

Enfermedad mental y exclusión social: valoración del riesgo de violencia tras la excarcelación

Fernández-García-Andrade R^{1,2,3,4,5}, Serván-Rendón-Luna B², Vidal-Martínez V^{6,7}, Medina-Téllez de Meneses E^{1,8}, Reneses-Prieto B^{2,3,4}

¹Equipo de Calle de Salud Mental (ECASAM) del Programa de Atención Psiquiátrica a Enfermos Mentales Sin Hogar. Madrid.

²Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

³Departamento de Medicina Legal y Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

⁴Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC). Madrid.

⁵Centro Penitenciario de Segovia. Segovia.

⁶Centro de Salud Mental Alcorcón. Alcorcón. Madrid.

⁷Centro Penitenciario Madrid VII-Estremera. Madrid.

⁸Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario La Paz. Madrid.

RESUMEN

Objetivos: Examinar la validez predictiva de la guía HCR-20 (*The Historical Clinical Risk Management-20*) para predecir futuros incidentes violentos en una muestra representativa de pacientes con trastorno mental grave y con antecedentes de ingreso previo en prisión, que tras la excarcelación presentan una situación de exclusión social extrema.

Material y método: La muestra del estudio se seleccionó de los 235 pacientes atendidos por el Equipo de Calle de Salud Mental (ECASAM) de Madrid, desde junio de 2014 hasta junio de 2017, incluyendo finalmente a aquellos con antecedentes de un internamiento previo en un establecimiento penitenciario, sobre los que posteriormente se cumplimentó la HCR-20.

Resultados: De los 44 pacientes incluidos, un 29,6% (n=13) terminaron protagonizando un incidente violento tras la excarcelación. El análisis de curvas ROC (*Receiver Operating Characteristic*) indicó que la puntuación total de la HCR-20 (área bajo la curva o AUC: 0,98, p = 0,01) tiene una alta validez predictiva.

Conclusiones: Los cambios sociosanitarios que se van a producir tras la excarcelación de los pacientes con trastorno mental grave justifican la necesidad de reevaluar el riesgo de violencia. En esta evaluación, la aplicación de la guía HCR-20 resulta una útil herramienta para predecir el riesgo de protagonizar futuros incidentes violentos, siendo especialmente relevante la consideración de factores como la exclusión social y sus consecuencias, así como los problemas con el consumo de sustancias.

Palabras clave: salud mental, trastornos mentales, marginación social, violencia, gestión de riesgos.

MENTAL ILLNESS AND SOCIAL EXCLUSION: ASSESSMENT OF THE RISK OF VIOLENCE AFTER RELEASE

ABSTRACT

Objectives: To examine the predictive validity of the HCR-20 (*The Historical Clinical Risk Management-20*) to predict future violent incidents in a representative sample of patients with severe mental disorders and with a history of previous admission to prison, who after release are in a situation of extreme social exclusion.

Material and method: The study sample was selected from the 235 patients treated by the Mental Health Street Team of Madrid (ECASAM) from June 2014 to June 2017, including those with a previous history of a previous internment in a penitentiary (about which, the HCR-20 was completed).

Results: Of the 44 patients included, 29.6% (n=13) ended up participating in a violent incident after the release. The ROC curves (*Receiver Operating Characteristic*) analysis indicated that the total score of HCR-20 (AUC 0.98, p=0.01) has a high predictive validity.

Conclusions: The social and medical changes that take place after the release of patients with severe mental illness justify the need to reassess the risk of violence. In this evaluation, the HCR-20 guide is a useful tool for predicting the risk of involvement in future violent incidents, and the inclusion of factors such as social exclusion and its consequences, as well as problems with substance use is especially important.

Keywords: mental health; mental disorders; social marginalization; violence; risk management.

Texto recibido: 02/01/2019

Texto aceptado: 26/06/2019

INTRODUCCIÓN

La asociación entre enfermedad mental y delincuencia violenta en el entorno penitenciario es un tema de constante actualidad¹. Gran parte del interés por esta cuestión surge de las preocupaciones sobre la seguridad pública², pero el tema también es relevante para la salud de las personas con trastorno mental³. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha advertido que la tasa de enfermedad mental en las personas internadas en prisión es muy superior a la de la población general⁴. Este hecho puede ser debido a múltiples factores, todos ellos en relación directa o indirecta con el fenómeno de la exclusión social, entre los que se pueden destacar: la desinstitutionalización del enfermo mental, el incremento en el consumo de sustancias tóxicas, así como el aumento de las personas sin hogar (sinhogarismo) en las grandes ciudades (población está con elevada prevalencia de trastornos mentales)^{1,4}.

