

## INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.48225>

# La práctica de la evaluación del riesgo de violencia en España

*The practice of violence risk assessment in Spain*

Karin Arbach-Lucioni<sup>1,2</sup> • Sarah L. Desmarais<sup>3</sup> • Cristina Hurducas<sup>4</sup> • Carolina Condemarin<sup>5</sup> • Kimberlie Dean<sup>6,7</sup> • Michael Doyle<sup>8</sup> • Jorge O. Folino<sup>9</sup> • Verónica Godoy-Cervera<sup>10</sup> • Martin Grann<sup>11</sup> • Robyn M. Y. Ho<sup>12</sup> • Matthew M. Large<sup>13</sup> • Thierry H. Pham<sup>14,15</sup> • Louise Hjort Nielsen<sup>16</sup> • Maria Francisca Rebocho<sup>17</sup> • Kim A. Reeves<sup>18</sup> • Martin Rettenberger<sup>19</sup> • Corine de Ruiter<sup>20</sup> • Katharina Seewald<sup>21</sup> • Jay P. Singh<sup>21,22,23</sup>

Recibido: 14/01/2015    Aceptado: 20/03/2015

- <sup>1</sup> Grupo de Estudios Avanzados en Violencia, Universitat de Barcelona, Barcelona, España.  
<sup>2</sup> Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas, Buenos Aires, Argentina.  
<sup>3</sup> Department of Psychology, North Carolina State University, Raleigh, NC, USA.  
<sup>4</sup> Department of Mental Health Law and Policy, University of South Florida, Tampa, FL, USA.  
<sup>5</sup> Ministerio de Justicia, Santiago, Chile.  
<sup>6</sup> School of Psychiatry, University of New South Wales. Sídney, Australia.  
<sup>7</sup> Justice Health & Forensic Mental Health Network, Matraville, New South Wales, Australia.  
<sup>8</sup> Centre for Mental Health and Risk, University of Manchester, Manchester, Reino Unido.  
<sup>9</sup> Departamento de Psiquiatría, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina.  
<sup>10</sup> Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Yucatán, Yucatán, Mexico.  
<sup>11</sup> Department of Medical Epidemiology and Biostatistics, Karolinska Institute, Stockholm, Suecia.  
<sup>12</sup> Castle Peak Hospital, Tuen Mun, Hong Kong.  
<sup>13</sup> Mental Health Services, The Prince of Wales Hospital, Sidney, New South Wales, Australia.  
<sup>14</sup> Department of Psychology, University of Southern Denmark, Odense, Dinamarca.  
<sup>15</sup> Centre de Recherche en Défense Sociale, Tournai, Bélgica.  
<sup>16</sup> University of Mons-Hainaut, Mons, Bélgica.  
<sup>17</sup> Department of Human and Social Sciences, University Fernando Pessoa, Porto, Portugal.  
<sup>18</sup> Department of Psychology, Simon Fraser University, Burnaby, BC, Canadá.  
<sup>19</sup> Psychologisches Institut der Johannes Gutenberg, Universität Mainz, Mainz, Alemania.  
<sup>20</sup> The Maastricht Forensic Institute, Maastricht University, Maastricht, Holanda.  
<sup>21</sup> Department of Psychology, University of Konstanz, Konstanz, Alemania.  
<sup>22</sup> Global Institute of Forensic Research, Reston, Virginia, USA.  
<sup>23</sup> Faculty of Health Sciences, Molde University College, Molde, Noruega.

Correspondencia: Jay P. Singh, PhD, Global Institute of Forensic Research, 11700 Plaza America Drive, Suite 810, Reston, VA 20190. Telephone: +1 855 854 5158; Fax: +1 703 991 8775; Email: [jaysingh@gifrc.com](mailto:jaysingh@gifrc.com).

[| Resumen |](#)

**Antecedentes.** La valoración del riesgo de violencia es un requisito fundamental en la toma de decisiones profesionales que implican prevenir, intervenir o informar sobre la conducta de las personas. El uso de herramientas estructuradas de evaluación del riesgo de violencia ha mostrado mejoría en la precisión de las evaluaciones basadas exclusivamente en

el juicio clínico o en la pericia de un experto en contextos psiquiátricos, penitenciarios y jurídicos.

**Objetivo.** Este estudio presenta los resultados de la primera encuesta sobre las prácticas profesionales asociadas al uso de herramientas de evaluación del riesgo de violencia en España.

**Materiales y métodos.** La información fue recogida mediante la administración de una encuesta en internet que fue distribuida por correo electrónico a los miembros de organizaciones profesionales.

**Resultados.** De manera similar a los contextos profesionales del resto del mundo, las escalas de psicopatía de Robert Hare (Psychopathy Checklist-Revised y Psychopathy Checklist: Screening Version) y el Historical-Clinical-Risk Management-20 encabezaron la lista de las herramientas más usadas tanto por elección personal como por requisito institucional.

**Conclusiones.** Se ofrecen datos novedosos sobre la prevalencia de uso y la utilidad percibida de las herramientas estructuradas, así como sobre otras cuestiones relacionadas a las prácticas profesionales de evaluación del riesgo de violencia en España que pueden orientar tanto a los profesionales de contextos sanitarios, correccionales y forenses, como a los responsables de las instituciones en la elección de las herramientas a implementar para asistirlos en la toma de decisiones.

**Palabras clave:** Violencia; Evaluación, riesgo; Internacional; Profesionales; Salud mental; Estudio descriptivo por encuesta (DeCS).

