

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Valoración del riesgo de violencia en urgencias psiquiátricas

RAFAEL E. BENAVIDES-GÉLVEZ¹, FRANKLIN ESCOBAR-CÓRDOBA²,
VICENTE XICOHTÉNCATL MOLINA-OJEDA³

Resumen

En el contexto del servicio de urgencias, la valoración de riesgos prevalece, y en el caso de las urgencias psiquiátricas, además del riesgo vital del paciente, es necesario velar por la seguridad e integridad de familiares, otros pacientes, personal asistencial y locaciones, por lo que se vuelve primordial la evaluación del riesgo de violencia del paciente. Aun cuando el concepto de *riesgo de violencia*, antes de *peligrosidad*, es de mayor uso en estrados judiciales y ambientes forenses, toma importancia en la valoración inicial del paciente psiquiátrico en urgencias para definir su diagnóstico y tratamiento, y disminuir el impacto social que acarrea la conducta violenta. La tecnología empleada en la valoración del riesgo de violencia tiene una mayor capacidad predictiva del comportamiento violento futuro, que la lograda al evaluar peligrosidad. A continuación se presentan los fundamentos de las técnicas de valoración del riesgo de violencia y los instrumentos adaptados al español para su aplicación en la práctica psiquiátrica diaria y no solo en la de urgencias. Se describen brevemente la escala VRAG, la PCL-R, el HCR-20, el SVR-20, la SARA y el SAVRY, así como sus aplicaciones específicas.

Palabras clave: escalas de evaluación en psiquiatría, evaluación de riesgo, trastorno mental y violencia.

1 Médico residente de Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

2 PhD, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Fundación Sueño Vigilia Colombiana, Bogotá, Colombia.

3 MSc. Departamento de Psicología Aplicada, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México.

Recibido: 08/09/2013

Revisado: 06/03/2014

Aprobado: 21/05/2014

Title: Assessment of Risk of Violence in Psychiatric Emergencies

Abstract

In the emergency room context, the risk assessment prevails, and in the case of psychiatric emergencies, besides the patient's life-threatening risk, it is necessary to ensure the security and integrity of relatives, other patients, careers and locations, becoming primordial the assessment of the patient's risk of violence. Even though the concept of risk of violence, before "dangerousness", is most commonly used in forensic environments and judicial establishments, becomes important in the initial assessment of the psychiatric patient in the emergency room in order to define diagnosis, treatment and to reduce the social impact that brings violent behavior. The technology used in the assessment of risk of violence has greater predictive ability of future violent behavior, which achieved with dangerousness assessment. In this article are introduced the fundamentals in assessment of risk of violence techniques and the instruments adapted to Spanish language for use in the daily psychiatric practice and not only the emergency one. Here are briefly described VRAG, PCL-R, HCR-20, SVR-20, SARA and SAVRY scales and their specific applications.

Key words: Mental disorder, psychiatric status rating scales, risk assessment and violence.

Introducción

El vínculo entre violencia y enfermedad mental ha sido ampliamente debatido. El Epidemiological Catchment Area (ECA) examinó qué tanto prevalece la violencia entre la población general y población con enfermedad mental, y encontró una prevalencia del 8% entre los pacientes con esquizofrenia en comparación con el 2% de la población común [1]. El es-

tudio resaltó el hecho de que la correlación entre violencia y abuso de alcohol o sustancias psicoactivas es significativamente mayor (24% con abuso de alcohol y 34% en dependencia a sustancias psicoactivas [SPA]) [1]. La interpretación del estudio ECA por Walsh y Fahy es que las personas con trastornos psicóticos en ausencia de abuso o dependencia de alcohol o SPA solo tienen un leve aumento en el riesgo de violencia al compararlos con la población general [1].

Visto así, muchos de los casos criminales recientes muestran cómo presidiarios de permiso o excarcelados, maridos, exmaridos o novios sometidos a órdenes de alejamiento de sus parejas, jóvenes con historiales violentos precoces o enfermos mentales dados de alta de hospitales psiquiátricos cometen actos violentos graves, en proporciones similares. Estos sucesos constituyen el núcleo principal del problema de la reincidencia y muestran el riesgo de violencia existente en ciertos individuos [2]. Estamos familiarizados con el uso de la peligrosidad como atributo clave para estimar la probabilidad futura de comportamientos violentos, pero en los últimos quince años se han desarrollado nuevas técnicas para predecir la conducta violenta basadas en tres elementos principales: un mejor conocimiento de la naturaleza y procesos que producen la violencia; la sustitución del término *peligrosidad* por el de *riesgo de violencia*, y el desarrollo de protocolos e instrumentos de uso pro-

fesional para la valoración del riesgo de violencia [3,4].

