



**Universidad Nacional de La Plata**

**Facultad de Ciencias Médicas**

**Carrera de Doctorado**

**Tesis Doctoral**

**PREDICCIÓN DE LA CONDUCTA VIOLENTA EN LA  
POBLACIÓN PSIQUIÁTRICA FORENSE A TRAVÉS  
DE LA HCR-20 y PCL-R**

**Autora:**

**Dra. Lisieux Elaine de Borba Telles**

**Director de Tesis:**

**Prof. Dr. Jorge Oscar Folino**

**Co-Director de Tesis:**

**Prof. Dr. José Geraldo Vernet Taborda**

**Porto Alegre (Brasil) - La Plata (Argentina)**

**2009**

## AUTORIDADES

Señor Decano Prof. Dr. Jorge Guillermo MARTINEZ
Señor Vicedecano Prof. Dr. Enrique PEREZ ALBIZÙ
Señora Secretaria Académica Prof. Dra. Ana Lía ERRECALDE
Señor Secretario de Extensión Universitaria Prof. Dr. Jorge FOLINO
Señor Secretario de Asuntos Estudiantiles Dr. Guillermo PRAT
Señor Secretario Docente Asistencial Prof. Dr. Fernando CURCIO
Señora Secretaria de Supervisión Administrativa Norma FORTUNATO
Señora Secretaria Administrativa LIDIA ANTONINI
Prosecretario de Ciencia y Técnica Prof. Dr. Gustavo Juan RINALDI
Director del Departamento de Graduados Prof. Dr. Eduardo RODRIGUEZ
A cargo de la Dirección del Hospital Universitario Integrado Dr. Guillermo PRAT y Dr. Fernando CURCIO
Señor Asesor de Gestión Dr. Felipe COMPOAMOR

Director de la Escuela Universitaria de Recursos Humanos del Equipo de Salud  
Prof. Dr. Alberto FONTANA

## **CONSEJEROS SUPERIORES**

### Claustro de Profesores

Titular	Suplente
Prof. Dr. Horacio Luis BARRAGAN	Prof. Dra. Blanca M. CAMPOSTRINI

### Claustro de Graduados

Titular	Suplente
Dr. Raúl Alfredo SEMPER	Dr. Daniel César CORSIGLIA

### Claustro Estudiantil

Titular	Suplente
Sr. Ramiro BERDESEGAR	Srta. Claudia IRIARTE

## **CONSEJEROS ACADÉMICOS**

### Claustro de Profesores

#### Titulares

Prof. Dr. Jorge C. Ramondi  
Prof. Dr. Gabriel H. Luppi  
Prof. Dra. Graciela S. Etchegoyen  
Prof. Dr. José Luis Carrera  
Prof. Dr. Julio C. Hijano  
Prof. Dra. Liliana R. Gómez

## **CLAUSTRO DE GRADUADOS**

#### Titulares

Dra. Marisa M. Cobos  
Dr. Francisco J. Terrier

## RESUMEN

**Antecedentes:** En Brasil, la evaluación de riesgo de violencia en la población psiquiátrica forense es denominada Examen de Evaluación de Cese de Peligrosidad. Esta pericia ha sido conducida por psiquiatras de una forma no estructurada, poco objetiva, basándose en criterios clínicos y sociales. El HCR-20 ha sido usado en diversos países con el fin de aumentar la precisión de este examen.

**Objetivos:** El presente estudio fue planeado con el objetivo de implementar un método de evaluación de riesgo sistematizado y obtener criterios empíricos para factores de riesgo de conducta violenta en internos de hospitales psiquiátricos forenses. También se buscó estimar la evaluación de confiabilidad y la precisión predictiva del HCR-20 en población manicomial brasileña.

**Método:** Se utilizó un diseño de cohorte prospectiva concurrente. La cohorte se seleccionó dentro de la población de pacientes de la Unidad D (N = 68) del Instituto Psiquiátrico Forense Mauricio Cardoso (IPF), Brasil. En la evaluación basal fueron utilizados los instrumentos HCR-20 - Assessing Risk for Violence, Version 2, y Hare Psychopathy Checklist, Revised (PCL-R), como también un cuestionario de datos sociodemográficos y criminológicos. Durante el período de seguimiento de un año fueron evaluados episodios de conducta violenta y/o anti-social (“evento violento” y “cualquier evento”), registrándolos en un cuestionario de seguimiento. También se realizó el estudio de confiabilidad del uso del HCR-20 en la población psiquiátrica forense. Dos examinadores evaluaron una muestra aleatoria de 30 pacientes que cumplían Medida de Seguridad en el IPF, atribuyendo puntajes de forma independiente. La precisión del HCR-20 y del PCL-R en pronosticar comportamiento violento y/o anti-social también fue evaluada. El proyecto contó con la aprobación de la dirección del IPF, del Comité de Ética en Investigación del IPF y de la

Carrera de Doctorado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP).

**Resultados y Conclusiones:** En el estudio de confiabilidad se obtuvieron los siguientes promedios de las puntuaciones en subescalas consensuadas entre los entrevistadores: H (histórica) = 13,1; C (clínica) = 4,8 e R (manejo de riesgo) = 5,8. El valor del Coeficiente de Correlación Interno (CCI) para la puntuación de la subescala H (histórica) fue 0,97, para la puntuación de la subescala C (clínica) fue 0,94, y, para la subescala R (manejo de riesgo), fue 0,96. En cuanto a los ítems individuales del HCR-20, el resultado del CCI fue de bueno a excelente (media = 0,97; intervalo de 0,60 a 0,99). La confiabilidad entre los evaluadores de la versión brasileña fue similar a los resultados de estudios en otros países.

Para toda la cohorte, la media de puntuación total de la PCL-R fue de 13,54 y de la HCR-20 fue de 23,32. La tasa de recidiva en un año fue de 73,5%.

Entre los factores de riesgo explorados se destacan por su eficacia predictiva, la escala HCR-20 total y la subescala H para “cualquier evento”, y la escala HCR-20 total para “evento violento”. La eficacia predictiva de las escalas HCR-20 y PCL-R fue mayor para “cualquier evento” que para “evento violento”. Este hallazgo orienta a considerar que la predicción de las escalas y de las subescalas varían de acuerdo con el comportamiento a ser previsto.

Al contemplar la probabilidad de recidiva y la probabilidad de recidiva acumulada en el tiempo, los instrumentos HCR-20 y PCL-R tuvieron un comportamiento en línea con lo esperado. En todas esas exploraciones, los instrumentos diferenciaron significativamente al grupo de la muestra cuya probabilidad de “evento violento” y de “cualquier evento” aumenta más tempranamente, y al grupo con mayor recidiva.

**Palabras claves:**

Trastornos Mentales. Violencia. Factores de Riesgo. Peligrosidad. Conducta Peligrosa. Confiabilidad. HCR-20.

## **ABSTRACT**

**Background:** In Brazil assessing risk of violence in a forensic psychiatry population is called Examination to Verify Ceasing Dangerousness. This expert assessment is performed by in an unstructured manner by psychiatrists, without much objectivity, based on clinical and social criteria. HCR-20 has been used in several countries to increase the accuracy of this exam.

**Objectives:** The present study was planned for the purpose of implementing a systematic risk assessment method and to obtain objective criteria for risk factors of violent behavior among the inpatients of forensic psychiatric hospitals, as well as to inform the results of the reliability assessment and predictive accuracy of HCR-20 in the Brazilian mental hospital population.

**Method:** A concurrent prospective cohort design was used. The cohort was selected among the population of patients in Unit D (N = 68) at Instituto Psiquiátrico Forense Mauricio Cardoso (IPF), Brazil. For the baseline assessment the following instruments: HCR-20 - Assessing Risk for Violence, Version 2, and Hare Psychopathy Checklist, Revised (PCL-R) were used, as well as a questionnaire on sociodemographic and criminological information. During the one-year follow up, episodes of violent and/or anti-social behavior were assessed, and recorded in a follow up questionnaire. The reliability study of the use of HCR-20 was performed in a forensic psychiatric population. Two examiners assessed a random sample of 30 patients, to comply with a Commitment Order (Medida de Segurança) at the IPF, assigning score independently. The accuracy of HCR-20 and PCL-R to predict violent and/or anti-social behavior was also assessed. The project was approved by the Board

of the IPF, the Ethics in Research Committees of the IPF and the PhD Program of Facultad de Ciencias Médicas at Universidad Nacional de La Plata (UNLP).

**Results and Conclusions:** The reliability study showed the following values of the consensus means among the interviewers: H (historical) = 13.1; C (clinical) = 4.8 and R (risk management) = 5.8. The value of the Internal Correlation Coefficient (ICC) for the score of subscale H(historical) was 0.97, for subscale C (clinical) 0.94, and for subscale R (risk management) 0.96. As to the individual items of the HCR-20, the result of the ICC was good to excellent (mean=0.97; interval from 0.60 to 0.99). Interrater reliability of the Brazilian version was similar to the results of studies in other countries.

For the whole cohort, the mean total score of PCL-R was 13.54 and of HCR-20 it was 23.32.

The rate of recidivation in May 2008 was 73.5%.

Outstanding among the risk factors explored for their predictive efficacy are scale HCR-20 and subscale H for any event, and scale HCR-20 for a violent event. The predictive efficacy of scales HCR-20 and PCL-R was greater for any event than for a violent event. This finding leads to the assumption that the prediction of scales and subscales varies according to the behavior to be predicted.

By taking into account the possibility of recidivation and the probability of recidivation accumulated over time, instruments HCR-20 and PCL-R behaved as expected. In all these explorations, the instruments significantly differentiated the group of the sample whose probability of violent recidivation and in any event increases earlier from the group with the greatest recidivation.

**Key-words:**

Mental Disorders. Violence. Risk Factors. Hazard. Dangerous Behavior. Reliability. HCR-20.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradezco, en especial, al Prof. Dr. Jorge Oscar Folino por todos los enseñamientos, ejemplos, incentivo y la amistad dispensadas durante la realización de esta tesis y durante los años do postgrado.

Al Prof. Dr. José Geraldo Vernet Taborda, por las orientaciones dispensadas a esta tesis, por el reconocimiento del trabajo desarrollado en el IPF e incentivo a la participación en eventos científicos en el exterior que culminaron en el encuentro con el Dr. Folino.

A los Doctores Vivian Peres Day y Pedro Henrique Iserhard Zoratto con quienes tengo la honra de trabajar y compartir diversas fases de esta tesis y de la vida profesional.

A las estudiantes de medicina Luciane Biancon Gemelli y Mariana Guimarães Coelho que con entusiasmo y determinación contribuyeron para la realización de la tesis.

Al equipo multidisciplinar de la Unidad D del IPF que estuvo presente en el día a día de observación y registro de las interurrencias de los pacientes, a través de las colegas Marília Hentschel, Eliana Ruas da Silva, Eliane Garbarski, Alexandra Giron, Angélica dos Santos, Lidia de Fraga Marisa Garcia y Marisa Garcia.



Al Dr. Luiz Carlos Illafont Coronel por las parcerías docentes en el Curso de Postgrado en Salud Mental y Ley y en la Cátedra de Psiquiatría Forense de la Residencia Médica en Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico São Pedro.

Al Dr. Alfredo Cataldo Neto por la oportunidad de colaborar con la disciplina de Psicoterapia en situaciones especiales, módulo de Psiquiatría Forense de la Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Al Dr. Jair Knijnik por la oportunidad de colaborar como profesora convidada de la disciplina de Psiquiatría Forense destinada a los alumnos de Residencia Médica en Psiquiatría y del curso de Especialización en Psiquiatría del Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

A los colegas de directoria de la Associação Psiquiátrica do Rio Grande do Sul 2006/2007 Laís Knijnik, Lizete Pessini Pezzi, Zelig Libermann, Ieda Bischoff Portella, Sonia Kunzler y Hamilton Fontoura por el incentivo y la comprensión de todas mis ausencias.

Al Dr. Manoel Antônio Pita Pinheiro Albuquerque y a la Dra. Elizabeth Friedrich Marc que nos antecedieron en el IPF, dejando un legado de enseñamientos y construcciones.

A los funcionarios del IPF, el Sr. Vladimir Rosa Henrique, Alberto André A.Borges y Sady Jose Domingues, que con su competencia, disponibilidad y amistad auxiliaron en diversas etapas de este trabajo.

Al profesor Fernando José García Bracco por todos los enseñamientos de la lengua española y por la traducción de esta tesis.

A Nara Amália Caron por las palabras tan necesarias.

Para aquellos que me dieron amor, ejemplo,  
apoyo y alegría desde siempre:

João y Terezinha Borba, Jorge, Mateus y Bibiana  
Telles.

Para las personas que un día perdieron la razón y  
la libertad, en la esperanza de nuevos caminos.

## ÍNDICE

<b>Resumen y Palabras claves.....</b>	<b>04</b>
<b>Agradecimientos.....</b>	<b>08</b>
<b>Dedicatoria.....</b>	<b>10</b>
<b>Índice:.....</b>	<b>11</b>
<b>1)Introducción.....</b>	<b>13</b>
<b>2)Justificación.....</b>	<b>17</b>
<b>3)Revisión Bibliográfica.....</b>	<b>19</b>
<b>4)Objetivos.....</b>	<b>28</b>
<b>5)Hipótesis.....</b>	<b>29</b>
<b>6)Metodología.....</b>	<b>30</b>
<b>7)Difusión y Utilización de los Resultados.....</b>	<b>45</b>
<b>8)Resultados.....</b>	<b>46</b>
<b>9)Discusión.....</b>	<b>82</b>
<b>10)Conclusión.....</b>	<b>95</b>
<b>11)Bibliografía.....</b>	<b>97</b>
<b>Anexos:</b>	
<b>I. TÉRMINO DE CONSENTIMIENTO LIBRE Y ACLARADO.....</b>	<b>115</b>
<b>II. CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS Y CRIMINOLÓGICOS .....</b>	<b>118</b>
<b>III. HCR-20 ASSESSING RISK FOR VIOLENCE, VERSION 2 .....</b>	<b>123</b>

<b>IV. HARE PSYCHOPATHY CHECKLIST, REVISED (PCL-R).....</b>	<b>126</b>
<b>V. ESCALA DE AGRESIVIDAD EVIDENTE (OAS).....</b>	<b>129</b>
<b>VI. CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO DE TENGSTRÖM Y COLABORADORES: EVALUACIÓN DE LA AGRESIÓN Y COMPORTAMIENTO ANTISOCIAL..</b>	<b>134</b>
<b>VII. AUTORIZACIÓN PARA HACER LA INVESTIGACIÓN DE LA DIREC- CIÓN DEL IPF .....</b>	<b>139</b>
<b>VIII. DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL IPF..</b>	<b>140</b>
<b>IX. SIGLAS UTILIZADAS.....</b>	<b>141</b>

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1. Establecimiento del problema

En el momento en que Brasil se encuentra inmerso e impotente frente a las diversas violencias del cotidiano – las muertes por causas externas ocupan el tercer lugar en el ranking de la mortalidad nacional y la reincidencia criminal alcanza índices del 70% – son levantadas cuestiones como progresión de la pena y libertad condicional y, la relación de la violencia con el uso de sustancia psicoactiva, la psicopatía o la enfermedad mental (Brasil, 2000; Morana, 2004; Telles, 2007, 2008, 2009; Telles et al, 2000, 2002, 2008; Telles & Folino, 2006, 2007; Chalub & Telles, 2006).

¿ Cuáles serían los factores de riesgo de la conducta violenta?

¿ Es posible prever la recidiva criminal?

¿ El enfermo mental es peligroso?

Cabe a los psiquiatras forenses la difícil tarea de la evaluación y de la previsión del riesgo de la conducta violenta (Arboleda-Flórez, 2006) en poblaciones psiquiátricas, de cárceles y de manicomios judiciales.

La aplicación de la evaluación de riesgo en el ámbito forense brasileño se justifica en los Exámenes de Verificación del Cese de la Peligrosidad, Examen del Cese de Dependencia Química, Examen Criminológico, Parecer para Cambio de Pena y Examen para otorgar la Libertad Condicional que suele requerir la autoridad judicial (Abdalla, 2004 a y b).

Lamentablemente los estudios científicos nacionales sobre la ejecución de estas evaluaciones son muy escasos.

Day et al (1991) estudiaron los criterios para medir la peligrosidad en la población de pacientes que se encontraban cumpliendo Medida de Seguridad en el IPF de la provincia de Rio Grande do Sul, Brasil, y llegaron a la conclusión de la inexistencia de criterios uniformes o estandarizados. Según los autores los parámetros variaban de local para local, de médico para médico, inclusive dentro de un mismo hospital y con un mismo paciente.

Mecler et al (2001) describieron la evaluación del Cese de Peligrosidad en el Hospital de Custodia y Tratamiento Heitor Carrilho, en Rio de Janeiro, y concluyeron que los criterios más usados en la evaluación de la peligrosidad eran la presencia o la ausencia de sintomatología psicótica aguda, el comportamiento del evaluado en la institución y la presencia o no del apoyo sociofamiliar.

El desarrollo de instrumentos de evaluación estandarizados han contribuido para mejorar la validez y la confiabilidad de las previsiones en lo referente al riesgo de violencia, en diversos países (Stone, 2002; Hartvig et al, 2006). Algunos de los instrumentos más prometedores son el HCR-20 - Assessing Risk for Violence, Version 2, y el Hare Psychopathy Checklist, Revised (PCL-R).

La Escala Hare PCL-R se constituye, en el momento, en el instrumento más adecuado para la detección de la psicopatía. Esta patología, por su vez, es la responsable por los crímenes más violentos y por los mayores índices de recidiva criminal. El uso del mismo ya había sido propuesto por Jozef, en 2002, como parte de la entrevista semi estructurada para uso psiquiátrico-forense y, actualmente, se cuenta con estudios de validación en el medio

brasileño (Morana, 2005). Resta ahora proceder a la validación nacional del HCR-20, lo que se constituye en uno de los objetivos de esta pesquisa.

## **1.2. La peligrosidad y la legislación brasileña**

El término peligrosidad tuvo su origen en conceptos filosóficos de la Escuela Positivista del Derecho Penal siendo incorporado, posteriormente, al pensamiento psiquiátrico.

En Brasil, la Escuela de Recife introdujo la discusión sobre la criminología europea, creando un espacio de reflexión y crítica a la hegemonía de las ideas de la Escuela Clásica del Derecho. Posteriormente a la Proclamación de la República y a la promulgación del Código Penal de 1890 varios licenciados en Derecho constituyeron un movimiento de propaganda de los teóricos europeos denominado Nueva Escuela Penal. Nina Rodrigues colocó la medicina en el debate jurídico y realizó una lectura crítica de los autores del Viejo Continente (Almeida, 2005).

El Código Penal de 1940 nació bajo la influencia de estos movimientos y así trató la cuestión de la peligrosidad:

En su artículo 78 fueron presumidos como peligrosos los inimputables y los semi-imputables, los condenados por crimen cometido en estado de embriaguez por alcohol o sustancia de efecto análogo, los reincidentes en crímenes dolosos y los condenados por crimen de asociación, bando o cuadrilla.

Ya el artículo 77 determinaba que “cuando la peligrosidad no es presumida por ley, debe ser reconocido peligroso el individuo, si su personalidad y antecedentes, bien como

los motivos y circunstancias del crimen autorizan a la suposición de que venga o torne nuevamente a delinquir” (Brasil, 1940).

Según Almeida (2005), ante la necesidad de alguna forma de defensa social contra los portadores de “personalidad psicopática”, encuadrados como “perturbación de la salud mental” y, por lo tanto semi-imputables, restaba a éstos cumplir con el sistema duplo binario. En esta modalidad dos sanciones penales de naturalezas diversas podrían alcanzar a los semi-responsables, siendo su aplicación acumulativa y sucesiva. La pena, de carácter retributivo, era seguida por una medida de seguridad (MS), que se calcaba en la evaluación del grado de peligrosidad del individuo y tenía finalidad terapéutica.

La revisión del Código Penal (CP) de 1984 acabó con el sistema duplo binario. La peligrosidad quedó restringida a los casos de los inimputables y de los semi-inimputables que necesiten de tratamiento psiquiátrico (Brasil, 1984).

El cese de la peligrosidad pasó a ser averiguado anualmente a través de pericia médica psiquiátrica; siendo sujetos los pacientes en cumplimiento de Medida de Seguridad (MS) que hayan finalizado el plazo inicial de uno a tres años determinado por el juez, según el artículo 97 del CP y el artículo 775 del Código de Proceso Penal (CPP). En el caso de que persista la peligrosidad el paciente permanecerá en cumplimiento de MS sometándose anualmente a nueva pericia (Brasil, 1984; 1941).

El término peligrosidad fue considerado por algunos estudiosos como “a dirty word” palabra sucia (Walker, 1991), asociado al origen del estigma presentado con relación a la enfermedad mental. La descripción de los insanos como imprevisibles, violentos y



peligrosos despertaría miedo en la población y, consecuentemente, el estigma a ellos relacionado (Link & Stueve, 1998; Arboleda-Flórez & Sartorius, 2008).

## **2. JUSTIFICACIÓN**

Se sabe que las consecuencias de comportamientos violentos de internos, ocurridos dentro de los hospitales psiquiátricos forenses son serias, yendo desde injurias a otros pacientes y al equipo terapéutico, daños materiales y aislamiento del agresor, hasta la pérdida de privilegios, cambios en el plan terapéutico y permanencia en medida de seguridad por períodos más largos. La falta de conocimiento sobre los factores de riesgo y al mismo tiempo del registro de estos eventos, acaba por perpetuarlos.

Anualmente los psiquiatras forenses son solicitados a evaluar la peligrosidad de cada paciente en cumplimiento de Medida de Seguridad. Estudios locales demuestran que esta evaluación carece de uniformidad y objetividad, inclusive dentro de una misma institución y con el mismo evaluado. Muchos peritos centran su evaluación en criterios clínicos, en el examen del comportamiento del examinando en la institución y en la presencia o no de soporte familiar.

La aplicación de instrumentos estandarizados que contribuyan con la objetividad en la evaluación de riesgo de violencia, ya reconocidos a nivel mundial, aún no se ha extendido en nuestro medio, dificultando una evaluación más fidedigna, la ejecución de investigaciones y la comunicación con otros centros científicos.

Estas situaciones llevan a investigar la conducta violenta de una muestra de internos del Instituto Psiquiátrico Forense Mauricio Cardoso, durante el período de un año, describiendo la forma en que ocurre, su prevalencia y los factores de riesgo y de protección para tal fin. Al mismo tiempo se estará introduciendo el uso de la escala HCR-20 en Brasil y extendiendo el uso de la PCL R, evaluando la confiabilidad de la HCR-20 y su capacidad de prever conductas violentas en la población manicomial.

Al perfeccionarse las evaluaciones de riesgo con el uso de instrumento específico para este fin, en la población forense, se está colaborando para una mayor seguridad de la sociedad y de las víctimas en potencial, como así también de aquellas personas que puedan perpetrar actos agresivos. También se estará evitando posibles errores de evaluación (falsos positivos) que puedan privar de libertad a personas sin peligrosidad o minimizar futuros cuadros de reincidencia criminal. Por ser esta investigación inédita en Brasil, será fuente de contribución de datos en el área. Por último, se espera contribuir para el intercambio científico con otros centros de investigación, pues es propuesta de este proyecto desde su nacimiento, al integrar dos importantes centros universitarios, la Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, a una entidad del sistema carcelario brasileño, el Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso, localizado en la ciudad de Porto Alegre, RS.



### 3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

En las últimas décadas se vive una creciente preocupación con el tema de la violencia. Los estudios iniciales se detuvieron en la identificación de factores de riesgo, tanto sintomáticos, como la presencia de delirios, su contenido y dimensiones (Cocozza & Steadman, 1974; Pauw & Szulecka, 1988; Link & Stueve, 1994; Cheung et al, 1997; Taylor et al, 1998; Teixeira & Dalgarrondo, 2008), como ambientales, psicológicos o biológicos, buscando formar un cuadro amplio sobre la etiología de este fenómeno (Monahan, 1996).

Con la evolución del conocimiento, se percibió, a partir de los años 80, que el foco de interés de los investigadores se había direccionado hacia una cuestión extremadamente práctica: la predicción del riesgo de violencia (Lidz et al, 1993). Hasta esa época, los profesionales envueltos en el tema – notoriamente los del área forense – estaban sujetos a un doble sesgo: a) sus evaluaciones se realizaban con base exclusiva en parámetros clínicos subjetivos, o sea, el evaluador, valiéndose de sus conocimientos teóricos sobre los factores etiológicos de la violencia, bien como de su experiencia personal, llegaba a una determinada conclusión sobre la *peligrosidad* de la persona en examen; y b) las evaluaciones eran realizadas en un formato dicotómico, estableciendo la presencia o ausencia de peligrosidad, o sea, haciendo un *diagnóstico* categórico, antes de que estableciendo un *pronóstico* probabilístico (Abdalla-Filho, 2002; Taborda, 2004). Estos criterios fueron internalizados por el Poder Judicial que parece elegir el diagnóstico categórico y numérico como el de mejores parámetros para envasar decisiones de evaluación de riesgo de violencia (Kwartner et al, 2006).