.....  
**Arbach-Lucioni K, Desmarais SL, Hurducas C, Condemarin C, Kimberlie D, Doyle M, et al.** La práctica de la evaluación del riesgo de violencia en España. *Rev. Fac. Med.* 2015;63(3):357-66. Spanish. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.48225>.

## Summary

**Background.** Violence risk assessment is a key requirement in professional decision making involving prevention, intervention or reporting on human behavior. The use of structured tools for violence risk assessment has shown to improve the accuracy of assessments based exclusively on clinical judgment or expertise in psychiatric, correctional and legal settings.

**Objectives.** This study presents results of the first survey about professional practices associated with tools for violence risk assessment in Spain.

**Materials and methods.** The information was collected by administering an online-based survey that was distributed by e-mail to members of professional organizations around the country.

**Results.** As in professional contexts worldwide, the Robert Hare's psychopathy scales (Psychopathy Checklist-Revised

and Psychopathy Checklist: Screening Version) and the Historical-Clinical-Risk Management-20 topped the list of the most used tools both by professional choice and institutional requirement.

**Conclusions.** We provide novel data on the prevalence of use and the perceived utility of specific tools, as well as on other issues related to the professional practice of violence risk assessment in Spain, which can guide professional in the health care, correctional and forensic settings, as well as those responsible for decisions in institutions about choosing which tool to implement.

**Keywords:** Violence; Assessment, Risk; International; Mental Health; Descriptive survey study (MeSH).

.....  
**Arbach-Lucioni K, Desmarais SL, Hurducas C, Condemarin C, Kimberlie D, Doyle M, et al.** [The practice of violence risk assessment in Spain]. *Rev. Fac. Med.* 2015;63(3):357-66. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.48225>.

## Introducción

La evaluación del riesgo de violencia es una práctica profesional habitual en países desarrollados y establecida entre las normativas de sus asociaciones profesionales. Aunque esta práctica también está vigente en España, existen varios interrogantes sobre su aplicación en el contexto profesional; específicamente, ¿qué herramientas estructuradas de evaluación del riesgo de violencia son usadas con más frecuencia, cómo son utilizadas y cuál es su rol percibido en la evaluación y gestión del riesgo futuro de violencia? El Proyecto IRiS (International Risk Survey) tuvo por objeto responder a estas preguntas mediante la realización de una encuesta multilingüe realizada por Internet en los cinco continentes. El presente artículo se centra en la información obtenida para el Proyecto IRiS en España.

### La evaluación del riesgo de violencia

La valoración del riesgo de violencia es un procedimiento técnico para estimar la probabilidad de aparición futura de conducta violenta asumiendo unas condiciones determinadas. Se trata de una tarea analítica que consiste, esencialmente, en seleccionar información relevante y significativa para cada caso particular a fin de conocer las condiciones que pueden aumentar o disminuir el riesgo de violencia. Se basa en la idea de que para estimar eficientemente la probabilidad de que una persona se comporte de manera violenta deben tenerse en cuenta diversos elementos, como por ejemplo el tipo de

conducta a predecir, los factores de riesgo específicos, las tasas de prevalencia, los escenarios de riesgo y el intervalo temporal del pronóstico (1-2). Atendiendo estas variables, no solo se alcanza una estimación de la probabilidad de ocurrencia de violencia en el futuro, sino también la identificación de los focos de la intervención y las orientaciones para diseñar el plan de tratamiento y seguimiento.

El uso del juicio clínico es la estrategia más utilizada en la actualidad para predecir el comportamiento violento y su reincidencia; consiste en evaluar o “diagnosticar” la presencia (o ausencia) de la peligrosidad siguiendo las técnicas propias del método clínico. El diagnóstico de peligrosidad es esencialmente un juicio clínico aplicado idiosincráticamente por cada técnico, quien se arroga la autonomía de seguir lo que su experiencia y preferencia decida en cada caso (3).

Desde finales del siglo XX ha cobrado fuerza —en los ambientes profesionales de la ejecución penal, la psiquiatría y las ciencias forenses— la propuesta de sustituir, a los efectos de la predicción, la peligrosidad por un concepto alternativo: la valoración del riesgo de violencia (4). La razón fundamental de este cambio recae en la limitada capacidad predictiva del primero, principalmente derivada de sus deficiencias conceptuales (1,2,5). Inicialmente la eficacia predictiva de la valoración del riesgo de violencia, en contraposición a la del diagnóstico de peligrosidad, fue explorada en el ámbito psiquiátrico. Los hallazgos demostraron que la eficacia de los profesionales de la salud mental en la predicción del comportamiento violento era limitada (5-6) y que mejora con el uso de herramientas estructuradas (7). En los últimos 20 años, profesionales de la psicología y psiquiatría forenses y la criminología han adoptado técnicas actuariales y de juicio profesional estructurado, compuestos de factores de riesgo y/o de protección estáticos y dinámicos, que han resultado eficaces en la intervención preventiva y en la gestión de los casos (8). Estas técnicas tienen en común la estructuración de al menos uno de los cuatro componentes que conforman el proceso de evaluación del riesgo: 1) identificación, 2) valoración, 3) combinación de los factores de riesgo y 4) estimación final del riesgo (9).