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se entiende que la violencia es una estrategia para conseguir un beneficio a costa de dañar a otros. La violencia tiene diversas formas de expresión, aunque en general, debido a la importancia de sus efectos, casi siempre se considera la violencia física como su modelo más representativo. No obstante, hay otros tipos de violencia, como la psicológica, la económica, la negligencia, etc., que forman parte de este fenómeno [5]. Se pueden distinguir cinco propiedades que caracterizan la violencia:

Complejidad: como estrategia psicológica, la violencia incluye componentes cognitivos, actitudinales, emocionales y motivacionales que actúan de forma interrelacionada y con una finalidad concreta.

Heterogénea: Hay varios tipos de violencia que se pueden clasificar según distintos criterios: la manera de ejercerla (física, psicológica, sexual o económica) y las características del agresor (jóvenes, adultos, mujeres, etc.) o de la víctima (de violencia de género, de maltrato infantil, de un robo violento, etc.). También se puede clasificar atendiendo al contexto de la relación entre agresor y víctima, y así aparecen la violencia escolar, la laboral, la doméstica o familiar, etc. [5].

Multicausal: para que ocurra un acto violento, especialmente de violencia grave (por ejemplo, un asesinato) tienen que coincidir en el tiempo numerosas variables que, a su vez, no se suelen combinar con demasiada frecuencia. De cierto modo, los actos violentos 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 [6].

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 biológicos (alteraciones neurológicas, trastornos endocrinos o intoxicaciones) [7]; 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). En general, estos factores actúan conjuntamente e influyen diferencialmente, en la toma de decisiones previa a la ejecución de la acción violenta [3].

Infrecuente: a pesar de la creencia 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. 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 predicción [5,8].

Por lo anterior, queda clara la pertinencia de “valorar el riesgo” a “diagnosticar peligrosidad”. La predicción del riesgo está en función de la peligrosidad del agresor y de la vulnerabilidad de las víctimas, ambas en el marco de un contexto situacional específico. Para valorar el riesgo no se necesita averiguar las causas de la violencia, sino los factores de riesgo asociados con ella. El paso siguiente es gestionar el riesgo que refiere a la adopción de medidas de seguridad y de protección a la víctima en función de la valoración del riesgo [9].

Con este panorama, el de la multiplicidad de causas y la infrecuencia de la conducta violenta grave, su predicción se vuelve una tarea difícil pero, aun así, técnicamente factible. La práctica profesional de la predicción de la violencia en Colombia no utiliza habitualmente herramientas de evaluación fiables y válidas como son los protocolos de valoración del riesgo de violencia, principalmente por desconocimiento [10], lo cual toma mayor trascendencia en la práctica mé-

dica, teniendo en cuenta que cuando el médico conozca de lesiones personales, delitos sexuales, violencia intrafamiliar, homicidios accidentales o premeditados, suicidios y todo tipo de delitos que se relacionen con el ejercicio profesional de la medicina o de la psiquiatría, podrá ser llamado a testimoniar en el juicio oral y público, y es deber del profesional estar preparado para prestar sus servicios en pro de la justicia [11-14].

El objetivo de este trabajo es describir algunos instrumentos de predicción del riesgo con adecuada capacidad predictiva y que están disponibles en español y serían de mucha utilidad si se validaran localmente.

Valoración del riesgo de violencia

La valoración del riesgo se basa en conocimientos empíricos y no solo en instituciones clínicas. El punto débil de estas es que, por la variedad y simultaneidad con que se dan los factores de riesgo, son muy inestables y pueden inducir a error al clínico. La recolección de datos para la valoración del riesgo incluye entrevistas personales, evaluación psiquiátrica, revisión de expedientes médicos y judiciales y obtención de información colateral [15].