El cambio de rumbo de los investigadores se dio a partir del trabajo de Monahan (1981), *Predicting Violent Behavior: An Assessment of Clinical Techniques*, que apuntó las dificultades técnicas para la realización de proyecciones precisas de violencia e indicó los parámetros clínicos y la metodología que deberían ser observados para que hubiera un perfeccionamiento del proceso de evaluación. Además de eso, lo desarrollado por Hare (1991), a partir de 1980, de su *Psychopathy Checklist (PCL-R)* – cuya versión actual data de 2003 – se constituye en un elemento decisivo para el progreso de este campo. Su gran mérito consistió en haber conseguido sintetizar la extensa bibliografía existente a partir de 1940 sobre la personalidad psicopática y formular un concepto único, amplio y objetivo, que puede ser formulado operativamente a través de una lista de síntomas de naturalezas diversas. A partir de ese marco, el concepto de psicopatía dejó de ser meramente impresionista y adquirió contornos más precisos. La asociación entre personalidad psicopática, práctica de crimen violento y pobre resultado durante la libertad condicional se ha estudiado reiteradamente, siendo el PCL-R usado como una herramienta de evaluación de recidiva delictiva en general y recidiva violenta en particular (Serin & Amos, 1995; Dolan & Doyle, 2000; Sreenivasan et al, 2000).

En el estado actual del conocimiento, además del factor *psicopatía*, la literatura ha enfatizado en la importancia de la historia del individuo en examen, recomendando gran atención a los actos previos de violencia, a la forma como fueron cometidos y a la época en que se iniciaron (Lattimore et al, 1995). Hay un cierto consenso, inclusive, de que el mayor factor de riesgo para la práctica de un determinado acto violento es ya el de haberlo practicado en el pasado. Se recomienda, también, atención al patrón de funcionamiento con familiares, amigos y colegas de trabajo, a la manera como asume sus responsabilidades familiares y profesionales y a su grado de interés y empatía por los demás. Es importante, también, la evaluación clínica de esa persona, buscando establecer la presencia de trastorno de

personalidad, uso o abuso de drogas y/o alcohol, la presencia de enfermedad mental, o su grado de impulsividad y la percepción (insight) que tiene de su condición. Además de eso, se debe establecer la presencia de posibles factores de estrés, al apoyo que le está disponible, tanto de familiares, como de amigos o instituciones sociales, la ejecutabilidad de sus planes y la capacidad que tiene de adherir a planes de tratamiento y recuperación (Monahan, 1984; 1988).

Buscando avanzar, entonces, en los estudios sobre predicción de violencia, investigadores de la Simon Fraser University (Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997), en la British Columbia, Canadá, desarrollaron un instrumento objetivo, el *HCR-20 Assessing Risk for Violence* (HCR-20), que buscaba presentar de forma sistematizada los puntos esenciales de esa evaluación. Por eso el HCR-20 pretende ser un paso adelante del PCL-R, pues este consiste, básicamente, en ser un instrumento objetivo para el diagnóstico de psicopatía. Como está plenamente reconocida la asociación entre psicopatía y violencia, se concluye por el riesgo de ésta en función de la primera. El HCR-20, designado por Borum (1996) como un instrumento guía de evaluación de riesgo, considera, entretanto, la psicopatía apenas como más uno de los factores a ser pesados y pasa a alcanzar diversas otras variables, que son agrupadas bajo la denominación de “Items Históricos”, “Items Clínicos” e “Items de Manejo de Riesgo”. De esta forma, la evaluación de riesgo de violencia pasa a ser más amplia y dinámica, posibilitando vislumbrar, inclusive, subsidios para la prevención de futuros actos agresivos y para el tratamiento de los eventuales agresores.

El HCR-20, desde su primera versión en 1995, ha sido largamente testado y empleado en diversos países occidentales, especialmente en Canadá, donde tiene su origen, como en Suecia, Alemania, Noruega, Reino Unido y Bélgica (Belfrage, 1998; Douglas et al, 1999; Schneider, 2007). En América Latina, Argentina fue la pionera en el uso e validación

de la HCR-20 a través de un estudio en la población carcelaria de la ciudad de La Plata (Folino, 2003; 2006). Este instrumento ha sido objeto de innumerables publicaciones en periódicos y de presentaciones en congresos. Inicialmente los trabajos utilizaban apenas como elemento de comparación el PCL-R, evolucionando, luego, las comparaciones con el surgimiento de inúmeros otros instrumentos, tales como el RM2000v (Risk Matrix 2000 Violence), el OGRS (Offender Group Reconviction Scale) y el OASyS (Offender Assessment System) (Coid & Yang, 2007). Los ámbitos estudiados son diversos (hospitales psiquiátricos comunes, hospitales psiquiátricos forenses y penitenciarias), buscando evaluar el riesgo de violencia de enfermos mentales no criminales, de enfermos mentales criminales y de criminales comunes. Entre los enfermos mentales la HCR-20 ha presentado significativo poder predictivo para los portadores de Psicosis, Psicosis con comorbilidad de Trastorno de Personalidad y Retardo Mental (Taylor et al, 2007; Gray et al, 2007; Lindsay, 2007).

Algunas investigaciones se detuvieron en el estudio de la eficacia predictiva del HCR-20 y del PCL-R en prever conducta violenta en la población carcelaria liberada del sistema penitenciario medido a través de la curva ROC (Receiver Operating Characteristics). Los valores variaron de HCR-20 AUC (Area Under de ROC Curve).= 0,71 (Dahle, 2006); 0,69 (Cooke, 2001); 0,67 para violencia y 0,66 para violencia en general (Coid, 2009); a 0,62 (Kroner, 2001) y de PCL-R AUC = 0,79 (Tengstrom, 2001); 0,65 (Cooke, 2001); 0,64 para violencia y 0,65 para violencia en general (Coid, 2009); a 0,56 (Kroner, 2001). En *setting* psiquiátrico forense los valores encontrados fueron HCR-20 AUC = 0,82 (de Vogel, 2004); 0,76 (Dolan, 2004); 0,67 (Douglas, 2003); 0,67 (Hildebrand, 2005) y 0,56 (Gray, 2004); y PCL-R AUC = 0,75 (de Vogel, 2004) y 0,72 (Hildebrand, 2005). Investigaciones con pacientes psiquiátricos en alta hospitalar verificaron índices de HCR-20 AUC = 0,80 (Douglas & Webster, 1999) y 0,70 (Nicholls, 2004) e PCL-SV AUC = 0,79 (Douglas, 1999) y 0,70 (Nicholls, 2004). Para Doyle y Dolan (2006) que investigaron muestras mixtas forenses

y de hospitales psiquiátricos no forenses, los valores fueron HCR-20 AUC 0,80 y PCL:SV AUC 0,69.

Otros evaluaron las propiedades psicométricas del instrumento en relación al sexo de los examinandos (Nicholls et al, 1997; Warren et al, 2005) y en relación al origen étnico (Fujii et al, 2005). Algunos se detuvieron en las características de violencia previa de la población estudiada (Strand et al, 1999). Hubo estudios que se valieron de la escala HCR-20 total, bien como los que se detuvieron apenas en algunas de las tres subescalas: H, C o R (Douglas & Webster, 1999; Tengstrom, 2001). La figura del evaluador también fue estudiada. Keown & Buchanan (2002) verificaron que los escores de psiquiatras experientes fueron significativamente menores, para las subescalas C y R de que los valores encontrados por psiquiatras jóvenes. Por otro lado, de Vogel & de Ruitter (2004) compararon los escores de la HCR-20 cuando aplicada por investigadores y por “clínicos” (profesionales con práctica clínica tales como psicólogos, enfermeras y médicos). Los escores de los investigadores fueron más altos y el juzgamiento de riesgo de los “clínicos” mostró asociación con sus sentimientos en relación al paciente. La sensación de sentirse controlado y manipulado por el paciente estaba asociada a altos escores en la HCR-20, mientras sentimientos positivos (felicidad, relajación) se asociaron al juzgamiento de bajo riesgo.

Estudio de meta análisis revisó treinta y un artículos científicos que comparaban la eficacia predictiva de diversos instrumentos de evaluación de riesgo de violencia, destacando el OGRS y el HCR-20 como los mejores para tal fin. No hubo diferencia significativa en el valor predictivo cuando la aplicación de los instrumentos fue prospectiva o retrospectiva. El mismo trabajo se solicitó a diversos profesionales, en Escocia, usuarios de diferentes escalas, que compararon la utilidad práctica de los instrumentos de



evaluación de riesgo utilizados, siendo escogido el HCR-20 como el más satisfactorio (Farrington et al, 2008). En Brasil, todavía no ha habido cualquier utilización de esta escala.

Evidencias recientes sugieren que algunos predictores de comportamiento violento difieren de acuerdo con el tipo de trastorno mental, situación y el tipo de conducta violenta. Por ejemplo, estudios realizados con pacientes hospitalizados encontraron una mayor chance de conducta violenta entre los portadores del Síndrome Cerebral Orgánico, Retardo Mental y Psicosis con leves signos neurológicos. En la comunidad, los psicópatas representan el grupo con mayores tasas de crimen violento (Travin et al, 1990; Tengström et al, 2006), como reinciden más rápidamente cuando comparados a los grupos sin este diagnóstico (Serin & Amos, 1995).

Se sabe que la no adhesión a tratamiento con psicofármacos y que el abuso de alcohol y drogas se constituyen en factores asociados al fenómeno de múltiples internaciones psiquiátricas (Haywood, 1995). Mientras que las conductas violentas en portadores de trastorno mental son la causa de la hospitalización psiquiátrica e influyen en la evolución clínica y en las intervenciones terapéuticas, siendo necesaria una cuidadosa evaluación de riesgos. En ambientes psiquiátricos forenses, además del componente violencia se trabaja también con actuaciones del tipo anti-social que muchas veces aumentan la peligrosidad de los individuos y modifican la evolución del tratamiento.

Investigaciones sobre predicción de conducta violenta entre pacientes hospitalizados poseen diferentes metodologías, así como las muestras de pacientes varían considerablemente cuanto al diagnóstico y sintomatología; algunos relatan apenas cuadros psicóticos, otros incluyen en sus estudios pacientes con síndrome cerebral orgánico, demencia, retardo mental y trastornos de personalidad.

Noble & Rodger (1989) estudiaron, durante un año, una muestra de 137 pacientes psiquiátricos internados que cometieron 470 agresiones, comparándolos con un grupo de control. Entre los violentos hubo predominio de pacientes esquizofrénicos con alucinaciones y hospitalizaciones psiquiátricas previas. La violencia fue descrita como repetitiva y parte de un patrón previo de disturbio de comportamiento y conducta agresiva. En cuanto al grado de gravedad de los incidentes hubo predominio de lesiones de gravedad I (sin injuria detectable) en 59%, seguido por 39% de gravedad II (pequeñas lesiones como arañones o pequeñas laceraciones) y 2% de gravedad III (grandes laceraciones, fracturas, pérdida de consciencia, o lesiones que determinaron inmediato tratamiento médico). Ocurrieron menos agresiones a la noche. Las víctimas más comunes fueron enfermeras y pacientes; médicos, otros integrantes del equipo y visitas fueron menos frecuentemente agredidos. Las enfermeras fueron apuntadas como las víctimas más comunes de la violencia perpetrada por pacientes psiquiátricos en un estudio israelí (Haim et al, 2002). El contacto más frecuente entre la enfermería y los pacientes, bien como el papel de cuidadoras, puede contribuir para que sean más victimizadas por los pacientes hospitalizados, mientras que en la comunidad las víctimas más frecuentes de los enfermos mentales son los familiares (Binder, 1999). Psiquiatras sufren violencias físicas al inicio de sus carreras, generalmente injurias menores, practicadas por pacientes psicóticos. El trabajo en emergencias o ámbitos forenses muchas veces propicia más de una víctima (Bloom, 1989). Carmel & Hunter (1991) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la tasa de psiquiatras agredidos por los pacientes en un gran hospital forense estatal americano y hacer una comparación entre las características de psiquiatras agredidos y las de los psiquiatras no agredidos. Los datos revelaron que siete psiquiatras habían sido heridos en el hospital en un período de cinco años, correspondiendo a 13% de todos los psiquiatras funcionarios del hospital. Las características de los psiquiatras agredidos eran las siguientes: médicos más jóvenes y con menos tiempo de experiencia

profesional. Los psiquiatras del género masculino fueron agredidos en una proporción en torno de 50% a más que los psiquiatras de género femenino. Ya la presencia de alianza terapéutica positiva con el paciente disminuiría el riesgo de violencia hospitalaria (Beauford et al, 1997).

Steinert et al (1999), en un estudio con pacientes esquizofrénicos hospitalizados, encontró como predictores de comportamiento violento contra otras personas las variables sexo masculino, número de internaciones previas y abuso de alcohol. El mismo autor, en una revisión posterior (2002), concluyó que la única variable estática capaz de predecir violencia en los pacientes psiquiátricos hospitalizados era la ocurrencia de agresión previa, siendo las variables sexo, edad, diagnóstico y abuso de drogas, las de menor importancia.

Un estudio norteamericano de seguimiento de pacientes psiquiátricos, en el período de pos alta, verificó que el diagnóstico comórbido de abuso de sustancias era un factor clave en la ocurrencia de violencia durante el período de un año. Los índices de prevalencia de violencia variaron de 17,9% para pacientes con trastorno mental mayor, 31,1% para pacientes con trastorno mental mayor y abuso de sustancias y 43% para pacientes con otras enfermedades mentales y abuso de sustancias. Las víctimas fueron en general familiares o amigos de los pacientes (Steadman et al, 1998).

Entre la población de pacientes forenses hospitalizados, Ball et al (1994) destacan como factores predictivos de peligrosidad la presencia de comportamiento groseramente impropio (escupir, limpiar la nariz en público), violencia previa, historia de internación psiquiátrica previa y antecedente de 10 o más internaciones psiquiátricas.

Un estudio comparativo entre recidiva violenta de una muestra de pacientes psiquiátricos forenses y una muestra de presos enfermos mentales de California, evidenció menores escores en la PCL-R del primer grupo (13,69 x 28,12). El grupo de presos se mostró más agresivo y autodestructivo, con mayores tasas de robo y hurto presentando, también, mayor prevalencia de uso de drogas diversas y mayor número de antecedentes criminales. Entre los pacientes forenses hubo una mayor tasa de homicidio (Sreenivasan et al, 2000).

Estudios basados en la neurobiología apuntan la serotonina como un importante modulador de comportamientos mal-adaptados, impulsivos y violentos. Bajas concentraciones de ese neurotransmisor y también alteraciones en los niveles de catecolaminas y vasopresina estarían relacionadas al comportamiento agresivo (Wallner & Machatschke, 2009; Meyer et al, 2008; Siegel et al, 2007; Retz et al, 2004).

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo General**

4.1.1. Dimensionar la ocurrencia de conducta violenta de pacientes en cumplimiento de MS en el hospital psiquiátrico forense, durante el período de un año y evaluar factores predictivos.

### **4.2. Objetivos Específicos**

4.2.1. Identificar factores de riesgo de la conducta violenta entre los enfermos mentales en cumplimiento de MS en el hospital psiquiátrico forense.

4.2.2. Evaluar la confiabilidad del uso de la HCR-20 en la población internada en el manicomio judicial.

4.2.3. Estimar la precisión de la HCR-20 y de la PCL-R en prever la conducta violenta en esta población.

4.2.4. Comparar la eficiencia predictiva de la HCR-20 y de la PCL-R para diferentes grupos de diagnósticos de pacientes del manicomio judicial.

4.2.5. Verificar posibles asociaciones de variables sociodemográficas, psicopatológicas y

delictivas en esta población con subsiguiente agresión.

4.2.6. Identificar los ítems y subescalas de la HCR-20 que están asociados con el

comportamiento violento para cada grupo de diagnóstico.

## 5. HIPÓTESIS

### 5.1.

**H<sub>O</sub>**: Pacientes con puntajes HCR-20 más elevados presentan los mismos índices de recidiva violenta de pacientes con puntajes HCR-20 menores durante el seguimiento de un año.

**H<sub>A</sub>**: Pacientes con puntajes HCR-20 más elevados presentan índices de recidiva violenta diferentes que los de pacientes con puntajes HCR-20 menores durante el seguimiento de un año.

### 5.2.

**H<sub>O</sub>**: Pacientes con puntajes PCL-R más elevados presentan los mismos índices de recidiva violenta que los de pacientes con puntajes PCL-R menores durante el seguimiento de más de un año.

**H<sub>A</sub>**: Pacientes con puntajes PCL-R más elevados presentan índices de recidiva violenta diferentes que los de pacientes con puntajes PCL-R menores durante el seguimiento de un año.

## **6. METODOLOGÍA**

### **6.1. Diseño del Estudio**

El diseño del estudio corresponde al de cohorte concurrente.

### **6.2. Población**

La población estudiada está compuesta por pacientes masculinos en cumplimiento de MS por crímenes y con diagnósticos diversos, que se encontraban hospitalizados en la unidad D del IPF, en el período de mayo de 2007 a mayo de 2008. La cohorte fue distribuida en grupos, de acuerdo con el resultado de la evaluación de riesgo medido por los instrumentos y, al mismo tiempo, dividido también en tres grupos, de acuerdo al diagnóstico de cada paciente, siguiendo la CID-10. El grupo A estaba compuesto por pacientes con diagnóstico de enfermedad mental grave (esquizofrenia y trastorno de humor). En el grupo B, los pacientes con trastorno de personalidad y, en el grupo C, los portadores de retraso mental.

#### **6.2.1. Criterios de Exclusión**

Se excluyeron del estudio los pacientes que se encontraban gozando del beneficio de alta progresiva, residiendo fuera de la institución y pacientes con síndrome demencial.

## **6.2.2. Cálculo Muestral**

Llevándose en consideración un estudio previo que describió una recidiva intra hospitalar de 53% en un año (Ross et al.,1998) y, estimándose que la prevalencia entre los no expuestos será de 10%, para un alfa de 0,05, un poder de 80% y buscando detectar un Riesgo Relativo de 4, la muestra necesaria fue estimada en 54 casos.

## **6.3. Local de la Investigación**

El Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso (IPF) es el hospital psiquiátrico de la Red Penitenciária del Estado do Rio Grande do Sul, integrando a la estructura orgánica de la Superintendencia de los Servicios Penitenciarios (SUSEPE) de la Secretaría de Justicia y Seguridad. El IPF cumple funciones periciales y asistenciales, además de actividades de enseñanza e investigación. Es el local responsable por el tratamiento de todas las personas sometidas a MS en la provincia, como así también centraliza la realización de todas las pericias anuales de Verificación de Cese de la Peligrosidad. A través de este examen el perito debe verificar la necesidad de la manutención de la MS, indicar o no el beneficio del Alta Progresiva o la desinternación condicional de cada interno. El IPF es uno de los llamados “Hospitales de Custodia y Tratamiento Psiquiátrico” de la red penitenciaria nacional, siendo la mayor institución de este género en Brasil, tanto en número de lugares, como de ocupación, según datos suministrados por el Ministerio da Justicia. (2005).

## **6.4. Instrumentos Utilizados**

### **6.4.1. HCR-20 – Assessing Risk for Violence, Version 2**

Instrumento que evalúa la peligrosidad, enfocando el riesgo de violencia en diversos contextos (Webster et al, 1997). El esquema conceptual de este instrumento divide a los marcadores de riesgo en pasado, presente y futuro. El orientador Dr. José G. V. Taborda



obtuvo la autorización para validar esta escala en Brasil, siendo que el proceso de traducción y retrotraducción ya ha sido realizado.

La escala está compuesta de 20 items, los que pueden recibir puntuaciones 0 (cero), 1 (uno) o 2 (dos) y están distribuidos en 3 (tres) subescalas (Webster et al, 1997).

La subescala H comprende 10 (diez) items históricos, que se refieren a la vida pasada de la persona en examen, a saber:

H1 - Violencia Previa

H2 – Edad Temprana en el Momento de la Primera Conducta Violenta

H3 - Inestabilidad en las Relaciones de Pareja

H4 - Problemas Laborales

H5 - Problemas Relacionados con el Uso de Sustancias

H6 - Trastorno Mental Mayor

H7 - Psicopatía

H8 – Inadaptación Temprana

H9 - Trastorno de Personalidad

H10 - Fracaso en Previa Alta o Liberación

La subescala C comprende los items clínicos, en número de 5 (cinco):

C1 – Deficiencia en el Juicio

C2 - Actitudes Negativas

C3 - Síntomas Activos de Trastorno Mental Mayor

C4 - Impulsividad

C5 - Respuesta Desfavorable al Tratamiento

La subescala R se refiere a los ítems de manejo de riesgo, pertenecientes a situaciones existentes en la comunidad del paciente o situaciones futuras que el individuo pueda encontrar a la salida de la institución. Son estos los cinco índices:

R1 – Deficiencia del Plan de Reinserción Social

R2 – Exposición a Factores Desestabilizadores

R3 - Falta de Apoyo Personal

R4 – Incumplimiento del Plan Terapéutico

R5 - Estrés

Cuando no se tiene la información, el ítem es omitido y el valor total de puntos es prorrateado entre el número de ítems evaluados. Se admite la pérdida de hasta cuatro ítems, desde que, en lo máximo, dos sean de la subescala H, uno de la subescala C y, uno, de la subescala R. El HCR-20 ofrece la posibilidad de codificar “otras consideraciones” en el caso de factores de riesgo no codificados. El ítem H7 (Psicopatía) fue evaluado a través del Psychopathy Checklist, Revised (PCL-R), descrito a continuación. Los autores del HCR-20 sugieren que la evaluación final sea estimada en uno de los tres niveles de riesgo: bajo (que incluye la ausencia de riesgo), moderado o alto, la cual sería válida para un período de tiempo y para determinado contexto.

#### **6.4.2. Hare Psychopathy Checklist, Revised (PCL-R)**

Evalúa de forma más fidedigna la presencia de psicopatía y su intensidad. La escala se inicia por una entrevista semi-estructurada, seguida de una extensa investigación de la vida del individuo. La PCL-R aborda dos dimensiones distintas del concepto de psicopatía: las manifestaciones de superficialidad, falsedad, insensibilidad, ausencia de afecto, culpa, remordimiento o empatía, denominado Factor 1 (F1) y los factores asociados a la inestabilidad del comportamiento, impulsividad y al estilo de vida anti-social, denominado Factor 2 (F2). La escala está compuesta por 20 ítems y cada uno de ellos es cuantificado de 0 a 2. Así, los escores totales posibles oscilan de 0 a 40. Este instrumento ya ha sido traducido al portugués y validado para su uso en Brasil, poseyendo alta confiabilidad (Morana et al, 2005). El punto de corte utilizado en esta investigación para la puntuación del ítem H7 de la HCR 20 fue el mismo definido para la población brasileña (23), difiriendo de los valores norteamericanos y canadienses donde el punto de corte es de 30.