En la actualidad se cuenta con más de 150 técnicas estructuradas para la valoración del riesgo de conducta violenta (10-11). El uso de estas herramientas se ha extendido en los contextos correccionales, psiquiátricos y judiciales de los países desarrollados del norte de América y Europa (12), donde se utilizan para orientar la toma de decisiones profesionales que tienen implicaciones significativas para la libertad individual y la seguridad pública (por ejemplo, la hospitalización involuntaria, la duración del ingreso para recibir tratamiento, el alta del hospital psiquiátrico y la

liberación de prisión) (13). Aunque esta situación dista mucho de reflejar lo que sucede en los países de habla hispana, España representa la excepción y se ha mantenido informada de los avances mencionados (1,14).

### La práctica de la evaluación del riesgo de violencia en España

Aunque en España el uso del concepto de peligrosidad como criterio predictor de la violencia es ampliamente aceptado por los profesionales y los jueces, desde hace aproximadamente una década, cada vez más expertos se adhieren a los principios tanto teóricos como técnicos de la valoración del riesgo de violencia. El uso de las escalas de psicopatía de R. Hare fue un precursor de la introducción de las herramientas de evaluación del riesgo de violencia propiamente dichas en los contextos profesionales; su introducción en España ocurrió a finales del siglo pasado y su uso se extendió principalmente en el contexto penitenciario y psiquiátrico forense (15-16).

El término evaluación del riesgo de violencia, como práctica profesional diferenciada del resto de actividades diagnósticas en la práctica clínica o forense, cobró visibilidad en la literatura de investigación española a mediados de la década pasada (4,17). El monográfico No 28 de diciembre de 2007 de la revista *Papeles del Psicólogo* presentaba los resultados de dos estudios de validación de las versiones en español de herramientas diseñadas por investigadores canadienses, específicamente el *Historical-Clinical-Risk Management-20* para la valoración del riesgo de violencia general (18) que fue validado en una muestra de pacientes psiquiátricos (19) y el *Sexual Violence Risk-20* para la valoración del riesgo de violencia sexual (20) administrado en una muestra de agresores sexuales (21). Posteriormente se publicaría la validación de la versión en español del *Spousal Assault Risk Assessment* para la valoración del riesgo de violencia contra la pareja (22) en una muestra de agresores de pareja (23).

A partir de entonces las publicaciones sobre la temática han ido en aumento, así como su investigación y uso en la práctica profesional. Entidades gubernamentales se han interesado en la traducción y desarrollo de herramientas estructuradas para la evaluación del riesgo de violencia, lo que aumentó su conocimiento entre los profesionales funcionarios. El Departamento de Justicia de Cataluña, la Policía de Madrid y la Policía del País Vasco (Ertzaintza) cuentan con herramientas de evaluación del riesgo de violencia validadas y de uso obligatorio (24-26). También el contexto de la justicia juvenil español se ha beneficiado de la adaptación de herramientas de evaluación del riesgo de violencia en menores y jóvenes infractores, dos ejemplos son la introducción de la versión en español del *Youth Level of*

*Service/Case Management Inventory* (27) en la Comunidad de Madrid (28), y del *Structured Assessment for Violence Risk in Youth* (29) para la valoración del riesgo de violencia en jóvenes que fue adaptado para el sistema de justicia juvenil de la Generalitat de Catalunya (30). Entre los sucesos más recientes tiene mención la carta enviada en noviembre de 2011 al Ministerio de Justicia en la que el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos y la Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense reclaman como competencia propia de los psicólogos forenses la evaluación del riesgo de violencia previamente atribuida por este ministerio a los médicos forenses (31).

### El presente estudio

Por la diversidad de herramientas disponibles y ante la evidencia que sugiere que son relativamente intercambiables en términos de validez predictiva (13,32), los profesionales se enfrentan con el desafío de seleccionar cuál instrumento utilizar en sus evaluaciones a fin de orientar la toma de decisiones en cada caso particular. Conocer cuáles herramientas se están utilizando actualmente en la práctica y la utilidad atribuida para la evaluación y la gestión del riesgo por otros colegas que trabajan en entornos similares podrá asistirlos en esta decisión.

Encuestas previas informan que los psicólogos utilizan habitualmente instrumentos estructurados en las evaluaciones forenses (33), y que a fines de evaluar el riesgo de violencia, los instrumentos de evaluación del riesgo de violencia propiamente dichos —como el *Violence Risk Assessment Guide o VRAG* (34), el HCR-20 y también la herramienta diseñada para la designación de los individuos a niveles de seguridad en el sistema de justicia penal, el *Level of Service Inventory-Revised o LSI-R* (35)— se utilizan con menos frecuencia que las escalas de personalidad psicopática como la *Psychopathy Checklist Revised o PCL-R* (36) y la *Psychopathy Checklist: Screening Version o PCL:SV* (37-38).

A pesar del importante aporte al conocimiento que brindan las encuestas mencionadas, aun permanecen numerosos interrogantes en relación a las prácticas de la evaluación del riesgo en España. Este estudio presenta los datos recogidos en España en el marco de un estudio más amplio denominado Proyecto IRiS, liderado por Singh y desarrollado en el 2012. El presente artículo responde las siguientes cuestiones relacionadas con el proceso de evaluación del riesgo específicamente en España: 1) la tasa de uso de herramientas de evaluación del riesgo de violencia para diferentes propósitos (por ej. evaluación, gestión y monitoreo) y la utilidad percibida para estos propósitos, 2) los motivos por los cuales los profesionales usan las herramientas y 3) el tiempo y costo

necesarios para realizar una evaluación del riesgo estructurada versus no estructurada.