En el ámbito de la sanidad penitenciaria, la Administración Penitenciaria ha dado respuesta a las necesidades de estos enfermos, poniendo en marcha desde el año 2009 un programa de actuación específico, el Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en Prisión (PAIEM)⁵; el cual permite un seguimiento tutorizado del proceso rehabilitador de cada interno que garantice la continuidad asistencial, tanto en el momento del ingreso en prisión como en la excarcelación, facilitando el enlace con los servicios especializados de psiquiatría de la comunidad.

En este contexto, debido al rol que tienen los profesionales en la identificación de la peligrosidad y la relevancia de los problemas de la conducta violenta en las personas con enfermedad mental, es necesario incorporar herramientas fundamentadas empíricamente para la valoración del riesgo de comportamiento violento³. Esta valoración ampliaría las posibilidades de intervención, porque permitiría ajustar los procedimientos de control y minimización del riesgo, con lo que se generarían muchas posibilidades

de intervención adecuadas al pronóstico más probable³, contribuyendo a evitar el fenómeno de la “puerta giratoria”, consistente en que los enfermos mentales son reincidentes en la comisión de actos delictivos, de manera que entran y salen (frecuentemente, sin apenas solución de continuidad) del sistema penal/penitenciario^{1,6}.

En este sentido, la HCR-20⁷ es una guía para la valoración del riesgo de violencia en reclusos violentos con enfermedad mental, cuyo objetivo principal es identificar, con fiabilidad y precisión, a pacientes con bajo, medio o alto riesgo de violencia³. El presente estudio tiene como objetivo principal examinar la validez predictiva de la HCR-20 en una muestra de pacientes con trastorno mental grave (TMG) y con antecedentes de ingreso previo en prisión, que, tras la excarcelación, presentan una situación de exclusión social extrema (sinhogarismo). Específicamente, se evalúa la capacidad de las puntuaciones totales de la HCR-20 para predecir futuros incidentes violentos.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño

Se trata de un estudio observacional retrospectivo, realizado sobre la población de pacientes atendidos por el Equipo de Calle de Salud Mental del Programa de Atención Psiquiátrica a Enfermos Mentales Sin Hogar de Madrid¹. Este presta atención sociosanitaria y asistencia psiquiátrica a todas aquellas personas sin hogar (PSH) ubicadas en dicho municipio, mayores de edad, que padecen un TMG y que, por diversas circunstancias, no realizan un seguimiento en la red normalizada de salud mental.

A efectos del Programa de Atención Psiquiátrica a Enfermos Mentales Sin Hogar, las categorías diagnósticas (de acuerdo con el CIE-10) incluidas en el TMG son: trastornos esquizofrénicos (F20.x), trastornos delirantes persistentes (F22.x), trastornos esquizoafectivos (F25.x), otros trastornos psicóticos no orgáni-

cos (F28 y F29.x), trastorno bipolar (F31.x), episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3.x), trastornos depresivos graves recurrentes (F33.x), trastorno obsesivo compulsivo (F42.x), trastorno esquizotípico de la personalidad (F21.x), trastornos graves de la personalidad. (F60.x), trastorno mental orgánico (F0.x) y trastorno mental por consumo de sustancias psicótropas (F1.x).

En el estudio, se establecieron como criterios de inclusión: 1) realizar el seguimiento por el ECA-SAM; 2) padecimiento de un TMG; 3) antecedentes de ingreso previo en prisión; 4) situación de sinhogarismo; 5) edad comprendida entre los 18 y los 75 años. El criterio para designar a un individuo como TMG fue el establecido por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH)⁸; utilizando los criterios diagnósticos de la CIE-10, mediante la aplicación de la entrevista neuropsiquiátrica internacional⁹.

El criterio utilizado para valorar la existencia de antecedentes de ingreso previo en prisión de un individuo fue la presencia de, al menos, un internamiento previo en un establecimiento penitenciario durante el último año (considerándose el autoinforme del propio paciente, así como como la variable de la presencia de conducta delictiva identificada por la existencia, o no, de antecedentes penales registrados en el protocolo de evaluación basal, que incluye la constancia oficial de que una persona ha sido condenada en firme por la comisión de un delito regulado por el Código Penal Español). El criterio para establecer la situación de sinhogarismo fue el establecido por la Federación Europea de Organizaciones Nacionales que trabajan con Personas Sin Hogar (FEANTSA), basada en la tipología europea de sinhogarismo y exclusión residencial (ETHOS)¹⁰.

