

epidemiología psiquiátrica, en la evaluación psicológica y en la criminología han demostrado la insuficiencia de esta estrategia y han propuesto nuevos métodos de predicción de violencia basados en la valoración de los factores de riesgo que anticipan la conducta violenta (Hart, 2001). Estos nuevos métodos se han especializado en la valoración de tipos específicos de violencia y han surgido de la colaboración entre investigadores y profesionales para solventar, en primera instancia, la exigencia práctica de realizar predicciones eficaces. Los resultados son la puesta a disposición de los profesionales de una serie de guías y protocolos de valoración del riesgo que tienen múltiples aplicaciones y que se han generalizado rápidamente a numerosos países. En el segundo trabajo que compone este monográfico se tratarán estos cambios y los nuevos procedimientos de valoración del riesgo de violencia.

Una conclusión relevante del uso de estas nuevas técnicas es que la violencia se puede predecir eficazmente si se atiende a la especificidad de sus formas de presentación y valorando los factores de riesgo particulares para cada forma. Las técnicas mejor desarrolladas se ocupan de la predicción de la violencia física grave y las amenazas en poblaciones de delincuentes en reclusión y de enfermos mentales, tanto hospitalizados como en la comunidad, por ser poblaciones de mayor riesgo de reincidencia violenta. En el tercer trabajo de este monográfico se presenta el HCR-20 que es una guía de valoración del riesgo de violencia apropiada para esa finalidad. El último trabajo está dedicado a otros tipos de violencia especialmente frecuente y grave. Se trata de la violencia sexual. Para la valoración de este tipo de violencia se dispone de una guía específica que se identifica con las siglas SVR-20, cuyas peculiaridades y fundamentos se describen en el último trabajo que compone este monográfico.

Las guías de valoración de riesgo que aquí se presentan son el resultado de una demanda que profesionales de la psicología, la psiquiatría, la criminología, de la policía y el trabajo social realizaron a un equipo de expertos de varias universidades y centros de atención de víctimas en Canadá. Se propusieron inicialmente para su uso local pero muy rápidamente se extendieron a muchos otros países y han generado toda una serie de estudios y, a su vez, de nuevos instrumentos predictivos que se utilizan en la mayoría de países europeos (Reino Unido, Suecia, Holanda, Alemania, etc.), americanos (EE.UU., Argentina, etc.) y ahora también podemos disponer de ellos en España. Las guías HCR-20, SVR-20 y SARA, que se presentan en este monográfico, se han adaptado al castellano y a nuestro entorno jurídico-criminológico por el Grupo de Estudios Avanzados en Violencia (GEAV) de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona. Ello ha sido posible gracias a la financiación de diferentes organismos públicos (principal-

mente del Ministerio de Educación y Ciencia por medio de los proyectos: SEC2001-3821-C05-01/PSCE y SEJ2005-09170-C04-01/PSIC) y las facilidades dadas por varios hospitales psiquiátricos, servicios jurídicos y policiales, y centros penitenciarios, en los que se han llevado a cabo los primeros estudios de eficacia predictiva y adecuación de las guías a la predicción de violencia. Los autores de los trabajos que se presentan a continuación queremos agradecer a todas las personas implicadas en este proceso las facilidades concedidas y esperamos que los profesionales puedan utilizarlas y vean así mejoradas sus intervenciones de forma notable.

REFERENCIAS

- Andrés Pueyo, A. y Redondo, S. (2007). Predicción de la violencia: Entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 157-173.
- Garrido, V., Stangeland, P. y Redondo, S. (2006). *Principios de Criminología* (3 ed). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Gisbert-Calabuig, J. A. (1998). *Medicina Legal y Toxicología*. Barcelona: Masson.
- OMS (2002). *Violence and Health*. Zurich: OMS.
- Hart, S. (2001). Assessing and managing violence risk. En K. Douglas et al. (Eds.), *HCR-20: violence risk management companion guide* (pp. 13-26). Vancouver: SFU Ed. 13-26.
- Redondo, S. y Andrés Pueyo, A. (2007). Psicología de la delincuencia. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 187-195.

*Andrés Pueyo, A. y Redondo, S.
GEAV
Universidad de Barcelona*

LA PSICOLOGÍA DE LA DELINCUENCIA THE PSYCHOLOGY OF CRIMINAL CONDUCT

Santiago Redondo Illescas y Antonio Andrés Pueyo
Universidad de Barcelona

A lo largo de las últimas décadas se ha ido conformando la denominada Psicología de la delincuencia, que aglutina conocimientos científicos en torno a los fenómenos delictivos. Entre sus principales ámbitos de interés se encuentran la explicación del comportamiento antisocial, en donde son relevantes las teorías del aprendizaje, los análisis de las características y rasgos individuales, las hipótesis tensión-agresión, los estudios sobre vinculación social y delito, y los análisis sobre carreras delictivas. Este último sector, también denominado 'criminología del desarrollo', investiga la relación que guardan con el inicio y mantenimiento de la actividad criminal diversos factores o predictores de riesgo (individuales y sociales, estáticos y dinámicos). Sus resultados han tenido gran relevancia para la creación de programas de prevención y tratamiento de la delincuencia. Los tratamientos psicológicos de los delincuentes se orientan a modificar aquellos factores de riesgo, denominados de 'necesidad criminogénica', que se consideran directamente relacionados con su actividad delictiva. En concreto se dirigen a dotar a los delincuentes (ya sean jóvenes, maltratadores, agresores sexuales, etc.) con nuevos repertorios de conducta prosocial, desarrollar su pensamiento, regular sus emociones iracundas, y prevenir las recaídas o reincidencias en el delito. Por último, en la actualidad la Psicología de la delincuencia pone un énfasis especial en la predicción y gestión del riesgo de comportamientos violentos y antisociales, campo al que se dedicará un artículo posterior de este mismo monográfico.

Palabras clave: Delincuencia, Crimen, Tratamientos Psicológicos, Prevención y Predicción de la Violencia.

Throughout the last decades the Psychology of criminal conduct, that agglutinates scientific knowledge around the criminal phenomena, has emerged. Among their scientific main interests they are the following: the explanation of antisocial behavior (where the learning theories are outstanding), the analyses of the individual characteristics, the hypotheses strain-aggression, the studies on social links and crime, and the analyses of criminal careers. This last topic, also denominated 'developmental criminology', investigates the relationship that the beginning and maintenance of the criminal activity keep with diverse risk predictors (singular and social, static and dynamic). Their results have had great relevance for the design of crime prevention and treatment programs. The psychological treatments of offenders are guided to modify those factors of risk, well-known as 'criminogenic needs', that are considered directly related with their criminal activity. In short the treatment programs try to train the criminals (youth, partner violence offenders, sexual aggressors, etc.) in new repertoires of social behavior, try to develop their thought, to regulate their choleric emotions, and to prevent the relapses or recidivisms in crime. Lastly, the Psychology of the criminal conduct puts a special emphasis at the present time in the prediction and management of the risk of violent and antisocial behaviors, field to which will be devoted a later paper of this same monograph.

Key words: Delinquency, Crime, Offenders Treatments, Violence, Prediction and Prevention.

La delincuencia es uno de los problemas sociales en que suele reconocerse una mayor necesidad y posible utilidad de la psicología. Las conductas antisociales de los jóvenes, el maltrato de mujeres, las agresiones sexuales, el consumo de alcohol y otras drogas vinculados a muchos delitos, la exclusión social y la frustración como base para la agresión, o el terrorismo, crean extrema desazón en las sociedades y urgen una comprensión más completa que se oriente hacia su prevención. Aunque todos estos fenómenos tienen un origen multifactorial, algunas de sus dimensiones psicológicas son claves al ser el sujeto humano el que realiza la con-

ducta antisocial. En los comportamientos delictivos se implican interacciones, pensamientos y elecciones, emociones, recompensas, rasgos y perfiles de personalidad, aprendizajes y socializaciones, creencias y actitudes, atribuciones, expectativas, etc.

A lo largo de la segunda mitad del siglo XX y hasta nuestros días se ha ido conformando una auténtica *Psicología de la delincuencia*. En ella, a partir de los métodos y los conocimientos generales de la psicología, se desarrollan investigaciones y se generan conocimientos específicos al servicio de un mejor entendimiento de los fenómenos criminales. Sus aplicaciones están resultando relevantes y prometedoras tanto para la explicación y predicción del comportamientos delictivo (Bartol y Bartol, 2005; Blackburn, 1994; Hanson y Bussière, 1998; Quin-

sey, Harris, Rice y Cormier, 1998) como para el diseño y aplicación de programas preventivos y de tratamiento (Andrés-Pueyo y Redondo, 2004; Andrews y Bonta, 2006; Dowden y Andrews, 2001; Garrido, 2005; Redondo, 2007). Así, los conocimientos psicológicos sobre la delincuencia se han acumulado especialmente en torno a los siguientes cuatro grandes ámbitos: 1) explicación del delito, 2) estudios sobre carreras delictivas, 3) prevención y tratamiento, y 4) predicción del riesgo de conducta antisocial. A continuación se hace breve referencia a cada uno de estos sectores temáticos.

EXPLICACIÓN DE LA DELINCUENCIA

Las explicaciones psicológicas de la delincuencia que han recibido apoyo empírico de parte de la investigación se concretan esencialmente en cinco grandes proposiciones, que actualmente se consideraran complementarias. Son las siguientes:

1. La delincuencia se aprende

La teoría del *aprendizaje social* es considerada en la actualidad la explicación más completa de la conducta delictiva. El modelo más conocido en psicología es el de Bandura (1987), que realza el papel de la *imitación* y de las *expectativas* de la conducta, y diferencia entre los momentos de *adquisición* de un comportamiento y su posterior *ejecución y mantenimiento*. Sin embargo, el modelo dominante en la explicación de la delincuencia es la versión del aprendizaje social formulada por Akers (2006; Akers y Sellers, 2004), que considera que en el aprendizaje del comportamiento delictivo intervienen cuatro mecanismos interrelacionados: 1) la *asociación diferencial* con personas que muestran hábitos y actitudes delictivos, 2) la adquisición por el individuo de *definiciones* favorables al delito, 3) el *reforzamiento diferencial* de sus comportamientos delictivos, y 4) la *imitación* de modelos pro-delictivos.

2. Existen rasgos y características individuales que predisponen al delito

La investigación biopsicológica sobre diferencias individuales y delincuencia ha puesto de relieve la asociación de la conducta antisocial con factores como lesiones craneales, baja actividad del lóbulo frontal, baja activación del Sistema Nervioso Autónomo, respuesta psicogalvánica reducida, baja inteligencia, Trastorno de Atención con Hiperactividad, alta impulsividad, propensión a la búsqueda de sen-

saciones y tendencia al riesgo, baja empatía, alta extraversión y locus de control externo. Una perspectiva psicológica todavía vigente sobre diferencias individuales y delito es la teoría de la personalidad de Eysenck (Eysenck y Gudjonsson, 1989), que incluye la interacción de elementos biológicos y ambientales. En síntesis, Eysenck considera que existen tres dimensiones temperamentales en interacción (Garrido, Stangeland y Redondo, 2006; Milan, 2001): 1) el continuo *extraversión*, que sería resultado de una activación disminuida del sistema reticular y se manifestaría psicológicamente en los rasgos "búsqueda de sensaciones", "impulsividad" e "irritabilidad"; 2) la dimensión *neuroticismo*, sustentada en el cerebro emocional y que se muestra en una "baja afectividad negativa" ante estados de estrés, ansiedad, depresión u hostilidad, y 3) la dimensión *psicoticismo*, que se considera el resultado de los procesos neuroquímicos de la dopamina y la serotonina, y se manifestaría en características personales como la mayor o menor "insensibilidad social", "crueldad" hacia otros y "agresividad". La combinación única en cada individuo de sus características personales en estas dimensiones y de sus propias experiencias ambientales, condicionaría los diversos grados de adaptación individual y, también, de posible conducta antisocial, por un marcado retraso en los procesos de socialización. Según Eysenck los seres humanos aprenderían la 'conciencia emocional' que inhibiría la puesta en práctica de conductas antisociales. Este proceso tendría lugar mediante condicionamiento clásico, a partir del apareamiento de estímulos aversivos, administrados por padres y cuidadores, y comportamientos socialmente inapropiados. Sin embargo, los individuos con *elevada extraversión*, *bajo neuroticismo* y *alto psicoticismo* tendrían mayores dificultades para una adquisición eficaz de la 'conciencia moral', en cuanto inhibidora del comportamiento antisocial (Milan, 2001).

3. Los delitos constituyen reacciones a vivencias individuales de estrés y tensión

Múltiples investigaciones han puesto de relieve la conexión entre las vivencias de tensión y la propensión a cometer ciertos delitos, especialmente delitos violentos (Andrews y Bonta, 2006; Tittle, 2006). Muchos homicidios, asesinatos de pareja, lesiones, agresiones sexuales y robos con intimidación son perpetrados por individuos que experimentan fuertes

sentimientos de ira, venganza, apetito sexual, ansia de dinero y propiedades, o desprecio hacia otras personas. Al respecto, una perspectiva clásica en psicología es la hipótesis que conecta la experiencia de frustración con la agresión. En esta misma línea, una formulación criminológica más moderna es la *teoría general de la tensión*, que señala la siguiente secuencia explicativa de la relación entre estrés y delito (Agnew, 2006; Garrido, Stangeland y Redondo, 2006):

- a) Diversas *fuentes de tensión* pueden afectar al individuo, entre las que destacan la imposibilidad de lograr objetivos sociales positivos, ser privado de gratificaciones que posee o espera, y ser sometido a situaciones aversivas ineludibles.
- b) Como resultado de las anteriores tensiones, se generarían en el sujeto *emociones negativas* que como la *ira* energizan su conducta en dirección a corregir la situación.
- c) Una posible acción correctora contra una fuente de tensión experimentada es la *conducta delictiva*.
- d) La supresión de la fuente *alivia la tensión* y de ese modo el mecanismo conductual utilizado para resolver la tensión se consolida.

4. La implicación en actividades delictivas es el resultado de la ruptura de los vínculos sociales

La constatación de que cuanto menores son los lazos emocionales con personas socialmente integradas (como sucede en muchas situaciones de marginación) mayor es la implicación de un sujeto en actividades delictivas, ha llevado a teorizar sobre este particular en las denominadas teorías del control social. La más conocida en la *teoría de los vínculos sociales* de Hirschi (1969), quien postuló que existe una serie de contextos principales en los que los jóvenes se unen a la sociedad: la *familia*, la *escuela*, el grupo de *amigos* y las *pautas de acción convencionales*, tales como las actividades recreativas o deportivas. El enraizamiento a estos ámbitos se produce mediante cuatro mecanismos complementarios: el *apego*, o lazos emocionales de admiración e identificación con otras personas, el *compromiso*, o grado de asunción de los objetivos sociales, la *participación* o amplitud de la implicación del individuo en actividades sociales positivas (escolares, familiares, laborales...), y las *creencias* o conjunto de convicciones favorables a los valores establecidos, y contrarias al delito. En esta perspectiva la etiología

de la conducta antisocial reside precisamente en la ruptura de los anteriores mecanismos de vinculación en uno o más de los contextos sociales aludidos.

5. El inicio y mantenimiento de la carrera delictiva se relacionan con el desarrollo del individuo, especialmente en la infancia y la adolescencia

Por último, una importante línea actual de análisis psicológico de la delincuencia se concreta en la denominada *criminología del desarrollo* que se orienta al estudio de la evolución en el tiempo de las carreras delictivas. Se hace referencia a ella a continuación con mayor extensión por la novedad y relevancia actual de este planteamiento.

ESTUDIOS SOBRE CARRERAS DELICTIVAS Y CRIMINOLOGÍA DEL DESARROLLO

La investigación sobre *carreras delictivas*, también conocida como *criminología del desarrollo*, concibe la delincuencia en conexión con las diversas etapas vitales por las que pasa el individuo, especialmente durante los periodos de su infancia, adolescencia y juventud (Farrington, 1992; Loeber, Farrington y Waschbusch, 1998). Se considera que muchos jóvenes realizan actividades antisociales de manera estacional, durante la adolescencia, pero que las abandonan pronto de modo 'natural'. Sin embargo, la prioridad para el análisis psicológico son los delincuentes 'persistentes', que constituyen un pequeño porcentaje de jóvenes, que tienen un inicio muy precoz en el delito y que van a cometer muchos y graves delitos durante periodos largos de su vida (Howell, 2003; Moffitt, 1993). En los estudios sobre carreras delictivas se analiza la secuencia de delitos cometidos por un individuo y los "factores" que se vinculan al *inicio*, *mantenimiento* y *finalización* de la actividad delictiva. Así pues, su principal foco de atención son los "factores de riesgo" de delincuencia. Se efectúa una diferenciación entre factores *estáticos* (como la precocidad delictiva de un sujeto, su impulsividad o su psicopatía), que contribuyen al riesgo actual pero que no pueden generalmente modificarse, y factores *dinámicos*, o sustancialmente modificables (como sus cogniciones, tener amigos delincuentes, o el consumo de drogas).

Farrington (1996) formuló una teoría psicológica, integradora del conocimiento sobre carreras delictivas, que diferencia, en primer lugar, entre 'tendencia antisocial' de un sujeto y 'decisión' de cometer un delito. La 'tendencia antisocial' dependería de tres tipos de factores: 1) los procesos *energizantes*, entre los que se encontrarían

an los niveles de deseo de bienes materiales, de estimulación y prestigio social (más intensos en jóvenes marginales debido a sus mayores privaciones), de frustración y estrés, y el posible consumo de alcohol; 2) los procesos que imprimen al comportamiento una *direccionalidad antisocial*, especialmente si un joven, debido a su carencia de habilidades prosociales, propende a optar por métodos ilícitos de obtención de gratificaciones, y 3) la posesión o no de las adecuadas *inhibiciones* (creencias, actitudes, empatía, etc.) que le alejen del comportamiento delictivo. Estas inhibiciones serían especialmente el resultado de un apropiado proceso de crianza paterno, que no sea gravemente entorpecido por factores de riesgo como una alta impulsividad, una baja inteligencia o el contacto con modelos delictivos.

La 'decisión' de cometer un delito se produciría en la interacción del individuo con la situación concreta. Cuando están presentes las tendencias antisociales aludidas, el delito sería más probable en función de las *oportunidades* que se le presenten y de su valoración favorable de *costes y beneficios anticipados* del delito (materiales, castigos penales, etc.).

En un plano longitudinal la teoría de Farrington distingue tres momentos temporales de las carreras delictivas. El *inicio* de la conducta delictiva dependería principalmente de la mayor influencia sobre el joven que adquieren los amigos, especialmente en la adolescencia. Esta incrementada influencia de los amigos, unida a la paulatina maduración del joven, aumenta su motivación hacia una mayor estimulación, la obtención de dinero y otros bienes materiales, y la mayor consideración grupal. Incrementa también la probabilidad de imitación de los métodos ilegales de los amigos y, en su compañía, se multiplican las oportunidades para el delito, a la vez que crece la utilidad esperada de las acciones ilícitas. La *persistencia* en el delito va a depender esencialmente de la estabilidad que presenten las tendencias antisociales, como resultado de un un intensivo y prolongado proceso de aprendizaje. Finalmente, el *desistimiento* o abandono de la carrera delictiva se va a producir en la medida en que el joven mejore sus habilidades para la satisfacción de sus objetivos y deseos por medios legales y aumenten sus vínculos afectivos con parejas no antisociales (lo que suele ocurrir al final de la adolescencia o en las primeras etapas de la vida adulta).

En el marco de la *criminología del desarrollo* una de las propuestas teóricas más importantes en la actualidad, que incorpora conocimientos de la investigación y

teorías psicológicas precedentes, es la síntesis efectuada por los investigadores canadienses Andrews y Bonta (2006), en su modelo de *Riesgo-Necesidades-Responsividad*. Dicho modelo se orienta a las aplicaciones psicológicas en prevención y tratamiento de la delincuencia y establece tres grandes principios: 1) el *principio de riesgo*, que asevera que los individuos con un mayor riesgo en *factores estáticos* (históricos y personales, no modificables) requieren intervenciones más intensivas; 2) el *principio de necesidad*, que afirma que los *factores dinámicos* de riesgo directamente conectados con la actividad delictiva (tales como hábitos, cogniciones y actitudes delictivas) deben ser los auténticos objetivos de los programas de intervención, y 3) el *principio de individualización*, que advierte sobre la necesidad de ajustar adecuadamente las intervenciones a las características personales y situacionales de los sujetos (su motivación, su reactividad a las técnicas, etc.). A continuación se presentan con mayor extensión los progresos de la psicología en los ámbitos de la prevención y el tratamiento de la delincuencia.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

La prevención de la delincuencia admite variadas posibilidades, en función tanto de los sucesivos momentos temporales en el desarrollo de las carreras delictivas (prevención primaria, secundaria y terciaria) como también de los distintos actores y contextos que intervienen en el delito (prevención en relación con agresores, víctimas, comunidad social y ambiente físico) (Garrido *et al.*, 2006). En todas estas modalidades de prevención se requiere la colaboración de diversas disciplinas tales como, por sólo mencionar algunas que resultan más evidentes, la criminología, la psicología, la victimología, el derecho, la sociología, la educación, el trabajo social y el diseño urbanístico. No se hará aquí referencia a todas las posibilidades y variantes de la prevención sino que se dirigirá la atención a aquellas en que la psicología ha mostrado hasta ahora una mayor utilidad, que se concretan principalmente en el tratamiento psicológico de los delincuentes tanto juveniles como adultos.

Los tratamientos psicológicos se fundamentan en las explicaciones y otros conocimientos sobre la delincuencia a que se ha aludido con anterioridad, tales como la teoría del aprendizaje social y los análisis de carreras criminales. En esencia los tratamientos consisten en intervenciones psicoeducativas que se dirigen a jóvenes en riesgo de delincuencia o a delincuentes convictos, con el objeti-

vo de reducir los factores de riesgo dinámicos que se asocian a su actividad delictiva. Constituyen uno de los medios técnicos de que puede disponerse en la actualidad para reducir el riesgo delictivo de los delincuentes. Sin embargo, ello no significa que los tratamientos sean la 'solución' a la delincuencia, ya que ésta es un fenómeno complejo y multicausal, y requiere por ello muy diversas intervenciones.

Canadá es, en el plano internacional, el país con mayor desarrollo en materia de programas de tratamiento y rehabilitación de sus delincuentes. Su oferta es muy amplia e incluye programas nacionales de prevención de la violencia familiar, el denominado *Programa Razonamiento y Rehabilitación (R&R)* (primer programa cognitivo aplicado con delincuentes), un programa de manejo de las emociones y la ira, uno de entrenamiento en actividades de tiempo libre, de habilidades de crianza de los hijos, de integración comunitaria, de delincuentes sexuales, de prevención del abuso de sustancias tóxicas, de prevención de la violencia, de prevención del aislamiento en regímenes penitenciarios cerrados, y un conjunto específico de programas para mujeres delincuentes (Brown, 2005). En Europa, el país que cuenta con un mayor desarrollo técnico del tratamiento de los delincuentes es el Reino Unido. A semejanza de Canadá dispone de una amplia oferta de programas de tratamiento, que incluye los dirigidos a entrenar en habilidades de pensamiento, controlar la ira, diversos programas para agresores sexuales, programa motivacional y programa de habilidades de vida para delincuentes juveniles (McGuire, 2001). Otros países europeos con buen desarrollo del tratamiento de los delincuentes son los Países Nórdicos, y algunos de los de Centroeuropa, como los Países Bajos y Alemania.

España cuenta con una razonable oferta de programas de tratamiento de delincuentes (principalmente en las prisiones), que incluye tratamientos para jóvenes internados, delincuentes drogodependientes, agresores sexuales, maltratadores, condenados extranjeros, penados discapacitados, delincuentes de alto riesgo en régimen cerrado, y prevención de suicidios (Redondo, Pozuelo y Ruiz, en prensa). El gran problema al que se enfrenta la aplicación de tratamientos en las prisiones españolas es el gran número de encarcelados, que no para de crecer día a día, debido, no a un aumento real del número de delitos, sino a un espectacular y sistemático endurecimiento del sistema penal (Redondo, 2007).

Los objetivos preferentes del tratamiento de los delin-

cuentes son sus *necesidades criminogénicas*, o factores de riesgo directamente relacionados con sus actividades delictivas. Andrews y Bonta (2006) se han referido a los que denominan los "cuatro grandes" factores de riesgo: 1) las cogniciones antisociales, 2) las redes y vínculos pro-delictivos, 3) la historia individual de comportamiento antisocial, y 4) los rasgos y factores de personalidad antisocial. En función de lo anterior, de los modelos psicológicos con implicaciones terapéuticas, el modelo *cognitivo-conductual* es el que ha dado lugar a un mayor número de programas con delincuentes. Desde esta perspectiva se considera que el comportamiento delictivo es parcialmente el resultado de déficit en habilidades, cogniciones y emociones. Así, la finalidad del tratamiento es entrenar a los sujetos en todas estas competencias, que son imprescindibles para la vida social. Este modelo se ha concretado en el entrenamiento en los siguientes grupos de habilidades (véase con mayor amplitud en Redondo, 2007):

1. *Desarrollo de nuevas habilidades*. Muchos delincuentes requieren aprender nuevas habilidades y hábitos de comunicación no violenta, de responsabilidad familiar y laboral, de motivación de logro personal, etc. En psicología se dispone de una amplia tecnología, en buena medida derivada del *condicionamiento operante*, para la enseñanza de nuevos comportamientos y para el mantenimiento de las competencias sociales que ya puedan existir en el repertorio conductual de un individuo. Entre las técnicas que sirven para el desarrollo de nuevas conductas destacan el *reforzamiento positivo* y el *moldeamiento*, a partir de dividir un comportamiento social complejo en pequeños pasos y reforzar al individuo por sus aproximaciones sucesivas a la conducta final. Las mejores técnicas para reducir comportamientos inapropiados han mostrado ser la *extinción* de conducta y la enseñanza a los sujetos de nuevos *comportamientos alternativos* que les permitan obtener las gratificaciones que antes lograban mediante su conducta antisocial. El mantenimiento de la conducta prosocial a largo plazo se ha promovido mediante *contratos conductuales*, en que se pactan con el individuo los objetivos terapéuticos y las consecuencias que recibirá por sus esfuerzos y logros.

En instituciones, como prisiones y centros para delincuentes juveniles, se han aplicado los denominados *programas ambientales de contingencias*, que

organizan el conjunto de una institución cerrada a partir de principios de reforzamiento de conducta.

Otra de las grandes estrategias de desarrollo de comportamientos prosociales en los delincuentes es el *modelado* de dichos comportamientos por parte de otros sujetos, lo que facilita la imitación y adquisición de la conducta en los 'aprendices'. El modelado es también la base de la técnica de *entrenamiento en habilidades sociales*, otra de las técnicas más empleadas con los delincuentes (Redondo, 2007).

2. *Desarrollo del pensamiento*. Al igual que sucedió con la terapia psicológica en general, en el tratamiento de los delincuentes también se descubrió en la década de los setenta la relevancia de intervenir sobre el pensamiento y la cognición. En el marco de la *psicología criminal*, el trabajo científico decisivo para ello fue el desarrollado por Ross y sus colegas en Canadá, quienes revisaron numerosos programas de tratamiento aplicados en años anteriores y concluyeron que los más efectivos habían sido los que habían incluido componentes de cambio del pensamiento de los delincuentes (Ross y Fabiano, 1985). Como resultado de este análisis concibieron un programa multifacético, denominado *Reasoning and Rehabilitation (R&R)*, que adaptaba e incorporaba distintas técnicas de otros autores que habían mostrado ser altamente eficaces. Este programa, en distintos formatos, ha sido ampliamente aplicado con delincuentes en diversos países, incluido el caso de España, con buenos resultados (Tong y Farrinton, 2006).

Muchos delincuentes son muy poco competentes en la solución de sus problemas interpersonales, por lo que una estrategia de tratamiento especialmente aplicada ha sido la de "solución cognitiva de problemas interpersonales". Incluye entrenamiento en reconocimiento y definición de un problema, identificación de los propios sentimientos asociados al mismo, separación de hechos y opiniones, recogida de información sobre el problema y análisis de todas sus posibles soluciones, toma en consideración de las consecuencias de las distintas soluciones y, finalmente, adopción de la mejor solución y puesta en práctica de la misma.

Otro de los grandes avances en el tratamiento cognitivo de los delincuentes lo constituyen las técnicas destinadas a su *desarrollo moral*. El origen de estas técnicas son los trabajos sobre desarrollo moral de Piaget y, especialmente, de Kohlberg, quien diferen-

ció una serie de niveles y 'estadios' de desarrollo moral, desde los más inmaduros (en que las decisiones de conducta se basan en evitación del castigo y en recompensas inmediatas) a los más avanzados (imbuidos de consideraciones morales altruistas y autoinducidas). Las técnicas de desarrollo moral enseñan a los sujetos, mediante actividades de discusión grupal, a considerar los sentimientos y puntos de vista de otras personas (Palmer, 2003).

3. *Regulación emocional y control de la ira*. Según ya se ha comentado, la ira puede jugar un papel destacado en la génesis del comportamiento violento y delictivo. Las técnicas de regulación emocional parten del supuesto de que muchos delincuentes tienen dificultades para el manejo de situaciones conflictivas de la vida diaria, lo que puede llevarles al descontrol emocional, y a la agresión tanto verbal como física a otras personas. En ello suele implicarse una secuencia que incluye generalmente tres elementos: carencia de habilidades de manejo de la situación, interpretación inadecuada de las interacciones sociales (por ej., atribuyendo mala intención) y exasperación emotiva. En consecuencia, el tratamiento se orienta a entrenar a los sujetos en todas las anteriores parcelas, lo que incluye autorregistro de ira y construcción de una jerarquía de situaciones en que la ira se precipita, reestructuración cognitiva, relajación, entrenamiento en afrontamiento y comunicación en la terapia, y práctica en la vida diaria (Novaco, Ramm y Black, 2001).
4. *Prevención de recaídas*. La experiencia indica que muchos de los cambios producidos por el tratamiento no siempre son definitivos sino que a menudo se producen retornos 'imprevistos' a la actividad delictiva, o recaídas en el delito. Así, uno de los grandes objetivos actuales del tratamiento de los delincuentes es promover la generalización de los logros terapéuticos a los contextos habituales del sujeto, y facilitar el mantenimiento de dichas mejoras a lo largo del tiempo. Con los anteriores propósitos se han concebido y aplicado dos grandes tipos de técnicas psicológicas. Las técnicas de "generalización y mantenimiento", más tradicionales, tienen como objetivo la transferencia proactiva de las nuevas competencias adquiridas por los delincuentes durante el programa de tratamiento. Para ello se emplean estrategias como programas de refuerzo intermitentes, entrenamiento amplio de habilidades por diversas

personas y en múltiples lugares, inclusión en el entrenamiento de personas cercanas al sujeto (que luego estarán en sus ambientes naturales), uso de consecuencias y gratificaciones habituales en los contextos del individuo (más que artificiales), control estimular y autocontrol. Una técnica más reciente y específica es la de “prevención de recaídas”, que comenzó siendo diseñada para el campo de las adicciones y después se trasladó también al del tratamiento de los delincuentes (Laws, 2001; Marlatt y Gordon, 1985). Se estructura general consiste en entrenar al sujeto en: a) detección de situaciones de riesgo de recaída en el delito, b) prevención de decisiones aparentemente irrelevantes, que pese a que parecen inocuas le podrán en mayor riesgo, y c) adopción de respuestas de afrontamiento adaptativas.

Si se atiende a las tipologías delictivas, los tratamientos psicológicos se han dirigido especialmente a las siguientes categorías de delincuentes:

1. *Delincuentes juveniles*. Uno de los mejores modos de prevención del delito son los programas familiares. Actualmente uno de los tratamientos juveniles más contrastados empíricamente es la denominada *terapia multisistémica* (MST), de Henggeler y sus colaboradores (Edwards, Schoenwald, Henggeler y Strother, 2001). Parte de la consideración de que el desarrollo infantil se produce bajo la influencia combinada y recíproca de distintas capas ambientales, que incluyen la familia, la escuela, las instituciones del barrio, etc. En todos estos sistemas hay tanto factores de *riesgo* para la delincuencia como factores de *protección*. A partir de ello se establece una serie de principios básicos: evaluar el ‘encaje’ entre los problemas identificados en los distintos sistemas; basar el cambio terapéutico en los elementos positivos; orientar la terapia a promover la conducta responsable y enfocarla al presente y a la acción; las intervenciones deben ser acordes con las necesidades del joven, y, por último, se debe programar la generalización y el mantenimiento de los logros. La terapia multisistémica utiliza como intervenciones específicas todas aquellas técnicas que han mostrado mayor eficacia con los delincuentes, tales como reforzamiento, modelado, reestructuración cognitiva y control emocional. Se aplica en los lugares y horarios de preferencia de los sujetos, lo que a menudo incluye domicilios familiares, centros de barrio, horarios de comidas o fines de semana.

Otro programa multifacético altamente eficaz con jóvenes delincuentes es el *Entrenamiento para Reemplazar la Agresión* (programa ART) que tiene tres ingredientes principales (Goldstein y Glick, 2001): a) entrenamiento en 50 habilidades consideradas de la mayor relevancia para la interacción social, b) entrenamiento en control de ira (identificar disparadores y precursores, usar estrategias reductoras y de reorientación del pensamiento, autoevaluación y autorrefuerzo), y c) desarrollo moral (a partir del trabajo grupal sobre dilemas morales). Actualmente existe una versión abreviada de este programa que se aplica en diez semanas.

2. *Agresores sexuales*. Constituyen, debido a la complejidad y persistencia del comportamiento sexual antisocial, uno de los retos más importantes a que se enfrenta el tratamiento psicológico de los delincuentes. Los ingredientes terapéuticos más comunes en estos programas son el trabajo sobre distorsiones cognitivas, desarrollo de la empatía con las víctimas, mejora de la capacidad de relación personal, disminución de actitudes y preferencias sexuales hacia la agresión o hacia los niños, y prevención de recaídas (Marshall y Redondo, 2002). En un trabajo posterior se abundará en lo relativo al análisis psicológico y tratamiento de este tipo de delincuentes.
3. *Maltratadores*. En la actualidad se considera que la violencia de pareja es un fenómeno complejo en el que intervienen diversos factores de riesgo que incluyen tanto características personales como culturales y de interacción. Los programas de tratamiento internacionalmente aplicados incluyen técnicas terapéuticas como las siguientes (Dobash y Dobash, 2001): autorregistro de emociones de ira, desensibilización sistemática y relajación, modelado de comportamientos no violentos, reforzamiento de respuestas no violentas, entrenamiento en comunicación, reestructuración cognitiva de creencias sexistas y justificadoras de la violencia, y prevención de recaídas. En España existen programas de tratamiento para maltratadores tanto en prisiones como en la comunidad. El programa que se aplica en prisiones, diseñado en origen por Echeburúa y su equipo, incluye los siguientes ingredientes (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Amor, 2006): aceptación de la propia responsabilidad, empatía y expresión de emociones, creencias erróneas, control de emociones, desarrollo de habilidades y prevención de recaídas. Más recientemente, en la comunidad autónoma gallega se

ha puesto en marcha el denominado "Programa Galicia de reeducación psicosocial de maltratadores de género", que se aplica, bajo supervisión judicial, en la comunidad. Dicho programa, que se desarrolla en 52 sesiones a lo largo de un año, incorpora técnicas de autocontrol de la activación emocional y de la ira, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, modelado y entrenamiento en habilidades de comunicación (Arce y Fariña, 2007).

En relación con la eficacia de los tratamientos psicológicos de los delincuentes, entre 1985 y la actualidad se han desarrollado alrededor de 50 revisiones meta-analíticas. El mensaje esencial de los meta-análisis ha sido que los tratamientos psicológicos tienen un efecto parcial pero significativo en la reducción de las tasas de reincidencia (Hollin, 2006; McGuire, 2004): logran en promedio una reducción de la reincidencia delictiva de alrededor de 10 puntos, para tasas base de reincidencia del 50% (Cooke y Philip, 2001; Cullen y Gendreau, 2006; Lösel, 1996; McGuire, 2004; Redondo y Sánchez-Meca, en preparación), y los mejores tratamientos llegan a obtener reducciones superiores a 15 puntos (algunos programas, los mejores de todos, de entre 15 y 25 puntos). En otras palabras, el tratamiento puede reducir la reincidencia esperada en proporciones de alrededor de 1/3 (y, dependiendo de la calidad de las intervenciones, de entre 1/5 y 1/2).

PREDICCIÓN DEL RIESGO DE CONDUCTA ANTISOCIAL

En la actualidad, en paralelo al tratamiento de los delincuentes, se está desarrollando con fuerza la evaluación del riesgo de violencia y delincuencia que puedan presentar, ya sea antes o después de un tratamiento. Con esta finalidad se han construido y se están aplicando diversos instrumentos de predicción de riesgo, a los que se hará referencia en los trabajos que siguen a éste.

CONCLUSIÓN

En el primer trabajo de este monográfico sobre violencia se han presentado los avances y posibilidades de la psicología en el análisis de la delincuencia, lo que ha dado lugar al desarrollo, en el plano internacional, de una auténtica *Psicología de la delincuencia*. En concreto, se ha ilustrado cómo la psicología cuenta con buenas teorías y explicaciones de la delincuencia, con análisis precisos del inicio, mantenimiento y desistimiento en las carreras delictivas y, especialmente, con sólidos tratamientos psicológicos que logran resultados notables en la disminución de

las tasas de reincidencia en el delito. También se han anticipado, para su presentación en el siguiente artículo, las posibilidades de la psicología en lo relativo a la valoración del riesgo de violencia. Como resultado de todo lo anterior, un número considerable de psicólogos trabajan en los países desarrollados en los ámbitos del análisis, predicción, prevención y tratamiento de la delincuencia.

Frente a lo anterior y para finalizar, quiere llamarse la atención del lector sobre el desequilibrio que existe en la actualidad entre todos estos desarrollos psicológicos en un campo de tanta relevancia social, como lo es el de la violencia y la delincuencia, y, en contraste, la escasísima presencia que dichos conocimientos tienen en la actual formación universitaria de los psicólogos. Los planes de estudio de Psicología son en general ajenos a los conocimientos y desarrollos profesionales de la Psicología de la delincuencia, algo que, en bien de la proyección científica y aplicada de la psicología, debería ser remediado en el futuro.

Agradecimientos: Este trabajo se ha realizado en el marco del desarrollo de los proyectos de investigación SEC2001-3821-C05-01/PSCE y SEJ2005-09170-C04-01/PSIC del Ministerio de Educación y Ciencia del Gobierno de España.

REFERENCIAS

- Agnew, R. (2006). *Pressured into crime: an overview of general strain theory*. Los Ángeles: Roxbury Publishing Company.
- Akers, R.L. (2006). Aplicaciones de los principios del aprendizaje social. Algunos programas de prevención y tratamiento de la delincuencia. En J.L. Guzmán Dálbora y A. Serrano Maíllo, *Derecho penal y criminología como fundamento de la política criminal: estudios en homenaje al profesor Alfonso Serrano Gómez* (pp. 1117-1138). Madrid: Dykinson.
- Akers, R.L. y Sellers, C.S. (2004). *Criminological theories: Introduction, evaluation and application*. Los Angeles (EEUU): Roxbury Publishing Company.
- Andrés-Pueyo, A. y Redondo, S. (2004). *Predicción de la conducta violenta: estado de la cuestión*. Comunicación presentada en la Mesa 4ª: Evaluación y predicción de la violencia, en el Congreso de Criminología: Violencia y Sociedad. Salamanca, 1-3 de abril.
- Andrews, D. y Bonta, J. (2006). *The Psychology of Criminal Conduct* (4ª ed.). Cincinnati (EEUU): Anderson Publishing Co.

