigos, pareja y empleo. También es muy útil la información del eje IV del DSM-IV. Felson (1992) demostró que existe una relación entre el estrés y violencia tanto en personas que cumplieron una condena como en pacientes psiquiátricos dados de alta. En esta relación, también media el hecho de haber sido víctima de violencia, esto es las personas que se encontraban en situaciones de estrés tenían más probabilidades de ser violentas que aquellas personas que no, sólo si además, habían sido víctimas de violencia.

### **Codificación**

- 0.-** Probabilidad baja de estrés
- 1.-** Probabilidad moderada de estrés
- 2.-** Probabilidad alta de estrés

Este ítem se debe codificar teniendo en cuenta la probabilidad de existencia real del factor estresante grave o bien la capacidad de afrontamiento de un factor estresante, aunque no sea tan grave.

Lo que se intenta captar es la probabilidad de desequilibrio entre la capacidad de afrontamiento específica del sujeto y los factores estresantes.

## Hoja de codificación del HCR-20

**0:** Ausente/no presente    **1:** Parcial/posiblemente presente    **2:** Si/definitivamente presente

<b>Items Históricos</b>		<b>(0, 1, 2)</b>
<b>H1</b>	<i>Violencia previa</i>	
<b>H2</b>	<i>Primer acto violento a edad temprana</i>	
<b>H3</b>	<i>Inestabilidad en las relaciones interpersonales</i>	
<b>H4</b>	<i>Problemas laborales</i>	
<b>H5</b>	<i>Uso de sustancias</i>	
<b>H6</b>	<i>Enfermedad mental grave - por evaluaciones pasadas o actuales</i> - provisional	
<b>H7</b>	<i>Psicopatía - por evaluaciones pasadas o actuales</i> - provisional	
<b>H8</b>	<i>Desadaptación/desajuste temprano</i>	
<b>H9</b>	<i>Trastorno de la personalidad - por evaluaciones pasadas o actuales</i> - provisional	
<b>H10</b>	<i>Fracaso en supervisión previa</i>	
	<b>Total</b>	<b>/20</b>
<b>Items Clínicos</b>		<b>(0, 1, 2)</b>
<b>C1</b>	<i>Ausencia de Insight</i>	
<b>C2</b>	<i>Actitudes negativas</i>	
<b>C3</b>	<i>Síntomas activos de enf. mental grave</i>	
<b>C4</b>	<i>Impulsividad</i>	
<b>C5</b>	<i>Respuesta desfavorable a tratamiento previo</i>	
	<b>Total</b>	<b>/10</b>
<b>Items de Riesgo</b>		<b>(0, 1, 2)</b>
<b>R1</b>	<i>Plane/metas poco realistas</i>	
<b>R2</b>	<i>Exposición a desestabilizadores</i>	
<b>R3</b>	<i>Ausencia de apoyo personal</i>	
<b>R4</b>	<i>Incumplimiento con intentos terapeuticos previos</i>	
<b>R5</b>	<i>Estrés</i>	
	<b>Total</b>	<b>/10</b>

	<b>HCR Total</b>	<b>/40</b>
	<b>Otras consideraciones</b>	
<b>1</b>		
<b>2</b>		
	<b>Riesgo Total: Bajo [ ] Moderado [ ] Alto[ ]</b>	

### HCR-20 / ENCUESTA<sup>3</sup>

**Nombre:**

**Fecha:**

<b>Item</b>	<b>(Si/No/?)</b>
<b>H1: Violencia Previa</b>	
<b>H2: Primer acto violento a edad temprana</b>	
<b>H3: Inestabilidad de las relaciones interpersonales</b>	
<b>H4: Problemas laborales</b>	

<sup>3</sup> Se aconseja utilizar esta encuesta orientativamente para no obviar información importante y pertinente a los ítems

<b>H5: Uso de sustancias</b>	
<b>H6: Enfermedad mental grave</b>	
<b>H7: Psicopatía</b>	<b>(Si/No/?)</b>
<b>H8: Desajuste temprano</b>	
<b>H9: Trastorno de la personalidad</b>	
<b>H10: Fracaso en supervisión previa</b>	

<b>Otros factores históricos</b>	
<b>C1: Ausencia de insight</b>	
<b>C2: Actitudes negativas</b>	<b>Si/No/?</b>
<b>C3: Síntomas activos de enfermedad mental</b>	
<b>C4: Impulsividad</b>	
<b>C5: Respuesta desfavorable a tratamientos previos</b>	

<b>Otros factores clínicos</b>			
<b>Item</b>	<b>Dentro</b>	<b>Fuera</b>	<b>Si/No/?</b>
<b>R1: Planes no realistas</b>			
<b>R2:Exposición a desestabilizadores</b>			
<b>R3: Apoyo personal</b>			<b>Si/No/?</b>
<b>R4: Incumplimiento del plan terapéutico</b>			
<b>R5: Estrés</b>			



<b>Otros factores de riesgo</b>	

**Facetas de riesgo**

<b>¿Qué harías si quisieras maximizar el riesgo de este paciente o la posibilidad de reincidencia?</b>	
<b>¿Qué tipo de violencia tendería a cometer y quien serían las víctimas potenciales?</b>	
<b>¿Alguna otra consideración?</b>	

<b>¿Qué estrategias utilizarías para minimizar o manejar el índice de riesgo?</b>	
<b>Sumario de riesgo</b> <b>Alto[ ] Moderado[ ] Bajo[ ]</b>	

## SVR-20

La escala surge de a necesidad de establecer unos baremos de codificación más completos y fiables que los ya obtenidos con otras escalas.

Los autores observaron que, a la hora de evaluar el riesgo de la conducta sexual, los profesionales no exhibían consistencia ni uniformidad, de juicio clínico, en cuanto a cómo se debían conducir estas evaluaciones y de que decisiones se debían tomar. La validez de las decisiones tomadas, de una manera poco estructurada, era asimismo cuestionable, pues no se daba una especificación clara de cómo se había llegado a ellas ni el porqué. Tampoco se prestaba a que otros colegas cuestionaran o refutaran tales decisiones. Las escalas actuariales de riesgo de violencia más conocidas, aunque no están debidamente validadas, son el SORAG y el RRASOR.

*SORAG (Quinsey , Rice & Harris)*

- *Desarrollado a partir de estudios retrospectivos de violadores y abusadores infantiles.*
- *Aísla variables sociodemográficas , clínicas y de historia criminal, que se dan entre los agresores sexuales reincidentes y los no reincidentes*
- *Discrimina entre agresores sexuales potencialmente problemáticos en libertad condicional y los no problemáticos.*

*RRASOR (Hanson & Bussière)*

- *Desarrollado a partir de variables sociodemográficas y de historia criminal, entre reincidentes y no reincidentes.*
- *Carece de validez predictiva respecto a violencia sexual*
- 

*Ambas escalas tienen ciertas limitaciones, como:*

- *considerar un número escaso de factores de riesgo supuestamente predictores de violencia, ignorando por tanto algunos factores que pudieran ser importantes para determinados casos. Estas escalas están más enfocadas a medir factores históricos y características estables de la personalidad de los sujetos.*
- *Las predicciones basadas en instrumentos actuariales son predicciones pasivas y de uso limitado. Si estas predicciones se basan en delitos anteriores, ¿cómo se pueden predecir cambios en el tiempo? Una simple evaluación bastaría puesto que los factores estáticos no cambiaran.*
- *Algunos de los factores de riesgo utilizados por instrumentos actuariales pueden no ser reconocidos en algún terreno legal, siendo en ocasiones descartados otros factores que son más importantes.*

- *Los instrumentos actuariales predicen la probabilidad de que un individuo cometa actos de agresión sexual, ignorando la naturaleza, frecuencia, gravedad e inminencia de tal violencia. Por ejemplo una predicción de reincidencia de un 10% en los próximos 7 años, incluye tanto al individuo que puede violar y matar a una chica el día siguiente, como a un individuo que puede toquetear a un menor dentro de 5 años.*
- *Los instrumentos actuariales, al estar altamente estructurados, tienden a eliminar la opinión profesional y juicio clínico.*

Los autores, pues, deciden identificar una serie de variables:

- Empíricamente relacionadas con violencia sexual futura
- Útiles, tanto para tomar decisiones en el manejo de agresores sexuales en las instituciones y en la comunidad, como para reflejar los cambios en los factores de riesgo dinámico, y
- No discriminatorias (raza, status, etc..)

Con estas variables, elaboran una escala suficientemente amplia y completa y al mismo tiempo suficientemente breve por lo que carece de redundancias.

## **SVR-20**

El SVR-20 se desarrolló principalmente para evaluar el riesgo de violencia sexual en población civil, criminal y forense, aunque también puede ser utilizado para elaborar tratamientos y establecer la necesidad de los mismos.