Esta recolección de información y las subsecuentes predicciones del riesgo se pueden llevar a cabo mediante técnicas clínicas, técnicas actuariales y la com-

binación de las anteriores, teniendo en común la toma de una decisión pronóstica a partir de la información relevante: factores de riesgo y protección de cada comportamiento que se va a predecir: violencia física, sexual, contra la pareja, etc. [16-20].

Valoración clínica no estructurada

En este procedimiento, basado en la historia clínica o en la entrevista y fundamentado más que todo en diagnósticos psiquiátricos, se toma una decisión con base en la información obtenida por el evaluador, siguiendo el procedimiento propio de la clínica. En este procedimiento, no se siguen normas fijas o estables: las decisiones se ponderan a juicio del evaluado, subjetivando el proceso. De hecho, presenta una fiabilidad interevaluadores baja y una fundamentación teórica débil. Presupone que las carreras violentas son estáticas, no modificables, y que las personas violentas están destinadas a comportarse de ese modo. Y, en cualquier caso, con este procedimiento es muy difícil reconstruir el proceso de toma de decisiones, en el caso de que se desee revisarlo [21].

Valoración actuarial

Emplea instrumentos objetivos que permiten cuantificar el riesgo de violencia por medio de un registro detallado de los datos relevantes de la historia personal del sujeto. El evaluador obtiene

la información requerida entrevistando al sujeto o a otras personas relevantes, o buscando en expedientes. Los procedimientos actuariales implican también una ponderación adecuada de la importancia de cada información por medio de reglas matemáticas empíricamente sustentadas, y con ello se obtiene una puntuación de probabilidad determinada que refleja el riesgo de que suceda aquello que se busca predecir. Acá no hay ninguna teoría que explique el porqué de las conductas violentas; lo relevante es la probabilidad estimada de que ocurran en el futuro [21].

Los protocolos actuariales se han diseñado con la finalidad de predecir el riesgo de comportamientos violentos específicos, en un periodo temporal concreto, para una población determinada y en un contexto sociocultural específico. Estos procedimientos aplican las reglas descubiertas en estudios grupales a los individuos. El riesgo de error es tanto mayor cuanto mayor sea la heterogeneidad de los individuos dentro de un grupo, lo que suele ocurrir.

Valoración basada en el juicio clínico estructurado

Procedimiento mixto, clínico-actuarial, del que forman parte aspectos propios de la valoración clínica: evaluación clínica estructurada y toma de decisión final; y de la actuarial: recolección e inclusión de datos predictores empíricamente verifi-

cados. Este tipo de evaluación se realiza con la ayuda de las guías de valoración del riesgo, basadas en la investigación clínica y en los estudios epidemiológicos. El procedimiento es completo, pero requiere protocolizar el proceso de evaluación y adiestrar adecuadamente a los profesionales [21]. Las guías de valoración del riesgo de violencia presentan algunos aspectos comunes: están diseñadas para predecir un resultado concreto; están elaboradas para un intervalo temporal, una población determinada y un contexto sociocultural específico, y están encaminadas a la gestión del riesgo [22].

Instrumentos de valoración del riesgo de violencia

Entre las guías de valoración del riesgo actuales figuran algunas más genéricas, que están orientadas a la violencia física grave en pacientes psiquiátricos y reclusos, como la *Assessing Risk for Violence* (HCR-20) [10], la *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R) [23] o, en un plano estrictamente actuarial, la *Violent Risk Appraisal Guide* (VRAG) [24].

Así mismo, se han formulado otras guías más específicas que permiten individualizar un poco más la predicción y gestión de riesgo: escalas relacionadas con la violencia contra la pareja, como la *Spousal Assault Risk Assessment Guide* (SARA) [25]. También hay otras referidas a la violencia sexual, como la *Guide for Assessment of Sexual Risk Violence*

(SVR-20) [26], o a la violencia juvenil, como la *Structured Assessment of Violence Risk in Youth* (SAVRY) [27].

En la tabla 1 se presentan los principales instrumentos, validados al español, de predicción del riesgo de violencia con sus características más específicas. Es una guía breve para facilitar el acercamiento a estas herramientas y promover su uso en la práctica diaria en nuestro medio.