- Arce, R. y Fariña, F. (2007). Intervención psicosocial con maltratadores de género. En J.M. Sabucedo y J. Sanmartín, *Los escenarios de la violencia* (pp. 29-43). Barcelona: Ariel.
- Bandura, A. (1987). *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Bartol, C.R. y Bartol, A.M. (2005). *Criminal Behavior: A Psychological Approach*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.
- Blackburn, R. (1994). *The psychology of criminal conduct: Theory, research and practice*. Chichester, Reino Unido: Wiley.
- Brown, S. (2005). *Treating sex offenders*. Cullompton, Devon (Reino Unido): Willan Publishing.
- Cooke, D.J. y Philip, L. (2001). To treat or not to treat? An empirical perspective. En C.R. Hollin (Ed.), *Offender assessment and treatment* (pp. 17-34). Chichester (Reino Unido): Wiley.
- Cullen, F.T. y Gendreau, P. (2006). Evaluación de la rehabilitación correccional: política, práctica y perspectivas. En R. Barberet y J. Barquín, *Justicia penal siglo XXI: Una selección de Criminal Justice 2000* (pp. 275-348). Granada: Editorial Comares.
- Dobash, R. y Dobash, R.E. (2001). Criminal justice programmes for men who assault their partners. En C.R. Hollin (Ed.), *Offender assessment and treatment* (pp. 379-389). Chichester (Reino Unido): Wiley.
- Dowden, C. y Andrews, D.A. (2000). Effective correctional treatment and violent reoffending: A meta-analysis. *Canadian Journal of Criminology*, October, 449-467.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Amor, P.J. (2006). Psychological treatment of men convicted of gender violence. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50(1), 57-70.
- Edwards, D.L., Schoenwald, S.K., Henggeler, S.W. y Strother, K.B. (2001). A multilevel perspective on the implementation of Multisystemic Therapy (MST): attempting dissemination with fidelity. En G.A. Bernfeld, D.P. Farrington, y A.W. Leschied, *Offender rehabilitation in practice: Implementing and evaluating effective programs* (pp. 97-120). Chichester: Wiley.
- Eysenck, H.J. y Gudjonsson, G.H. (1989). *The causes and cures of criminality*. Nueva York: Plenum Press.
- Farrington, D.P. (1992). Criminal career research in the United Kingdom. *British Journal of Criminology*, 32, 521-536.
- Farrington, D.P. (1996). The explanation and prevention of youthful offending. En P. Cordelia y L. Siegel (Eds.): *Readings in contemporary criminological theory*. Boston: Northeastern University Press.
- Garrido, V. (2005). *Qué es la psicología criminológica*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Garrido, V., Stangeland, P. y Redondo, S. (2006). *Principios de Criminología* (3ª ed.). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Goldstein, A.P. y Glick, B. (2001). Aggression Replacement Training: application and evaluation management. En G.A. Bernfeld, D.P. Farrington, y A.W. Leschied, *Offender rehabilitation in practice: Implementing and evaluating effective programs* (pp. 121-148). Chichester: Wiley.
- Hanson, R.K. y Bussière, M.T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 348-362.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley (EEUU): University of California Press.
- Hollin, C.R. (2006). Offending behaviour programmes and contention: evidence-based practice, manuals, and programme evaluation. En C.R. Hollin y E.J. Palmer (Ed.), *Offending behaviour programmes* (pp. 33-67). Chichester (Reino Unido): Wiley.
- Howell, J.C. (2003). *Preventing and reducing juveniles delinquency*. Thousand Oaks (EEUU): Sage Publications.
- Laws, D.R. (2001). Relapse prevention: reconceptualization and revision. En C.R. Hollin (Ed.), *Offender assessment and treatment* (pp. 297-307). Chichester (Reino Unido): Wiley.
- Loeber, R., Farrington, D.P. y Waschbusch, D.A. (1998). Serious and violent juvenile offenders. En R. Loeber y D.P. Farrington (Eds.), *Serious and violent juvenile offenders* (pp. 313-345), Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lösel, F. (1996). What Recent Meta-Evaluations Tell us About the Effectiveness of Correctional Treatment. En G. Davies, S. Lloyd-Bostock, M. MacMurrán y C. Wilson (Eds.), *Psychology, Law, and Criminal Justice: International Developments in Research and Practice*. Berlín: De Gruyter.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marshall, W.L. y Redondo, S. (2002). Control y tratamiento de la agresión sexual. En S. Redondo (Coord.),

- Delincuencia sexual y sociedad* (pp. 301-328). Barcelona: Ariel.
- McGuire, J. (2001). Defining correccional programs. En L. Motiuk y R.C. Serin (Eds.), *Compendium 2000 on Effective Correccional Programming* (Cap. 1). Ottawa (Canadá): Correccional Service of Canada.
- McGuire, J. (2004). Commentary: promising answers, and the next generation of questions. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 335-345.
- Milan, M.A. (2001). Behavioral approaches to correccional management and rehabilitation. En C.R. Hollin (Ed.), *Offender assessment and treatment* (pp. 139-154). Chichester (Reino Unido): Wiley.
- Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- Novaco, R.W., Ramm, M. y Black, L. (2001). Anger treatment with offenders. En C.R. Hollin (Ed.), *Offender assessment and treatment* (pp. 281-296). Chichester (Reino Unido): Wiley.
- Palmer, E. (2003). *Offending behaviour: Moral reasoning, criminal conduct and the rehabilitation of offenders*. Cullompton, Devon (Reino Unido): Willan Publishing.
- Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E. y Cormier, C.A. (1998). *Violent offenders. Appraising and managing risk*. Washington: American Psychological Association.
- Redondo, S. (2007). *Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes*. Madrid: Pirámide.
- Redondo, S., Pozuelo, F. y Ruiz, A. (en prensa). El tratamiento en prisiones: investigación internacional y situación en España. En A. Cerezo y E. García-España, *Manual de criminología penitenciaria*.
- Redondo, S. y Sánchez-Meca, J. (en preparación). The State of the Art of offender rehabilitation: an analysis of 20 years of meta-analysis.
- Ross, R. y Fabiano, E. (1985). *Time to think. A cognitive model of delinquency prevention and offender rehabilitation*. Johnson City, Tennessee: Institute of Social Sciences and Arts.
- Tittle, C. (2006). Desarrollos teóricos de la Criminología. En R. Barberet y J. Barquín (ed.), *Justicia penal siglo XXI*. (pp. 1-54). Granada: Editorial Comares.
- Tong, L.S. y Farrington, D. (2006). How effective is the "Reasoning and Rehabilitation" programme in reducing reoffending? A meta-analysis of evaluations in four countries. *Psychology, Crime & Law*, 12 (1), 3-24.

PREDICCIÓN DE LA VIOLENCIA: ENTRE LA PELIGROSIDAD Y LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE VIOLENCIA

DANGEROUSNESS AND VIOLENCE RISK ASSESSMENT

Antonio Andrés Pueyo y Santiago Redondo Illescas
Grupo de Estudios Avanzados en Violencia. Universidad de Barcelona

El comportamiento violento es uno de los elementos más característicos y alarmantes de la delincuencia grave. La atribución de peligrosidad a los responsables de estos delitos violentos ha servido durante muchos años como factor explicativo y sobre todo predictivo de la reincidencia y la gravedad de las actuaciones de estos delincuentes, entre los que destacan los agresores sexuales, las homicidas y los maltratadores familiares. La intensa preocupación social por el comportamiento violento ha demandado a la Psicología soluciones que han superado el ámbito tradicional de aplicación de la Psicología de la Delincuencia al definirse nuevos delitos como la violencia de género y especialmente por el surgimiento de las demandas atencionales que requieren las víctimas. Hoy los profesionales de la Psicología son requeridos para actuar también en la prevención, para evitar la ocurrencia y el mantenimiento de cualquier tipo de violencia. Entre estas nuevas demandas se encuentra la predicción futura de las conductas violentas que tienen una alta tasa de repetición. El atributo esencial sobre el que se ha fundamentado la predicción de la violencia ha sido la peligrosidad. La peligrosidad es un constructo con una capacidad predictiva limitada ya que no es el único determinante del comportamiento violento. En los últimos 15 años han surgido nuevas técnicas de predicción basadas en la valoración del riesgo de violencia que han demostrado tener una mayor eficacia predictiva. Presentaremos estas nuevas técnicas de predicción de la violencia, sus propiedades y sus aplicaciones. Dichas técnicas mejoran de forma significativa la eficacia predictiva, ayudan a clarificar las bases sobre las que los profesionales sustentan sus decisiones relacionadas con el futuro del comportamiento individual y facilitan la gestión y prevención de la violencia.

Palabras clave: Peligrosidad, Violencia, Predicción y Valoración del Riesgo.

Violent behaviour is one of the most characteristic elements of burden and serious crimes. The "dangerousness" is an attribution towards these violent criminals has been used during many years as an explanatory and mostly predictive fact of the recidivism of the criminal acts of these chronic criminals, sexual predators, serial killers and domestic offenders.

The strong social worry about these violent behaviours have forced Psychology to find solutions that have surpassed the traditional scope of the criminal psychology, defining new offences such as gender violence and specially when appearing new ways of treatment of the victims. Nowadays, professional psychologists are required in order to take part of the prevention processes, to avoid occurrence or reiteration of any kind of violence. The prediction of violence is amongst these new requirements. The most important attribute in where mostly all of the predictions of violence are based is the degree of dangerousness of the individual, but it has a limited predictive capacity, because it isn't the only fact that affects violent behaviour. In these last 15 years, we've find new ways to predict violence that are based on the violence risk assessment, and their results have had a higher predictive effectiveness.

In this paper we present these new techniques of violence risk assessment, with their characteristics and applications. These new techniques significantly improve the predictive power, and they help to clarify the process that professionals use to take their decisions about the future of the violent behaviour, facilitating violence risk management strategies and prevention.

Key words: Dangerousness, Violence, Prediction, Risk assessment.

Algunos casos criminales recientes muestran cómo reclusos de permiso o ex-carcelados, maridos, exmaridos o novios sometidos a órdenes de alejamiento de sus parejas, jóvenes con precoces historias violentas, o enfermos mentales dados de alta de hospitales psiquiátricos, cometen graves actos violentos. Estos sucesos constituyen el núcleo principal del

problema de la reincidencia y evidencian el riesgo de violencia existente en ciertos individuos (Blackburn, 1999; Buchanan, 1999; Campbell, 1995; Hart, 1998). Estamos muy acostumbrados a utilizar la peligrosidad como atributo clave para estimar la probabilidad futura de realización de comportamientos violentos, pero el desarrollo de la psicología criminológica ha mostrado que la capacidad predictiva de la peligrosidad es limitada y su uso poco eficaz para los profesionales que toman decisiones prospectivas en contextos forenses, clínicos o penitenciarios (Webster et al., 1997, An-

Correspondencia: Antonio Andrés Pueyo. Facultad de Psicología-Universidad de Barcelona. Paseig Vall Hebron 171. 08035 Barcelona. España. E-Mail: andrespueyo@ub.edu

drews y Bonta, 2003, Scott y Resnick, 2006). En los últimos 15 años se han desarrollado nuevas técnicas para predecir la conducta violenta basadas en tres elementos principales: a) un mejor conocimiento de la naturaleza y procesos que producen la violencia, b) la sustitución del término “peligrosidad” por el de “riesgo de violencia”, y c) el desarrollo de protocolos e instrumentos de uso profesional para la valoración del riesgo de violencia (Andrés Pueyo y Redondo, 2004). Analizaremos, de forma resumida, estos aspectos para ofrecer al lector una imagen actual de la predicción de la violencia.

La violencia es un fenómeno interpersonal y social (Reiss, 1994) que afecta seriamente al bienestar y la salud de los individuos. En la actualidad se ha convertido en un problema colectivo de primer orden con graves consecuencias sobre el desarrollo político-económico y social de los grupos humanos (Krug et al., 2002). Esta situación ha provocado una reacción de alarma social en un contexto de rechazo e intolerancia generalizada acerca del uso de la violencia en las relaciones humanas. En el año 2002, Gro Harlem Brundtland, directora general OMS, afirmaba: “la violencia está presente en la vida de numerosas personas en todo el mundo y nos afecta a todos en algún sentido” (Krug, 2002; pp.2).

La reacción de intolerancia y rechazo social contra la violencia se acompaña de una serie de demandas para solucionar las causas y las consecuencias de la misma. Estas demandas recaen sobre todos los agentes sociales, empezando por las estructuras político-administrativas del Estado y las demás administraciones públicas, las organizaciones sociales, los medios de comunicación, etc. En consecuencia se ha producido una movilización urgente de los profesionales que trabajan en tres ámbitos de actuación concretos: la justicia, la sanidad y los servicios sociales. Todos ellos tienen un efecto directo sobre el control y la prevención de la violencia. Entre todos estos profesionales, los psicólogos y las psicólogas¹, tenemos unas responsabilidades muy relevantes, en primer lugar para atender a las víctimas de la violencia y también para intervenir con los agresores y evitar en el futuro sus comportamientos violentos. En este contexto las técnicas de predicción de la violencia forman parte de las estrategias de prevención y gestión del riesgo de violencia.

PREDECIR LA VIOLENCIA: EL PROBLEMA DEL CRITERIO

En todas las tradiciones culturales han existido prácticas de predicción del futuro que generalmente estaban en manos de “especialistas” no faltos de reconocimiento social. Estos, a su vez, han desarrollado diferentes técnicas para la predicción algunas de las cuales aún siguen utilizándose. Entre ellas destacan los horóscopos, las cartas o las lecturas expertas de los posos del café. Todas estas conocidas como artes adivinatorias, representan el modo “artesanal” de la predicción. Frente a estas técnicas se han desarrollado otras basadas en el conocimiento científico de los procesos que determinan los fenómenos a predecir, como por ejemplo un terremoto o la posible trayectoria de un ciclón tropical. Este conocimiento puede implicar desde la simple constatación de asociaciones entre factores de riesgo (predictores) y fenómenos a predecir (criterios), como sucede en la predicción de y la estimación de la longevidad de las personas o las fluctuaciones de los índices financieros, hasta aquellos modelos causales que, como los astronómicos, predicen sucesos estelares con una precisión sorprendente.

Entre las numerosas y variadas demandas que recibimos los profesionales de la Psicología se encuentran aquellas relacionadas con la predicción del comportamiento futuro (Meehl, 1954; Borum, 1996, Mulvey y Lidz, 1998; Ozer y Benet, 2006). Muchas veces estas demandas son explícitas, como en el caso de la selección de personal, pero otras veces son implícitas y las realizamos en muchos ámbitos de intervención como la clínica, las aplicaciones jurídico-forenses o educativas. De hecho la predicción del comportamiento está presente en casi todas las ramas de la psicología aplicada (Andrés Pueyo, 1997). Predecir la conducta futura no es metodológicamente distinto de pronosticar si lloverá el fin de semana, si se desprenderá un alud en invierno, si un paciente que ha sufrido un infarto de miocardio morirá como consecuencia del mismo, si la intención de voto cambiará el día de las elecciones o si el Euríbor o el Ibex bajarán o subirán la próxima semana. Estas preguntas las responden los especialistas en meteorología, geología, cardiología, política y economía. Análogamente, los psicólogos prevemos si un estudiante podrá finalizar con éxito sus estudios, si un aspirante a policía o el empleado de una entidad bancaria serán trabajadores honestos y competentes, o si un paciente mejorará después de las sesiones de tratamiento. La predicción forma parte del

¹ A continuación, y a lo largo de todo el texto, utilizaremos el término “psicólogos” como genérico tanto de las psicólogas como de los psicólogos.

ejercicio profesional, se basa en las decisiones que toman los profesionales ya que siempre una predicción es consecuencia de una decisión o juicio. En este apartado consideraremos aquello que tiene de específico la predicción de la violencia. Para ello es necesario detenernos en la definición de violencia, sus propiedades y características. Los expertos en predicción insisten en que el primer paso para realizar predicciones objetivas, rigurosas y eficaces es definir con rigor aquello que queremos predecir. De la correcta definición del criterio a predecir, en este caso la violencia, dependerá la posibilidad de hacer de la predicción una tarea rigurosa y no un subproducto de la intuición profesional (Edens y Douglas, 2002).

La violencia es un fenómeno complejo sobre el que se habla y especula mucho pero del que se tiene un conocimiento científico limitado y no ha sido, hasta muy recientemente, objetivo de análisis y estudio riguroso. De hecho la violencia en general y, en particular, algunas de sus formas más graves – como la violencia contra la mujer o la violencia sexual – se han convertido recientemente en un problema de interés para los científicos que está recibiendo una atención creciente (ver *Science*, 28 de Julio de 2000).

Una de las primeras dificultades para el estudio de la violencia es su delimitación conceptual. Desgraciadamente es muy frecuente encontrar bajo la etiqueta de violencia fenómenos distintos. Por ejemplo la agresividad, la impulsividad o la delincuencia. El concepto de violencia tiene una doble connotación que la define, a la vez, como acción o comportamiento y como disposición, capacidad o atributo psicológico. Necesitamos distinguir entre la “cualidad” de ser violento, que *a priori* podríamos considerar un sinónimo de “peligrosidad” y el acto o acción de comportarse violentamente. Los determinantes de una acción y los de una disposición son diferentes (Andrés Pueyo, 1997). Como toda conducta la acción violenta es el resultado de la interacción concreta de factores individuales y de factores situacionales. Por el contrario en el caso de la violencia, como cualidad o atributo de los individuos, los determinantes disposicionales e histórico-biográficos adquieren un papel más importante.

En el año 2002 la OMS realizó un estudio epidemiológico sobre la relación entre violencia y salud. Allí se definió la violencia como: “...el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades

de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (Krug et al., 2002). De esta definición se deduce que la violencia no es simplemente una conducta, ni una respuesta emocional, un síntoma psicopatológico, un instinto o impulso irrefrenable, ni una respuesta simple y automática o irreflexiva. La violencia es una estrategia psicológica para alcanzar un fin determinado. Esto significa que la violencia requiere, por parte del sujeto que la ejerce, la utilización de diferentes recursos y procesos que convertirán deliberadamente esta estrategia en un comportamiento o serie de comportamientos dirigidos a lograr un objetivo.

En cualquier suceso o acto violento y en función del tipo de violencia de que se trate, podemos identificar un conflicto específico que suele estar asociado a ese tipo de violencia. El agente causal del acto violento es el individuo pero éste actúa en un contexto o situación que facilita o estimula su aparición. Pueden identificarse componentes elicidores, moduladores y de mantenimiento de la conducta, pero hay que destacar el papel clave de la decisión individual de actuar violentamente. Esta decisión individual, más o menos condicionada, se toma en una situación concreta, frente a unos estímulos determinados y, sobre todo, en un estado individual que puede, a veces, justificar la inconsciencia de la decisión o el error de actuar violentamente sin valorar las consecuencias de la conducta realizada. Los determinantes de la violencia como estrategia no son los mismos que los de la acción violenta, sino que en esta última el determinante más relevante es la decisión intencionada de actuar de ese modo. Y aquí radica una de las propiedades importantes de la violencia, que sirve para la labor predictiva, ya que todas las acciones tienen asociada una probabilidad de ocurrencia y es esta probabilidad la que se puede valorar y utilizar esta estimación como valor predictivo del riesgo de violencia futura (Van Hasselt y Hersen, 2000; Hart, S. 2001).

De acuerdo a la OMS (Krug et al., 2002) se entiende que la violencia es una estrategia para conseguir un beneficio a costa de dañar a otros. La violencia tiene diversas formas de expresarse aunque por lo general, debido a la importancia de sus efectos, casi siempre consideramos la violencia física como su modelo más representativo. No obstante hay otros tipos de violencia, como la psicológica, económica, negligencia, etc., que forman parte de este fenómeno.

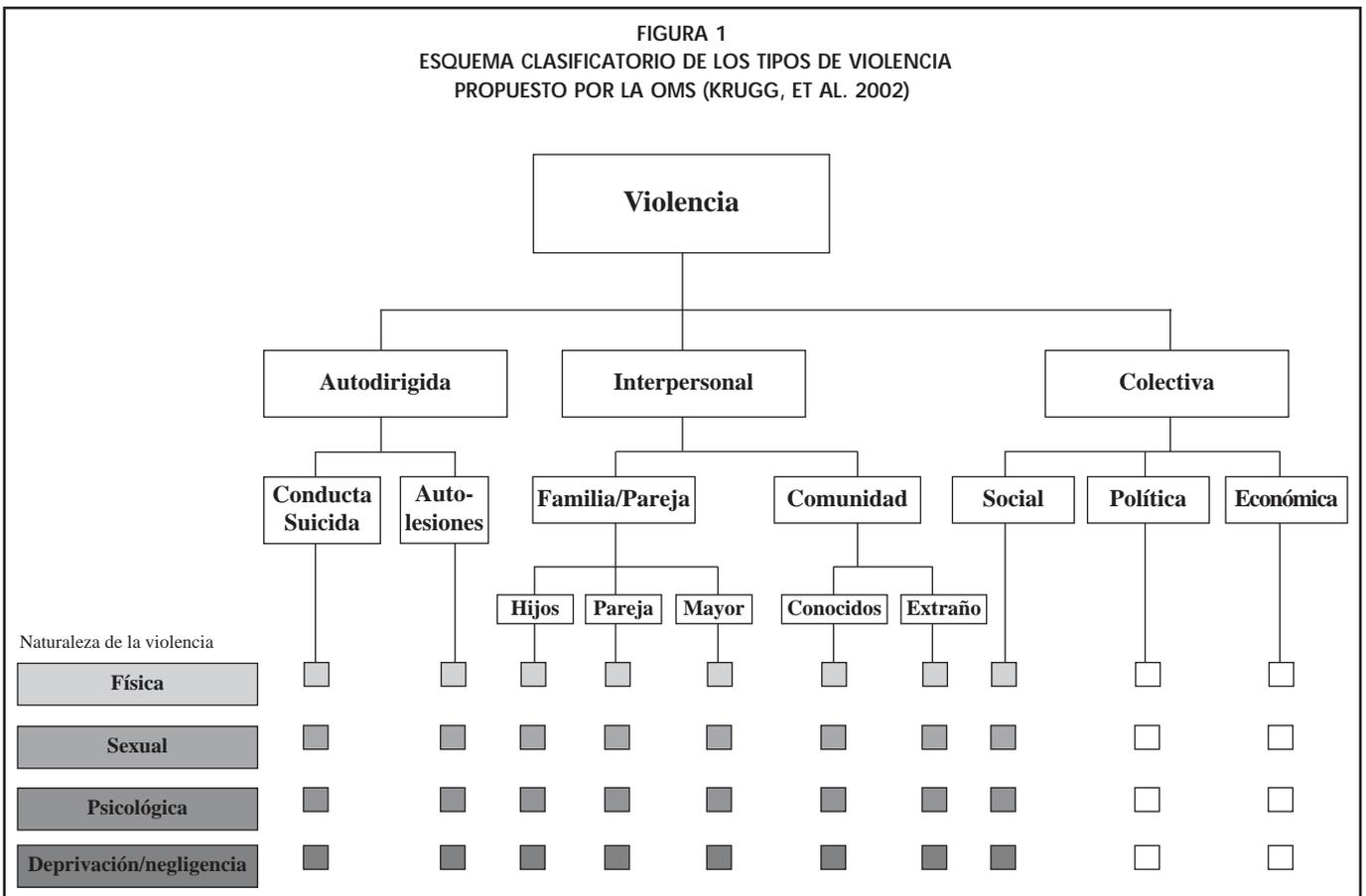
Pueden distinguirse las cinco siguientes propiedades que caracterizan la violencia:

1. **Complejidad.** En tanto que estrategia psicológica la violencia incluye componentes cognitivos, actitudinales, emocionales y motivacionales que actúan de forma interrelacionada y con una finalidad concreta. Las estrategias se definen o caracterizan por su finalidad y así en el caso de la violencia podemos distinguir finalidades específicas. Así el terrorismo tiene como finalidad imponer el poder político, la violencia doméstica el control individual sobre los miembros de la familia, la violencia de género ejercer el poder y la dominación sobre las mujeres, la violencia racial el dominio y el sometimiento de otros grupos étnicos, etc...
2. **Heterogénea.** La violencia es un fenómeno heterogéneo (Reiss et al., 1994), lo que resulta especialmente evidente en una perspectiva aplicada, es decir que se ocupe de la prevención, el control y la reducción de la violencia. Hay varios tipos de violencia que se pueden clasificar según distintos criterios: la manera de ejercerla (física, psicológica, sexual, económica), las características del agresor (jóvenes,

adultos, mujeres...) y de la víctima (de violencia de género, de maltrato infantil, de un robo violento, etc.). También puede clasificarse atendiendo al contexto de la relación entre agresor y víctima y así aparecen la violencia escolar (bullying), laboral (mobbing), doméstica o familiar, etc.

En el estudio epidemiológico antes citado de la OMS se propone una tipología que nos parece muy útil y apropiada en la que se clasifican los tipos de violencia según un doble criterio: la relación entre agresor y víctima y la naturaleza de la acción violenta. Así, aparecen más de 30 tipos específicos de violencia (ver Figura 1) que son el resultado de combinar la naturaleza de la violencia (física, sexual, psicológica o por privación/abandono) con el agente causante de la violencia y su relación con la víctima (auto-dirigida, interpersonal y colectiva). Muchas veces estos tipos de violencia suelen aparecer conjuntamente y de forma combinada, pero en un sentido analítico tienen sus propias prevalencias, reglas de aparición y factores de riesgo asociados.

FIGURA 1
ESQUEMA CLASIFICATORIO DE LOS TIPOS DE VIOLENCIA
PROPUESTO POR LA OMS (KRUGG, ET AL. 2002)



Predecir un tipo u otro de violencia tiene sus exigencias técnicas de las que depende la eficacia de la predicción (Webster et al., 1997) y para ello los profesionales de la psicología forense y criminal utilizan procedimientos e instrumentos distintos. Así, por ejemplo, si queremos predecir violencia física en general disponemos del HCR-20 (Webster et al., 1997) mientras que si queremos predecir violencia de pareja es recomendable utilizar el SARA (Kropp D. et al., 1995), o si queremos predecir recaídas de violadores o agresores sexuales adultos utilizaremos el SVR-20 (Boer, J. et al. 1997).

3. Multicausal. Para que ocurra un acto violento, especialmente de violencia grave como por ejemplo un asesinato, tienen que coincidir en el tiempo numerosas variables que, a su vez, no suelen combinarse con demasiada frecuencia. Los actos violentos en cierto modo son sucesos inciertos como los cambios atmosféricos, los tecnológicos o los económicos y en esta propiedad se basa la aplicación de técnicas predictivas originadas en otras disciplinas distintas de la psicología (Monahan y Steadman, 1996).

Aunque resulte paradójico, para predecir la conducta violenta no necesitamos saber qué la produce, es decir conocer sus causas eficaces, sino qué factores de riesgo están asociados con ella. Esta estrategia es muy frecuente en disciplinas sanitarias, como por ejemplo la epidemiología y salud pública, donde la complejidad y la multicausalidad de algunas enfermedades hacen muy difícil actuar con un conocimiento exhaustivo del “cómo” y el “porqué” de las enfermedades o sucesos a predecir. Sustituir las causas por los factores de riesgo para predecir la violencia, ha facilitado una acción profesional más eficaz tanto en la gestión de la violencia como en su prevención (Quinsey y Harris, 1998, Hawkins et al. 2000).

Cada tipo de violencia tiene sus factores de riesgo y protección específicos tal y como los estudios criminológicos nos han demostrado (Garrido, Stangeland y Redondo, 2006). Así mientras que la violencia ejercida en el pasado biográfico es un factor de riesgo común en todo tipo de violencia, las parafilias lo son específicamente de la violencia sexual pero no de la violencia física intra-familiar. El nivel de especificidad de los factores de riesgo puede ser muy significativo. Así en el caso de la predicción de la violencia contra la pareja se pueden distinguir los factores de riesgo de asesinato de los factores de

riesgo de la violencia física grave (Campbell, J., 1995; Belfrage, et al. 2004). Para el riesgo de asesinato de la pareja la psicopatía del agresor es menos relevante que el trastorno afectivo, sin embargo en el riesgo de violencia física grave y continuada contra la pareja la psicopatía es más importante que el trastorno afectivo.

Debido a su multicausalidad puede afirmarse que la conducta violenta, en tanto que acción no es predecible, pero sí que podemos estimar, de forma estadística, el riesgo de que ocurra. Esta distinción es importante, especialmente cuando los profesionales deben informar a terceras personas (probables víctimas, profesionales sanitarios, jueces o policías, familiares, etc...) o cuando las decisiones pueden ser objeto de litigio (Heilbrun, 1997; Heilbrun et al., 1999; Gottfredson, 2006).

4. Intencionada. La acción violenta es el resultado de una decisión deliberada, intencionada y voluntaria de producir daño o malestar. Aunque hay que reconocer que en determinadas ocasiones esta decisión no es imputable penalmente o depende de factores “irracionales”. No obstante la decisión de actuar violentamente va a estar siempre influida, no causada, por un conjunto variado de factores entre los que se incluyen factores *biológicos* (alteraciones neurológicas, trastornos endocrinos o intoxicaciones), *psicológicos* (trastornos de personalidad, retraso mental, psicosis y otras alteraciones psicopatológicas, crisis emocionales, estados de ánimo, convicciones prejuiciosas, etc.), y *sociales* (exposición a modelos violentos, valores de subculturas violentas, confrontaciones o situaciones de crisis social intensas). Por lo general estos factores actúan conjuntamente e influyen diferencialmente, en la toma de decisiones previa a la ejecución de la acción violenta.
- 5.- Infrecuente. A pesar de la actual sensación creciente de que la violencia es algo muy común, lo cierto es que es un fenómeno poco habitual, raro e infrecuente, especialmente la violencia grave o muy grave (Krug et al., 2002; Quinsey y Harris, 1998). Esto no le resta importancia ni quita que sea motivo de fuertes preocupaciones sociales. No se deben confundir ambas características. Pero su baja frecuencia reduce la posibilidad de predecirlo. Un terremoto es un fenómeno infrecuente, ahí radica parcialmente la dificultad en predecirlo, pero debido a su poderoso efecto devastador y sus consecuencias catastróficas, es imprescindible

tomar medidas preventivas graduadas en función del riesgo estimado de ocurrencia. Así, fenómenos muy poco prevalentes son prácticamente imposibles de predecir por más que conozcamos los determinantes que los producen (Quinsey y Harris, 1998).

La multiplicidad de causas y la infrecuencia hacen de la predicción de la violencia una tarea difícil. Además se añade una tercera dificultad: la escasez de instrumentos y técnicas específicas para la predicción. Esto ha llevado a los técnicos a tener dos posturas antagónicas. Unos consideran que la violencia, por su complejidad, infrecuencia y multicausalidad es impredecible, más allá del acierto azaroso. Otros consideramos que la violencia es predecible si se toman en cuenta la intencionalidad, heterogeneidad e infrecuencia de la misma. En esta segunda postura se han desarrollado propuestas técnicas que constituyen los procedimientos de valoración del riesgo de violencia que presentaremos más adelante.

Una de las claves de la tarea predictiva es delimitar con precisión el criterio a predecir (Hart, 2001), es decir el tipo y características de la violencia, y eso significa tomar varias decisiones, como por ejemplo: a) ¿qué tipo de violencia nos interesa predecir?, b) ¿en qué grupo de sujetos o población? y c) ¿para qué intervalo temporal ha de tener validez la predicción? Edens, Skeem y Douglas (2006) se refieren al llamado "problema del criterio" para describir la variabilidad de dimensiones operativas que constituyen el fenómeno de interés, tales como edad (agresión infantil, violencia en la pareja, abuso en ancianos), el ámbito o contexto (prisión, escuela, hospital, comunidad, hogar), la severidad (abuso verbal, golpes, homicidio), o la frecuencia (asesinato en masa, asesinato serial, violencia doméstica repetitiva), para nombrar solamente algunas. Debido a estas numerosas dimensiones existe un amplio rango de métodos para medir la agresión (autoinformes, registros criminales, observación conductual) y predecirla (juicio clínico, diseños actuariales, inventarios psicopatológicos o de personalidad, factores situacionales/ambientales). Los investigadores indican que las variaciones en la operacionalización de la agresión interpersonal y la violencia pueden conducir a hallazgos marcadamente divergentes con respecto a sus causas, correlatos y consecuencias, y también que la medida en que se utilicen para registrar los incidentes de violencia afectará sustancialmente la prevalencia del resultado (Douglas y Ogloff, 2003).

Cuando hablamos de predicción de cualquier tipo en seguida nos viene a la mente la predicción del tiempo

meteorológico con la que todos estamos tan familiarizados, ¿es que los psicólogos cuando predecimos del comportamiento violento hacemos algo parecido a lo que hacen los meteorólogos? A nuestro entender esta es una buena analogía. Las predicciones meteorológicas se requieren cada vez más detalladas, no es suficiente saber si va a llover sino que hay que predecir cuándo va a suceder, dónde, con qué intensidad, cuáles van a ser sus efectos, etc. El psicólogo, especialmente el que trabaja en contextos criminológicos, debe también predecir las conductas antisociales que puede realizar un individuo determinado. Si hay que conceder la libertad condicional a un recluso, ¿qué riesgo hay de que vulnere las reglas que se le imponen?, si está realizando un programa de rehabilitación, ¿qué probabilidades hay de que lo abandone?, y ¿qué pronóstico de los efectos del tratamiento se puede esperar?, o ¿qué riesgo existe de que vuelva a reintentar estos comportamientos delictivos?

La estrategia más utilizada en la actualidad para predecir el comportamiento violento, anclada en la tradición clínica, consiste en evaluar o diagnosticar la peligrosidad en un individuo (Campbell, 1995; Gisbert Calabuig, 1998; Gottfredson, 2006; Maden 2007). Frente a esta estrategia se ha propuesto la valoración del riesgo de violencia. Las dos persiguen la misma finalidad pero su justificación y eficacia las distinguen, así como también las ventajas que reporta para los propios profesionales que comprometen sus decisiones ante su propia ética y la legislación vigente. Ambas aproximaciones se analizarán con detalle en el siguiente apartado.

PELIGROSIDAD vs. RIESGO DE VIOLENCIA

La peligrosidad, además de un concepto jurídico, también es un concepto común, que forma parte del lenguaje cotidiano y refiere a la propensión del individuo a cometer actos violentos y peligrosos (Scott y Resnick, 2006; Mulvey y Lidz, 1998). El concepto de peligrosidad resume, pero sólo con una claridad aparente, la idea del predictor por excelencia de la violencia futura. Ha sido y es utilizado en la actualidad para este fin en las legislaciones penales de la mayoría de países occidentales. También ha sido objeto de polémicas tanto en el campo del Derecho penal, como en la Criminología y la Psiquiatría porque mientras que para algunos es "útil y fecundo", para otros no es más que una "fuente de problemas" (Carrasco y Maza, 2005). Sin embargo parece que todavía es un concepto incuestionable en la ciencia jurídica y forense (Serrano Gómez, 1974).

La peligrosidad se introduce por primera vez en el contexto "lombrosiano" de la criminología de finales del siglo XIX. Deriva del concepto de "temibilidad" propuesto por Raffaele Garofalo (Garrido et al., 2006) según el cual la peligrosidad se sustentaría en las características y atributos psicológicos del sujeto que justifican el riesgo de futuros comportamientos violentos. En su significado original la peligrosidad hacía referencia a "la perversidad constante y activa del delincuente y la cantidad de mal previsto que hay que temer por parte del mismo" (Garofalo, 1893, citado por Garrido et al. 2006). Esta concepción inicial, marcadamente clínica, consideraba la peligrosidad como un estado mental patológico de origen constitucional. La asociación entre patología y peligrosidad se ha mantenido vigente (aunque discutida) en la tradición psiquiátrica y psicoanalítica, y un ejemplo lo encontramos en el caso de la violencia sexual. Esta primera concepción de la peligrosidad estaba íntimamente ligada a la enfermedad mental grave y así pervive.

Debido al desarrollo de la práctica jurídica a lo largo del siglo XX, el concepto de peligrosidad pierde parte de su sentido clínico inicial y adquiere un significado más neutro, más actuarial. Así, para el destacado penalista español de los años 30, Jiménez de Asúa la peligrosidad consistía en la "probabilidad manifiesta de que un sujeto se convertirá en autor de delitos o cometerá nuevas infracciones" (Carrasco y Maza, 2005; pp 197). Hoy se considera la peligrosidad como una categoría legal por la que conocemos el riesgo de una persona, con historial delictivo o no, de cometer nuevos delitos. En esta transición histórica el concepto de peligrosidad, como atributo disposicional inmodificable ligado a los trastornos mentales, se sustituyó por el de "estado peligroso" que atiende a la variabilidad de este atributo asociado a los vaivenes de la estabilidad mental del delincuente, los cambios provocados por el paso del tiempo, etc. Serrano Gómez (1974) dice: "el estado peligroso es una situación en la que por los factores de disposición y de ambiente, en mutua compenetración, el individuo constituye potencialmente un ser con probabilidades de delinquir, o, al menos, de turbar el orden social establecido por el derecho".

Del mismo modo que la peligrosidad se extendió al marco jurídico de las leyes penales, también se prodigó en el campo sanitario: "desde hace más de 25 años, la peligrosidad ha llegado a formar parte de la nomenclatura de la Salud Mental debido a que las instituciones legislativas la utilizaron como un criterio para la

hospitalización de los enfermos mentales" (Monahan y Steadman, 1983; pp.95). Por la gran cercanía entre la justicia y lo sanitario en el problema de la violencia, la peligrosidad ha ocupado un lugar privilegiado en esta doble relación profesional. Por eso la valoración de la peligrosidad siempre ha sido un "arcano" entre los profesionales de la psiquiatría o la psicología que trabajan en contextos criminológicos.

La creencia de que la "peligrosidad" es la causa de la conducta violenta ha mantenido entre los profesionales una cierta quimera según la cual si se "acertaba" en la identificación de este atributo, se garantizaba la seguridad y la prevención de la reincidencia violenta. En ciertos casos así ha sido, pero en muchos otros casos se han cometido errores y estos son de dos tipos. El más grave, se llama *falso negativo* y es el que se produce cuando se rechaza la presencia de peligrosidad en el sujeto y éste vuelve a cometer un acto violento. El otro tipo de error que se comete es el llamado *falso positivo* y consiste en identificar la presencia de peligrosidad en un sujeto que, sin embargo, no vuelve a comportarse violentamente en el futuro. Este error tiene consecuencias penosas en el individuo y a su vez costos económicos importantes si, como estamos analizando, hablamos de comportamientos violentos futuros de delincuentes o enfermos mentales a los que, por la identificación de la presencia de la peligrosidad se mantiene bajo medidas de seguridad o en tratamiento (a veces internamiento psiquiátrico) (Quinsey y Harris, 1998).

¿De qué dependen los aciertos o los errores en la predicción de la violencia basada en el "diagnóstico" de peligrosidad? Principalmente dependen de la experiencia de los profesionales, de la disponibilidad de técnicas de identificación y de la claridad con la que se puede descubrir el atributo de peligrosidad. Todos estos factores son importantes y justifican el nivel de aciertos obtenidos que, como es propio de la evaluación de atributos psicológicos humanos, nunca puede alcanzar el 100% de exactitud. Sin embargo, esta conclusión propia del pensamiento clínico tradicional, es incompleta. La epidemiología y las técnicas actuariales se han encargado de demostrar que el nivel de aciertos y de errores en las decisiones dicotómicas depende también de la prevalencia del fenómeno a predecir (Quinsey y Harris, 1998; Douglas y Cox, 1999).

Una de las limitaciones más importantes de la peligrosidad, como predictor de violencia, es su inespecificidad. El diagnóstico de peligrosidad no es útil para distinguir

qué tipo de violencia puede ejercer el sujeto peligroso (excepto en casos muy evidentes, en que la peligrosidad está asociada a una patología concreta, como la pedofilia donde obviamente se deduce que la peligrosidad es de tipo sexual sobre víctimas infantiles). Como ya se ha señalado, cada tipo de violencia tiene factores de riesgo y de protección específicos, consideración que no es tenida en cuenta al utilizar la peligrosidad para la predicción de cualquier tipo de violencia.

Frente a lo anterior la valoración del riesgo considera los factores predictivos en función del tipo de violencia a predecir y, de este modo, la capacidad predictiva aumenta considerablemente. Estas son las razones más relevantes que han llevado a un cambio en el paradigma que fundamenta la predicción de la conducta violenta. Especialistas en la predicción como A. Buchanan, J. Steadman, A. Monhanan, J. Webster, W. Quinsey o S. Hart (entre los más destacados) consideran que la argumentación de la peligrosidad, de marcado contenido clínico, se ha de complementar con una fundamentación actuarial, es decir, basada en los factores de riesgo y las relaciones entre predictores y criterio (comportamiento violento) demostradas empíricamente.

La valoración del riesgo de violencia, como método alternativo al diagnóstico de peligrosidad para la predicción de la violencia, tiene en cuenta los conocimientos actuales sobre la psicología de la violencia y el papel que tienen los profesionales en la toma de decisiones acerca del comportamiento futuro de, por ejemplo, agresores sexuales o maltratadores de pareja. Un primer supuesto de las técnicas de valoración del riesgo de violencia entiende que no se puede predecir, en general, el riesgo de "cualquier" tipo de violencia a partir de los mismos predictores, sino que cada tipo tiene sus factores de riesgo y de protección particulares y, por tanto, debemos adecuar los procedimientos genéricos de predicción de riesgo de violencia al tipo concreto de violencia a predecir. La segunda lección hace referencia a la actividad del psicólogo que debe hacer el pronóstico. Predecir el riesgo de un determinado suceso, la conducta violenta, requiere una decisión sobre si este suceso puede acontecer en el futuro y en qué grado. Estas decisiones se deben tomar de acuerdo a protocolos contrastados y basados en conocimientos empíricos, no sólo en intuiciones de los expertos. No hay que perder de vista la responsabilidad profesional que asumen los técnicos cuando hacen, con sus decisiones, pronósticos en cuestiones de tanta sensibilidad social como son la posible

reincidencia en las agresiones sexuales, los abusos a menores y los malos tratos familiares y que es, de hecho, donde se aplican con mayor éxito estas nuevas técnicas de predicción de riesgo de violencia.