#### **6.4.3. Cuestionario de Datos Sociodemográficos, Clínicos y Criminológicos (QDSCC)**

Además de las variables obtenidas con la aplicación de los instrumentos ya citados, fueron colectadas las siguientes informaciones de cada sujeto de la investigación:

##### **6.4.3.1. Variables Sociodemográficas**

1. Sexo: masculino o femenino
2. Edad: en años, en el momento del delito y en la época de la entrevista
3. Estado Civil: soltero, casado, viudo, separado o divorciado
4. Escolaridad: en años de estudio

5. Ocupación en la época del delito y en el momento de la entrevista: con o sin ocupación
6. Raza: blanca, negra, mixta o amarilla

#### **6.4.3.2. Variables Clínicas**

1. Diagnóstico: basado en la Clasificación de Trastornos Mentales y de Comportamiento (CID-10, WHO).
2. Uso actual de alcohol o de drogas: sí o no
3. Presencia de síntomas psicóticos productivos: sí o no
4. Presencia de síntomas psicóticos negativos: sí o no
5. Uso de psicofármacos: sí o no
6. Tipo de medicamento: de acuerdo con la indicación clínica psiquiátrica, antipsicótico, estabilizador del humor, anticonvulsivante, benzodiazepínico, anticolinérgico, antidepresivo, otro (Prometazina).
7. Consciencia sobre la enfermedad: sí, parcial o no
8. Consciencia sobre la necesidad de tratamiento: sí, parcial o no
9. Apoyo familiar: sí, parcial o no
10. Tratamiento psiquiátrico previo: sí o no
11. Internación psiquiátrica previa: sí o no

12. Historia previa de tentativa de suicidio: sí o no

#### **6.4.3.3. Variables Criminológicas**

De acuerdo al tipo de delito que determinó la MS

1. Tipo de Delito según el CP: lesiones corporales, homicidio, hurto, robo, latrocinio, atentado violento al pudor, estupro, otros
2. Presencia de más de un delito
3. Si posee o no crítica en relación al crimen cometido
4. Si posee o no historia de violencia previa
5. Tipo de violencia previa
6. Antecedente criminal: sí o no
7. Tipo de delito anterior: lesiones corporales, homicidio, hurto, robo, latrocinio, atentado violento al pudor, estupro, otros
8. Historia de fugas del IPF
9. Tiempo en la institución en meses

**6.4.3.3. Juicio profesional de riesgo de reincidencia violenta:** Bajo, Medio, Alto.

**6.4.3.4. Juicio profesional de riesgo de conducta anti-social:** Bajo, medio, alto.

#### **6.4.4. Escala de Agresividad Declarada (OAS)**

La Escala de Agresividad Declarada mide de forma objetiva el grado de comportamiento agresivo en adultos y niños, pudiendo ser usada para medir este comportamiento por un período de tiempo prolongado (Yudofsky et al, 1986; Silver et al, 1991). Los comportamientos agresivos son divididos entre las categorías: agresión verbal, agresión física contra sí propio, agresión contra objetos y agresión contra personas. Cada categoría posee cuatro diferentes niveles de gravedad y sus respectivos scores. El ítem intervención describe posibles conductas asumidas frente a conducta(s) agresiva(s) y sus scores. El valor más alto posible para un único episodio medido por la OAS es 26. El score medio, para un único episodio agresivo en una población de pacientes internados altamente agresivos, es 6 (Mackinnon & Yudofsky, 1988). Véanse abajo las categorías:

##### **A) Agresión Verbal**

1. Hace barullo, grita furiosamente: score 1.
2. Grita insultos leves: score 2.
3. Maldice, hace amenazas leves: score 3.
4. Hace amenazas claras de violencia contra los otros o contra sí o pide ayuda para controlarse: score 4.

##### **B) Agresión Física Consigo Mismo**

1. Pellizca o araña su piel, se hiere, tira de sus cabellos, con o sin heridas leves: score 3.

2. Da cabezadas, trompadas en objetos (se hiere sin gravedad): score 4.
3. Pequeños cortes o contusiones, quemaduras leves: score 5.
4. Se mutila, se realiza cortes profundos, se golpea hasta sangrar, provocándose heridas internas, fracturas, pérdida de conciencia, pérdida de dientes: score 6.

### **C) Agresión Física Contra Objetos**

1. Da portazos, rompe sus prendas, hace desorden: score 2.
2. Derrumba objetos, da puntapiés en los muebles sin quebrarlos, raya las paredes: scores 3.
3. Quiebra objetos, vidrios: score 4.
4. Provoca incendios, tira objetos peligrosamente: score 5.

### **D) Agresión Física Contra Personas**

1. Efectúa gestos amenazadores, se tira contra las personas, se agarra de las ropas de los otros: score 3.
2. Golpea, pellizca, empuja, tira los cabellos de los otros (sin herirlos): score 4.
3. Ataca a las personas provocando heridas moderadas (contusiones, torciones, verdugones): score 5.

4. Ataca a las personas provocando heridas física graves (huesos quebrados, laceraciones profundas, heridas internas): escore 6.

#### **E) Intervención**

1. Ninguna: escore 0.
2. Conversación con el paciente: escore 1.
3. Observación: escore 2.
4. Control del paciente: escore 3.
5. Medicación inmediata vía oral: escore 4.
6. Medicación inmediata vía parenteral: escore 4.
7. Aislamiento (con intervalos): escore 3.
8. Aislamiento total: escore 5.
9. Uso de contención: escore 5.
10. Heridas que requieran tratamiento médico inmediato del paciente
11. Heridas que demanden tratamiento médico inmediato para otras personas

#### **6.4.5. Cuestionario de Seguimiento de Tengström y Colaboradores**

Instrumento destinado a la identificación y registro de conducta violenta y antisocial de una población determinada de hospitales psiquiátricos forenses, consistiendo en



un cuestionario para seguimiento durante el período de un año (Tengström et al, 2006). Las variables estudiadas son las siguientes:

**A) Agresión Física Contra el Equipo Terapéutico**

1. Violencia física sin necesidad de tratamiento médico
2. Violencia física con necesidad de tratamiento médico pero, sin necesidad de carpeta médica
3. Violencia física con necesidad de tratamiento médico y con necesidad de carpeta médica
4. Violencia física con necesidad de tratamiento médico hospitalario

**B) Agresión Física Contra Pacientes**

1. Violencia física sin necesidad de tratamiento médico
2. Violencia física con necesidad de tratamiento médico

**C) Violencia Sexual**

1. Conducta exhibicionista
2. Intimidación sexual

**D) Amenazas**

1. Amenaza de violencia

2. Comportamiento amenazador percibido por los otros como amenaza y chantaje

### **E) Comportamiento Antisocial**

1. Daño a la propiedad
2. Abuso de privilegios
3. Fuga da la institución
4. Auxilio a otros pacientes a huir
5. Hurto
6. Uso de drogas o alcohol
7. Tráfico de drogas o alcohol
8. Dar coraje o provocar a otros pacientes para que adopten conductas antisociales o comportamiento violento
9. Violación de reglas institucionales
10. Uso incorrecto o no uso de la medicación prescripta

### **6.5. Logística**

Se utilizaron en la evaluación basal los instrumentos HCR-20 y PCL-R y el cuestionario creado por la autora y sus orientadores para la evaluación de diversas variables clínicas, sociodemográficas y criminales.

La reincidencia fue observada durante el período de un año, siendo registrados episodios de conducta violenta y o anti-social, codificados respectivamente como reincidencia y evento violento o reincidencia en cualquier evento. La medida del evento reincidencia violenta y/o conducta anti-social fue registrada como variable categórica y, como variable continua, con la OAS y con el Cuestionario de Seguimiento de Tengström y Colaboradores.

Inicialmente, se realizó un estudio de confiabilidad en el uso de la HCR-20. La autora y otra psiquiatra forense de la institución que trabajó como colaboradora en el proyecto atribuyeron escores de forma independiente. Los pacientes se evaluaron en el local donde cumplen la MS. Presentes los criterios de inclusión, fueron previamente clasificados en tres grupos de acuerdo con su diagnóstico. Cuando el sujeto presentó diversas patologías, se registraron todas en el cuestionario, pero se consideró para fines de clasificación el diagnóstico más grave. Los datos sociodemográficos, clínicos, criminológicos y de historia pre-egresa inicialmente se retiraron de los respectivos prontuarios médicos y jurídicos y, posteriormente, confirmados durante la entrevista. Ésta y la aplicación de la PCL-R fueron conducidas por psiquiatras forenses con experiencia en evaluación de detenidos. Se realizaron, siempre que necesario para complementar la evaluación, entrevistas con terceros (familiares, amigos, funcionarios del sistema penitenciario o víctimas). En esos casos se siguió la rutina de investigación pericial, convocándose toda y cualquier persona que pudiera fornecer informaciones consideradas relevantes.

Durante el período de 12 meses la autora revisó una vez por semana las anotaciones del libro de ocurrencias de la Unidad D y los registros médicos. Se efectuaron, también, entrevistas con el equipo terapéutico en la búsqueda de documentar todos los incidentes anti-sociales, comportamientos violentos y encaminamiento de tales situaciones, registrándolos en el cuestionario de seguimiento.

## **6.6. Análisis**

Las variables intervalares y de razón fueron descritas con medidas de tendencia central y de dispersión; las variables nominales en términos de proporción. La eficacia predictiva fue evaluada considerándose los eventos como variables continuas a través de la correlación y cálculo del área abajo de la curva ROC (AUC: Area Under the ROC Curve). Valores de AUC de 0,60 son interpretados como marginales, entre 0,61 y 0,79 como moderados, y, de 0,80 o más, como elevados (Quinsey et al, 1998). Considerando los eventos categóricamente, se estimó el riesgo relativo. Tomando como variable dependiente el tiempo, se estimó la probabilidad acumulada y el cálculo de la curva de Kaplan-Meier.

Después del análisis de las variables en estudio, aquellas que presentaron significancia fueron llevadas para el modelo multivariado por regresión logística (Fleiss,1986), teniendo como variable dependiente la práctica de violencia.

## **6.7. Aspectos Éticos**

El presente proyecto se fundamenta en estudios previos que buscaron identificar los factores de riesgo para violencia y su relación con los diversos diagnósticos psiquiátricos. Desde el punto de vista del riesgo a los sujetos de la investigación, debe ser clasificado como de riesgo mínimo, ya que implicó exclusivamente en entrevistas clínicas y en la aplicación de instrumentos de evaluación de variables psíquicas, sin cualquier procedimiento invasivo. No hubo un beneficio directo e inmediato de los sujetos en examen, pero se espera que, con el mejor conocimiento de los factores de riesgo para violencia y reincidencia, pueda haber un perfeccionamiento de actitudes de los equipos técnicos de los manicomios, bien como de la legislación vigente y, en especial, de las pericias criminales.

Este proyecto, por otro lado, presenta una peculiaridad, los sujetos de investigación son pacientes portadores de enfermedad mental en cumplimiento de MS. Constituyen, pues, un grupo de extrema vulnerabilidad, ya que necesitan de preocupaciones éticas específicas. En este sentido el proyecto fue sometido a la apreciación de la dirección del IPF, al Comité de Ética en Investigación del IPF y al Comité Académico de la Carrera de Doctorado de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP, para su aprobación. En su ejecución se respetó integralmente la decisión de participar, o no, del estudio, manifestada por el sujeto. Así, los pacientes fueron previamente informados sobre la naturaleza del proyecto, del nivel de riesgos y de los beneficios sociales decurrentes. Todos manifestaron concordancia en integrar el mismo y firmaron un Término de Consentimiento Libre y Aclarado. Cuando incapacitados de decidir solos validamente, todas las informaciones fueron prestadas también a su representante legal, que asumió en conjunto el mencionado término de consentimiento.

## 7. DIFUSIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados parciales de este estudio se presentaron durante importantes encuentros científicos del área, tales como:

- XIV World Congress of Psychiatry, ocurrido de 20 a 25 de septiembre de 2008, en la ciudad de Praga. Presentación del tema Violence Risk Assessment in a Brazilian Forensic Mental Hospital, en mesa redonda.

- XLVII Congreso Colombiano de Psiquiatría, ocurrido en el período del 9 al 13 de octubre de 2008, en la ciudad de Bogotá. Conferencia Magistral Evaluación de riesgo de violencia.

- XXVI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, del 15 al 18 de octubre de 2008, en la ciudad de Brasilia. Presentación en mesa redonda del tema Avaliação do risco de violencia e psicopatia; y de los Posters Prevalência de conduta anti-social entre pacientes em cumprimento de Medida de Segurança no IPF y Prevalência de conduta agressiva em população psiquiátrica forense.

- Symposium Conductas Violentas y Evaluaciones de Riesgo del 31<sup>st</sup> International Congress of the International Academy of Law and Mental Health, ocurrido en el período del 29 de junio al 04 de julio de 2009, en Nova York.

Algunos hallazgos se encuentran en fase de publicación como el Capítulo Periculosidade e Avaliação de Risco, del libro Psiquiatria Forense e Cultura; y el Artículo Reliability of the Brazilian version of “HCR-20 Assessing Risk for Violence”, que será publicado por la Revista Brasileira de Psiquiatria.

## **8. RESULTADOS**

En este capítulo, se presentan los resultados obtenidos en el análisis estadístico de la población de pacientes que cumplen MS en la Unidad D del IPF.

### **8.1. Resultados de la evaluación basal:**

#### **8.1.1. Resultados de las Variables Sociodemográficas**

#### **8.1.2. Resultados de las Variables Clínicas**

#### **8.1.3. Resultados de las Variables Criminológicas**

#### **8.1.4. Resultados del Juicio profesional de riesgo de recidiva violenta y riesgo de conducta anti-social**

#### **8.1.5. Resultados de los instrumentos HCR-20 y PCL-R aplicados en la evaluación basal**

### **8.2. Resultados relacionados con estudio de confiabilidad**

### **8.3. Resultados relativos a la recidiva en cualquier evento y/o evento violento**

### **8.4. Resultados relativos al Evento 1.**

### **8.5. Factores de riesgo para recidiva**

### **8.6. Análisis bivariado con variable dependiente “tiempo a la recidiva”**

### **8.7. Análisis de regresión logística**

## 8.1. Resultados de la evaluación basal:

### 8.1.1. Resultados de las Variables Sociodemográficas:

La media de edad de la población en estudio, en el momento del inicio de la evaluación, fue de 42,85 años (DT =14,46; Mín. 20; Máx. 82). El tiempo medio de permanencia en la institución, al iniciar la investigación, fue de 130,35 meses (DT =122,76; Mín. <1; Máx.. 440). La edad media en la época del delito fue de 29,71 años (DT = 10,04; Mín. 18; Máx. 70). La población se caracterizó por poseer poca escolaridad: 3,74 años (DT =3,67; Mín. 0; Máx.17). La distribución según las variables sociodemográficas permitió detectar la predominancia de individuos solteros (79,4%) y de raza blanca (73,5%). La mayoría de ellos poseía ocupación en la época del delito (58,8%) y, 45,6%, desempeñaba algún tipo de actividad en la institución, en la época de la evaluación basal (Tabla 1).

**Tabla 1 – Distribución de la población estudiada según el estado civil, la raza, la presencia de ocupación en la época del delito y la presencia de ocupación en la institución**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<b>Estado civil</b>		
Soltero	54	79,4
Separado	8	11,8
Viudo	4	5,9
Casado	2	2,9
<b>Raza</b>		
Blanca	50	73,5
Negra	13	19,1
Mixta	4	5,9
Amarilla	1	1,5
<b>Ocupación en la época del delito</b>		
Con ocupación	40	58,8
Sin ocupación	28	41,2
<b>Ocupación en la institución</b>		
Sin ocupación	37	54,4
Con ocupación	31	45,6
Total	68	100



### 8.1.2. Resultados de las Variables Clínicas:

La distribución por categoría diagnóstica permitió detectar que el grupo mayoritario era de pacientes con Trastorno Psicótico, seguido de Retardo Mental, Trastorno de Personalidad y Dependencia de sustancia psicoactiva (Tabla 2).

**Tabla 2 – Distribución de la población estudiada según el diagnóstico principal**

Diagnóstico Principal de acuerdo con CID-10	Frecuencia	Porcentaje
Trastorno Psicótico*	40	58,8
Retardo Mental	14	20,6
Trastorno de Personalidad**	10	14,7
Dependencia Sustancia psicoactiva	4	5,9
Total	68	100,0

\* Esta categoría incluye todos los cuadros de Esquizofrenia y Trastorno de Humor

\*\* Esta categoría incluye los Trastornos de Personalidad codificados como F60, según CID-10.

En el 48,5% de la población se encontró un diagnóstico secundario ya sea en el Eje I o en el Eje II. Un paciente cuyo diagnóstico principal fue de Dependencia a sustancias psicoactivas, recibió el diagnóstico secundario de trastorno psicótico inducido por drogas (Tabla 3).

**Tabla 3 – Distribución de la población estudiada según el diagnóstico secundario**

Diagnóstico Secundario	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Dependencia de sustancia psicoactiva	13	19,1	39,4
Retardo Mental	6	8,8	18,2
Uso de sustancia psicoactiva	6	8,8	18,2
Trastorno de Personalidad	4	5,9	12,1
Epilepsia	2	2,9	6,1
Trastorno Psicótico	1	1,5	3
Otros	1	1,5	3
Total	33	48,5	100

En el momento de la evaluación basal se detectó, en la población estudiada, 35,3% de uso de sustancia psicoactiva, presencia de síntomas psicóticos productivos en 27,9%, presencia de síntomas psicóticos negativos en 35,3%, conciencia sobre la enfermedad

en 23,5% y conciencia sobre la necesidad de tratamiento en 35,3%. Hubo predominio de apoyo familiar parcial, presencia de tratamiento y hospitalización psiquiátrica previa. En cuanto a la historia previa de tentativa de suicidio se hallaron informes afirmativos en el 16,2% (Tabla 4).

**Tabla 4 – Distribución de la población estudiada según variables clínicas**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Uso de sustancia psicoactiva</b>		
No	44	64,7
Sí	24	35,3
<b>Presencia de síntomas psicóticos productivos</b>		
No	49	72,1
Sí	19	27,9
<b>Presencia de síntomas psicóticos negativos</b>		
No	44	64,7
Sí	24	35,3
<b>Uso de psicofármaco</b>		
Sí	63	
No	5	
<b>Conciencia sobre la enfermedad</b>		
Parcial	26	38,2
No	26	38,2
Sí	16	23,5
<b>Conciencia sobre la necesidad de tratamiento</b>		
Parcial	25	36,8
Sí	24	35,3
No	19	27,9
<b>Apoyo familiar</b>		
Parcial	32	47,1
No	20	29,4
Sí	16	23,5
<b>Tratamiento psiquiátrico previo</b>		
Sí	52	76,5
No	16	23,5
<b>Hospitalización psiq. Previa</b>		
Sí	46	67,6
No	22	32,4
<b>Tentativa de suicidio</b>		
No	57	83,8
Sí	11	16,2
Total	68	100

Entre los 68 individuos evaluados, el 92,6% hacía uso de medicación, siendo que el 69,1% usaba dos medicamentos y, el 26,5% usaba tres o más fármacos. Hubo predominancia de uso de medicación antipsicótica (Tablas 5, 6 e 7).

**Tabla 5 – Distribución de la población estudiada según el tipo de medicamento 1**

Tipo de medicamento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Antipsicótico	58	85,3	92,1
Estabilizador del Humor	4	5,9	6,3
Anticonvulsivante	1	1,5	1,6
Total	63	92,6	100,0

**Tabla 6 – Distribución de la población estudiada según el tipo de medicamento 2**

Tipo de medicamento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Anticolinérgico	20	29,4	42,6
Estabilizador del Humor	9	13,2	19,1
Benzodiazepínico	6	8,8	12,8
Antidepresivo	5	7,4	10,6
Anticonvulsivante	4	5,9	8,5
Antipsicótico	3	4,4	6,4
Total	47	69,1	100,0

**Tabla 7 – Distribución de la población estudiada según el tipo de medicamento 3**

Tipo de medicamento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Anticonvulsivante	16	23,5	88,9
Antidepresivo	1	1,5	5,6
Otro (Prometazina)	1	1,5	5,6
Total	18	26,5	100,0

### 8.1.3. Resultados de las Variables Criminológicas:

La distribución por tipo de delito permitió encontrar índices superiores para los delitos contra la persona (homicidio y lesiones corporales), seguidos por robo/hurto, otros delitos y delito sexual (Tabla 8).

En un 17,6 % de la población se encontró más de un delito (Tabla 9).

**Tabla 8– Distribución de la población estudiada según el tipo de delito 1**

Tipo de delito	Frecuencia	Porcentaje
Homicidio	20	29,4
Lesiones corporales	15	22,1
Robo / hurto	14	20,6
Otros	10	14,7
Delito sexual	8	11,8
Latrocinio	1	1,5
Total	68	100,0

**Tabla 9 – Distribución de la población estudiada según el tipo de delito 2**

Tipo de delito	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Otros	6	8,8	50,0
Robo / hurto	4	5,9	33,3
Homicidio	1	1,5	8,3
Delito sexual	1	1,5	8,3
Total	12	17,6	100,0

Apenas 13,2% de los individuos presentó crítica con relación al delito. Pero la mayoría posee episodios de violencia previa (86,2%) y antecedentes criminales (54,5%). Se encontró alta prevalencia de historia previa de fuga (52,9 %). La distribución por tipo de delito anterior detectó el predominio de robo/hurto, seguido por homicidio, otros delitos, lesiones corporales y delito sexual (Tabla 10). En un 13,2% de la población se encontró la presencia de más de un delito anterior (Tabla 11).

**Tabla 10 – Distribución de la población estudiada según la presencia de crítica con relación al delito, la presencia de violencia previa, la presencia de antecedente criminal y la historia de fuga del IPF**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>
<b>Crítica con relación al delito</b>			
No	32	47,1	
Parcial	27	39,7	
Sí	9	13,2	
Total	68	100,0	
<b>Presencia de violencia previa</b>			
Sí	56	82,4	86,2
No	9	13,2	13,8
Total	65	95,6	100,0
<b>Presencia de antecedente criminal</b>			
Sí	36	52,9	54,5
No	30	44,1	45,5
Total	66	97,1	100
<b>Fuga</b>			
No	36	52,9	52,9
Sí	32	47,1	47,1
Total	68	100	100

**Tabla 11 – Distribución de la población estudiada según el tipo de delito anterior**

<b>Tipo de delito anterior</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Robo / hurto	13	19,1	37,1
Homicidio	8	11,8	22,9
Otros	8	11,8	22,9
Lesiones corporales	5	7,4	14,3
Delito sexual	1	1,5	2,9
Total	35	51,5	100,0

#### **8.1.4. Resultados del Juicio profesional de riesgo de recidiva violenta y riesgo de conducta anti-social:**

La distribución de acuerdo al Juicio Profesional permitió detectar un predominio de riesgo medio para recidiva violenta y bajo riesgo para conducta anti-social (Tabla 12).

**Tabla 12 – Distribución de la población estudiada según el juicio profesional de riesgo de recidiva violenta y riesgo de conducta anti-social**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Riesgo de recidiva violenta</b>		
Bajo	22	32,4
Medio	28	41,2
Alto	18	26,5
<b>Riesgo de conducta anti-social</b>		
Bajo	34	50
Medio	17	25
Alto	17	25
Total	68	100

### 8.1.5. Resultados de los instrumentos HCR-20 y PCL-R aplicados en la evaluación basal:

En la Tabla 13 se exponen las estadísticas descriptivas de los resultados totales de los instrumentos y de las sub escalas.

**Tabla 13 – Distribución de la población estudiada según los resultados de la HCR-20 y PCL-R**

Valores de las escalas	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv estándar
H Total	68	6	20	12,35	3,893
C Total	68	0	10	4,65	2,374
R Total	68	2	10	6,32	1,996
HCR-20 Total	68	11	38	23,32	6,908
F1 Total	68	0	16	5,78	5,157
F2 Total	68	0	16	6,73	4,263
PCL-R Total	68	1	36	13,54	9,992

Kolmogorov-Smirnov HCR Total  $p = 0,016$ .

El resultado de la Prueba de normalidad (El test de Komorogov-Smirnov) HCR-20 Total con significación 0,016 indica que la distribución difiere significativamente de lo normal.

Los mayores índices en la PCL-R se encontraron entre los Trastornos de Personalidad y en los pacientes con delitos sexuales o hurto/robo (Tabla 14 y 15).

Los portadores de Trastorno de Personalidad, Retardo Mental y los pacientes con delito de hurto/robo presentaron mayores índices en la HCR-20 (Tabla 16 y 17).

**Tabla 14 – Distribución de la población estudiada según los diagnósticos principales y resultados de la PCL-R en la evaluación basal**

Diagnóstico principal	PCL-R Total	Estadístico
Psicosis	Media	8,57
	DE	5,91
Retraso Mental	Media	14,35
	DE	8,6
Trastorno de Personalidad	Media	31,39
	DE	3,5
Dependencia de sustancia psicoactiva	Media	15,75
	DE	4,2

**Tabla 15 – Distribución de la población estudiada según tipo de delito y resultados de la PCL-R en la evaluación basal**

Tipo Delito	PCL-R Total	Estadístico
Lesiones Corporales	Media	7,27
	DE	3,95
Homicidio	Media	13,57
	DE	11,47
Robo / Hurto	Media	17,29
	DE	8,90
Delito Sexual	Media	18,33
	DE	12,68
Otros	Media	14,26
	DE	9,53

**Tabla 16 – Distribución de la población estudiada según los diagnósticos principales y resultados de la HCR-20 en la evaluación basal**

Diagnóstico principal	HCR-20 Total	Estadístico
Psicosis	Media	20,33
	DE	5,88
Retraso Mental	Media	27,14
	DE	6,86
Trastorno de Personalidad	Media	30,80
	DE	2,62
Dependencia de sustancia psicoactiva	Media	21,25
	DE	3,40

**Tabla 17 – Distribución de la población estudiada según el tipo de delito y resultados de la HCR-20 en la evaluación basal**

Tipo Delito	HCR-20 Total	Estadístico
Lesiones Corporales	Media	20,40
	DE	5,11
Homicidio	Media	21,70
	DE	6,87
Robo/ Hurto	Media	27,71
	DE	7,31
Delito Sexual	Media	23,63
	DE	6,93
Otros	Media	24,70
	DE	6,93



## **8.2. Resultados relacionados con el estudio de confiabilidad**

Los valores de las medias de consenso entre los entrevistadores fueron respectivamente para la subescala H 13,10 ( $\pm 3.5$ ); para la subescala C 4,83 ( $\pm 1.9$ ), para la subescala R 5,80 ( $\pm 2.1$ ) y para HCR-20 Total 23.7 ( $\pm 6.25$ ).