Violencia interpersonal inespecífica

El HCR-20 [10,28,29] es una guía para predecir el riesgo de violencia física en pacientes mentales y reclusos violentos, validada en España y Argentina. Su principal objetivo es identificar a pacientes con riesgo de violencia y funciona como una guía con la cual se alcanzan juicios probabilísticos sobre el riesgo de ocurrencia de violencia futura. Incluye 20 factores de riesgo, a modo de ítems que el evaluador tiene que calificar, organizados en 3 subescalas que agrupan factores de riesgo pasados, presentes y futuros. Se incluyen factores de riesgo estáticos y dinámicos que permiten hacer evaluaciones repetidas en función de los cambios en las circunstancias personales o contextuales del evaluado. Se pueden establecer tres niveles de riesgo, sin referencia inicial a tablas, baremos o puntos de corte explícitos: bajo, moderado o alto e inminente. Desde su adaptación al español se han realizado numerosas

Tabla 1. Instrumentos de valoración de riesgo de violencia

Instrumento	Objetivo	Contenido	Niveles de respuesta
VRAG	Predecir el comportamiento violento grave en adultos afectados por trastornos mentales graves o con un historial delictivo. Contexto forense, penitenciario o clínico.	12 ítems (factores de riesgo) de naturaleza variada. Escala actuarial con ponderación de los factores de riesgo y escala continua de probabilidad de violencia futura.	Rango: -28 a +33. A partir de una puntuación superior a +6, la probabilidad de reincidencia a los 10 años es, al menos, del 58%.
HCR-20	Valorar el riesgo de conductas violentas en pacientes mentales y delincuentes adultos. Contexto forense, penitenciario o clínico.	20 ítems (factores de riesgo) agrupados en tres categorías: factores históricos (H), clínicos (C) y de riesgo futuro (R). Escala de chequeo de factores de riesgo.	Rango: 0 a 40. No hay puntos de corte formales. Una puntuación superior a 25 anticipa riesgo alto de violencia.
PCL-R	Evaluar la presencia de psicopatía en adultos con un historial violento o delictivo. Contexto forense, penitenciario o clínico.	Listado de 20 ítems tras una entrevista semiestructurada. Versiones adicionales de cribado (PCLSV) y para jóvenes (PCL-YV).	Rango: 0 a 40. Diagnóstico de psicopatía: > 28. Riesgo de violencia: > 20.
SARA	Valorar el riesgo de conductas violentas de naturaleza física o sexual contra la pareja o expareja. Contexto forense, penitenciario o clínico.	20 ítems (factores de riesgo) agrupados en tres categorías: factores históricos (H), clínicos (C) y de riesgo futuro (R). Incluye factores críticos. Escala de chequeo de factores de riesgo.	Rango: 0 a 40. No hay puntos de corte formales. Una puntuación superior a 19 anticipa reincidencia.
SVR-20	Valorar el riesgo de violencia sexual en pacientes mentales y delincuentes adultos acusados de este tipo de delitos. Contexto forense, penitenciario o clínico.	20 ítems (factores de riesgo) agrupados en tres categorías: factores históricos (H), clínicos (C) y de riesgo futuro (R). Incluye valoraciones de cambio en los factores de riesgo. Escala de chequeo de factores de riesgo.	Rango: 0 a 40. No hay puntos de corte formales. Pero una puntuación superior a 11 está asociada con reincidencia.
SAVRY	Valorar el riesgo de violencia física, sexual y de amenazas graves en pacientes mentales y delincuentes juveniles (14-18 años). Contexto forense o judicial.	30 ítems (24 factores de riesgo y 6 de protección) agrupados en cuatro categorías: factores de riesgo históricos, sociales e individuales; y factores de protección variados.	

aplicaciones profesionales y estudios que avalan su capacidad predictiva, que, en poblaciones psiquiátricas, alcanza un área bajo la curva (AUC) de 0,73 [30].

La VRAG evalúa riesgo de recidiva de violencia o criminal en pacientes mentales y en delincuentes en prisión o en cumplimiento de otras medidas penales. Su utilidad está circunscrita mayoritariamente al ámbito penitenciario. Consiste en un listado de 12 ítems: entre los que se incluye la valoración total de la PCL-R relacionados con los aspectos biográficos y clínicos del evaluado. Estos ítems tienen una ponderación propia para cada uno de ellos y la suma total es la variable predictora de reincidencia violenta futura. La puntuación global oscila entre un mínimo de -28 y un máximo de +33 y ofrece resultados en percentiles, siendo su AUC de 0,76. Su utilidad en español ha sido valorada empíricamente [31].