El SVR-20 no puede utilizarse para determinar si un individuo cometió o no tal o cual acto de violencia en el pasado, o para determinar si un individuo cumple con el perfil de agresor sexual, ni para evaluar violencia doméstica o acoso. El SVR está diseñado para apoyar las evaluaciones de riesgo de violencia sexual y no puede ni debe utilizarse para evaluar violencia en general.

Los factores considerados en el SVR, se obtuvieron de la revisión comprensiva de agresores sexuales, de los estudios entre factores discriminatorios entre agresión sexual y agresión no sexual, y de los factores asociados con recidiva sexual.

El SVR es un instrumento de medida más que una escala, pues aunque está sistematizado, no está lo suficientemente estandarizado para ser considerado como un test.

Consta de 20 factores dividido en tres secciones:

1. **Adaptación psicosocial.** Comprende factores relacionados con el ajuste psicosocial del individuo, la mayoría históricos (con características fijas o relativamente estables), y otros que reflejan funcionamiento pasado y presente.
2. **Ofensas/agresiones sexuales** refleja los factores relacionados con la historia de ofensas sexuales del individuo. Aunque estos factores son básicamente históricos, también tienen características dinámicas.
3. **Planes futuros.** Comprende dos factores de riesgo que reflejan los planes del individuo.

Estos factores que reflejan tanto el funcionamiento pasado como el presente y los factores de riesgo introducidos en el SVR, están asociados con el riesgo de violencia sexual futura.

### **CODIFICACIÓN**

Cuando la administración y codificación del SVR se hace con fines clínicos, el evaluador debe tener suficiente experiencia o en su ausencia, consultar con un experto o supervisor clínico. No se necesita experiencia para codificar el SVR con fines de investigación.

Los ítems relacionados con enfermedad mental deben ser codificados y discutidos en consulta con otros colegas o expertos en psicopatología. En estos casos se codificarán provisionalmente anotando siempre que las puntuaciones serán verificadas por un experto. Es importante hacer referencia a resultados de pruebas psicodiagnósticas, si las hubiere. Si no hubiera suficiente información para la evaluación de estos ítems, se anotará en el informe que los ítems omitidos pueden variar el resultado final y las predicciones de riesgo.

En algunos casos, la responsabilidad de las evaluaciones se puede compartir entre profesionales de distintas disciplinas.

Conviene no perder de vista que una buena evaluación de riesgo debe basarse, además de las escalas y juicio clínico, en una recogida de datos exhaustiva y en la información obtenida a través de fuentes colaterales.

Se requiere dos tipos de juicio a la hora de codificar los ítems del SVR-20. Primero se codifica la ausencia o existencia de cada uno de los 20 factores y luego se indica si se han producido cambios en el status de cada factor de riesgo, es decir, si el riesgo de la existencia del factor se ha mantenido al mismo nivel, ha mejorado o empeorado. Segundo, la información de cada nivel de ítems se integra entre ellos para alcanzar una decisión final en cuanto al riesgo de violencia.

Los ítems se codifican en una escala de tres puntos de acuerdo a la certeza de que los factores de riesgo estén presentes, o hayan estado presentes en algún momento anteriormente.

### **CODIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO**

<b>N</b>	<b>No.-</b> el factor de riesgo está definitivamente ausente o no existe evidencia a partir de la evaluación de que este factor esté presente
<b>¿?</b>	<b>Quizás.-</b> El factor de riesgo puede estar presente o está presente pero limitadamente.
<b>S</b>	<b>Si.-</b> El factor de riesgo está definitivamente presente
<b>O</b>	<b>Omitir.-</b> Hay una total falta de información como para tomar una decisión en cuanto a la presencia o ausencia del factor de riesgo

Cuando un factor de riesgo se ha codificado como “S” (Si), el evaluador indicará si ha habido algún *cambio reciente* en el estado de este factor. Esta información puede ser de gran ayuda a la hora de priorizar las intervenciones, de establecer unas pautas de tratamiento o incluso para determinar si el riesgo está aumentando o disminuyendo y porqué. Por cambio reciente se entiende a los que han ocurrido en el último año, aunque dependerá también del motivo de la evaluación y el contexto de la misma. En algunos casos, será oportuno el alterar este marco de referencia temporal. Los cambios de status de factor de riesgo pueden ser debidos a muchas razones. En algunos casos pueden pasar de ausentes a presentes y viceversa.

### **CODIFICACION DE LOS CAMBIOS RECIENTES EN EL STATUS DE LOS FACTORES DE RIESGO**

<b>+</b>	<b>Exacerbación.-</b> El factor de riesgo ha empeorado recientemente (está presente o se ha exacerbado).

0	No hay cambios.- El factor de riesgo no ha sufrido ningún cambio últimamente.
----	El factor de riesgo se ha mejorado recientemente (ausente o ameliorado)

Se recomienda hacer un sumario final de las puntuaciones de riesgo de violencia sexuales utilizando una escala de 3 puntos. **“Bajo”** indica que el evaluador cree que el individuo no plantea riesgo de violencia sexual o plantea un riesgo mínimo, **“Moderado”** indica que el evaluador cree que el individuo plantea un riesgo moderado y en algunas instancias alto. **“Alto”**, indica que el evaluador cree que el individuo plantea un alto riesgo de violencia.

- Un juicio de riesgo bajo sugiere que el individuo no necesita una intervención especial o estratégica para manejar el riesgo de violencia y que no plantea la necesidad de vigilar de cerca al individuo para controlar cambios en el nivel de riesgo.
- Un juicio de riesgo moderado sugiere el comienzo de un plan de intervención.
- Un juicio de riesgo alto sugiere la prioridad y necesidad imperiosa de establecer un plan de emergencia para tratar a este individuo. Dependiendo del contexto, el individuo será privado de libertad condicional o si está en una institución, será trasladado a una unidad de vigilancia, se incrementará el nivel de supervisión, se alertará a los empleados que trabajen con él, y en algunos casos se tomarán medidas más drásticas.

No es posible especificar el mejor método para codificar el SVR-20. En algunos casos se puede utilizar como una escala actuarial y simplemente sumar los factores existentes, con una puntuación máxima de 20. Si se omitieran algunos ítems, estos se prorratearían, aunque no se recomienda prorratear más de 5 ítems.

No tiene sentido sumar los factores de riesgo presentes y utilizar una medida de corte para fines clínicos. Habrá casos en los que podamos estimar un alto riesgo de violencia basándonos únicamente en la existencia de un solo factor (por ejemplo: ítem 6 o ítem 3, si el individuo refiere que su intento de cometer un homicidio o de actuar de acuerdo a sus fantasías

sexuales sádicas). Algunos factores como discapacidad física puede llevarnos a decisiones erróneas al codificar el riesgo de violencia sexual.

No sería absurdo concluir que cuantos más factores estén presentes, más alto es el riesgo, pero como evaluadores debemos tener prudencia a la hora de establecer nuestros criterios de codificación. Cabe resaltar que la relación entre el número de factores de riesgo presentes y el riesgo de violencia es probablemente no lineal y que el riesgo dependa más de la combinación de ciertos ítems específicos. Por lo tanto de momento no existen medidas de corte para uso clínico, las omisiones (O) se tratarán como “nos” (N) ya que los ítems no son homogéneos.

Los autores aconsejan re-evaluar y señalan la importancia de poder estimar la exacerbación de un factor ya que esto sólo podría cambiar la decisión final. Un solo incidente de conducta sexual violenta puede provocar cambios en otros ítems. Los responsables de supervisar los casos deberán estimar el tiempo prudencial para las re-evaluaciones. Normalmente esta variable temporal se establece de acuerdo a tres criterios: 1) leyes o estatutos que ordenen re-evaluación, 2) el lugar donde reside el individuo (institución, comunidad), y 3) el riesgo general de violencia del individuo. Se recomienda re-evaluaciones frecuentes para individuos de alto riesgo. El proceso de re-evaluación seguirá los mismos patrones que la evaluación inicial y evidentemente tomará menos tiempo.