### Método

#### Participantes

Los participantes fueron psicólogos ( $n=35$ , 87.5%) y otros profesionales del área de la salud mental ( $n=5$ , 12.5%) que han trabajado en España como mínimo durante los últimos 12 meses previos a la recepción de la encuesta. Las características demográficas y profesionales de la muestra se presentan en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Características de la muestra española del estudio IRiS ( $n=40$ ).

Demográficas	
Hombres (n, %)	12 (30.0)
Edad en años (M, DS)	42.3 (10.1)
Profesión	
Psicólogos/as (n, %)	35 (87.5)
Otros (n, %)	5 (12.5)
Años de práctica (M, DS)	14.3 (9.2)
Contexto profesional en los últimos 12 meses	
Hospital general (M% Tiempo, DS)	5.7 (20.6)
Práctica privada (M% Tiempo, DS)	32.0 (35.0)
Hospital/clínica psiquiátrica no-forense (M% Tiempo, DS)	2.4 (11.9)
Hospital/clínica psiquiátrica forense (M% Tiempo, DS)	7.9 (20.1)
Institución correccional (M% Tiempo, DS)	27.9 (37.7)
Otro (M% Tiempo, DS)	13.4 (26.3)
Responsabilidades profesionales durante los últimos 12 meses	
Práctica (M%, DS)	41.3 (31.5)
Tareas administrativas (M%, DS)	13.2 (11.4)
Docencia o supervisión (M%, DS)	21.1 (17.6)
Investigación (M%, DS)	15.1 (20.5)
Otro (M%, DS)	9.4 (22.0)

N=número de encuestados; M=media; DS=desviación estándar.

### Instrumento

La encuesta fue construida y administrada usando el software Qualtrics. Se realizó una revisión de la literatura de evaluación del riesgo y de encuestas previas sobre el uso

de herramientas forenses para compilar una lista de ítems. La encuesta en idioma inglés fue probada por miembros del Florida Mental Health Institute y por colaboradores internacionales, quienes proporcionaron un *feedback* que fue utilizado para realizar correcciones previamente a la traducción y distribución; la encuesta tomaba aproximadamente de 20 a 25 minutos para ser completada por los participantes.

### Procedimiento

Además del diseño de la encuesta ya descrito, se desarrolló un modelo de carta para invitar a la participación, explicando la naturaleza y propósito de la encuesta y delineando los incentivos para la participación. Quienes completaron la encuesta y decidieron proveer su dirección de e-mail fueron incluidos en un sorteo por ocho premios en efectivo, cada uno valorado en 50 dólares estadounidenses. La encuesta y la carta de participación para España fueron traducidas profesionalmente del inglés al español (europeo). El comité revisor institucional de la Universidad de South Florida aprobó este protocolo (Pro00007104); como una medida de control de calidad, los materiales traducidos fueron enviados a la primera autora (KAL) para una traducción inversa.

Las cartas de participación fueron distribuidas electrónicamente por la primera autora (KAL) a través de las listas de distribución o de directorios online de organizaciones profesionales nacionales (N=13; Anexo 1). Como pauta general se debía enviar a los miembros de tres organizaciones nacionales como mínimo: 1) una de psicólogos forenses (por ej. las secciones de Psicología Jurídica de los colegios profesionales), 2) una de psiquiatras forenses (por ej. Sociedad Española de Psiquiatría Forense), y 3) una de enfermeros forenses (al carecer España de una organización de este tipo la encuesta se envió a la Asociación Nacional Española de Salud Mental). Los destinatarios fueron elegibles para participar si habían conducido al menos una evaluación del riesgo de violencia a lo largo de su vida con un cliente adulto y si tenían en el momento de la encuesta edades comprendidas entre los 18 y 65 años. Los datos de los encuestados fueron exportados desde Qualtrics a SPSS 17.01 (39) para su análisis. Se calcularon las distribuciones de frecuencia y las medidas de tendencia central y de dispersión para todas las variables.

### Resultados

#### Uso de herramientas de evaluación del riesgo de violencia y utilidad percibida

La Tabla 2 muestra las características de la práctica profesional de los encuestados, quienes realizaron un promedio

de 35 evaluaciones del riesgo en el último año. No obstante, la desviación estándar de este promedio (DS=90) indica una gran variabilidad en la práctica de la evaluación del riesgo entre los profesionales. Entre el 68.0% y el 70.0% de las evaluaciones fueron realizadas con la ayuda de herramientas estructuradas; los profesionales informaron que la mayoría de los clientes evaluados son hombres (79.0%), y que las evaluaciones de riesgo se llevan a cabo con mayor frecuencia en sujetos que padecen trastorno de personalidad (31.0%) y trastorno por consumo de sustancias (29.0%). En el 43.0% (DS=35.0%) de las evaluaciones, los profesionales obtuvieron *feedback* del resultado tras su evaluación (es decir, conocieron si la violencia ocurrió o no).