El riesgo puede entenderse como: "un peligro que puede acontecer con una cierta probabilidad en el futuro y del que no comprendemos totalmente sus causas o éstas no se pueden controlar de forma absoluta" (Hart, 2001). A diferencia de la peligrosidad, que hemos caracterizado por ser una variable discreta, estática y genérica, que lleva a decisiones "todo/nada" en el pronóstico, el riesgo de violencia es un constructo continuo, variable y específico, que permite tomar decisiones graduadas de pronóstico futuro de violencia. La presencia de peligrosidad en el individuo concentra la estrategia de control y gestión del riesgo en dos tipos de intervenciones: control situacional (internamiento) y tratamiento terapéutico del sujeto peligroso. La valoración del riesgo amplía las posibilidades de intervención porque permite ajustar los procedimientos de control y minimización del riesgo a los niveles individuales y contextuales del mismo, con lo que se generan muchas posibilidades de intervención adecuadas al pronóstico más probable.

La aplicación del conocimiento de los factores de riesgo asociados a la violencia es el fundamento de la valoración del riesgo. Los criminólogos y psicólogos de la delincuencia han investigado extensamente los tipos de violencia atendiendo a los sujetos que la ejercen, buscando las causas que explican su conducta ya que entre ellas aparecen los factores de riesgo. También han estudiado qué factores influyen en la reducción o abandono de la actividad delictiva para fomentarlos por medio de la intervención terapéutica. A su vez, estos factores también se pueden utilizar como factores protectores. Se han conseguido muchos logros positivos, y sobre todo se puede disponer de listados de factores de riesgo y protección que están empíricamente asociados a los tipos de violencia más grave. Además de esta distinción entre factores de riesgo y protección si se atiende a su naturaleza, puede distinguirse entre factores estáticos y dinámicos, según éstos sean o no modificables en el curso futuro de la vida del agresor.

Los listados de factores de riesgo de violencia son muy extensos, algunos de ellos son comunes a diversos tipos de violencia y otros específicos para cada tipo (Krug et al., 2002; Andrews y Bonta, 2003). La investigación ofrece un panorama bastante consolidado sobre estos factores y su dinámica, de esta información se nutre la

valoración de riesgo de violencia en su faceta predictiva y también preventiva. En la tabla 1 pueden verse algunos ejemplos de estos factores de riesgo.

¿En qué consiste la valoración del riesgo de comportamientos violentos? Estimar el riesgo de violencia es un procedimiento para predecir la probabilidad de aparición de una conducta violenta determinada. Es posible predecir el riesgo de comportamientos violentos con más precisión que el simple azar o las predicciones unidimensionales. Se puede predecir el riesgo de cualquier elección si conocemos los determinantes de ésta y tenemos datos sobre elecciones que anteriormente hayan sucedido y de las cuales conocemos sus antecedentes. Ello es cierto en el campo de los registros penales, criminológicos y psiquiátricos, ya que existen datos acumulados que pueden proporcionar este tipo de informaciones. Para predecir con éxito interesaran informaciones acerca de varios aspectos: ¿qué tipos de conducta violenta se producen?; ¿con qué frecuencia?; ¿bajo qué condiciones o en qué escenarios?; ¿cuáles son las condiciones presentes?; ¿cómo se intervino?; ¿qué sucedió después?, etc. Se han desarrollado estrategias de evaluación psicológica intensivas, procedimientos actuariales basados en tests psicológicos y otras estrategias (clínicas, epidemiológicas...) para identificar el riesgo de determinados comportamientos violentos, pero sigue existiendo un importante grado de imprecisión en tales predicciones. Entre las estimaciones de riesgo de violencia más necesitadas de buenos procedimientos de predicción, debido a la gravedad de sus consecuencias se encuentran las siguientes: riesgo de suicidio, de homicidio por parte de menores, de los diferentes tipos de agresión sexual, de las agresiones domésticas y familiares y, naturalmente, de la violencia en general (Elbogen, 2002).

Por último, queremos mencionar una importante consecuencia derivada del cambio de paradigma acerca de la peligrosidad y la valoración del riesgo. Se trata de la gestión del riesgo. Para cualquiera que reciba un pronóstico de riesgo de violencia "alto e inminente" esta información debe ser un acicate para la búsqueda urgente de medidas que eviten que ese pronóstico de confirme (Moran et al. 2001). La minimización del riesgo de violencia es el paso que sigue a la valoración del riesgo. Este nuevo abordaje técnico se denomina gestión del riesgo y está íntimamente relacionado con la valoración. La gestión del riesgo se basa en comprender por qué el sujeto eligió actuar violentamente en el pasado, en determinar si los factores de riesgo/protección que influyeron

en su elección siguen presentes y lo estarán en el futuro, y en promocionar los factores que le pueden llevar a tomar decisiones no-violentas en tanto que estrategias alternativas de solución de conflictos. La gestión del riesgo hace referencia a la aplicación de los conocimientos disponibles generados en los estudios de valoración del riesgo para minimizar la frecuencia actual de las conductas violentas y delictivas así como sus efectos y es un campo donde los expertos deben desarrollar nuevas estrategias de intervención en su lucha contra el comportamiento violento (Douglas, Cox y Webster, 1999; Douglas, Ogloff y Hart, 2003; Björkdahl, Olsson y Palmstierna, 2006).

PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS DE PREDICCIÓN DE LA VIOLENCIA

Hemos descrito el planteamiento general de valoración del riesgo de violencia como alternativa a la clásica evaluación clínica de la peligrosidad para la predicción de la violencia. Este cambio ha venido acompañado de un desarrollo muy destacado en el diseño y puesta a punto de instrumentos específicos que tienen la finalidad de ayudar a los profesionales en esta tarea. Estos instrumentos surgieron en el contexto de la predicción de violencia y reincidencia en pacientes y reclusos afectados por trastornos mentales graves en Canadá. Después se fueron ampliando para ocuparse de la predicción de otros tipos de violencia y aparecieron instrumentos para predecir la violencia sexual, de pareja y doméstica, y se extendieron a otros países como Estados Unidos, Reino Unido, Países Nórdicos, Alemania, Holanda, etc. (Hilton y Harris, 2006). Recientemente han aparecido nuevos

TABLA 1 ALGUNOS FACTORES DE RIESGO, ESTÁTICOS Y DINÁMICOS, CLASIFICADOS SEGÚN EL TIPO DE VIOLENCIA AL QUE ESTÁN ASOCIADOS			
	Violencia sexual	Violencia contra la pareja	Violencia doméstica
Estáticos	* Abusos sexuales sufridos en infancia * Hia. de violencia anterior	* Hia. de violencia contra la pareja * Quebrantamiento de ordenes de alejamiento	* Malos tratos sufridos en la infancia * Hia. de violencia física
Dinámicos	* Consumo de alcohol * Creencias erróneas sobre las relaciones sexuales	* Celos * Consumo de alcohol * Actitudes machistas	* Consumo de alcohol * Dificultades económicas * Trastornos afectivos

instrumentos para valoración de riesgo de violencia en jóvenes y adolescentes, en sujetos internados en prisiones y también para predecir la violencia en el trabajo. En la Tabla 2 se recoge un amplio listado de diversos instrumentos de predicción, muchos de los cuales no han sido todavía adaptados a nuestro contexto. En España el *Grupo de Estudios Avanzados en Violencia (GEAV)*, en la Universidad de Barcelona ha adaptado tres de estos instrumentos, el HCR-20, el SVR-20 y el SARA, que sirven para predecir respectivamente violencia física grave en pacientes psiquiátricos y en reclusos, violencia sexual y violencia contra la pareja. Otros grupos e instituciones han adaptado otros instrumentos, como, por ejemplo el VRAG (*Violence Risk Appraisal Guide*, por el grupo de estudios del Dr. Graña en la Universidad Complutense de Madrid), la PCL-R y sus escalas derivadas (versionada por parte de varios grupos en España, entre los que destacan los liderados por el Dr. R. Torrubia en la Universidad Autónoma de Barcelona y por el Dr. V. Garrido de la Universidad de Valencia), o el SAVRY (*Scale for Assessment of Violence Risk in Youths*, adaptado por E. Hilterman en el Centro de Estudios Jurídicos y de Formación Especializada de la Generalitat de Catalunya). En resumen, puede afirmarse que en los últimos 20 años la creación y difusión de estas técnicas han mejorado de forma relevante la tarea de predicción de violencia que realizan los profesionales que trabajan en contextos penitenciarios y de la salud mental (Esbec, 2003)

Entre los profesionales de la salud mental y los especialistas en criminología la valoración del riesgo, incluso de la peligrosidad, es un proceso de evaluación individual que se inicia por la recogida de datos relevantes del individuo y finaliza en la toma de decisiones acerca de su comportamiento futuro. La recogida de datos para la valoración del riesgo incluye entrevistas personales, evaluación psicológica y médica estandarizada, revisión de expedientes socio-sanitarios y judiciales y recogida de información colateral (Webster et al., 1997). En este sentido la información utilizada para tomar decisiones sobre peligrosidad y sobre el riesgo de violencia no es muy distinta. Lo que sí es diferente es la organización y determinación de qué información es necesaria para evaluar el riesgo de violencia (en cada tipo variará de forma concreta), la ponderación de cada factor de riesgo y las normas de relación entre las valoraciones realizadas que definen los resultados de las mismas. Este proceso, como veremos, se puede realizar desde la "inaccesible" mente del experto hasta el frío computo de

un ordenador que aplica el protocolo, pasando por el profesional experto que se ayuda y guía de protocolos de toma de decisiones.

Veamos, de forma muy resumida, algunos detalles de cada uno de estos procedimientos y técnicas de predicción de violencia. Asimismo, mencionaremos algunos de los principales instrumentos de valoración de riesgo que están publicados y accesibles para su uso profesional. Todos ellos comparten muchos elementos comunes ya que ayudan a la toma de decisiones. Cualquier toma de decisiones se realiza en base a unos datos, obtenidos por procedimientos distintos, la combinación de los mismos y unas reglas que determinan la decisión a tomar. Este esquema de proceder es similar en todas las técnicas de valoración de riesgo pero es, a su vez, en lo que se distinguen. Existen tres grandes procedimientos: la valoración clínica no-estructurada, la valoración actuarial y la valoración clínica estructurada (Hart, 2001).

Valoración clínica no-estructurada. Consiste en la aplicación de los recursos clínicos de evaluación y pronóstico tradicionales al pronóstico del comportamiento violento. Se ha generalizado a partir de las técnicas de diagnóstico de la peligrosidad entendida como un estado patológico del sujeto (Gisbert-Calabuig, 1998). Se caracteriza por no tener protocolos o reglas "explícitas" más allá de las propias de cada clínico experto. En este procedimiento se pueden incluir instrumentos objetivos de evaluación como los tests u otras informaciones objetivas, derivadas de registros históricos y similares, pero los datos que se obtienen son procesados sin atender a ninguna regla explícita conocida. En este procedimiento la característica fundamental es la libertad de criterio con que cada profesional aborda el problema de predecir el riesgo en función de su formación, sus preferencias personales, sus hábitos profesionales, y la naturaleza de las demandas.

Este procedimiento presenta una notable dificultad para encontrar justificaciones empíricas y sistemáticas ya que existen bajos niveles de acuerdo inter-jueces, poca precisión y una débil justificación teórica (Buchanan, 1999; Elbogen, 2002; McMillan et al. 2004). Las predicciones realizadas siguiendo este método se valoran principalmente en base a la "experiencia contrastada" del profesional que las formula (Maden, 2007).

Estas técnicas tienen un cierto desprestigio que proviene de la dificultad, cuando no de la imposibilidad, de conocer los elementos claves que llevaron al clínico a tomar una determinada decisión, por ejemplo considerar el al-

TABLA 2 RELACIÓN DE PROTOCOLOS Y GUÍAS DE VALORACIÓN DE RIESGO DE VIOLENCIA CON ESPECIFICACIONES ACERCA DE SU UTILIDAD, AUTORES Y DISPONIBILIDAD EN ESPAÑA PARA SU USO PROFESIONAL				
Guía o Protocolo	Predictores	Criterio y aplicaciones	Refer.	Disponible en España
DA Dangerous Assessment	Factores de riesgo específicos de uxoricidio	Riesgo de asesinato de la pareja	Campbell (1995)	Sí, adaptación piloto GEAV-UB
ODARA Ontario Domestic Assessment Risk Scale	13 factores de riesgo de violencia doméstica	Violencia de pareja en la familia	Hilton y Harris (2004)	Sí, adaptación piloto GEAV-UB
STATIC-99	10 factores de riesgo de violencia sexual	Violencia sexual: reincidencia de pedófilos y agresores sexuales Intervalo largo de predicción	Hanson et al (1999)	No adaptación española
VRAG Violent Risk Appraisal Guide	Ítems de desarrollo de la personalidad, historia de conductas violentas y no-violentas. Incluye PCL-R	Predice para un intervalo de 7 a 10 años el riesgo de conductas violentas en enfermos mentales	Quinsey, Harris, Rice & Cormier (1998)	Sí, adaptación experimental UCM-Psicología Forense
SORAG Sex Offender Risk Appraisal Guide	Ítems de desarrollo de la personalidad, historia de conductas anormales violentas y preferencias y desviaciones sexuales	Predice, para un intervalo de 7 a 10 años, el riesgo de violencia sexual	Quinsey, Harris, Rice & Cormier (1998)	No adaptación española
HCR-20 * Assessing Risk for Violence	20 Factores de riesgo de tipo: Histórico, Clínico y de gestión del Riesgo, presentados en un instrumento único en formato guía protocolizada	Predice violencia física en poblaciones de enfermos mentales y delincuentes crónicos	Webster, Douglas, Eaves & Hart (1997)	Sí, disponible Adaptación profesional por Andrés y Hilterman. GEAV/UB
SVR-20 * Sexual Violence Risk Assessment	20 Factores de riesgo de tipo: Histórico, Clínico y de gestión del Riesgo, presentados en un instrumento único en formato guía protocolizada	Predice riesgo de violencia sexual. Gestión del riesgo de violencia sexual	Boer, Hart, Kropp & Webster (1997)	Sí, disponible Adaptación profesional por Andrés y Hilterman. GEAV/UB
RSVP * The Risk for Sexual Violence Protocol	22 ítems de riesgo tipo: historia violencia sexual, ajuste psicologico, trastorno mental, ajuste social y gestión. Formato de guía protocolizada	Riesgo de violencia sexual y gestión de la reincidencia	Hart et al. (2003)	Existe versión piloto. J.C.Navarro GEAV/UB
SARA Spousal Assault Risk Assessment Guide*	20 Factores de riesgo de agresiones en contexto de parejas, violencia específica, ajuste psicosocial, "index offense" y otros. Formato guía protocolizada	Valora riesgo de violencia física grave, sexual y amenazas en el seno de la pareja o ex/parejas	Kropp, Hart, Webster & Eaves (1999)	Sí, disponible Adaptación profesional por Andrés y López. GEAV/UB
LSI-R Level Service Inventory- Revised	Listado de factores de riesgo y de necesidades criminogénicas. Combina variables dinámicas y estáticas. Diseñado para gestionar el tratamiento de internos en prisión	Valora riesgo de reincidencia y dificultades de adaptación al tratamiento en internamiento	Andrews y Bonta (1995)	Adaptación experimental realizada por V. Garrido (Univ. de Valencia)
SAVRY Structured Assessment of Violence Risk in Youth	20 Factores de riesgo, similares a HCR-20 y presentados en un instrumento único en formato guía protocolizada	Violencia grave en jóvenes adolescentes (12-18 años)	Borum et al. (2003)	Existe adaptación profesional al catalán E. Hilterman CEJFE
PCL Lista de Chequeo de Psicopatía	Procedimiento clínico-actuarial, de 20 ítems (variable) de historial delictivo y variables de personalidad. Existen versiones distintas para grupos específicos y de edad	Violencia en general, especialmente asociada a Trastornos de Personalidad	R.Hare y otros	Adaptaciones españolas disponibles Dr. Torrubia UAB. Dr. Garrido UV. Dr. Luengo USC.
WAVR-21 Assessing Workplace Violence Risk	Guía de 21 factores de riesgo de violencia en el trabajo. Incluye factores dinámicos y estáticos	Diseñado para valorar riesgo de violencia, amenazas y procesos de escalada violenta en organizaciones laborales	S.White y R.Meloy (2007)	No disponible en España
COVR Classification of Violence Risk	Protocolo actuarial de factores de riesgo seleccionados por el método ICT	Violencia física grave en pacientes psiquiátricos	Monahan, Steadmany Appelbaum	No disponible en España

ta de un paciente con un trastorno mental agudo. Esta falta de transparencia, muchas veces propia del método más que de la voluntad del clínico, ha sido muy criticada ya que no permite contrastar la fiabilidad de la decisión por medio de una réplica cuidadosa. Como veremos éste es un obstáculo superado por los procedimientos actuariales o estructurados, especialmente por las llamadas "guías de valoración del riesgo" (Andres Pueyo y Redondo, 2004).

Valoración Actuarial. Se caracteriza esencialmente por un registro cuidadoso y detallado de todos los datos relevantes de la historia personal del sujeto, especialmente aquellas informaciones que se relacionan empíricamente con el comportamiento o criterio a predecir. De ahí su calificativo de actuarial ya que el término actuario, etimológicamente, significa registrar detalladamente informaciones anteriores para hacer valoraciones de riesgo. Pero además del registro detallado de informaciones relevantes, los procedimientos actuariales implican también una ponderación adecuada (también obtenida empíricamente) de la importancia de cada información por medio de reglas de combinación matemáticas. Estas reglas permiten obtener una puntuación de probabilidad determinada que refleja, con gran exactitud, el riesgo de que suceda aquello que queremos predecir (Hart, 1997; Quinsey y Harris, 1998).

Los actuarios predicen el futuro en base a una única presuposición según la cual la probabilidad futura de que suceda un hecho depende de la combinación ponderada de los factores que determinaron su aparición en el pasado (Meehl, 1954; Grove et al. 2000). No hay ningún modelo teórico, causal o determinístico que explique el porqué de las conductas ya que, para la predicción actuarial no se necesita. El futuro es una repetición del pasado. Solamente interesa conocer la probabilidad de que un hecho suceda en el futuro, no interesa el porqué, el cómo o el cuándo, solamente la probabilidad de que suceda. Si la historia nos dice que la presencia de psicopatía y los problemas de conducta en la infancia son antecedentes de la conducta antisocial del adulto (Simonoff, 2004), podremos predecir el incremento de riesgo de violencia en un sujeto que presenta ambos datos en su historia biográfica.

Desde mediados de los años 80, se han desarrollado múltiples instrumentos actuariales de valoración del riesgo. Aunque no han alcanzado una difusión generalizada, se dispone en la actualidad de algunos bien contrastados. Nos gustaría destacar entre ellos el VRAG

(Quinsey et al. 1998), el STATIC99 (Hanson, 1999), el ODARA (Hilton et al. 2004) y el ICT (Monahan et al. 2000) (ver Tabla 2)

Los procedimientos actuariales aplican las reglas descubiertas en estudios grupales a los individuos y, como es natural, el peligro de equivocarse está en relación directa con la variabilidad interindividual de los grupos. Cuanta mayor sea la heterogeneidad de los individuos dentro de un grupo o clase, más inadecuada será la aplicación de las reglas actuariales a cada individuo. Esto, que es cierto en la clínica donde se aspira a la individualización de los tratamientos, es de obligado cumplimiento en el marco jurídico donde la individualidad prevalece de forma destacada en la aplicación de las leyes. Las evaluaciones actuariales no son, en el fondo, evaluaciones individuales sino generalizaciones grupales aplicadas a los individuos y esta es quizás la limitación más importante del procedimiento.

Valoración por medio de juicio clínico estructurado.

Brevemente se puede definir esta técnica como una evaluación mixta clínico-actuarial. Requiere del evaluador numerosas decisiones, basadas en el conocimiento experto de la violencia y de los factores de riesgo, a las que ayudan las "guías de valoración" cuya estructura proviene de los análisis actuariales y está diseñada incluyendo una serie explícita y fija de factores de riesgo identificados y conocidos. Estas guías, a modo de protocolos de actuación, especifican el modo y la manera de reunir y recoger la información que servirá después para tomar decisiones. Sin embargo no introduce, por lo general, restricciones ni orientaciones sobre la propia toma de decisiones (que sí aparecen en los procedimientos actuariales) ni en la forma de resumir y comunicar los resultados y decisiones obtenidas.

En general estas guías de juicio estructurado, que incluyen los factores de riesgo y protección mínimos que hay que valorar para cada tipo de violencia y grupo poblacional, son las más útiles para la valoración de riesgo de violencia porque ayudan a evitar los errores más habituales en la predicción. Entre ellos, ayudan a soslayar olvidos, ya que aseguran que los profesionales chequean todas y cada una de las áreas esenciales que hay que valorar para predecir el riesgo de un determinado tipo de violencia. También evitan los sesgos del clínico en las decisiones como son estimar al alza o a la baja en función de las creencias acerca de la prevalencia del tipo de violencia a predecir, evitan dejarse guiar por correlaciones ilusorias o concentrarse solamente en "indicios" notables.

Del mismo modo que los instrumentos actuariales, las guías de juicio estructurado se han multiplicado en los últimos 15 años. Entre las más destacadas están la familia del HCR-20 (SVR-20, SARA, SAVRY, EARL-B, etc.) que surgieron en Canadá en torno a los trabajos de D. Webster y S. Hart. La familia de la PCL-R (PCL-SV y PCL-YV) inicialmente desarrollada por R. Hare, y otras guías como las de L. Andrews y J. Bonta o las de J. Campbell específicas para la predicción del uxoricidio (ver tabla 2).

En resumen, los procedimientos de valoración del riesgo que hemos denominado “guías”, como es el caso del HCR-20, son herramientas al servicio de los profesionales y no sustituyen a éstos en la toma de decisiones. La estructura que impone el protocolo de valoración afecta sobre todo a la recolección y valoración de los factores de riesgo que componen las guías, es decir a los datos que “necesariamente” hay que identificar. Deja en manos de los técnicos (es decir en su experiencia y habilidades clínicas) las decisiones que estiman el riesgo y los planes de actuación futura para reducirlo. Las decisiones finales son del profesional, no del protocolo.

Se ha dicho que la utilidad primordial de la predicción del riesgo de comportamientos violentos es evitar que éstos se produzcan. De forma más inmediata sus objetivos específicos serían los siguientes:

- a) Guiar la intervención de los profesionales en las tareas de predicción y no dejar a su libre criterio el procedimiento de estimación del riesgo, ya que este método se ha demostrado poco fiable, de dudosa validez e irrefutable.
- b) Mejorar la consistencia de las decisiones al tener en cuenta sistemas contrastados de recogida de datos relevantes y significativos de la historia biográfica del sujeto, de sus variables clínicas de estado y de la situación (factores de riesgo/protección) que rodean al sujeto cuyo comportamiento futuro hay que predecir.
- c) Mejorar la transparencia de las decisiones, ya que se dispone de un registro de los distintos pasos del proceso de predicción aportando transparencia a la decisión y recomendación finales.
- d) Proteger los derechos de los clientes y usuarios, ya que las decisiones, a veces útiles y acertadas pero otras veces no, se pueden analizar a la luz de los derechos que protegen a los destinatarios (bien se trata de víctimas o agresores).

Siguiendo estas orientaciones generales es posible afirmar que las predicciones de riesgo de violencia, realizadas por procedimientos rigurosos como los descritos, son

perfectamente comparables en su calidad y posibilidades a las de predicciones hechas en otras áreas profesionales reconocidas y útiles como la predicción meteorológica, las predicciones en ingeniería civil, las predicciones económicas o sociológicas. El rigor técnico que aquí se ha defendido aumenta considerablemente la eficacia de las valoraciones de riesgo de violencia que realizamos los profesionales de la Psicología, ampliando el repertorio de posibilidades de intervenir en la gestión del riesgo de violencia y la prevención de la violencia y de sus consecuencias (Doyle y Dolan, 2002; Tëngstrom et al. 2006).

CONCLUSIONES

La realidad profesional de la Psicología aplicada a los problemas de la delincuencia se ha visto ampliada con las demandas relacionadas con la violencia en sus distintas formas. En este contexto, la necesidad de prevenir la violencia ha traído a primer plano la necesidad de disponer de técnicas de predicción del riesgo de violencia que tengan una mayor eficacia que las tradicionales evaluaciones de la peligrosidad, propias de contextos forenses y penitenciarios. Los avances en el conocimiento de la violencia y sus formas y, sobre todo, la identificación de los factores de riesgo que la promueven han permitido la introducción de nuevos procedimientos. Estos se han generalizado rápidamente, en los últimos 15 años, trasladándose de entornos limitados de la psiquiatría forense y la criminología a la práctica profesional de la psicología clínica, los servicios sociales y contextos jurídico-penales.

Como hemos descrito, las nuevas técnicas de valoración del riesgo que siguen el método del juicio clínico estructurados, y se materializan en forma de guías de valoración del riesgo han mejorado la eficacia predictiva de los pronósticos de violencia en poblaciones penitenciarias, enfermos mentales, agresores domésticos y de pareja, y en ámbitos laborales y escolares. Juntamente con este incremento en la eficacia predictiva las guías estructuradas, permiten diseñar procedimientos de minimización y gestión del riesgo de violencia lo que es tan importante como la predicción futura en sí misma. Por último, conviene destacar que estas nuevas técnicas ayudan en la toma de decisiones y facilitan la claridad y transparencia de los juicios de los expertos, que con frecuencia pueden ser objeto de litigio por las consecuencias que generalmente comportan este tipo de decisiones. En la actualidad ya se dispone de algunas

guías adaptadas a nuestro entorno socio-jurídico español y otras lo estarán en breve, homologando así los recursos profesionales disponibles a los de otros países y más desarrollados en el uso de estos procedimientos de predicción.

Agradecimientos: Este trabajo se ha realizado en el marco del desarrollo de los proyectos de investigación SEC2001-3821-C05-01/PSCE y SEJ2005-09170-C04-01/PSIC del Ministerio de Educación y Ciencia del Gobierno de España.

REFERENCIAS

- Andres Pueyo, A. (1997). *Manual de Psicología Diferencial*. Madrid: McGraw Hill.
- Andres Pueyo, A. y Redondo, S. (2004) Aportaciones psicológicas a la predicción de la conducta violenta, reflexiones y estado de la cuestión. *II Congreso Virtual de Psicología Jurídica y Forense*. Madrid.
- Andrews, J. y Bonta, R. (2003). *The Psychology of criminal conduct*. (3 ed.) Cincinnati, Anderson Pub. Co.
- Arboleda-Flórez, J., Holley, H. et al. (1998). Understanding causal paths between mental illness and violence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 38-46.
- Beck, J. C. (1996). Predicting inpatient violence. *American Journal of Psychiatry* 153(6), 845.
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo*. Barcelona: Paidós.
- Belfrage, H., Fransson, G. et al. (2000). Prediction of violence using the HCR-20, A prospective study in two maximum-security correctional institutions. *Journal of Forensic Psychiatry*, 11(1), 167-175.
- Belfrage, H., Douglas, K.S. (2002). Treatment effects on forensic psychiatric patients measured with the HCR-20 violence risk assessment scheme. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1(1), 25-36.
- Belfrage, H. y Rying, M. (2004). Characteristics of spousal homicide perpetrators, a study of all cases of spousal homicide in Sweden 1990-1999. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 14, 121-133
- Björkdahl, Olsson y Palmstierna (2006). Nurses short term prediction of violence in acute psychiatric intensive care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 224-229.
- Blackburn, R. (1999). Violence and Personality Distinguishing among Violent Offenders. En D. Curran y W. McCartney (Eds.). *Psychological Perspectives on Serious Criminal Risk*. Leicester: British Psychological Society.
- Boer, D. P. et al. (1997). The SVR-20. Guide for assessment of Sexual Risk Violence. (Hay versión española editada por Hilterman y Andres-Pueyo. Manual de valoración del riesgo de violencia sexual. Barcelona: Pub. Universidad de Barcelona)
- Borum, R. (1996). Improving the Clinical Practice of Violence Risk Assessment. *American Psychologist*, 51(9), 945-956.
- Buchanan, A. (1999). Risk and dangerousness. *Psychological Medicine*, 29, 465-473.
- Campbell, J. C., Ed. (1995). *Assessing Dangerousness. Violence by sexual offenders, batterers, and child abusers*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Carrasco, J. y Maza, M. (2005). *Manual de Psiquiatría*. Madrid: La Ley.
- Cohen, D. A. (1997). Notes on the clinical assessment of dangerousness in offender populations. *Psychiatry On-Line*, 1-7.
- Derzon, J. H. (2001). Antisocial behavior and the prediction of violence, A meta-analysis. *Psychology in the Schools. Special Issue, Appraisal and prediction of school violence*, 38(2), 93-106.
- Dinakar, H. S. y Sobel, R. N. (2001). Violence in the community as a predictor of violence in the hospital. *Psychiatric Services*, 52(2), 240-241.
- Dolan, M. y Doyle, M. (2000). Violence risk prediction, Clinical and actuarial measures and the role of the Psychopathy Checklist. *British Journal of Psychiatry*, 177, 303-311.
- Douglas, K. S., Cox, D. N. y Webster, C.D. (1999). Violence risk assessment, Science and practice. *Legal & Criminological Psychology*, 4(Part 2), 149-184.
- Douglas, K. S. y Kropp, P. R. (2002). A prevention-based paradigm for violence risk assessment, Clinical and research applications. *Criminal Justice & Behavior. Special Issue, Risk assessment*, 29(5), 617-658.
- Douglas, K. S., Ogloff, J. R. P. y Hart. S. (2003). Evaluation of a model of violence risk assessment among a forensic psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 54(10), 1372-1379.
- Douglas, K. S. y Skeem, J. L. (2005). Violence Risk Assessment. Getting Specific About Being Dynamic. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11(3), 347-383.
- Douglas, K. S., Yeomans, M. et al. (2005). Comparative validity analysis of multiple measures of violence risk in a sample of criminal offenders, Erratum. *Criminal Justice and Behavior*, 32(6), 736-737.
- Doyle, M. y M. Dolan (2006). Predicting community vio-

- lence from patients discharged from mental health services. *British Journal of Psychiatry*, 189(6), 520-526.
- Dutton, D. G. y Kropp, P. R. (2000). A review of domestic violence risk instruments. *Trauma Violence & Abuse*, 1(2), 171-181.
- Edens, J. F., Skeem, J.L. et al. (2006). Incremental validity analyses of the Violence Risk Appraisal Guide and the Psychopathy Checklist, Screening Version in a civil psychiatric sample. *Assessment*, 13(3), 368-374.
- Elbogen, E. B., Calkins, C., Scalora, M.J., Tomkins, A. J. (2002). Perceived relevance of factors for violence risk assessment, a survey of clinicians. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1(1), 37-47.
- Elbogen, E. B. (2002). The Process of Violence Risk Assessment, A Review of Descriptive Research. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 591-604.
- Elbogen, E. B., Van Dorn, R.A. et al. (2006). Treatment engagement and violence risk in mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 189(4), 354-360.
- Esbec, E. (2003) Valoración de la peligrosidad criminal. *Psicopatología legal y forense*, 3(2), 45-64.
- Farnham, F. R. y James, D. V. (2001). 'Dangerousness' and dangerous law. *Lancet*, 358(9297), 1926.
- Fuller, J. y Cowan, J. (1999). Risk assessment in a multidisciplinary forensic setting, Clinical judgement revisited. *Journal of Forensic Psychiatry* 10(2), 276-289.
- Gardner, W., Lidz, C. W. et al. (1996). Clinical versus actuarial predictions of violence in patients with mental illnesses. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64(3), 602-609.
- Garrido, V., Stangeland, P. y Redondo, S. (2006) *Principios de Criminología* (3ª. Ed). Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Gisbert Calabuig, J.A. (1998). *Medicina Legal y Forense*. Barcelona: Masson.
- Gottfredson, S. M., LJ (2006). Statistical risk assessment, Old problems and new applications. *Crime & Delinquency*, 52(1), 178-200.
- Grisso, T. y Tomkins, A.J. (1996). Communicating Violence Risk Assessments. *American Psychologist*, 51(9), 928-930.
- Grove, W. et al (2000). Clinical versus mechanical prediction, a meta-analysis. *Psychological Assessment*, 12(1), 19-30.
- Harris, G. T. y Rice, M. E. (1997). Risk appraisal and management of violent behavior. *Psychiatric Services*, 48(9), 1168-1176.
- Harris, G. T., Rice, M. E. et al. (2002). Prospective replication of the Violence Risk Appraisal Guide in predicting violent recidivism among forensic patients. *Law & Human Behavior*, 26(4), 377-394.
- Hart, S. D. (1997). The role of psychopathy in assessing risk for violence, Conceptual and methodological issues. *Legal & Criminological Psychology*, 3(Part 1), 121-137.
- Hart, S. (2001). Assessing and managing violence risk. En K. Douglas et al.(Ed.). *HCR-20, violence risk management companion guide* (pp. 13-26). Vancouver: SFU ed.
- Hastings, J. E. y Hamberger, L. K. (1997). Sociodemographic predictors of violence. *Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 323-335.
- Hawkins, J. D., Herrenkohl, T.I., Farrington, D.P., Brewer, D., Catalano, R.F., Harachi, T.W., Cothorn, L. (2000). Predictors of youth violence. *Juvenile Justice Bulletin*.
- Heilbrun, K. (1997). Prediction versus management models relevant to risk assessment, The importance of legal decision-making context. *Law & Human Behavior*, 21(4), 347-359.
- Heilbrun, K., Ogloff, J. R. P. et al. (1999). Dangerous offender statutes in the United States and Canada, Implications for risk assessment. *International Journal of Law & Psychiatry. Special Issue, Current issues in law and psychiatry*, 22(3-4), 393-415.
- Hemphill, J. F. y Hare, R. D. (2004). Some misconceptions about the Hare PCL-R and risk assessment, A Reply to Gendreau, Goggin, and Smith. *Criminal Justice and Behavior*, 31(2), 203-243.
- Hilton, N. Z., Harris, G.T., Rice, M.E., Lang, C., Cormier, C.A. y Lines, K.J. (2004). A Brief Actuarial Assessment for the Prediction of Wife Assault Recidivism, the Ontario Domestic Assault Risk Assessment. *Psychological Assessment*, 16(3), 267-275.
- Hilton, N. Z., Harris, G. T. et al. (2006). Sixty-Six Years of Research on the Clinical Versus Actuarial Prediction of Violence. *Counseling Psychologist* 34(3), 400-409.
- Hodgins, S. (1997). An overview of research on the prediction of dangerousness. *Nordic Journal of Psychiatry. Special Issue, Forensic psychiatric research in the Nordic countries*, 51(Suppl 39), 33-38, 73-95.
- Hodgins, S. y Janson, C. G. (2002). *Criminality and violence among the mentally disordered. The Stockholm Project Metropolitan*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Johnson, B. R. (2000). Assessing the risk for violence.

- Psychiatric aspects of violence, Issues in prevention and treatment. New directions for mental health services, No. 86.* C. C. Bell. (pp. 31-36). San Francisco, CA: Jossey-Bass/Pfeiffer.
- Kroner, D. G., Mills, J.F (2001). The accuracy of five risk appraisal instruments in predicting institutional misconduct and new convictions. *Criminal Justice and Behavior, 28*(4), 471-489.
- Kropp, P.D. et al. (1995). The Spousal Assault Risk Assessment Guide. Vancouver: BCAFV. (versión en castellano de Andres-Pueyo, A. y Lopez, S. 2004. Barcelona: Pub. Universidad de Barcelona)
- Kropp, P. R. y Hart, S. D. (1997). Assessing risk of violence in wife assaulters, The Spousal Assault Risk Assessment Guide. En C. D. Webster and M. A. Jackson (Eds.), *Impulsivity, Theory, assessment, and treatment* (pp. 302-325). New York, NY: Guilford Press.
- Krug E.G., Dahlberg, L.L, Mercy, J.A. y Zwi, A.B. (2002). *World Report on violence and health*. Ginebra: World Health Organization.
- Loza, W., Villeneuve, D. B. et al. (2002). Predictive validity of the Violence Risk Appraisal Guide, A tool for assessing violent offender's recidivism. *International Journal of Law & Psychiatry, 25*(1), 85-92.
- Maden, A. (2001). Practical application of structured risk assessment. *British Journal of Psychiatry, 178*, 479.
- Maden, A. (2007). *Treating violence, a guide to risk management in mental health*. Oxford: Oxford Univ. Press.
- Meehl, P. (1954). *Clinical vs. statistical prediction, a theoretical analysis and a review of the evidence*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- McMillan et al (2004) Clinical and actuarial prediction of physical violence in a forensic intellectual disability hospital. *Journal of Applied Research in Intellectual Abilities, 17*, 255-265.
- McNiel, D. E. y Binder, R. L. (1996). Predicting inpatient violence, Reply. *American Journal of Psychiatry, 153*(6), 845-846.
- Miller, M. C. (2000). A model for the assessment of violence. *Harvard Review of Psychiatry, 7*(5), 299-304.
- Monahan, J. (1996). Violence prediction, The past twenty and the next twenty years. *Criminal Justice & Behavior, 23*(1), 107-120.
- Monahan, J. y Steadman, H.J. (1983). Crime and mental disorder, an epidemiological approach. En M.Torny y M.Norris (Eds.). *Crime and Justice, 4*, 145-189
- Monahan, J., Steadman, H.J., Appelbaum, P.S., Robins, 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.
- Monahan, J. y Steadman, H. J. (1996). Violent storms and violent people, How meteorology can inform risk communication in mental health law. *American Psychologist, 51*(9), 931-938.
- Moran, M. J., Sweda, M. G. et al. (2001). The clinical application of risk assessment in the treatment-planning process. *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology, 45*(4), 421-435.
- Mossman, D. (2000). Commentary, Assessing the risk of violence—Are accurate predictions useful? *Journal of the American Academy of Psychiatry & the Law, 28*(3), 272-281.
- Mulvey, E. P. y Lidz, C. W. (1998). Clinical prediction of violence as a conditional judgment. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 33*(Suppl 1), S107-S113.
- Nestor, P. G. (2002). Mental disorder and violence, personality dimensions and clinical features. *American Journal of Psychiatry, 159*, 1973-1978.
- Ozer, J. y Benet, V. (2006). Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annual Review of Psychology, 57*, 401-421.
- Paradas, J.M. (2003) El riesgo como construcción conceptual. *Rev.Catalana de Seguretat Pública, 13*, 11-31.
- Quinsey, V. L., Harris, G. T. et al. (1998). Violent offenders, Appraising and managing risk.
- Rapp-Paglicci, L.A., Robers, A.R., Wodarski, J.S. (Eds.). (2002). *Handbook of violence*. Chichester, UK: Wiley.
- Reiss, A.J. (ed) (1994). *Understanding and preventing violence*. New York: National Research Council.
- Salekin, R. T., Rogers, R. et al. (1996). A review and meta-analysis of the Psychopathy Checklist and Psychopathy Checklist—Revised, Predictive validity of dangerousness. *Clinical Psychology, Science & Practice, 3*(3), 203-215.
- Schopp, R. F. (1996). Communicating risk assessments, Accuracy, efficacy, and responsibility. *American Psychologist, 51*(9), 939-944.
- Scott, C. L. y Resnick, P. J. (2006). Violence risk assessment in persons with mental illness. *Aggression and Violent Behavior, 11*(6), 598-611.
- Serrano Gomez, (1974) La ley de peligrosidad y la rehabilitación social. ADPCP.
- Simonoff, E., Elander, J., Holmshaw, J., Pickles, A., Mur-

- ray, R., Rutter, M. (2004). Predictors of antisocial personality. *British Journal of Psychiatry*, 184, 118-127.
- Simourd, D. J. (2004). Use of dynamic risk/need assessment instruments among long-term incarcerated offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 31(3), 306-323.
- Skeem, J. L., Mulvey, E. P. et al. (2000). Building mental health professionals' decisional models into tests of predictive validity, The accuracy of contextualized predictions of violence. *Law & Human Behavior*, 24(6), 607-628.
- Steadman, H. J., Silver, E., Monahan, J., Appelbaum, P.S., Robbins, P.C., Mulvey, E.P., Grisso, T., Roth, L.H. y Banks, S. (2000). A classification tree approach to the development of actuarial violence risk assessment tools. *Law and Human Behavior*, 24(1), 83-100.
- Szmukler, G. (2001). Violence risk prediction in practice. *British Journal of Psychiatry*, 178, 84-85.
- Tardiff, K. (2002). The past as prologue: Assessment of future violence in individuals with history of past violence. En R.I. Simon y D.W. Shuman (Eds.), *Retrospective assessment of mental states in litigation: Predicting the past* (pp.181-208). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Tengstrom, A. et al. (2006). Predicting violence and antisocial behavior in hospital using the HCR-20. *International Journal of Forensic Mental Health*, 5(1), 39-53
- Van Hasselt, V. B. y Hersen, M. (Eds.), (2000). *Aggression and violence. An introductory text*. Boston: Allyn & Bacon.
- Walters, G. D. (2000). Disposed to agres ?, in search of the violence-prone personality. *Agression and Violent Behavior*, 5(2), 177-190.
- Webster, C. D., Hucker, S.J., y Bloom, H. (2002). Transcending the actuarial versus clinical polemic in assessing risk for violence. *Criminal Justice and Behavior*, 29(5), 659-665.
- Webster, C. D. y Jackson M. A. (1997) *Impulsivity, Theory, assessment, and treatment*. New York, NY: Guilford Press
- Webster, C. D. y Cox, D. (1997). Integration of nomothetic and ideographic positions in risk assessment, Implications for practice and the education of psychologists and other mental health professionals. *American Psychologist*, 52(11), 1245-1246.
- Webster, C. D., Douglas, K. S. et al. (1997). Assessing risk of violence to others. *Impulsivity, Theory, assessment, and treatment*. C. D. Webster and M. A. Jackson. New York, NY, Guilford Press, 251-277.
- Weisz, A. N., Tolman, R. M. et al. (2000). Assessing the risk of severe domestic violence, The importance of survivors' predictions. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(1), 75-90.
- Williams, C. R. y Arrigo, B. A. (2002). Law, psychology, and the new sciences, Rethinking mental illness and dangerousness. *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology*, 46(1), 6-29.
- Wollert, R. (2001). An analysis of the argument that clinicians under-predict sexual violence in civil commitment cases, Commentary. *Behavioral Sciences & the Law. Special Issue, Youth Violence*, 19(1), 171-184.
- Wong, S. C. P. y Gordon, A. (2006). The Validity and Reliability of the Violence Risk Scale, A Treatment-Friendly Violence Risk Assessment Tool. *Psychology, Public Policy, and Law*, 12(3), 279-309.
- Zeiss, R. A., Tanke, E. D. et al. (1996). Dangerousness commitments, Indices of future violence potential? *Bulletin of the American Academy of Psychiatry & the Law*, 24(2), 247-253.