### **8.2.1. Confiabilidad entre los evaluadores**

La confiabilidad entre los evaluadores para el total de las secciones H, C, R y para las puntuaciones individuales de cada ítem, fue estimada con el coeficiente de correlación interna -CCI-. Este coeficiente expresa la confiabilidad de la puntuación de un evaluador generalizado a la población de evaluadores representada por aquél. El CCI estima la equivalencia de medidas repetidas hechas sobre el mismo sujeto. Los resultados de la confiabilidad observada pueden ser interpretados de la siguiente manera: valor mayor o igual que 0,75 = excelente; valor entre 0,40 y 0,74 = aceptable a bueno; valor menor a 0,40 = pobre.

El valor de CCI para la puntuación total H fue 0,97, para la puntuación total C fue 0,94, y para la total R fue 0,96; todos los coeficientes tuvieron resultado excelente. En cuanto a los ítems individuales de la HCR 20, en general, el CCI fue de bueno a excelente (media = 0,967; rango 0,60 a 0,99). La tabla 18 detalla el coeficiente para todos los ítems. El valor más alto fue obtenido para los ítems H7 y H9. Sólo el ítem H3 tuvo el coeficiente igual a 0,60.

### **8.2.2. Congruencia interna**

La congruencia interna fue calculada con las puntuaciones de consenso entre los dos entrevistadores, utilizando el coeficiente alfa de Cronbach. Para la subescala H el

coeficiente alfa fue 0,63; para la subescala C, alfa fue de 0,51; para la subescala R el coeficiente alfa fue de 0,69; y para la escala total, el valor de alfa fue de 0,79.

Catorce de las correlaciones ítem - total fueron mayores que 0,40, indicando que contribuyen significativamente con la puntuación total de las respectivas secciones. La correlación mayor fue, para cada sección, encontrada con los ítems H7 y H9 ( $r = 0,81$ ), C2 ( $r = 0,71$ ), R2 y R4 ( $r = 0,71$ ).

**Tabla 18. Frecuencia de puntajes, estadísticos descriptivos, correlación ítem total y confiabilidad entre evaluadores para los ítem individuales de H, C y R**

Ítem	Valores				Estadísticos				
	0	1	2	Omitido	Media	Desv. típ.	r ítem-total	CCI	IC
<b>H1</b>	1	1	28	0	1,9	0,4	0,29	0,91	0,80; 0,96
<b>H2</b>	0	9	21	0	1,7	0,47	0,4	0,96	0,92; 0,98
<b>H3</b>	1	10	19	0	1,6	0,56	0,13	0,6	0,15; 0,81
<b>H4</b>	7	11	12	0	1,17	0,79	0,35	0,92	0,82; 0,96
<b>H5</b>	9	4	17	0	1,27	0,91	0,34	0,98	0,96; 0,99
<b>H6</b>	4	4	22	0	1,6	0,72	-0,22	0,95	0,90; 0,98
<b>H7</b>	18	4	8	0	0,67	0,88	0,81	0,99	0,98; 1
<b>H8</b>	10	8	12	0	1,07	0,87	0,53	0,94	0,88; 0,97
<b>H9</b>	18	4	8	0	0,67	0,88	0,81	0,99	0,98; 1
<b>H10</b>	2	12	16	0	1,47	0,63	0,58	0,89	0,78; 0,95
<b>Subtotal</b>	-	-	-	-	13,1	3,51	0,87	0,97	0,93; 0,98
<b>C1</b>	5	15	10	0	1,17	0,7	0,41	0,87	0,74; 0,94
<b>C2</b>	15	8	7	0	0,73	0,83	0,71	0,94	0,88; 0,97
<b>C3</b>	6	19	5	0	0,97	0,62	0,06	0,84	0,66; 0,92
<b>C4</b>	4	16	10	0	1,2	0,66	0,56	0,86	0,70; 0,93
<b>C5</b>	10	18	2	0	0,73	0,58	0,57	0,7	0,37; 0,86
<b>Subtotal</b>	-	-	-	-	4,83	1,97	0,82	0,94	0,87; 0,97
<b>R1</b>	2	17	11	0	1,3	0,6	0,4	0,89	0,76; 0,95
<b>R2</b>	0	13	17	0	1,57	0,5	0,71	0,94	0,87; 0,97
<b>R3</b>	8	14	8	0	1	0,74	0,3	0,94	0,87; 0,97
<b>R4</b>	15	11	4	0	0,63	0,72	0,71	0,95	0,90; 0,98
<b>R5</b>	1	19	10	0	1,3	0,54	0,47	0,87	0,73; 0,94
<b>Subtotal</b>	-	-	-	-	5,8	2,09	0,76	0,96	0,92; 0,98

Nota: Frecuencias, medias, desvíos típicos y correlación ítem total están basadas en la puntuación de consenso.

### **8.3. Resultados relativos a la recidiva en cualquier evento y/o evento violento**

Se consideró que toda la población de la cohorte inició su oportunidad de recidivar en Mayo de 2007 y, al momento de la censura administrativa, en Mayo de 2008, se consideraron los datos de sus respectivos tiempos en oportunidad de recidivar para el análisis de los resultados de seguimiento. La media de tiempo de ocurrencia de recidiva en cualquier evento fue de 171,1 días; y la Mediana fue de 120 días. El motivo del fin del seguimiento fue el término del estudio en 97,1% de la población. Los restantes 2,9% correspondieron a dos muertes por enfermedades clínicas (Tabla 21).

Durante el período de un año del estudio fueron registrados 200 eventos violentos o anti-sociales. Entre la población en estudio, 50 pacientes (73%) presentaron conducta violenta y/o conducta anti-social registradas en la Escala OAS y/o en el Cuestionario de Seguimiento de Tengström (Tabla 19).

La distribución del número de eventos entre la población en estudio varió de 18 pacientes sin cualquier registro de interurrencias a un paciente con 21 registros de conducta violenta e anti-social (Tabla 20).

La media de eventos por paciente fue de 2,94 (+/- 3,97).

Los índices de recidiva en cualquier evento y en eventos violentos variaron de acuerdo con la clasificación diagnóstica. Todos los portadores de Retardo Mental presentaron recidiva en cualquier evento y 21,4% de ellos recidivaron en evento violento. Los portadores de Trastorno de Personalidad presentaron mayor proporción de eventos violentos cuando comparados a los demás diagnósticos (Tabla 22).

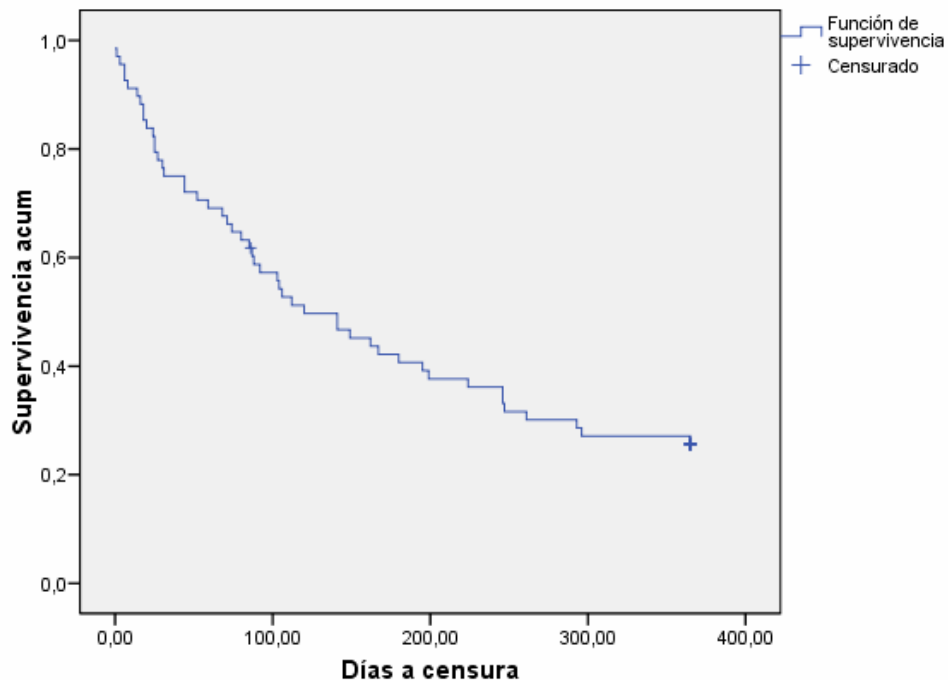
La prevalencia de recidiva en cualquier evento aumentó a medida que disminuía la conciencia sobre la necesidad de tratamiento psiquiátrico (Tabla 23).

Los índices de recidiva violenta y recidiva en cualquier evento variaron de acuerdo con los resultados del juicio profesional de riesgo de recidiva, presentando significado estadístico (Tabla 24 y 25).

**Tabla 19 – Distribución de la población estudiada según la presencia de evento violento y/o conducta anti-social**

Presencia de evento	Frecuencia	Porcentaje
Sin evento	18	26,5
Con evento (OAS +Tengström)	50	73,5
Total	68	100,0

**Función de supervivencia**



**Gráfico 1 – Función de Kaplan y Meier en Mayo 2008 para riesgo de recidiva en cualquier evento (N = 68)**

**Tabla 20 – Distribución de la población estudiada según el número total de eventos**

Cantidad de eventos	Frecuencia	Porcentaje
0	18	26,5
1	16	23,5
2	10	14,7
3	4	5,9
4	5	7,4
5	4	5,9
6	3	4,4
7	1	1,5
8	1	1,5
9	1	1,5
10	2	2,9
12	1	1,5
17	1	1,5
21	1	1,5
Total	68	100,0

**Tabla 21 – Distribución de la población estudiada según el motivo de la pérdida**

Motivo de la pérdida	Frecuencia	Porcentaje
Término do estudio	66	97,1
Muerte	2	2,9
Total	68	100,0

**Tabla 22 – Distribución de la población estudiada según diagnóstico principal, recidiva en cualquier evento y recidiva en evento violento**

Diagnóstico Principal		Cualquier evento		Evento violento		Total
		Sin evento	Con evento	Sin evento	Con evento	
Psicosis	Recuento	16	24	34	6	40
	%	40,00%	60,00%	85,00%	15,00%	100%
Retardo Mental	Recuento	0	14	11	3	14
	%	0,00%	100,00%	78,60%	21,40%	100%
Trastor. de Personalidad	Recuento	1	9	6	4	10
	%	10,00%	90,00%	60,00%	40,00%	100%
Dependencia de sustancia psicoactiva	Recuento	1	3	4	0	4
	%	25,00%	75,00%	100,00%	0,00%	100%
	Recuento	18	50	55	13	68

%	26,50%	73,50%	80,90%	19,10%	100%
---	--------	--------	--------	--------	------

Se intentaron calcular estadísticas direccionales para evaluar la asociación entre la variable independiente “diagnóstico principal” y las variables dependientes “cualquier evento agresivo” y “evento agresivo violento”, pero no resultó posible por la distribución con ninguno o pocos casos en algunas casillas.

**Tabla 23 – Distribución de la población estudiada según conciencia de la necesidad de tratamiento y recidiva en cualquier evento**

Conciencia de la necesidad de tratamiento		Cualquier evento		Total
		Con evento	Sin evento	
Sí	Recuento	14	10	24
	%	58,3%	41,7%	100,0%
Parcial	Recuento	19	6	25
	%	76,0%	24,0%	100,0%
No	Recuento	17	2	19
	%	89,5%	10,5%	100,0%
Total	Recuento	50	18	68
	%	73,5%	26,5%	100,0%

**Tabla 24 – Distribución de la población estudiada según el juicio profesional de recidiva violenta y recidiva en evento violento**

Juicio Profesional de Risco de Recidiva Violenta		Evento violento		Total
		Ausencia de evento violento	Presencia de evento violento	
Bajo	Recuento	21	1	22
	%	95,5%	4,5%	100,0%
Medio	Recuento	23	5	28
	%	82,1%	17,9%	100,0%
Alto	Recuento	11	7	18
	%	61,1%	38,9%	100,0%
Total	Recuento	55	13	68
	%	80,9%	19,1%	100,0%

d de Somers p = 0,005

**Tabla 25 – Distribución de la población estudiada según el juicio profesional de recidiva violenta y recidiva en cualquier evento**

Juicio Profesional de Risco de Recidiva Violenta			Cualquier evento		Total
			Ausencia de evento	Presencia de evento	
Bajo	Recuento	14	8	22	
	%	63,6%	36,4%	100,0%	
Medio	Recuento	3	25	28	
	%	10,7%	89,3%	100,0%	
Alto	Recuento	1	17	18	
	%	5,6%	94,4%	100,0%	
Total	Recuento	18	50	68	
	%	26,5%	73,5%	100,0%	

d de Somers p = 0,000

## 8.4. Resultados relativos al Evento 1.

Hubo registro de esta variable en 49 pacientes, con predominio de conducta anti-social o agresiva durante el día (Tabla 26).

**Tabla 26 – Distribución de la población estudiada según el turno de ocurrencia del evento 1**

Turno	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Mañana	20	29,4	40,8
Tarde	16	23,5	32,7
Noche	13	19,1	26,5
Total	49	72,1	100,0

Las intervenciones que más prevalecieron fueron el aislamiento total (34%), la conversación con el paciente (24%) y el uso de medicación intramuscular (18%). En 18% de los casos no hubo cualquier intervención (Tabla 27).

**Tabla 27 – Distribución de la población estudiada según el tipo de intervención realizada después del evento 1**

Tipo de intervención	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Ninguna	9	13,2	18,0
Conversación con el paciente	12	17,6	24,0
Observación	1	1,5	2,0
Control del paciente	2	2,9	4,0
Medicación intramuscular	9	13,2	18,0
Aislamiento total	17	25,0	34,0
Total	50	73,5	100,0

Entre los registros en la Escala OAS para el evento 1 se destaca una mayor prevalencia de agresión verbal (57,1%) (Tabla 28). Los scores variaron de 1 a 9 (Tabla 29).

**Tabla 28 – Distribución del evento 1 de la población estudiada según las Categorías OAS**

Categorías OAS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
----------------	------------	------------	-------------------



Agresión verbal	12	17,6	57,1
Agresión física contra objetos	1	1,5	4,8
Agresión física contra sí mismo	1	1,5	4,8
Agresión física contra personas	7	10,3	33,3
Total	21	30,9	100,0

**Tabla 29 – Distribución de la población estudiada según la puntuación de agresión en la Escala OAS**

Puntuación de la agresión en la OAS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
1	8	11,8	38,1
2	2	2,9	9,5
3	2	2,9	9,5
4	5	7,4	23,8
5	2	2,9	9,5
8	1	1,5	4,8
9	1	1,5	4,8
Total	21	30,9	100,0

En la distribución de eventos según el Cuestionario Tengström se encontró un predominio de conductas anti-sociales tales como uso incorrecto o no uso de medicación (19,5%), violación de reglas institucionales (17,1%), uso de droga o alcohol (9,8%) y fuga de la institución (9,8%). Entre las conductas violentas se destacan las agresiones físicas contra paciente sin necesidad de tratamiento médico (9,8%) (Tabla 30).

**Tabla 30– Distribución del evento 1 de la población estudiada según el Cuestionario Tengström**

Categoría Tengström	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Violencia Física contra el equipo sntm*	2	2,9	4,9
Violencia Física contra paciente sntm*	4	5,9	9,8
Violencia Física contra paciente cntm**	1	1,5	2,4
Intimidación sexual	2	2,9	4,9
Amenaza de violencia	2	2,9	4,9
Comportamiento amenazador percibido como chantaje y amenaza	1	1,5	2,4
Daño a la propiedad	1	1,5	2,4
Fuga de la institución	4	5,9	9,8
Hurto	3	4,4	7,3
Uso de droga o alcohol	4	5,9	9,8
Tráfico de droga o alcohol	2	2,9	4,9
Violación de reglas institucionales	7	10,3	17,1

Uso incorrecto o no uso de medicación	8	11,8	19,5
Total	41	60,3	100,0

\*sntm significa sin necesidad de tratamiento médico \*\*cntm significa con necesidad de tratamiento médico

**Tabla 31 – Distribución de la población estudiada según valores mínimo, máximo y media de diversas variables**

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad actual	68	20	82	42,85	14,456
Edad en la época del delito	68	18	70	29,71	10,037
Uso de medicamentos	63	1	3	1,10	,346
Tempo de permanencia no IPF (meses)	68	0	440	130,35	122,763
H Total	68	6	20	12,35	3,893
C Total	68	0	10	4,65	2,374
R Total	68	2	10	6,32	1,996
HCR-20 Total	68	11	38	23,32	6,908
F1 Total	68	0	16	5,78	5,157
F2 Total	68	0	16	6,73	4,263
PCL-R Total	68	1	36	13,54	9,992
Puntuación agresión OAS	21	1	9	3,10	2,322
Puntuación Total OAS (agr + interv)	50	0	14	4,12	3,438
Número total de eventos por paciente	68	0	21	2,94	3,977

## 8.5. Factores de riesgo para recidiva:

Al estratificar la muestra por la media de la puntuación de la HCR-20, se encontró una mayor proporción con recidiva para cualquier evento en el grupo con puntuación mayor que la media (93,3% x 57,9%) y el Riesgo Relativo fue superior a 1 (RR = 1,6; IC 95% = 1,2 - 2,2) (Tabla 32). Lo mismo ocurrió con el resultado evento violento donde los índices de recidiva fueron 30% x 10,5% y el RR = 2,8 (IC 95% = 0,98 - 8,36) (Tabla 33).

En el grupo con una puntuación total de la PCL-R mayor que la media (PCL-R >14), la proporción de recidiva para cualquier evento fue superior (95,2% x 63,8%), cuando comparado al grupo con escores de la PCL-R iguales o menores que la media. Con esa categorización, el RR fue de 1,49 (IC95% = 1,18 - 1,89) (Tabla 34). Los hallazgos para el resultado evento violento fueron semejantes con recidiva superior para el grupo con PCL-R > 14 (28,6% x 14,9%) y el RR fue superior a 1 (RR = 1,92; IC95% = 0,73 - 5,02) (Tabla 35).

Se encontró mayor proporción de recidiva para cualquier evento, entre los pacientes con uso de sustancia psicoactiva en el momento de la evaluación basal, si comparados con pacientes no usuarios (91,7% x 63,6%). El Riesgo Relativo de recidiva fue de 1,44 (IC 95% = 1,1-1,8) (Tabla 36).

Los grupos diagnósticos Trastorno de Personalidad y Dependencia de sustancia psicoactiva tuvieron más recidiva violenta cuando comparados al grupo de Trastornos Psicóticos y Retardo Mental (40% x 16,7%), aunque sin significación estadística. El Riesgo Relativo fue de 1,39 (IC 95% = 0,83 - 2,34) (Tabla 37).

La presencia de síntomas negativos parece que tiende a ser un factor protector para el evento “cualquier conducta antisocial” pero el intervalo de confianza incluye al 1, que

es el indicador de “ningún efecto”, por lo que el resultado debe considerarse sin significado estadístico en este estudio (Tabla 38). No hubo diferencia significativa en la recidiva del resultado evento violento con relación a la presencia o no de síntoma negativo (Tabla 39).

**Tabla 32 – Recidiva en cualquier evento según valores mayores o menores que la media de la HCR-20**

HCR-20		Cualquier evento		Total
		Con algún evento	Sin evento	
> media	Recuento	28	2	30
	%	93,3%	6,7%	100,0%
< media	Recuento	22	16	38
	%	57,9%	42,1%	100,0%
Total	Recuento	50	18	68
	%	73,5%	26,5%	100,0%

RR = 1,6 (IC95% = 1,2 - 2,2)

**Tabla 33 – Recidiva en evento violento según valores mayores o menores que la media de la HCR-20**

HCR-20		Evento violento		Total
		Con recidiva violenta	Sin recidiva violenta	
> media	Recuento	9	21	30
	%	30,0%	70,0%	100,0%
< media	Recuento	4	34	38
	%	10,5%	89,5%	100,0%
Total	Recuento	13	55	68
	%	19,1%	80,9%	100,0%

RR = 2,8 (IC95 % = 0,98 - 8,36)

**Tabla 34 - Cualquier recidiva según casos con puntaje PCL-R mayor o menor que la media**

PCL-R		Cualquier evento		Total
		Con recidiva	Sin recidiva	
>14	Recuento	20	1	21
	%	95,2%	4,8%	100,0%
=<14	Recuento	30	17	47
	%	63,8%	36,2%	100,0%
Total	Recuento	50	18	68
	%	73,5%	26,5%	100,0%

RR = 1,49 (IC95% = 1,18 - 1,89)

**Tabla 35 - Recidiva violenta para casos con puntaje PCL-R mayor o menor que la media**

PCL-R	Evento violento		Total	
	Con recidiva violenta	Sin recidiva violenta		
>14	Recuento	6	15	21
	%	28,6%	71,4%	100,0%
=<14	Recuento	7	40	47
	%	14,9%	85,1%	100,0%
Total	Recuento	13	55	68
	%	19,1%	80,9%	100,0%

RR = 1,92 (IC95% = 0,73 - 5,02)

**Tabla 36 – Uso de sustancia psicoactiva y recidiva en cualquier evento.**

Uso de sustancia psicoactiva		Cualquier evento		Total
		Con algún evento	Sin evento	
Si	Recuento	22	2	24
	%	91,7%	8,3%	100,0%
No	Recuento	28	16	44
	%	63,6%	36,4%	100,0%
Total	Recuento	50	18	68
	%	73,5%	26,5%	100,0%

RR= 1,44 (IC 95% = 1,1 -1,8)

**Tabla 37 - Categorías diagnósticas e recidiva en evento violento**

Categorías diagnósticas		evento violento		Total
		sin evento violento	evento violento	sin evento violento OAS
Psic. & Retraso Mental	Recuento	45	9	54
	%	83,3%	16,7%	100%
Trastor. Person & Depend. sustancia psicoactiva	Recuento	6	4	10
	%	60%	40%	100%
Total	Recuento	51	13	64
	%	79,7%	20,3%	100%

RR = 1,39 (IC 95%= 0,83 – 2,3)

**Tabla 38 - Síntomas negativos y recidiva en cualquier evento**

Síntomas negativos		cualquier evento		Total
		cualq. recidiva	sin recidiva	
Sí	Recuento	14	10	24
	%	58,3%	41,7%	100,0%
No	Recuento	36	8	44
	%	81,8%	18,2%	100,0%
Total	Recuento	50	18	68
	%	73,5%	26,5%	100,0%

RR= 0,71 (95 % IC 0,49; 1,03)

**Tabla 39 - Síntomas negativos y recidiva en evento violento**

Síntomas negativos		recidiva violenta		Total
		Con recidiva violen.	Sin recidiva violen.	
Si	Recuento	5	19	24
	%	20,8%	79,2%	100,0%
No	Recuento	8	36	44
	%	18,2%	81,8%	100,0%
Total	Recuento	13	55	68
	%	19,1%	80,9%	100,0%

RR= 1,15 (95 % IC 0,42; 3,12)

La Tabla 40 muestra la correlación (point-biserial) entre diversos factores y la recidiva general medida como variable dicotómica. Los factores H Total, C Total, HCR-20 Total, F1, F2 e PCL-R presentaron correlaciones significativas con la recidiva general.