La PCL-R es el instrumento de referencia en el contexto profesional y científico para la valoración de la peligrosidad y del riesgo de violencia en delincuentes, y solo es equiparable en AUC con la HCR-20 [32]. Es una escala específicamente diseñada para poder evaluar la presencia de psicopatía por medio de informaciones procedentes de archivos penitenciarios y clínico-biográficos, de una entrevista semiestructurada y de la aplicación de los 20 ítems de la escala. Los ítems se corresponden en parte con los principales síntomas de este grave

trastorno de personalidad, que tanta relevancia tiene en la estimación de los problemas criminalidad y violencia [33-37]. Se trata de una escala actuarial que incluye ítems relacionados con la vida afectiva, las relaciones interpersonales y los hábitos antisociales, así como con algunos aspectos de la biografía personal y delictiva del evaluado. Su fiabilidad y validez está muy contrastada, así como su capacidad predictiva de la conducta violenta, que se puede establecer en torno a un valor de AUC de 0,80.

La validez de criterio predictiva de la PCL-R se ha evaluado en sujetos judicializados y se ha encontrado que aquellos con puntuaciones más altas reinciden en la criminalidad más rápido al salir de prisión [38]. Además, en centros psiquiátricos penitenciarios se ha observado que las puntuaciones mayores de 25 predicen agresión y violencia futura. Las evaluaciones de validez concurrente han mostrado que las puntuaciones totales de la PCL-R están fuertemente relacionadas con otras medidas clínicas de psicopatía, como los criterios diagnósticos del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, versiones III y III revisada (DSM-III y DSM-III-R), las escalas de psicopatía e hipomanía del *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, la *California Psychological Inventory Socialization Scale* y la *Millon Clinical Multiaxial Inventory II Antisocial Scale* [39]. Es una de las pocas escalas en este campo que

tiene una publicación sobre validación local en Colombia.

Violencia interpersonal específica

Violencia contra la pareja

La SARA [40] tiene como objetivo facilitar a los profesionales un instrumento de valoración de eficacia contrastada (AUC de 0,82) para valorar el riesgo de violencia grave: esencialmente física y sexual contra la pareja o expareja. Esta guía se puede aplicar en diversos contextos: demandas civiles que enfrentan a las parejas o exparejas, litigios por la custodia de los hijos, denuncias penales por malos tratos, valoración del riesgo de reincidencia, estimación del riesgo de violencia física inminente, etc. Consta de 20 ítems, divididos en varias categorías y relacionados con factores de riesgo de criminalidad y específicos de violencia contra la pareja. Así mismo, dispone de un procedimiento especial de valoración cualitativa de riesgo para situaciones especiales y de gran valor pronóstico. Sus juicios de pronóstico final son bajo, moderado o alto, inminente, y añade a la valoración la indicación de si ese riesgo es exclusivamente en relación con su pareja o con otros miembros de la familia.

Violencia sexual

El SVR-20 [41] es un protocolo para la evaluación del riesgo de violencia sexual de delincuentes adultos, con 20 ítems, relativos a factores de riesgo tanto es-

táticos como dinámicos. Estos factores de riesgo se agrupan en tres subescalas: factores históricos, clínicos y de riesgo futuro que se valoran conjuntamente. A diferencia del HCR-20, las valoraciones de los ítems del SVR-20 son cualitativas y hacen referencia a la presencia/ausencia y evolución reciente de los factores de riesgo específicos para la violencia sexual [42-44]. El resumen de la evaluación es una valoración global del riesgo como bajo, moderado o alto que equivale a inminente. La capacidad predictiva en español se ha determinado con estudios en población española y ha obtenido un AUC de 0,88 [45].