## FACTORES DE RIESGO DE VIOLENCIA SEXUAL

<b>ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL</b>	
<p><b>Factores Psicosexuales</b></p> <p>1.- Desviación sexual 2.- Víctima de abuso infantil</p>	<p><b>Roles Sociales</b></p> <p>7.- Problemas interpersonales 8.- Problemas laborales</p>
<p><b>Factores Psicopatológicos</b></p> <p>3.- Psicopatía 4.- Trastorno mental grave 5.- Abuso de sustancias previa 6.- Ideas suicidas /homicidas</p>	<p><b>Predisposición Antisocial</b></p> <p>9.- Antecedentes de violencia sexual 10.- Antecedentes delictivos no Violentos 11.- Fracaso en supervisión</p>
<b>OFENSAS SEXUALES</b>	
<p>12.- Ofensas de alta densidad /frecuencia 13.- Ofensas de múltiples tipos (categorías, grados) 14.- Daño físico a las víctimas (gravedad de las ofensas) 15.- Utiliza armas o amenazas de muerte durante las ofensas</p>	<p>16.- Escalada en frecuencia o gravedad de las agresiones</p> <p><b>Aspectos Psicológicos de las Desviaciones Sexuales</b></p> <p>17.- Minimización o negación extrema de ofensas sex. 18.- Actitudes favorables hacia ofensas sexuales</p>
<b>PLANES FUTUROS</b>	
<p>19.- Ausencia de planes realistas</p>	<p>20.- Actitud negativa hacia el tratamiento</p>
<b>OTRAS CONSIDERACIONES</b>	

## **DEFINICIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO**

### *ADAPTACION PSICOSOCIAL*

#### **1.- Desviación sexual**

También llamado preferencia sexual o parafilias. Este ítem mide un patrón relativamente estable de excitación sexual a estímulos inapropiados (edad, sexo, situaciones no-consensuales, objetos, animales, etc.).

Existe una conexión entre desviación sexual y violencia, fuerte y probablemente causal. Individuos en los que la violencia está motivada por desviaciones sexuales, tienen un alto riesgo de reincidencia. La desviación sexual puede ser un factor de riesgo causal que hace que la violencia sea algo apetecible para algunos individuos. Normalmente estos individuos cometen actos en concordancia con sus fantasías y dependiendo de su desviación sexual. Ocasionalmente, la excitación no es aceptada o disfrutada por el individuo, es decir no es ego-sintónica.

Las parafilias múltiples están asociadas con la probabilidad, inminencia y frecuencia de que ocurra violencia sexual y el sadismo sexual está asociado con la gravedad de la violencia sexual.

Cabe recordar que, como en toda evaluación de riesgo de violencia sexual, debemos obtener los datos de la existencia de desviación sexual a través de múltiples fuentes: entrevista, colaterales, cuestionarios, conductas pasadas, pletismógrafo, polígrafo, etc..).

**Y.-** Evidencia de que el individuo haya sufrido alguna vez en su vida de una desviación sexual.

**¿.-** Posibilidad de que el individuo haya sufrido alguna vez en su vida de una desviación sexual.

**N.-** No existe evidencia de que el individuo haya sufrido alguna vez en su vida de una desviación sexual.

#### **2.- Víctima de abuso infantil**

El abuso infantil es un factor de riesgo e indicador de conducta criminal y violencia sexual. No quiere decir que todo individuo abusado en la infancia se convierta en criminal, sin embargo es un factor importante a tener en cuenta.

El abuso sexual en la infancia está vinculado a la violencia sexual. Posiblemente porque esta violencia origina el desarrollo de patrones de conducta sexuales, preferencias y desviaciones sexuales.

El abuso sexual infantil está asociado con la naturaleza y probabilidad de conducta sexual violenta.

(Se entiende por violencia todo acto, intento o amenaza de violencia sexual)

**Y.-** Evidencia de que el individuo haya sido víctima seria (abuso sustanciado por daño físico y psicológico en varias ocasiones) de abuso físico, sexual o psicológico o negligencia (fracaso a la hora de abastecer las necesidades).

**¿.-** Posibilidad de que el individuo haya sufrido alguna vez en su vida de abuso físico, sexual o psicológico.

**N.-** No existe evidencia de que el individuo haya sufrido alguna vez en su vida de abuso físico, sexual o psicológico.

### **3.- Psicopatía**

La existencia de psicopatía está relacionada con agresiones violentas, sádicas y oportunistas. Es, a un nivel general, predictiva de conductas violentas, criminales en general y de violencia sexual. Existe una asociación causal entre la psicopatía y todas las facetas de riesgo y además de con la probabilidad, frecuencia, inminencia y gravedad de violencia sexual.

**Y.-** Evidencia de que el individuo haya sufrido alguna vez en su vida de un trastorno de personalidad psicopático.

**¿.-** Posibilidad de que el individuo haya sufrido alguna vez en su vida de trastorno de personalidad psicopático.

**N.-** No existe evidencia de que el individuo haya sufrido alguna vez en su vida de un trastorno de personalidad psicopático.

### **4.- Trastorno o enfermedad mental grave**

La existencia de enfermedad mental grave es un factor de riesgo que puede llevar al individuo a cometer conductas impulsivas y a tomar decisiones irracionales de actuar sexualmente de una manera violenta.

La enfermedad mental se asocia con la probabilidad de violencia futura.

Los síntomas activos de enfermedad mental, se asocian con la inminencia de violencia sexual futura.

A la hora de codificar este ítem, debemos tener en cuenta que consideramos enfermedad mental grave cuando existen unos déficits intelectuales y cognitivos (demencia, retraso mental), psicosis (esquizofrenia, trastorno delusivo) y/o trastornos afectivos graves (depresión profunda, trastorno bipolar). El diagnóstico se debe hacer siempre de acuerdo al DSM-IV.

**Y.-** Evidencia de que el individuo haya sufrido alguna vez en su vida de una enfermedad mental grave.

**¿.-** Posibilidad de que el individuo haya sufrido alguna vez en su vida de trastorno de una enfermedad mental grave.

**N.-** No existe evidencia de que el individuo haya sufrido alguna vez en su vida de un trastorno de una enfermedad mental grave.

## **5.- Uso de sustancias**

El uso de sustancias está asociado con el aumento del riesgo de violencia. La naturaleza de esta relación entre uso de sustancias y violencia sexual, se basa en la disminución de las inhibiciones.

El *uso* de sustancias está probablemente asociado con *la probabilidad y frecuencia* de que ocurra violencia sexual futura.

La intoxicación o *uso activo*, está relacionada con la *inminencia* de violencia sexual.

**Y.-** Evidencia de que el individuo haya sufrido alguna vez en su vida de problemas serios (abuso y dependencia) debido al uso de sustancias.

**¿.-** Posibilidad de que el individuo haya sufrido alguna vez en su vida de problemas debido al uso de sustancias.

**N.-** No existe evidencia de que el individuo haya sufrido alguna vez en su vida de problemas debido al uso de sustancias.

## **6.- Ideas suicidas u homicidas**

Las ideas o fantasías de hacerse daño a uno mismo o a los demás son relevantes a la hora de hacer una evaluación de riesgo. Sin embargo no es evidente que las amenazas de violencia futura hacia los demás sean consistentes con la violencia futura.

Este factor puede relacionarse con violencia futura si las amenazas de hacer daño incluyen violencia sexual.

Como en los demás factores, la probabilidad, frecuencia y gravedad vendrá determinada por la historia de ideación suicida u homicida, mientras que la inminencia vendrá determinada por la presencia de ideación.

**Y.-** Evidencia de que el individuo haya sufrido problemas serios (ideas intrusivas y persistentes que aludan a métodos altamente letales, o nivel intencional moderado o alto) relacionados con ideas suicidas u homicidas.

**¿.-** Posibilidad de que el individuo haya sufrido problemas relacionados con ideas suicidas u homicidas.

**N.-** No existe evidencia de que el individuo haya sufrido problemas serios relacionados con ideas suicidas u homicidas.

## **7.- Problemas de relación interpersonal**

Agresores, delincuentes y pacientes forenses, con relaciones inestables, tienden a tener historias criminales más extensas, más frecuentes y un grado de reincidencia violento más alto, que los individuos que mantienen relaciones estables. Parece ser que la incapacidad de establecer y mantener relaciones íntimas está asociado con trastornos de la personalidad. El fracaso de establecer y mantener una relación íntima está asociado también con violencia sexual.

Una historia relacional pobre puede estar asociada con un aumento de la probabilidad y de la frecuencia de violencia sexual.

Problemas relacionales recientes están asociados con la inminencia de violencia sexual.

**Y.-** Evidencia de fracaso del individuo en establecer y mantener relaciones íntimas estables.

**¿.-** Posibilidad de que el individuo haya fracasado al establecer y mantener relaciones íntimas estables.

**N.-** No existe evidencia de que el individuo haya fracasado al establecer y mantener relaciones íntimas estables.

En menores o adolescentes se evaluarán las relaciones familiares.

## **8.- Problemas laborales**

Los problemas laborales están asociados con riesgo criminal, violencia general y violencia sexual. Es un indicador de riesgo que predice violencia sexual porque los problemas laborales, al igual que los problemas relacionales, pueden estar asociados a trastornos de personalidad. Los problemas laborales, además, están asociados con estrés psicosocial, lo cual incrementa el riesgo de violencia.