**Tabla 2.** Características de la práctica profesional de los encuestados.

Características	Profesión (n=40)
<b>Antecedentes en evaluación del riesgo (ER)</b>	
Evaluaciones del riesgo a lo largo de su vida (M, DS)	320.1 (898.6)
Evaluaciones del riesgo con instrumentos estructurados a lo largo de su vida (M%, DS)	68.4 (33.8)
Evaluaciones del riesgo en los últimos 12 meses (M, DS)	35.5 (89.7)
Evaluaciones del riesgo con instrumentos estructurados en los últimos 12 meses (M%, DS)	70.0 (38.6)
<b>Características de los examinados (clientes) en los últimos 12 meses</b>	
Hombres (M%, DS)	78.9 (30.3)
Tr. psicótico (M%, DS)	9.8 (18.6)
Tr. del humor (M%, DS)	12.6 (21.2)
Tr. de ansiedad (M%, DS)	12.1 (18.1)
Tr. relacionado al consumo de sustancias (M%, DS)	34.1 (28.8)
Tr. de personalidad (M%, DS)	28.5 (31.3)
Otro tr. (M%, DS)	11.1 (26.1)
<b>Obtuvieron feedback sobre el resultado después de la ER (M%, DS)</b>	<b>43.5 (34.6)</b>

N=número de encuestados; M=promedio; DS=desviación estándar; tr=trastorno.

La Tabla 3 expone las herramientas más usadas en términos generales por los profesionales españoles. Para explorar la frecuencia de uso de estas herramientas se utilizó una escala Likert de 5 puntos (1=casi nunca, 5=muy frecuentemente), la



Tabla 3 muestra que el HCR-20 y el PCL:SV fueron usadas con mayor frecuencia a lo largo de la vida, y el PCL-R fue usado con mayor frecuencia en el último año.

**Tabla 3.** Las herramientas más usadas por los profesionales en España y su frecuencia de uso (n= 40).

	A lo largo de la vida		En el último año	
	n (%)	M (DS)	n (%)	M (DS)
1. PCL-R	26 (65.0)	3.4 (1.4)	18 (45.0)	4.3 (1.3)
2. HCR-20	25 (62.5)	3.5 (1.5)	16 (40.0)	3.9 (1.6)
3. PCL:SV	20 (50.0)	3.5 (1.3)	16 (40.0)	3.7 (1.3)
4. VRAG	13 (32.5)	3.1 (1.3)	8 (20.0)	3.4 (1.4)

n=número de encuestados; M=promedio; DS=desviación estándar. PCL-R=Psychopathy Checklist-Revised; PCL:SV=Psychopathy Checklist: Screening Version; HCR-20: Historical, Clinical, Risk Management-20; VRAG=Violence Risk Appraisal Guide. Frecuencia de uso medida en escala tipo Likert de 5 puntos (1= casi nunca, 5= muy frecuentemente).

Además del uso en los últimos 12 meses para tres funciones diferenciadas (la evaluación, la gestión y el monitoreo de riesgo de violencia), el estudio exploraba la percepción que los profesionales tenían sobre su utilidad para estas funciones (ver Tabla 4). Aunque el PCL-R, el PCL:SV y el HCR-20 fueron las herramientas más usadas, el LSI-R fue la herramienta percibida con mayor utilidad para las tres funciones.

**Tabla 4.** Proporción de uso en los últimos 12 meses y utilidad percibida de las herramientas por parte de los profesionales (n=24).

	Herramientas usadas para...					
	Evaluación		Gestión		Monitoreo	
	% <sub>p</sub>	M <sub>UP</sub> (DS)	% <sub>p</sub>	M <sub>UP</sub> (DS)	% <sub>p</sub>	M <sub>UP</sub> (DS)
HCR-20	58	4.3 (0.7)	50	4.4 (0.8)	21	4.8 (0.5)
LSI-R	13	4.7 (0.6)	4	5.0 (-)	4	5.0 (-)
PCL-R	71	4.2 (0.6)	42	4.0 (1.2)	21	3.6 (1.7)
PCL:SV	58	3.9 (0.6)	38	3.8 (1.1)	13	3.3 (2.1)
VRAG	21	4.0 (0.7)	17	4.0 (0.8)	13	4.3 (0.6)
VRS	13	4.0 (1.0)	8	4.5 (0.7)	4	4.0 (-)

n=número de encuestados; %<sub>p</sub>=Proporción de encuestados que usan la herramienta, M<sub>UP</sub>=Media de la utilidad percibida medida en una escala tipo Likert de 5 puntos (1=inútil, 5=útil), DS=desviación estándar. HCR-20: Historical, Clinical, Risk Management-20; PCL-R=Psychopathy Checklist-Revised; PCL:SV=Psychopathy Checklist: Screening Version; VRAG=Violence Risk Appraisal Guide; LSI-R= Level of Service Inventory-Revised; VRS=Violence Risk Scale.

## Motivos para usar las herramientas de evaluación del riesgo de violencia

Las herramientas que las instituciones solicitan utilizar a los profesionales, en general también son las preferidas por ellos, es el caso del HCR-20, PCL:SV y VRAG. Seis herramientas fueron indicadas como requeridas legal o institucionalmente para las evaluaciones en la muestra española (HCR-20, PCL:SV, VRAG, PCL-R, LSI-R y COVRTM), aunque solo el Classification of Violence Risk™ (COVRTM) (40) fue utilizado por este requisito sin ser el preferido por el profesional para realizar la evaluación (ver Tabla 5).

