

## **VALORACIÓN DE LA PELIGROSIDAD CRIMINAL (RIESGO-VIOLENCIA) EN PSICOLOGÍA FORENSE. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y PERSPECTIVAS.**

Enrique Esbec Rodríguez<sup>1</sup>

*Juzgado de Internamientos e Incapacidades de Madrid*

Olga Fernández Sastrón

### **Resumen**

Aunque actualmente existen diversos métodos para la predicción de la peligrosidad, estos pueden englobarse en dos grandes categorías: clínicos y estadísticos. Los instrumentos clínicos de que se dispone hoy día, relativamente subjetivos, incluyen entrevistas, observación del comportamiento y el uso de inventarios o escalas. Los estadísticos (actuariales) son explícitos, objetivos, y no requieren ningún juicio de valor por parte del evaluador. No obstante, los estudios más recientes destacan la importancia de factores dinámicos, que generalmente quedan excluidos de las medidas puramente actuariales. En general, la experiencia clínica, (titulación académica apropiada, entrenamiento clínico y legal, conocimiento de la literatura científica), combinado con alguna forma de predicción estadística, permite actualmente una mayor exactitud en la evaluación del riesgo, tanto en delincuencia violenta como en la violencia sexual.

**PALABRAS CLAVE:** *Valoración de la peligrosidad criminal, psicopatología forense.*

### **Abstract**

Although there are currently several methods to predict dangerousness, they may be grouped into two large categories: clinical and statistical. The relatively subjective clinical instruments available at present include interviews, behavior observation, and the use of inventories or scales. Statistical (actuarial) methods are explicit, objective, and they do not require the evaluator to make any type of judgment. Nevertheless, more recent studies stress the importance of dynamic factors, which are generally excluded from the purely actuarial measurements.

In general, clinical experience (appropriate academic qualification, clinical and legal training, knowledge of scientific literature), combined with some form of statistical prediction, leads to more precision in the assessment of risk, both in violent delinquency and in sexual violence.

**KEY WORDS:** *Assessment of criminal dangerousness, forensic psychopathology*

---

<sup>1</sup> *Correspondencia:* Doctor en Psicología, Especialista en Medicinal Legal, Medico Forense de los Juzgados de Internamientos e Incapacidades de Madrid. E-mail: [didona@mi.madridtel.es](mailto:didona@mi.madridtel.es)

### **Métodos clínicos versus actuariales: un debate aún vigente.**

Aunque actualmente existen diversos métodos para la predicción de la peligrosidad, estos pueden englobarse en dos grandes categorías: clínicos y estadísticos. Los instrumentos clínicos de que se dispone hoy día incluyen entrevistas, observación del comportamiento y el uso de inventarios y escalas (como por ejemplo el HCR-20) diseñados para este fin (valoración clínica estructurada), que se utilizan en un ambiente controlado durante la evaluación del sujeto en cuestión, aunque algunas como el PCL-R (Hare, 1991) también se puede llevar a cabo sin que haya ningún contacto entre el sujeto y el evaluador; el experto puede revisar toda la información disponible sobre la personalidad del sujeto, su comportamiento y los detalles de su historia delictiva.

Los profesionales deberían estar familiarizados con la extensa investigación empírica llevada a cabo hasta el momento a la hora de valorar aquellos factores de riesgo que han resultado más relevantes en la predicción de la violencia (véase tabla 1,2 y 3). Éstos incluyen trastornos mentales, actitudes y conductas específicas, historia personal, habilidades sociales, etc. (Litwack, Kirchner y Wack, 1993). Tales características individuales, en su totalidad, presentan un retrato global del sujeto en la que los profesionales basarán su decisión final respecto a la peligrosidad del mismo. En cuanto a la predicción estadística (actuarial) existen numerosos instrumentos como el VRAG, SORAG, y el RRASOR, que están siendo utilizados de forma extensa, sobre todo en EE.UU., Canadá y Reino Unido.

La corriente científica actual en lo que respecta a la conducta violenta considera que ésta refleja unas características sociodemográficas relativamente estáticas, unos patrones de conducta estables y una probabilidad concreta de que se repitan ciertos estados mentales a largo plazo. En ciertos casos, estos rasgos aumentarían la probabilidad general del comportamiento violento, independientemente de la situación en la que se encuentre el sujeto en un momento concreto. Publicaciones recientes (Norko, 2000) apuntan a que el uso de medidas actuariales potencian la eficacia de las valoraciones clínicas en la predicción de conductas violentas a medio y largo plazo.

Hasta hace poco, los tribunales en EE.UU. han dado la razón a estos autores. En general, el sistema judicial requiere una valoración exhaustiva - comprensiva del paciente, y la utilización rígida o exclusiva de las valoraciones actuariales, no representa la visión general de los profesionales forenses más relevantes, aunque el uso de herramientas puramente actuariales como el VRAG estén siendo utilizadas de forma extensa en los países anglosajones.

Distintas asociaciones profesionales han elaborado directrices para la práctica estándar de la psiquiatría y psicología forenses. Mientras que la Asociación Americana de Psiquiatría y la Asociación Americana de Psicología han diseñado sendas guías para la práctica ética de la psiquiatría y psicología, la Academia Americana de Psiquiatría y Ley ha formulado unas "*Directrices para la Práctica Ética de la psiquiatría Forense*" que sugieren que tanto psiquiatras como psicólogos basen sus opiniones, informes y testimonios considerando toda la información de que dispongan. Los estándares psiquiátricos para la

valoración del riesgo incluyen la evaluación del estado mental y factores diagnósticos, así como variables biográficas tales como historia delictiva e identificación de factores situacionales o contextuales que podrían exacerbar o mitigar el riesgo. Las *“Directrices de Especialidad para Psicólogos Forenses”* indican claramente que *“el psicólogo forense debe mantener la integridad profesional, examinando el caso desde todas las perspectivas posibles, buscando activamente toda la información que podría llevar a contrastar las distintas hipótesis”*.

**Tabla 1.** Factores de riesgo de violencia; Una revisión de la literatura.

<b>HISTORIA DE VIOLENCIA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia de violencia previa (arrestos, comportamiento violento durante hospitalización)</li> <li>- Violencia reciente o escalada violenta mayor poder predictivo que violencia remota</li> <li>- Haber sido víctima de abusos o testigo de abusos durante la infancia</li> </ul>
<b>FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexo (hombre)</li> <li>- Edad (adolescencia y adultos jóvenes)</li> <li>- Estatus socioeconómico (pobre)</li> <li>- Nivel educacional (bajo)</li> <li>- Etnia (no-blanco)</li> </ul>
<b>TRASTORNO MENTAL</b>
<p>Algunos trastornos específicos parecen estar asociados a un aumento del riesgo de comportamiento violento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicopatía</li> <li>- Trastornos de la Personalidad</li> <li>- Alucinaciones y delirios</li> <li>- Trastorno bipolar y esquizofrenia</li> <li>- Abuso de sustancias (incluido el alcohol)</li> <li>- Trastornos de Control de Impulsos</li> <li>- Ideación suicida e intentos auto-líticos</li> <li>- Hostilidad e Ira.</li> </ul>
<b>FACTORES SOCIALES Y SITUACIONALES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eventos vitales estresantes (separación conyugal, rupturas sentimentales,...)</li> <li>- Falta de apoyo profesional</li> <li>- Ausencia de una red social de apoyo</li> <li>- Contexto vital en el que el agresor y víctima potenciales viven</li> </ul>
<b>FACTORES BIOLÓGICOS Y NEUROLÓGICOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anormalidades neurológicas y disfunciones orgánicas cerebrales</li> <li>- Déficits cognitivos</li> <li>- Niveles alterados de serotonina y testosterona</li> </ul>

Fuente: Ferris, Sandercock, Hoffman, Silverman, Barkun, Carlisle y Katz, 1997

A pesar de la insistencia en oponer métodos clínicos y métodos actuariales para la valoración de la peligrosidad, lo cierto es que en muchos casos existe un solapamiento entre ambos, ya que generalmente los propios clínicos utilizan métodos estadísticos como apoyo para sus valoraciones, y algunas medidas actuariales incorporan elementos clínicos como complemento de éstas (Dvoskin y Heilbrun, 2001).