Violencia juvenil

El SAVRY [46] es una guía para la valoración del riesgo de violencia en jóvenes. Es una de las pocas guías existentes que valora el riesgo de violencia futura tanto física como sexual en el ámbito juvenil. La violencia juvenil ha aumentado de forma significativa en las últimas décadas; por ejemplo, en Estados Unidos, en 1933, el 75% de los jóvenes entre 15 y 19 años murió por causas naturales; mientras que en 1993 el 80% de la causa de muerte fue homicidio o lesión no intencional [47]. Como victimarios, los jóvenes también representan un número importante. En Estados Unidos, en 1997, se presentaron 4,1 arrestos por cada 1000 jóvenes, debido a actos violentos [48]. Para 1997, los jóvenes menores de 18 años participaron en el 27% de todos

los crímenes violentos; se incluyen en el 14% de los crímenes sexuales, en el 30% de los robos y en el 27% de los asaltos agravados [47]. La situación en Colombia no es muy diferente. Para el mismo año, Bogotá se encontraba dentro de las cinco regiones con mayor número de jóvenes infractores en Colombia [49]. En el 2001 se sindicaron jóvenes entre 14 y 26 años por hurto simple (42,3%), hurto callejero (36%) y lesiones personales (13%) [50].

Este instrumento, el SAVRY, sigue las directrices de las anteriores guías descritas de valoración clínico-profesional, de las cuales es derivada. Se organiza en 30 factores de riesgo agrupados en 4 categorías, entre las cuales destacan los 10 factores protectores, que sirven para modular los pronósticos de los otros 20 factores y, sobre todo, para gestionar el riesgo de violencia futura en jóvenes. Se puede aplicar a partir de los 12-14 años de edad y sirve adecuadamente hasta los 18 años, lo cual es pertinente, pues en Colombia las principales causas de muerte en jóvenes desde los 14 años son la violencia, los accidentes terrestres y el suicidio [51].

Discusión

En el contexto de urgencias, el acercamiento al riesgo de violencia pasa por dos fases básicas: la evaluación general inicial y la valoración de riesgo. La primera es clínica, no estructurada, pues

se realiza en el *triage* de urgencias y se complementa con el primer contacto del especialista en psiquiatría con el paciente. Es una evaluación pobre, dado que el médico o la enfermera encargados del *triage* en Colombia, por lo general, no están entrenados para el abordaje del paciente psiquiátrico, y desconocen la necesidad de valorar la inminencia de violencia en este caso. Desde la realización del *triage* hasta el primer contacto paciente-psiquiatra pasa un tiempo considerable, el cual en un ambiente como el del servicio de urgencias puede generar cambios en los factores externos e internos del paciente, variando el riesgo inicial. Si en la evaluación inicial del especialista en psiquiatría, la cual es meramente clínica, este halla un riesgo alto de violencia, se procede a la valoración de riesgo con juicio clínico estructurado.

Los instrumentos descritos en este trabajo son una ayuda importante para contextualizar al paciente y su riesgo, pero de nada sirven sin la experticia clínica y la pertinencia al emplearlos por parte del especialista clínico. Lo ideal sería examinar el riesgo de violencia en tres fases: una primera fase en el *triage*, donde se haga la valoración actuarial por parte de personal entrenado: enfermería, medicina general, en el uso de los instrumentos, a modo de tamiz; una segunda, en que se da en el primer contacto del paciente con el especialista y que genera una evaluación clínica no estructurada. En este punto, si el clínico lo conside-

ra necesario por las condiciones del paciente, se podría realizar una tercera fase confirmatoria con juicio clínico estructurado.

La problemática de instaurar un protocolo similar al expuesto debe tener en cuenta el sistema de salud en el cual se desarrolla la práctica profesional del médico que en muchas ocasiones se encuentra, llena de privaciones de recursos, desorganización y alta demanda del servicio. Más si se tiene en cuenta que no hay una forma fiable y eficaz de obtener información de antecedentes legales en caso de ser necesario o requerido por el clínico. Este panorama hace hincapié en la necesidad de conocer y emplear herramientas estructuradas como las presentadas en este trabajo, tanto para el ingreso de pacientes en el sistema, como para su egreso. No sobra mencionar la necesidad de emprender proyectos de investigación que culminen con la validación local de los instrumentos mencionados, para usarlos de modo adecuado.