**Tabla 5.** Motivos de los profesionales para utilizar los instrumentos de evaluación del riesgo (n=33).

Instrumentos de evaluación del riesgo	n <sub>Requerido</sub> (%)	n <sub>Preferido</sub> (%)	n <sub>Ambos</sub> (%)
COVRTM	1 (3.0)	-	-
HCR-20	2 (6.1)	6 (18.2)	6 (18.2)
LSI-R	-	2 (6.1)	1 (3.0)
LS/CMI	-	1 (3.0)	-
PCL-R	-	11 (33.3)	5 (15.2)
PCL:SV	1 (3.0)	9 (27.3)	4 (12.1)
VRAG	2 (6.1)	3 (9.1)	2 (6.1)
VRS	-	3 (9.1)	-

n= número de encuestados; n<sub>Requerido</sub>= número de encuestados que usan el instrumento por requisito legal y/o institucional; n<sub>Preferido</sub>= número de encuestados que usan el instrumento por preferencia personal; n<sub>Ambos</sub>= número de encuestados que usan el instrumento tanto por requisito legal y/o institucional como por preferencia personal. HCR-20: Historical, Clinical, Risk Management-20; PCL:SV = Psychopathy Checklist: Screening Version; VRAG= Violence Risk Appraisal Guide; PCL-R= Psychopathy Checklist-Revised; LSI-R= Level of Service Inventory-Revised; VRS= Violence Risk Scale; LS/CMI = Level of Service/Case Management Inventory; COVRTM= Classification of Violence Risk.

## Tiempo y costo necesarios para realizar una evaluación del riesgo de violencia y fuentes de información utilizadas

Se registraron diferencias tanto en el costo como en el tiempo de realización de evaluaciones del riesgo en función del método empleado. Tres profesionales indicaron realizar evaluaciones no estructuradas del riesgo, el tiempo medio empleado para cada evaluación fue de 5.33 horas (DS=4.2 horas) y el costo promedio de cada evaluación es de 116.70€ (DS=158.90€). De los 23 profesionales que indicaron realizar evaluaciones del riesgo estructuradas, el tiempo promedio que emplearon para cada evaluación fue de 10.3 horas (DS=7.3 horas) y el costo de 81.20€ (DS=126.50€).

## Discusión

Los profesionales e investigadores de España se han mantenido actualizados sobre los avances internacionales en

evaluación del riesgo de violencia en contextos sanitarios, forenses y penitenciarios. Desde hace más de una década, ya sea por iniciativas personales o gubernamentales, se han construido, adaptado y validado herramientas técnicas y se han difundido las bases conceptuales de la valoración del riesgo de violencia como término alternativo al tradicional diagnóstico de la peligrosidad (1).

Este es el primer estudio en España sobre el uso y la utilidad percibida de las herramientas de evaluación del riesgo de violencia por parte de los profesionales en los sistemas jurídicos y sanitarios. Los resultados indican que el uso de estas herramientas es habitual, aunque con gran variabilidad entre los profesionales; por lo tanto, aunque algunas herramientas sean requeridas por las instituciones, parece que esto no se atiende de igual modo entre los profesionales. Con mayor frecuencia se usa cuando el evaluado es hombre con trastorno de personalidad y/o trastorno por consumo de sustancias.

En más de la mitad de las evaluaciones el profesional no conoce el resultado que sigue a su estimación de riesgo, es decir que no cuenta con un criterio sobre el que cotejar su pronóstico. La amplitud en la distribución de esta variable indica que no hay una práctica preestablecida que garantice a los profesionales contrastar sus estimaciones con una medida objetiva. Las escalas de psicopatía (PCL-R y PCL:SV) y el HCR-20 encabezaron la lista de las herramientas más usadas tanto por elección personal como por requisito institucional. Resulta un hallazgo interesante el hecho de que el LSI-R, a pesar de no haber sido diseñado específicamente para la predicción de la violencia sino para la clasificación y ubicación de los individuos en niveles de seguridad dentro del sistema de justicia penal y aun sin ser demandado habitualmente por las instituciones, sea el instrumento percibido con mayor utilidad por los profesionales para la evaluación, gestión y monitoreo del riesgo. Este resultado brinda información importante sobre las preferencias de los profesionales en relación a las herramientas de evaluación del riesgo de violencia, en concreto aquellas que brindan información y se orientan a la gestión de factores de riesgo dinámicos.

Las evaluaciones clínicas resultan ser más costosas aunque insumen menos tiempo a los profesionales. Dado este menor costo de las herramientas de evaluación del riesgo, sumado a que las evaluaciones estructuradas del riesgo de violencia se han demostrado más eficaces en la predicción de la violencia (7) y en la planificación de la intervención (12), los profesionales deberían realizar un análisis cuidadoso de costos y beneficios (que puede traducirse en las proporciones de falsos positivos y falsos negativos que se derivan de toda predicción o diagnóstico) al momento de decidir por un tipo de

metodología u otra. La actitud hacia la incorporación de nuevas herramientas basadas en la evidencia resultó positiva en esta muestra de profesionales y se mostraron dispuestos a procesos de evaluación sistematizados. En conjunto, los resultados dan pistas a los responsables de implementar los protocolos de actuación profesional en las instituciones donde se toman las decisiones que deben hallar el difícil equilibrio entre la seguridad pública y el respeto por las libertades individuales.