La historia de problemas laborales está probablemente asociada con la probabilidad y frecuencia de violencia sexual.

La existencia de problemas actuales está relacionada con la inminencia de violencia sexual.

**Y.-** Evidencia de fracaso del individuo en establecer y mantener un patrón laboral estable.

**¿.-** Posibilidad de que el individuo haya fracasado al establecer y mantener un patrón laboral estable.

**N.-** No existe evidencia de que el individuo haya fracasado al establecer y mantener un patrón laboral estable.

En niños y adolescentes se valorará la estabilidad de su historia educacional.

### **9.- Antecedentes de violencia no-sexual**

La existencia de violencia no-sexual pasada es un factor de riesgo de criminalidad y violencia entre agresores comunes y sexuales y pacientes forenses. Es sin lugar a dudas un factor importante a considerar en toda evaluación.

Este factor es un indicador de riesgo de la existencia de conductas antisociales y trastornos de personalidad. Está asociado con la probabilidad, frecuencia y gravedad de violencia sexual futura.

**Y.-** Existe evidencia de que el individuo haya tenido una historia de violencia no sexual, seria.

**¿.-** Posibilidad de que el individuo haya tenido una historia de violencia no sexual, seria.

**N.-** No existe evidencia de que de que el individuo haya tenido una historia de violencia no sexual, seria.

*Seria* se refiere a que la conducta haya desembocado en daño físico o psicológico.

### **10.- Antecedentes delictivos no violentos**

La existencia de criminalidad en general es un factor de riesgo de violencia y violencia sexual entre delincuentes, criminales y pacientes forenses. Este factor puede ser un indicador de riesgo que refleje la presencia de un trastorno de personalidad o de actitudes antisociales.

Está asociado probablemente con la probabilidad y frecuencia de violencia sexual en el futuro.

**Y.-** Existe evidencia de que el individuo haya tenido una historia delictiva seria (la conducta criminal desembocó o pudo desembocar en arrestos), no violenta (la conducta criminal no conllevó ningún acto o intento de violencia física a otros)y no sexual.

**¿.-** Posibilidad de que el individuo haya tenido una historia delictiva seria no violenta y no sexual.

**N.-** No existe evidencia de que de que el individuo haya tenido una historia delictiva seria no violenta y no sexual.

## **11.-Fracaso en supervisión anterior**

La violación de la supervisión o libertad condicional incrementa el riesgo de criminalidad y violencia en general. Es un factor importante a la hora de hacer una evaluación de riesgo.

Este factor es un indicador de la presencia de un trastorno de personalidad, de desviación sexual, así como, de actitudes que favorecen la violencia sexual. Este factor está asociado con la probabilidad, frecuencia e inminencia de violencia sexual futura.

**Y.-** Existe evidencia de que el individuo ha tenido una historia de violaciones serias de las condiciones impuestas estando bajo supervisión en la comunidad.

**¿.-** Posibilidad de que el individuo haya tenido una historia de violaciones serias de las condiciones estando bajo supervisión en la comunidad.

**N.-** No existe evidencia de que de que el individuo haya tenido una historia de violaciones serias de las condiciones estando bajo supervisión en la comunidad.

Se entiende por *violaciones serias* aquellas que abarcan cualquier acto de violencia o violencia sexual, conducta criminal seria, fugas y quiebra de las condiciones técnicas resultantes de la descarga de cargos criminales.

## **OFENSAS SEXUALES**

### **12.- Ofensas de alta densidad o frecuencia**

El número de ofensas pasadas es uno de los factores más fiables asociados con la recidiva de violencia sexual entre agresores (en los correccionales o cárceles) y los pacientes forenses. Este factor es probablemente un indicador de riesgo que refleja la presencia de desviaciones sexuales y de actitudes que fomentan violencia sexual. Esta probablemente asociado con la probabilidad, frecuencia e inminencia de violencia sexual futura. La naturaleza de las ofensas anteriores puede estar asociada con la naturaleza de la violencia futura.

**Y.-** Existe evidencia de que el individuo ha cometido actos frecuentes de violencia sexual oportunista.

**¿.-** Posibilidad de que el individuo haya cometido actos frecuentes de violencia sexual oportunista.



**N.-** No existe evidencia de que de que el individuo haya cometido actos frecuentes de violencia sexual oportunista.

*Frecuente* quiere decir, actor múltiples en un periodo relativamente corto e incluye todo tipo de violencia sexual.

*Oportunista* se refiere a los actos cometidos cuando el individuo haya tenido una oportunidad, estando en la comunidad.

Es importante revisar todo tipo de datos y fuentes disponibles.

### **13.- Múltiples tipos de ofensas sexuales**

Los individuos que han cometido múltiples tipos de ofensas sexuales tienen un riesgo mayor de recidiva. Los tipos de ofensas sexuales vienen determinados por la naturaleza de los actos. Este factor es un indicador de desviación sexual así como de actitudes que apoyan la violencia sexual.

Este factor está probablemente asociado con la probabilidad, frecuencia e inminencia de violencia sexual futura. También puede de cierta forma predecir la naturaleza y gravedad de cualquier violencia futura.

**Y.-** Existe evidencia de que el individuo ha cometido múltiples tipos de violencia sexual.

**¿.-** Posibilidad de que el individuo haya cometido múltiples tipos de violencia sexual.

**N.-** No existe evidencia de que de que el individuo haya cometido múltiples tipos de violencia sexual.

*Múltiples tipos* se refiere a que la historia de violencia sexual del individuo, abarca actos que varían en cuanto a la naturaleza y a la selección de la víctima. La naturaleza de la violencia sexual varía dependiendo del tipo y grado de contacto con las víctimas y de la naturaleza y grado de coerción utilizada. La selección de la víctima varía dependiendo de la edad, sexo y grado de familiaridad (conocidas o extrañas).

### **14.- Daño físico a las víctimas**

No hay evidencia definitiva de que este factor sea predictivo de violencia sexual futura. Particularmente este factor es difícil de estudiar ya que los agresores que han cometido los actos de violencia sexual más seria y grave, están institucionalizados mucho más tiempo (o deberían estar) lo que hace difícil

el seguimiento.

Este factor es un indicador que refleja la presencia de desviación sexual y posiblemente sadismo, así como actitudes que apoyan la violencia sexual. Está probablemente asociado con la probabilidad, frecuencia y severidad de violencia sexual futura.

**Y.-** Existe evidencia de que el individuo ha infringido daño físico, serio, a sus víctimas, en la comisión de actos de violencia.

**¿.-** Posibilidad de que el individuo haya infringido daño físico, serio, a sus víctimas, en la comisión de actos de violencia.

**N.-** No existe evidencia de que de que el individuo haya infringido daño físico, serio, a sus víctimas, en la comisión de actos de violencia.

*Daño físico* se refiere a que la víctima sufrió heridas corporales (quemaduras, cortes, cardenales...) como resultado de las acciones, tanto deliberadas como descuidadas, del individuo.

*Serio* se refiere a que el daño infringido haya necesitado atención médica o haya tenido resultados mortales.

### **15.- Uso de armas o amenazas en la comisión de las ofensas sexuales**

No existe una evidencia clara de que este factor sea predictivo de violencia sexual ya que los individuos que utilizan armas están institucionalizados por periodos de tiempo más largo que los demás agresores sexuales.

Este factor es probablemente un indicador de riesgo de desviación sexual y posible sadismo sexual. Está asociado con la naturaleza, probabilidad, frecuencia y severidad de violencia sexual futura.

**Y.-** Existe evidencia de que el individuo ha utilizado armas o amenazas de muerte en la comisión de actos de violencia.

**¿.-** Posibilidad de que el individuo haya utilizado armas o amenazas de muerte en la comisión de actos de violencia.

**N.-** No existe evidencia de que de que el individuo haya utilizado armas o amenazas de muerte en la comisión de actos de violencia.

Armas incluye: armas de fuego, navajas, palos, cuerdas o cualquier otro artefacto usado para amenazar o dañar a la víctima.

### **16.- Escalada en frecuencia o gravedad de las ofensas**

Existe evidencia de que algunos individuos exhiben un patrón claro de escalada en violencia sexual. Escalada, sin embargo, puede estar solapado con otros ítems. Por ejemplo, escalada en frecuencia está reflejado en el ítem 12, y escalada en severidad, por el uso de violencia física y/o armas para el infringimiento de daño, en el ítem 14 y 15.

Sin embargo, el aspecto más significativo de este ítem es que captura la trayectoria en el tiempo de la violencia cometida por un individuo.