Referencias

- Walsh E, Fahy T. Violence in society. *Br Med J*. 2002;328:507-8.
- Blackburn R. Violence and personality distinguishing among violent offenders. En: Curran D, McCartney W, editors. *Psychological perspectives on serious criminal risk*. Leicester: British Psychological Society; 1999.
- Pueyo A, Redondo S. Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles del Psicólogo*. 2007;28(3):157-73.
- Folino JO, Escobar-Córdoba F. Nuevos aportes a la evaluación del riesgo de violencia. *MedUNAB*. 2004;7:99-105.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB. *World Report on violence and health*. Ginebra: World Health Organization; 2002.
- Monahan J, Steadman HJ. Violent storms and violent people, How meteorology can inform risk communication in mental health law. *Am Psychol*. 1996;51(9):931-8.
- Escobar-Córdoba F. El uso ilegal de sustancias psicoactivas: ¿la criminalización es una política equivocada? [Editorial]. *Rev Fac Med*. 2008;56(4):287-90.
- Quinsey V L, Harris G T et al. *Violent offenders, appraising and managing risk*. Washington: American Psychological Association; 1998.
- Douglas KS, Ogiuffo JR, Hart S. Evaluation of a model of violence risk assessment among forensic psychiatric patients. *Psychiatr Serv*. 2003;54:1372-9.
- Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart S. *HCR-20: Assessing risk for violence (version 2)*. Burnaby, British Columbia: Simon Fraser University; 1997.
- Escobar-Córdoba F. Medical liability of the psychiatrist. *Rev Colomb Anestesiol*. 2012;40(1):17-20.
- Escobar-Córdoba F, Hernández-Yasnó M, Pedreros-Velásquez J. Aislamiento en pacientes psiquiátricos [Seclusion of psychiatric patients.]. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* [internet]. 2009 [citado: 2 ago 2013]. doi: 10.1590/S0101-81082009000400006.
- Jiménez RGM. Casos de responsabilidad profesional en psiquiatría. Grupo corporativo de la Sociedad Colombiana

- de Anestesia y Reanimación (Scare) y Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas (Fepasde), 1999-2006. *Rev Colomb Psiquiatr* [internet]. 2007 [citado 2 ago 2013]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000200004&lng=es.
14. Escobar-Córdoba F. El psiquiatra colombiano ante el nuevo sistema penal acusatorio. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. [citado 2 ago 2013]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000500001&lng=en.
 15. Tejada P, Escobar-Córdoba F. Imputabilidad y riesgo de violencia. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2005;34 (Suppl 1):S104-15.
 16. Escobar-Córdoba F, Suárez-Beltrán MF. Abordaje clínico del paciente violento en atención primaria. *Univ Méd*. 2011;52(4):421-30.
 17. Escobar-Córdoba F. Módulo de atención de emergencias psiquiátricas en cuidado médico primario. Bogotá: Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia; 2003.
 18. Folino JO. El riesgo de violencia en la emergencia médica. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*. 2006;(3):1-8.
 19. Fernández-Gallego V, Murcia-Pérez E, Sinisterra-Aquilino J, Casal-Angulo C, Gómez-Estarlich M. Manejo inicial del paciente agitado. *Emergencias*. 2009;21:121-32.
 20. Hart S. Assessing and managing violence risk. En Douglas KS et al., editors. *HCR-20, violence risk management companion guide*. Vancouver: SFU Editors; 2001. p. 13-26.
 21. Andrés-Pueyo A, Echeburúa E. Valoración del riesgo de violencia: instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. *Psicothema*. 2010;22:403-9.
 22. Monahan J. Actuarial support for the clinical assessment of violence risk. *Int Rev Psychiatry*. 1997;9(2-3):167-70.
 23. Hare RD. *Manual for the hare psychopathy checklist-revised*. Toronto: Multi-Health Systems; 1991.
 24. Kröner C, Stadtland C, Eidt M, Nedopil N. The validity of the Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) in predicting criminal recidivism. *Crim Behav Ment Health*. 2007;17(2):89-100.
 25. Kropp PR, Hart S, Webster CD, Eaves D. *Manual for the spousal assault risk assessment guide*. 2nd ed. Vancouver: British Columbia Institute on Family Violence; 1995.
 26. Boer DP, Hart S, Kropp PR, Webster CD. *The SVR-20. Guide for assessment of sexual risk violence*. Vancouver: Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University; 1997.
 27. Borum R, Bartel P, Forth A. *Structured assessment of violence risk in youth: Professional manual*. Oxford: Pearson; 2003.
 28. Hilterman E, Andrés-Pueyo A. *HCR-20. Guía para la valoración del riesgo de violencia*. Barcelona: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Barcelona; 2005.
 29. Folino JO. *Evaluación del riesgo de violencia o HCR 20. Versión en español, adaptada y comentada*. La Plata: Editorial Interfase Forense. Colección Derecho y Salud Mental; 2003.
 30. Arbach K, Andrés-Pueyo A. *Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20. Papeles del Psicólogo*. 2007;28:174-186.
 31. Ballesteros A, Grana JL, Andreu JM. *Valoración actuarial del riesgo de violencia*