**Tabla 40 – Correlación entre factores y recidiva general**

Variable	Correlación biserial		N
		Sig. (bilateral)	
Edad actual	-,204	,096	68
Edad en la época del delito	-,088	,476	68
Escolaridad	,020	,869	68
Tiempo en la institución	-,223	,067	68
H Total	,495(**)	,000	68
C Total	,405(**)	,001	68
R Total	,216	,077	68
HCR-20 TOTAL	,480(**)	,000	68
F1 Total	,300(*)	,013	68
F2 Total	,418(**)	,000	68

PCL-R Total	,365(**)	,002	68
-------------	----------	------	----

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).  
 La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

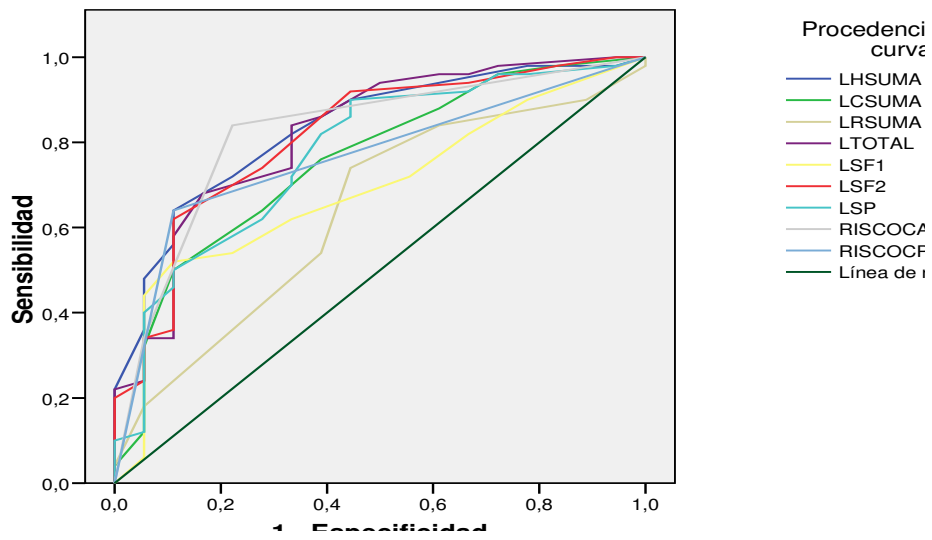
En la tabla 41 y en los gráficos 2 y 3 se exponen las medidas apropiadas de la eficacia predictiva para cualquier evento y para evento violento, expresada a través del cálculo del área debajo de la curva ROC para los principales instrumentos en el tiempo de censura. La subescala H, la HCR-20, el factor 2 y el juzgamiento clínico de comportamiento violento presentaron eficacia predictiva alta, con significado estadístico, para cualquier evento; ya el factor 1, las subescalas C y R, la PCL-R y el juzgamiento clínico de comportamiento anti-social presentaron eficacia predictiva moderada con significado estadístico, con excepción de R.

El poder predictivo fue mayor para “cualquier evento” que para el “evento violento”, donde los valores predictivos de las subescalas H, C y R, de la HCR-20, del Factor 2, de la PCL-R y del juzgamiento clínico de comportamiento violento fueron apenas moderados.

**Tabla 41 - Área abajo de la curva ROC en Mayo 2008 para cualquier evento e para conducta violenta (N = 68)**

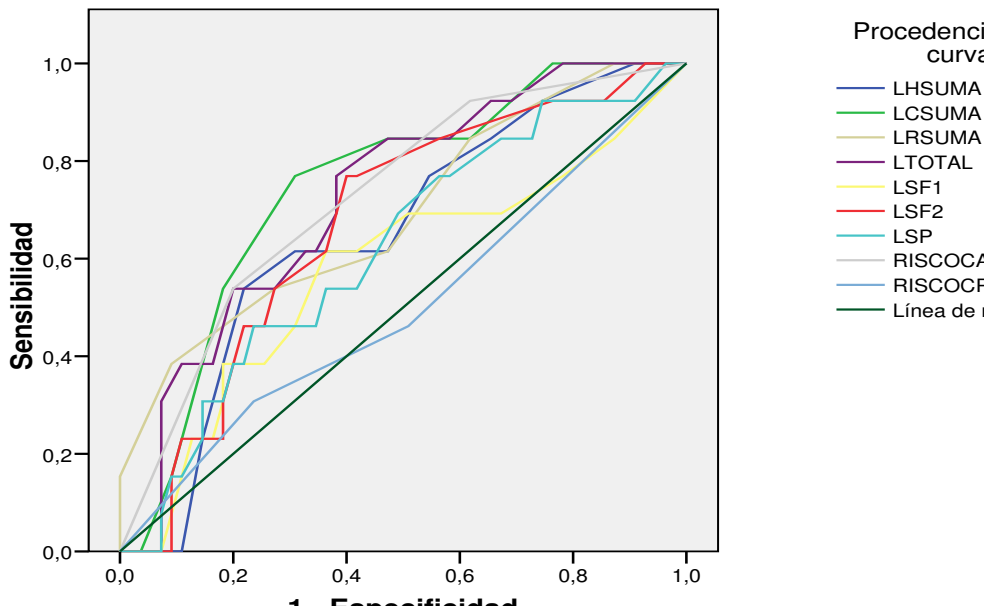
Variables	Cualquier evento			Evento violento		
	AUC	SE	Sig. asintótica(b)	AUC	SE	Sig. asintótica(b)
<b>HCR-20</b>						
H	0,833	0,054	<0,001	0,652	0,079	0,089
C	0,757	0,066	0,001	0,745	0,07	0,006
R	0,639	0,076	0,081	0,692	0,084	0,032
HCR-20 Total	0,821	0,06	<0,001	0,725	0,072	0,012
<b>PCL-R</b>						
Factor 1	0,693	0,069	0,016	0,577	0,094	0,391
Factor 2	0,816	0,06	<0,001	0,673	0,077	0,054
PCL-R Total	0,774	0,065	0,001	0,62	0,084	0,18
<b>Juzgamiento Clínico</b>						
Comportamiento antisocial	0,823	0,06	<0,001	0,727	0,075	0,012
Comportamiento antisocial	0,764	0,062	0,001	0,5	0,094	1

**Curva COR**



**Gráfico 2 - Curva ROC Evento Violento**

**Curva COR**



**Gráfico 3 - Curva ROC Cualquier Evento**



## **8.6. Análisis bivariado con variable dependiente “tiempo a la recidiva”**

Se estimó la función de superveniencia de Kaplan y Méier estratificada por niveles de riesgo para cualquier evento y evento violento.

### **8.6.1. Cualquier evento:**

Los resultados coinciden con la predicación de los instrumentos, es decir, que los grupos pronosticados en la evaluación basal como de mayor score en la HCR-20 (mayor que la media 23,32), mostraron una mayor probabilidad de recidivar (93,3% x 57,9%), bien como recidivaron significativamente más temprano (107 x 222,6 días) que el grupo de menor score en la HCR-20 (Gráfico 4 y Tabla 41). Siendo el Riesgo Relativo de 1,6 (IC95% = 1,2 – 2,2).

Lo mismo ocurrió con la PCL-R, donde los pacientes con scores arriba de la media (PCL-R >14) mostraron una mayor probabilidad de recidivar (95,2% x 63,8%), siendo el Riesgo Relativo de 1,49 (IC95% = 1,18 – 1,89) y lo hicieron significativamente antes que los individuos del grupo con score menor o igual a la media (102 x 202,3 días) (Gráfico 5 y Tabla 43).

### Funciones de supervivencia

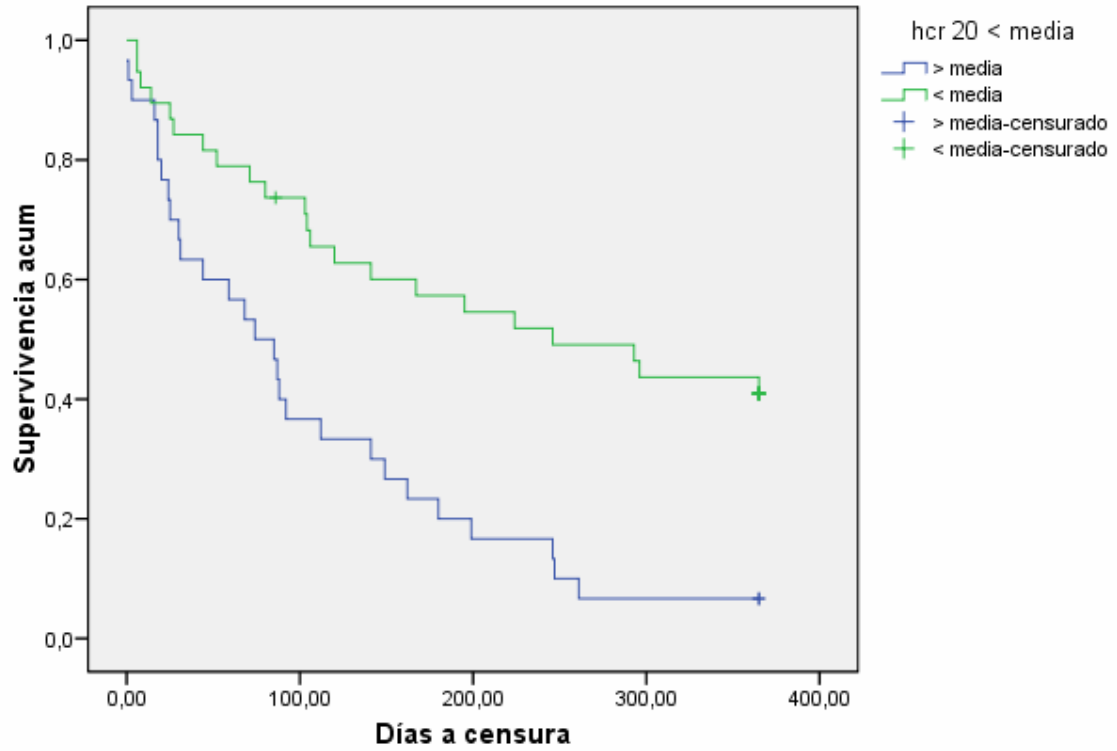


Gráfico 4 – Función de Kaplan y Meier en Mayo de 2008 para riesgo de conducta violenta y antisocial según valores HCR-20 (N = 68)

Tabla 42- Comparaciones globales

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	13,444	1	<,001

Prueba de igualdad de distribuciones de supervivencia para diferentes niveles de hcr 20 < media.

### Funciones de supervivencia

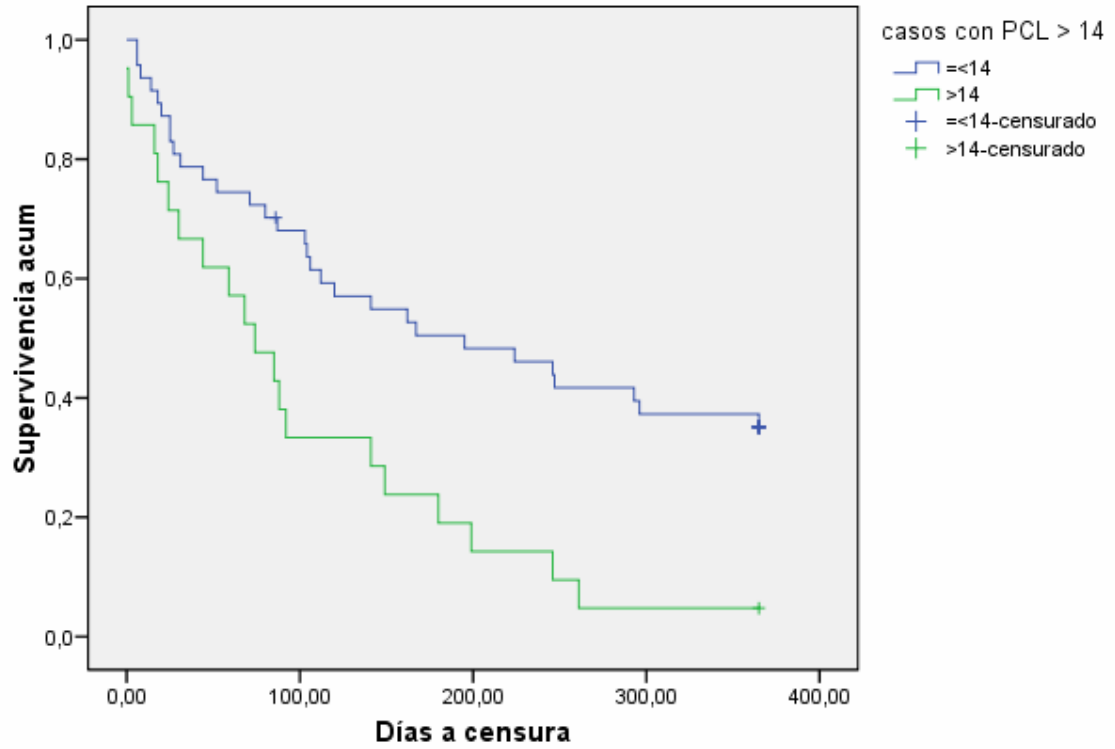


Gráfico 5– Función de Kaplan y Meier en Mayo de 2008 para riesgo conducta violenta y antisocial según valores PCL-R (N = 68)

Tabla 43 - Comparaciones globales

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	10,156	1	,001

Prueba de igualdad de distribuciones de supervivencia para diferentes niveles de casos con PCL > 14.

### **8.6.2. Evento violento:**

Los resultados coinciden con la predicción de los instrumentos, es decir, que los grupos pronosticados en la evaluación basal como de mayor score en la HCR-20 (mayor que la media 23,32), mostraron una mayor probabilidad de recidiva violenta (30% x 10,5%), siendo el RR de 2,8 (IC 95% = 0,98 – 8,36); así como también recidivaron significativamente más temprano que el grupo de menor score en la HCR-20 (228,3 X 330,9 días) (Gráfico 6 y Tabla 44).

Lo mismo ocurrió con la PCL-R, donde los pacientes con scores arriba de la media (PCL-R >14) mostraron una mayor probabilidad de recidivar (28,6% x 14,9%), siendo el RR de 1,92 (IC95% = 0,73 – 5,02) y, lo hicieron significativamente antes que los individuos del grupo con score menor o igual a la media (225,9 x 313,7 días) (Gráfico 7 y Tabla 45).

### Funciones de supervivencia

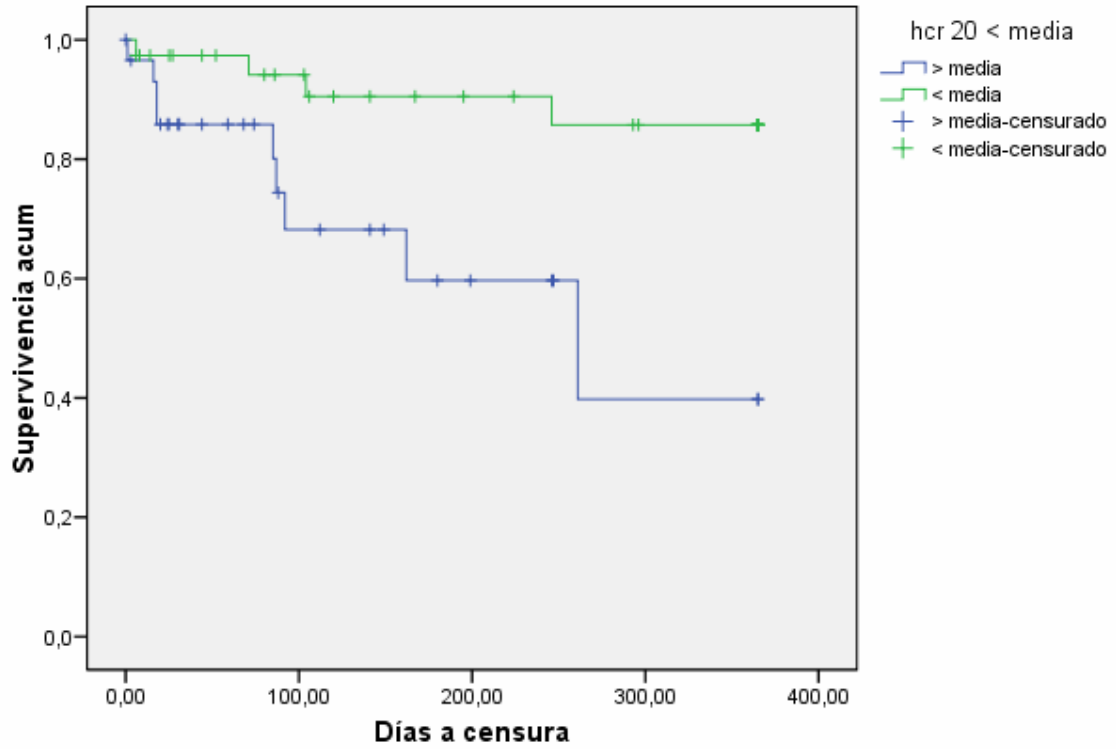


Gráfico 6 – Función de Kaplan y Meier en Mayo de 2008 para riesgo de conducta violenta según valores de la HCR-20 (N = 68)

Tabla 44 - Comparaciones globales

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	7,492	1	,006

Prueba de igualdad de distribuciones de supervivencia para diferentes niveles de hcr 20 < media.

### Funciones de supervivencia

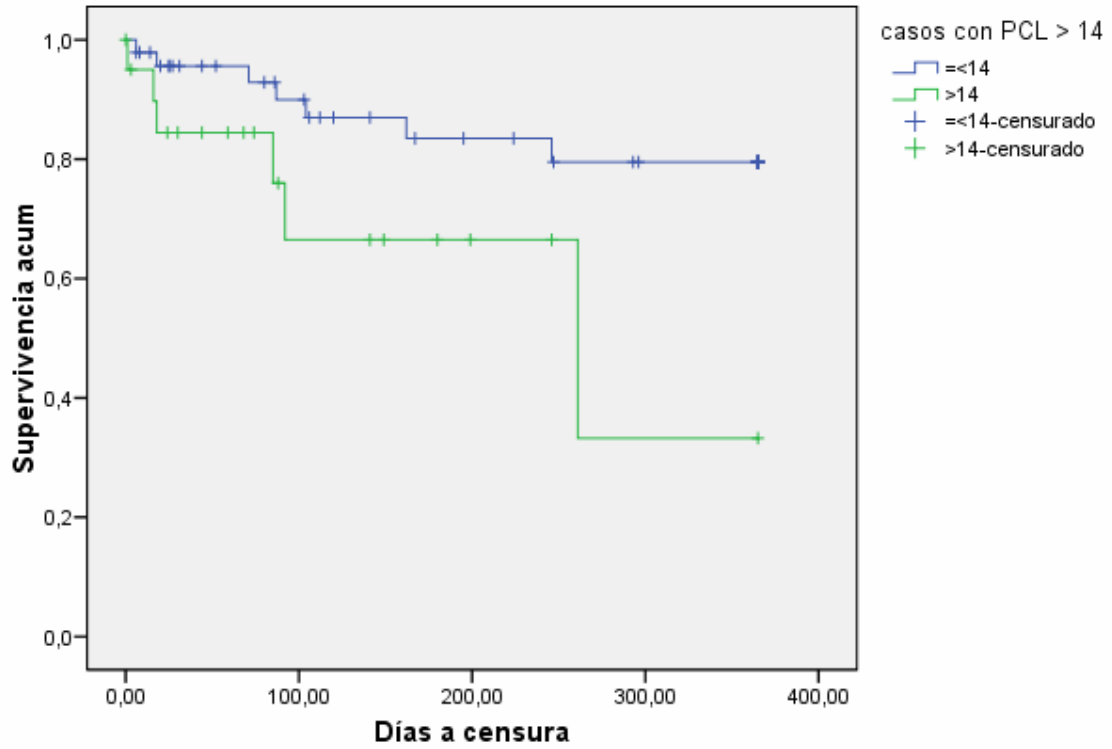


Gráfico 7– Función de Kaplan y Meier en Mayo de 2008 para riesgo de conducta violenta según valores de la PCL-R (N = 68)

Tabla 45 - Comparaciones globales

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	4,342	1	,037

Prueba de igualdad de distribuciones de supervivencia para diferentes niveles de casos con PCL > 14.

## 8.7. Análisis de regresión logística

Se calculó modelo de regresión logística para las covariables H,C,R, F1 y F2.

Dependiente: cualquier evento:

Al ingresar las covariables en un modelo de regresión logística stepwise con método condicional queda como variable predictora con significación estadística H Total. El resultado indica que por cada unidad de aumento de la variable, aumenta el odds de tener “algún evento” por un factor 1,5 (Tabla 46). Los datos ajustan significativamente al modelo según la prueba de Hosmer y Lemeshow que testea la hipótesis nula de que los datos no ajustan adecuadamente al modelo (Tabla 47).

**Tabla 46 - Variables en la ecuación**

Variables	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
H Total	,417	,120	11,979	1	,001	1,517	1,198	1,921
Constante	-3,577	1,244	8,271	1	,004	,028		

**Tabla 47 - Prueba de Hosmer y Lemeshow**

Paso	Chi-cuadrado	gl	Sig.
2	2,875	7	,896

También se formuló un modelo de regresión logística para las covariables H,C,R, F1 y F2, teniendo como variable dependiente al “evento violento”:

Al ingresar las covariables en un modelo de regresión logística stepwise con método condicional queda como variable predictora con significación estadística C Total. El resultado indica que por cada unidad de aumento de la variable, aumenta el odds de tener “algún evento” por un factor 1,5 (Tabla 48). Los datos ajustan significativamente al modelo según la prueba de Hosmer y Lemeshow que testea la hipótesis nula de que los datos no ajustan adecuadamente al modelo (Tabla 49).

**Tabla 48 - Variables en la ecuación**

Variables	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
C Total	,394	,163	5,805	1	,016	1,482	1,076	2,041
Constante	-3,514	1,000	12,348	1	,000	,030		

**Tabla 49 - Prueba de Hosmer y Lemeshow**

Paso	Chi-cuadrado	gl	Sig.
2	6,219	6	,399

Los resultados dan cuenta de la importancia que tiene en esa población el estado clínico (medido por los ítem C) para el riesgo de violencia. Ese efecto se diluye cuando se contempla el riesgo de cualquier evento antisocial y, entonces, surge como principal factor predictor el grupo de ítem H.

Al introducir los totales en la regresión logística, permanece significativa la puntuación total de la HCR-20 (Tablas 50 y 51).

Para Covariables HCR-20 Total y PCL-R Total. Dependiente: cualquier evento antisocial:

**Tabla 50 - Variables en la ecuación**

Variables	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Paso 1(a) HCR-20	,244	,100	5,917	1	,015	1,276	1,048	1,553
PCL-R	-,015	,068	,048	1	,827	,985	,863	1,126
Constante	-3,991	1,602	6,210	1	,013	,018		

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: LTOTAL, LSP.

Para Covariables HCR-20 Total y PCL-R Total. Dependiente: evento violento:

**Tabla 51 - Variables en la ecuación**

Variables	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Paso 1(a) HCR-20	,184	,083	4,907	1	,027	1,201	1,021	1,413
PCL-R	-,059	,055	1,177	1	,278	,942	,847	1,049
Constante	-5,128	1,606	10,196	1	,001	,006		

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: LTOTAL, LSP.



### **Cálculo de los riesgos proporcionales (Regresión de Cox).**

Variable dependiente: tiempo a cualquier evento antisocial

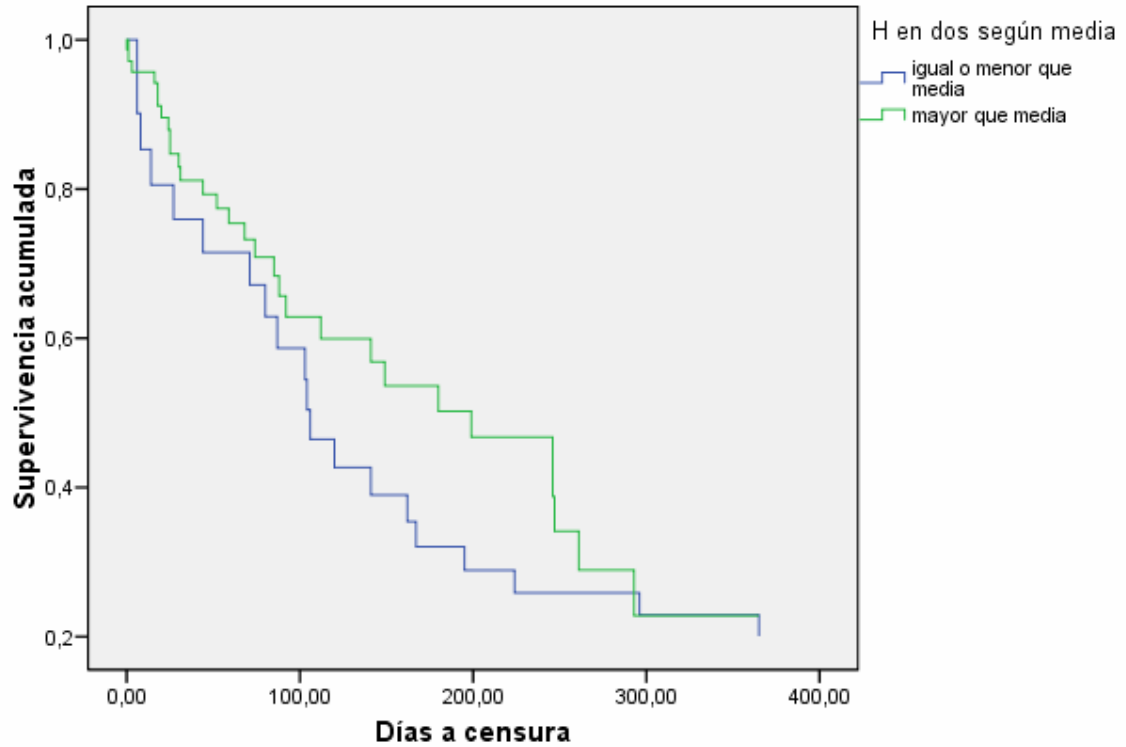
Variables independientes: H, C, R, F1 y F2

Al considerar la variable dependiente tiempo al evento e introducir con el método stepwise condicional hacia adelante, a las variables independientes H, C, R, F1 y F2 en un modelo de Riesgos Proporcionales, se obtiene que queda como variable significativa la subescala H (Tabla 52). El supuesto de proporcionalidad se evaluó mediante el gráfico de Log-minus-log para dos niveles de la variable establecidos según la media (Gráfico 8); en el gráfico se puede observar que ambas curvas tienen un recorrido aproximadamente paralelo, lo que indica la proporcionalidad de los riesgos a lo largo del tiempo y, por lo tanto, la satisfacción del presupuesto exigido por la ecuación.