Además, se recogieron las variables sociodemográficas y clínicas de los datos presentes en el protocolo de evaluación basal (que se aplica a cada uno de los sujetos en el momento en que son incluidos en el Programa de atención psiquiátrica a enfermos mentales sin hogar), así como de sus historias clínicas. El protocolo de evaluación basal incluye una amplia información de variables sociodemográficas (sexo, fecha de nacimiento, grupo etario, etnia/lugar de origen, lengua materna, máximo nivel educativo alcanzado, máxima profesión alcanzada, situación laboral, ingresos mensuales netos, duración del sinhogarismo, tipo de convivencia previo al sinhogarismo, tipología del sinhogarismo, documentación administrativa en regla, cobertura sanitaria, grado de minusvalía reconocido, antecedentes judiciales penales e ingreso previo en prisión) y variables clínicas (diagnóstico principal

de acuerdo a los criterios CIE-109, contacto previo con los servicios de psiquiatría, ingresos psiquiátricos, tiempo de evolución de la enfermedad, formas de evolución del trastorno, conciencia de enfermedad, gravedad de la enfermedad evaluada mediante las puntuaciones obtenidas con la subescala de gravedad de la escala de impresión clínica global, funcionamiento global del paciente evaluado con la puntuación obtenida con la escala de evaluación funcional general, consumo de tóxicos pasado y actual, antecedentes de enfermedad infectocontagiosa, antecedentes de enfermedad somática crónica).

La información fue recopilada en el cuaderno de recogida de datos (CRD) específico del estudio, el cual está codificado y anonimizado por cada paciente (generando una base de datos disociada), protegiendo su identidad.

Este estudio se llevó a cabo con la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, cumpliendo todos los requisitos de la Declaración de Helsinki y la legislación española en materia de protección de datos.

Selección de la muestra

La muestra del estudio se seleccionó del total de pacientes que habían cumplimentado el protocolo de evaluación basal (que se aplica a cada uno de los sujetos en el momento que son incluidos en el Programa de atención psiquiátrica a enfermos mentales sin hogar), desde junio de 2014 (cuando la herramienta se implementó por primera vez dentro del programa) hasta junio de 2017.

De los 235 pacientes con el protocolo de evaluación basal correctamente cumplimentado, finalmente solo se incluyeron a los 44 pacientes con antecedentes de un internamiento previo en un establecimiento penitenciario (sobre los que posteriormente se cumplimentó la HCR-20).

Instrumento de evaluación

La HCR-20¹¹ funciona como una guía con 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 científica¹². Contiene tres subescalas que reúnen factores de riesgo de tres tipos: pasados, presentes y futuros (Tabla 1). La subescala histórica (H) está conformada por diez ítems de carácter estático que recogen información típicamente

Tabla 1. Ítems evaluados en la HCR-20

Subescala histórica (H)
H1 Violencia previa
H2 Primer incidente violento en la juventud
H3 Relaciones de pareja inestables
H4 Problemas relacionados con el empleo
H5 Problemas relacionados con el consumo de sustancias adictivas
H6 Trastorno mental grave
H7 Psicopatía
H8 Desajuste juvenil
H9 Trastorno de la personalidad
H10 Incumplimientos de supervisión
Subescala clínica (C)
C1 Falta de conciencia de enfermedad
C2 Actitudes negativas
C3 Presencia actual de síntomas de trastorno mental grave
C4 Impulsividad
C5 No responde al tratamiento
Subescala de gestión del riesgo (R)
R1 Ausencia de planes futuros viables
R2 Exposición a factores desestabilizantes
R3 Carencia de apoyo social
R4 Incumplimiento a los tratamientos prescritos
R5 Estrés

Nota. HCR-20: *The Historical Clinical Risk Management-20.*

documentada en los registros oficiales y referentes a la biografía del paciente. La subescala clínica (C) incluye cinco ítems relacionados con el funcionamiento psicológico actual del evaluado. La subescala de riesgo (R) está compuesta de cinco ítems que reflejan factores de riesgo situacionales futuros. Cada uno de los 20 ítems se puntúa en una escala de tres puntos (0, 1, 2): el 0 indica que el ítem está definitivamente ausente; el 1, que el ítem está posiblemente presente (o presente en una forma menos intensa); y una puntuación de 2 indica que el ítem está definitivamente presente (o presente en una forma más intensa). La puntuación total de la HCR-20 oscila entre 0-40.

En España, la HCR-20 ha sido adaptada por el Grupo de Estudios Avanzados en Violencia de la Universitat de Barcelona y publicada en castellano¹³. En los estudios tanto retrospectivos como prospectivos, la HCR-20 ha mostrado tener una buena validez predictiva¹³⁻¹⁷.