Tras una revisión de 116 estudios relevantes sobre la peligrosidad criminal, Ferris y colaboradores (1997) concluyeron que la valoración del riesgo de violencia se puede llevar a cabo mediante diversos métodos, siempre que éstos sean sistemáticos y comprensivos. De la citada revisión, los autores extraen los factores de riesgo más frecuentemente considerados como relevantes en las distintas investigaciones (ver tabla 1). Los estudios más recientes destacan la importancia de factores dinámicos, que generalmente quedan excluidos de las medidas puramente actuariales.

A pesar del gran volumen de investigación con relación a la valoración del riesgo de violencia llevado a cabo durante esta década, no se ha examinado hasta la fecha si los profesionales en salud mental (enfermeras, psiquiatras, psicólogos clínicos y trabajadores sociales) tienen en cuenta los factores de riesgo sugeridos por los investigadores a la hora de valorar la peligrosidad criminal en la práctica. Elbogen, Mercado, Scalora y Tomkins, (2002), llevaron a cabo un estudio con 134 profesionales, para evaluar la percepción de los mismos respecto a la relevancia de los factores de riesgo resaltados en la literatura científica, así como otras variables comportamentales adicionales. El análisis de los resultados indicó que aunque los clínicos consideraban estos factores como relevantes, daban mayor importancia a otras variables (factores clínicos dinámicos conductuales) que no han sido objeto de escrutinio empírico.

**Tabla 2.** Algunos factores de riesgo relevantes en la valoración de la peligrosidad criminal

	<b>RECIDIVA VIOLENTA GENERAL</b>	<b>RECIDIVA SEXUAL</b>
<b>FACTORES ESTÁTICOS</b>	Contacto previo con el Sistema Judicial O sistema de salud Mental (Gottfredson y Gottfredson, 1994; Shaffer, Waters y Adams, 1994).  Delitos violentos previos; trastorno mental; historia de abuso de sustancias (Limandri y Sheridan, 1995).	Agresiones sexuales previas; una o más víctimas masculinas; víctimas extrafamiliares; preferencia sexual por menores (Hanson y Bussiere, 1996 <sup>a</sup> ; Hanson y Bussiere, 1996b; Hanson, 1997).  Agresores sexuales que reinciden cometiendo delitos violentos no-sexuales: Jóvenes; de raza minoritaria; solteros.
<b>FACTORES DINÁMICOS</b>	Personalidad antisocial; logro social; conflictos interpersonales; abuso de sustancias (Gendreau et al., 1996)	Escaso apoyo social; estilo de vida antisocial; actitud tolerante ante agresiones de tipo sexual (Hanson y Harris, 1998).

**Descripción de algunas de las medidas disponibles en la actualidad para la valoración de la peligrosidad.**

En la actualidad se dispone de varias medidas para la valoración de la peligrosidad criminal (tanto violenta como sexual), aunque de momento, en nuestro país ninguna ha sido validada definitivamente para este fin. La distinción entre las medidas consideradas como actuariales y aquellas que son denominadas clínicas estructuradas, no está del todo clara. Ambas se basan en la clasificación del sujeto utilizando una serie de factores de riesgo conocidos, pero en el caso de las primeras, las reglas por las que se combinan dichos factores son explícitas, objetivas, y no requieren juicios de valor por parte del evaluador. De ellas se obtiene una única puntuación para determinar el nivel de riesgo del sujeto. Sin embargo, algunas medidas actuariales incorporan factores clínicos, y viceversa. La diferencia entre unas y otras no radica en el tipo de variables utilizadas (aunque en el caso de las medidas actuariales tienden a basarse especialmente en factores estáticos), sino en el método por el cual se llega a un resultado. Los instrumentos actuariales más conocidos tanto para la recidiva violenta general como sexual son el VRAG, SORAG, RRASOR, STATIC-99, y más recientemente el ICT. En el caso de los instrumentos considerados como *clínicos estructurados*, los más destacables son el HCR-20 y el PCL-R / PCL-SV. A continuación se describirán brevemente algunos de estos instrumentos.

**Tabla 3.** Relevancia percibida de factores relacionados con el riesgo de violencia en la práctica clínica.

FACTORES MÁS RELEVANTES (POBLACIÓN FORENSE)	FACTORES MENOS RELEVANTES (POBLACIÓN FORENSE)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agresión física durante reclusión (9.57)</li> <li>- Historia de comportamiento violento (9.53)</li> <li>- Fantasías con contenido violento (9.35)</li> <li>- Historia de arrestos-delitos contra las personas (9.25)</li> <li>- Comportamiento impulsivo durante reclusión (9.25)</li> <li>- Delirios (8.77)</li> <li>- Psicopatía (7.99)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desajuste social precoz (5.16)</li> <li>- Estado civil (6.39)</li> <li>- Separado de los padres antes de los 16 años (6.96)</li> <li>- Actividades de la vida diaria (7.00)</li> <li>- Historia educacional (6.67)</li> <li>- Inteligencia (6.52)</li> </ul>

Nota: La media de la valoración de relevancia (de 0-10) está entre paréntesis.

Fuente: Elbogen, Mercado, Scalora y Tomkins, 2002

**Medidas Actuariales.**

A) *Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) / Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG)*.

La Guía para la Valoración de Violencia (VRAG) fue desarrollado en 1994 por Webster, Harris, Rice, Cormier y Quinsey como un instrumento para la valoración de la peligrosidad criminal en varones de alto riesgo. El esquema original constaba de dos partes: un componente puramente actuarial (VRAG) y un esquema clínico de 10 ítems denominado ASSESSMENT-LIST que posteriormente fue eliminado por los propios autores. Éste último incluía factores de riesgo dinámicos como el ajuste psicosocial del sujeto, síntomas clínicos, factores vitales, manejo institucional, ajuste sexual, y progreso en el tratamiento.

El VRAG, tal y como se concibe en la actualidad, incluye las siguientes variables: puntuación en el PCL-R (Hare, 1991); desajuste escolar temprano; edad al tiempo de cometer el primer delito; diagnóstico de algún trastorno de la personalidad; separación de los padres antes de los 16 años; previa violación de la libertad condicional; antecedentes de delitos no violentos; estado civil soltero/a (que nunca haya contraído matrimonio); diagnóstico de esquizofrenia; daño causado a la víctima durante el último delito; historia de abuso de alcohol y género de la última víctima.

Las distintas variables utilizadas han sido seleccionadas en base a su contribución única a la predicción del resultado, habiendo cuantificado el peso específico de cada una. La puntuación obtenida en cada variable se suma dando un resultado total para cada individuo, que posteriormente es contrastada con las tablas actuariales correspondientes para obtener la probabilidad de reincidencia en cada caso. De esta forma, se asigna al sujeto a una de las 9 categorías (“bins”) de riesgo. Cada categoría o nivel, representa un riesgo de recidiva diferente para un periodo de siete y diez años.

Este instrumento es una de las escalas actuariales más utilizadas y mejor validadas para la predicción de la violencia (Litwack, 2001). Presenta una exactitud predictiva excelente ( $r = .47$ ) para la recidiva violenta general (Webster *et al.* 1994) y media ( $r = .20$ ) para la predicción reincidencia en agresores sexuales (Rice y Harris, 1997). En el caso de los agresores sexuales, las puntuaciones altas en el VRAG correlacionaban en mayor medida con el riesgo de recidiva violenta no sexual (Rice y Harris, 1997; Wakefield y Underwager, 1998). Por este motivo, Quinsey, Rice y Harris (1995) desarrollaron una variación del VRAG específicamente dirigida a valorar el riesgo de reincidencia en estos criminales: El Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG). La principal modificación introducida en este instrumento, es la inclusión de variables de medida de la desviación sexual: número de condenas previas por delitos sexuales, historial de delitos sexuales contra varones menores o adultos y una medida falométrica de desviación sexual.

Aunque la eficacia de estos instrumentos haya sido duramente criticada, son utilizados de forma extensa en Canadá, varias jurisdicciones de los EE.UU. y Gran Bretaña. Sin embargo, el VRAG y su homónimo SORAG, presentan un claro *handicap*: los ítems incluidos en éstas herramientas están basados en factores de riesgo exclusivamente estáticos, lo que implica por un lado, que reflejan probabilidades absolutas e inmodificables, y por otro, no ayudan al evaluador a diseñar una estrategia para el manejo del riesgo. En los últimos años, se ha comprobado que los factores dinámicos tienen un poder predictivo equiparable o incluso mayor que los factores estáticos (Gendreau, Little y Goggin, 1996) y que es necesario el conocimiento de dichos factores para la valoración de posibles cambios en el nivel de riesgo de los sujetos a lo largo del tiempo derivados de circunstancias vitales, psico-sociales o cambios generados tras el tratamiento (Hanson y Bussiere, 1996a; Norko, 2000).