Este factor es un indicador que refleja la existencia de desviación sexual, sadismo sexual y actitudes que apoyan la violencia sexual. Está probablemente asociado con todas las facetas de riesgo, es decir, con la naturaleza, probabilidad, frecuencia, severidad e inminencia de violencia sexual futura.

**Y.-** Existe evidencia de que la historia de violencia sexual del individuo ha escalado en frecuencia y severidad a través del tiempo.

**¿.-** Posibilidad de que la historia de violencia sexual del individuo haya escalado en frecuencia y severidad a través del tiempo.

**N.-** No existe evidencia de que la historia de violencia sexual del individuo haya escalado en frecuencia y severidad a través del tiempo.

*Escalada en frecuencia* se refiere a que el individuo haya cometido más actos violentos recientemente que los que cometió en el pasado, teniendo en cuenta el tiempo de exposición (oportunidades de cometer estas ofensas).

*Escalada en severidad* se refiere a que en cuanto a actos anteriores, los actos cometidos por el individuo recientemente, conllevan contacto directo con las víctimas, daño físico serio y uso de armas o amenazas de muerte.

## **17.- Minimización o negación extrema de ofensas sexuales**

Conviene subrayar, que los agresores sexuales, minimizan la seriedad de la violencia pasada, evitan responsabilidad personal por dicha violencia y, a menudo, niegan su implicación en dicha violencia.

Este factor, predice criminalidad general en agresores sexuales, aunque no existe evidencia clara de predicción de violencia sexual.

Este factor es un indicador de un trastorno de personalidad o de actitudes que apoyan la violencia sexual y está probablemente asociado con la probabilidad y/o frecuencia de la violencia sexual futura :

**Y.-** Existe evidencia de que el individuo ha estado envuelto en episodios de minimización extrema o negación de violencia sexual pasada.

**¿.-** Posible evidencia de que el individuo ha estado envuelto en episodios de minimización extrema o negación de violencia sexual pasada.

**N.-** No existe evidencia de que el individuo haya estado envuelto en episodios de minimización extrema o negación de violencia sexual pasada

Cabe resaltar que extrema minimización o negación, se refiere a que el individuo niega la mayoría o todos los actos de violencia sexual pasada, la responsabilidad por muchos de estos actos y/o niega las consecuencias graves de estos actos.

### **18.- Actitudes favorables o en contra de ofensas sexuales**

Los individuos que se implican en conducta criminal frecuentemente se apoyan en actitudes socio-políticas, religiosas, culturales y sociales que respaldan su conducta.

Este factor solapa el ítem anterior (17) y no tenemos una evidencia clara de que este factor tenga una alta predicción con violencia sexual futura, pero si de que es un factor importante a la hora de hacer una evaluación clínica de riesgo.

Este factor puede estar casualmente relacionado con violencia sexual futura, de acuerdo a algunas teorías socio-psicológicas. Algunas actitudes pueden influenciar las decisiones tomadas por los individuos que cometen actos de violencia sexual, sin considerar la probabilidad, consecuencias y/o gravedad de daño a los demás.

Además, estas actitudes pueden ser un indicador de riesgo que refleje la presencia de una desviación sexual, un trastorno de la personalidad o, la extrema minimización o negación de ofensas sexuales pasadas.

Este factor está probablemente asociado con la probabilidad y frecuencia de violencia sexual futura; las actitudes específicas, estarán relacionadas con la naturaleza y gravedad de tal violencia.

**Y.-** Existe evidencia de que el individuo respalda actitudes que apoyan la violencia sexual.

**¿.-** Posible evidencia de que el individuo respalde actitudes que apoyan la violencia sexual.

**N.-** No existe evidencia de que el individuo respalde actitudes que apoyan la violencia sexual

## **PLANES FUTUROS**

### **19.- Ausencia de Planes realistas**

Los individuos que fracasan en concebir planes realistas seguros y plausibles para la puesta en libertad, tienen mayor riesgo de criminalidad y violencia, una vez puestos liberados.

Estos planes deberán ser apropiados a las necesidades del individuo e incluir objetivos como, lugar de residencia, empleo, relaciones familiares, relaciones con profesionales y agentes de correccionales.

Este factor está causalmente relacionado con violencia sexual futura. La falta de planes realistas conlleva estrés psicológico, que a su vez, puede derivar en un incremento de pensamientos sexuales elicitados por impulsos urgentes. Una pobre planificación puede estar asociada con un aumento en la probabilidad y frecuencia de violencia sexual futura, estando los problemas actuales asociados con la inminencia de esta violencia.

**Y.-** Existe evidencia de que el individuo ha fracasado al establecer y mantener planes realistas para el futuro.

**¿.-** Posibilidad de que el individuo haya fracasado al establecer y mantener planes realistas para el futuro.

**N.-** No existe evidencia de que el individuo haya fracasado al establecer y mantener planes realistas para el futuro.

*Planes para el futuro* se refiere a las intenciones del individuo de adaptarse a la comunidad

*Realistas* infiere que el individuo quiera desarrollar planes que sean explícitos, estables y razonables, de acuerdo a su historia, status actual y probabilidad de recibir apoyo social y profesional.

### **20.- Actitudes Negativas hacia el Tratamiento :**

Los individuos que rechazan la ayuda de los profesionales de salud mental o del correccional, o los que carecen de motivación para utilizar esta ayuda, tienen mayor riesgo de criminalidad y violencia.

Respecto a los agresores sexuales, existe evidencia de que el fracaso para recibir tratamiento, rechazo de tratamiento y discontinuidad del mismo, predice violencia sexual futura.

Las actitudes negativas hacia el tratamiento están causalmente relacionadas con violencia sexual futura. Estas actitudes pueden conducir a un apoyo profesional inadecuado, lo cual puede desembocar en : a) menor probabilidad de que la desviación sexual del individuo disminuya; b) mayor probabilidad de que el individuo experimente estrés psicológico o c) mayor probabilidad de que el individuo, una vez en la comunidad, se exponga a desestabilizadores como drogas o, acceso a las víctimas.

Las actitudes negativas están asociadas con una mayor probabilidad y frecuencia de violencia sexual futura y los problemas actuales de actitud con la inminencia de la violencia.

**Y.-** Existe evidencia de que el individuo tiene actitudes negativas hacia el tratamiento

**¿.-** Posibilidad de que el individuo tenga actitudes negativas hacia el tratamiento

**N.-** No existe evidencia de que el individuo tenga actitudes negativas hacia el tratamiento

### **Otras Consideraciones :**

Existen otros factores importantes que no están incluidos como el SVR 20 que incluyen pero no limitan a los siguientes :

- Trastorno mental agudo que no se ajuste al criterio de enfermedad mental grave, por ejemplo: trastorno de ajuste secundario a situaciones estresantes
- Pérdida reciente de la red de apoyo social, no atribuible a ruptura marital o a pérdida de empleo, por ejemplo: pérdida de contacto con la familia y amigos debido a un cambio de residencia o por conflicto interpersonal.
- Contacto frecuente con víctimas potenciales que no sea el resultado de una falta de planes realistas o de una actitud pobre hacia el tratamiento, por ejemplo: empezar un trabajo en situaciones donde se preste servicio a gente vulnerable (jóvenes, viejos, discapacitados)

**Y.-** Evidencia de que un factor de riesgo específico importante exista.

**¿.-** Posibilidad de que un factor de riesgo específico importante exista

**N.-** No hay evidencia de que un factor de riesgo específico importante exista

*Importante* se refiere a que el factor de riesgo sea crucial para determinar la probabilidad de que el individuo cometa otro acto de violencia o para determinar la naturaleza, frecuencia, severidad e inminencia de dicho acto.

*Caso específico* se refiere a que el factor de riesgo no se adapte a la definición de los otros ítems del SVR 20



## S.A.R.A.

### INTRODUCCIÓN

Los autores observaron que uno de los problemas más relevantes a la hora de determinar el riesgo planteado por uno de los cónyuges y elaborar un informe, se caracterizaba por la falta de estructura empírica, sistematizada, estandarizada y clínicamente útil, para recoger, sopesar y establecer juicios para valorar el riesgo de reincidencia. Hasta la aparición del SARA, no existían unas pautas específicas para las evaluaciones de riesgo, o para la recogida de datos significativos ni cómo y dónde conseguirlos.

El aumento producido en las denuncias de violencia en los últimos años, la precariedad de los criterios de valoración del riesgo, y la demanda creciente de evaluaciones de riesgo en los casos de violencia doméstica impulsaron a la Comisión de Violencia Familiar, los Servicios de Psiquiatría y el Ministerio por la Igualdad de las Mujeres del “British Columbia Institute”, a desarrollar una guía a la que llamaron SARA (Spousal Assault Risk Assessment).