Procedimiento

La HCR-20 fue cumplimentada retrospectivamente, basándose en el protocolo de evaluación basal (que se aplica a los sujetos en el momento de inclusión en el programa), por un psiquiatra capacitado en el uso de herramientas de evaluación de riesgos, implicado en la evaluación de dicho protocolo y en el seguimiento de cada uno de los pacientes, así como en la validación por una psiquiatra ajena al programa y sin implicación en el protocolo de evaluación basal ni en el seguimiento de los pacientes (a fin de garantizar una evaluación colegiada).

Se registraron finalmente las puntuaciones (de un total de 44 individuos) en cada ítem de la HCR-20, así como la puntuación total de cada una de las subescalas y la puntuación total. El periodo de seguimiento comenzó el día posterior a la finalización del protocolo de evaluación basal y continuó hasta el momento de la recolección de datos (junio de 2018) o hasta el día en que un individuo fue dado de alta del programa (intervalo de tiempo 1-12 meses).

Los datos (posteriores a la cumplimentación de la HCR-20) sobre los casos de incidentes violentos se obtuvieron de las revisiones de las historias clínicas por parte de los investigadores. Se utilizó la definición de violencia ofrecida por los autores de la guía HCR-20 para identificar los episodios de reincidencia violenta de la historia clínica del paciente, los cuales incluyen cualquier agresión física o verbal, violencia contra la propiedad o comportamiento sexualmente inapropiado.

Análisis estadístico

Las variables cualitativas se expresaron mediante su distribución de frecuencias, y las variables cuantitativas (distribuidas normalmente), por su media \pm desviación estándar (DE).

Para la comparación entre los grupos de estudio de las variables cuantitativas, se utilizó la prueba t de student (o prueba no paramétrica de la U de Mann-Whitney). En el caso de variables cualitativas, la comparación entre grupos se evaluó mediante el test de chi cuadrado o χ^2 (o la prueba exacta de Fisher, en caso de que más del 25% de los valores esperados fueran menos de cinco).

La prueba t de *student* para muestras independientes se usó para examinar si existe alguna diferencia significativa entre los violentos y los no violentos en la puntuación total de HCR-20. La prueba de Mann-Whitney se usó para ver si hay diferencias significativas entre los grupos en las subescalas de la HCR-20. Se usó la prueba de Mann-Whitney porque las subescalas de la HCR-20 son datos ordinales.

La validez predictiva del instrumento de evaluación (HCR-20) se estableció mediante el análisis de curvas ROC, que dan como resultado un gráfico de la tasa positiva real (sensibilidad) frente a la tasa de falsos positivos (1-especificidad) para cada puntuación de corte posible del instrumento. El área bajo la curva se puede interpretar como la probabilidad de que un sujeto que protagoniza un incidente violento seleccionado al azar tenga una puntuación más alta en el instrumento que uno que no presenta ningún incidente violento seleccionado al azar. En general, los valores del área bajo la curva de 0,70 y superiores se consideran moderados, y los superiores a 0,75, buenos.

Para todas estas pruebas, el nivel de significación aceptado fue del 5%. El proceso y análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS v.15.0 para Windows (SPSS, Chicago, IL, Estados Unidos).

RESULTADOS

Estadística descriptiva de la muestra

La muestra consistió en 44 pacientes varones. La edad media de los participantes fue 42,9 (DE=14,0) años. Del total de la muestra, 16 pacientes (36,4%) eran españoles, mientras que ocho (18,2%) eran de

Tabla 2. HCR-20: puntuaciones medias y desviaciones estándar para cada ítem individual, la puntuación de cada subescala y la puntuación total (n=44)

Ítem	Media	DE
Escala histórica		
H1 Violencia previa	1,68	0,73
H2 Primer incidente violento en la juventud	1,40	0,78
H3 Relaciones de pareja inestables	0,93	0,84
H4 Problemas relacionados con el empleo*	2,00	0,00
H5 Problemas relacionados con el consumo de sustancias adictivas	1,79	0,59
H6 Trastorno mental grave*	2,00	0,00
H7 Psicopatía	1,13	0,79
H8 Desajuste juvenil	1,52	0,66
H9 Trastorno de la personalidad	1,36	0,83
H10 Incumplimientos de supervisión	1,45	0,72
Puntuación total escala H (ítems históricos)	15,31	4,04
Escala clínica		
C1 Falta de conciencia de enfermedad	1,56	0,69
C2 Actitudes negativas	0,95	0,88
C3 Presencia actual de síntomas de trastorno mental grave	1,95	0,21
C4 Impulsividad	1,36	0,80
C5 No responde al tratamiento	0,63	0,83
Puntuación total escala C (ítems clínicos)	6,43	2,35
Escala de gestión del riesgo		
R1 Ausencia de planes futuros viables	1,25	0,83
R2 Exposición a factores desestabilizantes*	2,00	0,00
R3 Carencia de apoyo social*	2,00	0,00
R4 Incumplimiento a los tratamientos prescritos	1,20	0,85
R5 Estrés*	2,00	0,00
Puntuación total escala R (ítems de riesgo)	8,45	1,28
Puntuación total HCR-20	30,15	6,39