**Tabla 52 - Variables en la ecuación**

		B	ET	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95,0% IC para Exp(B)	
								Inferior	Superior
Paso 1	H Total	,165	,039	17,665	1	,000	1,180	1,092	1,274

### Función de supervivencia en media de covariables



**Gráfico 8 - Revisión del presupuesto de proporcionalidad del modelo de Riesgos Proporcionales para la variable H Total**

Al considerar iguales variables independientes pero con variable dependiente “evento violento” aparenta producirse el mismo efecto verificado con la regresión logística: la subescala C es la que permanece significativa (Tabla 53), pero, al revisar el presupuesto de riesgos proporcionales estratificando la variable según dos grupos divididos por la media, se encuentra que el presupuesto no se satisface y, entonces, no corresponde realizar inferencias a pesar de aquella apariencia.

**Tabla 53 - Variables en la ecuación**

	B	ET	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1 C Total	,470	,147	10,242	1	,001	1,600

## 9. DISCUSIÓN

La evaluación basal fue útil para caracterizar el perfil de la población estudiada, y describir la cohorte en términos de la distribución de las diversas variables independientes reconocidas como factores de riesgo de recidiva violenta en la bibliografía científica internacional; cumpliéndose de esta manera con la parte descriptiva de los objetivos primero y quinto. La población compuesta de pacientes masculinos en cumplimiento de MS hospitalizados en la unidad D del IPF se caracterizó, socio-demográficamente, por la mayor prevalencia de blancos (73,5%) y de solteros (79,4%); por tener escolaridad con una media de 3,74 años, una ocupación en la época de cometer el delito del 58,8%, edad media en la época de los hechos de 29, 7 años, y edad media actual de 42,8 años. Con relación a la representatividad de la población de la Unidad D los resultados fueron muy semejantes a los encontrados en estudios anteriores con toda la población de pacientes de este mismo manicomio de la provincia de Rio Grande do Sul, así como también de instituciones psiquiátricas forenses de diferentes estados de Brasil y de Alemania (Menezes, 2005; Gauer, 2007; Peres et al, 1998; Penteado, 2000; Mecler et al, 2001; Teixeira & Dalgarrondo, 2006; Tengström et al, 2006).

El tiempo de permanencia de los pacientes en la institución fue bastante largo (130 meses) y superior a la media del manicomio alemán donde el tiempo medio en la institución fue de 49,9 meses (Tengström et al, 2006). Tal hallazgo puede estar relacionado a la complejidad de algunos casos y a la ausencia de soporte familiar, factores influyentes en la recuperación de esta población.

Entre las variables clínicas estudiadas se encontró una mayor prevalencia del diagnóstico de Trastornos Psicóticos (58,8%), englobando aquí todos las Esquizofrenias y Trastorno de Humor de gravedad psicótica; Retraso Mental (20,6%), Trastornos de Personalidad (14,7%) y Dependencia de Sustancias Psicoactivas (5,9%). El predominio de Trastornos Psicóticos, con destaque para los cuadros de Esquizofrenia, y de los Retrasos Mentales es una constante en todos los estudios nacionales sobre este tema. Con relación a la prevalencia de Trastornos de Personalidad el índice del 14,7% fue superior a los encontrados en los hospitales psiquiátricos forenses de las provincias de Bahía y São Paulo, donde estos valores fueron de 3,6 e 3% respectivamente (Teixeira& Dalgarrondo, 2006; Peres et al, 1998). Estudios holandeses sobre el tema relatan alta prevalencia de trastornos de personalidad en la población manicomial de aquel país, especialmente trastornos do cluster B( de Ruitter & Greeven, 2000; Hildebrand & Ruitter, 2004; de Vogel et al, 2004). Se cree que las discrepancias en los resultados puedan ocurrir en función de las diferencias metodológicas de investigación, como así también por el hecho del estudio bahiano haya sido realizado en la década anterior y que, a partir de aquel período, hubo un creciente ingreso de trastornos de personalidad para tratamiento en manicomios judiciales brasileños por cuenta de la semi-imputabilidad (Telles & Folino, 2006).

La investigación permitió encontrar importante prevalencia de consumo de alcohol y/o drogas (35,3%), como de síntomas psicóticos productivos (27,9%) y síntomas psicóticos negativos (35,3%) en el momento de la investigación. Estos hallazgos sorprenden ya que todos se encuentran en tratamiento psiquiátrico hospitalar, siendo que 94,1% hacen uso regular de algún psicofármaco. Entre los fármacos más prescritos se destacan los antipsicóticos (92,1%) y los estabilizadores del humor (6,3%). El hallazgo podría estar

indicando una especial resistencia a los tratamientos o la necesidad de revisión de los mismos, alternativas que pueden ser temas de futuros estudios.

Con relación a las variables “conciencia sobre la enfermedad y sobre la necesidad de tratamiento” se verificaron índices de 23,5% y 35,3% respectivamente.

La mayor parte de la población estudiada posee historia de tratamiento psiquiátrico previo (76,5%) y hospitalización psiquiátrica anterior al delito (67,6%). Estos resultados resaltan la importancia de los servicios de atención primaria y secundaria como posibles fuentes de prevención de conducta violenta y/o criminal en portadores de trastornos mentales.

Durante el cumplimiento de la Medida de Seguridad apenas 23,5% de los pacientes recibieron apoyo familiar efectivo expresado a través de visitas al hospital y acompañamiento en el tratamiento. Una proporción mayor (47,1%) presentó apoyo parcial, a través de un contacto muy esporádico (una vez al año ó menos) con paciente y/o equipo. La tasa de pacientes abandonados es de 29,4%. Al revisar la literatura al respecto de este tema se encontró una única referencia a esta variable en el estudio del manicomio de la provincia de Rio de Janeiro, donde el índice de apoyo familiar fue bastante superior al hallado, alcanzando el 61,7 % (Mecler et al, 2001).

En síntesis, los resultados relacionados con las variables clínicas configuran una población con alta carga de patología tanto en antecedentes como en sintomatología actual y con importantes carencias de apoyo.

El estudio de las variables criminológicas evidenció predominio de conducta mono delictual entre la población de internos en estudio, estando de acuerdo con estudios previos sobre este tema (Folino & Urrutia, 2001; Telles, 2007). Se encontró también mayor prevalencia de delitos contra la persona como Homicidio (29,4%) y Lesiones corporales (22,1%). Robo y Hurto estuvieron presentes en 20,6% de la población mientras que otros delitos y delitos sexuales tuvieron índices de 14,7% y 11,8% respectivamente. Los delitos contra la persona predominan entre pacientes en cumplimiento de medida de seguridad, mientras los delitos contra el patrimonio son más prevalentes entre la población carcelaria (Menezes, 2005; Gauer, 2007; Peres et al, 1998; Penteadó, 2000; Teixeira & Dalgarrondo, 2006; Tengström et al, 2006; Fandiño et al, 1999)

Apenas 13,2% de los pacientes en estudio presentaron crítica apropiada con relación al delito.

Los hallazgos resaltan la presencia de violencia previa en 86,2% y antecedentes criminales en 54,5%. Entre los delitos previos hubo predominio de robo/ hurto en 37,1%, homicidio en 22,9%, otros crímenes en 22,9% y lesiones corporales en 2,9%.

Fueron detectados indicadores de fuga del IPF, ocurridos durante el cumplimiento de la Medida de Seguridad y anteriormente al presente estudio, en 47,1% de la población estudiada.

Los valores medios de la evaluación basal de la HCR-20 Total fueron 23,32 (DT= 6,90) y de la PCL-R Total fueron 13,54 (DT= 9,99). Los scores se asemejan a los resultados de la población forense argentina (PCL-R=15,54; HCR-20=20,12) y de una

muestra de pacientes psiquiátricos forenses norteamericana (PCL-R=13,69) (Folino 2006 y Sreenivasan 2000).

Los mayores índices en la HCR-20 se encontraron entre los portadores de Trastorno de Personalidad y Retraso Mental, y los mayores escores de la PCL-R, como era esperado, correspondieron a los pacientes con diagnóstico de Trastorno de Personalidad. El grupo con diagnóstico de Psicosis presentó los menores índices en los dos instrumentos, coincidiendo con el estudio previo (Tengström et al, 2006).

En síntesis, si bien la población estudiada tuvo, como delito índice, un comportamiento monodelictual, se destaca que tiene una alta carga de antecedentes de transgresión a normas sociales.

En lo referente a la recidiva violenta o anti-social en el período de un año, se detectaron 200 eventos, involucrando 50 pacientes (73% de la población estudiada). Este hallazgo rechaza la creencia de ausencia de riesgos en el ambiente sanitario, donde el tratamiento institucional y medicamentoso, supuestamente, podría suprimir en gran medida tales conductas y también la suposición que por supuesta baja prevalencia habría gran dificultad en prever violencia de pacientes en hospitales (Monahan, 1988).

Los índices de recidiva violenta y recidiva en cualquier evento (violento o antisocial) variaron de acuerdo a lo pronosticado en los respectivos juicios profesionales y con significación estadística. Este hallazgo resalta la importancia que para el pronóstico y la prevención, tiene la evaluación clínica integral que engloba aspectos de la enfermedad, apoyo familiar y factores socio ambientales.

Los portadores de Trastorno de Personalidad presentaron mayor prevalencia de eventos violentos comparativamente a los portadores de los demás diagnósticos. Este dato reafirma el conocimiento de la mayor peligrosidad de esta población aún estando dentro de la institución psiquiátrica forense.

Todos los pacientes con diagnóstico de Retraso Mental presentaron recidiva con “cualquier evento” y el 21,4% recidivó con evento violento. Este hallazgo está de acuerdo con estudios en poblaciones psiquiátricas forenses norteamericanas y alemanas donde los comportamientos anti-sociales, las conductas amenazadoras y/o violentas tuvieron importantes prevalencias en este grupo diagnóstico (Tengström et al, 2006; Sreenivasan et al, 2000). También con un estudio de cohorte en la población sueca que resaltó el aumento de chance de violencia cuando el diagnóstico de Retraso Mental estaba presente (Hodgins, 1992).

También se detectó una tendencia al aumento de recidiva en “cualquier evento” a medida que disminuía la conciencia sobre la necesidad del tratamiento, lo que resulta de gran valor a la hora de la toma de decisiones preventivas y de la búsqueda del correspondiente consentimiento sustituto de aquellos enfermos que no tienen sano juicio.

El estudio permitió identificar que el predominio de eventos agresivos y anti-sociales ocurre durante el día, lo que está de acuerdo con la literatura (Noble, 1989). Según registro de la Escala OAS la conducta agresiva más prevalente fue la verbal. Entre las conductas anti-sociales más encontradas en el Cuestionario Tengström se destacan el uso incorrecto y la no utilización de la medicación prescrita, las violaciones de reglas



institucionales, el uso de sustancia psicoactiva y la fuga de la institución. Las intervenciones más usadas, según registro de la Escala OAS, fueron el aislamiento total, la charla con el paciente y el uso de medicación intramuscular. Los cuidados terapéuticos y la contención prestados a nivel hospitalar pueden haber influenciado en la atenuación de la gravedad de expresión de conductas violentas y anti-sociales.

Las características psicométricas de los instrumentos empleados en la evaluación basal, la confiabilidad de la HCR-20 y validez predictiva de la HCR-20 y PCL-R en prever conducta violenta se discuten a continuación, anticipándose que también se pudo cumplir con los objetivos segundo y tercero de este estudio.

La confiabilidad entre los evaluadores para la HCR-20 total, para las subescalas y para los puntajes individuales de cada ítem, se estimó con el coeficiente de correlación interno (CCI). Este coeficiente expresa la confiabilidad del puntaje de un evaluador generalizado a la población de evaluadores representada por aquel. En otras palabras, CCI estima la equivalencia de medidas repetidas hechas sobre el mismo sujeto. Los resultados de los CCIs para las subescalas H (0,97), C (0,94) y R (0,96) fueron excelentes y semejantes a los encontrados en un estudio argentino, cuyos valores fueron, respectivamente, H (0,94), C (0,75) y R (0,97) (Folino, 2004). Los altos índices del estudio de confiabilidad, además de reflejar las propiedades del instrumento, pueden tener relación con el minucioso proceso de evaluación y con el hecho de que las entrevistadoras comparten una larga práctica psiquiátrica forense. Los niveles de congruencia interna encontrados también son semejantes a los de investigaciones realizadas en otros países (Belfrage, 1998; Folino et al., 2004; Douglas et al., 2003; Claix et al., 2004). La correlación ítem-total no fue óptima en todos los ítems, pero esto no afecta la confiabilidad de cada uno de ellos, pues los coeficientes de

correlación intra clase alcanzaron niveles excelentes. Estos hallazgos sobre la confiabilidad de la versión brasileña de la HCR-20 en la población psiquiátrica forense son inéditos en nuestro medio y serán muy útiles para permitir incorporar este instrumento a nuestra práctica forense.

El método más apropiado para la apreciación de la precisión predictiva de los instrumentos HCR-20 y PCL-R es la medida del área debajo de la curva ROC. Los resultados demostraron que la eficacia predictiva para cualquier evento fue alta y presentó significado estadístico para la subescala H, la HCR-20, el factor 2 (PCL-R) y el juzgamiento clínico de riesgo de evento violento. Por su parte, el factor 1 (PCL-R), las subescalas C y R, la PCL-R y el juzgamiento clínico de riesgo de comportamiento anti-social, guiado por los instrumentos, presentaron eficacia predictiva moderada. Todos presentaron significado estadístico, con excepción de la subescala R. Al realizar el análisis de regresión logística y la regresión de Cox la HCR-20 y la subescala H permanecieron como variables predictivas con significado estadístico.

Así como en un estudio reciente con la población psiquiátrica forense alemana, la eficacia predictiva de esos instrumentos ha sido mayor para “cualquier evento” de que para “evento violento” (Tengström, 2006). En esta investigación, los valores predictivos de “evento violento” de las subescalas H, C y R, de la HCR-20, del Factor 2, de la PCL-R y del juzgamiento clínico de comportamiento violento fueron apenas moderados. Las subescalas C y R, la HCR-20 y el juzgamiento clínico de comportamiento violento presentaron, por su parte, significación estadística. Estudios previos realizados en *setting* psiquiátrico forense coinciden con los resultados de la precisión predictiva de la HCR-20 y PCL-R encontrados en esta investigación (Dolan, 2004; Douglas, 2003; Hildebrand, 2005; de Vogel, 2004). Al realizar el análisis de regresión logística las variables predictivas HCR-20 y subescala C

permanecieron con significación estadística no ocurriendo lo mismo con la regresión de Cox para la subescala C. Estos hallazgos orientan a sostener que la predicción de la escala y de las subescalas varían de acuerdo con el comportamiento a ser previsto.

Se estimó la función de supervivencia de Kaplan y Méier estratificando por la media de la HCR-20. Los resultados coinciden con la predicción del instrumento, o sea, los grupos pronosticados en la evaluación basal como de mayor puntaje en la HCR-20 (mayor que la media 23,32), mostraron una mayor probabilidad de recidiva para cualquier evento (93,3% vs. 57,9%) que el grupo de menor puntaje en la HCR-20. El Riesgo Relativo fue superior a 1 (RR = 1,6; IC 95% = 1,2 - 2,2). Lo mismo ocurrió para el “evento violento”, pues los índices de recidiva fueron 30% vs. 10,5% y el RR = 2,8 (IC 95% = 0,98 - 8,36). Este hallazgo está de acuerdo con el estudio holandés (de Vogel et al, 2004).

En el grupo con una puntuación total de PCL-R mayor que la media (PCL-R >14) la proporción de recidiva para cualquier evento fue superior (95,2% vs. 63,8%), si comparado al grupo con escores de PCL-R iguales o menores que la media. Con esa categorización, el RR fue de 1,49 (IC95% = 1,18 - 1,89). Los hallazgos para el evento violento fueron semejantes con recidiva superior para el grupo con PCL-R > 14 (28,6% vs. 14,9%) y el RR fue superior a 1 (RR = 1,92; IC95% = 0,73 - 5,02).

Los resultados obtenidos permiten rechazar las hipótesis nulas “Pacientes con escores HCR-20 más elevados presentan los mismos índices de recidiva violenta de pacientes con escores HCR-20 menores durante el seguimiento de un año” y “Pacientes con escores PCL-R más elevados presentan los mismos índices de recidiva violenta de pacientes con escores PCL-R menores durante el seguimiento de un año”. En síntesis, los resultados

orientan a considerar a los factores considerados como válidos factores de riesgo y a los instrumentos utilizados y a la evaluación realizada como un procedimiento útil para la disposición del correspondiente manejo preventivo.

Al contemplar la probabilidad de recidiva acumulada en el tiempo, los instrumentos tuvieron un comportamiento en línea con lo esperado. La variable tiempo dependiente se examinó dividiendo la población según la media de la puntuación HCR-20 y PCL-R. En todas esas exploraciones, los instrumentos diferenciaron significativamente el grupo de la muestra cuya probabilidad de recidiva violenta y en cualquier evento aumenta más tempranamente. Este hallazgo constituye otro valioso aporte que orienta a quienes toman decisiones sanitarias y/o de seguridad pública a focalizar acciones preventivas en determinados grupos y determinado tiempo.

Se encontró mayor proporción de recidiva para “cualquier evento”, entre los pacientes con uso de sustancia psicoactiva en el momento de la evaluación basal, comparativamente con pacientes no usuarios (91,7% x 63,6%). El Riesgo Relativo de recidiva fue de 1,44 (IC 95% = 1,1-1,8).

La presencia de síntomas negativos parece que tiende a ser un factor protector para el evento “cualquier conducta antisocial” pero el intervalo de confianza incluye al 1, que es el indicador de “ningún efecto”, por lo que el resultado debe considerarse sin significación estadística en este estudio.

Los grupos diagnósticos Trastorno de Personalidad y Dependencia de sustancia psicoactiva tuvieron más recidiva violenta comparativamente con el grupo de Trastornos

Psicóticos y Retraso Mental (40% vs. 16,7%), aunque sin significación estadística. El Riesgo Relativo fue de 1,39 (IC 95% = 0,83 – 2,34).

Se debe tener en cuenta que las conclusiones de la evaluación no se deben restringir apenas al score total. El instrumento es una importante guía de evaluación de riesgo, siendo el resultado de la suma bastante útil también para fines de investigación y para evaluar la respuesta terapéutica de alguna intervención. Pero hay que destacar también que, un único ítem puede indicar importante peligrosidad del individuo en examen. Es pertinente recordar que la combinación de diferentes ítems pueden determinar aumento en el riesgo. Como también la posibilidad de que diferentes conductas de riesgo varíen con el tiempo, local y condiciones clínicas (Tengström et al, 2006).

En cuanto a las limitaciones del estudio, se reconoce que el tamaño de la población imposibilitó la comparación de la precisión predictiva de HCR-20 y PCL-R estratificando por los diferentes grupos diagnósticos; así como también inviabilizó la identificación de ítems y sub-escalas de la HCR-20 que eventualmente pudieran estar asociados al comportamiento violento en cada grupo diagnóstico. Si bien estos objetivos se pueden revisar en investigación futura con una muestra mayor de pacientes forenses, es necesario contemplar que más allá de las categorías diagnósticas en sí mismas, resulta valiosa la consideración de factores más elementales como, por ejemplo, síntomas o combinaciones de síntomas, pues pueden resultar blancos más específicos de las medidas preventivas. El hecho de que los pacientes estaban hospitalizados y en tratamiento, recibiendo medidas para control del riesgo de conducta violenta y/o anti-social puede haber representado un efecto protector, minimizando la gravedad de las interurrencias; claro está al respecto, que esta condición no puede ser éticamente omitida y que, en su caso, genera una apreciación que

debería ser considerada conservadora. El estudio fue realizado en la población masculina, permaneciendo un camino para investigaciones futuras en poblaciones mixta y femenina. También, futuras investigaciones con base en la neurobiología de la agresión, a través de estudios con neurotransmisores, podrán contribuir para nuevas estrategias de tratamiento y control de este fenómeno. Es deseable que en el futuro próximo se cuente con los recursos necesarios en el ámbito local.

El estudio de la ocurrencia de conducta violenta y anti-social en la población psiquiátrica forense propició una visión más fidedigna y menos preconceptuosa de los riesgos de esta población. Fue posible también establecer un estilo sistemático de evaluación de riesgo de violencia, superando prácticas tradicionales brasileñas asistemáticas, constituyendo un aporte concreto al campo de aplicación psiquiátrica en Río Grande Do Sul. La verificación de confiabilidad y validez predictiva de los instrumentos en la población psiquiátrica forense brasileña, y la obtención de datos de múltiples fuentes aumentó la credibilidad y el rigor de la evaluación; tornándola más amplia, dinámica y ética. Se espera que la experiencia de evaluación y manejo del riesgo de violencia por parte de los psiquiatras forenses pueda sensibilizar a la especialidad psiquiátrica y a los equipos de salud mental, ampliando la anamnesis para más allá de la investigación diagnóstica, incluyendo una evaluación más amplia de riesgos, una mejor planificación terapéutica y acompañamiento de los grupos de riesgo y la consecuente reinserción social de los pacientes (Stübner et al, 2006).

Perfeccionándose el examen de evaluación de riesgo con la utilización de un instrumento específico para este fin, en la población forense, se persigue la meta de colaborar para una mayor seguridad de la sociedad y de las potenciales víctimas, como así también de las personas capaces de cometer actos agresivos. Se espera, también, reducir posibles errores

de evaluación que puedan privar de libertad a personas de baja peligrosidad, o minimizar futuros cuadros de reincidencia criminal. Estos resultados resaltan la indicación del uso de esta sistemática para la evaluación de riesgo y suministran informaciones inéditas en nuestro medio, que se pretende que puedan sensibilizar a los gestores de la seguridad pública y de la salud a desarrollar programas preventivos de violencia. Al mismo tiempo se estará incorporando nuestro centro en la lista de investigadores sobre este tema.

## 10. CONCLUSIÓN

El estudio introdujo un modelo sistemático de evaluación de riesgo de violencia en la población psiquiátrica forense brasileña, tornando esta tarea más transparente, ética, dinámica y en sintonía con la práctica científica actual. Fue posible también, dimensionar por la primera vez, la ocurrencia de conducta violenta y anti-social en esta población.

Los hallazgos orientan a considerar que la versión brasileña de la HCR-20 es un instrumento confiable para la evaluación de riesgo de violencia.

Entre los factores de riesgo explorados se destacan por su eficacia predictiva, la escala HCR-20 y subescala H para cualquier evento violento o antisocial, y la escala HCR-20 para evento violento. A eficacia predictiva de las escalas HCR-20 y PCL-R fue mayor para “cualquier evento” que para “evento violento”. Estos hallazgos orientan a considerar que la predicción de las escalas y de las subescalas varían de acuerdo al comportamiento a ser previsto.

Los índices de recidiva violenta y recidiva en cualquier evento variaron de acuerdo con los respectivos juicios profesionales pronósticos, presentando significado estadístico.