VALORACIÓN DEL RIESGO DE VIOLENCIA EN ENFERMOS MENTALES CON EL HCR-20

VIOLENCE RISK ASSESSMENT IN MENTAL DISORDERS WITH THE HCR-20

Karin Arbach y Antonio Andrés Pueyo
Universidad de Barcelona

La relación entre enfermedad mental y violencia es compleja y sobre todo polémica. A pesar de las dificultades y prejuicios no debería obviarse su estudio ya que sus consecuencias afectan a la salud y bienestar de las personas que sufren una enfermedad mental y de su entorno. Numerosos profesionales de la salud mental que trabajan en contextos clínicos y forenses se enfrentan cotidianamente con este problema y, en muchas ocasiones, con la urgencia de intervenir frente al comportamiento violento. A pesar de las numerosas evidencias obtenidas en los últimos 20 años acerca de la realidad de este problema aún persiste el convencimiento de que hablar de violencia y enfermedad mental solamente tiene efectos negativos para los enfermos mentales porque aumenta su estigma social. Los recientes estudios epidemiológicos cuestionan estas creencias y han facilitado el desarrollo de estrategias adecuadas para prevenir e intervenir técnicamente en este problema. Las evidencias indican que la enfermedad mental es un factor de riesgo de violencia, que se puede predecir y prevenir o minimizar la probabilidad de que ocurra. Para estas tareas se han desarrollado instrumentos de aplicación profesional como el HCR-20.

El HCR-20 es una guía de valoración del riesgo de violencia diseñada específicamente para predecir y gestionar el riesgo de violencia futura en grupos de personas con enfermedad mental o en personas que han cometido uno o más delitos violentos. En este artículo se presenta una breve revisión de los recientes hallazgos epidemiológicos sobre las relaciones entre violencia y enfermedad mental, se incluye una descripción de la guía HCR-20, haciendo énfasis en su uso en contextos hospitalarios y se presentan los resultados preliminares de una investigación realizada en España para explorar su validez predictiva en un grupo de personas afectadas de trastorno mental grave.

Palabras clave: Peligrosidad, Trastorno Mental, Violencia, Valoración del Riesgo de Violencia.

Mental illness and violence relationship is complex and controversial. Although we find many difficulties and prejudices, their study shouldn't be avoided, mostly because their consequences affect the health and well-being of the patients. Many mental health professionals who work in a clinical or forensic context are constantly faced with this issue, frequently forced to take decisions when the patient behaves violently. In spite of the numerous evidences about the reality of this problem obtained in these last 20 years, there is still the belief that when we speak about violence and mental illness, it has negative effects towards the patients, because it increases their social stigmata.

Recent epidemiologic researches questioning these beliefs, and have facilitated the development of the right strategies to prevent and predict these problems. The evidences prove that mental illness is a risk factor of future violence that it can be predicted and prevented. For these professional decisions, have been used violence forecasting assessment guides like the HCR-20.

The HCR-20 is a guide specifically designed to predict and manage the risk of future violence, mostly physical and menaces in groups of people with mental illness or persons who have committed one or more crimes with violence involved.

In this paper, there is a brief revision of the recent epidemiologic findings about the relationships between violence and mental illness, with a description of the HCR-20 guide, emphasizing in its use in clinical settings and institutions. There are also shows the preliminary results of the Spanish adaptation of this guide in a field study about its predictive validity in a group of inpatients affected by severe mental disorder.

Key words: Dangerousness, Mental Disorders, Violence Risk Assessment.

Graves sucesos violentos como los que conocieron este año la Universidad de Virginia Tech (16-04-2007, Estados Unidos) en los que un estudiante con antecedentes psiquiátricos protagonizó una masacre en la cual murieron 33 estudiantes y profesores,

o el asesinato múltiple ocurrido en la clínica de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid en el año 2003, cometido por un médico-residente afectada por un trastorno mental grave, muestran una realidad en la cual violencia y enfermedad mental aparecen relacionadas. A pesar de que estos sucesos reciben una enorme difusión mediática no representan la realidad más frecuente y cotidiana del comportamiento violento realizado por los enfermos mentales. Esta afirmación se basa no solamente en la excepcionalidad de tales sucesos, sino también en el hecho

Correspondencia: Karin Arbach. Grupo de Estudios Avanzados en Violencia. Facultad de Psicología-Universidad de Barcelona. Paseig Vall Hebron 171. 08035 Barcelona. España.
E-Mail: K_abcach@hotmail.com

de que es más frecuente que los enfermos mentales sean víctimas de la violencia que autores de la misma (Stuart, 2003) realidad ésta poco recogida en los medios de información.

Ya sea correcta o incorrectamente la violencia y los trastornos mentales parecen estar irreversiblemente ligados en la mente popular (Appelbaum, 2006; Pescosolido, Monahan, Link, Stueve y Kikuzawa, 1999; Phelan y Link, 1998). En la actualidad un aspecto central del estereotipo de la enfermedad mental es la peligrosidad y resulta clave para el estigma y la discriminación que sufren las personas con trastorno mental (Silver, 2006; Stuart y Arboleda-Flórez, 2001). Muchas personas atribuyen a las personas con trastorno mental un elevado riesgo de comportamiento violento, se las percibe como impredecibles y peligrosas, propensas a manifestar comportamientos impulsivos, agresivos y socialmente inadecuados (Stuart, 2003; Eronen, Angermeyer y Schulze, 1998; Tiihonen, Hakola, Eronen, Vartiainen y Ryyänen, 1996; Rabkin, 1979).

La creencia de que el trastorno mental es la base de la peligrosidad de ciertos delincuentes y la razón de muchos actos violentos (por ejemplo, de agresiones sexuales, de violencia doméstica o de pareja) está muy extendida en la opinión pública y aparece como un justificante causal de numerosos delitos violentos. Sin embargo, el uso del factor *enfermedad mental* como concepto clarificador y explicativo de una conducta tan compleja como es la acción violenta no deja de ser una simplificación teóricamente arriesgada, aún más si el argumento sirve para guiar la acción profesional.

Según Mullen, Burgess, Wallace, Palmer y Ruschena (2000) la creciente atención sobre las conductas delictivas y violentas de las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales severos tiene más que ver con una mayor conciencia de estos fenómenos que con un incremento objetivo de tales conductas, es decir que esta atención no se fundamenta en un incremento de la conducta violenta en los enfermos mentales.

La visión estereotipada del enfermo mental como una persona violenta parece estar basada, al menos en parte, en evidencias recientes que identifican una tasa elevada de violencia en un subgrupo de personas con enfermedad mental (Angermeyer, Cooper y Link, 1998; Arboleda-Flórez, 1998) y está asociada al concepto de peligrosidad como disposición psicológica relacionada con el riesgo de comportamiento violento. Esta es una visión un tanto obsoleta y en la medida en que la peligro-

sidad, como disposición innata, deje de aplicarse como elemento predictor de la violencia futura aquella visión irá desapareciendo (Andrés-Pueyo y Redondo, 2007).

Desde una postura opuesta, en numerosos contextos académicos y asistenciales, muchos investigadores de las ciencias sociales y defensores de los pacientes argumentan que la relación propuesta entre trastorno mental y violencia es una falsa creencia, prejuiciosa y que alimenta el estigma del enfermo mental como un sujeto violento. Según esta visión, la prevalencia de conducta violenta ejercida por los enfermos mentales en la comunidad resulta de escasa gravedad y de frecuencia no superior a la población general (Morera, Hueso y Martínez, 2001).

Sin embargo, desde hace algunas décadas, muchos profesionales de la salud mental reconocen que la violencia es relativamente frecuente en un grupo limitado de pacientes. Inicialmente surgida del quehacer clínico, esta percepción fue traducida en términos empíricos cuando, a partir de los años ochenta, estudios epidemiológicos de gran escala así como otros estudios clínico-forenses, encontraron índices de prevalencia de conducta violenta más elevados en pacientes psiquiátricos que los observados en población general (Wessely, 1997).

VIOLENCIA Y ENFERMEDAD MENTAL

La violencia interpersonal, ya sea física, sexual o psicológica, no es simplemente un síntoma o una manifestación psicopatológica, sino más bien un fenómeno recíproco e interactivo que surge en el contexto de las relaciones sociales (Angermeyer, Cooper y Link, 1998). La extensión de las teorías que relacionan la violencia con los instintos, los impulsos incontrolables y con los aprendizajes sociales inadecuados (Storr, 1991; Rojas Marcos, 1995; Sanmartín, 2004) suelen olvidar que la violencia es una estrategia deliberada, que se relaciona con los conflictos reales o imaginarios que las personas tienen entre sí, y que por tanto atienden a mecanismos de regulación más complejos que los simples impulsos o emociones, más o menos descontroladas, entre los que destaca la intencionalidad del agresor de realizar una conducta violenta con una finalidad específica (Andrés y Redondo, 2007; Tobeña, 2001).

De los diferentes tipos de violencia (ver Informe Mundial sobre Violencia y Salud; OMS, 2002) en este trabajo nos centraremos en la violencia interpersonal ejercida por personas con enfermedad mental grave. La literatura reciente sobre evaluación del riesgo de violencia define la conducta violenta como la realización de un *daño re-*

al, o un intento o amenaza de dañar a una o más personas, es la conducta que objetivamente puede causar daño a otro/s (Webster, Douglas, Eaves y Hart, 1997a). Incluidos en éste concepto están los actos que pueden ser razonablemente factibles de dañar a otra persona, los comportamientos amenazantes y las agresiones contra la propiedad. En estos términos, para ser consideradas violentas las amenazas de agresión han de ser nítidas y creíbles (Douglas, Cox y Webster, 1999; Webster, Douglas, Eaves y Hart, 1997a).

Gran parte del interés por la relación entre enfermedad mental y violencia emerge de las preocupaciones sobre la seguridad pública, pero el tema también es relevante para la calidad de vida y el bienestar de las personas con trastorno mental y de su entorno, por las consecuencias para aquellos enfermos tales como pueden ser las demandas judiciales, la prisión, el rechazo de la familia o la comunidad, o el sentimiento de culpa (Link y Stueve, 1995). Las conductas violentas de los enfermos mentales tienen un impacto importante a distintos niveles. A nivel clínico se asocian frecuentemente a recaídas, reingresos hospitalarios y resultados limitados en el tratamiento ambulatorio (Swanson et al., 2000), por otra parte generan costos humanos reflejados en el sufrimiento de las víctimas, de sus familiares y del agresor. También son importantes los costos económicos, por el impacto que estas conductas tienen en las instituciones (Hodgins, 2001). Una evaluación objetiva de los riesgos asociados con los trastornos mentales es una condición necesaria para reducir el estigma, superar el rechazo social de los individuos afectados (Angermeyer, Cooper y Link, 1998) y en definitiva, favorecer la calidad de vida de estos pacientes.

Aunque la relación entre la enfermedad mental y el comportamiento violento ha sido objeto de debate a lo largo de la historia y las culturas, la controversia no despertó un interés real en los investigadores de la salud mental hasta mediados de los años sesenta (Arango, Calcedo Barba, Gonzalez Salvador y Calcedo Ordoñez, 1999; Eronen, Angermeyer y Schulze, 1998; Marzuk, 1996). Hasta ese momento la bibliografía científica sobre la relación entre el trastorno mental y la violencia era escasa e inconsistente (Hodgins, Mednick, Brennan, Schulsinger y Engberg, 1996), y pocos estudios sostenían la noción de que las personas con trastorno mental no eran más violentas e incluso tenían menos posibilidades de ejercer actos violentos que la población general. En consecuencia, una gran proporción de profesionales

de la salud mental creían que relacionar ambos conceptos era un artificio que alimentaba la estigmatización de las personas con psicopatologías graves.

Durante ese período se produjo una reforma de la práctica psiquiátrica, que condujo a que se limitaran las camas hospitalarias psiquiátricas y se redujeran los períodos de hospitalización en favor de programas de tratamiento en la comunidad para las personas con enfermedad mental (Grassi, Peron, Marangoni, Zanchi y Vanni, 2001; Hodgins, 2001; Raja, Azzoni y Lubich, 1997; Hodgins, Mednick, Brennan, Schulsinger y Engberg, 1996). Hasta ese momento los individuos que sufrían un trastorno mental severo eran institucionalizados durante largos períodos o de por vida, pero después de la reforma se generalizaron los tratamientos que incluían internamientos más breves y una relativa flexibilidad de los criterios para el alta hospitalaria.

A medida que una gran cantidad de hospitales psiquiátricos comenzaron "a cerrar sus puertas", las admisiones en prisión de sujetos con trastorno mental fueron en aumento (Wallace, Mullen y Burgess, 2004; Hodgins, 1998; Hodgins, Mednick, Brennan, Schulsinger y Engberg, 1996). Cuando el sistema penitenciario se encontró "superpoblado", se comenzó a derivar al sistema sanitario, ahora reducido a unas pocas camas en hospitales generales, a los delincuentes con trastorno mental (Rabkin, 1979). Este proceso fue denominado "criminalización" de los enfermos mentales, y en parte explica el aumento de historiales delictivos o violentos en pacientes psiquiátricos (Skeem et al., 2004). Este hecho favoreció la visión estereotipada de las personas con un trastorno mental grave y las consecuencias negativas asociadas al estigma, como el aislamiento, la segregación o el rechazo (Swanson et al., 2000; Arango, Calcedo Barba, Gonzalez Salvador y Calcedo Ordoñez, 1999; Marzuk, 1996; Swanson, Borum, Swartz y Monahan, 1996).

Como ya se ha señalado antes, una gran parte de la ortodoxia psicológica y criminológica sostenía (y aún lo hace en la actualidad) la inexistencia de relaciones entre enfermedad mental y violencia. Es difícil pensar cómo esta creencia se pudo haber mantenido pese a las numerosas evidencias que se fueron encontrando y que sustentan una imagen diferente (Maden, 2007). La paradoja más sorprendente es que, entre los profesionales que trabajan cotidianamente en la asistencia a estos pacientes o los familiares que conviven con ellos, la idea de que son potencialmente más violentos, que aquellos no afectados por trastornos mentales, es una considera-

ción habitual y esta opinión probablemente se fundamenta en que ellos son las víctimas más frecuentes de la violencia ejercida por los enfermos mentales.

Después de un período en el que los expertos parecían coincidir en que la violencia entre los enfermos mentales no era un problema distinto al del resto de la población se revisó el tema por varias razones: las limitaciones de los estudios en que se basaba esta creencia, las consecuencias de la "desmanicomialización", los nuevos tratamientos ambulatorios de los trastornos mentales graves, las mejorías en la integración social de las personas que los sufren, la extensión del consumo de drogas y otros elementos criminogénicos y el avance de las ciencias forenses en el campo de la delincuencia, fueron las principales.

LA EVIDENCIA DISPONIBLE

Después de la Segunda Guerra Mundial se llevaron a cabo una serie de estudios epidemiológicos interesados en esclarecer el polémico interrogante relativo a la existencia o no de una relación entre la enfermedad mental y la conducta violenta. Muchos de ellos tenían el objetivo adicional de identificar los factores de riesgo que pudieran influenciar la conducta violenta en esta población a fin de prevenirla. En los últimos cuarenta años se han efectuado estudios con diferentes diseños cuyos resultados son coherentes entre sí y demuestran que la prevalencia de la conducta violenta en personas afectadas por enfermedades mentales graves es mayor que en la población general (Wessely, 1997), y que este índice aumenta notablemente ante la coexistencia del abuso de drogas (Walsh, Buchanan y Fahy, 2002).

Las evidencias que justifican la existencia de una relación contrastada entre enfermedad mental y violencia provienen de: a) estudios de prevalencia de la violencia en personas con enfermedad mental, b) estudios de prevalencia de los trastornos mentales en personas que han cometido actos violentos y están o han estado en contacto con el sistema de justicia penal y c) estudios epidemiológicos comunitarios diseñados específicamente para descubrir la prevalencia conjunta del trastorno mental y la conducta violenta (Monahan, 1992). A continuación se describen los principales resultados de algunos de estos estudios que destacan por su rigor y calidad metodológica.

En 1981 J. Ortmann examinó los registros delictivos y de admisiones psiquiátricas de una cohorte de 11540 hombres nacidos en Copenhague en 1953 y que aún vi-

vían en Dinamarca en 1975. Encontró que el 43.5% de hombres tratados por enfermedad mental tenían una o más condenas (83% de ellos tenía un trastorno por consumo de sustancias coexistente) comparados con el 34.8% de los hombres sin enfermedad mental (Ortmann, 1981 en Hodgins, 1992). Una década más tarde S. Hodgins (1992) exploró los registros psiquiátricos y policiales de una cohorte compuesta por 15117 personas nacidas en Estocolmo en 1953 y que aún vivían en Suecia a los 30 años. Los hombres que habían desarrollado un trastorno mental grave mostraron un riesgo relativo 2.5 veces mayor para todos los delitos criminales y 4 veces mayor para los delitos violentos comparados con los hombres sin trastorno mental. En los hombres con abuso o dependencia de sustancias o drogas el riesgo fue 20 veces mayor que aquellos sin trastorno mental. También en las mujeres con trastorno mental grave el riesgo fue 5 veces mayor para los delitos comunes y 27 veces mayor para los delitos violentos, comparadas con las mujeres sin trastorno. Es interesante notar que no se encontró que el riesgo de desarrollar un trastorno por abuso de sustancias concurrente variara significativamente según categorías diagnósticas (esquizofrenia, trastorno afectivo grave, estados paranoides, y otras psicosis) (Hodgins, 1992).

En otro estudio dirigido por S. Hodgins en Dinamarca (Hodgins, Mednick, Brennan, Schulsinger y Engberg, 1996) se obtuvieron los registros de admisiones psiquiátricas y de condenas por delitos violentos para la cohorte nacida entre 1944 y 1947 y que vivieran en el país en 1990. La muestra estuvo compuesta por 158.799 mujeres y 165.602 hombres. Se comparó la prevalencia, tipo y frecuencia de condenas entre quienes habían sido hospitalizados por diferentes trastornos psiquiátricos (6.6% del total de la muestra, de estos 2.2% fue ingresado por un trastorno mental grave) y las personas nunca ingresadas. En las mujeres, todos los grupos diagnósticos tenían un riesgo de delincuencia entre 3 y 10 veces mayor comparados con quienes no tenían trastorno mental. En los hombres también todos los grupos diagnósticos tenían un riesgo incrementado entre 2 y 7 veces para las condenas criminales (Brennan y Alden, 2006; Hodgins, Mednick, Brennan, Schulsinger y Engberg, 1996).

En un nuevo análisis de estos datos, Brennan, Mednick y Hodgins (2000) encontraron que aun después de controlar factores demográficos, el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad, los individuos con un trastorno mental mostraban más probabilidades de tener en su

historial alguna detención por delitos violentos comparados con los individuos que nunca habían sido hospitalizados, aunque la relación disminuyó tras el control de aquellas variables. La esquizofrenia, especialmente la de tipo paranoide, fue el único trastorno mental asociado con un riesgo incrementado de conducta violenta en ambos sexos (Brennan, Mednick y Hodgins, 2000). Aunque este hallazgo puede sugerir que los síntomas paranoides juegan un rol en el riesgo de violencia, es importante notar que la bibliografía sobre el tema no es totalmente concluyente (Brennan y Alden, 2006).

En Finlandia, Tiihonen, Isohanni, Räsänen, Koironen y Moring (1997) siguieron durante 26 años una cohorte nacida en 1966 de 12.058 individuos. En términos generales, los autores concluyeron que varios trastornos mentales específicos, como la esquizofrenia y los trastornos afectivos con síntomas psicóticos están asociados con un riesgo elevado para el comportamiento criminal y violento. El riesgo de delitos violentos en los hombres con esquizofrenia fue 7 veces mayor que en los hombres sin trastorno mental, aun después de controlar el estatus socioeconómico y el abuso de sustancias. También notaron que más de la mitad de las personas con esquizofrenia tenía problemas con el alcohol y que las tasas de violencia aumentaba del 7.5% en pacientes con esquizofrenia al 36.4% en los casos en que la esquizofrenia coexistía con el abuso de sustancias.

Con datos obtenidos directamente de encuestas a 10.000 personas muestreadas en la comunidad en cinco ciudades de Estados Unidos, Swanson, Holzer, Ganju y Jono (1990) encontraron que el 2% de la población sin enfermedad mental *versus* el 12% de aquellos con esquizofrenia admitía contar con antecedentes de violencia en el año previo. El estudio desveló que: a) la prevalencia de violencia fue 5 veces mayor en quienes cumplían criterios para un diagnóstico del eje I del DSM-III que en quienes no tenían un diagnóstico, el abuso de alcohol comórbido duplicaba la probabilidad de violencia en aquellos con trastorno mental, y el de drogas ilícitas lo triplicaba, b) la prevalencia de violencia en quienes cumplían criterios para esquizofrenia, depresión mayor o trastorno bipolar era notablemente similar (entre el 11 y el 12.7%) y finalmente, c) la prevalencia en aquellos con un diagnóstico de alcoholismo o abuso de drogas era entre 12 y 16 veces mayor que en las personas sin diagnóstico. Ser hombre, joven, de clase social baja, con trastorno mental grave y abuso de sustancias fueron los mejores predictores demográficos y clínicos de la violencia.

Otro estudio destacado es el de Link, Andrews y Cullen (1992) realizado en New York. Sus datos provienen de una encuesta realizada sobre una muestra de 753 personas que comprendía pacientes psiquiátricos, ambulatorios e internos, y residentes de la comunidad. Un 14% del total de la muestra autoinformó haber sido arrestado alguna vez frente al 8,6% que constaba en los registros oficiales. Los pacientes psiquiátricos mostraron tasas más elevadas de conducta violenta tanto en los registros oficiales como en los autoinformes al ser comparados con los residentes de la comunidad que nunca habían recibido un tratamiento psiquiátrico. En los pacientes, el riesgo de violencia fue 2 a 3 veces mayor que en la muestra comunitaria nunca tratada, y no hubo diferencias significativas entre ellos. Consistentemente con los resultados de Swanson, Holzer, Ganju y Jono (1990), ser hombre, joven, de bajo nivel educativo y provenir de barrios con alto potencial delictivo se asociaron significativamente con el riesgo de violencia. Sin embargo, aun cuando una extensa lista de factores sociodemográficos y personales, incluido el uso de alcohol o drogas, habían sido controlados, las diferencias significativas en la tasa de conducta violenta entre pacientes y residentes de la comunidad permanecían de forma sistemática, y sólo desaparecían al ser controlada la sintomatología psicótica actual con independencia del grupo de pertenencia. Es decir que la escala de síntomas psicóticos fue la única variable que explicó la diferencia entre los grupos violentos y no violentos, aun entre los residentes nunca tratados. El hecho de que los síntomas psicóticos expliquen tales diferencias no significa que estos síntomas sean una causa potente de violencia en la comunidad, ni permiten concluir que los síntomas *per se* causen la violencia, de hecho la diferencia entre los grupos aunque significativa resultó modesta (Link y Stueve, 1994; Link, Andrews y Cullen, 1992).

Los estudios previamente analizados sugieren que las personas que activamente experimentan síntomas de un trastorno mental severo manifiestan conductas violentas en tasas varias veces superiores a los miembros de la población general sin trastorno mental, y que esta diferencia persiste aun cuando se tiene en cuenta una amplia gama de factores sociales y demográficos.

También los estudios con población penitenciaria apoyan la idea de una relación entre enfermedad mental y violencia. Aunque las prisiones y las personas encarceladas varían enormemente entre los países, es posible ex-

traer de sus resultados la idea de que la morbilidad psiquiátrica, incluida la esquizofrenia, es mayor en la población penitenciaria que en población general, y que los trastornos por abuso de sustancias y alcohol son uno de los mayores problemas que deben afrontar los profesionales que trabajan con esta población (por ej. Andersen, 2004; Hodgins, 2001; Stuart y Arboleda-Flórez, 2001; Wallace et al., 1998; Eronen, Tiihonen y Hakola, 1996; Côté y Hodgins, 1992; Hodgins, 1992; Teplin, 1990). De los resultados globales de una extensa revisión de estudios en prisiones se concluye que, comparados con población general de edad similar, los sujetos en instituciones penitenciarias tienen un riesgo entre dos y cuatro veces mayor de padecer una enfermedad psicótica o una depresión mayor, y casi 10 veces más probabilidades de tener un trastorno antisocial de la personalidad (Fazel y Danesh, 2002).

Los hallazgos presentados, junto con otra gran cantidad de evidencias disponibles en la actualidad, permiten concluir que los pacientes psiquiátricos, ingresados o en la comunidad muestran tasas mayores de conducta violenta que las personas sin trastorno mental, y las personas que están o han estado en prisión tienen un mayor riesgo que la población general de padecer una enfermedad mental severa. Sin embargo, comparado con la magnitud del riesgo de violencia asociado a los trastornos por abuso de sustancias o a los trastornos de personalidad, el riesgo asociado con los trastornos mentales severos es moderado y comparable a factores sociodemográficos tales como ser joven, de sexo masculino y el bajo nivel educativo, y además parece estar ligado a constelaciones sintomáticas particulares.

EL MACARTHUR VIOLENCE RISK ASSESSMENT STUDY

Uno de los estudios más renombrados sobre el riesgo de violencia en población psiquiátrica es el MacArthur Violence Risk Assessment Study llevado a cabo en Estados Unidos (Monahan et al., 2001). John Monahan resumió la bibliografía empírica hasta la fecha de su publicación y es una excelente fuente a la que recurrir para documentarse sobre los principales factores de riesgo de violencia propios en esta población (Monahan et al., 2000; Monahan y Steadman, 1994). Se trata de una investigación prospectiva y multicéntrica a gran escala, que constituye la iniciativa más sofisticada para desentrañar las interrelaciones complejas existentes entre los factores de riesgo para la violencia en la población psiquiátrica (Skeem y Mulvey, 2001).

El Proyecto contó con un presupuesto de más de 18 millones de dólares y gran parte de estos recursos se dedicaron a mejorar el protocolo de evaluación de la conducta violenta y recabar rigurosamente el máximo de información relativa a este problema en asociación a los trastornos mentales. Para ello se siguió durante un año una cohorte de 1.136 pacientes psiquiátricos de ambos sexos de entre 18 y 40 años dados de alta de tres hospitales en Estados Unidos que contaran con un diagnóstico de trastorno del pensamiento o afectivo, abuso de sustancias o trastorno de personalidad, independientemente de si tenían o no un historial biográfico violento. Mientras estaban ingresados fueron evaluados en más de 130 factores de riesgo potenciales para la violencia, el principal criterio a estudiar y predecir, también se exploraron ciertos antecedentes y datos biográficos previamente al alta a los pacientes.

Una vez en la comunidad cada participante fue entrevistado cada 10 semanas. El propósito de estas entrevistas continuadas era obtener una información detallada de la conducta violenta realizada por los sujetos dados de alta por medio de auto-informe. A su vez esta información se completaba con datos facilitados por observadores que trataban frecuentemente o que conocían bien al sujeto. Como tercera fuente de datos, se incluyeron informaciones oficiales policiales y/o judiciales.

Los resultados globales indican que el 61% de los pacientes se comportó violentamente en la comunidad a lo largo del primer año posterior al alta, de ellos el 28% realizó comportamientos violentos graves, aunque las tasas variaron en función de la fuente de datos utilizada y el tipo de violencia. Por ejemplo, la prevalencia de violencia grave a lo largo de un año fue 4.5% usando registros oficiales de arrestos o reingresos hospitalarios, 23.7% agregando autoinformes sobre actos no registrados y 27.5% agregando los datos obtenidos de los informantes colaterales no considerados en registros oficiales, ni autoinformados. O sea que, la prevalencia final de violencia grave fue 6 veces más alta que la estimada únicamente por los registros oficiales (Appelbaum, Clark Robins y Monahan, 2000; Steadman et al., 1998).

Teniendo en cuenta los distintos diagnósticos de los pacientes los resultados indicaron que el 9% de los pacientes con esquizofrenia fueron violentos en las primeras 20 semanas posteriores al alta, el 19% de los que recibieron un diagnóstico de depresión, el 15% de los que tenían un trastorno bipolar, el 17.2% de aquellos con otros trastornos psicóticos, el 29% de los que tenían trastorno por

abuso de sustancias y el 25% de los que contaban con trastornos de personalidad (Walsh, Buchanan y Fahy, 2002; Monahan et al., 2000). No obstante, el diagnóstico de trastorno mental grave se asoció con un nivel bajo de violencia. En contraste, otras variables como la seriedad y frecuencia del maltrato físico en la infancia, el diagnóstico de abuso de sustancias concurrente, los pensamientos violentos, una actitud suspicaz hacia los otros y las alucinaciones auditivas de pérdida de control interno se relacionaron intensamente con la violencia. Finalmente, los predictores de violencia en la comunidad más robustos fueron la psicopatía medida con el PCL:SV (Hart, Cox y Hare, 1995), el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad, el abuso de alcohol o drogas y la puntuación en una escala de evaluación de la ira (Monahan et al., 2001).

Del estudio MacArthur se han derivado diversos estudios específicos (Edens, Skeem y Douglas, 2006; Skeem et al., 2004; Skeem, Mulvey y Grisso, 2003; Monahan,

2002; Rice, Harris y Quinsey, 2002; Monahan et al., 2001; Skeem y Mulvey, 2001; Appelbaum, Clark Robins y Monahan, 2000; Dolan y Doyle, 2000; Steadman et al., 2000; Steadman et al., 1998) y el lector puede encontrar en ellos una detallada información sobre los factores de riesgo explorados y su asociación con la violencia. Sus resultados son convergentes en gran medida con otros estudios y han destacado otros factores, además de los mencionados, consistentemente asociados con la violencia en los enfermos mentales tales como la edad, el sexo, la personalidad, la historia de violencia previa, el abuso de drogas y las influencias culturales. Algunos de sus hallazgos más relevantes para este artículo se presentan en la tabla 1.

LA VALORACIÓN DEL RIESGO MEDIANTE EL USO DEL HCR-20

La peligrosidad se ha convertido, a pesar de provenir de disciplinas del ámbito jurídico-forense, un criterio importante en la toma de muchas decisiones relacionadas con la gestión de la atención de los pacientes psiquiátricos civiles y forenses. Debido al rol que tienen los profesionales de la salud mental en la identificación de la peligrosidad y la relevancia de los problemas del comportamiento violento en pacientes afectados de trastorno mental, es cada día más urgente incorporar que estén fundamentadas empíricamente, para la toma de decisiones clínicas (Webster, et al. 1997; Maden, 2007).

De acuerdo a lo que se ha llamado **modelo clínico estructurado** (Douglas et al, 2003) los clínicos pueden incorporar esquemas de evaluación del riesgo de violencia en sus tareas habituales para: a) estructurar las evaluaciones que se les demandan, b) basarlas en factores que han demostrado un vínculo empírico con la violencia, c) comunicar conclusiones claras y pertinentes, y d) guiar racionalmente la toma de decisiones. El HCR-20 (Webster, Douglas, Eaves y Hart, 1997a) es una guía para la valoración del riesgo de violencia en pacientes mentales y reclusos violentos que representa la tendencia actual dominante de este modelo y su principal objetivo es identificar con fiabilidad y precisión a pacientes con bajo, medio o alto riesgo de violencia.

Descripción y aplicaciones del HCR-20

Este instrumento evalúa el riesgo de violencia física y fue desarrollado para ser aplicado en el ámbito psiquiátrico civil, forense y penitenciario. Funciona como una guía con

TABLA 1
UNA SELECCIÓN DE RESULTADOS DEL ESTUDIO
MACARTHUR (EXTRACTOS DE MADEN, 2007)

1. En las personas con trastorno mental, la prevalencia a lo largo de un año de incidentes violentos entre moderados y graves se acerca al 30%. En los pacientes ingresados generalmente este nivel de prevalencia se acumula en los primeros días de ingreso, cuando la sintomatología es más aguda, decreciendo rápidamente a niveles más bajos tales como el 13,5% al cabo de unas semanas y el 6,9% más adelante (que parece ser más estable). Cerca del 30% de los pacientes violentos muestran una patología delirante en el momento de la agresión. En estos casos, el descenso es menor y progresa de un 17% a un 12%, respectivamente. Menos de un 10% de los incidentes violentos sucedieron cuando los pacientes tenían un brote psicótico, la mayor parte de la violencia sucedió en su domicilio y las víctimas fueron familiares o amigos.
2. El abuso y consumo de drogas es más importante que el trastorno mental en tanto que causa de violencia. El abuso de drogas aumenta el riesgo de violencia tanto en pacientes afectados por un trastorno mental como también en personas sin trastorno, pero al ser tan frecuente el consumo de drogas por parte de personas con trastorno mental parece que la violencia es propia del trastorno constituyendo una falsa percepción (Steadman et al., 1998).
3. La evaluación con el PCL-SV sirve para predecir el riesgo de violencia, de hecho, es uno de los mejores predictores en población tanto psiquiátrica "civil" como general, por lo que se recomienda su consideración en la clínica psicológica y no únicamente en contextos forenses. Cuando se combina esta medida con el abuso de drogas la capacidad predictiva aumenta de forma considerable.
4. Los episodios violentos ejercidos por personas con trastorno mental en la comunidad tienen los mismos motivadores y desencadenantes que el resto de miembros de la comunidad y deben comprenderse en los mismos términos y obedeciendo a las mismas reglas. Este hallazgo no se aplicaría a los pacientes hospitalizados.

la cual se alcanzan juicios probabilísticos sobre el riesgo de ocurrencia de violencia en el futuro. Permite realizar una evaluación personalizada orientada al manejo preventivo mediante la consideración de 20 factores de riesgo seleccionados por su asociación con la violencia en la bibliografía científica y profesional, y también mediante la consulta a profesionales de la salud mental forense (Douglas, Yeomans y Boer, 2005).

Contiene tres subescalas que reúnen factores de riesgo de tres tipos: pasados, presentes y futuros (ver tabla 2). La subescala histórica (H) está conformada por 10 ítems de carácter estático que recogen información típicamente documentada en los registros oficiales y referentes a la biografía del paciente. La psicopatía medida con el PCL:SV (Hart et al. 1997) y establecida como un fuerte correlato de violencia, también forma parte del esta subescala H. La subescala clínica (C) incluye cinco ítems relacionados al funcionamiento psicológico actual del evaluado. La subescala de riesgo (R) está compuesta de cinco ítems que reflejan factores de riesgo situacionales futuros (Douglas y Webster, 1999). Se debe codificar IN o OUT según si el contexto al que hace referencia la predicción es institucional o comunitario. Los ítems C y R intentan ayudar en la formulación de los planes de gestión del riesgo porque son sensibles al cambio (Douglas, Yeomans y Boer, 2005). Asimismo, la inclusión de factores dinámicos hace al instrumento adecuado para hacer evaluaciones repetidas en función de cambios en las circunstancias (Douglas y Webster, 1999), pues un fundamento en esta perspectiva de trabajo es el carácter cambiante y situacional del riesgo de violencia.

Los clínicos deben establecer el nivel (bajo, moderado o alto) de riesgo de violencia en cada caso basándose en la evaluación estructurada de los factores de riesgo, la importancia que estima que poseen para el caso en cuestión y el grado de intervención que considere adecuado para prevenir la violencia. Para la administración de esta escala se utilizan diversas fuentes de datos que puedan garantizar una información fiable (expedientes, historias clínicas y entrevistas). La información obtenida de la historia clínica o la documentación disponible, utilizada previamente a la entrevista con el paciente, proporcionará un esquema a completar durante la entrevista con el sujeto. La administración del HCR-20 requiere un entrenamiento específico, además de juicio y capacidad profesional y cierta familiaridad con la bibliografía sobre la naturaleza y la predicción de la violencia.

Como se detallará más adelante y después de una ge-

neralización del uso de esta guía en contextos internacionales y profesionales, diversas investigaciones se han interesado por conocer las propiedades psicométricas del HCR-20 así como de su eficacia. La gran mayoría de estas investigaciones se han desarrollado en Estados Unidos, Canadá, los Países Bajos y los países escandinavos. Sin embargo aún es escaso el análisis de la versión en castellano de este instrumento por su reciente incorporación al campo profesional. Existen algunas excepciones como son los estudios de J. Folino en Argentina y J. Virués Ortega en España, en ambos casos con población psiquiátrica forense. En España, el HCR-20 ha sido adaptado por el Grupo de Estudios Avanzados en Violencia de la Universitat de Barcelona (Hilterman y Andrés Pueyo, 2005). Esta es la versión autorizada publicada en castellano y es la que se utilizó en el estudio que se comentará más adelante.

En los estudios revisados, tanto retrospectivos como prospectivos, el HCR-20 ha mostrado una buena validez predictiva (por ej. Dernevik, Grann y Johansson, 2002; Doyle, Dolan y McGovern, 2002; Belfrage, Fransson y Strand, 2000; Dolan y Doyle, 2000; Grann, Belfrage y Tengström, 2000; Mossman, 2000; Douglas, Ogloff, Nicholls y Grant, 1999; Douglas y Webster, 1999; Strand,

TABLA 2
ÍTEMES QUE VALORA EL HCR-20

ÍTEMES HISTÓRICOS	
H1	Violencia previa
H2	Edad del primer incidente violento
H3	Relaciones inestables de pareja
H4	Problemas relacionados con el empleo
H5	Problemas con el consumo de sustancias adictivas
H6	Trastorno mental grave
H7	Psicopatía
H8	Desajuste juvenil
H9	Trastorno de personalidad
H10	Incumplimientos de supervisión
ÍTEMES CLÍNICOS	
C1	Falta de <i>insight</i>
C2	Actitudes negativas
C3	Presencia actual de síntomas de trastorno mental grave
C4	Impulsividad
C5	No responde al tratamiento
ÍTEMES DE GESTIÓN DEL RIESGO	
R1	Ausencia de planes de futuro viables
R2	Exposición a factores desestabilizantes
R3	Carencia de apoyo social
R4	Incumplimiento a los tratamientos prescritos
R5	Estrés

Belfrage, Fransson y Levander, 1999; Belfrage, 1998) y por tanto podemos considerar que las predicciones a largo plazo son bastante precisas (Douglas, Ogloff, Nicholls y Grant, 1999), también la fiabilidad interevaluador se ha demostrado aceptable (Douglas, Ogloff y Hart, 2003; por ej. Dernevik, Grann y Johansson, 2002; Douglas, 2001; Douglas y Webster, 1999; Belfrage, 1998).

Un estudio sobre la eficacia predictiva del HCR-20

Los autores de este artículo realizaron un estudio prospectivo para conocer la eficacia predictiva del HCR-20 sobre la conducta violenta en una muestra de 114 pacientes psiquiátricos que, tras obtener las autorizaciones correspondientes del centro hospitalario, fueron seguidos a lo largo de un año durante su ingreso (Arbach, Andres Pueyo, García-Forero, Pomarol Clotet y Gomar, 2007; Arbach y Andres Pueyo, 2006b). En ese período, un 40% de los sujetos manifestó amenazas verbales, un 29% cometió algún acto agresivo contra objetos, un 11,4% se auto-agredió y un 40% fue violento hacia otras personas. Considerando solamente la violencia física hacia personas, de los 36 pacientes que fueron violentos en el primer cuatrimestre del seguimiento, el 73.5% reincidió en el segundo, y el 60.6% lo hizo en el último cuatrimestre. Este hallazgo justifica la idea de que, al igual que lo que ocurre en la comunidad, la conducta violenta se concentra en un pequeño aunque crítico subgrupo de personas, y que una gran proporción de pacientes que manifiestan conducta violenta en un momento determinado tenderán a reincidir en el futuro. Con este conocimiento es posible adelantar medidas preventivas para disminuir el riesgo de ocurrencia de conductas violentas futuras.