Nota. DE: desviación estándar; HCR-20: *The Historical Clinical Risk Management-20.*

*Variables con puntuación máxima constante para toda la muestra.

África del Norte, nueve (20,5%) del África Subsahariana, siete (15,9%) de Europa (no españoles), tres (6,8%) de Asia, y uno (2,3%) de América Central. La mayoría de los pacientes tenían como diagnóstico principal un trastorno esquizofrénico (n=29; 65,9%), mientras que tres (6,8%) tenían un diagnóstico de trastorno de ideas delirantes, dos (4,5%) de trastorno bipolar, tres (6,8%) de trastorno de la personalidad, uno (2,3%) de trastorno psicótico orgánico, cuatro (9,1%) de trastorno psicótico por consumo de sustancias y dos (4,5%) de trastorno grave de la personalidad. Además, 26 pacientes (59,1%) presentaban antecedentes de consumo de tóxicos.

Tabla 3. Puntuaciones medias de HCR-20 para no violentos y violentos (n=44)

Ítem	No violentos (n=31)		Violentos (n=13)	
	Media	DE	Media	DE
Escala histórica				
H1 Violencia previa	1,54	0,85	2,00	0,00
H2 Primer incidente violento en la juventud	1,22	0,84	1,84	0,37
H3 Relaciones de pareja inestables	0,77	0,80	1,30	0,85
H4 Problemas relacionados con el empleo	2,00	0,00	2,00	0,00
H5 Problemas con el consumo de sustancias	1,70	0,69	2,00	0,00
H6 Trastorno mental grave	2,00	0,00	2,00	0,00
H7 Psicopatía	0,87	0,76	1,76	0,43
H8 Desajuste juvenil	1,35	0,70	1,92	0,27
H9 Trastorno de la personalidad	1,12	0,88	1,92	0,27
H10 Incumplimientos de supervisión	1,22	0,76	2,00	0,00
Puntuación total escala H (ítems históricos)	13,87	3,91	18,76	1,42
Escala clínica				
C1 Falta de conciencia de enfermedad	1,48	0,76	1,76	0,43
C2 Actitudes negativas	0,58	0,76	1,84	0,37
C3 Presencia actual de síntomas de trastorno mental grave	1,93	0,24	2,00	0,00
C4 Impulsividad	1,12	0,84	1,92	0,27
C5 No responde al tratamiento	0,35	0,70	1,30	0,75
Puntuación total escala C (ítems clínicos)	5,41	1,96	8,84	1,14
Escala de gestión del riesgo				
R1 Ausencia de planes futuros viables	1,06	0,89	1,69	0,48
R2 Exposición a factores desestabilizantes	2,00	0,00	2,00	0,00
R3 Carencia de apoyo social	2,00	0,00	2,00	0,00
R4 Incumplimiento a los tratamientos prescritos	1,00	0,89	1,69	0,48
R5 Estrés	2,00	0,00	2,00	0,00
Puntuación total escala R (ítems de riesgo)	8,06	1,28	9,38	0,65
Puntuación total HCR-20	27,29	5,31	37,00	1,95

Nota. DE: desviación estándar; HCR-20: *The Historical Clinical Risk Management-20*.

Estadística descriptiva de las puntuaciones totales de la HCR-20 en la muestra

La Tabla 2 muestra la media y la desviación estándar de la muestra para cada ítem individual de la HCR-20, la puntuación de cada subescala de la HCR-20 y la puntuación total de la HCR-20.

Características de los grupos violentos y no violentos

De los 44 sujetos incluidos, 13 pacientes se recategorizaron como violentos (por haber protagonizado un incidente con esa calificación), mientras que 31 no

presentaron un incidente violento. Los análisis con prueba χ^2 no encontraron diferencias significativas en términos de edad ($p=0,75$; $\chi^2=1,18$), etnia ($p=0,25$; $\chi^2=7,81$) y diagnóstico ($p=0,61$; $\chi^2=5,38$) entre los violentos y los no violentos.