**Tabla 4.** Ítems que componen la Guía para la Valoración del Riesgo de Violencia (VRAG).

ÍTEMS	DIRECCIÓN PREDICTIVA DE LA VARIABLE
1. Puntuación en el PCL-R (Hare, 1991)	+va
2. Desajuste escolar temprano	+va
3. Diagnóstico de Trastorno de la Personalidad (DSM-III)	+va
4. Edad al tiempo de cometer el primer delito	-va
5. Convivencia con ambos progenitores hasta los 16 años (salvo en caso de fallecimiento de alguno de ellos)	-va
6. Previa violación de libertad condicional	+va
7. Puntuación en delitos no-violentos	+va
8. Estado civil	+va
9. Diagnóstico de Esquizofrenia	-va
10. Daño a la víctima	-va
11. Historia de abuso de alcohol	+va
12. Víctima femenina	-va

*B) Rapid Risk Assessment for Sexual Offence Recidivism (RRASOR)*

Desarrollada por K. Hanson en 1997 (para una revisión ver Hanson, 1997), esta escala pretende ser un *screening* rápido y fácil de aplicar para la valoración del riesgo de reincidencia en agresores sexuales. En el estudio llevado a cabo por el autor, se partió de la premisa que la recidiva sexual podía predecirse por un grupo de factores distintos a aquellos que predicen el riesgo de violencia general o la violencia no-sexual (ver tabla 5). La lista inicial de variables significativas incluía las siguientes: agresiones sexuales previas; víctima desconocida; cualquier otro tipo de delito previo; edad (joven); estado civil soltero (que nunca contrajeran matrimonio o mantuvieran relación análoga); víctimas no relacionadas con el agresor; y víctimas masculinas. Las distintas variables estudiadas fueron combinadas para crear una matriz de correlación y para el estudio del índice de validez predictiva de la escala, se utilizó tanto el coeficiente de correlación, como el área bajo la curva ROC.

**Tabla 5.** Factores de riesgo asociados a la recidiva en agresores sexuales (Hanson y Bussiere, 1996b, 1998).

<b>FACTORES DE RIESGO DE RECIDIVA DE TIPO SEXUAL</b>
1.- Preferencia por víctimas infantiles (indicado por medidas pletismográficas) (r= .32)
2.- Escala 5 (Masculinidad/Femineidad) del MMPI (r= .27)
3.- Trastorno mental severo (r= .25)
4.- Preferencias sexuales desviadas (previo al tratamiento) (r= .22)
5.- Historia de delitos sexuales (r= .19)
6.- Cualquier trastorno de la personalidad (r= .16)
7.- Relación maternal negativa (r= .16)
8.- Escala 6 (Paranoia) del MMPI (r= .16)
9.- Baja motivación para el tratamiento (r= .15)
10.- Víctimas desconocidas (r= .15)
11.- Trastorno Antisocial de la personalidad (r= .14)
12.- Preferencia por menores varones (Medidas pletismográficas) (r= .14)
13.- Víctimas menores femeninas (r= - .14)
14.- Delitos previos (no sexuales) (r= .13)
15.- Problemas de ira (r= .13)
16.- Edad (r= -.13)
17.- inicio de carrera delictiva precoz (r= .12)
18.- Delitos sexuales anteriores (r= .12)
19.- Víctimas menor pariente (r= -.11)
20.- Soltero (nunca casado) (r=.11)
21.- Delitos sexuales diversos (r= .10)
Nota: los ítems 13,16 y 19 correlacionan negativamente

Fuente: Wakefield y Underwager, 1998.

Los resultados apuntaron hacia cuatro variables con mayor índice de poder predictivo, utilizando el análisis de regresión, que finalmente fueron condensadas para crear la escala: *agresiones sexuales previas* (beta = .19); *edad menor de 25 años* (beta = .12); *víctima masculina* (beta = .09); y *víctima extra-familiar* (beta = .09).

Basado en los estudios de regresión, la escala final fue diseñada sumando las cuatro variables escogidas de forma que: a) se asigne un punto por cada una de las características (menor de 25 años, víctima desconocida y víctima masculina), y b) se conceda un peso adicional a la variable *historia delictiva* en comparación con las demás. De esta forma, el sujeto puede obtener hasta 3 puntos adicionales basados en el número de delitos previos. La escala comprende una puntuación entre 0 y 6 y solo puede ser utilizado para sujetos varones mayores de 18 años.

**Tabla 6.** Rapid Risk Assessment for Sexual Offense Recidivism (RRASOR) (Hanson, 1997).

- <i>Agresiones sexuales previas</i> (no incluye el delito por el que actualmente cumple condena):	
Ninguno	0
1 condena; 1-2 cargos	1
2-3 condenas; 3-5 cargos	2
4 ó más condenas; 6 ó más cargos	3
- <i>Edad de excarcelación/alta hospitalaria (Edad actual):</i>	
Más de 25	0
Menos de 25	1
- <i>Sexo de la víctima:</i>	
Solo mujeres	0
Al menos un varón	1
- <i>Relación con la víctima:</i>	
Solo víctimas relacionadas con el agresor	0
Al menos una víctima desconocida para el agresor	1

Fuente: Hanson, K.R. 1997.

Según el estudio realizado por el propio Hanson (1997), el RRASOR sugiere un nivel moderado de capacidad predictiva: los resultados de las distintas muestras utilizadas en dicho estudio apuntan a una correlación media de .27 (n = 2,592) y una media del área bajo la curva ROC de .71.

Cada aumento en el valor de la escala de riesgo está asociado a un incremento en la frecuencia de reincidencia de agresión sexual. La frecuencia para la categoría más baja es de menos del 7%, y aumenta hasta un 50% en las categorías más altas. Los resultados indican que mediante esta escala podría identificarse un amplio grupo de agresores sexuales (de riesgo relativamente bajo) cuya probabilidad de reincidencia fuera de menos del 15% a los 10 años, así como identificar un pequeño grupo de agresores sexuales cuya probabilidad de reincidencia a largo plazo fuera de mas de un 50% de forma tan precisa superior que otras escalas mas elaboradas como el VRAG, o el Minnesota Risk Assessment Scheme (MnSOST-R).

**Tabla 7.-** Frecuencia estimada de reincidencia para cada puntuación en la escala de riesgo

Fr. ajustadas	Fr. Reincidencia		%		
	Puntuación RRASOR	Tamaño de la muestra	No-ajustado	5 años	10 años
0	527	5.3	4.4	6.5	
1	806	8.8	7.6	11.2	
2	742	16.2	14.2	21.1	
3	326	26.7	24.8	36.9	
4	139	36.7	32.7	48.6	
5	52	53.8	49.8	73.1	
Total	2,592	14.9	13.2	19.5	

Fuente: Hanson, K.R. 1997.

Las ventajas de este método son claras: es rápido, fácil de puntuar y tiene el suficiente poder predictivo como para justificar su uso como herramienta de *screening* en la valoración de la peligrosidad de agresores sexuales. Incluye además el factor “*tiempo*”, por lo que las predicciones resultan más precisas a medio y largo plazo. El RRASOR es extensamente utilizado en EE.UU. o Canadá, y es el instrumento de valoración de la peligrosidad más utilizado en procesos de detención post-sentencia (Doren, 1999).

*C) Static 99 (Hanson y Thornton, 1999).*

El Static 99 (Hanson y Thornton, 1999) fue llamado así porque incluye exclusivamente variables estáticas. Se creó combinando los ítems del RRASOR (Hanson, 1997) y el SACJ-Min (Grubin, 1998) este último como método relativamente breve de *screening* para la predicción de la reincidencia en agresores sexuales. El poder predictivo del nuevo instrumento se comprobó utilizando cuatro grupos de datos de muestras canadienses y británicas (un total n = 1,301) concluyendo que tanto el RRASOR como el SACJ-Min mostraban un poder predictivo equivalente por separado y que éste se incrementaba al combinar ambas escalas.