### Limitaciones

La interpretación y generalización de los resultados debe ser considerada a la luz de limitaciones relacionadas con el muestreo y el método de recogida de datos. En relación a la muestra, cabe mencionar que, a pesar de que la encuesta fue enviada a una población amplia, no es posible determinar el porcentaje de respuesta ya que se utilizaron listas de distribución de correos sobre las que no fue posible saber el alcance de distribución. Es posible que exista un sesgo de respuesta entre los encuestados, en el sentido de que aquellos más sensibles al uso de esta tecnología sean quienes más dispuestos hayan estado a responder la encuesta. Al no tener información sobre quienes se negaron a completar la encuesta no es posible establecer estas comparaciones. Asimismo, la amplitud de las desviaciones estándar indica una variabilidad importante en la distribución de las frecuencias, probablemente debida al número reducido de casos. Una exploración en una muestra más amplia que incluya profesionales de disciplinas diversas (por ej. enfermeros de salud mental y trabajadores sociales) favorecerá la generalización de los resultados. Otras limitaciones a tener en cuenta están relacionadas con la recogida de los datos y las contingencias propias de encuestas administradas en internet (p. ej. problemas técnicos o errores en los registros).

### Conclusiones

La principal fortaleza de este estudio reside en presentar por primera vez información sobre la práctica de evaluación del riesgo de violencia en España, basándose en un diseño metodológico riguroso y fundamentado sólidamente. A pesar de que no hay unas directrices en relación a la evaluación del riesgo de violencia que sean comunes a todas las asociaciones de profesionales, la mayoría de encuestados informaron utilizar, en las evaluaciones estructuradas del riesgo de violencia, las mismas herramientas que profesionales de países donde la tradición en este tipo de prácticas es más extensa y contrastada. Estos resultados pueden ayudar a otros profesionales en su toma de decisiones al momento de seleccionar el instrumental técnico para la evaluación, la gestión y el monitoreo del riesgo de violencia. También los resultados informan a las autoridades institucionales sobre las

preferencias y necesidades de entrenamiento y capacitación de los profesionales.

### Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

### Financiación

La financiación para este estudio fue obtenida por el investigador principal, Jay P. Singh, a través del programa Early Career Professional Grants-in-Aid de la American Psychology-Law Society.

### Agradecimientos

Ninguno declarado por los autores.

### Referencias

1. **Andrés-Pueyo A, Echeburúa E.** Valoración del riesgo de violencia: Instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. *Psicothema*. 2010;22(3):403-409.
2. **Webster CD, Douglas K, Eaves D, Hart SD.** Assessing risk of violence to others. In: Webster CD, Jackson MA, editors. *Impulsivity: Theory, assessment, and treatment*. New York, NY: Guilford Press; 1997. p. 251-77.
3. **Andrés-Pueyo A, Arbach-Lucioni K.** Peligrosidad y valoración del riesgo de violencia en contextos forenses. In: García-López E, editor. *Manual de Psicopatología Forense: Comportamiento Humano y Tribunales de Justicia*. México DF: Manual Moderno; en prensa.
4. **Andrés-Pueyo A, Redondo-Illescas S.** La predicción de la violencia. *Papeles del Psicólogo*. 2007; 28(3):145-146.
5. **Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, Cromier CA.** *Violent offenders: Appraising and managing risk*. Washington D.C.: American Psychological Association; 1998.
6. **Monahan J.** The MacArthur studies of violence risk. *CBMH*. 2002; 12(1 Suppl):S67-S72. <http://doi.org/fngz4m>.
7. **Ægisdóttir S, White MJ, Spengler PM, Maugherman AS, Anderson LA, Cook RS, et al.** The meta-analysis of clinical judgment project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction. *Couns Psychol*. 2006; 34(3):341-82. <http://doi.org/cbrmjf>.
8. **Andrews D, Bonta J.** *The Psychology of Criminal Conduct*. 5 ed. New Providence, NJ: Lexis Nexis; 2010.
9. **Skeem JL, Monahan J.** Current directions in violence risk assessment. *Curr Dir Psychol Sci*. 2011; 20(1):38-42. <http://doi.org/dr3pzw>.
10. **Otto RK, Douglas KS, editors.** *Handbook of violence risk assessment*. New York: Taylor & Francis Group; 2010.
11. **Singh JP, Serper M, Reinharth J, Fazel S.** Structured assessment of violence risk in schizophrenia and other psychiatric disorders: A systematic review of the validity, reliability, and item content of 10 available instruments. *Schizophr Bull*. 2011; 37(5):899-912. <http://doi.org/dzccz9j>.
12. **Heilbrun K.** *Evaluation for risk in violence in adults*. New York: Oxford University Press; 2009.
13. **Singh JP, Grann M, Fazel S.** A comparative study of violence risk assessment tools: A systematic review and meta-regression analysis of 68 studies involving 25980 participants. *Clin Psychol Rev*. 2011; 31(3):499-513. <http://doi.org/cphztk>.
14. **Arbach-Lucioni K.** Evaluación y gestión del riesgo de violencia en Latinoamérica: Aplicaciones en la prevención social de la violencia. En: Latinoamérica EPplese, editor. *II Taller regional sobre la prevención social de la violencia en América Latina*; 2013; Panamá; 2013.
15. **Moltó J, Poy R, Torrubia R.** Standardization of the hare psychopathy checklist-revised in a spanish prison sample. *J Pers Disord*. 2000; 14(1):84-96. <http://doi.org/ch636h>.
16. **Cuquerella A, Torrubia R, Subirana M, Mohino S, Planchat LM, Orós M, et al.** Aplicación de la Psychopathy Checklist Screening Version (PCL:SV) en una muestra forense. *Interpsiquis*; 2003.
17. **Ballesteros A, Graña JL, Andreu JM.** Valoración actuarial del riesgo de violencia en centros penitenciarios. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*. 2006; 6:103-117.
18. **Webster CD, Douglas K, Eaves D, Hart SD.** *HCR-20. Assessing risk for violence. Version 2*. Vancouver, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University; 1997.
19. **Arbach-Lucioni K, Andrés-Pueyo A.** Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20. *Papeles del Psicólogo*. 2007; 28(3):174-186.
20. **Boer DR, Hart SD, Kropp R, Webster CD.** *Manual for the Sexual Violence Risk-20: Professional guidelines for assessing risk for sexual violence*. Vancouver: Simon Fraser University, Mental Health, Law and Policy Institute; 1997.
21. **Redondo S, Pérez M, Martínez M.** El riesgo de reincidencia en agresores sexuales: Investigación básica y valoración mediante el SVR-20. *Papeles del Psicólogo*. 2007; 28:187-95.
22. **Kropp R, Hart SD, Webster CD, Eaves D.** *Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA)*. Toronto: Multi-Health Systems; 1999.
23. **Andrés-Pueyo A, López S, Álvarez E.** Valoración del riesgo de violencia contra la pareja por medio de la SARA. *Papeles del Psicólogo*. 2008; 29(1):107-122.
24. **Andrés-Pueyo A, Arbach K, Redondo S.** Memoria técnica de la construcción del protocolo y las escalas de valoración de riesgo de violencia para delincuentes violentos (RisCanvi-S; RisCanvi-C y e-RisCanvi). Barcelona: Departamento de Justicia. Generalitat de Catalunya; 2010.
25. **Echeburúa E, Fernández J, de Corral P.** Predicción del riesgo de homicidio y de violencia grave en la relación de pareja. Valencia: Centro Reina Sofía. Generalitat Valenciana; 2009.
26. **Echeburúa E, Amor PJ, Loinaz I, de Corral P.** Escala de predicción del riesgo de violencia grave contra la pareja revisada (EPV-R). *Psicothema*. 2010; 2(4):1054-1060.