La puntuación total del HCR-20 y de la subescala clínica mostró índices de correlación de ± 0.5 con la violencia a corto plazo, y de ± 0.4 con la violencia a más largo plazo. Puntuaciones sobre la media principalmente en las subescalas C, R y en el total del HCR-20 aumentaron aproximadamente entre 3 y 4 veces la probabilidad de ser violento durante todo el seguimiento. En menor medida lo hizo la subescala H, ya que puntuaciones sobre la media en esta medida incrementaban aproximadamente 2 veces el riesgo de violencia futura en el corto plazo, pero su efecto sobre el riesgo disminuía con el paso del tiempo a niveles no significativos. En definitiva, los resultados de nuestro estudio muestran que una puntuación elevada en estas medidas de riesgo, predice la ocurrencia de violencia a lo largo del año, aunque la mayor

precisión parece obtenerse a corto plazo (Arbach y Andres Pueyo, 2006a).

A lo largo del año el HCR-20 alcanzó un porcentaje de sujetos clasificados correctamente que varió entre 75% y 77.5%, lo que permite afirmar que el poder de clasificación es de moderado a alto y mejora notablemente una predicción hecha al azar. Como conclusión adicional, el estudio demostró que la adaptación española del HCR-20 se comporta de un modo tan eficiente como la versión en inglés, sueco o francés en poblaciones similares.

LA GESTIÓN DEL RIESGO

Una consecuencia negativa de la poca importancia que los clínicos dan al comportamiento violento de los pacientes (a excepción de cuando éste es muy patente y reiterado) es que raras veces lo exploran en sus anamnesis o no consideran apropiada su inclusión en las historias clínicas. Esta práctica, bastante extendida, es inadecuada para la prevención y predicción de la violencia futura puesto que, como hemos mencionado, la predicción del comportamiento futuro se basa, como mínimo, en el conocimiento de la historia anterior. Es importante indicar que, entre los factores de riesgo estáticos de violencia futura, que generalmente son de naturaleza histórica, el más relevante es la violencia en el pasado (por ej. Waldheter, Jones, Johnson y Penn, 2005; Walsh et al., 2004).

Creemos que reducir la valoración del riesgo de violencia al proceso por el cual se etiqueta a un paciente o interno en categorías de alto o bajo riesgo es una simplificación que elimina detalles de enorme importancia en la tarea y, principalmente, elude su aplicación práctica enfocada a la prevención. En esta perspectiva simplista si clasificamos a un individuo con alto riesgo de violencia futura y realiza un acto violento (por ej. ataca físicamente a su pareja) unos meses después de haber sido valorado, decimos que hemos acertado en la clasificación y el pronóstico. Si, por el contrario, decidimos que un sujeto tiene un riesgo bajo de cometer una agresión en el futuro y luego comprobamos que, efectivamente, no ha realizado ningún acto violento por ejemplo en los últimos 18 meses, entonces también consideramos un acierto la clasificación. Pero en el campo de las ciencias sociales y humanas, como en la mayoría de las ciencias, no todos son aciertos. En muchas ocasiones se producen fallos o errores en la clasificación y el pronóstico. Numerosos factores intervinientes convierten a todas las predicciones en un hecho relativamente azaroso y en el cual

la probabilidad de acertar o equivocarse determina la eficacia de las predicciones.

Aunque muchos de los actos violentos que cometen los enfermos mentales parecen inevitables, especialmente cuando se asocian a patologías crónicas y de difícil tratamiento, la probabilidad de que sucedan nuevos actos violentos puede minimizarse por medio de una política preventiva individualizada y derivada de una adecuada gestión de los factores de riesgo. La gestión individualizada empieza por una valoración del riesgo completa, siguiendo las recomendaciones que hemos presentado en este artículo, y por el diseño de un plan de gestión del riesgo que se debe reconsiderar ante cambios en la situación clínica, personal o social del paciente. La valoración del riesgo de violencia en personas con un trastorno mental o en aquellos que han cometido delitos violentos, no pretende reducirse simplemente a una predicción forense de la violencia futura, sino que debe ser el primer paso para la prevención real de la violencia futura por medio de la identificación de factores de riesgo que, habiendo estado presentes en el pasado de una persona, puedan volver a estar presentes en los distintos escenarios donde con más probabilidad la persona desarrollará su vida futura.

CONCLUSIONES

Existe una relación entre violencia y trastorno mental en la que este último juega un claro papel en tanto que factor de riesgo de violencia tal y como lo han demostrado estudios epidemiológicos recientes realizados en distintos países y por diferentes grupos de investigación. No obstante, es necesario recordar que la mayoría de las personas afectadas por un trastorno mental no son violentas y que la mayoría de los sucesos violentos que ocurren en nuestra sociedad los cometen personas sin trastorno mental. Aunque el riesgo de que cualquier persona pueda convertirse en víctima de un ataque perpetrado por un enfermo mental es muy reducido, el riesgo aumenta en personas que conocen, tratan o están relacionados, generalmente por lazos de familiaridad o de atención y convivencia con personas que padecen una enfermedad mental severa.

En las rutinas habituales de tratamiento de los enfermos mentales es recomendable incluir una valoración del riesgo de violencia pues la ocurrencia de este tipo de conducta es una parte importante de la miríada de dificultades y complicaciones que aparecen en la vida social de los pacientes mentales y de su entorno.

El HCR-20, que hemos presentado brevemente, es una guía de valoración del riesgo de violencia útil para ser administrada en contextos de atención hospitalaria y ambulatoria, tanto en ámbitos clínicos como forenses o penitenciarios. Sirve para valorar el riesgo de incidentes violentos en el futuro y para gestionar los factores que lo aumentan o disminuyen a fin de prevenir su ocurrencia. La adaptación española del instrumento se comporta de modo eficaz y comparable a la original canadiense y a otras aplicadas en el Reino Unido, los Países Bajos o los Países Escandinavos.

En definitiva, que el riesgo de la enfermedad mental para la ocurrencia de violencia sea bajo o moderado no significa que no exista (Maden, 2007) o que no se pueda actuar sobre el mismo. Los profesionales en servicios de salud mental deben interesarse en los temas de violencia ejercida por sus pacientes, no porque sea muy frecuente o común, sino porque hace referencia a la eficacia de su actividad terapéutica y sobre todo porque se puede prevenir, y de ese modo reducir el estigma asociado a esta condición, favorecer los esfuerzos de integración social de estas personas y, en definitiva, mejorar su calidad de vida.

Agradecimientos: Este trabajo se ha realizado en el marco del desarrollo de los proyectos de investigación SEC2001-3821-C05-01/PSCE y SEJ2005-09170-C04-01/PSIC del Ministerio de Educación y Ciencia del Gobierno de España

REFERENCIAS

- Andersen, H. S. (2004). Mental health in prison populations. A review - with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(Suppl. 424), 5-59.
- Andrés Pueyo, A. y Redondo, S. (2007). Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles del Psicólogo*, 28 (3), 157-173
- Angermeyer, M. C., Cooper, B. y Link, B. (1998). Mental disorder and violence: results of epidemiological studies in the era of de-institutionalization. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33(Suppl), 1-6.
- Appelbaum, P. S. (2006). Violence and mental disorders: data and public policy. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1319-1321.
- Appelbaum, P. S., Clark Robins, P. y Monahan, J. (2000). Violence and Delusions: Data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 566-572.

- Arango, C., Calcedo Barba, A., Gonzalez Salvador, T. y Calcedo Ordoñez, A. (1999). Violence in Inpatients with Schizophrenia: a Prospective Study. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 493-503.
- Arbach, K. y Andres Pueyo, A. (2006a). *Predictive validity of Structured Clinical Judgment tools in violence risk assessment in a civil psychiatric sample*. Comunicación presentada en 26th International Congress of Applied Psychology. Atenas, Grecia. 16-21 Julio.
- Arbach, K. y Andres Pueyo, A. (2006b). *The validity of the HCR-20 and PCL:SV in predicting inpatient violence in a civil psychiatric sample: a 9 month follow-up study*. Comunicación presentada en International Association of Forensic Mental Health Services 6th Annual Conference, Amsterdam (Países Bajos)
- Arbach, K., Andres Pueyo, A., García-Forero, C., Pomarol Clotet, E. y Gomar, J. (2007). *Frequency and severity changes of violent behavior in psychiatric inpatients*. Comunicación presentada en el 5th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry. Amsterdam, Países Bajos. 25-27 de Octubre.
- Arboleda-Flórez, J. (1998). Mental illness and violence: an epidemiological appraisal of the evidence. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 989-996.
- Belfrage, H. (1998). Implementing the HCR-20 scheme for risk assessment in a forensic psychiatric hospital: integrating research and clinical practice. *Journal of Forensic Psychiatry*, 9(2), 328-338.
- Belfrage, H., Fransson, G. y Strand, S. (2000). Prediction of violence using the HCR-20 a prospective study in two maximum-security correctional institutions. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 11(1), 167-175.
- Brennan, P. A. y Alden, A. (2006). Schizophrenia and violence: the overlap. En A. Raine (Ed.), *Crime and Schizophrenia: Causes and Cures* (pp. 15-27): Nova Science Publishers, Inc.
- Brennan, P. A., Mednick, S. A. y Hodgins, S. (2000). Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 57, 494-500.
- Côté, G. y Hodgins, S. (1992). The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 15, 88-99.
- Dernevik, M., Grann, M. y Johansson, S. (2002). Violent behaviour in forensic psychiatric patients: risk assessment and different risk-management levels using the HCR-20. *Psychology, Crime and Law*, 8(1), 93-111.
- Dolan, M. y Doyle, M. (2000). Violence risk prediction. *British Journal of Psychiatry*, 177, 303-311.
- Douglas, K. S. (2001). HCR-20 violence risk assessment scheme: Overview and annotated bibliography [online]. de www.sfu.ca/psychology/groups/faculty/hart.violink
- Douglas, K. S., Cox, D. N. y Webster, C. D. (1999). Violence risk assessment: science and practice. *Legal and Criminological Psychology*, 4, 149-184.
- Douglas, K. S., Ogloff, J. R. P. y Hart, S. D. (2003). Evaluation of a model of violence risk assessment among a forensic psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 54(10), 1372-1379.
- Douglas, K. S., Ogloff, J. R. P., Nicholls, T. L. y Grant, I. (1999). Assessing Risk for Violence among Psychiatric Patients: the HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme and the Psychopathy Checklist: Screening Version. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 917-930.
- Douglas, K. S. y Webster, C. D. (1999). The HCR-20 violence risk assessment scheme: concurrent validity in a sample of incarcerated offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 26(1), 3-19.
- Douglas, K. S., Yeomans, M. y Boer, D. P. (2005). Comparative validity analysis of multiple measures of violence risk in a sample of criminal offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 32(5), 479-510.
- Doyle, M., Dolan, M. y McGovern, J. (2002). The validity of North American risk assessment tools in predicting in-patients violent behavior in England. *Legal and Criminological Psychology*, 7, 141-154.
- Edens, J. F., Skeem, J. L. y Douglas, K. S. (2006). Incremental validity analyses of the Violence Risk Appraisal Guide and the Psychopathy Checklist: Screening Version in a civil psychiatric sample. *Assessment*, 13(3), 368-374.
- Eronen, M., Angermeyer, M. C. y Schulze, B. (1998). The psychiatric epidemiology of violent behavior. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(Suppl), 13-23.
- Eronen, M., Tiihonen, J. y Hakola, P. (1996). Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophrenia Bulletin*, 22(1), 83-89.
- Fazel, S. y Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 26 surveys. *The Lancet*, 359, 545-550.
- Grann, M., Belfrage, H. y Tengström, A. (2000). Actuarial assessment of risk for violent: predictive validity of the VRAG and the historical part of the HCR-20. *Criminal Justice and Behavior*, 27, 97-114.

- Grassi, L., Peron, L., Marangoni, C., Zanchi, P. y Vanni, A. (2001). Characteristics of violent behavior in acute psychiatric in-patients: a 5 year Italian study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 273-279.
- Hart, S. D., Cox, N. y Hare, D. (1995). *The Hare Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV)*. Toronto: Multi Health System Inc.
- Hilterman, E. y Andrés Pueyo, A. (2005). *HCR-20. Guía para la valoración de comportamientos violentos*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. *Archives of General Psychiatry*, 49, 476-483.
- Hodgins, S. (1998). Epidemiological investigations of the association between major mental disorder and crime: methodological limitations and validity of the conclusions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33(Suppl), 29-37.
- Hodgins, S. (2001). The major mental disorders and crime: Stop debating and start treating and preventing. *Journal of Law and Psychiatry*, 24, 427-446.
- Hodgins, S., Mednick, S., Brennan, P., Schulsinger, F. y Engberg, M. (1996). Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 53, 489-496.
- Link, B., Andrews, H. y Cullen, F. T. (1992). The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *American Sociological Review*, 57, 275-292.
- Link, B. y Stueve, A. (1994). Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls. En J. Monahan y H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder* (pp. 137-159). Chicago: University of Chicago Press.
- Link, B. y Stueve, A. (1995). Evidence bearing on mental illness as a possible cause of violent behavior. *Epidemiological Review*, 17(1), 172-181.
- Maden, A. (2007). *Treating violence: a guide to risk management in mental health*. Oxford, Oxford Univ. Press.
- Marzuk, P. M. (1996). Violence, Crime, and Mental Illness. How Strong a Link? *Archives of General Psychiatry*, 53(June), 481-486.
- Monahan, J. (1992). Mental disorder and violent behavior. *American Psychologist*, 47(4), 511-521.
- Monahan, J. (2002). The MacArthur studies of violence risk. *Criminal Behavior and Mental Health*, 12, S67-S72.
- Monahan, J. y Steadman, H. J. (Eds.). (1994). *Violence and mental disorder*. Chicago: University of Chicago Press.
- Monahan, J., Steadman, H. J., Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., Mulvey, E. P., Silver, E., et al. (2000). Developing a Clinically Useful Actuarial Tool for Assessing Violence Risk. *British Journal of Psychiatry*, 176, 312-319.
- Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Clark Robbins, P., Mulvey, E. P., et al. (2001). *Rethinking risk assessment. The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*. New York, USA: Oxford University Press.
- Morera, B., Hueso, V. y Martínez, L. (2001). Conductas violentas y enfermedad mental: predicción y abordaje en pacientes hospitalizados. *Archivos de Psiquiatría*, 64(2), 137-154.
- Mossman, D. (2000). Book Review: Evaluating Violence Risk "By the Book": A Review of HCR-20, Version 2 and The Manual for the Sexual Violence Risk-20. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 781-789.
- Mullen, P., Burgess, P., Wallace, C., Palmer, S. y Ruschena, D. (2000). Community care and criminal offending in schizophrenia. *The Lancet*, 355, 614-617.
- OMS. (2002). *World Report on Violence and Health: Summary*. Génova: World Health Organization.
- Pescosolido, B., Monahan, J., Link, B., Stueve, A. y Kikuzawa, S. (1999). The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1339-1345.
- Phelan, J. C. y Link, B. (1998). The growing belief that people with mental illnesses are violent: the role of the dangerousness criterion for civil commitment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33(Suppl), 7-12.
- Rabkin, J. G. (1979). Criminal behavior of discharged mental patients: a critical appraisal of the research. *Psychological Bulletin*, 86(1), 1-27.
- Raja, M., Azzoni, A. y Lubich, L. (1997). Aggressive and violent behavior in a population of psychiatric inpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 32, 428-434.
- Rice, M. E., Harris, G. T. y Quinsey, V. L. (2002). The appraisal of violence risk. *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 589-593.
- Rojas Marcos, L. (1995). *Las semillas de la violencia*. Barcelona. Espasa Calpe
- Sanmartin, J. (2004) *El laberinto de la violencia*. Barcelona Ariel.
- Silver, E. (2006). Understanding the relationship between mental disorder and violence: the need for a

- criminological perspective. *Law and Human Behavior*, 30(6), 685-706.
- Skeem, J. L. y Mulvey, E. P. (2001). Psychopathy and community violence among civil psychiatric patients: results from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 358-374.
- Skeem, J. L., Mulvey, E. P., Appelbaum, P. S., Banks, S., Grisso, T., Silver, E., et al. (2004). Identifying subtypes of civil psychiatric patients at high risk for violence. *Criminal Justice and Behavior*, 31(4), 392-437.
- Skeem, J. L., Mulvey, E. P. y Grisso, T. (2003). Applicability of traditional and revised models of psychopathy to the Psychopathy Checklist: Screening Version. *Psychological Assessment*, 15(1), 41-55.
- Steadman, H. J., Mulvey, E. P., Monahan, J., Clark Robins, P., Appelbaum, P. S., Grisso, T., et al. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 393-401.
- Steadman, H. J., Silver, E., Monahan, J., Appelbaum, P. S., Clark Robins, P., Mulvey, E. P., et al. (2000). A Classification Tree Approach to the Development of Actuarial Violence Risk Assessment Tools. *Law and Human Behavior*, 24(1), 83-99.
- Storr, A. (1991). *La agresividad humana*. Madrid. Alianza Editorial.
- Strand, S., Belfrage, H., Fransson, G. y Levander, S. (1999). Clinical and risk management factors in risk prediction of mentally disordered offenders... more important than historical data? A retrospective study of 40 mentally disordered offenders assessed with the HCR-20 violence risk assessment scheme. *Legal and Criminological Psychology*, 4(1), 67-76.
- Stuart, H. (2003). Violencia y enfermedad mental: una consideración general. *World Psychiatry*, 2, 121-124.
- Stuart, H. y Arboleda-Flórez, J. (2001). A public health perspective on violent offenses among persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 52(5), 654-659.
- Swanson, J. W., Borum, R., Swartz, M. S. y Monahan, J. (1996). Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behavior. *Criminal behavior and mental health*, 6, 317-338.
- Swanson, J. W., Holzer, C. E., Ganju, V. K. y Jono, R. T. (1990). Violence and the psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital y Community Psychiatry*, 41(7), 761-770.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Borum, R., Hiday, V. A., Wagner, R. y Burns, B. J. (2000). Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behavior in persons with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 176, 324-331.
- Teplin, L. A. (1990). The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: comparison with the Epidemiologic Catchment Area Program. *American Journal of Public Health*, 80(6), 663-669.
- Tiihonen, J., Hakola, P., Eronen, M., Vartiainen, H. y Ryyänen, O.-P. (1996). Risk of homicidal behavior among discharged forensic psychiatric patients. *Forensic Science International*, 79, 123-129.
- Tiihonen, J., Isohanni, M., Räsänen, P., Koironen, M. y Moring, J. (1997). Specific major mental disorders and criminality: A 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. *The American Journal of Psychiatry*, 154(6), 840-845.
- Tobeña, A. (2001). *Anatomía de la agresividad humana*. Barcelona. Circulo de lectores.
- Waldheter, E. J., Jones, N. T., Johnson, E. R. y Penn, D. L. (2005). Utility of social cognition and insight in the prediction of inpatient violence among individuals with severe mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(9), 609-618.
- Walsh, E., Buchanan, A. y Fahy, T. (2002). Violence and schizophrenia: examining the evidence. *British Journal of Psychiatry*, 180, 490-495.
- Walsh, E., Gilvarry, C., Samele, C., Harvey, K., Manley, C., Tattan, T., et al. (2004). Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. *Schizophrenia Research*, 67, 247-252.
- Wallace, C., Mullen, P. y Burgess, P. (2004). Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161(4), 716-727.
- Wallace, C., Mullen, P., Burgess, P., Palmer, S., Ruschena, D. y Browne, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *British Journal of Psychiatry*, 172, 477-484.
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D. y Hart, S. D. (1997a). *HCR-20. Assessing risk for violence. Version 2*. Vancouver, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Wessely, S. (1997). The epidemiology of crime, violence and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 170(Suppl. 32), 8-11.

EL RIESGO DE REINCIDENCIA EN AGRESORES SEXUALES: INVESTIGACIÓN BÁSICA Y VALORACIÓN MEDIANTE EL SVR-20

EVIOLENCE AND SEXUAL OFFENDER RECIDIVISM: BASIC RESEARCH AND RISK ASSESSMENT WITH SVR-2

Santiago Redondo Illescas, Meritxell Pérez y Marian Martínez
Universidad de Barcelona

El estudio de la violencia y de la reincidencia de los agresores sexuales constituye en la actualidad un ámbito de especial interés de la Psicología Criminal. En este trabajo se revisan tanto las teorías y conocimientos existentes sobre etiología y factores de riesgo de agresión sexual, como algunas investigaciones internacionales y españolas que sustentan estos conocimientos. Su principal objetivo es la presentación de un nuevo instrumento de predicción en este campo denominado SVR-20: Manual de valoración del riesgo de violencia sexual. Dicho instrumento ha sido traducido y adaptado para el contexto español y latino por el Grupo de Estudios Avanzados en Violencia (GEAV) de la Universidad de Barcelona. Para su validación se ha efectuado un primer estudio piloto sobre la capacidad predictiva del SVR-20 con una muestra de agresores sexuales que cumplieron condena en una prisión española. La conclusión principal de este estudio es que el SVR-20 es un buen instrumento para predecir el riesgo de reincidencia sexual.

Palabras clave: Reincidencia Delictiva, Violencia Sexual, Valoración del Riesgo.

Violence and sexual offenders' recidivism are nowadays two fields of interest for Criminal Psychology. In this article, there is a review of theories and knowledge about the etiology and risk factors of sex aggression, and also of international and Spanish research that supports this theoretical foundation. The main goal of this study is to introduce an instrument for risk assessment called SVR-20: Guide for sexual violence risk assessment. This instrument has been translated and adapted for the Spanish context by the Group in Advanced Studies on Violence (GEAV) of the University of Barcelona. In order to validate this instrument, a pilot study about the predictive accuracy of the SVR-20 has been carried out, using a sample of incarcerated sex offenders from a Spanish prison. The main conclusion of this study is that SVR-20 is a good instrument to predict the risk of sexual recidivism.

Key words: Sex Crime, Risk assessment, Risk Factors.

Un campo especialmente complejo y problemático de análisis psicológico de la conducta antisocial es el de la agresión sexual, que suele adoptar dos formas principales: las violaciones y los abusos de menores. Las víctimas de violación suelen ser chicas conocidas por los agresores, amigas y compañeras de colegio o del barrio, o también chicas desconocidas para ellos. Las víctimas de abusos sexuales habitualmente son niñas y, a veces, niños pequeños (D'Amora y Burns-Smith, 1999; Malesky y Keim, 2001).

Los delitos sexuales encarnan una mínima proporción de la delincuencia (de en torno al 1% del total de los delitos denunciados) y sus autores suelen ser varones tanto jóvenes como adultos. No obstante, se sabe que la delincuencia sexual presenta una elevada cifra negra, por lo que cabe pensar que este porcentaje, si pudieran conocerse todos los delitos, como mínimo se duplicaría (Bachman, 1998; Fisher, Daigle, Cullen y Turner, 2003; Hart

y Rennison, 2003; Terry, 2006).

Desde un punto de vista topográfico o descriptivo, los agresores sexuales suelen presentar problemas de tres tipos diferentes aunque interrelacionados: en su comportamiento y preferencias sexuales (lo que resulta obvio), en su conducta social más amplia, y en sus cogniciones ("distorsiones cognitivas") (Berlin, 2000; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Marshall, 2001; Redondo, 2002). Así, el comportamiento sexual de muchos agresores sexuales se proyecta de un modo desviado hacia objetivos sexuales inaceptables, como son los menores de edad o el uso de la violencia para forzar el sometimiento sexual de una mujer. Es decir "prefieren" formas antisociales de relación sexual, que les resultan 'más excitantes', y no logran "inhibir" esos modos inapropiados y dañinos de obtener placer. Algunas de tales preferencias antisociales (los menores o el empleo de la violencia en la interacción sexual) probablemente se han generado y consolidado en el individuo a partir de la asociación repetida entre su excitación sexual (mediante autoestimulación u otras conductas sexuales) y estímulos infantiles o violentos (reales o a partir de pornografía o fantasías al respecto).

Correspondencia: Santiago Redondo Illescas. Grupo de Estudios Avanzados en Violencia. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Paseig Vall Hebron 171. 08035 Barcelona. España.
E-Mail: sredondo@ub.edu

Por otro lado, el problema se incrementa en la medida en que un sujeto, además, presenta dificultades para mantener contactos sexuales normalizados, es decir, con personas adultas que libremente deseen y consientan dichos contactos. Esta falta de relaciones adultas puede deberse a que un individuo tenga menores habilidades de interacción social, algo que es imprescindible para entablar comunicaciones afectivas y proponer una relación sexual. Muchos agresores sexuales (no todos) son personas con escasas o inexistentes interacciones afectivas y de intimidad, en las que se inscriban relaciones sexuales deseadas y consentidas. En paralelo a lo anterior, muchos agresores sexuales presentan dificultades más generales para la comunicación con otras personas. Son sujetos con menores habilidades para relacionarse, para la empatía o comprensión de los sentimientos de los otros, y que se muestran más ansiosos o nerviosos ante las situaciones sociales. Todos estos déficit les producen un mayor aislamiento social, tanto en el grupo de amistades como en el ámbito laboral, si lo tienen. Muchos agresores sexuales son, a menudo, personas solitarias (Terry, 2006).

Los delincuentes sexuales también tienen problemas en relación con su manera de pensar sobre su conducta de abuso o agresión. Suelen presentar un gran número de distorsiones cognitivas o errores valorativos sobre las mujeres y su papel en la sociedad (por ej., "las mujeres deben someterse a los deseos de los hombres; así ha sido siempre"), sobre la sexualidad (por ej., "aunque sea obligada, seguro que ella disfruta"), y sobre las normas y valores sociales y legales acerca de qué puede y no puede hacerse en términos de comportamiento sexual humano (por ej., "si un niño lo acepta, ¿por qué no voy a poder tener una relación sexual con él?"). Estas distorsiones o creencias erróneas orientan su conducta sexual de una manera inapropiada e ilícita, y, además, les ofrecen justificaciones para ella.

Esta multidimensionalidad hace de la agresión sexual uno de los comportamientos delictivos más resistentes al cambio, de manera que aquellos agresores repetitivos que han cometido muchos delitos en el pasado, tienen una alta probabilidad de volver a delinquir, si no se tratan todos los anteriores problemas de comportamiento y pensamiento.

En relación con la etiología del comportamiento de agresión sexual, aunque son diversos los perfiles de agresores sexuales, en la actualidad existe un amplio consenso respecto a una serie de elementos desencade-

nantes, tal y como han sido reunidos en el modelo teórico de Marshall y Barbaree (1989, 1990). Según este modelo, en el origen de la agresión sexual deben tomarse en consideración los siguientes factores:

1. *Elementos biológicos.* En síntesis, ello hace referencia a la consideración de dos aspectos: 1) la semejanza existente entre los mediadores neuroendocrinos de la conducta sexual y de la conducta agresiva de los varones, en los que juega un papel decisivo la secreción de testosterona; ello implica que debe aprenderse, mediante una socialización eficaz, a separar ambos tipos de comportamiento incorporando las inhibiciones correspondientes; 2) la relativa inespecificidad que en los seres humanos tiene el impulso sexual, necesitado en todos los casos del aprendizaje de pautas apropiadas de comportamiento sobre los tipos de parejas viables y aceptables (personas adultas que consienten en la relación), contextos adecuados e inadecuados, etc.
2. *Fracaso del aprendizaje inhibitorio.* La investigación en psicología criminal ha evidenciado en general el menor aprendizaje inhibitorio (en términos de condicionamiento clásico, con arreglo a los modelos de Mowrer y de Eysenck) de los agresores sexuales y de los delincuentes en general.
3. *Actitudes socioculturales* favorecedoras o tolerantes de la agresión sexual. Se ha constatado que aquellas sociedades y grupos sociales con actitudes y valores más negativos sobre las mujeres presentan una mayor tasa de agresiones sexuales y violaciones (Sanday, 1981; Hollin, 1987).
4. *Pornografía violenta o infantil.* Muchos agresores y pedófilos consumen de modo regular, como mecanismo de excitación y masturbación, pornografía de agresión sexual o infantil, lo que recondiciona de modo constante su excitabilidad antisocial.
5. *Circunstancias próximas facilitadoras.* Las agresiones suelen ser precedidas a menudo de estados emocionales tales como estrés prolongado, excitación sexual, reacciones coléricas, o de consumo abusivo de alcohol.
6. *Distorsiones cognitivas* sobre la sexualidad, las mujeres, los niños, etc., adquiridas por los agresores a lo largo de su desarrollo infantil y juvenil, que les ayudan a superar los controles internos.
7. *Circunstancias próximas* de oportunidad de una mujer o de un niño, según los casos, sin riesgos evidentes de detección.

LA REINCIDENCIA DE LOS AGRESORES SEXUALES: INVESTIGACIÓN BÁSICA

Existe la creencia generalizada de que los delincuentes sexuales presentan una casi segura probabilidad de reincidencia. Sin embargo, la reincidencia de los agresores sexuales es, como grupo, baja, y se estima a nivel mundial de en torno al 20% (Lösel, 2002; Quinsey, Rice, y Harris, 1995). (El promedio general de la reincidencia de los delincuentes –no específicamente sexuales— es de alrededor del 50%). No obstante, la distribución de la reincidencia es muy heterogénea y oscila entre aquellos casos de un solo delito conocido, y, en el extremo opuesto, los agresores en serie, que cometen decenas de delitos a lo largo de sus carreras criminales.

En cada caso, el riesgo de reincidencia –y también las posibilidades del tratamiento— van a depender de la tipología de agresor de que se trate y, específicamente, de los factores de riesgo que confluyan en cada sujeto (Hanson y Bussière, 1998; Hanson y Morton-Bourgon, 2004). La investigación más moderna en psicología criminal ha puesto de relieve la existencia tanto de *factores de riesgo* –aumentan el riesgo— como de *factores de protección o resistencia* –protegen al individuo, disminuyendo el riesgo de conducta delictiva— (entre ellos, el hecho de ser hijo primogénito, de ser una persona afectuosa, poseer alta autoestima y autocontrol, haber tenido cuidados alternativos a los paternos en caso de riesgo familiar, y haber tenido modelos de apoyo del mismo sexo – Smith, Visher, y Jarjoura, 1991 —). A su vez, unos y otros factores se han categorizado como factores *estáticos* (o inmodificables) y *dinámicos* (o modificables mediante intervenciones) (Andrews y Bonta, 2006). Los factores de riesgo estáticos suelen ser factores inherentes al sujeto o a su pasado, y por ello de difícil o imposible alteración, mientras que los factores de riesgo dinámicos consisten en hábitos, valores, cogniciones, bajo estatus académico y social, bajo autocontrol, conflictos interpersonales, etc., que pueden modificarse en cierto grado mediante intervenciones oportunas.

Existen factores de riesgo específicos de reincidencia sexual, que en la Tabla 1 se han clasificado también en predictores estáticos y dinámicos, de acuerdo con la investigación internacional (Andrews y Bonta, 2006; Berlin, 2000; Craissati y Beech, 2003; Groth, 1979; Hanson y Harris, 2000; Hanson y Morton-Bourgon, 2004; Maletzky, 1991; Marshall, 2001; Marshall y Barbaree, 1989; Marshall y Redondo, 2002; Quinsey *et al.*, 1995).

Como puede verse en la tabla anterior, existe un amplio conjunto de *factores estáticos* de riesgo que, además de la menor edad y los factores genéricos mencionados, condicionan específicamente la predicción de la reincidencia de los agresores sexuales (con correlaciones conocidas de entre .13 y .22). Pese a todo, los *factores dinámicos* juegan también un papel decisivo en dicha reincidencia y constituyen, en todo caso, debido a su modificabilidad, los objetivos oportunos de los programas de tratamiento. Mientras que los *factores estáticos* se corresponden, en buena medida, con los elementos energizantes o motivadores de las agresiones (excitación, repertorios de conducta desviada, etc.), los factores dinámicos estarían formando parte de dos procesos decisivos en dichas agresiones (Farrington, 1996): 1) confieren *direccionalidad antisocial* al comportamiento, debido a que muchos sujetos carecen de habilidades para entablar relaciones sexuales adultas y consentidas, y 2) facilitan los *procesos desinhibitorios* (creencias, distor-

TABLA 1
PREDICTORES DE RIESGO DE REINCIDENCIA SEXUAL

Predictores estáticos	Predictores dinámicos
<ol style="list-style-type: none"> 1. Factor genérico: menor edad 2. Mayor número de delitos sexuales previos 3. Mayor número de delitos previos en general 4. Versatilidad delictiva (no especialización sexual) 5. Violencia en la realización de los delitos previos 6. Escalamiento en la gravedad de los delitos (violencia, víctimas menores) 7. Víctimas desconocidas 8. Tipo de víctima: -Femeninas (.17) -Masculinas (.20) -Infantiles (.22) -Adultas (.13) 9. El delito no ha sido resultado de algún estresor específico circunstancial 10. Evidencia de psicopatología grave (psicosis) o ingreso previo en psiquiátricos (.18) 11. Acciones excéntricas, rituales, fantasías desviadas recurrentes, uso de pornografía 12. Presentar varias parafilias (abusos, violaciones) 13. Perfil psicopático (PCL) (Factor I: Rasgos psicopáticos) (.18) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Negación o racionalización persistente del delito 2. Baja/nula motivación para seguir un tratamiento 3. Baja competencia interpersonal y, en general, factores de necesidad criminógena (cogniciones, valores y hábitos delictivos, amigos delincuentes, dependencia a drogas) 4. Alta excitación ante EE desviados y baja excitación ante EE adecuados 5. Bajo control de la conducta desviada 6. Carecer de pareja (.22) 7. Perfil psicopático (Factor II: Conducta antisocial, salvo la que corresponde al pasado)

Fuente: *Elaboración propia a partir de diversos autores. Las correlaciones presentadas proceden de Quinsey et al. (1995)*

siones, falta de empatía, etc.) que precipitan la agresión.

En España nuestro equipo de investigación ha desarrollado análisis específicos de las características y factores de riesgo de los agresores sexuales encarcelados (Redondo, Luque y Andrés, en revisión). De modo especial, se ha puesto énfasis en las diferencias que se obtienen (en un amplio conjunto de variables demográficas, de carrera delictiva y clínicas de riesgo) entre agresores sexuales no-reincidentes y reincidentes. A partir de los resultados precedentes, y como síntesis de toda la información empírica obtenida, en la tabla 2 se presentan los que podrían ser los “perfiles” más típicos de los agresores sexuales no-reincidentes y reincidentes.

Como puede verse, los agresores sexuales no-reincidentes evaluados en este estudio presentan las siguientes características personales y de carrera criminal: cometieron su primer delito sexual condenado a una edad pro-

medio de 34 años; tenían una historia criminal de 1-2 delitos sexuales condenados y 3 delitos en total; su carrera criminal previa había durado alrededor de 3 años; la mayoría (3/4 partes) habían ingresado una sola vez en prisión y su reclusión había tenido una duración promedio de 5,5 años; salen de prisión con una edad de 40 años; tienen en general trayectorias laborales estables; el 60% tienen hijos; suelen abusar del alcohol; sus víctimas son chicas tanto mayores como menores de 14 años y en la mitad de los casos conocidas previamente; sólo un 3,7% presentan perfil psicopático, y puntúan más bajo en todos los ítems de la escala de riesgo (distintas víctimas, parafilias, bajos recursos personales, excitabilidad sexual desviada, estilo de vida inestable), con una puntuación total de riesgo de 13,19 puntos; por último, casi la mitad de quienes no reinciden (el 46,5%) habían recibido tratamiento específico para la agresión sexual.

Por su parte, los reincidentes cometieron su primer delito sexual condenado siendo más jóvenes (con 25 años); habían sido condenados por un promedio de 4 delitos sexuales y 7 delitos en total (computados delitos sexuales y no sexuales); su carrera criminal previa tenían una duración de 9 años, casi el doble de los no-reincidentes; habían tenido múltiples ingresos en prisión, con una reclusión promedio de 8 años; salen de prisión siendo más jóvenes, con unos 33 años; más de la mitad han tenido trayectorias laborales inestables; menos del 40% tienen hijos; aunque es notable el abuso de alcohol, una tercera parte consumen preferentemente otras drogas; sus víctimas son chicas desconocidas con una edad superior a los 14 años; un alto porcentaje, del 38,5%, presentan un perfil psicopático, y puntúan más alto en todos los ítems de la escala de riesgo, con una puntuación total en dicha escala de 45,07 puntos (tres veces la puntuación de los no-reincidentes); por último, sólo el 14,3% habían recibido tratamiento.

Así pues, entre las características que distinguen a los sujetos reincidentes de los no-reincidentes se encuentran múltiples factores de riesgo estáticos, o inmodificables, que constituyen aspectos de su propia individualidad (p.ej., edad más joven, elevado perfil psicopático, alta excitabilidad sexual) o de su experiencia pasada (p.ej., mayor duración de la carrera criminal, trayectorias laborales inestables, perfil de víctimas desconocidas). Junto a todos estos factores esencialmente estáticos, también se constata una diferencia relevante entre el grupo de los no-reincidentes y el grupo de los reincidentes en cuanto

Perfil de los no-reincidentes	Perfil de los reincidentes
Primer delito sexual condenado a los 34 años	Primer delito sexual condenado a los 25 años
Condenados por 1-2 delitos sexuales y 3 en total	Condenados por 4 delitos sexuales y 7 en total
Carrera criminal previa de 3 años	Carrera criminal previa de 9 años
3/4 partes una sola vez en prisión y reclusos durante 5,5 años	Varias veces en prisión y reclusos durante 8 años
Salen de prisión a los 40 años	Salen a los 33 años
Trayectorias laborales estables	Más de la mitad trayectorias laborales inestables
Más del 60% tienen hijos	Menos del 40% tienen hijos
Abuso de alcohol	Abuso de alcohol y 1/3 otras drogas
Víctimas chicas mayores o menores de 14 años y en la mitad de los casos conocidas previamente	Víctimas mujeres mayores de 14 años desconocidas
Psicopatía (PCL): 1/5 parte puntúan en el Factor II (conducta antisocial) y un 3,7% tienen <i>perfil psicopático</i>	Psicopatía: más de 1/2 puntúan en el Factor II (conducta antisocial) y un 38,5% tienen <i>perfil psicopático</i>
Riesgo: puntúan más bajo en todos los ítems: -Distintas víctimas -Parafilias -Bajos recursos personales -Excitabilidad sexual desviada -Estilo de vida inestable Su puntuación total de riesgo es 13,19	Riesgo: puntúan más alto en todos los ítems: -Distintas víctimas -Parafilias -Bajos recursos personales -Excitabilidad sexual desviada -Estilo de vida inestable Su puntuación total de riesgo es 45,07
El 46,5% han recibido tratamiento	El 14,3% han recibido tratamiento

al porcentaje de ellos que habían recibido o no tratamiento. Dicha diferencia apunta a una serie de factores dinámicos que, tales como las habilidades de comunicación, el desarrollo emocional o la empatía, constituyen objetivos del tratamiento aplicado a los agresores sexuales. Como ya se ha comentado, casi la mitad de los que no reincidieron (46,5%) había realizado tratamiento mientras que sólo lo había recibido el 14,3% de los que reincidieron.

VALORACIÓN DEL RIESGO DE REINCIDENCIA MEDIANTE EL SVR-20

En la actualidad se está produciendo un fuerte desarrollo teórico y técnico en el campo de la evaluación del riesgo de violencia (Mandeville-Norden y Beech, 2006). Un ámbito emergente es la predicción del riesgo de reincidencia que pueden presentar en el futuro los delincuentes sexuales, ya sea después de haber recibido o no tratamiento psicológico (Craig, Browne y Stringer, 2004; Olver, Wong, Nicholaichuk y Gordon, 2007). En las sociedades modernas, la violencia sexual, y con mayor relevancia la reincidencia de los delincuentes sexuales, constituyen problemáticas sociales que están en el punto de mira de los medios de comunicación y que preocupan tanto a ciudadanos como a poderes públicos. Los profesionales forenses que trabajan con delincuentes sexuales, al servicio de los tribunales o en las prisiones, se enfrentan a una presión creciente para que evalúen con eficacia los niveles de riesgo de dichos delincuentes y que efectúen asimismo un proceso de toma de decisión lo más transparente posible (Craig, Beech y Browne, 2006). Un delincuente sexual que se valore como sujeto de alto riesgo requerirá un control y una supervisión comunitaria mucho más estrictos que un sujeto que se considere de bajo riesgo de reincidencia sexual. Por este motivo, una buena predicción de la reincidencia sexual es necesaria tanto para evitar futuras víctimas como para reducir el coste institucional de estos sujetos y, como consecuencia, maximizar los recursos disponibles en la atención a individuos que realmente lo requieran, como, por ejemplo, ofreciéndoles programas de tratamiento eficaces en la reducción del riesgo de reincidencia (Nunes, Firestone, Wexler, Jensen y Bradford, 2007).