### DESARROLLO

El SARA , está siendo, desde 1995, de gran utilidad en ámbitos clínicos, forenses y correccionales. Los autores aplican el término “violencia conyugal” para referirse a la agresión que se produce en relaciones íntimas. La definición que utilizan de violencia conyugal es la de “cualquier acto o intento, o amenaza de daño físico, perpetrado por un hombre o una mujer hacia alguien con quien, el o ella, mantengan o hayan mantenido una relación íntima”. Esta relación no está limitada a los matrimonios ni al género del que infringe la violencia, aunque, la mayoría de los comentarios de los autores en esta guía se refieren a la violencia conyugal de la mujer a manos del hombre (maltratador).

El SARA se elaboró como una guía de evaluación, o “checklist”, para asegurar que determinada información fuera considerada por los evaluadores a la hora de corroborar las opiniones de los profesionales y de predecir conductas de riesgo.

Hasta el desarrollo del SARA, el índice de riesgo se medía a partir de:

- la revisión de la literatura existente en el riesgo de violencia,
- factores de riesgo discriminativos de cónyuges violentos,
- índice de reincidencia entre maltratadores,
- riesgo de violencia futura o /y gravedad potencial, y
- necesidad de vigilancia

Aunque estos datos parecían ser útiles a la hora de predecir cierto riesgo, los autores determinaron que no eran totalmente adecuados para emitir un juicio sobre riesgo de violencia en maltratadores por lo que intentaron aislar unos factores de riesgo que fueran significativos de características, rasgos o incidentes (en vez de actos específicos y aislados), con los que desarrollaron el SARA.

El SARA ,como se mencionó anteriormente, tiene aplicación en distintos ámbitos y contextos, como:

- ✓ pre-juicio ( en arrestos por delitos de violencia doméstica)
- ✓ pre-sentencia (cuando el caso está listo para sentencia)
- ✓ en el ámbito correccional (ingreso y alta)
- ✓ Temas en el ámbito de lo civil (violencia familiar, separación, divorcio, custodia...)
- ✓ en caso de necesidad de vigilancia (prevención de conducta peligrosa).

## FORMATO

La guía consta de una lista de factores de riesgo de violencia conyugal, compuesta de 20 ítems individuales. No es un test ni una escala, en el sentido amplio de la palabra, ya que no podemos inferir medidas de riesgo absolutas o relativas utilizando puntuaciones de corte.

Los 20 ítems están organizados alrededor de cuatro ejes:

- **Antecedentes criminales:** la historia criminal del individuo aunque no esté relacionada con violencia conyugal , aumenta el riesgo de reincidencia del mismo.
- **Ajuste Psicosocial:** refleja observaciones basadas en desajustes sociales recientes o pasados como vinculados a la violencia

- **Antecedentes de Violencia Conyugal:** incluye 7 ítems relacionados con la violencia conyugal. Los 4 primeros se refieren a la naturaleza y gravedad de los actos violentos previos. Los 3 siguientes se refieren a actitudes que acompañan a los episodios violentos y al incumplimiento de las ordenes judiciales.
- **Sumario de la agresión:** comprende la gravedad, el uso de armas letales y el incumplimiento de ordenes judiciales.
- **Otras consideraciones:** no contiene ítems específicos sino que permite al evaluador incluir los ítems que considere relevantes para cada caso particular.

## *EVALUACIÓN*

Como en otras escalas de estos autores, se recomienda una revisión extensa de todos los datos disponibles. No se recomienda hacer una evaluación hasta no tener la certeza de haber analizado todas las fuentes de referencia. Además de revisar los datos disponibles y los contactos con fuentes colaterales, se recomienda efectuar una entrevista, estructurada o semi-estructurada con el maltratador y la víctima, en la que se cubrirán las áreas siguientes:

- ✓ abuso o negligencia infantil (ítem 6)
- ✓ historia social y ocupacional (ítem 5)
- ✓ relaciones interpersonales (ítem 4)
- ✓ antecedentes de salud física y mental (ítem 7 a 10)
- ✓ estado mental actual (ítem 7 a 10)
- ✓ antecedentes de conducta agresiva (ítem 1, 2 y de 11 a 20)
- ✓ antecedentes criminales (ítem 1,3 y de 11 a 20)
- ✓ estresores actuales (otras consideraciones)
- ✓ red de apoyo social (ítem 4 y otras consideraciones)

Dentro de la clasificación de estos ítems podemos apreciar un carácter más o menos estático o dinámico que según los autores demarcará el tipo de estrategias más adecuadas en cuanto a supervisión y tratamiento (tabla 1).

## *CODIFICACIÓN*

El SARA no se evalúa como la mayoría de los tests psicológicos sino que se emiten tres tipos de juicios:

- ✓ **Presencia o ausencia de los ítems**  
0= ausencia

1= presencia moderada o límite

2= presencia

- ✓ **Presencia de ítems críticos** que por sí solos ayudan a determinar la inminencia de riesgo sin exigir una codificación de los factores de riesgo. En ausencia de ítems críticos el riesgo aumentará a medida que aumenta la puntuación de los ítems presentes en el apartado anterior. La codificación de los factores críticos dependerá del criterio clínico, considerando cada caso de forma individual, los antecedentes del evaluado y las circunstancias actuales.
- ✓ **Sumario de los juicios de riesgo** en cuanto a la inminencia de riesgo para el cónyuge o para una tercera persona identificable.
  - 1= riesgo bajo
  - 2= riesgo moderado
  - 3= riesgo alto

## DESCRIPCIÓN Y CODIFICACIÓN DE LOS ÍTEMS

<b>ANTECEDENTES CRIMINALES</b>
------------------------------------

### #1: Violencia familiar previa

Los individuos con antecedentes violentos tienen un nivel de riesgo más alto de involucrarse en actos violentos que los que no tienen estos antecedentes. Algunos individuos actúan violentamente sólo con sus familiares y de una forma repetitiva. Los maltratadores que tienen antecedentes de violencia física y sexual con familiares tienen un mayor riesgo de reincidencia en comportamientos violentos en el futuro.

<b>2</b>	<b>Agresión previa o intento de agresión a familiares</b>
<b>1</b>	<b>Amenaza previa de agresión a familiares</b>
<b>0</b>	<b>No existe evidencia de agresión previo, intento de agresión o amenaza de agresión a familiares</b>

### #2: Violencia previa a conocidos o a extraños

Los individuos con antecedentes violentos tienen un nivel de riesgo alto de abusar de sus parejas. Los individuos violentos, generalmente se involucran en situaciones de violencia conyugal más graves y frecuentes que los maltratadores que no tienen antecedentes violentos al margen de la pareja.

<b>2</b>	<b>Agresión previa o intento de agresión a conocidos o a extraños</b>
<b>1</b>	<b>Amenaza previa de agresión a conocidos o a extraños</b>
<b>0</b>	<b>No existe evidencia de agresión, intento o amenaza de agresión, previa, a conocidos o a extraños</b>

### #3: Violación previa de libertad condicional o problemas en supervisión programas de tratamiento

Los individuos que han violado las condiciones establecidas para su libertad condicional tienen más probabilidades de reofender que otros agresores.

<b>2</b>	<b>Arresto previo por violación de la libertad condicional o de la</b>
----------	------------------------------------------------------------------------

	<b>supervisión en programas de tratamiento</b>
<b>1</b>	<b>Violación <i>previa</i> de la libertad condicional o de la supervisión en programas de tratamiento</b>
<b>0</b>	<b>No existe evidencia de violación previa de la libertad condicional o de la supervisión en programas de tratamiento</b>

<b>AJUSTE PSICOSOCIAL</b>
-------------------------------

**#4: Problemas relacionales recientes**

Los agresores con problemas de inestabilidad en las relaciones íntimas, tienden a tener antecedentes criminales con una historia de agresiones violentas y frecuentes, y presentan, en general, un riesgo más alto de reincidencia.

Respecto a maltratadores, el riesgo es mayor si:

1. El hombre vive con su pareja pero ésta quiere romper la relación
2. La pareja está separada pero el hombre quiere reiniciar la relación
3. Existencia de separación súbita o reciente

A un nivel más general, el maltratador tiene un déficit de habilidades de comunicación interpersonal.

<b>2</b>	<b>Separación o conflicto grave con la pareja en el último año</b>
<b>1</b>	<b>Conflicto moderado con la pareja en el último año</b>
<b>0</b>	<b>No existe evidencia de cambios en el estado marital. Conflicto mínimo o inexistente con la pareja en el último año</b>

**#5: Problemas laborales recientes**

El desempleo está asociado con un aumento del riesgo de reincidencia en general y los agresores que están desempleados tienen una mayor probabilidad de reincidir violentamente. Un nivel económico bajo y preocupaciones económicas, así como los cambios que tienen lugar en el estatus laboral, pérdida de empleo (despido o baja) también son un factor de riesgo de violencia conyugal y de incremento de la violencia en general.