El Static 99 ha mostrado, según los autores, un poder predictivo moderado tanto para la recidiva sexual ( $r = .33$ ; área ROC  $= .71$ ) como violenta, incluyendo violencia sexual ( $r = .32$ ; área ROC  $= .69$ ). De hecho, para la predicción de la reincidencia en agresores sexuales, el Static 99 es claramente más eficaz ( $r = .33$ ) que el juicio clínico no estructurado (media  $r = .10$ ) (Hanson y Bussiere, 1998).

**Tabla 8.** Reglas de codificación del Static 99.

Factor de riesgo	Código	Puntuación														
Delitos sexuales previos (misma reglas que en el RRASOR)	<table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">CARGOS</td> <td style="width: 50%;">CONDENAS</td> </tr> <tr> <td>Ninguno</td> <td>Ninguna</td> </tr> <tr> <td>1-2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3-5</td> <td>2-3</td> </tr> <tr> <td>3-6</td> <td>4+</td> </tr> </table>	CARGOS	CONDENAS	Ninguno	Ninguna	1-2	1	3-5	2-3	3-6	4+	<table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>0</td></tr> <tr><td>1</td></tr> <tr><td>2</td></tr> <tr><td>3</td></tr> </table>	0	1	2	3
CARGOS	CONDENAS															
Ninguno	Ninguna															
1-2	1															
3-5	2-3															
3-6	4+															
0																
1																
2																
3																
Fechas de sentencias previas (Excluyendo la presente)	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td style="width: 50%;">3 ó más</td></tr> <tr><td style="width: 50%;">4 ó más</td></tr> </table>	3 ó más	4 ó más	<table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>0</td></tr> <tr><td>1</td></tr> </table>	0	1										
3 ó más																
4 ó más																
0																
1																
Condenas por delitos sexuales sin contacto	No si	<table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>0</td></tr> <tr><td>1</td></tr> </table>	0	1												
0																
1																
Condena actual por delito sexual	No si	<table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>0</td></tr> <tr><td>1</td></tr> </table>	0	1												
0																
1																
Violencia no-sexual previa	No si	<table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>0</td></tr> <tr><td>1</td></tr> </table>	0	1												
0																
1																
Alguna víctima no familiar del agresor	No si	<table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>0</td></tr> <tr><td>1</td></tr> </table>	0	1												
0																
1																
Alguna víctima desconocida	No si	<table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>0</td></tr> <tr><td>1</td></tr> </table>	0	1												
0																
1																
Alguna víctima masculina	No si	<table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>0</td></tr> <tr><td>1</td></tr> </table>	0	1												
0																
1																
Soltero	¿Has convivido en pareja al menos durante 2 años? Si No	<table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>0</td></tr> <tr><td>1</td></tr> </table>	0	1												
0																
1																
Joven	Edad 25+ 18-24.99	<table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>0</td></tr> <tr><td>1</td></tr> </table>	0	1												
0																
1																
Puntuación total	Sumar puntuaciones de los factores de riesgo individuales															

Aunque fue diseñada originalmente para la predicción de la reincidencia de delitos sexuales, ha mostrado también una eficacia razonable en la predicción de cualquier tipo de reincidencia violenta en delincuentes sexuales ( $r = .32$ ; área ROC = .69). En comparación, un meta-análisis reciente encontró que la correlación media entre el PCL-R (Hare, 1991) y la reincidencia de violencia era .27 ( $n = 1,374$ ) (Hemphil, Hare y Wong, 1998), es decir, inferior al Static 99. Sin embargo, este instrumento probablemente no sea la mejor elección para la predicción de la reincidencia violenta, ya que el VRAG predice este tipo de reincidencia sustancialmente mejor que el Static 99 ( $r = .47$ ; área ROC = .77) [ver para una revisión Rice y Harris, 1997].

*D) Iterative Classification Tree (ICT) (Monahan et al., 2000).*

Los Árboles de Decisiones han sido utilizados extensamente en numerosas disciplinas, incluyendo la medicina y la psicología. Recientemente, y basándose en los datos del *Estudio McArthur* para la valoración del Riesgo de Violencia se desarrolló un nuevo instrumento actuarial para la valoración de la peligrosidad basado en un modelo contingente e iterativo de la violencia: El *Árbol de Clasificación Iterativa (ICT)*. (Monahan, Steadman, Applebaum, Robins, Mulvey, Silver Roth y Grisso, 2000). De acuerdo con este modelo, existirían numerosas combinaciones de los distintos factores de riesgo para clasificar a los sujetos como de “alto” o “bajo” riesgo, y como en cualquier Árbol de Decisiones, cada pregunta, dependería de la respuesta del sujeto a la inmediatamente anterior. Es decir, que de forma contingente a la respuesta dada, se plantearía una u otra pregunta sucesivamente hasta que el sujeto fuera clasificado en alguna de las categorías de riesgo.

Para el desarrollo del modelo ICT se utilizó el programa informático CHAID (Chi-squared automatic Interaction detector) para valorar la asociación bivariada entre los 106 factores de riesgo elegidos e identificar los grupos de casos que compartieran los mismos factores de riesgo y la misma medida resultante de violencia. Una vez clasificados los sujetos como de “bajo” o “alto” riesgo”, se reagrupó a los sujetos que no hubieran encajado en ninguna de estas categorías durante este primer proceso de partición, y se procedió a analizarlos de nuevo en una segunda “iteración”. Este proceso se llevó a cabo hasta que no fue posible clasificar ningún grupo adicional de sujetos como de bajo o alto riesgo (ningún grupo podía estar compuesto por menos de 50 sujetos). Fueron posibles tres iteraciones, y el ICT final, comprendía 15 factores de riesgo contingentes, formando 11 grupos de riesgo (4 grupos de bajo riesgo y 3 de riesgo alto). En este caso, “alto riesgo” hacía referencia a aquellos sujetos cuya probabilidad de violencia fuera mayor que el doble de la tasa base de violencia (18,7%) de la muestra total utilizada (punto de corte: 37%). En el caso de “bajo riesgo”, se incluía en esta categoría a aquellos grupos de sujetos cuyo riesgo de violencia fuera menor que la mitad de la tasa base de la muestra (punto de corte: 9%). Según los autores, este nuevo método de valoración de la peligrosidad muestra resultados prometedores sobre todo de cara a facilitar la aplicación de un método actuarial en la toma de decisiones clínicas en contextos reales (para una revisión más exhaustiva ver Monahan et al., 2000).

### **Medidas Clínicas Estructuradas**

#### *A) Psychopathy Checklist-Revised: PCL-R (Hare, 1991).*

El PCL-R de R. Hare fue diseñado específicamente para reflejar el concepto de Cleckley sobre la psicopatía. El instrumento valora este constructo de personalidad combinando la información obtenida mediante una extensa entrevista psicosocial y de una revisión exhaustiva de la historia delictiva del sujeto almacenada en los archivos institucionales (Edens y Otto, 2001).

En términos de administración, el manual del PCL-R (Hare, 1991) contiene instrucciones explícitas respecto a la información necesaria para puntuar cada uno de los 20 ítems en una escala de 0-1-2 (0 = no se aplica; 1 = ítem presente hasta cierto punto; 2 = ítem presente). Basado en la combinación de la información obtenida de las diversas fuentes, los sujetos reciben una puntuación entre 0-40, clasificando como “*psicópatas*” (punto de corte más frecuentemente utilizado) a aquellos que obtienen puntuaciones iguales o superiores a 30. Las propiedades psicométricas del PCL-R están bien establecidas; se han documentado varios índices de fiabilidad (consistencia interna, fiabilidad interjueces), y se encuentran en un rango aceptable (Hare, 1991; Fulero, 1995).

Diversos estudios de seguimiento llevados a cabo en prisiones Norteamericanas y Canadienses han concluido que éste es un instrumento válido y fiable para identificar a aquellos delincuentes varones y pacientes psiquiátricos que tienen una mayor probabilidad de reincidencia general y que es un buen predictor de otros aspectos del comportamiento tras la excarcelación, así como de la respuesta al tratamiento (Hemphil, Hare y Wong, 1998; Ogloff, Wong y Greenwood, 1990; Rice, Harris y Cormier, 1992; Salekin, Rogers y Sewell, 1996; Rice *et al.*, 1997; Seto y Barbaree, 1999; Reiss, Meux y Grubin, 2000; Heilbrun y Lidz, 2000). Algunas variables de esta escala, sin embargo, son más útiles que otras en la predicción de la peligrosidad a largo plazo (Harpur y Hare, 1994) y los coeficientes de correlación de recidiva varían de un factor a otro (Freedman, 2001).