Actualmente en España no se utilizan de manera sistemática y generalizada instrumentos de predicción del riesgo de reincidencia sexual a pesar de que, como avalla la investigación internacional, podrían resultar de la máxima utilidad para los profesionales de la práctica fo-

rense. Sin embargo, a nivel internacional se han construido y se están aplicando diversos instrumentos de predicción de riesgo de violencia sexual. Entre los más usados se encuentra el *Sexual Violence Risk-20* (SVR-20) (Boer, Hart, Kropp y Webster, 1997), cuya versión en castellano se denomina "*SVR-20: Manual de valoración del riesgo de violencia sexual*". Esta guía de valoración de riesgo ha sido traducida y adaptada para población penitenciaria española por Martínez, Hilterman y Andrés Pueyo (2005), del *Grupo de Estudios Avanzados en Violencia* (GEAV) de la Universidad de Barcelona. Se trata de un protocolo para la evaluación del riesgo de violencia sexual de delincuentes adultos a partir de 20 ítems, relativos a factores de riesgo tanto estáticos como dinámicos.

Los ítems recogidos en esta guía fueron seleccionados considerando las investigaciones empíricas y la práctica clínica de los expertos en el ámbito de los factores de riesgo de violencia sexual. La expresión "factores de riesgo" se emplea en la investigación sobre carreras criminales para hacer referencia a aquellos elementos y variables personales o sociales cuya presencia hace más probable el mantenimiento de la actividad delictiva de un sujeto o, de otra manera, incrementa su riesgo delictivo. Como se ha mencionado, un factor de riesgo estático (como la edad o la carrera delictiva) es una variable histórica que, a pesar de ser útil para evaluar el riesgo del sujeto, no es susceptible de ser cambiada. Por otro lado, los factores de riesgo dinámicos (como el pensamiento distorsionado, el abuso de drogas, la soledad o la motivación sexual) son variables que pueden ser potencialmente modificadas a través de intervenciones psicológicas como, por ejemplo, un programa de tratamiento (Craig, Browne y Stringer, 2003; Olver *et al.*, 2007). En concreto, cada ítem del SVR-20 valora información sobre el individuo que podría constituir un factor de riesgo estático o dinámico para su conducta futura. La evaluación del riesgo se realiza por un experto forense a partir de la valoración de una lista estandarizada de factores que permite finalmente adoptar un juicio de riesgo global para un individuo en un momento determinado.

Los 20 factores de riesgo de violencia sexual que configuran este protocolo se estructuran en tres apartados:

1. *Funcionamiento psicosocial*, que incorpora los factores de riesgo 1 al 11. Integra, en primer lugar, dos factores de riesgo relativos al funcionamiento psico-sexual del individuo:

- 1) la posible presencia de *desviación sexual* (es decir, un diagnóstico de parafilia, o un patrón de arousal sexual anormal y disfuncional), y
- 2) haber sido *víctima de abuso en la infancia*.

Además, se incluyen cuatro factores de riesgo relacionados con el funcionamiento psicológico de la persona:

- 3) *Psicopatía*, evaluada mediante la *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R) o su versión abreviada *Psychopathy Checklist-Short Version* (PCL-SV),
- 4) *trastorno mental grave* (presencia de psicosis, manía, retraso mental o discapacidad neuropsicológica grave),
- 5) *abuso de sustancias tóxicas* (incluye abuso de alcohol, de drogas de prescripción médica y drogas ilícitas), y
- 6) *ideación suicida u homicida* (incluye impulsos, imágenes e intenciones verbalizadas de hacerse daño a sí mismo o a otros).

Los dos factores de riesgo siguientes indican si ha habido un fracaso en la adopción de dos importantes roles sociales:

- 7) *problemas al establecer o mantener relaciones de pareja íntimas o estables*, y
- 8) *problemas para conseguir y mantener un trabajo estable*.

Por último, se incluyen tres factores de riesgo que indican la predisposición del individuo hacia conductas antisociales en general:

- 9) *antecedentes de conducta violenta no sexual*,
 - 10) *antecedentes de delitos no violentos*, y
 - 11) *fracaso en las medidas de supervisión previas* (es decir, posible incumplimiento de las obligaciones o medidas anteriormente impuestas por los tribunales o los servicios de justicia, como por ejemplo, un permiso de salida, libertad vigilada o libertad condicional, etc.).
2. *Delitos sexuales*, que agrupa siete ítems relacionados con la violencia sexual previa:
- 12) *frecuencia de delitos sexuales graves* (tiene en cuenta tanto el tiempo transcurrido entre los delitos, como el riesgo de las conductas delictivas realizadas),
 - 13) *tipologías sexuales diversas* (hace referencia tanto a la variedad de víctimas como a la diversidad de conductas sexuales ilícitas cometidas),
 - 14) *gravedad del daño físico o psicológico ocasionado a la víctima de las agresiones sexuales*,
 - 15) *utilización de armas o amenazas de muerte*, y

- 16) *progresión en la frecuencia o intensidad de los delitos*.

Finalmente, se consideran dos factores de riesgo vinculados a los aspectos psicológicos de la violencia sexual:

- 17) *minimización extrema o negación de las agresiones sexuales*, y
- 18) *actitudes que apoyan o toleran las agresiones sexuales*.

3. *Planes de futuro*, apartado que incluye dos ítems que valoran los proyectos vitales del sujeto:

- 19) evalúa si el individuo tiene una tendencia a *hacer planes de futuro poco realistas o evitar hacer ningún proyecto de futuro*, y
- 20) valora si hay una *actitud negativa hacia la intervención* es decir, si el individuo es pesimista, se resiste o no coopera con los programas de tratamiento o supervisión.

Para la valoración y cumplimentación de cada uno de los ítems del SVR-20 es necesario utilizar todas las fuentes de información disponibles sobre el sujeto en una recogida de datos exhaustiva. El SVR-20 no es un test o cuestionario, sino un protocolo de hetero-evaluación que valora a cada sujeto en base a toda la información disponible, tanto suministrada por él como por otras fuentes externas. Como fuentes básicas de información sobre los sujetos suelen utilizarse las siguientes: a) entrevistas, b) informes técnicos de otros profesionales (psicólogos, psiquiatras, juristas, criminólogos, educadores, pedagogos, maestros, etc.), y c) expedientes o registros sobre el sujeto (judiciales, penitenciarios, historias clínicas, ficheros informáticos, etc.).

La codificación clínica (vs. actuarial o de investigación) de los ítems del SVR-20 se realiza en una escala ordinal con tres posibles categorías (N/?/S), según el grado de certeza que se tenga de que los factores de riesgo están presentes o lo han estado, en algún momento, del pasado del individuo. Una codificación N (no) indica que el factor de riesgo no está con seguridad presente; si se codifica como interrogante (?) quiere decir que hay cierta sospecha (pero no certeza) de que el factor de riesgo está presente, y si se asigna S (sí) representa que el factor de riesgo está presente o lo ha estado con anterioridad. Como síntesis de la evaluación, se debe establecer una valoración global del riesgo de violencia sexual de cada sujeto como Bajo, Moderado o Alto.

Este instrumento no permite sumar linealmente los factores de riesgo presentes en un individuo para alcanzar una valoración final de riesgo que sea apropiada para todos

los casos. Aunque es razonable que los evaluadores concluyan que a mayor número de factores presentes más elevado será el riesgo de violencia sexual, han de ser prudentes ya que el riesgo global dependerá probablemente de que factores se combinan en cada sujeto, y no simplemente de la suma de éstos. A pesar de todo, de cara a la investigación futura, sería deseable establecer puntos de corte que orientaran la toma de decisión de los expertos en relación con la valoración del SVR-20.

INVESTIGACIÓN SOBRE EL SVR-20

Se están desarrollando diversas investigaciones por parte del *Grupo de Estudios Avanzados en Violencia (GE-AV)* y de otros investigadores para explorar el funcionamiento del SVR-20 en población española. En uno de estos estudios, Pérez, Redondo, Martínez, García y Andrés (en prensa) han investigado la capacidad del SVR-20 para predecir la reincidencia de los agresores sexuales. Con este fin se cumplimentó el instrumento de forma retrospectiva pero ciega (es decir, sin que los evaluadores conocieran la reincidencia empírica de los sujetos a lo largo de un periodo de seguimiento promedio de cuatro años) para un grupo de 163 agresores sexuales que habían cumplido una pena de prisión. El objetivo de este estudio fue contrastar la reincidencia sexual pronosticada por el SVR-20 con la reincidencia real de los sujetos y, de este modo, estimar la tasa de aciertos y errores de dicho instrumento.

Como se ha descrito en el apartado anterior, la codificación del SVR-20 se realiza a partir de una escala con tres categorías (N/?/S). Este método de puntuación es el recomendado por los autores del instrumento (Boer *et al.*, 1997) y se adapta convenientemente a las necesidades de los profesionales forenses, que son sus usuarios principales. A pesar de esto, con finalidades de investigación, se permite cumplimentar el SVR-20 de forma actuarial, es decir, asignando un valor numérico (0, 1, 2) a cada ítem según una escala ordinal. Así se ha hecho en este estudio, lo que ha permitido obtener una puntuación global numérica para cada sujeto y, por tanto, efectuar análisis estadísticos con la información obtenida.

La capacidad del SVR-20 para predecir la reincidencia sexual se evaluó mediante el método estadístico de regresión logística. Este método nos permite estimar la probabilidad de reincidencia (sí/no) en función de la puntuación de cada sujeto en el SVR-20 y, de este modo, clasificar a dichos sujetos en dos grupos, reincidentes y no reincidentes. La variable reincidencia se ha

definido aquí como el encarcelamiento del sujeto por un nuevo delito. En la muestra estudiada, 128 sujetos (78.5%) no volvieron a delinquir, 24 sujetos (14.7%) cometieron un nuevo delito sexual y 11 sujetos (6.7%) volvieron a cometer un delito no sexual. Estas cifras se aproximan a los datos obtenidos en la investigación internacional que estiman que el 20% de los agresores sexuales volverán a delinquir a lo largo de un periodo de seguimiento de 5 años (Garrido, Stangeland y Redondo, 2006; Hanson, 2005, Lösel, 2002).

Los datos obtenidos en este estudio muestran que el SVR-20 obtiene un 79.9% de clasificaciones correctas de los sujetos no-reincidentes y un 70.8% de clasificaciones correctas de los sujetos reincidentes. El significado social de estos resultados es que parece ser más fácil identificar aquellos casos que probablemente no reincidirán que aquellos otros que sí lo harán. Una de las dificultades más relevantes en el ámbito de la predicción de violencia sexual es el problema de las *tasas base bajas* (Redondo, 2006). Cuando un fenómeno, como en este caso la reincidencia sexual, tiene una prevalencia baja, la predicción resulta más difícil, que para aquellos fenómenos de alta prevalencia. La violencia sexual tiene unos efectos muy impactantes y unas consecuencias muy graves, pero, a pesar de esto, no deja de ser un fenómeno estadísticamente infrecuente y, por tanto, difícil de predecir (Garrido, Stangeland y Redondo, 2006; Brown, 2005).

En un problema tan complejo y multifactorial como el comportamiento delictivo, un promedio de pronóstico correcto del 78.5%, a partir de un instrumento de predicción todavía en desarrollo, constituye un dato esperanzador, aunque relativo y quizás mejorable en un futuro. Por otro lado, cabe destacar el papel predictor que en este estudio tuvo la variable "haber recibido tratamiento psicológico", cuya consideración mejoró notablemente la predicción de la reincidencia sexual. En concreto, aquellos sujetos que habían recibido tratamiento obtuvieron mejores pronósticos de no reincidencia que aquellos que no lo habían recibido o lo habían rechazado.

Pese a todo, estos resultados permitirían concluir que, aunque la frecuencia de la reincidencia sexual oficial es baja, si se utilizan variables específicas e instrumentos de predicción adecuados, el pronóstico de la violencia sexual consigue valores de aciertos destacables. En resumen, la conclusión principal de este estudio es que el SVR-20: *Manual de valoración del riesgo de conducta sexual* puede constituir una buena ayuda técnica para predecir el riesgo de reincidencia sexual.

CONCLUSIONES

La investigación sobre la agresión sexual y su reincidencia ha producido diversos conocimientos útiles tanto para la explicación científica de estos fenómenos como para las aplicaciones profesionales. En primer lugar, la investigación internacional sobre la etiología de la agresión sexual avala el modelo teórico de Marshall y Barbaree (1989, 1990) para explicar los desencadenantes y el origen de dicha agresión. En segundo término, la investigación básica en Psicología Criminal ha evidenciado la influencia de los factores de riesgo, tanto estáticos como dinámicos, en el incremento de la reincidencia de los delincuentes sexuales. Un estudio específico realizado en España por Redondo, Luque y Andrés (en revisión), ha formulado y explorado un modelo multivariable de los factores explicativos de la reincidencia sexual. Este modelo sugiere que dos variables, una estática como es la variable *Irresponsable* de la escala de psicopatía de Hare, y otra dinámica correspondiente al *Tratamiento* de los sujetos, clasifican correctamente el 60% de los casos de reincidentes sexuales y el 96,1% de los casos de no reincidentes sexuales (con un promedio de clasificación correcta del 92,9%). Aunque este modelo es sólo tentativo y provisional, resulta psicológicamente sugerente de la estrecha vinculación existente, a la hora de predecir el riesgo delictivo, entre algunos aspectos de la personalidad del sujeto ("irresponsable"/"responsable") y los cambios terapéuticos derivados de su tratamiento.

La investigación realizada por el *Grupo de Estudios Avanzados en Violencia* (GEAV) avala una buena capacidad discriminativa del SVR-20: *Manual de valoración del riesgo de conducta sexual* para detectar aquellos sujetos con mayor probabilidad de reincidencia sexual. No obstante, en esta investigación se ha trabajado con algunas carencias de información, que han impedido cumplimentar todos los ítems del instrumento, limitación que no es infrecuente en diseños retrospectivos. Con todo, los buenos resultados obtenidos en este estudio permiten considerar inicialmente que el SVR-20 puede resultar de gran ayuda en la mejora de las predicciones del riesgo de agresión sexual. La investigación futura debería resolver los problemas metodológicos aquí señalados y evaluar la validez predictiva del SVR-20 mediante diseños longitudinales que permitan una recogida más completa de la información necesaria para la cumplimentación de los ítems.

Agradecimientos: Este trabajo se ha realizado en el marco del desarrollo de los proyectos de investigación SEC2001-3821-C05-01/PSCE y del Ministerio de Educación y Ciencia del Gobierno de España.

REFERENCIAS

- Andrews, D., y Bonta, J. (2006). *The Psychology of Criminal Conduct* (4ª ed.). Cincinnati (Estados Unidos): Anderson Publishing Co.
- Bachman, R. (1998). The factors related to rape reporting behavior and arrest: New evidence from the National Crime Victimization Survey. *Criminal Justice and Behavior*, 25, 8-29.
- Berlin, F.S. (2000). *The Etiology and Treatment of Sexual Offending*. En D. Fishbein: *The Science, Treatment, and Prevention of Antisocial Behaviors* (cap. 21). Kingston, New Jersey: Civic Research Institute.
- Boer, D.P., Hart, S., Kropp, P.R., y Webster, Ch.D. (1997). *Sexual Risk Violence-20*. Lutz, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Brown, S. (2005). *Treating Sex Offenders: An introduction to the sex offender treatment programmes*. Devon (UK): William Publishing.
- Craig, L.A., Beech, A., y Browne, K.D. (2006). Cross-Validation of the Risk Matrix 2000 Sexual and Violent Scales. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(5), 612-633.
- Craig, L.A., Browne, K.D., y Stringer, I. (2003). Risk Scales and Factors Predictive of Sexual Offence Recidivism. *Trauma, Violence & Abuse*, 4, 45-69.
- Craig, L.A., Browne, K.D., y Stringer, I. (2004). Comparing Sex Offender Risk Assessment Measures on a UK sample. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 48(1), 7-27.
- Craissati, J. y Beech, A. (2003). A review of dynamic variables and their relationship to risk prediction in sex offenders. *Journal of Sexual Aggression*, 9 (1), 41-55.
- D'Amora, D., y Burns-Smith, G. (1999). Partnering in response to sexual violence: How offender treatment and victim advocacy can work together in response to sexual violence. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11, 293-304.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.
- Farrington, D.P. (1996). The explanation and prevention of youthful offending. En P. Cordelia y L. Siegel (eds.)

- Readings in contemporary criminological theory.* Boston: Northeastern University Press.
- Fisher, B. S., Daigle, L. E., Cullen, F. T., y Turner, M. G. (2003). Reporting of sexual victimization to the police and others: Results from a national-level study of college women. *Criminal Justice Behavior*, 30, 6-38.
- Garrido, V., Stangeland, P., i Redondo, S. (2006). *Principios de criminología* (3a ed.). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Groth, A. (1979). *Men who rape*. N.Y.: Plenum Press.
- Hanson, R. K., y Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual ofender recidivism studies. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 348-362.
- Hanson, R.K., y Harris, A. J. R. (2000). Where should we intervene ? Dynamic predictors of sex offense recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 27, 6-35.
- Hanson, R. K., y Morton-Bourgon, K. (2004). *Predictors of Sexual Recidivism: An Updated Meta-Analysis*. Ottawa, Canada: Public Safety and Emergency Preparedness Canada.
- Hanson, R.K. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1154-1163.
- Hart, T. y Rennison, C. (2003). *Reporting Crime to the Police*. Washington DC: U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics.
- Hollin, C.R. (1987). Sex roles in adolescence. En D.J. Hargreaves y A.M. Colley: *The psychology of sex roles* (pp. 176-197). Washington, DC: Hemisphere Publishing Corp.
- Lösel, F. (2002). ¿Sirve el tratamiento para reducir la reincidencia de los delinquentes sexuales? A Redondo, S. (Coord.), *Delincuencia sexual y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Malesky, A., y Keim, J. (2001). Mental health professionals' perspectives on sex offender registry Web sites. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13, 53-63.
- Mandeville-Norden, R., y Beech, A.R. (2006). Risk assessment of sex offenders: The current position in the UK. *Child Abuse Review*, 15, 257-272.
- Marshall, W.L. (2001). El tratamiento y su eficacia. En W.L. Marshall: *Agresores sexuales* (Cap. 4, pp. 121-156). Barcelona: Ariel.
- Marshall, W. L. & Barbaree, H. E. (1990). Outcome of comprehensive cognitive-behavioral treatment programs. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault* (pp. 363-385). New York: Plenum Press.
- Marshall, W. L. y Barbaree, H. E. (1989). Sexual violence. En K. Howells and C. R. Hollin (Eds.), *Clinical approaches to violence* Chichester: Wiley.
- Marshall, W.L. y Redondo, S. (2002). Control y tratamiento de la agresión sexual. En S. Redondo, *Delincuencia sexual y sociedad* (pp. 301-328). Barcelona: Ariel.
- Martínez, M., Hilterman, E., y Andrés Pueyo, A. (2005). *SVR-20 Manual de Valoración del Riesgo de Violencia Sexual*. Barcelona: Publicaciones Universitat de Barcelona.
- Nunes, K.L., Firestone, P., Wexler, A.F., Jensen, T.L., y Bradford, J.M. (2007). Incarceration and recidivism among sexual offenders. *Law and Human Behavior*, 31, 305-318.
- Olver, M.E., Wong, S.C.P., Nicholaichuk, T., y Gordon, A. (2007). The Validity and Reliability of the Violence Risk Scale-Sexual Offender Version: Assessing Sex Offender Risk and Evaluating Therapeutic Change. *Psychological Assessment*, 19(3), 318-329.
- Pérez-Ramírez, M., Redondo, S., Martínez-García, M., García-Forero, C., y Andrés, A. (en prensa). Predicción de riesgo de reincidencia en agresores sexuales. *Psicothema*.
- Quinsey, V.L. Rice, M.E. y Harris, G.T. (1995). Actuarial prediction of sexual recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*, 10(1), 85-105.
- Redondo, S. (Agosto, 2006). *Crime control through the treatment of offenders*. Conferencia impartida en el 6th Annual Conference of the European Society of Criminology, Tubingen, Alemania.
- Redondo, S. (2002). Delincuencia sexual: mitos y realidades. En S. Redondo (coord.), *Delincuencia y sociedad* (pp. 35-52). Barcelona: Ariel.
- Sanday, P.R. (1981). The socio-cultural context of rape: a cross-cultural study. *The J. of Social Issues*, 37, 5-27.
- Smith, D.A.; Visher, C.A. y Jarjoura, G.R. (1991). Dimensions of delinquency: Exploring the correlates of participation, frequency, and persistence of delinquent behavior. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 28(1), 6-32.
- Terry, K. J. (2006). *Sexual offenses and offenders: Theory, practice, and policy*. Belmont, CA: Thomson Wadsworth.

EL ADOLESCENTE ANTE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN: INTERNET, MÓVIL Y VIDEOJUEGOS

ADOLESCENTS AND INFORMATION AND COMMUNICATIONS TECHNOLOGIES: INTERNET, MOBILE PHONE AND VIDEOGAMES

Montserrat Castellana Rosell, Xavier Sánchez-Carbonell, Carla Graner Jordana y Marta Beranuy Fargues
 Universidad Ramón Llull (URL)

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) generan profundos cambios en nuestra sociedad. Como esta influencia es especialmente notable en los adolescentes, se hace imprescindible describir posibles desadaptaciones para evaluar el impacto en el desarrollo psicosocial, concretamente en el proceso de socialización y adquisición de la identidad personal. Así mismo no cabe duda de la importancia de implicar en la prevención a los agentes socializadores- en tanto que personas significativas- porque está demostrada su influencia en los usos que hace el adolescente de las TIC, especialmente de Internet, móvil y videojuegos. Se proporcionan orientaciones preventivas. Se concluye haciendo hincapié en la necesidad de definir criterios diagnósticos sobre el comportamiento adictivo y promoción de hábitos saludables, especialmente en la adolescencia.

Palabras clave: TIC, Adolescentes, Uso Patológico de Internet, Móvil, Videojuegos, Adicción, Adicciones Conductuales.

Information and Communications Technology (ICT) produces deep changes in our society. As this influence is particularly remarkable in adolescents, the description of possible misadjustments is essential to assess the impact on psychosocial development, especially in the process of socialization and personal identity acquisition. Likewise, it is also important to involve socializing agents -as they are significant people- in prevention, because their influence on the adolescent's use of ICT, particularly Internet, mobile phone, and videogames, has been proven. Some preventive guidance is provided. In conclusion, we stress the need to define diagnostic criteria about addictive behaviour and promotion of healthy habits, especially in adolescence.

Key words: ICT, Adolescents, Pathological use of Internet, Mobile Phone, Videogames, Addiction, Behavioural Addictions.

La sociedad actual se establece en un mundo cambiante, en una época de transformaciones y en un periodo de transición a la adaptación de la sociedad a las tecnologías. Internet, móviles y videojuegos ocupan un espacio importante en el proceso de socialización, influyendo en comportamientos y actitudes (Levis, 2002); en consecuencia la psicología, como ciencia y como practica profesional no puede permanecer ajena a esta transformación (Saldaña, 2001).

Así mismo, están emergiendo un nuevo tipo de desadaptaciones conductuales producto de la generalización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). Si bien estas herramientas fueron creadas como tecnologías para informar y comunicar, su propio diseño es susceptible de afectar a la voluntad de control, lo cual junto con otros factores personales y ambientales, facilita la conducta adictiva (Saldaña, 2001). Ni el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2000) ni la Clasificación Internacional de las Enfermedades (World Health Organization, 1992) reconocen las adicciones conductuales como trastornos mentales,

excepto el juego patológico en el epígrafe de trastornos del control de impulsos. Tampoco ayuda el hecho de que no existe consenso en la nomenclatura sobre el fenómeno. Se conoce como *internet addiction* (Young, 1998), *internet addiction disorder* (Grohol, 2005; Simkova y Cincera, 2004), *compulsive internet use* (Black, Belsare y Schlosser, 1999; Meerkerk, Van den Eijnden y Garretsen, 2006), *pathological internet use* (Davis, 2001), *problematic internet use* (Shapira y cols., 2000; Shapira y cols. 2003), *unregulated internet usage* (LaRose, Lin y Eastin, 2003) por citar algunos de los términos más utilizados. No obstante, el uso de las TIC requiere de una mayor atención, sobre todo si causa problemas o interfiere en la vida diaria, especialmente durante la infancia y la adolescencia.

Por otro lado, las TIC están presentes en todos los ámbitos de la realidad científica, cultural y social, y constituyen un elemento esencial del funcionamiento de nuestra vida cotidiana. La adolescencia es una etapa que merece una atención especial con respecto a sus relaciones con las TIC, sobre todo porque es un colectivo muy sensible al momento y al entorno social en el que vive y también porque estas tecnologías están especialmente presentes en su vida. Los adolescentes, fascinados por Internet, el móvil y los videojuegos, han encontrado en estas tecnologías un me-

Correspondencia: Montserrat Castellana Rosell. FPCEE Blanquerna. Universidad Ramón Llull (URL). C/ Císter 34. 08022 Barcelona. España. E-mail: montserrater@blanquerna.url.edu

dio extraordinario de relación, comunicación, aprendizaje, satisfacción de la curiosidad, ocio y diversión. Poco a poco, esto conlleva que las TIC se conviertan en un elemento importante e imprescindible en sus vidas (Machar-go, Luján, León, López y Martín, 2003).

ADICCIONES CONDUCTUALES Y TECNOLÓGICAS

El estudio de las adicciones conductuales es un fenómeno emergente por varias razones. En primer lugar, existe un interés creciente por contemplar muchas conductas como adictivas, estas conductas pueden ser tan diversas como las compras, el trabajo, el sexo y el juego de apuestas (Alonso-Fernández, 2003; Echeburúa, 1999). En segundo lugar, llegar a comprender las características de las adicciones conductuales incrementa nuestro conocimiento de la psicología de las adicciones químicas. Y, en tercer lugar, la evolución tecnológica plantea un periodo de adaptación a las nuevas formas de adquirir información y comunicación que pueden generar trastornos o desadaptaciones psicológicas más o menos permanentes. Griffiths (1997) entiende por adicciones tecnológicas aquellas que involucran la interacción hombre-máquina, y las divide entre pasivas (como la televisión) y activas (Internet, móvil y videojuegos).

El diagnóstico de la *adicción* a las TIC parte del mismo principio que las adicciones a sustancias. Se señalan tres síntomas nucleares (Echeburúa, 1999; Griffiths, 2000; Washton y Boundy, 1991):

- Incapacidad de control e impotencia. La conducta se realiza pese al intento de controlarla y/o no se puede detener una vez iniciada.
- Dependencia psicológica. Incluye el deseo, ansia o pulsión irresistible (*craving*) y la polarización o focalización atencional (la actividad se convierte en la más importante al dominar pensamientos y sentimientos).
- Efectos perjudiciales graves en diferentes ámbitos para la persona (conflicto intrapersonal: experimentación subjetiva de malestar) y/o su ámbito familiar y social (conflicto interpersonal: trabajo, estudio, ocio, relaciones sociales, etc.).

Los síntomas no esenciales más frecuentes son: a) Tolerancia y abstinencia; b) Modificación del estado de ánimo. Sensación creciente de tensión que precede inmediatamente el inicio de la conducta. Placer o alivio mientras se realiza la conducta. Agitación o irritabilidad si no es posible realizar la conducta; c) Euforia y trance mientras se desarrolla la actividad; d) Negación, ocultación y/o minimización; e) Sentimientos de culpa y dismi-

nución de la autoestima; y f) Riesgo de recaída y de reinstauración de la adicción

A continuación, se presentan una serie de síntomas, frecuentes en los adolescentes que pasan muchas horas en Internet (Charlton, 2002; Davis, 2001; Echeburúa, 1999; de Gracia, Vigo, Fernández y Marcó, 2002; Greenfield, 1999; Kandell, 1998; Kubey, Lavin y Barrows, 2001; Morahan-Martin y Schumacher, 2000; Sandoz, 2004; Suler, 2004; Viñas y cols., 2002).

Un indicador destacable es que la intensidad de los síntomas aumenta gradualmente. Se permanece muchas horas conectado y/o se pierde la noción del tiempo, si bien no es posible establecer un límite temporal que diferencie el uso seguro del uso adictivo. El adolescente es incapaz de interrumpir la conexión ('un minuto más', 'ahora voy') y se conecta, pese a no pretenderlo, argumentándose diferentes excusas o se conecta antes de lo habitual y durante más tiempo. En este contexto, empiezan los comentarios de amigos y familiares, por lo que se niega o minimiza la duración de la conexión. También se descuida el aspecto, se pierden horas de sueño y se alteran los hábitos de alimentación. Así mismo, podemos observar cómo se utiliza Internet para obtener satisfacción inmediata y huir de los problemas. Se siente una intensa intimidad en línea y se busca euforia, 'colocón' o estado de 'trance' a través de la red.

Todo gira en torno a la realidad virtual. La red domina su vida con una total focalización atencional (Young, 1999). Se observan, a nivel escolar, efectos perjudiciales graves (fracaso escolar, abandono de estudios) y se pueden producir pequeños hurtos para compras de elementos y créditos para juegos como *Habbo Hotel* o *Everquest*. Aparecen sentimientos de culpa y disminución de la autoestima. El adolescente siente que Internet es el único lugar donde puede sentirse bien, pero a la larga aparece soledad, y reducción del bienestar psicológico (Young, 1998).

Para conseguir la excitación del principio, y debido a la tolerancia, se recurre a trucos como aumentar el número de conversaciones abiertas en un *chat*. Se pueden observar síntomas físicos y psicológicos de abstinencia (alteraciones del humor, irritabilidad, impaciencia, inquietud, tristeza, ansiedad) en caso de verse obligados a interrumpir la conexión, a no poder llevarla a cabo, a la lentitud de la conexión o por no encontrar qué o a quién se busca (Griffiths, 2000). Algunos casos pueden tener 'cibercrisis' mostrando agitación y movimientos como el de mecanografiar pese a no estar delante del ordenador (Wieland, 2005).

ADOLESCENCIA Y LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

La adolescencia es un fenómeno psicológico, biológico, social y cultural. Es el periodo donde el individuo se desarrolla hacia la adquisición de la madurez psicológica a partir de construir su identidad personal (Castellana, 2003; 2005). También es un periodo importante por sus propias características evolutivas: omnipotencia, tendencia a buscar la causa de sus problemas en el otro (culpar al exterior), poca experiencia de vida, dificultad de reconocer adicciones sutiles y necesidad de normalizar conductas de riesgo.

Todas estas características convierten a la adolescencia en un periodo sumamente susceptible de sufrir conductas adictivas u otros trastornos psicológicos relacionados con el uso de alguna de las aplicaciones de las TIC. Un 1,98 % de una muestra de 3237 adolescentes noruegos entre 12 y 18 años cumplirían criterios de adicción y un 8,66 % presentarían un uso de alto riesgo (Johansson y Götestam, 2004). Aunque, para Matute (2003, pág. 66), se trata sobre todo de usuarios inexpertos y no de posibles adictos, no se debe olvidar que la necesidad del adolescente para acceder a la comunicación e información (actualmente elevada, heterogénea y cambiante) y el hecho de que siempre son usuarios inexpertos, aumenta la vulnerabilidad de este colectivo. Mientras los usuarios experimentados dedican más tiempo al correo electrónico, actividades relacionadas con su trabajo, consulta de noticias y de información, los usuarios noveles pasan más tiempo en *chats* y otros servicios de ocio (Matute, 2003).

Adolescentes y Internet

Internet puede definirse como una red de redes de ordenador para compartir datos y recursos (Madrid, 2000). El abaratamiento de los costos de conexión, las mejoras tecnológicas y la llegada masiva de ordenadores personales a los hogares, provoca un crecimiento exponencial del número de usuarios; por este motivo, cada vez adquieren mayor importancia las respuestas de los usuarios y conviene valorar algunos efectos que la irrupción de Internet produce en sus conductas (Chamarro y Hernández, 2005).

El uso que hace el adolescente de Internet es relevante. Las horas de conexión son distintas según la edad con la tendencia de las chicas a conectarse más que los chicos (Fundación Catalana per a la Recerca, 2004). Respecto al entorno de conexión, la mayoría se conecta desde sus respectivos hogares (78'4 %), de los cuales la mitad tienen su propio ordenador y línea de Internet personal; el

resto se conectan desde la escuela (26 %), biblioteca (8 %) o cibercafé (5 %) (Estallo, 2000). A través del *Chat*, el 32 % de los menores facilitan su teléfono, el 17 % ha quedado físicamente con alguien y se han conocido personalmente a través de una cita y el 34 % se han sentido incómodos en la red en alguna ocasión (Fundación Catalana per a la Recerca, 2004).

Respecto a los motivos que mueven al adolescente a conectarse a la red, se ha venido observando que giran en torno a la posibilidad de estar en contacto y vincularse con su grupo de iguales superando la distancia física, así como expresar y hablar de temas que desde la relación cara a cara les sería difícil o imposible de realizar. El efecto desinhibidor del anonimato y la ausencia de contacto visual le permite expresar alguna necesidad o emoción desagradable o, en otras ocasiones, ser honesto, abierto y expresar emociones sobre asuntos personales que no podrían ser fácilmente discutidos frente a frente (King, 1996). El adolescente se encuentra en un mundo diferente, sin las limitaciones del mundo "real", un lugar donde se oculta la vergüenza y surgen las intimidades de su mundo interno (Fiel, 2001).

Así mismo, en estas edades el atractivo de Internet aumenta porque incluye la relación virtual con amigos y desconocidos y porque la ausencia de elementos de la comunicación no verbal facilita la interacción y posibilita enmascarar la identidad personal, hecho que puede provocar la vivencia de una experiencia placentera y de excitación aliviando el aburrimiento, la tensión, la depresión y la ansiedad (Fiel, 2001); también permite la correspondencia con los iguales las veinticuatro horas, contactar con personas que de otra forma no habría conocido, mantener el contacto con amigos al mínimo coste y ser tenido en cuenta (Castellana, Sánchez-Carbonell, Beranuy y Graner, 2006)

El uso que el adolescente hace de Internet puede ser problemático cuando el número de horas de conexión afecta al correcto desarrollo de la vida cotidiana, causándole estados de somnolencia, alteración del estado de ánimo, reducción de las horas dedicadas al estudio o a sus obligaciones. Al igual que en el adulto, puede darse ansiedad o impaciencia por la lentitud de las conexiones, o por no encontrar a quien busca, irritabilidad en el caso de interrupción y dificultad para salir de la pantalla (Echeburúa, 1999). Los adolescentes adictos a Internet entrevistados por Tsai y Lin (2003) tenían síntomas de uso compulsivo y abstinencia, tolerancia y problemas escolares, sanitarios, familiares, económicos y de gestión del tiempo. Así mismo, Internet se asocia a un mayor

malestar psicológico donde se limitan las formas de diversión y se reducen las relaciones sociales (Viñas, Juan, Villar y cols., 2002).

Conviene tener en cuenta que todas las aplicaciones a Internet no tienen la misma capacidad adictiva. El riesgo de adicción a Internet en la adolescencia está directamente relacionado con el grado de relación social de cada aplicación, la naturaleza de la relación que el jugador establece con otros internautas, la dimensión para explorar, la incertidumbre y la posibilidad de alcanzar un estatus que le diferencie de los demás Sánchez- Carbonell y cols. (en prensa). Otros factores son la interacción que se establece entre el adolescente y el ordenador (Echeburúa, 1999; Griffiths, 2000) y la sincronía de la respuesta (prácticamente en tiempo real). Por ejemplo, los juegos de rol en línea denominados Massively Multiplayer Online Games (MMOG) son altamente adictivos debido al alto grado de comunicación, al tipo de interacción con el ordenador y a la rapidez de la respuesta.

El uso excesivo de Internet puede llegar a ser peligroso para el adolescente. En la Tabla 1 se exponen algunos aspectos para que escuela y familia pueda reorientar al adolescente.

Adolescentes y Móvil

Los adolescentes se han convertido en los principales usuarios de los diferentes servicios que ofrece la telefonía móvil a los que dedican cada vez más tiempo y recursos económicos. Para esta generación, los teléfonos móviles son objetos que siempre han existido, hecho que les convierte en expertos para poder elegir el medio, lugar y el momento en que hace falta utilizar el móvil.

Encontramos dos explicaciones sociológicas sobre el éxito del móvil entre los adolescentes. Por un lado, Ling (2002) lanza un concepto enormemente fértil, en el que la adquisición del teléfono móvil se considera un "ritual de paso", al igual que el reloj o la pluma en la primera comunión, el móvil puede ser un objeto de iniciación a la adolescencia. Por el otro, Forutnati y Manganeli (2002) hablan de "hermandad virtual", fenómeno entendido como el sentimiento de fraternidad que surge entre jóvenes por compartir sentimientos, emociones, y pensamientos.

Mientras los más jóvenes ven el móvil como consola de juegos y adoptan, ante él, una actitud lúdica (Oksman y Rautiainen, 2002), los mayores utilizan el móvil para organizarse y coordinarse (O'Keefe y Sulanowski, 1995). Todos los usos provocan unos gastos importantes que asumen, en parte o totalmente, los padres.

El teléfono móvil tiene varios significados en la vida de

los adolescentes. Por un lado, el móvil constituye una parte natural e importante de su cotidianidad y lo utilizan como medio para organizar las actividades de la vida diaria, también se ha convertido en un medio para construir

TABLA 1
ACTUACIONES PREVENTIVAS PARA MEJORAR EL USO DE
INTERNET BASADAS EN YOUNG (1999)

- ✓ *Practicar lo contrario en el tiempo de uso de Internet:* La técnica consiste en romper la rutina para adaptarse a un nuevo horario. Por ejemplo, si lo primero que hace el adolescente al levantarse es comprobar el correo, podemos sugerir que lo haga después de desayunar.
- ✓ *Interruptores externos:* Se trata de usar cosas que el adolescente tenga que hacer o sitios donde ir como señales que le indiquen que debe desconectar. Como ayuda a estas alarmas naturales se pueden usar relojes o alarmas de tiempo.
- ✓ *Fijar metas:* Para evitar las recaídas se puede elaborar un horario realista que permita al adolescente manejar su tiempo. Se puede elaborar un esquema de conexiones breves pero frecuentes. El tener un horario tangible puede permitir tener sensación de control.
- ✓ *Abstinencia de una aplicación particular:* Una vez se ha identificado la aplicación que resulta más problemática para el adolescente, éste debe dejar de utilizarla. Esto no significa que no pueda usar otras aplicaciones relacionadas con la red. Si el adolescente encuentra problemas con las salas de chat, entonces no debe usarlas más, pero sí puede usar el correo electrónico o los navegadores Web.
- ✓ *Usar tarjetas recordatorias:* Podemos pedirle al adolescente que haga una lista de los cinco principales problemas causados por la adicción a Internet y otra con los cinco principales beneficios de estar desconectado de Internet o abstenerse de usar una aplicación.
- ✓ *Desarrollar un inventario personal:* Podemos sugerir que cultive una actividad alternativa. El adolescente debe elaborar un inventario personal de las cosas que ha dejado de hacer a causa de su adicción, para luego clasificarlas en "muy importante", "importante" o "no muy importante". Debemos hacer que examine especialmente las actividades "muy importantes" para que se haga consciente de lo que ha perdido y le gustaría recuperar.
- ✓ *Educar en el uso de Internet como fuente de información y formación:* Incorporar su uso en las metodologías de estudio del adolescente, de manera que la red sea un espacio de comunicación vinculado a la reflexión y al conocimiento.
- ✓ *Informarse sobre las herramientas y recursos de prevención:* Existen una serie de programas que se pueden instalar en el ordenador para bloquear el acceso del navegador a contenidos nocivos, para limitar el tiempo de conexión o para registrar las webs visitadas. El navegador Firefox tiene una aplicación (pageaddict.com) que permite autorregular las webs visitadas y el tiempo invertido.
- ✓ *Hablar de Internet con el adolescente:* Las valoraciones que hacen los adultos sobre el uso de Internet de los adolescentes son mayoritariamente negativas. Los adolescentes ante esta actitud se alejan e intentan evitar hablar de estos temas con el adulto. Estas actitudes tocan de pleno al proceso de socialización adolescente y le dejan ante un vacío de referentes adultos con quien contrastar las ventajas e inconvenientes de usar estas herramientas.
- ✓ *Entender el exceso de Internet como una forma de reaccionar al malestar psicológico:* Preguntarse por qué el adolescente centra su vida de ocio y de relación en Internet. Tener una actitud de escucha activa ante su aislamiento.

un vínculo social y para definir el propio espacio de cada cual en relación con los otros (Oksman y Rautianien, 2002). Por otro, el móvil interviene significativamente en la socialización porque permite definir la identidad del adolescente tanto individualmente, a base de personalizar el aparato de varias formas, colores, tonos, etc., como colectivamente creando un lenguaje especial de grupo, mensajes de texto y llamadas perdidas. El móvil se utiliza predominantemente para establecer contactos a corta distancia. Así mismo, el móvil actúa de barrera de seguridad frente a los padres desde el momento en que estos no pueden acceder a su teléfono personal (Lorente, 2002). Paralelamente, hay dos razones por las cuales los padres comprarían un móvil a sus hijos, la primera es la necesidad de control y la segunda asegurar una unión con ellos (Kamibeppu y Siugiura, 2005)

Según Sánchez-Carbonell y cols. (en prensa) las razones por las cuales el móvil es tan atractivo para el adolescente son variadas: a) *tipología de la comunicación* que permite el contacto continuo e inmediato con la red de relaciones sociales y expandirla, b) *tiempo y privacidad* porque el móvil es atemporal, este hecho permite conectarse con rapidez a cualquier hora del día o de la noche, así como “escapar” del control paterno; c) *identidad personal* ya que el grado de personalización que permite el móvil facilita el proceso de adquisición de la identidad personal; d) *socialización* en tanto que el móvil fomenta el proceso de emancipación de los padres y entre los adolescentes es un símbolo de estatus social; e) *instrumentalidad* referida al uso del aparato como despertador, reloj de bolsillo, grabadora, agenda, plataforma de juegos o radio.

