



Riesgo de violencia institucional y comunitaria en delincuentes con trastorno mental



Laura Negro^a, Francesca Melis^a y Óscar Herrero^{b,*}

^a Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, España

^b Centro Penitenciario de Cáceres, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 7 de agosto de 2014

Aceptado el 9 de enero de 2015

On-line el 8 de abril de 2015

Palabras clave:

Riesgo
Violencia
Trastorno mental

Keywords:

Risk
Violence
Mental disorder

R E S U M E N

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

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

Risk of institutional and community violence in mentally-disordered offenders

A B S T R A C T

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

© 2015 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

El proceso de evaluación del riesgo de violencia está formado por cuatro componentes: identificar empíricamente los factores de riesgo válidos, determinar un método para medir dichos factores, establecer un procedimiento para combinar puntuaciones y finalmente realizar una estimación de riesgo. Durante la última década ha cobrado relevancia en este campo el denominado juicio profesional estructurado, que engloba tanto la identificación como la medida de los factores relevantes aunque, a diferencia de los abordajes actuariales, deja la decisión última sobre la asignación de un nivel de riesgo al juicio del evaluador (Skeem y Monahan, 2011). Uno de los principales objetivos de la evaluación del riesgo es la

identificación y manejo de las personas con mayor probabilidad de conductas violentas (Chu, Daffern y Ogloff, 2013). Diversos trabajos sugieren que el juicio profesional estructurado aporta valor predictivo por encima de otros abordajes (Douglas, Ogloff y Hart, 2003; Nicholls, Ogloff y Douglas, 2004; Vogel y Ruiter, 2006). Uno de los instrumentos contruidos desde esta perspectiva es el Historical Clinical Risk Management (HCR-20) (Webster, Eaves, Douglas y Wintrup, 1995). Se trata de una guía para la valoración del riesgo de reincidencia violenta que ha sido utilizada extensamente con pacientes psiquiátricos. Se compone de 20 ítems divididos en tres grupos: ítems históricos o escala H (referentes a la historia delictiva, social y psiquiátrica), clínicos o escala C (estado mental en el momento del delito y en la actualidad) y de gestión de riesgo o escala R (plan de tratamiento, servicios y apoyos). Cada ítem se puntúa de 0 a 2. No se establecen puntos de corte estadístico sino que es el propio evaluador el que ha de valorar finalmente el nivel

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

de riesgo asignado al evaluado y las posibles estrategias para su gestión. El conocimiento de los factores de riesgo, de los factores desencadenantes y de su interacción es fundamental para predecir el comportamiento violento (Gómez, 2009).

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

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

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

En el ámbito de la violencia institucional, los factores dinámicos parecen ser los más efectivos como predictores. McDermott, Edens, Quanbeck y Busse (2008) mostraron que el factor 2 del PCL-R estaba

débilmente relacionado con las agresiones dentro de contextos institucionales, mientras que las escalas clínica y de manejo de riesgo del HCR-20 eran válidos para identificar pacientes forenses con un riesgo elevado de presentar comportamientos agresivos. La escala histórica se mostró independiente de las variables criterio.

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

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

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

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

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/314509>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/314509>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)