Aunque el PCL-R se ha convertido en la medida estándar en poblaciones forenses, por su prometedora capacidad de diferenciar entre aquellos que presentan un riesgo de cometer actos violentos en el futuro de aquellos que no (Edens, 2001; Freedman, 2001), se hacía necesario un instrumento más breve, pero con unos índices de fiabilidad y validez similares. El PCL-SV (Hart, Cox, y Hare, 1999), no fue diseñado para sustituir al instrumento original, sino como una medida de “*screening*” que ahorrara tiempo y esfuerzo a los profesionales. Los puntos de corte de esta versión abreviada (>18: psicopatía; >13: probable psicopatía), indican cuando se debe completar con el PCL-R para obtener la máxima fiabilidad. La versión reducida o PCL-SV incluye ítems de los factores afectivo (1) y conductual (2) recogidos en la Tabla 9.

**Tabla 9.** Ítems del PCL-SV.

<b>FACTOR 1</b>	<b>FACTOR 2</b>
1. Superficial	7. Impulsividad
2. Grandiosidad	8. Falta de control
3. Tendencia a la mentira	9. Ausencia de metas
4. Ausencia de remordimiento	10. Irresponsabilidad
5. Falta de empatía	11. Conducta antisocial en la adolescencia
6. No acepta responsabilidades	12. Conducta antisocial en la edad adulta

**Tabla 10.** Correspondencia de los ítems del PCL-SV con el PCL-R

ÍTEMS DEL PCL-SV	ÍTEMS DEL PCL-R
1	1
2	2
3	4,5
4	6
5	7,8
6	16
7	3,14
8	10
9	9,13
10	15
11	12,18
12	19,2

El PCL-SV, forma parte esencial de escalas desarrolladas recientemente para la valoración de la peligrosidad como el HCR-20 (Webster, Douglas, Eaves y Hart, 1997).

Hasta el momento, y a pesar de los resultados prometedores obtenidos en los distintos estudios, el uso del PCL-R o PCL-SV para la valoración de la peligrosidad criminal, no está exento de polémica, ya que podría estar siendo utilizado de forma prematura y poco crítica. En una revisión llevada a cabo por Freedman (2001), se concluye que las investigaciones llevadas a cabo respecto a la validez del PCL-R como instrumento de valoración de la peligrosidad resultan problemáticas por una serie de razones:

- En primer lugar, los distintos estudios que emplean este instrumento no utilizan siempre los mismos puntos de corte, por lo que una comparación real de los resultados resulta, cuando menos, “difícil”.
- En segundo lugar, la utilización de puntos de corte superiores a treinta (como se recomienda en el manual), convierte la psicopatía en una “condición rara” (o inusual), por lo que existe un alto riesgo de falsos positivos (es decir, de clasificar a un individuo como “psicópata” cuando no lo es) debido a la baja tasa de prevalencia del fenómeno.
- Más preocupante aún resulta el hecho de que distintos investigadores alteren el punto de corte disminuyéndolo, para aumentar el posible número de sujetos incluidos (sensibilidad) en la categoría de psicópatas, aumentando así de forma artificial la tasa de prevalencia del fenómeno; en estos casos la probabilidad de clasificar erróneamente a los sujetos se incrementa drásticamente, inflando de forma alarmante la posibilidad de falsos positivos: En suma, se está sacrificando la especificidad por la sensibilidad. Ni que decir tiene la relevancia de este hecho en el caso de un instrumento que tiene la capacidad de etiquetar como “peligrosos” (con todas las consecuencias que de ello deriven) a sujetos que no representan un riesgo real para la sociedad.
- Por último, las medidas utilizadas como “resultados positivos” de reincidencia varían de un estudio a otro: en la predicción de conductas violentas específicas (conductas realmente relevantes de violencia y agresión), el PCL-R resulta menos eficaz que en la predicción de reincidencia general, es decir, cuanto más amplio es el concepto de “fracaso” tras la excarcelación, mayor es la cantidad de instancias disponibles para la medida (aumento de la tasa de frecuencia) y mayor eficacia aparenta (para una revisión mas exhaustiva ver Freedman, 2001).

En un estudio retrospectivo llevado a cabo por Reiss, Meux y Grubin (2000), se concluye que, aunque el PCL-R es un instrumento eficaz en la identificación de la psicopatía en individuos, no lo es tanto a la hora de valorar su prognosis en términos recidiva y otros factores resultantes.

**Tabla 11.** Falsos positivos y coeficiente de correlación en distintos estudios utilizando el PCL-R como instrumento para la predicción de la reincidencia.

ESTUDIO	MUESTRA	RAZÓN DE FALSOS POSITIVOS	COEFICIENTE DE CORRELACIÓN
Skeem y Mulvey	Estudio McArthur (PCL - SV) con población psiquiátrica civil	50%	R= .26
Tengstrom, Grann, Langstrom y Kullgren (2000)	Población criminal: Esquizofrenia/psicosis	52%	No figura
Edens, Poythress y Lilienfeld (1999)	Criminales juveniles. Florida	50%	No figura
Heilbrun, Hart, Hare, Gustafson, Núñez y White (1998)	Hospital Estatal de Florida Primeros 2 meses Últimos 2 meses Tras alta	No figura	No correlaciona en los 2 últimos meses de custodia R= .14 para los 2 primeros meses de custodia R= .16 tras alta (correlación con violencia hacia las personas)
Hemphill, Hare y Wong (1998)	Meta-análisis de 4 estudios	54.3% (de los 4 estudios)	R= .27 (media)
Rasmussen y Levander (1996)	Hospital de máxima seguridad (Noruega)	No figura	Correlación inversa con reincidencia de violencia
Serin (1996)	Prisión de Canadá	75% en reincidencia de violencia	No correlación
Harpur y Hare (1994)	Prisión de Canadá y muestras psiquiátricas	No figura	No correlación
Hemphil (1998)	Prisión psiquiátrica de Canadá	63%	No correlaciona
Serin, Peters y Barbaree (1990)	Presos Canadienses: En permiso sin custodia	67% en reincidencia 70% de todos los presos hubieran sido clasificados erróneamente	R= .07 (para reincidencia general)
Hare, McPherson y Forth (1998)	Presos Canadienses	No figura	No correlaciona

Fuente: Freedman, 2001

En una revisión de todos los estudios “*publicados y no publicados*” en los que el PCL-R había sido utilizado para valorar el riesgo de recidiva llevada a cabo por Hemphill, Hare y Wong (1998), se concluyeron fenómenos no muy optimistas. El PCL-R mostraba un coeficiente de correlación de .27 en la predicción de la reincidencia violenta (El Factor 2, asociado a una historia de conducta antisocial, muestra una correlación de .3, y el Factor 1, que valora características interpersonales y afectivas, de .2) Esto indica por un lado que el PCL-R explica tan solo un 7% de las conductas que pretende predecir, y que el otro 93% o bien no se explica, o se debe a factores ajenos y por otro que el rango de coeficientes de correlación para la recidiva violenta variaba desde .06 a .34, por lo que se podría afirmar que este instrumento es capaz de explicar alrededor de menos de la mitad del 1% o 12% del comportamiento violento dependiendo del estudio analizado (Freedman, 2001).

Por último, no debemos olvidar que este instrumento no fue diseñado específicamente para valorar la peligrosidad criminal de los individuos, sino para diferenciar aquellos sujetos “*psicópatas*” de los que no lo son. La relación entre psicopatía y peligrosidad está bien documentada y hoy día es un factor crucial a la hora de valorar la peligrosidad de los individuos (Salekin, Rogers y Sewell, 1996; Hemphil *et al.* 1998; Becker y Murphy, 1998; Heilbrun, Ogloff y Picarello, 1999; Edens y Otto, 2001). Sin embargo, no debemos olvidar que aunque un alto porcentaje de individuos clasificados como psicópatas reinciden, no todos los reincidentes son “*psicópatas*”. Existen numerosos factores, además de la psicopatía, derivados de investigaciones empíricas, que están asociados a la peligrosidad criminal. Quizá el uso de este instrumento para la valoración de la peligrosidad sea aún prematuro y requiera un mayor volumen de investigación para su aplicación en contextos forenses.