La telefonía móvil a esta edad tiene unas características de uso completamente diferentes de las del adulto. Las actividades que forman parte esencial de la cultura del teléfono móvil de los adolescentes son el uso intensivo de SMS, las llamadas perdidas, los juegos (Kasesniemi y Rautiainen, 2001); el alto porcentaje de conversaciones con los amigos y una fuerte necesidad de personalización (Mante y Piris, 2002)

Además, se observan conductas desadaptativas alrededor del uso del móvil que modifican la vida diaria de los adolescentes y son indicadores de riesgo. Según de la Gándara y Álvarez (2004), el riesgo llega cuando no son capaces de desprenderse de su móvil incluso en situaciones técnicamente dificultosas, comprueban rápidamente la

batería o la cobertura y además no se caracterizan tanto para la necesidad de llamar sino para sentirse receptores constantes de llamadas. Conviene tener presente, cuando se trata de adolescentes, su vulnerabilidad frente al uso del móvil, debida a que aun no tienen un control completo de sus impulsos, son más fácilmente influenciados por campañas publicitarias y han aceptado el móvil como un símbolo de estatus, provocando sentimientos negativos y problemas de autoestima en los que no tienen móvil o que no reciben tantas llamadas o sms como sus compañeros (Muñoz-Rivas y Agustín, 2005)

La *Adicción al móvil* está muy cuestionada. Aunque no se dispone de literatura científica con datos fiables sobre su prevalencia, sintomatología o casos clínicos, los medios de comunicación insisten en su poder adictivo e informan de centros para su tratamiento (Beranuy y Sánchez-Carbonell, en prensa). De hecho, hay mucha menos literatura científica sobre adicción al móvil que sobre adicción a Internet (Guardiola, Sánchez-Carbonell, Beranuy y Bellés, 2006). El móvil, no tiene la capacidad reforzante inmediata de Internet. Por tanto, en este caso parece prudente hablar de uso desadaptativo y no de un patrón adictivo. Uso que podría remitir en adultos y adolescentes con las adecuadas pautas educativas.

A continuación exponemos algunos síntomas producto de un uso excesivo y desadaptativo del móvil: incapacidad para controlar o interrumpir su uso (Muñoz-Rivas y Agustín, 2005), mantener la conducta a pesar de tener conciencia de los efectos negativos que conlleva, adolescentes y niños pueden llegar a engañar, mentir o robar a los padres para recargar el saldo, siendo éste el signo más evidente y que produce una alerta más intensa en los padres (Criado, 2005), incurrir en infracciones al emplear el móvil en circunstancias indebidas o en los lugares donde está prohibido (Adès y Lejoyeux, 2003; Muñoz-Rivas y Agustín, 2005), efectos secundarios en la salud, sobre todo efectos en el sueño debidos a las redes nocturnas¹ (Muñoz-Rivas y Agustín, 2005) y problemas en el ámbito, social, familiar y escolar como llegar tarde, o contestar un sms en medio de una clase (Muñoz-Rivas y Agustín, 2005).

Muchos adolescentes no pueden evitar desatender una conversación cara a cara por la irrupción de una llamada o de un sms; este hecho impacta en sus relaciones sociales de forma excesiva (Kamibeppu y Sugiura, 2005; Bianchi y Phillips, 2005) y provoca que estén más pendientes de las

¹ Entre los adolescentes son muy comunes los mensajes de “buenas noches” creando así una red virtual de amigos nocturnos que tienen lugar cuando se encuentran solos, normalmente antes de acostarse.

relaciones telefónicas que de las personales (Adès y Lejeux, 2003). Todo ello tiene influencia en los estilos de comunicación y podría ayudar a explicar por qué con el tiempo los usuarios más jóvenes que hablan mucho por el móvil no saben qué decir cuando se encuentran cara a cara. (Criado, 2005). Así mismo ayuda a comprender las dificultades que se observan en los adolescentes cuando han de conversar cara a cara y poner palabras en lo que sienten y piensan (Castellana, 2005).

Por último, el teléfono móvil no es sólo un dispositivo técnico, sino que también es un objeto personal y social sometido, como ningún otro, a las influencias de la moda y, a esta edad- tan determinante de la identidad individual y grupal - se ha convertido en una auténtica revolución social.

En la Tabla 2 se proponen pautas de prevención para ayudar al adolescente a realizar un buen uso del móvil.

Adolescentes y Videojuegos

Los videojuegos son una forma de entretenimiento que no deja de crecer y hoy en día representa un negocio millonario. Miles de personas (mayoritariamente niños y adolescentes) juegan con los videojuegos en sus distintas formas y tipos (Levis, 2002).

Las motivaciones que llevan al adolescente a practicar con los videojuegos son variadas (Castellana, Sánchez-Carbonell, Beranuy y Graner, 2006): permiten vivir una aventura en primera persona donde el adolescente pone en practica estrategias en un entorno virtual sin consecuencias en la vida real; infieren en valores como la tecnología, la informática y la novedad; son cómodos, accesibles y económicos y se pueden realizar en grupo o en solitario, en casa o en un *cyber*; influyen en la autoestima, la confianza en uno mismo y la capacidad de superación y son emocionalmente estimulantes debido a su intensidad y rapidez.

Podemos dividir los videojuegos según su temática (Rodríguez, 2002): juegos de plataforma (*Supermario BROS*), simuladores (*GT2*, *Fly Fortress*), deportivos (FIFA), de estrategia deportiva (PCFutbol), de estrategia no deportiva (*The Sims*), de disparo (*Quake*), de lucha (*Mortal Kombat*), de aventura (*Tomb Raider*) y de rol (*Final Fantasy*). Los más jóvenes (7-11 años) prefieren juegos de lucha y de aventura, los de más edad (11-18 años) eligen videojuegos tipo simuladores, de rol y deportivos.

En cuanto al género, observamos que la inclusión de las chicas en el mundo de los juegos electrónicos no sigue el mismo ritmo ni intensidad que la de los chicos

(Pifarré y Rubiés, 1997). Los chicos disponen de videoconsolas con mayor porcentaje en comparación con las chicas. Los chicos parecen muy interesados por este tipo de juego, a través del cual pueden demostrar las habilidades, imaginación y competitividad, mientras que las chicas están más interesadas en otro tipo de tecnologías como el móvil (Malo y cols., 2005) o los *chats* y el correo electrónico (Figueroa y cols., 2005). Por lo que se refiere al tipo de juego, los chicos prefieren simuladores, deportivos, de estrategia deportiva y de lucha, mientras que las chicas muestran preferencia por juegos con una connotación de género no tan marcada, por ejemplo, *The Sims* (Pifarré y Rubiés, 1997).

Según Estallo (1995), el adolescente pasa a utilizar con más frecuencia el videojuego por el efecto de la novedad, y en la mayoría de casos esta conducta remitirá espontáneamente o con la ayuda de la familia. No obstante, muchos jóvenes explican que durante un periodo de su vida los videojuegos perjudicaron su rendimiento escolar, motivaron tensiones familiares y

TABLA 2
ACTUACIONES PREVENTIVAS PARA MEJORAR
EL USO DEL MÓVIL

Usos propios del Adolescente	Actuaciones preventivas
<i>Alto porcentaje de posesión</i>	Retardar al máximo la edad de posesión del móvil.
<i>Alto porcentaje de tarjetas de prepago</i>	Asumir la responsabilidad del coste de las llamadas estableciendo "semanadas", trabajos alternativos, etc., fomentando la pedagogía del esfuerzo.
<i>Uso intensivo de los juegos y sms</i>	Educar en la autorregulación del placer inmediato y en la tolerancia a la espera. Pactar el modelo de móvil buscando un equilibrio entre necesidades e ilusiones.
<i>Fuerte necesidad de personalización</i>	Tener un móvil no es suficiente. Permitir la personalización marcando límites.
<i>Alto porcentaje de conversación con los amigos</i>	Conversar sobre el tema con el objetivo que tome conciencia del tiempo invertido.
<i>Delimitar espacios de uso</i>	El adolescente debe tener claro donde no puede usar el móvil. Es el adulto quien ha de poner los límites desde el respeto y el dialogo y debe actuar, si es preciso, como elemento de autoridad.

redujeron sus relaciones sociales. Reconocen que escondieron a su familia síntomas como la pérdida de control (jugar más de lo previsto), perder la noción del tiempo y obsesionarse por un juego concreto.

Los videojuegos reciben críticas desde su aparición y siguen siendo vistos con la misma desconfianza y inquietud que hace más de veinte años. Según la revisión realizada por Estallo (1995), las críticas más frecuentes en relación a la adolescencia son; en primer lugar, el tiempo de juego es visto en detrimento de tiempo dedicado al estudio o a otras actividades de ocio más positivas y educativas; en segundo lugar, favorecen una pauta de conducta impulsiva, agresiva y egoísta en los usuarios que más lo utilizan, sobre todo cuando se juega con juegos violentos; y en último término la conducta adictiva de estos jugadores inhibe el desarrollo de pautas de conducta más constructivas.

Sin embargo, no deben olvidarse los argumentos favorables a los videojuegos: entretienen y divierten; estimulan la coordinación óculo-manual; promueven procesos cognitivos complejos como atención, percepción visual, memoria y secuenciación de información; se adquieren estrategias para 'aprender a aprender'

TABLA 3
ACTUACIONES PREVENTIVAS PARA EL USO
DE LOS VIDEOJUEGOS

- ✓ **Ubicación.** Ubicar la consola o el ordenador (al igual que la televisión) en un espacio común facilita la interacción con padres y hermanos y el que se pueda observar informalmente qué hacen cuando se conectan, ver a qué juegan, cuando juegan y con quién juegan.
- ✓ **Compartir.** Jugar con ellos es una buena manera de participar en una actividad motivadora para ellos, compartir emociones, aprender juntos y conocerlos mejor. Igual que caminar por la montaña o viajar en coche, es una buena excusa para escuchar y transmitir nuestro punto de vista.
- ✓ **Duración.** El tiempo dedicado al videojuego se mide en periodos diarios y semanales. En el cómputo global debe considerarse también el tiempo que dedican a la televisión y al ordenador para fines no educativos. Una hora al día son siete horas a la semana. Si sólo puede jugar los fines de semana, dos horas cada día o tres horas un día (no siete horas en un día). Valorar diferente el tiempo de juego individual que el grupal.
- ✓ **Tipo de videojuego.** Participar activamente en la elección y pactar el tipo de videojuegos de acuerdo con los valores familiares. Informarse del nivel de violencia, la edad mínima y las habilidades requeridas. Los criterios de las revistas especializadas en videojuegos no son criterios pedagógicos ni éticos; se basan, sobre todo, en la calidad de los gráficos, la novedad y el precio.
- ✓ **Autorregulación.** El primer paso para ayudarles a autorregularse es que tomen conciencia del tiempo que dedican. Hablar con ellos y pactar la duración juego, al igual que se pacta la dedicación a otras tareas como estudiar y salir con los amigos.

en entornos nuevos; refuerzan el sentido del dominio y control personal, reducción de otras conductas problemáticas, potencian la autoestima y facilitan las relaciones sociales entre jugadores (Estallo, 1995; Gee, 2004; Rodríguez, 2002). En la Tabla 3 se proponen algunas actuaciones preventivas.

CONCLUSIONES

La mayor parte del conocimiento popular sobre Internet, móvil o videojuegos está basada en las opiniones que reflejan los medios de comunicación que con excesiva frecuencia ponen el énfasis en hipotéticos problemas que raramente se ven corroborados por resultados de la investigación científica.

Dada la alarma social que ha producido el mal uso de las TIC por parte de los adolescentes, se habría de facilitar la investigación sobre el uso que hacen de estos recursos con el fin de prevenir futuros problemas relacionados con la utilización de estas tecnologías y promocionar hábitos saludables para que el menor se relacione con ellas de forma adecuada. En este sentido, nuestras orientaciones preventivas pueden ser un buen punto de partida. Y, por último, constatar la necesidad de definir criterios diagnósticos sólidos y contrastados de la adicción a Internet, móvil y videojuegos que tengan en cuenta las particularidades de cada tecnología.

AGRADECIMIENTOS

Parte de este estudio se ha realizado gracias a la ayuda CER105C06/06-07 de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna de la Universitat Ramon Llull y a una ayuda del Consell de l'Audiovisual de Catalunya.

REFERENCIAS

Adès, J. y Lejoyeux, M. (2003). *Las nuevas adicciones: Internet, sexo, deporte, compras, trabajo, dinero*. Barcelona: Kairós.

Alonso-Fernández, F. (2003). *Las nuevas adicciones*. Madrid: TEA.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV. Text Revision*. Washington: APA. Traducción castellana: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV. Texto revisado*. Barcelona: Masson 2000.

Beranuy, M. y Sánchez-Carbonell, X. (En prensa). El móvil en la sociedad de la comunicación. En A. Talarn (Ed.), *Psicopatología en la sociedad global*. Barcelo-

- na: Herder.
- Bianchi, A. y Phillips, J. G. (2005). Psychological predictors of problem mobile phone use. *Cyberpsychology & Behavior*, 8 (1), 39-51.
- Black, D. W., Belsare, G. y Schlosser, S. (1999). Clinical features, psychiatric comorbidity, and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behavior. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 839-844.
- Castellana, M. (2003). *La relació de l'adolescent amb les persones significatives*. Barcelona: p.a.u. education.
- Castellana, M., Sánchez-Carbonell, X., Beranuy, M. y Graner, C. (2006). La relació de l'adolescent amb les TIC: Un tema de rellevància social. *Full Informatiu del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya*, 192, 22-23.
- Castellana, M. (2005). El adolescente y sus personas significativas. *ROL Enfermería*, 28 (9), 18-29.
- Chamarro, A. y Hernández, E. (2005). Nuevos estilos de vida en la sociedad red: una propuesta teórica enfocada a la intervención en salud. *Iberpsicología*, 10, 2-15.
- Charlton, J. P. (2002). A factor-analytic investigation of computer 'addiction' and engagement. *British Journal of Psychology*, 93, 329-344.
- Criado, M. A. (2005). Enfermos del móvil. Consultado el 30 de noviembre de 2006 en: <http://www.el-mundo.es/ariadna/2005/218/1106327395.html>
- Davis, R. A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in Human Behavior*, 17, 187-195.
- de Gracia, M., Vigo, M., Fernández, J. y Marcó, M. (2002). Características conductuales del uso excesivo de Internet. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 29 (4), 219-230.
- de la Gándara, J. J. y Álvarez, M. T. (2004). Patologías emergentes en salud mental. ¿Modas, enfermedades o trastornos psicosociales? *Semergen*, 30 (1), 3-15.
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas?* Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Estallo, J. A. (1995). *Los videojuegos. Juicios y prejuicios*. Barcelona: Planeta.
- Estallo, J. A. (2000). Usos y abusos de Internet. *Anuario de Psicología*, 32, 98-108.
- Fiel, G. (2001). *Los grupos de charla de Internet como objeto de adicción: caso IRC*. Consultado el 16 de noviembre de 2006 en: www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/3_fiel_martinez.htm
- Figuer, C., González, M., Malo, S. y Casas, F. (2005). El món adolescent en l'entorn de l'ús de l'ordinador i Internet. *Perspectiva Escolar*, 299, 36-41.
- Forunati, L. y Magnanelli, A. M. (2002). El teléfono móvil de los jóvenes. *Estudios de Juventud*, 57(2), 59-78.
- Fundació Catalana per a la Recerca. (2004). *II estudio sobre los hábitos de uso de Internet entre jóvenes de 12 a 17 años*. Día Internacional para una Internet Segura: Madrid, 6 de febrero de 2004.
- Gee, J. P. (2004). *Lo que nos enseñan los videojuegos sobre el aprendizaje y el analfabetismo*. Málaga: Ediciones Aljibe y Enseñanza Abierta de Andalucía.
- Greenfield, D. N. (1999). Psychological characteristics of compulsive internet use: a preliminary analysis. *Cyberpsychology & Behavior*, 2(5), 403-412.
- Griffiths, M. D. (1997). *Technological addictions: Looking to the future*. Artículo presentado en la 105th Annual Convention of the American Psychological Association, Chicago, Illinois.
- Griffiths, M. (2000). Does Internet and computer "addiction" exist? Some case study evidence. *Cyberpsychology & Behavior*, 3, 211-218.
- Grohol, J. (2005). *More spin on "Internet addiction disorder"*. Consultado el 16 de noviembre de 2006 de <http://psychcentral.com/blog/archives/2005/04/16/internet-addiction-disorder/>
- Guardiola, E., Sánchez-Carbonell, X., Beranuy, M. y Bellés, A. (2006). *¿Qué se sabe de la adicción a las TIC? Un análisis a través de las bases de datos de bibliografía científica*. En 10enes Jornades Catalanes d'Informació i Documentació. Barcelona, 25-26 de mayo, 2006.
- Johansson, A. y Götestam, K. G. (2004). Internet addiction: characteristics of a questionnaire and prevalence in Norwegian youth (12-18 years). *Scandinavian Journal of Psychology*, 45, 223-229.
- Kandell, J. J. (1998). Internet addiction on campus: The vulnerability of college students. *Cyberpsychology & Behavior*, 1, 11-17.
- Kasesniemi, E. y Rautiainen, P. (2001). *Mobile Culture of Children and Teenagers in Finland*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kamibeppu, K. y Sugiura, H. (2005). Impact of the mobile phone on junior high-school students' friends hips in the Tokyo metropolitan area. *Cyberpsychology & Behavior*, 8(2), 121-130.
- King, S.A. (1996). Is the Internet Addictive, or Are Addicts Using the Internet? Consultado el 13 de Diciembre en: <http://webpages.charter.net/stormking/iad.html>

- Kubey, R. W., Lavin, M. J. y Barrows, J. R. (2001). Internet use and collegiate academic performance decrements: early findings. *Journal of Communication*, 51, 366-382.
- LaRose, R., Lin, C., y Eastin, M. S. (2003). Unregulated Internet Usage: Addiction, Habit, or Deficient Self-Regulation? *Media Psychology*, 5, 225-253.
- Levis, D. (2002). Videojuegos: cambios y permanencias. *Comunicación y pedagogía*, 184, 65-69.
- Ling, R. (2002). Chicas adolescentes y jóvenes adultos varones: dos subculturas de teléfono móvil. *Estudios de Juventud*, 57(2), 33-46.
- Lorente, S. (2002). Juventud y teléfonos móviles: Algo más que una moda. *Estudios de Juventud*, 57(2), 9-24.
- Madrid, R. I. (2000). La Adicción a Internet. *Psicología Online*. Consultado el 16 de noviembre de 2006 en: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/nacho/ainternet.htm>
- Mante, E.A., Piris, D. (2002). *El uso de la mensajería móvil por los jóvenes en Holanda*. *Estudios de Juventud*: 57(2), 47-58.
- Machargo, J., Luján, I., León, M. E., López, P. y Martín, M. A. (2003). Videojuegos por los adolescentes. *Anuario de Filosofía, Psicología y Sociología*, 6, 159-172.
- Malo, S., Figuer, C., González, M. y Casas, F. (2005). El teléfono móvil: un rápido cambio tecnológico i també de relació. *Perspectiva Escolar*, 299, 28-35.
- Matute, H. (2003). *Adaptarse a Internet*. La Coruña: La Voz de Galicia.
- Meerkerk, G., Van den Eijnden, R. y Garretsen, H. (2006). Predicting compulsive internet use: it's all about sex! *Cyberpsychology & Behavior*, 9, 95-103.
- Morahan-Martin, J., Schumaker, P. (2000). Incidence and correlates of pathological Internet Use. *Computers in Human Behavior*, 16 (1), 13-19.
- Muñoz-Rivas, M., Navarro, M. E. y Ortega, N. (2003). Patrones de uso de Internet en población universitaria española. *Adicciones*, 15(2), 137-144.
- Muñoz-Rivas, M. J. y Agustín, S. (2005). La adicción al teléfono móvil. *Psicología Conductual*, 13(3), 481-493.
- Oksaman, V. y Rautiainen, P. (2002). Toda mi vida en la palma de mi mano: la comunicación móvil en la vida diaria de niños y adolescentes de Finlandia. *Estudios de Juventud*, 57(2), 25-32.
- O'Keefe, G.J.; Sulanowski, B.K. (1995). More than just talk: Uses, gratifications, and the telephone. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 72, 922-933.
- Pifarré, M., Rubiés, T. (1997). Nenes, nens i videojocs. *Perspectiva escolar*, 220, 67-75.
- Rodríguez, E. (2002). *Jóvenes y videojuegos: espacio, significación y conflictos*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Saldaña, D. (2001). Nuevas tecnologías: nuevos instrumentos y nuevos espacios para la psicología. *Apuntes de Psicología*, 19(1), 5-10.
- Sánchez-Carbonell, X., Castellana, M. y Beranuy, M. (en prensa). De los que padecen adicciones tecnológicas. En J. Riart (Ed.), *Tutoría y orientación en la diversidad*. (pp. 319-329). Madrid: Pirámide
- Sandoz, J. (2004). Internet Addiction. *Annals of the American Psychotherapy Association*, 7, 34.
- Shapira, N. A., Goldsmith, T.D., Keck, E., Khosla, U.M. y McElroy, S.L. (2000). Psychiatric features of individuals with problematic Internet use. *Journal of Affective Disorders*, 57, 267-272.
- Shapira, N. A., Lessig, M. G., Goldsmith, T. D., Szabo, S. T., Lazoritz, M. y Gold, M. S. (2003). Problematic Internet Use: Proposed classification and diagnostic criteria. *Depression and Anxiety*, 17, 207-216.
- Simkova, B. y Cincera, J. (2004). Internet Addiction Disorder and Chatting in the Czech Republic. *Cyberpsychology & Behavior*, 7, 536-539.
- Suler, J. (2004). Computer and Cyberspace "Addiction". *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 1, 359-362.
- Tsai, C. C. y Lin, C. (2003). Internet Addiction of Adolescents in Taiwan: An Interview Study. *Cyberpsychology & Behavior*, 6, 649-656.
- Viñas, F., Juan, J., Villar, E., Caparrós, B., Pérez, I. y Cornellà, M. (2002). Internet y psicopatología: las nuevas formas de comunicación y su relación con diferentes índices de psicopatología. *Clínica y salud*, 13, 235-256.
- Washton, A. M. y Boundy, D. (1991). *Querer no es poder: Cómo comprender y superar las adicciones*. Barcelona: Paidós.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: O.M.S. Traducción castellana: *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Wieland, D.W. (2005). Computer Addiction: Implications for nursing psychotherapy practice. *Perspective Psychiatric Care*: 41(4), 153-161.
- Young, K.S. (1999). Internet addiction: symptoms, evaluation and treatment. En L. VandeCreek y T. Jackson (Ed.), *Innovations in Clinical Practice: A source book*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, K. (1998). Internet Addiction: The emergence of as new clinical disorder. *Cyberpsychology & Behavior*, 1 (3), 237-244.

CÓMO EVALUAR EL DAÑO MORAL COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTES DE TRÁFICO: VALIDACIÓN DE UN PROTOCOLO DE MEDIDA

ASSESSING PSYCHOLOGICAL INJURY IN MOTOR VEHICLE INSURANCE COMPENSATION CLAIMS: VALIDATING A CUSTOMIZED PROTOCOL

Ramón Arce* y Francisca Fariña**

*Departamento de Psicología Social, Básica y Metodología, Universidad de Santiago de Compostela

**Departamento AIPSE, Universidad de Vigo

La valoración del daño psíquico consecuencia de un accidente de tráfico fue introducido, a través de lo que denominan daño moral, como un elemento de tasación en la Ley 30/1995, del 8 de noviembre, Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor. Esto supone que la parte demandante ha de demostrar no sólo el daño sino también tasarlo en términos porcentuales. En consecuencia, a los peritos psicólogos se nos demanda la resolución de tres tareas: identificación y medida del daño psíquico, cómputo del porcentaje de deterioro en la salud psíquica del accidentado y control de la simulación o sobresimulación. Para la realización de estas tareas hemos construido y validado científicamente y en la Sala de Justicia un protocolo de medida, de cuantificación del daño y de control de la simulación. En esta contribución se presenta dicho protocolo así como un ejemplo de pericia basado en éste.

Palabras clave: Daño Moral, Daño Psíquico, Simulación, Accidente de Tráfico con Vehículos a Motor, Trastorno de Estrés Postraumático.

The Spanish legislation on Civil Responsibility and Motor Vehicle Insurance (Ley 30/1995) of 8 November 1995 introduced the provisions whereby plaintiffs sustaining psychological injury in a traffic accident are eligible for compensation. As plaintiff must provide evidence of the nature and degree of psychological injuries sustained in order to claim compensation, psychologists are now required to undertake three main tasks: identify and determine the psychological injury, estimate the degree of deterioration in psychological health, and detect the feigning or exaggeration of psychological injury. Hence, a scientifically validated and customized protocol for the assessment of psychological injury and the detection of feigning of in motor vehicle insurance compensation claims has been designed. This paper describes the protocol and examines a case study of injury assessment using the said protocol.

Key words: Psychological Injury, Feigning, Motor Vehicle Accident, Compensation, Posttraumatic Stress Disorder.

Los accidentes de tráfico constituyen una de las mayores causas de mortalidad en nuestra sociedad. Así, la cifra de muertos en 2004 se elevó a 3643, en 2003 a 4084, en 2002 a 4031 ó en 2001 a 4170. Pero tras esa cifra de muertes se esconde otra no menos importante que es la de heridos que en 2004 se cuantificó en 138383, en 2003 en 150635, en 2002 en 146917, ó en 2001, en 149599 (Fuente: Dirección General de Tráfico). En suma, la cifra total de muertos ronda los 4000 al año y la de heridos más de 145000. Tras cada muerte o herido queda un daño irreparable al que legalmente se ha dado una respuesta de reparación en la Ley 30/1995, del 8 de noviembre, Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor (texto refundido aprobado por el RDL 8/2004, de 29 de octubre). Los daños a reparar son el patrimonial, el físico y el moral, que es como denominan legalmente al daño psíquico.

Todo daño para que legalmente se estime como tal, ha de poder demostrarse. Psicológicamente, la National Comorbidity Survey (v. gr., Bryant y Harvey, 1995) ha identificado el Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) como la huella primaria del daño moral y como secuelas indirectas en casos de accidentes de tráfico la depresión y la distimia (Blanchard y Hickling, 2004). Esto es, el Trastorno de Estrés Postraumático ha de ser el referente directo de la evaluación psicológico forense de tal modo que de no contrastarse la existencia de un Trastorno de Estrés Postraumático no se puede concluir que haya daño moral, en tanto la coocurrencia de éste con depresión o distimia ha de entenderse como una confirmación del daño mientras que de la no constancia de depresión o distimia no se puede inferir que no haya daño. A su vez, por tratarse de un contexto médico-legal ha de sospecharse y, por tanto, contrastarse como hipótesis, la simulación (American Psychiatric Association, 2002). Para la evaluación del daño psíquico acompañada de una estimación de una potencial simulación se requiere de una aproximación de medida multimétodo (Rogers,

1997). Para el contexto de medida judicial español, esta aproximación multimétodo se ha plasmado en una evaluación en un doble formato de tarea: reconocimiento y conocimiento (Arce, Pampillón y Fariña, 2002). Para la tarea de reconocimiento (se denomina así porque el sujeto en evaluación ha de reconocer si padece o no el síntoma que se le presenta) el instrumento de medida habitual en la práctica forense es el MMPI (Butcher y Miller, 1999) que da cumplida satisfacción, además, a los dos objetivos básicos de la evaluación psicológico forense: la evaluación del daño tanto directo como indirecto y medida de la simulación a través de las escalas de control de la validez del protocolo. Por su parte, la medida en formato de tarea de conocimiento (esto es, el sujeto es sometido a una tarea en la que ha de informar sobre los síntomas que padece sin que se le presente el mismo) se aborda mediante la denominada entrevista clínico-forense (Arce y Fariña, 2001). Ésta, que ha de ser llevada a cabo por un entrevistador entrenado y con conocimientos de psicopatología, se estructura en torno a los siguientes pasos: 1) Presentación de la entrevista, del objeto y procedimiento; 2) pedir a los sujetos que relaten en formato de discurso libre los síntomas, conductas y pensamientos que tienen en el momento presente en comparación con el estado anterior al accidente (EEAG del DSM-IV-TR); 3) reinstauración de contextos: si los sujetos no responden de motu propio, les será requerido que informen igualmente sobre sus relaciones familiares (EEGAR en el DSM-IV-TR); relaciones sociales (EEASL en el DSM-IV-TR) y relaciones laborales (EEASL); 4) construcción de una rejilla de síntomas (DSM-IV-TR) y recuento de síntomas [la detección de los síntomas responde a dos métodos complementarios: expresión directa del sujeto y observaciones de los codificadores al analizar los protocolos o sea, observación y registro conductual]; 5) ajustar los síntomas a trastornos [en nuestro caso, TEP, depresión y distimia]; y 6) control de la fiabilidad a través del estudio de las estrategias de simulación.

EVALUACIÓN EN UNA TAREA DE CONOCIMIENTO: DE LA SINTOMATOLOGÍA OBVIA Y SUTIL Y DE LAS ESTRATEGIAS DE SIMULACIÓN

El análisis de contenido de 105 entrevistas clínico-forenses de simuladores de daño moral consecuencia de un accidente de tráfico (Arce, Fariña, Carballal y Novo, 2006) puso de manifiesto que el 3,8% de los sujetos fueron capaces de simular un Trastorno de Estrés

Postramático, y que cierta sintomatología era muy accesible a la simulación en tanto otra era más inaccesible. La sintomatología más inaccesible a la tarea de simulación, esto es, sutil ($p \leq .05$) se concretó en los síntomas de evitación de pensamientos, amnesia, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto. Complementariamente, son síntomas accesibles a la simulación de un Trastornos de Estrés Postraumático, esto es, obvios: Respuestas intensas de miedo; recuerdos recurrentes; sueños desagradables; conductas o sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo (flashback); malestar psicológico intenso cuando se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático; respuestas fisiológicas; evitación de actividades, lugares o personas que provocan el recuerdo del trauma; reducción acusada del interés o de la participación en actividades significativas; distanciamiento de los demás; restricción afectiva; futuro desolador; dificultades para conciliar o mantener el sueño; irritabilidad/ataques de ira; dificultades de concentración y un deterioro significativo consecuencia del accidente de tráfico en las áreas de trabajo, vida social, relación familiar, relación de pareja y malestar clínico significativo. En resumen, el conjunto de síntomas accesibles permitiría la simulación de un cuadro propio de un Trastorno de Estrés Postraumático pero la unión de todos estos síntomas en una misma entrevista sólo fue lograda en el 3,8% de los casos.

El estudio de la consistencia interna de los contenidos de las entrevistas clínico-forenses de los 105 simuladores por medio de las estrategias de simulación ha identificado como protocolos no fiables al 76,2%. En concreto, las estrategias habituales a las que los simuladores acudieron (frecuencia $> .05$) fueron la de "síntomas obvios" (.229), esto es, síntomas de carácter psicótico, $Z(105)=8.4$; $p < .001$; "síntomas sutiles" (.667), es decir, no informan de síntomas reales sino problemas cotidianos, $Z(105)=28.97$; $p < .001$; "síntomas raros" (.105), en otras palabras, síntomas que raramente se dan incluso entre poblaciones psiquiátricas, $Z(105)=2.58$; $p < .05$; y "severidad de síntomas" (.200), lo que implica la atribución a los síntomas informados de una severidad extrema, $Z(105)=7.04$; $p < .001$.

EVALUACIÓN EN UNA TAREA DE RECONOCIMIENTO

Los mismos 105 sujetos fueron sometidos a una evaluación de simulación de daño moral en el MMPI-2,

que implica una tarea de reconocimiento, logrando simular ($T > 70$) el daño psíquico propio de un accidente de tráfico tanto en las medidas (Escala Ps y Pk) directas como indirectas (depresión) el 60.9%. Las escalas y configuraciones de interés para la medida de la simulación no clasificaban correctamente al conjunto de simuladores (la Escala de Interrogantes a ninguno; la Escala F al 59.9%; la Escala K al 78.1%; el índice de Gough al 55.2%; el perfil en "V invertida" al 23.81%). Analizada la tarea en su conjunto encontramos que el 24.76% de los simuladores habrían ejecutado perfectamente la tarea en esta medida, o sea, habían simulado el daño esperado y no habrían sido detectados consistentemente por los indicadores de simulación. Complementariamente, no hallamos una $K \geq 70$, propia de disimulación, entre los sujetos en tarea de simulación, ni una invalidez del protocolo por no respuestas (≥ 30).

APROXIMACIÓN MULTIMÉTODO: TAREA DE CONOCIMIENTO Y DE RECONOCIMIENTO

Para que se pueda determinar la existencia de daño psíquico/moral se requiere tanto desde una óptica psicológica como legal una "medida del daño". Partiendo de esta máxima, observamos que en la medida de conocimiento los simuladores sólo son capaces de lograr tal objetivo en un porcentaje que ronda el 4%; esto es, los restantes simuladores no han logrado el objetivo de una simulación efectiva. En los simuladores efectivos encontramos una falta de consistencia inter-medidas (en la medida psicométrica también habían simulado otros daños clínicos en la tríada psicótica e incluso desviación psicopática que no aparecían en la entrevista). Además, estos simuladores fueron detectados como tales tanto por las medidas de la consistencia interna de la entrevista (i.e., estrategias de simulación) como del instrumento psicométrico (K, F, F-K, Perfil en V invertida). En concreto, no menos de 6 de estos indicadores informaban de simulación.

PROTOCOLO DE MEDIDA DEL DAÑO MORAL Y CONTROL DE LA SIMULACIÓN DE ARCE Y FARIÑA

A la vista de los resultados anteriores se pueden concretar unos criterios para la decisión de realidad o simulación de daño. Éstos se pueden agrupar en positivos y negativos.

- a) Criterios positivos. Son criterios positivos aquellos que se vinculan a la no simulación, de modo que la observación de estos criterios valida el protocolo. Los

criterios positivos son el registro de sintomatología sutil en la entrevista clínico-forense, y, en el MMPI, una $K \geq 70$. La invalidez en el MMPI por no respuestas no se considera criterio positivo (sólo se puede considerar tal posibilidad en caso de daño neurológico que justifique tal estilo de respuesta).

- b) Criterios negativos. Nuestros resultados ponen de manifiesto que existen una serie de criterios negativos, esto es, que anulan o mitigan la validez del protocolo. Éstos son: 1) no se observa en las medidas, MMPI/SCL-90-R y entrevista clínico-forense, la huella psíquica propia del daño moral consecuencia de un accidente de tráfico; 2) las escalas de control de validez y sus combinaciones detectan simulación; 3) la detección de alguna estrategia de simulación en la entrevista; y 4) ausencia de concordancia inter-medidas. El primer criterio es eliminatorio, o sea, si el daño moral no es medible, no se puede sostener judicialmente (préstese especial atención a la entrevista clínico-forense donde sólo el 4% de los simuladores logran su objetivo). Si encontramos la huella psíquica propia de un accidente de tráfico en la entrevista clínico-forense, sólo se concluirá simulación si se observan numerosos indicadores de invalidez.

De los anteriores resultados y discusión de los mismos se puede derivar el siguiente protocolo de actuación validado para la evaluación del daño moral en casos de accidente de tráfico (el perito psicólogo interesado podrá obtener de los autores un formato de pericia basado en éste):

- a) Entrevista psicosocial, observación y registro conductual, y estudio de las pruebas documentales.
- b) Estudio de las capacidades cognitivas. Es preciso valorar las capacidades cognitivas de la persona a evaluar para establecer si es apta para la evaluación psicológica y la capacidad testimonial. Si se observa un indicio razonable de deterioro en las funciones neuropsicológicas ha de procederse con una exploración neuropsicológica. Para ello se recomienda proceder inicialmente con una medida no verbal como el TONI-2 (Brown, Sherbenou y Johnsen, 1995) y, ante el menor indicio de deterioro, con las escalas Wechsler. La constatación de diferencias significativas entre las escalas verbal y manipulativa (si el coeficiente manipulativo es 10 o más superior al verbal informa de lesión relevante) se muestra como un indicador fiable de lesión cerebral.

En este caso, se ha de proceder con una exploración neuropsicológica que establezca las áreas deterioradas y el grado de deterioro, y las no deterioradas [se aconseja acudir a las subescalas de interés del Test Barcelona (Peña-Casanova, 1990) o al ERFC (Gil, 1999)].

- c) Medida de las secuelas clínicas relacionadas con la victimación de un accidente de tráfico. Para la evaluación clínica se recurre a dos instrumentos que requieren de la ejecución de tareas distintas: la entrevista clínico-forense, que implica la ejecución de una tarea de conocimiento, y el MMPI-2, que presupone una tarea de reconocimiento. Adicionalmente se recomienda la aplicación de otros instrumentos psicométricos como el SCL-90-R (Derogatis, 2002). En todo caso, han de contar con medidas de control de la validez del protocolo (en el SCL-90-R son el índice de severidad global, índice de malestar referido a síntomas positivos y el total de síntomas positivos que permiten una estimación de una potencial simulación o disimulación) y tener entre las dimensiones medidas el TEP y/o las secuelas secundarias de un accidente de tráfico. Con esta segunda medida no sólo se somete a prueba la validez del protocolo (un único indicador de invalidez no es prueba suficiente), sino también la consistencia inter-medidas. En aquellos casos en que no se obtenga una evaluación clínica que avale que la persona evaluada presenta un estado clínico compuesto por las secuelas directas (TEP) de la victimación de accidente de tráfico, esto es, se someta a prueba la validez predictiva (esto es, exactitud con la que la medida se ajusta a la huella psíquica esperada), se ha de concluir que no hay daño moral. Las secuelas secundarias, depresión o distimia, no son prueba suficiente por sí mismas. El análisis de las secuelas, a través de la validez predictiva, puede integrarse con el estudio de la validez discriminante, esto es, del daño no esperado.
- d) Estudio de la personalidad. Es recomendable proceder con una evaluación de la personalidad para conocer de posibles anomalías al tiempo que someter a prueba posibles distorsiones en las respuestas. Para ello se recomienda utilizar el 16 PF-5 que contiene tres medidas de los estilos de respuesta: Deseabilidad social, Infrecuencia y Aquietud. De acuerdo con nuestros hallazgos un

único indicador de invalidez no ha de considerarse suficiente para dudar de la validez del protocolo sino como una característica propia de personalidad del evaluado.

- e) Estudio de la fiabilidad de las medidas. Es importante garantizar la fiabilidad de la medida del objeto pericial y, muy especialmente, en casos como el que nos ocupa. Si bien, los instrumentos de medida son fiables y válidos, de esto no se infiere que lo sea la medida concreta. Para someter a prueba la fiabilidad de la medida tomada para la evaluación pericial, se ha de proceder con una estimación de (Weick, 1975):
- ✓ La consistencia inter-medidas. La falta de consistencia inter-medidas (p.e., discrepancia entre lo manifestado y observado, evaluación de una patología en una medida sin indicios de ésta en otras medidas) se considerará factor suficiente para invalidar los resultados.
 - ✓ La consistencia intra-medidas. Los instrumentos de medida, entrevista clínico-forense, MMPI-2 y, en su caso, SCL-90-R, incluyen controles de validez del protocolo. Para considerar un protocolo inválido en el que se haya observado consistentemente daño moral, se requerirá que numerosos indicadores de simulación adviertan de ésta. Un protocolo consistente inter-medidas en la huella de daño moral en el que sólo algunos indicadores intra-medidas adviertan de posible simulación, no se concluirá tal hipótesis sino que responde a un estilo de respuesta propio del sujeto.
 - ✓ La consistencia inter-evaluadores. Dos evaluadores por separado interpretarán los resultados y sólo considerarán los resultados fiables y válidos si el índice de concordancia inter-evaluador es superior a 0.80¹ (Tversky, 1977).
 - ✓ La consistencia inter-contextos. La fiabilidad inter-contexto se afronta recurriendo a un evaluador entrenado que haya sido efectivo y consistente en otros contextos previos, o sea, en pericias anteriores y con otros evaluadores.
- f) Valoración del daño moral. Si los datos son fiables, esto es, se rechaza la hipótesis de simulación, y se halla daño moral (TEP) en la persona evaluada, se procede con una evaluación multiaxial (DSM-IV-TR, 2002):
- I. Eje I. Aquí se incluirá obligatoriamente, en caso de

¹ IC= Acuerdos/(acuerdos+desacuerdos)

daño moral, el TEP, como diagnóstico primario y únicamente los trastornos secundarios, depresión/distimia.