<b>2</b>	<b>Desempleado con antecedentes de empleo inestable en el último año</b>
<b>1</b>	<b>Desempleado con antecedentes de empleo estable en el último año o empleado con antecedentes de empleo inestable en el</b>

	<b>último año</b>
<b>0</b>	<b>Empleado con antecedentes de empleo estable en el último año</b>



### **#6: Víctima o testigo de violencia familiar en la infancia o adolescencia**

Existe una relación importante entre victimización infantil y criminalidad en general. El haber sido victimizado o haber presenciado violencia de niño o de adolescente, no sólo aumenta la probabilidad de violencia hacia la pareja en edad adulta, sino también la probabilidad de reincidencia. La probabilidad de riesgo será mayor si estas dos variantes co-existen, es decir, si el individuo ha sido no sólo testigo sino también víctima de violencia.

<b>2</b>	<b>Victima o testigo de violencia familiar <i>frecuente</i> en la infancia o adolescencia</b>
<b>1</b>	<b>Victima o testigo de violencia familiar <i>infrecuente</i> en la infancia o adolescencia</b>
<b>0</b>	<b>Jamás ha sido victima o testigo de violencia familiar</b>

**0-0-0-0**

### **#7: Abuso reciente o dependencia de sustancias**

Uso o abuso de sustancia correlaciona con criminalidad y recidivismo en general. Los agresores con antecedentes violentos, violencia familiar o maltrato conyugal, hacen uso de sustancias más frecuentemente que los que no tienen antecedentes violentos. Cabe resaltar que la personalidad del maltratador es consistente con conductas de abuso de sustancias.

<b>2</b>	<b>Abuso o dependencia <i>seria</i> durante el último año</b>
<b>1</b>	<b>Abuso o dependencia moderada durante el último año</b>
<b>0</b>	<b>No existe evidencia de abuso o dependencia durante el último año</b>

*Seria* se refiere a que el uso de cualquier sustancia haya alterado la salud o nivel funcional del individuo. La severidad se puntúa independientemente de que el individuo recibiera tratamiento o no.

**0-0-0-0**

### **#8: Ideación suicida u homicida reciente**

La relación entre ideación homicida y riesgo de violencia es obvia. Aunque esta relación no es tan obvia entre violencia e ideación suicida, sí existe una relación entre estados críticos y situaciones desesperadas, y conducta violenta hacia otros. Los hombres que matan a sus parejas, a menudo

refieren haber tenido ideas suicidas antes de cometer su agresión. De hecho no es infrecuente que algunos de estos hombres cometan suicidio después del homicidio.

<b>2</b>	<b>Ideación suicida u homicida, seria, durante el último año</b>
<b>1</b>	<b>Ideación suicida u homicida, moderada, durante el último año</b>
<b>0</b>	<b>No existe indicio de ideación suicida u homicida durante el último año</b>

*Seria* se refiere a que el individuo la perciba como intrusiva, persistente, que incluya métodos altamente letales o que el intento sea moderado o alto.

**0-0-0-0**

**#9: síntomas psicóticos o maniacos, recientes**

Existe una correlación obviamente positiva entre síntomas psicóticos y violencia previa. Sin embargo, la probabilidad de recidivismo disminuye cuando los síntomas son tratados. Los síntomas psicóticos como verbalizaciones desorganizadas o ilógicas, delusiones, alucinaciones y conducta extraña, y los síntomas maniacos euforia extrema, grandiosidad, ideas galopantes e hiperactividad motora, se asocian con un aumento de la probabilidad de riesgo de violencia, a corto plazo.

<b>2</b>	<b>Síntoma psicóticos serios durante el último año</b>
<b>1</b>	<b>Síntoma psicóticos moderados durante el último año</b>
<b>0</b>	<b>No existe evidencia de síntoma psicóticos durante el último año</b>

**0-0-0-0**

**#10: Trastorno de la personalidad acompañada de ira, impulsividad o inestabilidad conductual**

Los trastornos de personalidad se asocian frecuentemente con colectivos de agresores, especialmente los trastornos caracterizados por ira, impulsividad e inestabilidad conductual (personalidad antisocial/psicopática, límite, narcisista, histriónica). Están también asociados con un índice más elevado de riesgo de violencia criminal y recidivismo en general.

Este ítem se debe codificar en base a evaluaciones y diagnósticos anteriores, o en su defecto con la asistencia de un especialista en salud mental (psicólogo o psiquiatra).

<b>2</b>	<b>Trastorno de personalidad caracterizado por problemas <i>serios</i> de ira, impulsividad o inestabilidad conductual</b>
<b>1</b>	<b>Trastorno de personalidad caracterizado por problemas moderados de ira, impulsividad o inestabilidad conductual</b>
<b>0</b>	<b>No existe indicio de trastorno de personalidad caracterizado,</b>

*Serio* se refiere a que a raíz de estos síntomas el individuo:

- a) ha recibido o necesitado tratamiento en régimen interno o externo en un hospital,
- b) los síntomas le hayan desencadenado una disfunción a nivel social
- c) haya tenido una puntuación igual o mayor a 25 en el PCL-R o igual o mayor a 15 en el PCL:SV.

*Moderado* se refiere a que los síntomas no hayan necesitado tratamiento y la disfunción a nivel social haya sido moderada o leve.

<b>ANTECEDENTES DE AGRESIÓN CONYUGAL</b>
------------------------------------------

**#11: Agresión físico previo**

Los individuos que hayan exhibido conductas de agresión en relaciones íntimas pasadas o en las actuales plantean un riesgo mayor de reincidencia. El agresión físico se refiere al ataque o amenaza, con o sin arma, pero excluye el agresión sexual.

<b>2</b>	<b>Agresión físico a su pareja actual o previa</b>
<b>1</b>	<b>Intento de agresión físico a su pareja actual o previa</b>
<b>0</b>	<b>No existe indicio de agresión físico a su pareja actual o previa</b>

**0-0-0-0**

**#12: Agresión sexual previo /celotipia**

Las tipologías de maltratadores nos indican que los patrones conductuales de agresión sexual graves conllevan muy frecuentemente la existencia de celotipia extrema. Los individuos que han asaltado sexualmente a sus parejas o han demostrado unos celos sexuales exagerados están más inclinados a reincidir violentamente.

<b>2</b>	<b>Agresión sexual a su pareja actual o previa o agresión físico provocado por un episodio <i>serio</i> de celos sexuales</b>
<b>1</b>	<b>Intento de agresión sexual a su pareja actual o previa o</b>

	<b>antecedentes serios de celos sexuales</b>
<b>0</b>	<b>No existe evidencia de agresión sexual a su pareja actual o previa ni antecedentes serios de celos sexuales</b>

*Agresión sexual* incluye agresión con arma pero excluye amenazas.  
*Serio* se refiere a que los celos han sido el foco de tratamiento psiquiátrico previo o son los desencadenantes de alteraciones funcionales a nivel social.

**0-0-0-0**

**#13: Uso previo de armas o amenazas mortales verosímiles**

Aquellos individuos que han utilizado un arma previamente en el agresión a su pareja o que han amenazado con utilizar un arma en el futuro plantean un riesgo alto de violencia y recidivismo. La agresión verbal o amenazas en matrimonios nuevos parece ser un precursor de violencia.

<b>2</b>	<b>Uso previo de armas o amenazas mortales verosímiles</b>
<b>1</b>	<b>Amenazas de uso de armas o amenazas verosímiles de causar daño corporal</b>
<b>0</b>	<b>No existe evidencia de uso previo de armas o amenazas verosímiles de daño corporal</b>

El *uso de armas* incluye, arma de fuego, arma blanca, objetos utilizados como porras.

*Verosímil* se refiere a que la víctima lo perciba como creíble.

*Amenazas sutiles* se codificarán como amenazas de daño corporal serio.

**0-0-0-0**

**#14: Escalada reciente en frecuencia y severidad de los agresións**

Es bien sabido que el ciclo de violencia de pareja está caracterizado por unos patrones conductuales entre los cónyuges. La escalada reciente en frecuencia y gravedad de los agresións está relacionada con un peligro inminente de reincidencia. Se aconseja revisar todos los datos que sean relevantes de los patrones de violencia, de la pareja en cuestión.