B) *HCR-20. Violence Risk Assessment Scheme (Webster, Douglas, Eaves y Hart, 1997).*

El HCR-20 fue desarrollado tras una minuciosa revisión de la literatura referente a los factores de riesgo relacionados con la violencia. Se trata de una guía sistemática para la evaluación clínica de la peligrosidad y consta de 20 ítems divididos en tres categorías: Histórica, Clínica y de Riesgo. La primera, hace referencia al pasado, es decir, factores estáticos y no modificables extraídos tanto del expediente del sujeto, como de la información proporcionada por él mismo u otras fuentes relevantes. La escala Clínica, sin embargo, estudia factores correlacionados con la violencia que son dinámicos, modificables y que existen en el presente. Por último, la última escala, la escala “*de riesgo*” se centra en factores situacionales (post-valoración) que podrían agravar o mitigar el riesgo de violencia futura.

Este instrumento es uno de los más conocidos e investigados en la valoración estructurada o empírica de la peligrosidad (Cooke, 2002). Según un estudio llevado a cabo por Douglas y Webster (en prensa), aquellos sujetos que puntuaban por encima de la mediana de la puntuación total en el HCR-20, tenían una probabilidad 13 veces mayor de reincidencia que aquellos que puntuaban por debajo de la mediana y otros estudios llevados

a cabo por los mismos autores en contextos penitenciarios, han mostrado que la escala H correlacionaba (0.53) con el número de arrestos por delitos violentos, y la escala C presentaba una correlación moderada (0.30) con esta misma medida (Douglas y Webster, 1999), y que aquellos sujetos con puntuaciones por encima de la mediana, eran, en general, más propensos a haber sido detenidos por algún delito violento en el pasado y haber manifestado un comportamiento violento en la institución penitenciaria o tratado de escapar de la misma.

**Tabla 12.** Ítems incluidos en el HCR-20

SUB-ESCALAS	ÍTEMS
<b>ESCALA HISTÓRICA</b>	
H1	Violencia previa
H2	Joven al cometer primer acto violento
H3	Inestabilidad en relaciones interpersonales
H4	Problemas laborales
H5	Abuso de sustancias
H6	Enfermedad mental grave
H7	Psicopatía
H8	Desadaptación temprana
H9	Trastorno de personalidad
H10	Fallo en supervisión anterior
<b>ESCALA CLÍNICA</b>	
C1	Ausencia de “ <i>insight</i> ”
C2	Actitudes negativas
C3	Síntomas activos de Trastorno mental grave
C4	Impulsividad
C5	No responde al tratamiento
<b>ESCALA DE RIESGO</b>	
R1	Planes no realistas
R2	Exposición a posibles desestabilizadores
R3	Ausencia de apoyo personal
R4	No cumple con intentos de remediar la situación
R5	Estrés

### **Otros Instrumentos**

#### *A) Sexual Violence Recidivism-20 (SVR-20) (Boer, Wilson, Gauthier y Hart, 1997).*

El SVR-20 es un instrumento similar al HCR-20, diseñado para valorar el riesgo de reincidencia en agresores sexuales. Los autores afirman que éste no pretende ser una escala actuarial y que no pueden recomendar un algoritmo de toma de decisiones. Por el contrario, los evaluadores deberían considerar el SVR-20 junto con otros factores específicos del caso que pudieran ser importantes e integrarlos de forma no- estructurada o “clínica” para una valoración global de la peligrosidad.

#### *B) Minnesota Sex Offender Screening Tool (MnSOST)*

El MnSOST (Minnesota Department of Corrections, 1997), se desarrolló en respuesta a las nuevas Leyes de agresores sexuales en el Estado de Minnesota. Fue diseñado para ayudar en la identificación de los delincuentes más violentos y aquellos con mayor riesgo de recidiva. Se valora al sujeto con 21 ítems (a los que se han designado distintas puntuaciones), y posteriormente se cuantifica su peligrosidad en un decatipo. El MnSOST se utiliza para el *screening* de candidatos potenciales a la libertad condicional, así como para determinar el nivel de riesgo del sujeto de cara a la comunidad. Los autores afirman que el MnSOST aporta una mejora del 50% respecto al azar en la predicción de la reincidencia de este tipo de delincuentes.

#### *C) Structured Risk Assessment (SRA) (Thornton, 1997)*

El SRA, desarrollado por Thornton, es un ejemplo de una aproximación estructurada que combina medidas actuariales con otros factores de riesgo empíricos. La versión actual utiliza el Static 99 como el primer paso en la valoración del riesgo de reincidencia. El segundo paso utiliza factores dinámicos o de funcionamiento del propio sujeto para revisar la clasificación inicial. Los casos de riesgo “medio”, son reclasificados como de “alto” riesgo si el funcionamiento psicológico del sujeto es similar al de los sujetos clasificados como tal. Por el contrario, los sujetos serían reclasificados como de bajo riesgo si su funcionamiento psicológico fuera equiparable a éstos. En el tercer paso, se utiliza la información derivada de la respuesta del sujeto al tratamiento. Finalmente, en un cuarto paso, se analiza el patrón delictivo típico del sujeto, en conjunción con factores de riesgo situacionales.

Este tipo de sistema, refleja la complejidad de las situaciones en las que la valoración de la peligrosidad tiene lugar en realidad. Dos estudios prospectivos (Allam, 1998) encontraron que los componentes dinámicos clave del SRA, mejoraban la eficacia de las valoraciones que utilizaban exclusivamente factores estáticos.

*D) Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) de Hathaway y McKinley*

Tres cuartas partes de la población delincente presenta una o más escalas del MMPI elevadas lo que sugiere alta prevalencia de desórdenes de personalidad en personas que violan la Ley. Aunque es muy frecuente la elevación de las subescalas 2, 4, 8, 9 y F (Esbec, 1994), la gran variedad de perfiles del MMPI sugiere diversidad en los trastornos emocionales de los delincuentes.

Si bien no podemos hablar de una "*personalidad delincente*" ya que no existe una constelación fija de atributos de la persona infractora de la ley, se ha comprobado que los delincuentes sistemáticos presentan elevación significativa de rasgos tales como hostilidad, búsqueda de sensaciones, desviación psicopática, hipomanía y depresión así como bajas puntuaciones en ajuste emocional y asertividad. Los resultados psicométricos obtenidos en nuestra muestra de internos en prisión, presentando un perfil medio MMPI 8-2-4, habla de personas que, en general refieren sentimientos de ansiedad, tensión y nerviosismo; presentan dificultades de concentración, pensamiento confuso y trastornos amnésicos; tienden a la ineficacia intelectual y social, a la dependencia y a la falta de asertividad; pueden ser irritables, impulsivos, con períodos disociativos en relación con sus emociones; introvertidos, suspicaces y presentan con frecuencia ideación suicida (Esbec, 1994).

Son varias las escalas de este instrumento que permiten valorar indirectamente la peligrosidad de los sujetos:

- *Escalas básicas de evaluación de la agresión e impulsividad*: Las escalas 4, 6, 8 y 9 indican una falta de control impulsivo. Por el contrario, las escalas 1, 2, 3, 5, 7 y 0 reflejan el control e inhibición de las conductas. Si las primeras se encuentran más elevadas que las segundas, el perfil del sujeto se caracterizaría por conductas que van desde la hostilidad verbal hasta la agresión física hacia otras personas. Los códigos 49/94, 48/84 y 43 son los más representativos de los perfiles de sujetos criminales.
- *Escalas de contenido*: Brindan información sobre el contenido de los ítems que elevaron las escalas clínicas básicas. Son de utilidad las cuatro escalas que pertenecen al grupo "*exteriorización de las conductas agresivas*".
- *Escala ANG (Hostilidad)*: *Escala CYN (Cinismo)*: *Escala ASP (Personalidad antisocial)*: *Escala TPA (Patrón de conducta tipo A)*:
- *Escalas suplementarias*: Las escalas R (Represión) y O-H (Hostilidad excesivamente controlada) complementan el análisis de las conductas agresivas.
- *Subescalas de Harris-Lingoes*: Aportan información sobre el contenido de las escalas clínicas básicas 2, 3, 4, 6, 8 y 9. Son útiles para interpretar las elevaciones de las mismas, especialmente cuando se encuentran parcialmente elevadas, con puntuaciones entre T65 y T75.