II. Eje II. No procede a menos que haya habido daño neurológico.

III. Eje III. Las secuelas físicas (siempre sobre prueba documental sino se indica que no procede).

IV. Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales.

V. Eje V. Evaluación de la actividad global. En éste se cuantifica el daño en porcentajes. Para ello se procede con la escala de evaluación de la actividad global (EEAG). Los pasos a seguir para la cuantificación son:

- 1) Se inicia por el nivel superior y se contrasta el estado del evaluado con el normativo, si su estado es peor se desciende al siguiente nivel.
- 2) Se repite el mismo procedimiento hasta llegar al nivel en el que encaje el evaluado.
- 3) Se contrasta el siguiente nivel para asegurarse que no se corresponde con el del evaluado.
- 4) Se establece el nivel de actividad psicológica del evaluado (se recomienda tomar el punto medio del rango).
- 5) Se calcula la diferencia entre el estado observado y el valor promedio de la normalidad (90), cuyo resultado es el porcentaje de daño moral causado.

g) Adicionalmente, se recomienda repetir lo mismo con las escalas de evaluación EEASL y EEGAR.

h) En esta contingencia o cuando se añaden daños físicos, esto es, concurren secuelas múltiples para el cómputo de la valoración final se ha de proceder con la fórmula:

$$\frac{[100-M] \cdot m}{100} + M, \text{ donde } M = \text{Puntuación mayor}; m = \text{Puntuación menor}$$

i) El sistema de evaluación debería ceñirse a la siguientes categorías: “probablemente simulador o con indicios sistemáticos de simulación”; “probablemente no simulador o sin indicios sistemáticos de simulación”. Es importante dejar a un lado la intención de establecer la certeza, y utilizar estos términos probabilísticos, puesto que nuestros sistemas de evaluación, tal y como pudo verse en el presente estudio, están sujetos a error. Sin embargo, el TS exige la seguridad plena, no la alta probabilidad, pero como toda medida está sujeta a error, debemos reconocerlo, pero absteniéndonos de

establecer el grado de certeza (p. e., sentencia del TS de 29 de octubre de 1981, RA 3902). Finalmente, si el perito no puede establecer un criterio sobre la simulación, ha de concluir con una “indefinición sobre la simulación”, ya que posicionarse por “probablemente no simulador” o “probablemente simulador” supone, de facto, una decisión favorable a una de las partes en litigio sin avales que la apoyen.

AGRADECIMIENTO

Los trabajos aquí referenciados contaron con la financiación de la Secretaría Xeral de Investigación e Desenvolvemento, Xunta de Galicia, en el Proyecto de Excelencia Investigadora Código PGIDIT03CS037401PR.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association, (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (IV Edición-Texto Revisado). Barcelona: Masson.
- Arce, R., Carballal, A., Fariña, F. y Seijo D. (2004). Can mock battered women malingering psychological evidence in a recognition task? En A. Czerederecka, T. Jaskiewicz-Obydzinska, R. Roesch y J. Wójcikiewicz (eds.), *Forensic psychology and law. Facing the challenges of a changing world* (pp. 327-336) Cracovia: Institute of Forensic Research Publishers.
- Arce, R. y Fariña, F. (2001). *Construcción y validación de un procedimiento basado en una tarea de conocimiento para la medida de la huella psíquica en víctimas de delitos: La entrevista clínico-forense*. Manuscrito Inédito, Universidad de Santiago de Compostela.
- Arce, R., Fariña, F., Carballal, A. y Novo, M. (2006). Evaluación del daño moral en accidentes de tráfico: Desarrollo y validación de un protocolo para la detección de la simulación. *Psicothema*, 18(2), 278-283.
- Arce, R., Pampillón, M.C. y Fariña, F. (2002). Desarrollo y evaluación de un procedimiento empírico para la detección de la simulación de enajenación mental en el contexto legal. *Anuario de Psicología*, 33(3), 385-408.
- Blanchard, E. B. y Hickling, H. J. (2004). What are the psychosocial effects of MVAs on survivors? En E. B. Blanchard, E. J. Hickling (Eds.), *After the crash: Psychological assessment and treatment of survivors of motor vehicle accidents* (2ª ed., pp. 57-97).

- Washington, DC: American Psychological Association.
- Brown, L., Sherbenou, R. y Johnsen, S. (1995). *Toni-2*. Madrid: TEA Ediciones.
- Bryant, R. A. y Harvey, A. G. (1995). Avoidant coping style and posttraumatic stress following motor vehicle accidents. *Behaviour Research Review*, 15, 721-738.
- Butcher J.N. y Miller, K.B. (1999). Personality assessment in personal injury litigation. En A.K. Hess e I.B. Weiner (Eds.), *The handbook of forensic psychology* (2ª Ed., pp. 104-126). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Carballal, A., Arce, R., Carrera, O. y Novo, M. (2003). De la simulación de daño moral en casos de accidente de tráfico. *Psiquiatría.com*, 1-13 [Documento WWW]. URL: <http://www.psiquiatria.com>
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Dirección General de Tráfico (2006, junio). Estadísticas DGT. [Documento WWW]. URL: <http://www.dgt.es/estadisticas/accidentes.htm>.
- Fariña, F., Arce, R. y Novo, M. (2004). How to detect the malingering of insanity to avoid criminal responsibility. En R. Abrunhosa (Ed.), *Victims and offenders. Chapters on psychology and law* (pp. 229-241). Bruselas: Uitgeverij Politeia NV.
- Gil, R. (1999). *Neuropsicología*. Barcelona: Masson.
- Peña-Casanova, J. (1990). *Programa integrado de exploración neuropsicológica. Test Barcelona*. Barcelona: Masson.
- Rogers, R. (1997b). Current status of clinical methods. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 373-397). Nueva York: Guilford Press.
- Tversky, A. (1977). Features of similarity. *Psychological Review*, 84, 327-352.
- Weick, K. E. (1985). Systematic observational methods. En G. Lindzey y E. Aronson (eds.), *The handbook of social psychology bulletin* (vol. 1, pp. 567-634). Hillsdale, N.J.: LEA.
- Wechsler, D. (1976). *WAIS: Escala de inteligencia para adultos* (2ª ed.). Manual. Madrid: TEA Ediciones.

DESARROLLO DE LOS PROCESOS ATENCIONALES MEDIANTE «ACTIVIDADES ADAPTADAS» DEVELOPMENT OF ATTENTIONAL PROCESSES BY MEANS OF “ADAPTED ACTIVITIES”

Luis Álvarez, Paloma González-Castro, José Carlos Núñez, Julio Antonio González-Pienda,
David Álvarez y Ana Bernardo
Universidad de Oviedo

Los problemas atencionales preocupan al profesorado, en general y especialmente al de algunas etapas educativas (educación primaria y educación secundaria obligatoria). De hecho, hoy en día son muy frecuentes los problemas de aprendizaje debidos, principalmente, a déficits atencionales específicos de estudiantes con dificultades de aprendizaje (DA) o a problemas de atención propios de los alumnos con TDA-H (trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad). Cualquiera de estos problemas condicionan el inicio y mantenimiento de cualquier proceso de aprendizaje porque afectan al procesamiento estímulos y a la cantidad y calidad de la concentración. Por este motivo, en el contexto escolar, sobre todo en las etapas obligatorias, el profesorado debería aplicar actividades que potenciasen la atención, tanto selectiva como sostenida. En este trabajo se presenta un modo o forma concreta de presentar tales actividades a los estudiantes a partir de bancos de actividades, cuyas tareas, al igual que en los bancos de ítems, están graduadas por dificultad, edad y nivel educativo.

Palabras clave: Atención Selectiva, Atención Sostenida, Problemas de Atención, Bancos de Actividades.

Teachers in general and, particularly, teachers involved in certain educational stages (primary education and compulsory secondary education) are quite concerned with attentional problems. In fact, learning problems are currently very frequent, mainly because of attentional deficits that are specific to students with learning difficulties (LD), or to attentional problems that are typical of students with ADHD (attention deficit disorder with or without hyperactivity). Either one of these problems will condition the onset and maintenance of any learning process because they affect stimulus processing and the quantity and quality of concentration. Therefore, in the school setting, and especially in the compulsory stages, teachers should administer activities that promote attention, both selective and sustained. This work provides a specific way of presenting such activities to students, using activity banks, whose tasks are arranged according to difficulty, age, and educational level, similar to item banks.

Key words: Selective Attention, Sustained Attention, Attentional Problems, Activity Banks.

La atención es el mecanismo implicado directamente en la recepción activa de la información, tanto desde el punto de vista de su reconocimiento como del control de la actividad psicológica (García, 1997), de ahí que sea una capacidad que el profesorado tenga que abordar para que los estudiantes puedan alcanzar aprendizajes significativos (Álvarez, González-Castro, Núñez, González-Pienda, Álvarez y Bernardo, en 2007). Ahora bien, para que los mecanismos atencionales se pongan en marcha, se potencien y puedan ser regulados por el propio sujeto, es necesario que este utilice determinados procedimientos, relacionados con las denominadas estrategias atencionales, cuya importancia educativa es manifiesta desde que se comprobó que se pueden mejorar y modificar a través de la práctica.

En este sentido, es conveniente tener en cuenta que la atención no es algo que funcione de manera autónoma e independiente, está relacionada con procesos, tanto de tipo cognitivo como de carácter motivacional. Este aspecto es fundamental, pues, como señalan diferentes autores (Roselló, 1997; Tudela, 1992), la atención actúa como un mecanismo de conexión que articula los procesos cognitivos y afectivos, siendo todos ellos, en su conjunto, los que van a determinar qué estímulos van a ser analizados de manera prioritaria y cuáles no. Esta evolución de los procesos atencionales hacia modelos de corte neoconexionista, ha estado condicionada, en un principio, por los modelos de recursos limitados (Kahneman, 1973), para los que la atención depende, no solo de la disponibilidad del sujeto para atender, sino también de las exigencias de la tarea a realizar. Ajustar bien estos dos ámbitos va a ser fundamental en un sistema educativo inclusivo, porque estos sistemas necesitan desarrollar modelos adaptativos que atienden bien la di-

versidad (Álvarez, Soler, González-Pienda, Núñez y González-Castro, 2002).

No obstante, la limitación de la capacidad atencional no es asumida en su totalidad por los defensores de los *modelos de activación*, puesto que la atención, al actuar como un mecanismo activo y constructivo, se modifica con la práctica, generando cada sujeto un potencial atencional propio. Este potencial no solamente va a estar determinado por elementos cognitivos, sino también por elementos conativos y afectivos, cuya interacción se concreta en el primer modelo neoconexionista de la atención (Phaf, Van der Heijden y Hudson, 1990), el modelo "Slam", el cual demuestra cambios en la capacidad de la atención a través de la práctica continuada. Estos cambios en los modelos explicativos de la atención, tienen una incidencia muy importante, tanto en los procesos de atención selectiva como en los procesos de atención sostenida.

Atención selectiva

La atención selectiva es la capacidad para discriminar estímulos dentro de conjuntos y, así, poder llegar a reconocerlos y procesarlos con el mínimo error. Este proceso comienza con una fase de selección espacial y, posteriormente, con otra basada en las características del objeto (Vázquez, Vaquero, Cardoso y Gómez, 2001). Ahora bien, ambas fases pueden coexistir simultáneamente, puesto que, a través de la técnica de los potenciales evocados visuales, diferentes autores demuestran que los potenciales P1 y N1 pueden ser modulados, tanto por la atención basada en el campo estimular (Méndez, Ponce, Jiménez y Sanpedro, 2001), como por la atención basada en estímulos concretos (Valdés-Sosa, Bobes, Rodríguez y Pinilla, 1998). De ahí que, la atención selectiva va a estar condicionada por ciertas habilidades visuales, las cuales se estudian en profundidad desde la *optometría funcional* u *optometría de la conducta*, que evolucionó desde posturas inicialmente *cuantitativas*, en las que lo más importante era la agudeza visual, independientemente del contexto estimular, hasta corrientes más *cualitativas*, que, en la actualidad, tienen en cuenta, tanto las necesidades del sujeto como las características de la tarea a observar. En este sentido, un sistema visual adaptado a las necesidades de un sujeto debe centrarse en el estudio de la visión binocular que permita percibir una dirección visual común para ambos ojos, sensación de profundidad, buena medida espacial, percepción de una sola imagen y superposición de los campos visuales.

Las habilidades visuales necesarias para desarrollar una visión binocular con estas características son las habilidades relacionadas con el control y las habilidades relacionadas con el reconocimiento de la información. En las *habilidades visuales de control* intervienen la motilidad ocular en general y el sacádico y la convergencia, en particular. El *sacádico* es un movimiento preciso de salto de un punto a otro y está muy condicionado por el campo visual. La *convergencia* es la capacidad para llevar los ojos hacia la zona nasal sin perder la fusión (Daum, 1984). Existen varios tipos de convergencia, entre los que podemos distinguir: convergencia tónica, proximal, acomodativa y fusional (Goss, 1995; Morgan, 1983). La Convergencia Tónica representa la posición fisiológica; la evaluación de la foria con la graduación medida de lejos se toma como valor de esta posición. La Convergencia Proximal es la convergencia que se produce tras el acercamiento de un estímulo concreto. La Convergencia Acomodativa ocurre con un cambio en la acomodación como parte de la sinquinesis cercana de acomodación, convergencia y constricción pupilar (Moses, 1987). Finalmente, la Convergencia Fusional es la convergencia necesaria para mantener una imagen fusionada de un objeto fijado.

En las *habilidades visuales de reconocimiento* interviene, por su parte, la fijación y el control binocular. La *fijación* es la estimulación de las células retinianas situadas en la fóvea, cuando el eje visual está centrado en un punto y la retina central está controlando la información. La fijación ha de estar, por tanto, centrada en la fóvea y, además, ser estable y precisa. Ahora bien, la fijación, aunque está bajo control voluntario, su regulación consciente y deliberada es bastante infrecuente. Se rige por las mismas reglas que la formación de unidades, por lo que se produce en los puntos de máxima información, contrastes de colores y brillos y contornos de los objetos. MacWorth y Morandi (1967) descubrieron que las áreas más informativas son identificadas muy pronto y son las que cuentan con mayor número de fijaciones. Una fijación viene, a menudo, determinada por la información adquirida previamente por la visión periférica. En ella, se pueden diferenciar tres tipos de zonas: campo estacionario, campo ocular y campo de la cabeza. El campo estacionario es el que analiza toda la información sin necesidad del movimiento de rastreo. El campo ocular es el que se consigue con los movimientos oculares. En este campo, el sujeto tiene la opción de dirigir una fijación

ocular sobre una observación no verificada y con un movimiento ocular verificar su hipótesis. Este movimiento depende de las instrucciones, los costes y la naturaleza de la estimulación. Finalmente, el campo de la cabeza es el campo visual en el que, para obtener una información verificada no solo debe mover los ojos sino también la cabeza. Para obtener la información en estos dos últimos campos visuales, deben tomarse decisiones rápidamente y con poca reflexión. En este sentido, es importante destacar que esta fase de recepción de estímulos visuales es clave para la lectura pero, no suficiente, es necesario, además el control binocular. El *control binocular*, por su parte, es la capacidad del sujeto para mantener la fusión, fijando en distancias próximas, cuando las necesidades de acomodación y convergencia son exigentes. En el momento de la lectura, el punto de convergencia o punto de fijación es constante, sin embargo la acomodación varía significativamente de estar localizando (retina periférica salto del sacádico) a estar fijando (retina central). Se sabe que la acomodación lleva consigo una cantidad de convergencia inducida por el funcionamiento del simpático. Esta convergencia debe ser compensada por la capacidad binocular que, además, está condicionada por la posición de los ejes visuales o foria. En este sentido, si existe una posición de los ejes visuales convergente y, a ello se le suma la convergencia acomodativa, el control binocular ha de hacer un gran esfuerzo para conseguir fusionar. Dicha fusión se realiza a través de las vergencias fusionales que tienen la capacidad de converger y diverger para mantener la correspondencia retiniana (estimulación de dos puntos de ambas retinas analizadas por la misma hipercolumna).

Por este motivo, para que la atención selectiva se pueda aplicar en las mejores condiciones posibles y desarrolle todo su potencial, es preciso estimular, por un lado, las habilidades visuales de control (sacádico y convergencia) y, por otro, las habilidades visuales de reconocimiento (fijación y control binocular). Ahora bien, para generalizar los efectos de este cambio en el ámbito escolar, es preciso abordar las habilidades de identificación y reconocimiento estimular con tareas concretas, que se pueden desarrollar en clase a través de bancos de actividades

Atención sostenida

La atención sostenida, por su parte, está más relacionada con la capacidad de concentración y, suele estar muy

condicionada por el déficit de atención con o sin hiperactividad. Este déficit, sobre todo en los casos de TDAH, es un problema congénito que incide en la población general, principalmente en varones, y que puede manifestarse a cualquier edad, aunque el DSM-IV no lo diagnostique hasta pasados los 6 años (Barbero, 2005). Produce una gran perturbación personal, familiar y, sobre todo, escolar. Los estudiantes con problemas de atención sostenida suelen presentar dificultades académicas en el aprendizaje de la lectura (entre 25%-40%, según Willcutt y Pennington, 2000) y de las Matemáticas (entre 24%-60%, según Barkley, 1998). Estas dificultades no se suelen superar exclusivamente con apoyo farmacológico, debido a fallos en el funcionamiento de la red ejecutiva y de vigilancia (Merrell y Tymms, 2001; Roselló, 2002). La *red atencional ejecutiva* está formada por la corteza anterior del cíngulo (muy relacionado con la resolución de conflictos entre estímulos, la realización coordinada de dos tareas, la detección de errores y la atención al lenguaje), el área motora suplementaria superior (Posner y Petersen, 1990) y partes de los ganglios basales, que aportan dopamina a los lóbulos frontales (Duncan y Owen, 2000). La red ejecutiva es responsable del control voluntario de la memoria operativa y de la selección y detección de estímulos objetivos (Posner y Dehaene, 1994). Se activa ante tareas que requieren la emisión de respuestas nuevas, en situaciones de interferencia o de conciencia de haber cometido un error, y en acciones planificadas (Posner y DiGirolamo, 1998). La *red de vigilancia*, por su parte, está más relacionada con el grado de disponibilidad que precisa el sujeto para ejecutar una tarea. Esta disponibilidad depende del nivel de activación o arousal, relacionado con la acción de diferentes sistemas neurales, como el sistema reticular de activación ascendente del tronco cerebral, las vías noradrenérgicas ascendentes, la corteza frontal derecha, el giro cingular y el cuerpo calloso (Parasuraman, Warm y See, 1998). Los niveles de activación varían en función de la tarea (May, 1999) y se pueden controlar independientemente de esta o a través de ejecuciones concretas. El control inicial, independiente de la tarea, está muy relacionado con la capacidad global de atención, la cual correlaciona estrechamente con el metabolismo cerebral y el riego sanguíneo (Toomin, 2002). El control de la ejecución, por su parte, se puede realizar con CPTs, tipo TOVA, con tareas de vigilancia, como el CSAT (Servera y Lladrés, 2004) o con escalas de observación (Conners,

1997; Swanson, 2003; Miranda, García y Soriano, 2005; Amador, Forns, Guardia, Perú, 2006). Ahora bien, desde el punto de vista académico, este control debe, además, tener en cuenta algunos indicadores propios de la actividad escolar, como son por ejemplo, el reconocimiento estimular, el manejo estratégico de los contenidos, el esfuerzo continuado y la adaptación al contexto; de ahí que, el apoyo farmacológico, aunque es facilitador, no se considere suficiente (Barkley, 1992; Lubar, 1993) para promover el cambio académico. Se necesitan, además, actividades que lo potencien y, de esta forma, los profesores y, sobre todo, los padres y los propios estudiantes se sientan reforzados con los nuevos resultados obtenidos.

Bancos de actividades

Los bancos de actividades, al igual que los bancos de items, son conjuntos de tareas graduadas por dificultad, edad y nivel educativo. Se suelen desarrollar teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- a) Los ejercicios que se proponen en los bancos suelen tener un grado medio de dificultad, que se puede aumentar o disminuir de acuerdo con las capacidades y necesidades propias de los alumnos a los que vayan dirigidos.
- b) Muchos ejercicios van acompañados de variantes que se entienden como posibilidades de plantear nuevas actividades.
- c) Con el fin de mantener el interés del alumno sin provocar cansancio, los ejercicios se presentan secuenciados. La secuencia se puede ampliar o reducir según las circunstancias individuales.
- d) Es aconsejable corregir las actividades realizadas. La corrección puede hacerla el profesor o, con el apoyo correspondiente, cada alumno individualmente o en grupo.

El punto de partida de todo banco de actividades son las pautas o indicadores de cada ámbito del banco. Cada una de ellas dará lugar a una serie variada, casi indefinida, de ejercicios para el entrenamiento de cada proceso de aprendizaje. Estos ejercicios constarán de una base, unas instrucciones y variantes. La *base* está constituida por los elementos, los datos, etc., que se dan, y sobre los cuales se debe realizar la actividad. Las *instrucciones* son indicaciones que se dan al alumno de lo que tiene que hacer y de cómo debe realizar las actividades. Las *variantes* son orientaciones que tratan de fa-

cilitar la elaboración de otros ejercicios similares y, así, ampliar el banco de actividades. Las variantes pueden ser de enunciado, de contenido y de ejercicio. *La variante de enunciado* aparece cuando, sobre la misma base del ejercicio original, se cambian las instrucciones del ejercicio.; por ejemplo, tachar otro elemento distinto en la misma tarea. *La variante de contenido* aparece cuando se mantiene la estructura del ejercicio original, pero se cambian sus elementos constitutivos; por ejemplo, números en vez de letras. Por último, *la variante de ejercicio* aparece cuando, dentro de la misma pauta de entrenamiento, se proponen ejercicios con distinta base y distintas instrucciones. A su vez, los ejercicios pueden tener formatos de *múltiples posibilidades* (varias tareas partiendo de una base común) o introducir *ejercicios progresivos* (a partir de una muestra, se pueden desarrollar múltiples actividades del mismo estilo).

La mayoría de los ejercicios se pueden modificar y graduar para reconvertirlos de difíciles a fáciles o de fáciles a difíciles. Así, cuando se sospeche que alguna de las tareas propuestas puede resultar difícil, debido a la baja competencia curricular o al bajo nivel de los alumnos, se pueden utilizar algunos recursos para disminuir tal grado de dificultad, empleando ayudas o modificando el tipo de tarea. Las ayudas podrán consistir en resolver primero algunos ejemplos que sirvan de orientación antes de proponer ejercicios similares, o dar la solución de aquellos otros que se sospeche van a presentar dificultades concretas. También, las ayudas podrían introducirse modificando el tipo de tareas del ejercicio, de forma que este resulte más sencillo. Posibles sugerencias para rebajar su grado de dificultad serían convertir el ejercicio tipo en una *prueba de emparejamiento simple* o transformar el ejercicio tipo en una *prueba objetiva de múltiple elección de respuesta*.

Las sugerencias para aumentar el grado de dificultad de un ejercicio van en la línea de quitar preguntas intermedias para llegar al resultado final, dar los datos en distintas unidades de medida, disminuir el tamaño de los estímulos y su distancia, aumentar el número de estímulos o eliminar preguntas tipo o algunos pasos en los procesos de aplicación.

Estructura del banco de actividades de atención selectiva

Todas las recomendaciones anteriores deben tenerse en cuenta siempre que se quieran diseñar grupos de activi-

dades adaptados. En el caso de la atención selectiva, para crear un banco, es recomendable construir cinco archivos, cada uno de los cuales con cuatro carpetas que los desarrollen. Gráficamente, quedaría como se explicita en la figura 1.

Cada archivo llevará por rótulo la inscripción siguiente:

- 1^{er} Archivo: *Identificar estímulos dentro de conjuntos.*
- 2^o Archivo: *Comparar estímulos dentro de conjuntos.*
- 3^{er} Archivo: *Identificar estímulos dentro de series.*
- 4^o Archivo: *Reconocer estímulos en el plano o en el espacio.*
- 5^o Archivo: *Reconocer palabras o frases que cumplan unas condiciones dadas.*

Y en cada archivo se introducirán las cuatro carpetas que se explicitan en el Cuadro 1.

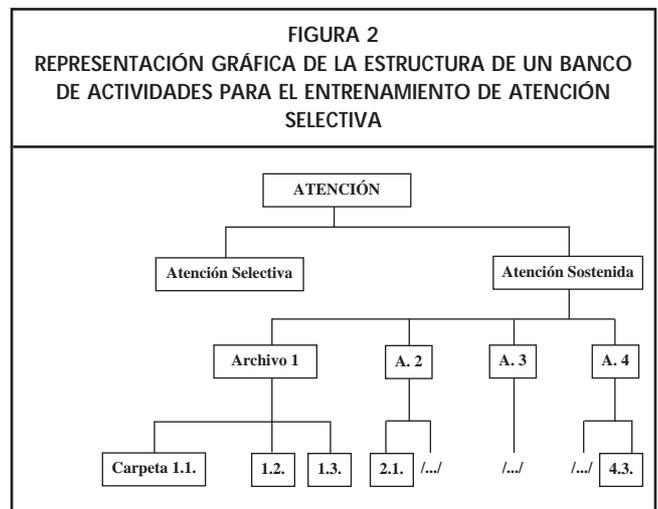
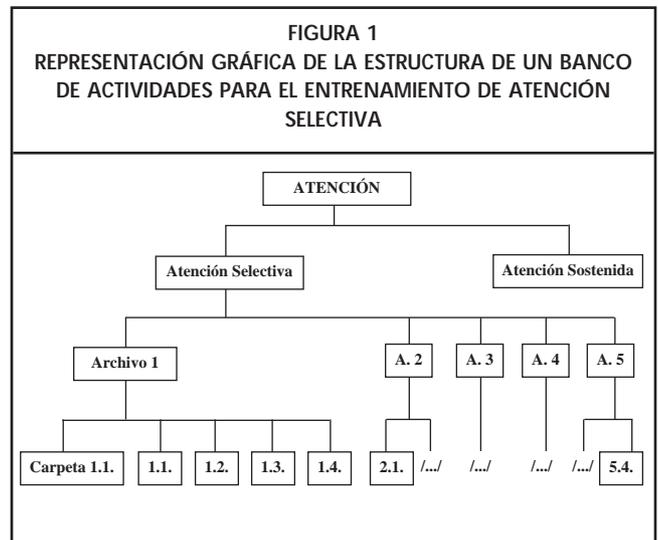
El banco, con sus archivos y carpetas, podrá ubicarse en el departamento de orientación o en la junta de evaluación. También, si se hace de manera parcial, se puede ubicar en las etapas o ciclos correspondientes. Una

vez situado, los profesores del centro irán añadiendo más actividades en cada carpeta y archivo correspondiente. La creación de bancos en los centros favorece, por un lado, la motivación del profesorado para poner en marcha las actividades creadas por ellos mismos y, por otro, la coordinación de los tutores con el departamento de orientación, puesto que el psicólogo de la educación puede proponer en sus informes orientaciones con las tareas de los bancos. Además de la posibilidad de confeccionar un banco de actividades propio para cada centro, los profesores pueden utilizar algunos programas ya editados con esta filosofía (Álvarez y González-Castro, 2004).

Estructura del banco de actividades de atención sostenida

Como en el caso de la atención selectiva, para construir

CUADRO 1 DESCRIPCIÓN DE LOS CONTENIDOS DE LOS ARCHIVOS DE LOS BANCOS DE ACTIVIDADES PARA EL ENTRENAMIENTO DE LA ATENCIÓN SELECTIVA	
1^{er} Archivo: <i>Identificar estímulos dentro de conjuntos.</i>	1 ^a Carpeta: Reconocer letras, cifras, símbolos o dibujos.
2 ^a Carpeta: Reconocer letras para formar palabras, cifras para formar números, símbolos y otros elementos gráficos para formar ilustraciones, etc.	3 ^a Carpeta: Localizar las veces que se repite un elemento (palabra, número, figura geométrica, símbolo, dibujo, etc.) en un conjunto.
4 ^a Carpeta: Elegir, entre varios elementos desordenados (sílabas, terminaciones, palabras, números, figuras geométricas, símbolos, dibujos, etc.), los que figuran en un modelo dado.	
2^o Archivo: <i>Comparar estímulos dentro de conjuntos.</i>	1 ^a Carpeta: Reconocer palabras, números y otros elementos que tengan una determinada característica.
2 ^a Carpeta: Señalar palabras, números y otros elementos iguales o diferentes dentro del mismo conjunto.	3 ^a Carpeta: Localizar los elementos que se repiten o que faltan en dos o más conjuntos independientes.
4 ^a Carpeta: Hallar las diferencias o semejanzas que existen entre dibujos.	
3^{er} Archivo: <i>Identificar estímulos dentro de series.</i>	1 ^a Carpeta: Proseguir series de letras, números, símbolos, dibujos, etc., dados los primeros elementos.
2 ^a Carpeta: En una sucesión de elementos, identificar todos los que pertenecen o no a la serie o son erróneos.	3 ^a Carpeta: Sustituir elementos en una sucesión.
4 ^a Carpeta: Elegir elementos para completar palabras, números o figuras.	
4^o Archivo: <i>Reconocer estímulos en el plano o en el espacio.</i>	1 ^a Carpeta: Unir puntos siguiendo unas instrucciones.
2 ^a Carpeta: Rellenar espacios siguiendo unas instrucciones.	3 ^a Carpeta: Trazar líneas o itinerarios siguiendo unas instrucciones.
4 ^a Carpeta: Construir puzzles con letras, números o figuras.	
5^o Archivo: <i>Reconocer palabras o frases que cumplan unas condiciones dadas.</i>	1 ^a Carpeta: Localizar palabras sinónimas a unas dadas.
2 ^a Carpeta: Señalar antónimos de palabras conocidas.	3 ^a Carpeta: Identificar objetos, palabras, ideas principales, detalles importantes, etc., a partir de unas instrucciones.
4 ^a Carpeta: Reconocer el significado de frases, dichos, refranes, historietas, etc.	



un banco de actividades de banco de atención sostenida, es recomendable construir cuatro archivos, cada uno de los cuales con tres carpetas que los desarrollen (ver Figura 2).

Cada archivo llevará por rótulo la inscripción siguiente:

- 1^{er} Archivo: *Reproducir totalmente o en parte modelos iguales u opuestos a otros dados.*
- 2^o Archivo: *Retener mentalmente elementos o modelos para reproducirlos o asociarlos con otros.*
- 3^{er} Archivo: *Colocar en un orden determinado los elementos de un conjunto conocido.*
- 4^o Archivo: *Establecer relaciones entre elementos de acuerdo con unas condiciones.*

Y en cada archivo se introducirán las carpetas que se incluyen en el Cuadro 2.

Las actividades de los bancos se pueden desarrollar también en lenguaje informático con el "Clic" (clic.xtec.net/es/index.htm). Este programa, antecesor de Clic, fue creado para Windows 3.1 y está disponible en siete idiomas diferentes. Su desarrollo se inició en 1992 y desde entonces ha servido para crear miles de

actividades dirigidas a diversas áreas y niveles educativos. El Clic sirvió de base para confeccionar el CD: *¡Fíjate y concéntrate más!*, de Álvarez, González-Castro, Redondo y Busquets (2004), en el que los archivos se transforman en objetivos con el fin de hacer el programa más comprensivo para los usuarios. Los objetivos se desarrollan a partir de un conjunto de actividades que, una vez realizadas con éxito un 80% de las mismas, te permite acceder al objetivo siguiente. Aunque el número de actividades de cada objetivo es finito en el programa, existe la posibilidad de crear nuevas actividades siempre que se considere oportuno.

Con la estructura de los bancos de actividades propuesta, el profesorado de los centros educativos podrá generar sus propios materiales y, de esta forma, configurar bancos adaptados a su propio contexto.

NOTA

Los datos y recursos que se mencionan en este artículo han sido elaborados con financiación del Ministerio de Ciencia y Tecnología a través del Proyecto I+D+I, MCyT-02-BSO-00364.

REFERENCIAS

Álvarez, L. y González-Castro, P. (2004). *¡Fíjate y Concéntrate más!..para que atiendas mejor*. Nivel 1, 2, 3 y 4. Madrid: CEPE.

Álvarez, L., González-Castro, P., Redondo, J. J. y Busquets, F. (2004). *¡Fíjate y Concéntrate más!..para que atiendas mejor*. CD 1, 2, 3 y 4. Madrid: CEPE.

Álvarez, L., Soler, E., González-Pienda, J. A., Núñez, J. C. y González-Castro, P. (Coords.) (2002). *Diversidad con Calidad. Programación Flexible*. Madrid: CCS.

Álvarez, L., González-Castro, P., Núñez, J. C., González-Pienda, J. A., Álvarez, D. y Bernardo, A. (2007). Programa de intervención multimodal para la mejora de los déficits de atención. *Psicothema*, 19, 590-595.

Amador, J. A., Forns, M., Guardia, J. y Pero, M. (2006). Estructura factorial y datos descriptivos del perfil de atención y del cuestionario TDAH para niños en edad escolar. *Psicothema* 18, 4, 696-703.

Barbero, P. (2005). *Actualización de las bases neurobiológicas del TDAH. Últimas investigaciones*. Valencia. I Congreso Nacional de TDAH.

Barkley, R. A. (1992). Is EEG biofeedback treatment effective for ADHD children? *Ch.A.D.D. er Box*, 5-11.

Barkley, R. A., (1998). *Attention-deficit hyperactivity dis-*

CUADRO 2 DESCRIPCIÓN DE LOS CONTENIDOS DE LOS ARCHIVOS DE LOS BANCOS DE ACTIVIDADES PARA EL ENTRENAMIENTO DE LA ATENCIÓN SELECTIVA	
1^{er} Archivo:	<i>Reproducir totalmente o en parte modelos iguales u opuestos a otros dados.</i>
1 ^a Carpeta:	Copiar o calcar dibujos iguales o simétricos con cierta precisión.
2 ^a Carpeta:	Dibujar modelos que sean parcialmente semejantes o diferentes a otros dados.
3 ^a Carpeta:	Construir o completar modelos diversos partiendo de los elementos (verbales, numéricos o gráficos) que los constituyen.
2^o Archivo:	<i>Retener mentalmente elementos o modelos para reproducirlos o asociarlos con otros.</i>
1 ^a Carpeta:	Reproducir fielmente un modelo una vez visto y memorizado.
2 ^a Carpeta:	Localizar elementos en conjuntos nuevos, comparándolos con otros previamente memorizados.
3 ^a Carpeta:	Emparejar elementos iguales a otros que se han visto y se retienen en la memoria.
3^{er} Archivo:	<i>Colocar en un orden determinado los elementos de un conjunto conocido.</i>
1 ^a Carpeta:	Ordenar conjuntos de elementos diversos de acuerdo con unos criterios.
2 ^a Carpeta:	Secuenciar los pasos de un proceso conocido para poder aplicarlo.
3 ^a Carpeta:	Establecer operaciones para llegar a unos resultados.
4^o Archivo:	<i>Establecer relaciones entre elementos de acuerdo con unas condiciones.</i>
1 ^a Carpeta:	Atribuir propiedades a elementos aislados o en comparación con otros.
2 ^a Carpeta:	Localizar conceptos que se relacionen o no con otros dados a partir de unas condiciones.
3 ^a Carpeta:	Establecer clasificaciones de elementos dados atendiendo a diversos criterios.

- order: *A handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Conners, C. K. (1997). *Conners Rating Scales-Revised*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.
- Daum, K. (1984). Convergence Insufficiency. *American Journal Physiologic Optometric*, 61, 16-22.
- Duncan, J. y Owen, A. M. (2000). Common regions of the human frontal lobe recruited by diverse cognitive demands. *Trends in Neuroscience*, 23, 475-482.
- García, J. (1997). *Psicología de la atención*. Madrid: Síntesis.
- Goss, D. (1995). *Ocular Accommodation, Convergence and Fixation Disparity. A manual of clinical analysis*. Boston: Butterworth-Heinemann.
- Kahneman, D. (1973). *Attention and Effort*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Lubar, J. F. (1993). Innovation or inquisition: The struggle for ascent in the court of science. *Neurofeedback and ADHD. Biofeedback*, 21, 23-30.
- Macworth, N. H. y Morandi, A. J. (1967). The gaze selects informative details within pictures. *Perception and Psychophysics*, 2, 547-552.
- May, C. P. (1999). Synchrony effects in cognition: The costs and a benefit. *Psychonomic Bulletin & Review*, 6, 142-147.
- Méndez, C., Ponce, D., Jiménez, L. y Sampedro, M. (Eds.) (2001). *La atención (Vol. II): Un enfoque pluridisciplinar*. Valencia: Promolibro.
- Merrell, C. y Tymms, P. B. (2001). Inattention, hyperactivity and impulsiveness: Their impact on academic achievement and progress. *British Journal of Educational Psychology*, 71, 43-56.
- Miranda, A., García, R. y Soriano, M. (2005). Habilidades narrativas de los niños con trastorno por déficit de atención hiperactividad. *Psicothema*, 17 (2), 227-232.
- Morgan, M. W. (1983). The Maddox analysis of vergences. In C. M. Schor & K. J. Ciuffreda (Eds.), *Vergence Eye Movements: Basic and clinical Aspects* (pp. 15-21). Boston, MA: Butterworth-Heinemann.
- Moses, R. A. (1987). Accommodation. En R. A. Moses & W. M. Hart (Eds.), *Adler's Physiology of the Eye*, 8th ed. (pp. 291-310). St Louis. MO: Mosby.
- Parasuraman, R., Warm, J. S. y See, J. E. (1998). Brain systems of vigilance. En R. Parasuraman (Ed.), *The Attentive Brain* (pp. 221-256). Cambridge, MA: The MIT Press.
- Posner, M. I. y Petersen, S. E. (1990). The attention system of the human brain. *Annual Review of Neuroscience*, 13, 25-42.
- Posner, M. I. y Dehaene, S. (1994). Attentional networks. *Trends in Neuroscience*, 17, 75-79.
- Posner, M. I. y DiGirolamo, G. J. (1998). Executive attention. Conflict, target detection and cognitive control. En R. Parasuraman (Ed.), *The attentive brain* (pp. 401-423). Cambridge, MA: MIT Press.
- Phaf, R. H., Van der Heijden, A. H. C. y Hudson, P. T. (1990). SLAM: A connectionist model for attention in visual selection tasks. *Cognitive Psychology*, 22, 273-341.
- Roselló, J. (1997). *Psicología de la atención. Introducción al estudio del mecanismo atencional*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Roselló, J. (2002). *Subtipos de trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Manifestaciones, correlatos y efectos del metilfenidato*. Tesis Doctoral publicada en microfichas. Universidad de Valencia. Servicio de Publicaciones de la U.V.
- Servera, M. y Llabrés, J. (2004). *CSAT: Tarea de atención sostenida en la infancia*. Madrid: TEA.
- Swanson, J. M. (2003). SNAP-IV Teacher and Parent Rating Scale. En A. Fine & R. Kotkin (Eds), *Therapist guide to learning and attention disorders* (pp487-500). Nueva York: academic Press.
- Toomin, H. (2002). Neurofeedback with hemoencephalography. *Explore for the professional*, 11 (2), 19-21.
- Tudela, P. (1992). Atención. En J. Mayor y J. L. Pinillos, (Eds.), *Tratado de Psicología General. Vol. 3, Atención y Percepción*, 119-162. Madrid: Alhambra.
- Valdés-Sosa, M., Bobes, M. A., Rodríguez, V. y Pinilla, T. (1998). Switching attention without shifting the spotlight: Object-based attentional modulation of brain potentials. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 10, 137-151.
- Vázquez, M., Vaquero, E., Cardoso, M. J. y Gómez, C. (2001). Atención basada en el espacio versus atención basada en el objeto: Un estudio psicofisiológico. En C. Méndez, D. Ponce, L. Jiménez y M. J. Sampedro (Eds.), *La atención (Vol. II): Un enfoque pluridisciplinar* (pp. 91-102). Valencia: Promolibro.
- Willcutt, E. G. y Pennington, B. F. (2000). Comorbidity of reading disabilities and attention-deficit/hyperactivity disorder: Differences by gender and subtypes. *Behavior Research Therapy*, 31 (7), 701-710.