Al contemplar la probabilidad de recidiva y la probabilidad de recidiva acumulada en el tiempo, los instrumentos HCR-20 y PCL-R tuvieron un comportamiento en



línea con lo esperado. En todas esas exploraciones, los instrumentos diferenciaron significativamente el grupo de la muestra cuya probabilidad de recidiva violenta y en cualquier evento aumenta más tempranamente, y el grupo con mayor recidiva.

## 11. BIBLIOGRAFIA

Abdalla-Filho E. A Bioética entre a Liberdade e a Segurança: um estudo crítico do exame psiquiátrico em periciandos algemados. [Tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2002.

Abdalla-Filho E. Avaliação de Risco. In: Taborda JGV, Chalub M, Abdalla-Filho E, editores. Psiquiatria Forense. Porto Alegre: Artmed; 2004a. p.161-174.

Abdalla-Filho E. Avaliação de risco de violência em Psiquiatria Forense. Rev. psiquiatr. Clín. 2004b;31(6):279-284.

Almeida FM. Heranças Perigosas: Arqueologia da “Periculosidade” na Legislação Penal Brasileira. [Dissertação]. Porto Alegre: UFRGS; 2005.

Arboleda-Flórez J. Forensic psychiatry: contemporary scope, challenges and controversies. World Psychiatry. 2006;5(2):87-91.

Arboleda-Flórez J, Sartorius N. Understanding the Stigma of Mental Illness: Theory and Interventions. England: John Wiley & Sons, Ltd; 2008.

Ball EM, Young D, Dotson LA, Brothers LT, Robbins D. Factors Associated with Dangerous Behavior in Forensic Inpatients: Results from a Pilot Study. Bull Am Acad Psychiatry Law. 1994;22(4):605-620.

Beauford JE, McNiel DE, Binder RL. Utility of the initial therapeutic alliance in evaluating patients' risk of violence. *Am J Psychiatry*. 1997;154:1272-1276.

Belfrage H. Implementing the HCR-20 scheme for risk assesment in a forensic psychiatric hospital: Integrating research and clinical practice. *Journal of Forensic Psychiatry*. 1998;9:328-338.

Binder RL. Are the Mentally Ill Dangerous? *J Am Acad Psychiatry Law*. 1999;27(2):189-201.

Bloom JD. The Character of Danger in Psychiatric Practice: Are the Mentally Ill Dangerous? *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1989;17(3):241-255.

Borum R. Improving the Clinical Practice of Violence Risk Assessment. *American Psychologist*. 1996;51(9):945-956.

Brasil. Decreto-lei nº 2.484/40 (Código Penal). *Diário Oficial da União*, 31/dez/1940.

Brasil. Decreto-lei nº 3.689/41 (Código de Processo Penal). *Diário Oficial da União*, 24/10/1941.

Brasil. Lei Nº 7.209/84 (Código Penal). *Diário Oficial da União*, 13/jul/1984.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE. Censo Demográfico 2000. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>

Carmel H, Hunter M. Psychiatrists injured by patient attack. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 1991;19(3):309-316.

Chalub M, Telles LEB. Álcool, drogas e crime. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(2): 69-73.

Cheung P, Schweitzer I, Crowley K, Tuckwell V. Violence in schizophrenia: role of hallucinations and delusions. *Schizophr Res*. 1997;26(2-3):181-90.

Claix A, Pham TH. Evaluation of the HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme in a Belgian forensic population. *L'Encéphale*. 2004; 30:447-53.

Cocozza JJ, Steadman H. Some Refinements in the Measurement and Prediction of Dangerous Behavior. *Am J Psychiatry*. 1974;131:9:1012-1014.

Coid J, Yang M. A Comparison of Six Risk Assessment Instruments for Violence among Released Prisoners. XXXth International Congress on Law and Mental Health; 2007 June 24-30; Padua, Italy.

Coid J, Yang M, Ullrich S, Zhang T, Sizmur S, Roberts C, Farrington DP, Rogers RD. Gender differences in structured risk assessment: comparing the accuracy of five instruments. *J Consult Clin Psychol*. 2009;77(2):337-48.

Cooke DJ, Mitchie C, Ryan J. Evaluating Risk for Violence: A Preliminary Study of the HCR-20, PCL-R and VRAG in a Scottish Prison Sample. Scottish Prison Service Occasional Paper Series 5/2001.

Dahle KP. Strengths and limitations of actuarial prediction of criminal reoffence in a German sample: A comparative study of LSI-R, HCR-20 and PCL-R. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2006; 29:431-442.

Day VP, Menelli PR, Sordi RE, Teitelbaum PO. Alguns critérios para aferição do grau de periculosidade social de indivíduos que cometeram delitos. *XV Jornada Sul-Riograndense de Psiquiatria Dinâmica*; 1991 Abril 25-27; Gramado, Brasil.

Dernevik M, Grann M, Johansson S. Violent behavior in forensic psychiatric patients: Risk assessment and different risk-management levels using the HCR-20. *Psychology, Crime & Law*. 2002;8:93-111.

de Ruiter C, Greeven P. Personality Disorders in a Dutch Forensic Psychiatric Sample: Convergence of Interview and Self-report Measures. *Journal of Personality Disorders*. 2000; 14(2):162-170.

de Vogel V, Ruiter C. Differences between clinicians and researchers in assessing risk of violence in forensic psychiatric patients. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2004;15(1):145-164.

de Vogel V, Ruiter C, Hildebrand M, Bos Brechje, Ven P. Type of Discharge and Risk of Recidivism Measured by the HCR-20: A Retrospective Study in a Dutch Sample of Treated Forensic Psychiatric Patients. *International Journal of Forensic Mental Health*. 2004;3(2):149-165.

Dolan M, Doyle M. Violence risk prediction. Clinical and actuarial measures and the role of the Psychopathy Checklist. *British Journal of Psychiatry*. 2000;177:303-311.

Dolan M, Khawaja A. The HCR-20 and post-discharge outcome in male patients discharged from medium security in the UK. *Aggressive Behavior*. 2004; 30:469-483.

Douglas KS, Ogloff JR, Nicholls TS, Grant I. Assessing risk for violence among psychiatric patients: The HCR-20 risk assessment scheme and the Psychopathy Checklist: Screening Version. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1999;67:917-930.

Douglas KS, Webster CD. The HCR-20 violence risk assessment scheme: Concurrent validity in a sample of incarcerated offenders. *Criminal Justice and Behavior*. 1999;26:3-19.

Douglas KS, Ogloff JR, Hart SD. Evaluation of a Model of Violence Risk Assessment Among Forensic Psychiatric Patients. *Psychiatr Serv*. 2003; 54:1372-1379.

Doyle M, Dolan M. Predicting community violence from patients discharged from mental health services. *British Journal of Psychiatry*. 2006; 189:520-526.

Fandiño JMM, Schabbach LM, Tirelli C, Griza A. O sistema prisional no Rio Grande do Sul. Análise do Censo Penitenciário de 1994. In. Santos JUT, editor. Violências no Tempo de globalização. 1ª Ed. São Paulo: Huatec; 1999. p 485 - 502.

Farrington DP, Jolliffe D, Johnstone L. Assessing Violence Risk: A Framework for Practice.[ capturado em 2008 novembro 30] Disponible em: <http://www.rmascotland.gov.uk/ViewFile.aspx?id=374>

Fleiss JL. The Design and Analysis of Clinical Experiments. New York: Wiley; 1986.

Folino JO, Urrutia MI. Mental Disturbances and Criminological Characteristics in Crime - Accused Insane as Recorded at the Judiciary Office in La Plata, Argentina, For 10 years. Int J Law and Psychiatry. 2001;24 (4-5):411 - 426.

Folino JO. Evaluacion de Riesgo de Violencia: HCR-20. Version en español adaptada y comentada. La Plata: Interfase Forense; 2003.

Folino JO, Castillo JL, Cáceres MS, Campos ML, Silveri M, Ucín S. Confiabilidad de la versión argentina de la HCR 20. Medicina Forense Argentina- Boletín de la Asociación de Médicos Forenses de la República Argentina. 2004;27 (54): 02-05.

Folino JO, Escobar F. Nuevos aportes a la evaluación del riesgo de violencia. Rev MedUNAB. 2004; 7:99-105.

Folino JO. Estudio de Cohorte Psiquiátrico: Factores de Riesgo de Violencia. Trabajo adjudicado con el Premio Anual “Prof. Emérito Dr. Bernardo E. Manzino”. Sociedad Médica de La Plata - Argentina, 2006.

Fujii DE, Tokioka AB, Lichten AI, Hishinuma E. Ethnic differences in prediction of violence risk with the HCR-20 among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv.* 2005;56(6):711-6.

Garbayo J, Argôlo MJR. Crime e doença psiquiátrica – perfil da população de um hospital de custódia no Rio de Janeiro. *J Bras Psiquiatr.* 2008;57(4):247-252.

Gauer GJC, Osório FC, Cataldo A, Teixeira L, Caum AM et alli. Inimputabilidade: estudo dos internos do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso. *Rev Psiquiatr RS.* 2007;29(3):286-293.

Gray NS, Snowden RJ, MacCulloch S, Phillips H, Taylor J, MacCulloch MJ. Relative efficacy of criminological, clinical and personality measures of future risk of offending in mentally disorder offenders: A comparative study of HCR-20, PCL:SV and OGRS. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2004; 72:523-530.

Gray NS, Fitzgerald S, Taylor J, Snowden RJ. Predicting Future Reconviction in Offenders with Intellectual Disabilities: The Predictive Efficacy of VRAG, PCL-SV and HCR-20. XXXth International Congress on Law and Mental Health; 2007 June 24-30; Padua, Italy.



Haim R, Rabinowitz J, Lereya J, Fenning S. Predictions Made by Psychiatrists and Psychiatric Nurses of Violence by Patients. *Psychiatric Services*. 2002;53(5):622-624.

Hartvig P, Alfarnes S, Ostberg B, Skjonberg M, Moger TA. Brief checklists for assessing violence risk among patients discharged from acute psychiatric facilities: a preliminary study. *Nord J Psychiatry*. 2006;60(3):243-8.

Hare RD. *Manual for the Hare Psychopathy Checklist – Revised*. Toronto: Multi-Health Systems; 1991.

Hare RD. *The Hare Psychopathy Checklist – Revised 2<sup>nd</sup> Edition Technical Manual*. Toronto: Multi-Health Systems; 2003.

Haywood TW, Kravitz HM, Grossman LS, Cavanaugh JL, Davis JM, Lewis DA. Predicting the “Revolving Door” Phenomenon Among Patients With Schizophrenic, Schizoaffective, and Affective Disorders. *Am J Psychiatry*. 1995;152:856-861.

Hildebrand M, Ruiters C. PCL-R psychopathy and its relation to DSM-IV Axis I and Axis II disorders in a sample of male forensic psychiatric patients in the Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2004;27:233-248.

Hildebrand M, Hesper BL, Spreen M, Nijman HLI. The importance of structured risk assessment and the diagnosis of psychopathy: A study in the reliability and predictive validity of the HCR-20, HKT-30 and PCL-R. Utrecht, the Netherlands: Expertise Centrum Forensische Psychiatrie; 2005.

Hodgins S. Mental Disorder, Intellectual Deficiency, and Crime. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:476-482.

Jozef F, Silva JAR. Psiquiatria forense no Brasil: modelo de entrevista semi-estruturada para emprego em pesquisa psiquiátrico-forense, com utilização do Hare PCL-R. *J. bras. Psiquiatr.* 2002;51(1):47-54.

Keown P, Buchanan A. The eye of the beholder: ratings of risk using a reliable instrument and identical clinical material. *Med Sci Law.* 2002;42(4):294-9.

Kroner D, Loza W. Evidence for the efficacy of self-report in predicting nonviolent and violent criminal recidivism. *Journal of Interpersonal Violence.* 2001; 16:168-177.

Kwartner PP, Lyons PM, Boccaccini MT. Judges' Risk Communication Preferences in Risk for Future Violence Cases. *International Journal of Forensic Mental Health.* 2006;5(2):185-194.

Lattimore PK, Visher CA, Linster RL. Predicting rearrest for violence among serious youthful offenders. *Journal of Research in Crime and Delinquency.* 1995;32:54-83.

Lidz CW, Mulvey EP, Gardner W. The accuracy of predictions of violence to others. *Journal of the American Medical Association.* 1993;269:1007-1011.

Lindsay WR. Risk Assessment in Offenders with Intellectual Disability: A Comparison across Three Levels of Security. XXXth International Congress on Law and Mental Health; 2007 June 24-30; Padua, Italy.

Link BG, Stueve A. Psychotic symptoms and violent/illegal behavior of mental patients compared to community. In: Monahan J, Steadman H, editors. Violence and mental disorder: developments in risk assessment. Chicago, IL: University of Chicago Press; 1994. p. 137-59.

Link BG, Stueve A. New Evidence on the Violence Risk Posed by People With Mental Illness. Arch Gen Psychiatry. 1998;55:403-404.

Mackinnon RA, Yudofsky SC. A Avaliação Psiquiátrica na prática clínica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.

Mecler K, Mendlowcz MV, Talvane M. A avaliação da cessação de periculosidade no hospital de custódia e tratamento Heitor Carrilho, no Rio de Janeiro. In: Moraes T. Ética e Psiquiatria Forense. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA; 2001. p. 217-52.

Menezes R. Esquizofrenia e Liberdade. Reforma Psiquiátrica, Manicômio Judicial e a Era da Saúde Mental. Porto Alegre: Editora Armazém Digital; 2005.

Meyer JH, Wilson AA, Rusjan P, Clark M, Houle S, Woodside S, Arrowood J, Martin K, Collecton M. Serotonin<sub>2A</sub> receptor binding potential in people with aggressive and violent behaviour. J Psychiatry Neurosci. 2008; 33(6):499-508.

Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Brasília: Sistema de Informações Penitenciárias, 2001. [capturado em 2005 julho 20]Disponível em:

[www.datavenia.net/artigos/Direito\\_Penal/carpena.html](http://www.datavenia.net/artigos/Direito_Penal/carpena.html)

Monahan J. Predicting Violent Behavior: An Assessment of Clinical Techniques. Beverly Hills: Sage; 1981.

Monahan J. The prediction of violent behavior: Toward a second generation of theory and policy. *American Journal of Psychiatry*. 1984;141:10-15.

Monahan J. Risk assessment of violence among the mentally disordered: Generating useful knowledge. *International Journal of Law and Psychiatry*. 1988;11:249-257.

Monahan J. Violence prediction: The last 20 and the next 20 years. *Criminal Justice and Behavior*. 1996;23:107-120.

Morana HC. Manual da Escala Hare PCL-R: Critérios para Pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.

Morana HC, Arboleda-Florez J, Camara FP. Identifying the cutoff score for the PCL-R scale (psychopathy checklist-revised) in a Brazilian forensic population. *Forensic Science International*. 2005;147:1-8.

Nicholls TL, Ogloff JR, Douglas KS. Comparing risk assessments with female and male psychiatric outpatients: Utility of the HCR-20 and Psychopathy Checklist: Screening Version. American Psychological Association Annual Meeting; 1997 Agosto; Chicago, USA.

Nicholls TL, Ogloff JR, Douglas KS. Assessing risk for violence among male and female civil psychiatric patients: the HCR-20, PCL:SV, and VSC. *Behav Sci Law*. 2004;22(1):127-58.

Noble P, Rodger S. Violence by Psychiatric In-patients. *British Journal of Psychiatry*. 1989;155:384-390.

Pauw KW, Szulecka K. Dangerous Delusions. *British Journal of Psychiatry*. 1988;152:91-96.

Penteado C. *Psicopatologia Forense. Breve estudo sobre o alienado e a lei*. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris; 2000.

Peres MFT, Neury- Filho A, Lima- Jr AS. A estratégia da periculosidade: psiquiatria e justice penal em um hospital de custódia e tratamento. *Psychiatry On- line Brazil – Current Issues* (3) 08 1998. Available from: URL: [www.priory.com/psych/perigo.htm](http://www.priory.com/psych/perigo.htm)

Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, Cormier CA. *Violent offenders: Appraising and managing risk*. Washington, DC: American Psychological Association; 1998.

Retz W, Retz-Junginger P, Supprian T, Thome J, Rösler M. Association of serotonin transporter promoter gene polymorphism with violence: relation with personality disorder, impulsivity, and childhood ADHD psychopathology. *Behav Sci Law*. 2004; 22(3):415-425.

Ross DJ, Hart SD, Webster CD. *Aggression in Psychiatric Patients: Using the HCR-20 to Assess Risk for Violence in Hospital and in the Community*. British Columbia, Canada: Riverview Hospital, Medical and Academic Affairs; 1998.

Schneider V. Relevance of Actuarial Instruments in Risk Assessment. XXXth International Congress on Law and Mental Health; 2007 June 24-30; Padua, Italy.

Serin RC, Amos NL. The Role of Psychopathy in the Assessment of Dangerousness. *International Journal of Law and Psychiatry*. 1995; 18(2):231-238.

Shrout PE, Fleiss JL. Intraclass correlation: Uses in assessing rater reliability. *Psychol-Bull*. 1979; 86:420-428.

Siegel A, Bhatt S, Bhatt R, Zalcman SS. The neurobiological bases for development of pharmacological treatment of aggressive disorders. *Curr Neuropharmacol*. 2007; 5(2):135-147.

Silver JM, Yudofsky SC. The Overt Aggression Scale: Overview and Guiding Principles. *Journal of Neuropsychiatry*. 1991; (3):S22-S29.

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences v 11.0. Chicago: SPSS Inc.; 2002.

Sreenivasan S, Kirkish P, Shoptaw S, Welsh RK, Ling W. Neuropsychological and Diagnostic Differences Between Recidivistically Violent Not Criminally Responsible and Mentally Ill Prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2000; 23(2):161-172.

Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, Roth LH, Silver E. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 55:393-401.

Steinert T, Wiebe C, Gebhardt RP. Aggressive Behavior Against Self and Others Among First-Admission Patients With Schizophrenia. *Psychiatric Services*. 1999; 50(1): 85-90.

Steinert T. Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatr Scand*. 2002; 106:133-141.

Stone MH. Prediction of violence recidivism. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2002; (412):44-46.

Strand S, Belfrage H, Fransson G, Levanders S. Clinical and risk management factors in risk prediction of mentally disordered offenders: More important than actuarial data? *Legal and Criminological Psychology*. 1999;4:67-76.

Stübner S, Grob G, Nedopil N. Outpatient treatment in forensic psychiatry – are there any implications for risk management in general psychiatry? 6<sup>th</sup> Annual IAFMHS Conference; 2006 June 14-16; Amsterdam, Netherlands.

Taborda JGV, Cardoso RG, Morana HCP. Forensic Psychiatry in Brazil. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2000; 23(5-6):579-588.

Taborda JGV. Criminal Justice System in Brazil: Functions of a Forensic Psychiatrist. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2001; 24(4-5):371-386.

Taborda JGV. Exame Pericial Psiquiátrico. In: Taborda JGV, Chalub M, Abdalla-Filho E, editores. *Psiquiatria Forense*. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.43-67.

Taylor J, Gray NS, Snowden RJ. The Efficacy of Violence Risk Assessment Instruments in those with Personality Disorder and Mental Illness. XXXth International Congress on Law and Mental Health; 2007 June 24-30; Padua, Italy.

Taylor PJ, Leese M, Williams D, Butwell M, Daly R, Larkin E. Mental disorder and violence, A special (high security) hospital study. *Br J Psychiatry*. 1998;172:218-26.

Teixeira EH, Dalgarrondo P. Crime, diagnóstico psiquiátrico e perfil da vítima: um estudo com a população de uma cadeia de custódia do estado de São Paulo. *J Bras Psiquiatr*. 2006; 55(3):192-194.

Teixeira EH, Dalgarrondo P. Bases psicopatológicas do crime violento – estudo caso-controlado retrospectivo de pacientes delirantes criminosos e não-criminosos. *J Bras Psiquiatr*. 2008; 57(3):171-177.



Telles LEB, Blank P, Coronel LCI, Menezes RS, Oliveira OP, Day VP, et al. The Mental Ill Homicidal: Some Social-Demographic Characteristics and Therapeutic Implications. XXV Anniversary Congress on Law and Mental Health; 2000 July 10-14; Siena, Italy.

Telles LEB, Day VP, Ávila B, Sousa FMC, Fetter HHP, Lemos NL, et al. Doença Mental e outros modificadores da imputabilidade penal. R. Psiquiatr. RS. 2002;24 (1):45 - 52.

Telles LEB, Folino JO. Perfil de reos sometidos a examen de responsabilidad penal, en Porto Alegre, Brasil. Revista de Psiquiatria Forense y Ley. 2006; 2(1):05-13.

Telles LEB, Folino JO. Prevalência de doença mental na população de réus submetidos a exame de Responsabilidade Penal no IPF-RS. Rev Bras Psiquiatr. 2007;29(Supl Especial):S32-3.

Telles LEB. Perícias de responsabilidade penal realizadas no Instituto Psiquiátrico Forense. Multijuris: Primeiro Grau em Ação. 2007;2(3):44-49.

Telles LEB, Soroka P, Menezes RS. Filicídio: de Medéia a Maria. Rev Psiquiatr RS. 2008;30(1):81-84.

Telles LEB. Um olhar psiquiátrico sobre os delitos sexuais. In: Brauner MCC (Org.). Violência Sexual Intrafamiliar. Pelotas: Delfos; 2008. p.157-164.

Telles LEB. Adicciones y Homicidio. In: Folino JO, Escobar-Córdoba F. (Directores). Estudios sobre homicidios: perspectivas forenses, clínica y epidemiológica. 1ª ed. – La Plata: Librería Editora Platense; 2009. p.467-486.

Tengström A. Long-term predictive validity of historical factors in two risk assessment instruments in a group of violent offenders with schizophrenia. Nord J Psychiatry. 2001;55(4):243-9.

Tengström A, Hodgins S, Müller-Isberner R, Jöckel D, Freese R, Özokyay K, et al. Predicting Violent and Antisocial Behavior in Hospital Using the HCR-20: The Effect of Diagnoses on Predictive Accuracy. International Journal of Forensic Mental Health. 2006;5:39-53.

Travin S, Lee HK, Bluestone H. Prevalence and characteristics of violent patients in a general hospital. Journal of Medicine. 1990;90(12):591-595.

Wallner B, Machatschke IH. The evolution of violence in men: the function of central cholesterol and serotonin. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2009;33(3):391-397.

Walker N. Dangerous Mistakes. British Journal of Psychiatry. 1991;158:752-757.

Warren JI, South SC, Burnette ML, Rogers A, Friend R, Bale R, Van Patten I. Understanding the risk factors for violence and criminality in women: the concurrent validity of the PCL-R and HCR-20. Int J Law Psychiatry. 2005;28(3):269-89.

Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. HCR-20 Assessing the Risk for Violence, Version 2. Vancouver: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University; 1997.

World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: WHO; 1992. [ICD-10].

Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The Overt Aggression Scale for the Objective Rating of Verbal and Physical Aggression. *American Journal of Psychiatry*. 1986;143:35-39.

**ANEXO I**

**TÉRMINO DE CONSENTIMIENTO LIBRE Y ACLARADO**

**ANEXO I**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

## **TÉRMINO DE CONSENTIMIENTO LIBRE Y ACLARADO**

Yo, ....., en este momento en cumplimiento de Medida de Seguridad en el Instituto Psiquiátrico Forense Mauricio Cardoso, Estado Rio Grande do Sul, fui informado de que se está ejecutando un proyecto de investigación denominado “**PREDICCIÓN DE LA CONDUCTA VIOLENTA EN LA POBLACIÓN PSIQUIÁTRICA FORENSE A TRAVÉS DE LA HCR-20 y PCL-R**”, bajo la responsabilidad de la Dra. Lisieux Elaine de Borba Telles. El citado proyecto busca validar el instrumento HCR-20 para prever la conducta violenta de forma más objetiva. Para participar del mismo deberé realizar una entrevista en este momento, en la que responderé a cuestiones referentes a mis datos personales, historia pasada, mi situación actual, mis planes futuros y el tipo de apoyo que tengo de familiares y amigos. Se estima que la entrevista dure cerca de 60 minutos. Si fuera necesario, familiares o amigos míos también podrán ser entrevistados. No espero obtener cualquier beneficio directo, inclusive financiero, con mi colaboración, la cual no interferirá en la evolución de mi medida de seguridad. He sido informado, también, de que habrá un riguroso respeto al sigilo de lo que venga a informar, garantizándose totalmente mi anonimato. Por otro lado, sé que puedo recusar a participar del proyecto o, así mismo, retirarme de él en cualquier momento, sin que eso implique perjuicio a mi situación de tratamiento o ante la Vara de Ejecuciones Criminales. En el caso de que necesite mayores esclarecimientos, podré entrar en contacto con la Dra. Lisieux E. B. Telles (fone: 3332-9601) o con los Comités de Ética en Investigación del IPF (fone: 3336-8112) o de la Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (fone: 3224-8822).

