

# 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.

**G**raves 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\\_urbach@hotmail.com](mailto:K_urbach@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  $\pm 0.5$  con la violencia a corto plazo, y de  $\pm 0.4$  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](http://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
- Sanmartín, 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.