*E) Sistemas de Megargee y Bohn Kalichman para la clasificación de delincuentes.*

Este sistema, desarrollado empíricamente por Megargee, Bohn, Meyer y Sink, en 1979 (crf. Ferrante, 1999) a partir de un análisis del MMPI, ha resultado muy efectivo para asistir al personal penitenciario en el manejo y tratamiento de los sujetos que se encuentran encarcelados. Mediante un análisis de clusters, se identificaron diez grupos de perfiles, a los que se les asignaron nombres alfabéticos: Able, Baker, Charlie, Delta, Easy, Foxtrot, George, How, Item y Júpiter. Para su inclusión en un grupo determinado, los perfiles MMPI deben cumplir una serie de reglas “*primarias*” (o requisitos básicos para la asignación) y “*secundarias*” que contribuyen a su clarificación. Las reglas han sido revisadas para poder ser utilizadas con los perfiles MMPI-2, eliminando el perfil “Júpiter” en mujeres debido a la baja frecuencia del perfil en el género femenino. Las distribuciones de los tipos MMPI en unidades psiquiátricas carcelarias (grupos más frecuentes How y Charlie) difieren significativamente de las halladas en ámbitos de prisiones generales (grupos más frecuentes Item y Able).

La escala 4 es la más elevada en los perfiles término medio en los presos, y los tipos de códigos 4-2 y 4-9 son los más frecuentes. Esta escala presenta picos en la mayoría de los perfiles MMPI del sistema Megargee: Able (4-9); Baker (4-2); Charlie (8-6-4); Delta (4); Easy (4-3-2); Foxtrot (8-9-4); George (4-2); How (muchas escalas elevadas). Solo en dos grupos no se encuentran elevaciones en el perfil: Item (todas las escalas con puntuaciones bajas) y Júpiter (7-8-9).

En los diversos estudios, la escala 4 (desviación psicopática) es la más discriminativa para la delincuencia e incluso para diferenciar delincuentes violentos (asaltos, robos, abuso sexual, homicidio) de no violentos (Esbec, 2000).

Kalichman, en 1988, estableció una tipología de homicidas basada en el MMPI compuesta por cuatro grupos:

- Perfil tipo 1.* Puntuaciones T por debajo de 70, relativamente normal. Historia criminal previa poco probable; suelen estar intoxicados al delinquir.
- Perfil tipo 2.* Presentan elevaciones de las escalas 4 y 9 que sugiere tendencia a la impulsividad y al *acting-out*. Constituye un grupo con mayores probabilidades de delincuencia previa, con historia de actos violentos e intoxicaciones al tiempo de efectuar el hecho. Se trata de un perfil similar al tipo Able de Megargee, uno de los más frecuentes.
- Perfil tipo 3.* Presenta una elevación significativa de la escala 4 y bajos niveles en la escala 10. Sugiere características sociopáticas. Estos individuos frecuentemente conocen a sus víctimas, las cuales tienden a ser mujeres. Es autor frecuente de homicidio familiar o doméstico. El perfil es similar al tipo Delta de Megargee.
- Perfil tipo 4.* Es el que presenta elevaciones ó picos más significativos. Alta propensión a comportarse agresivamente y abusar de sustancias. Su historia criminal suele ser destacada. Se asimila con el tipo How de Mergagee (Esbec, 1994).

**Tabla 13.** Tipos MMPI-2 de clasificación Megargee de delincuentes (Esbec, 1994; Ferrante, 1999).

<b>Grupo</b>	<b>Perfil MMPI-2</b>
ÍTEMS	Todas las escalas bajas, sin un patrón de codificación particular
EASY	Perfil bajo con inclinación hacia la izquierda, picos en las escalas 4,3 y 2
BAKER	Perfil bajo con picos en las escalas 4 y 2
ABLE	Picos en las escalas 4 y 9, moderadamente elevadas
GEORGE	Inclinación hacia la izquierda con picos en las escalas 4 y 2 moderadamente elevadas. También puede presentar elevaciones en las escalas 1 y 3.
DELTA	Pico en la escala 4, con elevación moderada a alta
JUPITER	Perfil moderado a alto, marcada inclinación hacia la derecha, picos en las escalas 7, 8 y 9
FOXTROT	Perfil alto, inclinación hacia la derecha, picos en las escalas 8, 9 y 4
CHARLIE	Perfil alto con inclinación hacia la derecha, picos en las escalas 8, 6 y 4
HOW	Muchas escalas altas (promedio de las escalas: T>65)

**Tabla 14.** Resumen de las distintas herramientas actuales para la valoración de la peligrosidad criminal.

MÉTODOS	ACTUARIALES	MÉTODOS CLÍNICOS	ESTRUCTURADOS
VRAG (Webster, Harris, Rice, Cormier y Quinsey, 1994)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala de 12 ítems, que incluyen solo factores estáticos.</li> <li>- Según resultado, se asigna sujeto a alguna de las 9 categorías de riesgo.</li> <li>- Predicción de riesgo de recidiva a medio y largo plazo.</li> <li>- Capacidad predictiva de <math>r = .47</math> (recidiva violenta general) y <math>r = .27</math> (recidiva sexual)</li> </ul>	PCL-R (Hare, 1991) PCLSV (Hart, Cox y Hare, 1999).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medida del constructo de "psicopatía".</li> <li>- 20 ítems puntuados de 0-2 (Pto. de Corte= 30).</li> <li>- PCL-SV es la versión reducida o de "screening".</li> <li>- Uno de los más utilizados en la valoración de la peligrosidad criminal. Incluido en varias medidas actuariales.</li> </ul>
SORAC (Quinsey, Rice y Harris, 1995)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Variación del VRAG para riesgo en agresores sexuales.</li> <li>- La principal variación consiste en la inclusión de vv. adicionales que miden desviación sexual.</li> </ul>	HCR-20 (Webster, Douglas, Eeves y Hart, 1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 20 ítems dividido en 3 categorías: Históricas, Clínica y de Riesgo.</li> </ul>
RRASOR (Hanson, 1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medida de screening para la valoración del riesgo de recidiva en agresores sexuales.</li> <li>- Correlación para agresores sexuales de .27 y área ROC de .71</li> </ul>	SVR-20 (Boer, Wilson, Gauthier y Hart, 1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instrumento similar al HCR-20, diseñado para agresores sexuales.</li> <li>- No se recomienda su uso aislado.</li> </ul>
STATIC-99 (Hanson y Thornton, 1999-02)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mide exclusivamente de riesgo estáticos.</li> <li>- Poder predictivo moderado tanto para riesgo de recidiva sexual (<math>r = .33</math>/ Área ROC= .71) como violenta (<math>r = .32</math>/ Área ROC= .69)</li> </ul>	MnSOST (Minnesota Department of Corrections, 1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoración del sujeto mediante 21 ítems.</li> <li>- Cuantificación de la peligrosidad en escala de 1-10.</li> <li>- Utilizado para screening de candidatos a Libertad Condicional.</li> </ul>
ICT (Steadman, Silver y Monahan, 2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modelo contingente e iterativo, basado en árbol de decisiones.</li> <li>- Un umbral para bajo y otro para alto riesgo</li> </ul>	SRA (Thornton, 1997)  MMPI-2 (Hathaway y McKinley)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ejemplo de aproximación estructurada que combina medidas actuariales y clínicas.</li> <li>- Diseñado para valoración de la personalidad, incluye escalas que evalúan indirectamente la peligrosidad de los individuos.</li> <li>- Ha generado el sistema Megargee para la clasificación de delincuentes.</li> </ul>