- en centros penitenciarios. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*. 2006;6:103-118.
32. Yang M, Wong S C, Coid J. The efficacy of violence prediction: A meta-analytic comparison of nine risk assessment tools. *Psychol Bull*. 2010;136 (5):740-67.
 33. Cooke D J, Michie C. Refining the construct of psychopathy: Towards a hierarchical model. *Psychol Assess*. 2001;13:171-88.
 34. Cirino PT, Chin CE, Sevcik RA, Wolf M, Lovett M, Morris RD. Measuring socioeconomic status: Reliability and preliminary validity for different approaches. *Assessment*. 2002;9:145-55.
 35. Gendreau P, Little T, Goggin C. A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: what works. *Criminology*. 1996;34:575-607.
 36. Cronbach LJ, Meehl PE. Construct validity in psychological tests. *Psychol Bull*. 1955;52:281-302.
 37. Cooke DJ, Michie C, Hart SD, Clark DA. Reconstructing psychopathy: Clarifying the significance of antisocial and socially deviant behavior in the diagnosis of psychopathic personality disorder. *J Pers Disord*. 2004;18:337-57.
 38. Nicholls T, Ogloff J, Douglas K. Assessing risk for violence among male and female civil psychiatric patients: The HCR-20, PCL-SV, and VSC. *Behav Sci Law*. 2004;22:127-58.
 39. Valencia García J et al. Validación de la Lista de Chequeo de Psicopatía-Revisada (PCL-R) en población carcelaria masculina de Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2008;4:564-79.
 40. Andrés-Pueyo A, López S. Guía para la valoración del riesgo de violencia contra la pareja. Barcelona: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Barcelona; 2005.
 41. Martínez M, Hilterman E, Andrés-Pueyo A. SVR-20: guía para la valoración del riesgo de violencia sexual. Barcelona: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Barcelona; 2005.
 42. Marshall WL, Eccles A. Issues in clinical practice with sex offenders. *J Interpers Violence*. 1991;6(1):68-93.
 43. Milton J, Duggan C, McCarthy L, Costley-White A, Mason L. Characteristics of offenders referred to a medium secure NHS personality disorder service: The first five years. *Crim Behav Ment Health*. 2007;17:57-67.
 44. Stone MH. Prediction of violence recidivism. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;(412):44-6.
 45. Redondo S, Pérez M, Martínez M. El riesgo de reincidencia en agresores sexuales: investigación básica y valoración mediante el SVR-20. *Papeles del Psicólogo*. 2007;28:187-95.
 46. Hilterman E, Vallès D. SAVRY: Guía para la valoración del riesgo de violencia en jóvenes. Barcelona: Ed. Centre d'Estudis Jurídics i de Formació Especialitzada. Generalitat de Catalunya; 2007.
 47. Commission for the Prevention of Youth Violence. Youth and violence: Medicine, nursing and public health: connecting the dots to prevent violence. Chicago (II): American Medical Association; 2000.
 48. Farrington D, Loeber R. Epidemiology of juvenile violence. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*. 2000;9(4):733-48.
 49. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Violencia Juvenil*; Colombia 1997. *Boletín CRNV*. 1998;3(6).

50. Acero-González A, Escobar-Córdoba F, Castellanos-Castañeda G. Factores de riesgo para violencia y homicidio juvenil. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2007;36(1): 78-97.
51. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, República de Colombia. Estadísticas vitales: defunciones por grupos de edad y sexo, según lista de causas agrupadas 6/67 CIE 10, OPS. Total na-

cional año 2003 [internet]. [Citado 5 ago 2013]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co>.

Correspondencia

Franklin Escobar-Córdoba
feescobarc@unal.edu.co