27. **Hoge RD, Andrews DA.** Youth level of service/case management inventory (YLS/CMI) user's manual. Toronto: Multi-Health Systems; 2003.
28. **Graña JL, Garrido V, Cieza L.** Evaluación de las características delictivas de menores infractores de la Comunidad de Madrid y su influencia en la planificación del tratamiento. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense.* 2007; 7:7-18.
29. **Borum R, Bartel P, Forth A.** Manual for the structured assessment of violence risk in youth. Tampa, FL: University of South Florida; 2000.
30. **Vallès-Port L, Hilterman E.** SAVRY: Manual per a la valoració estructurada de risc de violència en joves. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada del Departament de Justícia, Generalitat de Catalunya; 2006.
31. **Santolaya F, Arce R.** Denuncia conjunta del Colegio General de Colegios Oficiales de Psicólogos y la Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense ante el Ministerio de Justicia [letter] 2011 Nov 15. [cited 2015, June 23] Available from: <http://goo.gl/NtHqiv>.
32. **Yang M, Wong SC, Coid J.** The efficacy of violence prediction: a meta-analytic comparison of nine risk assessment tools. *Psychol Bull.* 2010; 136(5):740-767.
33. **Viljoen JL, McLachlan K, Vincent GM.** Assessing violence risk and psychopathy in juvenile and adult offenders: A survey of clinical practices. *Assessment.* 2010; 17(3):377-395. <http://doi.org/cw5ddn>.
34. **Harris GT, Rice ME, Quinsey VL.** Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument. *Crim Justice Behav.* 1993; 20(4):315-335.
35. **Andrews D, Bonta J.** LSI-R: The Level of Service Inventory-Revised. Toronto, ON: Multi-Health Systems Inc.; 1995.
36. **Hare RD.** The Hare Psychopathy Checklist Revised. Toronto, ON: Multi-Health Systems Inc.; 1991.
37. **Hart SD, Cox N, Hare RD.** The Hare Psychopathy Checklist: Screening Version. Toronto, ON: Multi Health System Inc.; 1995.
38. **Archer RP, Buffington-Vollum JK, Stredny RV, Handel RW.** A survey of psychological test use patterns among forensic psychologists. *J Pers Assess.* 2006; 87(1):84-94. <http://doi.org/fpb6xc>.
39. **SPSS Inc.** Statistical Package for Social Sciences: Statistics for Windows. 17.01 ed. Chicago: SPSS Inc.; 2009.
40. **Monahan J, Steadman H, Appelbaum P, Grisso T, Mulvey EP, Roth L, et al.** The Classification of Violence Risk. *Behavioral Sciences and Law.* 2006; 24:721-30.

**Anexo 1.** Lista de instituciones españolas donde se distribuyó la encuesta.**Instituciones de Psiquiatría Forense o afines**

- Asociación Nacional de Médicos Forenses
- Associació Catalana de Metges Forenses
- Col·legi Oficial de Metges de Barcelona
- Institut de Medicina Legal de Catalunya
- Sociedad Española de Psiquiatría Forense
- Societat Catalana de Medicina Legal i Toxicologia
- Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental

**Instituciones de Psicología Forense o afines**

- Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada de la Generalitat de Catalunya.
- Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense
- Colegios de Psicólogos de cada Comunidad Autónoma de España
- Psi-forense@listserv.rediris.es (Lista de distribución)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos

**Instituciones de Enfermería Forense o afines**

- Asociación Nacional Española de Salud Mental