Porto Alegre, ..... de ..... de 2007

---

Sujeto de Pesquisa

---

Responsable Legal

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, ....., neste momento em cumprimento de Medida de Segurança no Instituto Psiquiátrico Forense Mauricio Cardoso, do Estado Rio Grande do Sul, fui informado de que se está executando um projeto de pesquisa denominado **“PREDIÇÃO DE CONDUTA VIOLENTA E ANTI-SOCIAL EM POPULAÇÃO PSIQUIÁTRICA FORENSE ATRAVÉS DO USO DA HCR-20 E DA PCL-R”**, sob responsabilidade do Dra. Lisieux Elaine de Borba Telles. O referido projeto visa a validar o instrumento HCR-20 em predizer conduta violenta de forma mais objetiva. Para dele participar deverei realizar uma entrevista neste momento, na qual responderei questões sobre meus dados pessoais, história passada, minha situação atual, meus planos futuros e o tipo de apoio que tenho de familiares e amigos. Estima-se que a entrevista dure cerca de 60 minutos. Se for necessário, familiares ou amigos meus também poderão ser entrevistados. Não espero obter qualquer benefício direto, inclusive financeiro, com minha colaboração, a qual não interferirá com a evolução de minha medida de segurança. Fui informado, ainda, de que haverá rigoroso respeito ao sigilo do que vier a informar, garantindo-se meu anonimato. Por outro lado, sei que posso recusar participar do projeto ou, mesmo, dele retirar-me a qualquer momento, sem que isso implique prejuízo à minha situação de tratamento ou perante à Vara de Execuções Criminais. Se necessitar maiores esclarecimentos, poderei contactar a Dra. Lisieux E. B. Telles (fone: 3332-9601) ou os Comitês de Ética em Pesquisa do IPF (fone: 3336-8112) ou da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (fone: 3224-8822).

Porto Alegre, ..... de ..... de 2007

---

Sujeito de Pesquisa

---

Responsável Legal

**ANEXO II**

**CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS,  
CLÍNICOS Y CRIMINOLÓGICOS**

**(Hoja de Codificación)**

**ANEXO II**

**QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS,  
CLÍNICOS E CRIMINOLÓGICOS**

**(Folha de Codificação)**

**CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS Y  
CRIMINOLÓGICOS**

Pesquisador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ nº de Muestra: \_\_\_\_\_

<b>1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:</b> (Verificar en el laudo de RP y/o denuncia)		
1.1 Nombre Completo:		
1.2. Sexo:	(1) Masculino	(2) Feminino
1.3. Fecha de Nacimiento:		
1.4. Fecha del Delito:		
1.5. Fecha del inicio de la Medida de Seguridad:		
1.6. Edad actual:		
1.7. Edad en la época del delito:		
1.8. Estado Civil:	(1) Soltero (3) Viudo	(2) Casado (4) Separado/divor.
1.9 Escolaridad:		
1.10. Ocupación en la época el delito:	(1) con ocupación	(2) sin ocupación
1.11. Ocupación en la institución:	(1) con ocupación	(2) sin ocupación
1.12. Raza:	(1) blanca (3) mixta	(2) negra (4) amarilla

<b>2. DATOS CLÍNICOS:</b>		
2.1. DIAGNÓSTICO: (Retirar del laudo de RP)		
2.1.1 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:		
2.1.2. 2º DIAGNÓSTICO:		
2.1.3. 3º DIAGNÓSTICO:		
2.2. SITUACIÓN ACTUAL:		
2.2.1. Uso actual de alcohol o de drogas:	(1) Sí	(2) No
2.2.2. Presencia de síntomas psicóticos productivos:	(1) Sí	(2) No
2.2.3. Presencia de síntomas psicóticos negativos:	(1) Sí	(2) No
2.2.4. Uso de psicofármaco(s):	(1) Sí	(2) No
2.2.5. Tipo de medicamento(s):		
2.2.4. Consciencia sobre la enfermedad:	(1) Sí	(2) Parcial (3) No
2.2.5. Consciencia sobre la necesidad de tratamiento:	(1) Sí	(2) Parcial (3) No
2.2.6. Apoyo Familiar:	(1) Sí	(2) Parcial (3) No



**2.3. HISTORIA CLÍNICA PREGRESA:**

- 2.3.1. Tratamiento Psiquiátrico Previo: (1) Sí (2) No
- 2.3.2. Baja Psiquiátrica Previa: (1) Sí (2) No
- 2.3.3. Historia previa de tentativa de suicidio: (1) Sí (2) No

**3. DATOS CRIMINALES:** (Verificar en el laudo de Responsabilidad Penal, Denuncia o Análisis del Proceso por el sector jurídico)

**3.1 DELITO:**

- 3.1.1. Tipo de Delito: (1) Lesiones Corporales (2) Homicidio  
(3) Robo (4) Hurto (5) Latrocinio  
(6) Delito Sexual (Tipo: ) (7) Otros (Tipo: )

**3.1.2. Otro Delito:**

- 3.1.3. Posee crítica en relación al delito: (1) Sí (2) Parcial (3) No

**3.2. HISTORIA CRIMINOLÓGICA PREVIA:**

- 3.2.1. Historia de violencia previa: (1) Sí (2) No
- 3.2.2. Tipo de violencia:

- 3.2.3. Antecedentes criminales: (1) Sí (2) No

- 3.2.4. Tipo de delito anterior: (1) Lesiones Corporales (2) Homicidio  
(3) Robo (4) Hurto (5) Latrocinio  
(6) Delito Sexual (Tipo: ) (7) Otros (Tipo: )

- 3.2.5. Historia de fuga(s) do IPF: (1) Sí (2) No

- 3.3. TIEMPO EN LA INSTITUCIÓN: ..... meses

**4. JUICIO PROFESIONAL DE RIESGO DE REINCIDENCIA VIOLENTA:**

- (1) Bajo  
(2) Medio  
(3) Alto

**QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS E  
CRIMINOLÓGICOS**

Pesquisador:

Data:

n° Amostra:

**1. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS:** (Verificar no laudo de RP e/ou denúncia)

1.1 Nome Completo:

1.2. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

1.3. Data de Nascimento:

1.4. Data do Delito:

1.5. Data do início da Medida de Segurança:

1.6. Idade atual:

1.7. Idade a época do delito:

1.8. Estado Civil: (1) Solteiro (2) Casado  
(3) Viúvo (4) Separado/desq.

1.9 Escolaridade:

1.10. Ocupação a época do delito: (1) com ocupação (2) sem ocupação

1.11. Ocupação na instituição: (1) com ocupação (2) sem ocupação

1.12. Raça: (1)branco (2)preto  
(3)misto (4)amarelo

**2. DADOS CLÍNICOS:**

2.1. DIAGNÓSTICO: (Retirar do laudo de RP)

2.1.1 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

2.1.2. 2º DIAGNÓSTICO:

2.1.3. 3º DIAGNÓSTICO:

2.2. SITUAÇÃO ATUAL:

2.2.1. Uso atual de álcool ou drogas: (1) Sim (2) Não

2.2.2. Presença de sintomas psicóticos produtivos: (1) Sim (2) Não

2.2.3. Presença de sintomas psicóticos negativos: (1) Sim (2) Não

2.2.4. Uso de psicofármaco(s): (1) Sim (2) Não

2.2.5. Tipo de medicamento(s):

2.2.4. Consciência sobre a doença: (1) Sim (2) Parcial (3) Não

2.2.5. Consciência sobre a necessidade de tratamento: (1) Sim (2) Parcial (3) Não

2.2.6. Apoio Familiar: (1) Sim (2) Parcial (3) Não

**2.3. HISTÓRIA CLÍNICA PREGRESSA:**

2.3.1. Tratamento Psiquiátrico Prévio: (1) Sim (2) Não

2.3.2. Baixa Psiquiátrica Prévia: (1) Sim (2) Não

2.3.3. História prévia de tentativa de suicídio: (1) Sim (2) Não

**3. DADOS CRIMINAIS:** (Verificar no laudo de RP, Denúncia ou Análise do Processo pelo setor jurídico)**3.1 DELITO:**

3.1.1. Tipo de Delito: (1) Lesões Corporais (2) Homicídio  
(3) Roubo/furto (4) Latrocínio  
(5) Delito Sexual (Tipo: ) (6) Outros (Tipo )

**3.1.2. Outro Delito:**

3.1.3. Possui crítica em relação ao delito: (1) Sim (2) Parcial (3) Não

**3.2. HISTÓRIA CRIMINOLÓGICA PRÉVIA:**

3.2.1. História de violência prévia: (1) Sim (2) Não

**3.2.2. Tipo de violência:**

3.2.3. Antecedente criminal: (1) Sim (2) Não

3.2.4. Tipo de delito anterior: (1) Lesões Corporais (2) Homicídio  
(3) Roubo/furto (4) Latrocínio  
(5) Delito Sexual (Tipo: ) (6) Outros (Tipo )

3.2.5. História de fuga(s) do IPF: (1) Sim (2) Não

3.3. TEMPO NA INSTITUIÇÃO: ..... meses

**4. JUÍZO PROFISSIONAL DE RISCO DE RECIDIVA VIOLENTA:**

- (1) Baixo
- (2) Médio
- (3) Alto

**ANEXO III**

**HCR-20 ASSESSING RISK FOR VIOLENCE, VERSION 2**

**(Folha de Codificação)**

**ANEXO III**

**HCR-20 ASSESSING RISK FOR VIOLENCE, VERSION 2**

**(Hoja de Codificación)**

## HCR-20 - HOJA DE CODIFICACIÓN

**Examinado:**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Número** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ITENS HISTÓRICOS		Código (0, 1, 2)
H1	Violencia Previa	
H2	Edad temprana en el momento de la primera conducta violenta	
H3	Inestabilidad en las Relaciones de Pareja	
H4	Problemas Laborales	
H5	Problemas Relacionados con el Uso de Sustancias	
H6	Trastorno Mental Mayor	
H7	Psicopatía	
H8	Inadaptación Temprana	
H9	Trastorno de Personalidad	
H10	Fracaso en Previa Alta o Liberación	
<b>TOTAL de los Itens Históricos:</b>		<b>/ 20</b>

ITENS CLÍNICOS		Código (0, 1, 2)
C1	Deficiencia en el Juicio	
C2	Actitudes Negativas	
C3	Síntomas Activos de Trastorno Mental Mayor	
C4	Impulsividad	
C5	Respuesta Desfavorable al Tratamiento	
<b>TOTAL de los Itens Clínicos</b>		<b>/ 10</b>

ITENS FACTORES DE RIESGO MEDIOAMBIENTALES		Código (0, 1, 2)
R1	Deficiencia del Plan de Reinserción Social	
R2	Exposición a Factores Desestabilizadores	
R3	Falta de Apoyo Personal	
R4	Incumplimiento del Plan Terapéutico	
R5	Estrés	
<b>TOTAL de los Itens Factores de Riesgo Medioambientales</b>		<b>/ 10</b>

<b>TOTAL del HCR-20:</b>	<b>/ 40</b>
--------------------------	-------------

**Pesquisador:**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Subscripción** \_\_\_\_\_

## HCR-20 - FOLHA DE CODIFICAÇÃO

Examinando:

Nome \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ITENS HISTÓRICOS		Código (0, 1, 2)
H1	Violência Prévia	
H2	Idade Precoce no Primeiro Incidente Violento	
H3	Instabilidade nos Relacionamentos	
H4	Problemas no Emprego	
H5	Problema com Uso de Substâncias	
H6	Doença Mental Importante	
H7	Psicopatia	
H8	Desajuste Precoce	
H9	Transtorno de Personalidade	
H10	Fracasso em Supervisão Prévia	
TOTAL dos Itens Históricos:		/ 20

ITENS CLÍNICOS		Código (0, 1, 2)
C1	Falta de Insight	
C2	Atitudes Negativas	
C3	Sintomas Ativos de Doença Mental Importante	
C4	Impulsividade	
C5	Sem Resposta ao Tratamento	
TOTAL dos Itens Clínicos		/ 10

ITENS DE MANEJO DE RISCO		Código (0, 1, 2)
R1	Planos sem Viabilidade	
R2	Exposição a Fatores Desestabilizantes	
R3	Falta de Apoio Pessoal	
R4	Não Aderência às Tentativas de Tratamento	
R5	Estresse	
TOTAL dos Itens de Manejo de Risco		/ 10

TOTAL de HCR-20:	/ 40
------------------	------

Avaliador:

Nome \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

**ANEXO IV**

**HARE PSYCHOPATHY CHECKLIST, REVISED (PCL-R)**

**(Lista dos itens)**

**ANEXO IV**

**HARE PSYCHOPATHY CHECKLIST, REVISED (PCL-R)**

**(Listado de los ítems)**

- 1- Seducción superficial**
- 2- Autovaloración grandiosa**
- 3- Necesidad de estímulo/ Tendencia al aburrimiento**
- 4- Tendencia a mentir / engañar**
- 5- Estafador / Manipulador**
- 6- Ausencia de remordimiento o culpa**
- 7- Superficialidad afectiva**
- 8- Desconsideración/ indiferencia**
- 9- Estilo de vida parasitario**
- 10- Inadecuado control del comportamiento**
- 11- Promiscuidad Sexual**
- 12- Problemas de conducta en edad temprana.**
- 13- Carencia de objetivos realistas a largo plazo**
- 14- Impulsividad**
- 15- Irresponsabilidad**
- 16- Transferencia de culpa/responsabilidad**
- 17- Numerosas relaciones de pareja breves**
- 18- Delincuencia juvenil**
- 19- Fracaso en liberación condicional o fuga**
- 20- Versatilidad Criminal**



**1**

- 1. Loquacidade/ Charme superficial**
- 2. Superestima**
- 3. Necessidade de estimulação / Tendência ao tédio**
- 4. Mentira patológica**
- 5. Vigarice / Manipulação**
- 6. Ausência de remorso ou culpa**
- 7. Insensibilidade afetivo-emocional**
- 8. Indiferença/ Falta de empatia**
- 9. Estilo de vida parasitário**
- 10. Descontroles comportamentais**
- 11. Promiscuidade sexual**
- 12. Transtornos de conduta na infância**
- 13. Ausência de metas realistas e de longo prazo**
- 14. Impulsividade**
- 15. Irresponsabilidade**
- 16. Incapacidade de aceitar responsabilidade pelos próprios atos**
- 17. Muitas relações conjugais de curta duração**
- 18. Delinquencia juvenil**
- 19. Revogação da liberdade condicional**
- 20. Versatilidade criminal**

**ANEXO V**

**ESCALA DE AGRESSIVIDADE DECLARADA (OAS)**

**(Folha de Codificação)**

**ANEXO V**

**ESCALA DE AGRESIVIDAD EVIDENTE (OAS)**

**( Hoja de Codificación)**

## ESCALA DE AGRESIVIDAD EVIDENTE (OAS)

Examinado:

Nombre \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Turno: (1) mañana (2) tarde (3) noche

<b>AGRESIÓN VERBAL</b>	
Hace barullo, grita furiosamente	
Grita insultos leves	
Maldice, hace amenazas leves	
Hace amenazas claras de violencia contra los otros o contra sí o pide ayuda para controlarse	

<b>AGRESIÓN FÍSICA CONTRA OBJETOS</b>	
Da portazos, rompe sus prendas, hace desorden	
Derruba objetos, da puntapiés en los muebles sin quebrarlos, raya las paredes	
Quiebra objetos, vidrios	
Provoca incendios, tira objetos peligrosamente	

<b>AGRESIÓN FÍSICA CONSIGO MISMO</b>	
Pellizca o araña su piel, se hiere, tira de sus cabellos, con o sin heridas leves	
Da cabezadas, trompadas en objetos (se hiere sin gravedad)	
Pequeños cortes o contusiones, quemaduras leves	
Se mutila, se realiza cortes profundos, se golpea hasta sangrar, provocándose heridas internas, fracturas, pérdida de conciencia, pérdida de dientes	

<b>AGRESIÓN FÍSICA CONTRA PERSONAS</b>	
<b>Efectúa gestos amenazadores, se tira contra las personas, se agarra de las ropas de los otros</b>	
<b>Golpea, pellizca, empuja, tira los cabellos de los otros (sin herirlos)</b>	
<b>Ataca a las personas provocando heridas moderadas (contusiones, torciones, verdugones)</b>	
<b>Ataca a las personas provocando heridas física graves (huesos quebrados, dilaceraciones profundas, heridas internas)</b>	

<b>INTERVENCIÓN</b>	
<b>Ninguna</b>	
<b>Conversación con el paciente</b>	
<b>Observación</b>	
<b>Control del paciente</b>	
<b>Medicación inmediata vía oral</b>	
<b>Medicación inmediata vía parenteral</b>	
<b>Aislamiento (con intervalos)</b>	
<b>Aislamiento total</b>	
<b>Uso de contención</b>	
<b>Heridas que requieran tratamiento médico inmediato del paciente</b>	
<b>Heridas que demanden tratamiento médico inmediato para otras personas</b>	

## ESCALA DE AGRESSIVIDADE DECLARADA (OAS)

Examinando:

Nome \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Turno: (1) manhã (2) tarde (3) noite

<b>AGRESSÃO VERBAL</b>	
Faz barulho, grita furiosamente	
Grita insultos leves Amaldiçoa, faz ameaças moderadas aos outros ou a si	
Faz ameaças claras de violência contra os outros ou contra si ou pede ajuda para controlar-se	

<b>AGRESSÃO FÍSICA CONTRA OBJETOS</b>	
Bate portas, rasga roupas, faz desordem Derruba objetos, chuta a mobília sem quebrá-la, risca as paredes	
Quebra objetos, vidraça	
Provoca incêndio, atira objetos perigosamente	

<b>AGRESSÃO FÍSICA CONTRA SI</b>	
Belisca ou arranha a pele, fere-se, puxa os cabelos, com ou sem ferimentos leves	
Bate com a cabeça, dá socos em objetos (fere-se sem gravidade)	
Pequenos cortes ou contusões, queimaduras leves	
Mutila-se, faz cortes profundos, bate-se até sangrar, ferimentos internos, fratura, perda de consciência, perda de dentes	

<b>AGRESSÃO FÍSICA CONTRA PESSOAS</b>	
Faz gestos ameaçadores, atira-se contra as pessoas, agarra-se às roupas	
Golpeia, belisca, empurra, puxa os cabelos dos outros (sem ferilos)	
Ataca pessoas provocando ferimentos moderados (contusões, torções, vergões)	
Ataca pessoas provocando ferimentos físicos graves (ossos quebrados, lacerações profundas, ferimentos internos)	

<b>INTERVENÇÃO</b>	
<b>Nenhuma</b>	
<b>Conversa com o paciente</b>	
<b>Observação mais de cima</b>	
<b>Controle do paciente</b>	
<b>Medicação imediata via oral</b>	
<b>Medicação imediata via injeção</b>	
<b>Isolamento (com intervalos)</b>	
<b>Isolamento total</b>	
<b>Uso de contenção</b>	
<b>O ferimento requer tratamento médico imediato do paciente</b>	
<b>O ferimento requer tratamento médico imediato para a outra pessoa</b>	

**ANEXO VI**

**QUESTIONÁRIO DE SEGUIMENTO DE TENGSTRÖM E  
COLABORADORES:  
AVALIAÇÃO DE AGRESSÃO E COMPORTAMENTO ANTI-  
SOCIAL  
(Folha de Codificação)**

**ANEXO VI**

**CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO DE TENGSTRÖM Y  
COLABORADORES:  
EVALUACIÓN DE LA AGRESIÓN Y COMPORTAMIENTO  
ANTISOCIAL  
(Hoja de Codificación)**

## CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO DE TENGSTRÖM Y COLABORADORES

Examinado:

Nombre \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Turno: (1) mañana (2) tarde (3) noche

<b>AGRESIÓN FÍSICA CONTRA EL EQUIPO TERAPÉUTICO</b>	
Violencia física sin necesidad de tratamiento médico	
Violencia física con necesidad de tratamiento médico, pero sin licencia para alejamiento.	
Violencia física con necesidad de tratamiento médico y con licencia para alejamiento.	
Violencia física con necesidad de tratamiento médico en medio hospitalar	

<b>AGRESION FÍSICA CONTRA PACIENTES</b>	
Violencia física sin necesidad de tratamiento médico	
Violencia física con necesidad de tratamiento médico	

<b>VIOLÊNCIA SEXUAL</b>	
Conduta exhibicionista	
Intimidación sexual	

<b>AMENAZAS</b>	
Amenaza de violencia	
Comportamiento amenazador percibido por los otros como amenaza y chantaje	



<b>COMPORTAMEINTO ANTISOCIAL</b>	
<b>Daño a la propiedad</b>	
<b>Abuso de privilegios</b>	
<b>Fuga de la institución</b>	
<b>Auxiliar otros pacientes a huir</b>	
<b>Hurto</b>	
<b>Uso de drogas y/o alcohol</b>	
<b>Tráfico de drogas y/o alcohol</b>	
<b>Estimular y/o provocar a otros pacientes a adoptar conductas antisociales y/o comportamiento violento</b>	
<b>Violación de reglas institucionales</b>	
<b>Uso incorrecto o no uso de medicación prescrita</b>	

## QUESTIONÁRIO DE SEGUIMENTO DE TENGSTRÖM E COLABORADORES

Examinando:

Nome \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Data \_\_/\_\_/\_\_

Turno: (1) manhã (2) tarde (3) noite

<b>AGRESSÃO FÍSICA CONTRA A EQUIPE TERAPÊUTICA</b>	
Violência física sem necessidade de tratamento médico	
Violência física com necessidade de tratamento médico, mas sem licença para afastamento.	
Violência física com necessidade de tratamento médico e com licença para afastamento.	
Violência física com necessidade de tratamento médico a nível hospitalar	

<b>AGRESSÃO FÍSICA CONTRA PACIENTES</b>	
Violência física sem necessidade de tratamento médico	
Violência física com necessidade de tratamento médico	

<b>VIOLÊNCIA SEXUAL</b>	
Conduta exibicionista	
Intimidação sexual	

<b>AMEAÇAS</b>	
Ameaça de violência	
Comportamento ameaçador percebido pelos outros como ameaça e chantagem	

<b>COMPOTAMENTO ANTI-SOCIAL</b>	
<b>Dano a propriedade</b>	
<b>Abuso de privilégios</b>	
<b>Fuga da instituição</b>	
<b>Auxiliar outros pacientes a fugir</b>	
<b>Furto</b>	
<b>Uso de drogas ou álcool</b>	
<b>Tráfico de drogas ou álcool</b>	
<b>Encorajar ou provocar outros pacientes a adotarem condutas anti-sociais ou comportamento violento</b>	
<b>Violação de regras institucionais</b>	
<b>Uso incorreto ou não uso de medicação prescrita</b>	

**ANEXO VII**

**AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA DA**

**DIREÇÃO DO IPF**

**ANEXO VIII**

**AUTORIZAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA**

**DO IPF**

## ANEXO IX

### **SIGLAS UTILIZADAS:**

**AUC:** Area Under the ROC Curve

**C:** Clínica

**CC:** Criminal Commitment

**CCI:** Coeficiente de Correlación Interno

**CID 10:** Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento

**CP:** Código Penal

**CPP:** Código de Processo Penal

**DT:** Desvio Típico

**F1:** Factor 1

**F2:** Factor 2

**FPI:** Maurício Cardoso Forensic Psychiatric Institute

**H:** Histórica

**HCR-20:** Historical, Clinical, and Risk Management

**IC95%:** Intervalo de Confiança de 95%

**ICC:** Intraclass Correlation Coefficient

**IPF:** Instituto Psiquiátrico Forense Mauricio Cardoso

**MS:** Medida de Seguridad

**OAS:** Escala de Agresividad Declarada

**OASyS:** Offender Assessment System

**OGRS:** Offender Group Reconviction Scale

**PCL-R:** Hare Psychopathy Checklist - Revised

**QDSCC** : Questionário de Dados Sociodemográficos, Clínicos e Criminológicos,

Cuestionario de Datos Sociodemográficos, Clínicos y Criminológicos

**R**: Manejo de riesgo

**RM2000V**: Risk Matrix 2000 Violence

**ROC**: Receiver operating characteristics

**RP**: Responsabilidad Penal

**RR**: Riesgo Relativo

**RS**: Rio Grande do Sul

**SPSS**: Statistical Package for the Social Sciences

**SUSEPE**: Superintendência dos Serviços Penitenciários

**UFCSPA**: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

**UNLP**: Universidad Nacional de La Plata