La Tabla 3 presenta las puntuaciones medias total de la HCR-20, las subescalas y los ítems individuales de la HCR-20 para los no violentos y violentos.

El análisis de la prueba t para muestras independientes indicó que hay una diferencia significativa entre los violentos y los no violentos en la puntuación total de la HCR-20 ($t(44)=8,85$; $p < 0,0001$).

Se realizó el análisis de la prueba Mann-Whitney en las tres subescalas (H, C y R) de la HCR-20, para evaluar las diferencias entre el grupo violento y el grupo no violento. Los tamaños del efecto correlacional se informan a continuación.

Se encontró que los no violentos (rango promedio=17,42) difirieron significativamente ($p < 0,001$; $U=44$) en sus puntuaciones en la subescala histórica (H) en comparación con el grupo violento (rango promedio=34,62). Con respecto a la escala C, los dos grupos difirieron significativamente ($p < 0,001$; $U=30$) en sus puntuaciones en la subescala clínica del HCR-20, resultando que el grupo de violentos tenía un rango promedio más alto (35,69) en comparación con el grupo no violento (16,97). Y también hubo una diferencia significativa ($p=0,001$; $U=70,5$) entre la media de las puntuaciones de la escala de administración de riesgos (R) del grupo violento (rango promedio=32,04) y no violento (rango promedio=18,50).

Validez predictiva de la HCR-20: análisis ROC

Los resultados de los análisis ROC se presentan en la Tabla 4.

La puntuación total de la HCR-20 tiene una buena validez predictiva para futuros incidentes violentos

(AUC 0,98, $p < 0,01$). La subescala H también es un predictor significativo de futuros incidentes violentos (AUC 0,89, $p < 0,01$). La subescala C de la HCR-20 también predijo significativamente futuros incidentes violentos (AUC 0,92, $p < 0,01$). Al igual que sucedió con la subescala R de la HCR-20 (AUC 0,80, $p < 0,01$).

DISCUSIÓN

El principal resultado del presente estudio es que la utilización de la guía HCR-20 se perfila como una útil herramienta para la valoración del riesgo de protagonizar futuros incidentes violentos tras la excarcelación, en el sujeto con trastorno mental grave que se encuentra en situación de exclusión social extrema (sinhogarismo), lo que se demuestra por su potencial validez predictiva para futuros incidentes violentos en los sujetos con antecedentes penitenciarios. Esta investigación es necesaria, ya que todavía se discuten las limitaciones de la guía HCR-20 como un instrumento de evaluación útil para los profesionales de la salud mental¹³⁻¹⁷.

Los análisis estadísticos indicaron que se encontró una diferencia significativa entre los grupos violentos y no violentos en la puntuación total de la HCR-20, así como en las subescalas clínica, histórica y de riesgos, de modo que el grupo violento obtuvo puntuaciones significativamente más altas. El análisis del AUC indicó también que la puntuación total de la HCR-20 tenía una precisión predictiva superior a las subescalas clínica, histórica y de riesgos (por separado) para incidentes violentos en el futuro. No obstante, conviene tener presente que los datos estadísticos podrían estar sesgados (ya que la variable de resultado de contraste tenía al menos un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo).

Tabla 4. Área bajo la curva para las puntuaciones totales y las subescalas de la HCR-20

Instrumentos de evaluación	AUC	Error típ.	Significación asintótica (p)*	Intervalo de confianza asintótico al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
HCR-20 Total†	0,98	0,01	0,000	0,95	1,011
Escala H (histórico)†	0,89	0,04	0,000	0,79	0,985
Escala C (clínico)†	0,92	0,03	0,000	0,84	1,002
Escala R (riesgo)†	0,80	0,06	0,001	0,67	0,936

Nota. AUC: área bajo la curva; HCR-20: *The Historical Clinical Risk Management-20*.

*Bajo el supuesto no paramétrico.

†La variable de resultado de contraste tiene al menos un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo. Los datos estadísticos pueden estar sesgados.

En definitiva, los resultados del presente estudio muestran que una puntuación elevada, utilizando esta herramienta de valoración del riesgo (la HCR-20), predice la ocurrencia de violencia a lo largo de un año tras la excarcelación; si bien, tal y como se ha demostrado en otro estudio previo realizado por Arbach y Pueyo, se iría perdiendo precisión a medida que transcurre el tiempo tras la puesta en libertad¹⁸. De manera que el momento óptimo para la realización de esta evaluación sería aquel que tiene lugar de manera previa a la excarcelación.