<b>2</b>	<b>Escalada evidente en frecuencia y gravedad de la conducta de agresión durante el último año.</b>
<b>1</b>	<b>Posible escalada en frecuencia y gravedad de la conducta de</b>

	<b>agresión durante el último año.</b>
<b>0</b>	<b>No existe evidencia de escalada en frecuencia y gravedad de la conducta de agresión durante el último año.</b>

**0-0-0-0**

**#15: Violaciones previas de ordenes restrictivas**

Las violaciones previas de ordenes restrictivas están asociadas con recidivismo en general. Aunque no existe evidencia directa en este hecho, sí que se ha constatado, en la clínica, que los maltratadores que han violado previamente una orden de alejamiento, plantean un riesgo mayor de recidivismo.

<b>2</b>	<b>Arrestos previos por violación de ordenes restrictivas</b>
<b>1</b>	<b>Previas violaciones de ordenes restrictivas que no concluyeron en arresto</b>
<b>0</b>	<b>No existe evidencia de violaciones previas de ordenes restrictivas o existencia de ordenes restrictivas</b>

**0-0-0-0**

**#16: Minimización o negación extrema de antecedentes de agresión conyugal**

La mayoría de los agresores niegan o minimizan sus conductas antisociales. De la misma manera la negación y minimización de los maltratadores están asociadas con la falta de voluntad intencionada de desistir en tal conducta y por lo tanto con un aumento del riesgo de reincidencia violenta.

<b>2</b>	<b>Minimización extrema o negación de conducta de agresión previa a pesar de la existencia de evidencia contraria a ello en uno o más de los siguientes puntos:</b> a) el individuo niega muchos o todos los agresiones previos b) el individuo niega su responsabilidad personal por la mayoría o por todos los agresiones previos, culpando a la víctima c) el individuo niega las consecuencias serias de la mayoría o de todos los agresiones (por ejemplo, mantiene que la víctima no sufrió lesiones físicas)
<b>1</b>	<b>Minimización moderada o negación de conducta de agresión previa a pesar de la existencia de evidencia contraria a ello en uno o más de los siguientes puntos:</b> a) el individuo niega muchos de los agresiones previos pero admite algunos b) el individuo niega su responsabilidad personal por algunos de los agresiones previos, culpando a la víctima, pero acepta la responsabilidad por otros c) el individuo niega las consecuencias serias de alguno de los agresiones (por ejemplo, mantiene que la víctima no sufrió lesiones físicas) pero acepta las consecuencias de otros agresiones.
<b>0</b>	<b>Discrepancia mínima o inexistente entre el relato de los hechos que da el individuo y los hechos documentados.</b>

**0-0-0-0**

**#17: Actitudes a favor del agresión conyugal**

Las actitudes dictadas por creencias o valores plantean diferencias entre los hombres que han asaltado a sus cónyuges y a los que no lo han hecho. Una de las características comunes a estas actitudes es el acuerdo o desacuerdo

con agresión conyugal que se traduce en alentar o disuadir implícita o explícitamente

- a) el patriarcado,
- b) la misoginia,
- c) el uso de violencia en resolución de conflictos.

Tales actitudes, frecuentemente, coexisten con minimización y negación de agresión conyugal y están asociadas con un incremento de reincidencia violenta. Posiblemente, explican los autores, las actitudes rígidas de los roles sexuales son indicadores de violencia conyugal.

<b>2</b>	<b>Respalda explícitamente las actitudes a favor del agresión conyugal</b>
<b>1</b>	<b>Posible respaldo implícito de las actitudes a favor del agresión conyugal</b>
<b>0</b>	<b>No existe evidencia de actitudes a favor del agresión conyugal</b>

**0-0-0-0**

<b>SUMARIO DE LA AGRESIÓN ACTUAL</b>
--------------------------------------

**#18: Agresión físico y/o sexual**

Ambos asociados con un mayor riesgo de violencia futura. Este ítem se codifica sólo por el índice de violencia en el sumario de la agresión.

<b>2</b>	<b>Violencia severa y/o sexual en el sumario de agresión</b>
<b>1</b>	<b>Violencia moderada en el sumario de agresión</b>
<b>0</b>	<b>No existe evidencia de violencia física o sexual en el sumario de agresión</b>

Violencia severa se refiere a que la víctima haya sufrido lesiones físicas serias que hayan requerido atención médica.

**0-0-0-0**

**#19: Uso de armas o amenazas verosímiles**

El uso de armas y amenazas de muerte con intención de causar miedo a la víctima están asociadas con un aumento de violencia futura.

Este ítem debe codificarse solamente considerando el sumario de agresión.

<b>2</b>	<b>Uso de arma o amenaza de muerte verosímil en el sumario de agresión</b>
<b>1</b>	<b>Amenaza de usar un arma o amenaza de muerte verosímil en el sumario de agresión</b>
<b>0</b>	<b>No existe evidencia del uso de arma o amenaza de uso de arma o amenaza de muerte verosímil en el sumario de agresión</b>

El uso de armas incluye, arma de fuego, arma blanca, objetos utilizados como porras.

*Verosímil* se refiere a que la víctima lo perciba como tal.

Amenazas sutiles se codificarán como amenazas de daño corporal serio.

#### **#20: Violación de ordenes restrictivas**

Las violaciones previas de ordenes restrictivas están asociadas con recidivismo en general. Este ítem se debe codificar, solamente, en relación al sumario de la agresión. No confundir este ítem con el ítem 15 de los factores estáticos (antecedentes).

<b>2</b>	<b>El sumario de agresión incluye <i>arresto</i> por violación de ordenes restrictivas en sentencias civiles o criminales</b>
<b>1</b>	<b>El sumario de agresión incluye <i>violación</i> de ordenes restrictivas en sentencias civiles o criminales</b>
<b>0</b>	<b>el sumario de agresión <i>NO</i> incluye violación de ordenes restrictivas en sentencias criminales, o el individuo nunca tuvo tal orden.</b>

**0-0-0-0**

<b>OTRAS CONSIDERACIONES</b>
----------------------------------



- ***Crisis emocionales presentes*** específicamente las que hayan requerido tratamiento psiquiátrico aunque sin síntomas psicóticos o maníacos (estos ya se codifican en el ítem 9).
- ***Antecedentes de haber torturado o desfigurado a una pareja íntima***
- ***Sadismo sexual***
- ***Acceso libre a armas de fuego*** como pistolas, rifles, escopetas. Este ítem se refiere a la accesibilidad directa del individuo con las armas de fuego. Es decir si las tiene en su casa, o en el trabajo, o en un lugar cercano. El riesgo será doblemente mayor si: a) el individuo manifiesta ideas suicidas u homicidas; b) el individuo ha utilizado un arma de fuego en el pasado; c) el individuo ha amenazado con utilizar un arma de fuego; o el individuo ha adquirido un arma de fuego recientemente.
- ***Acecho*** o antecedentes de acoso e intimidación permanente a su pareja en el pasado o actualmente. El acecho generalmente implica destrucción de alguna propiedad de la víctima, amenazas vagas hacia ella o sus amigos/as o familiares y vigilancia.
- ***Perdida reciente de apoyo social***

**0-0-0-0**

**Tabla 1**

**Estrategias de manejo del riesgo asociado con los ítems del SARA**

<b>Ítems</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Intervención</b>
1,2,3,15,20	Estáticos	-Supervisión intensiva
10,16,17	Principalmente estáticos	-Supervisión intensiva (estática) -Terapia individual a largo plazo (dinámica) -Terapia de grupo (dinámica) -psico-educación

		(dinámica)
4,5	Estáticos y/o dinámicos	-Tratamiento interpersonal en grupo o individual (estático) -Orientación legal (dinámico) -Orientación vocacional
7	Dinámico	-Obligatorio, abstinencia, toxicología -Tratamiento de drogas o alcohol
8,9	Dinámico	-Intervención en crisis -Hospitalización -Medicación psicotrópica -Restricción obligatoria de armas

## HOJA DE CODIFICACIÓN del S.A.R.A.

**NOMBRE:**

**FECHA:**

<b>ITEM</b>	<b>0-1- 2</b>	<b>Item crítico Si-no</b>
<b>ANTECEDENTES CRIMINALES</b>		
1.- 2.- 3.-		
<b>AJUSTE PSICOSOCIAL</b>		
4.- 5.- 6.- 7.- 8.- 9.- 10.-		
<b>ANTECEDENTES DE VIOLENCIA CONYUGAL</b>		
11.- 12.- 13.- 14.- 15.- 16.- 17.-		
<b>AGRESIÓN ACTUAL</b>		
18.- 19.- 20.-		
<b>OTRAS CONSIDERACIONES</b>		
<b>RESUMEN DE LAS PUNTUACIONES DE RIESGO</b>		
1.-		
2.-		
<b>ESPECIFICAR</b>		