### Referencias

- Allam, J. (1998). *Community-based treatment for sex offenders: An evaluation*. Birmingham: University of Birmingham and West Midlands Probation Services.
- American Academy of Psychiatry and the Law. Membership Directory (1999). *Ethical Guidelines for the practice of forensic psychiatry*. Bloomfield, CT: American Academy of Psychiatry and the Law, 10-13.
- Becker, J.V. y Murphy, W.D. (1998). What we know and do not know about assessing and treating sex offenders. *Psychology, Public Policy and Law*, 4, 116-137.
- Boer, D.P., Wilson, R.J., Gauthier, C.M., y Hart, S.D. (1997). Assessing risk for sexual violence: Guidelines for clinical practice. En C.D. Webster y M.A. Jackson (Eds.), *Impulsivity: Theory, Assessment and Treatment* (pp. 326-342). New York: Guilford.
- Cooke, D. (2000). *Report on the committee on Serious Violent and Sexual Offenders (Annex 6) Scottish Executive*. En <http://www.scotland.gov.uk>
- Doren, D. (1999). The accuracy of sex ofender recidivism risk assessments. Presentación en el XXIV Congreso Internacional de Ley y Salud Mental, Toronto. En R.K. Hanson y D. Thornton (2002). *Static 99: Improving Actuarial Risk Assessments for Sex Offenders*. Solicitor General, Canada.
- Douglas, K.S. y Webster, C.D. (1999). Assessing Risk of Violence in mentally and personality disordered individuals. En R. Roesch, S.D. Hart. y J.R. Ogloff (Eds.), *Psychology and Law: The state of the discipline*. New York. Plenum.
- Dvoskin, J.A. y Heilbrun, K. (2001). Risk assessment and Release Decision-making: Toward resolving the great debate. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 29, 6-10.
- Edens, J.F. y Otto, R.K. (2001). Release decision-making and planning. En J.B. Ashford, B.D. Sales y W. Reid (Eds.) *Treating adults and juvenile offenders with special needs* (pp.335-371). Washington, D.C. American Psychological Association.
- Elbogen, E.B., Mercado, C.C., Scalora, M.J. y Tomkins, A.J. (2002). Percieved relevance of factors for Violence Risk Assessment: A survey of clinicians. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1, 37-47.
- Esbec, E. (1994). La evaluación de la personalidad en psiquiatría forense. En S. Delgado (dir): *Psiquiatría legal y Forense* (vol I). Madrid. Colex.
- Esbec, E. y Gómez-Jarabo, G. (2000). *Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad*. Madrid. Edisofer.
- Ferrante, V. (1999). MMPI-2 en el ámbito forense. En M.M. Casullo (comp) *Aplicaciones del MMPI-2 en los ámbitos clínico, forense y laboral*. Buenos Aires. Paidós.
- Ferris, L. E., Sandercock, J., Hoffman, B., Silverman, M., Barkun, H., Carlisle, J. y Katz, C. (1997). *Risk assessments for acute violence to third parties: A review of the literature*. Canadian Journal of Psychiatry, 42, 1051-1060.
- Freedman, D. (2001). False Prediction of future Dangerousness: Error rates and Psycopathy Checklist-Revised. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 29, 89-95.

- Fulero, S. (1995). Review of the Hare Psychopathy checklist-Revised. En J.C. Conoley, J.C. Impara y L.L. Murphy (eds.), *Twelfth mental measurements yearbook* (pp. 453-454). Lincoln, NE: Buros Institute.
- Fulero, S. (1995). Review of the Hare Psychopathy checklist-Revised. En J.C. Conoley, J.C. Impara y L.L. Murphy (eds.), *Twelfth mental measurements yearbook* (pp. 453-454). Lincoln, NE: Buros Institute.
- Gendreau, P., Little, T. y Goggin, C. (1996). *A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works*. Ottawa: Public Works and Government Services Canada.
- Gottfredson, S. y Gottfredson, D. (1994). Behavioural prediction and the problem of incapacitation. *Criminology*, 32 (3), 441-474.
- Gottfredson, S. (1987). Prediction: An overview of selected methodological issues. En D. Gottfredson. y M. Tony (Eds.), *Prediction and Classification* (pp. 21-51). Chicago: University of Chicago Press.
- Hanson, R. K. (1997). *Public Works and Government Services*. Canada. April. Cat. N°. JS4.
- Hanson, R. K. y Thornton, D. (1999). *Static 99: Improving Actuarial Risk Assessments for Sex Offenders*. Solicitor General, Canada.
- Hanson, R. K. (1997). *The development of a brief actuarial scale for sexual offence recidivism*. Ottawa: Public Works and Government Services Canada.
- Hanson, R. K y Harris, A. (1998). *Dynamic predictors of sexual recidivism*. Ottawa: Public Works and Government Services Canada.
- Hanson, R.K. y Bussiere, M.T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (2), 348-362.
- Hanson, R.K. y Bussiere, M.T. (1996a). *Predictors of Sexual offender recidivism: a meta-analysis*. Ottawa: Public Works and Government Services Canada.
- Hanson, R. K. y Bussiere, M. T. (1996b). Sex offender risk predictors: A summary of the research results. *Forum on Corrections Research*, 8 (2), 10-12.
- Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Harpur, T.J. y Hare, R.D. (1994). Assessment of Psychopathy as a function of age. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 604-609.
- Heilbrun, K., Ogloff, J.R.P. y Picarello, K. (1999). Dangerous offender statutes in the United States and Canada: Implications for risk assessment. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22: 393-415.
- Hemphill, J.F., Hare, R.D. y Wong, S. (1998). Psychopathy and recidivism: A review. *Legal and Criminological Psychology*, 3, 139-170.
- Limandri, B.J. y Sheridan, D.J. (1995). Prediction of intentional interpersonal violence: An introduction. En J. C. Campbell (Ed), *Assessing Dangerousness: Violence by sexual offenders, batterers and Child Abusers* (pp. 1-19). Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Litwack, T. R. (2001). Actuarial versus Clinical assessment of Dangerousness. *Psychology, Public Policy and Law*, 7(2), 409-443.
- Monahan, J. (1981). *The clinical prediction of violent behaviour*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.

- Monahan, J., Steadman, H.J., Applebaum, P.S., Robbins, P.C., Mulvey, E.P., Silver, E. Roth, L.H. y Grisso, T. (2000). Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *British Journal of Psychiatry*, 176, 312-319.
- Norko, M.A. (2000). Commentary: Dangerousness-a failed paradigm for Clinical Practice and Service Delivery. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 28, 282-289.
- Ogloff, J.R., Wong, S. y Greenwood, A. (1990). Treating Criminal Psychopaths in a therapeutic Community Program. *Behavioral Sciences and the Law*, 8, 181-190.
- O'Neil, M.L., Heilbrun, K. y Lidz, V. (2000). Adolescent Psychopathy in a substance abusing Cohort: Predictors and treatment outcomes. En I. Kruh (Chair), *Psychopathy among juveniles/adolescents: Part 1*. Symposium conducted at the biennial meeting of the American Psychology-Law association, New Orleans.
- Pacific Institute for the Study of Conflict and Agression (2001). <http://www.violenceprediction.com>
- Qinsey, V.L., Rice, M.E. y Harris, G.T. (1995). Actuarial Prediction of Sexual Recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 85-105.
- Qinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E. y Cormier, C.A. (1998). *Violent Offenders: appraising and managing risk*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Rice, M.E., Harris, G.T. y Cormier, C.A. (1992). Evaluation of a maximum security therapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders. *Law and Human Behavior*, 16, 339-412.
- Rice, M.E. y Harris, G.T. (1997). Cross- validation and extensin of the Violence Risk Appraisal Guide for child molesters and rapists. *Law and Human Behaviour*, 21, 231-241.
- Reiss, D., Meux, C. y Grubin, D. (2000). The effect of Psychopathy on outcome in High Security Patients. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 28, 309-314.
- Shaffer Jr, C., Waters, W. y Adams, Jr.S. (1994). Dangerousness: Assessing the risk of violent behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 1064-1068.
- Salekin, R.T., Rogers, R. y Sewell, K.W. (1996). A review and meta-analysis of the Psychopathy Checklist and Psychopathy Checklist-Revised: Predictive validity of Dangerousness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 203-215.
- Seto, M.C. y Barbaree, H.E. (1999). Psychopathy, treatment behavior, and sex offender recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 1235-1248.
- Webster, C.D., Harris, G.T., Rice, M., Cormier, C. y Qinsey, V.L. (1994). The Violence Prediction Scheme: Assessing Dangerousness in High Risk Men. En H. Wakefield y R. Underwager (1998). *Assessing Violent Recidivism in Sexual Offenders*. IPT Journal, Vol. 10.
- Wakefield, H. y Underwager, R. (1998). *Assessing violent recidivism: Issues for forensic psychologists* (on line). En: <http://ipt-forensics.com/Library/ACFP98.ht>