Por otra parte, de un total de 235 de pacientes atendidos por el ECASAM entre los años 2014 y 2018 (esto es, con trastorno mental grave y en situación de exclusión social extrema), solamente un 18% había ingresado previamente en prisión. Pero de aquellos con antecedentes penitenciarios, hasta casi una tercera parte (el 29,6%) terminaron protagonizando un incidente violento tras la excarcelación. Este hallazgo justifica la idea de que la conducta violenta se concentra en un pequeño, aunque crítico subgrupo, de personas^{18,19}. Es decir que, por un lado, dado que la evidencia actual no ha demostrado que la enfermedad mental grave puede predecir de forma independiente el comportamiento violento, se requieren esfuerzos públicos para hacer frente a la actitud discriminatoria hacia los pacientes que padecen enfermedades mentales como posibles delincuentes violentos¹⁹. Pero por otra parte, es posible (y sería conveniente) adelantar medidas preventivas para disminuir el riesgo de que sucedan conductas violentas futuras.

Otro hallazgo indirecto de este estudio, pero relevante, es la aparente evidencia de que el paciente con trastorno mental grave y con antecedentes penitenciarios, que se encuentra en una situación de exclusión social extrema tras la excarcelación, presenta de forma basal una mayor vulnerabilidad que aumenta el riesgo potencial de violencia en el futuro. Esto se objetiva en el estudio, resultando que todos los sujetos de la muestra presentaban de forma constante varios de los ítems que aumentan el riesgo de violencia, como son: la presencia de un trastorno mental y los problemas relacionados con el empleo (en la escala histórica), y la exposición a factores desestabilizantes, la carencia de apoyo social y el estrés (en la escala de riesgo).

De manera que, aunque en las publicaciones científicas sobre el tema se ha determinado que, entre los factores de riesgo de violencia futura, el más relevante es la violencia en el pasado^{18,20,21}; recientes estudios han confirmado que la enfermedad mental y la violencia se relacionan principalmente mediante la acumulación de factores de riesgo de diversos tipos, por ejemplo, históricos (detención juvenil, abuso físico),

clínicos (abuso de sustancias, vivencias de perjuicio), disposicional (edad, sexo, etc.) y contextual (desempleo y victimización) entre los enfermos mentales¹⁹. En esta línea, los estudios más recientes destacan especialmente las dificultades en la reinserción laboral de las personas excarceladas, así como los mecanismos de autoexclusión que sufren²². Y a la luz de los resultados del presente estudio, la exclusión social y sus consecuencias deberían tenerse especialmente en cuenta.

También debe ser destacado otro resultado indirecto del presente estudio, y es que todos los sujetos de la muestra que fueron recategorizados como violentos (es decir, que terminaron protagonizando un incidente violento tras la excarcelación), presentaban problemas con el consumo de sustancias. En este sentido, se ha demostrado ampliamente que la enfermedad mental concurrente con el abuso de sustancias predice la violencia en las muestras de la comunidad²³. Los estudios más recientes determinan que el uso de sustancias se ha convertido en el principal factor asociado en esta población para la comisión de delitos graves como el homicidio²⁴.

En cualquier caso, que el riesgo de la enfermedad mental para la ocurrencia de violencia sea bajo o moderado no significa que no exista^{1,25} o que no se pueda actuar sobre el mismo^{2,3,18,26}. Por ello, los profesionales de los servicios de salud mental en las instituciones penitenciarias deben interesarse en los temas de violencia ejercida por sus pacientes, no porque sea muy frecuente, sino porque hace referencia a la eficacia de la actividad terapéutica y, sobre todo, porque se puede llegar a prevenir^{3,18,27}, evitando así el fenómeno de puerta giratoria¹. Además, de este modo, se podría reducir el doble estigma asociado a esta condición, favoreciendo los esfuerzos de integración social de este colectivo y, en definitiva, mejorar su calidad de vida^{3,18}.

CONCLUSIONES

Los cambios sociosanitarios que se van a producir tras la excarcelación de los pacientes con trastorno mental grave justifican la necesidad de reevaluar el riesgo de violencia. En esta evaluación, la aplicación de la guía HCR-20 resulta una útil herramienta para predecir el riesgo de protagonizar futuros incidentes violentos, siendo especialmente relevante la consideración de factores como la exclusión social y sus consecuencias (el sinhogarismo, los problemas relacionados con el empleo, el estrés y la exposición a factores desestabilizantes), así como los problemas con el consumo de sustancias.

LIMITACIONES

Las limitaciones del presente estudio deben ser tenidas en cuenta, y la interpretación de estos resultados ha de ser realizada con enorme cautela, ya que el tamaño de la muestra es pequeño, existe la posibilidad de sesgo retrospectivo y sesgo observacional que afecte a los resultados; y la HCR-20 se recomienda que sea utilizada en conjunto con otras herramientas, para permitir una mayor precisión a través de múltiples métodos. Además, también debe tenerse en cuenta otro sesgo, como la ausencia de mujeres en la muestra final (lo que se explica por el pequeño tamaño de la muestra y por la menor criminalidad de la mujer). De manera que es necesario realizar más investigaciones con muestras más grandes y diseños prospectivos.

FINANCIACIÓN

Este estudio se ha hecho con los medios propios y no ha tenido financiación externa.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran la ausencia de conflicto de intereses.

CORRESPONDENCIA

Rafael Fernández García-Andrade
E-mail: rfgarciaandrade@salud.madrid.org /
primerosepisodios@hotmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández García-Andrade R, Serván B, Medina E, Vidal V, Bravo MF, Reneses B. Conducta delictiva en las personas sin hogar con trastorno mental grave. *Rev Esp Med Legal.* 2018;44:55-63.
2. Fernández García-Andrade R, Serván B, Reneses B, Vidal V, Medina E, Fernández E. Forensic-psychiatric assessment of the risk of terrorist radicalisation in the mentally ill patient. *Rev Esp Med Legal.* 2019;45:59-66.
3. Andrés-Pueyo A, Redondo-Illescas S. Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Pap Psicol.* 2007;28:157-73.
4. Sanz J, Gómez-Pintado P, Ruiz A, Pozuelo F, Arroyo JM. Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en las prisiones españolas (PAIEM): valoración tras cuatro años de funcionamiento. *Rev Esp Sanid Penit.* 2014;16:91-102.
5. Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM). [Internet]. Madrid: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias; 2009. [fecha de acceso 28 Dic 2018]. Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/descargas/Protocolo_PAIEM.pdf
6. Fernández García-Andrade R, Serván Rendón-Luna B, Manuela Tenorio M, Vidal Martínez V, Sevilla Llewellyn Jones J, Medina Téllez de Meneses E, et al. Multiple Drug Use Disorder in Homeless People with Severe Mental Illness. *Open Access J Addict & Psychol.* 2019;2(3). OAJAP.MS.ID.000536. DOI: 10.33552/OAJAP.2019.02.000536.
7. Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. Assessing risk of violence to others. En: Webster CD y Jackson MA, eds. *Impulsivity, theory, assessment and treatment.* New York: Guilford Press; 1997. p. 251-77.
8. Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Br J Psychiatry.* 2000;177:149-55.
9. Ferrando L, Bobes J, Gibert M, Soto M, Soto O. MINI. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0. DSM-IV. Madrid: Instituto IAP; 1998.
10. Federation of National Organisations Working with the Homeless . On the way home? FEANTSA monitoring report on homelessness and homeless policies in Europe. Bruselas: FEANTSA; 2012.
11. Douglas KS, Shaffer C, Blanchard AJE, Guy LS, Reeves K, Weir J. HCR-20 violence risk assessment scheme: Overview and annotated bibliography. HCR-20 Violence Risk Assessment White Paper Series, #1. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute. Simon Fraser University; 2014.
12. Douglas KS, Yeomans M, Boer D. Comparative validity analysis of multiple measures of violence risk in a sample of criminal offenders. *Crim Justice Behav.* 2005;32:479-510.
13. Hilterman E, Andrés Pueyo A. HCR-20. Guía para la valoración de comportamientos violentos. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2005.
14. Ivgi D, Bauer A, Khawaled R, Rosca P, Weiss JM, Ponizovsky AM. Validation of the HCR-20 Scale for Assessing Risk of Violent Behavior in Israeli

- Psychiatric Inpatients. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2015;52:121-7.
15. Jewell A, Dean K, Fahy T, Cullen AE. Predictors of Mental Health Review Tribunal (MHRT) outcome in a forensic inpatient population: a prospective cohort study. *BMC Psychiatry.* 2017;17:25.
 16. Meyer LF, Telles LEB, Mecler K, Soares ALAG, Alves RS, Valença AM. Schizophrenia and violence: study in a general psychiatric hospital with HCR-20 and MOAS. *Trends Psychiatry Psychother.* 2018;40:310-7.
 17. San Segundo MS, Ferrer-Cascales R, Bellido JH, Bravo MP, Oltra-Cucarella J, Kennedy HG. Prediction of Violence, Suicide Behaviors and Suicide Ideation in a Sample of Institutionalized Offenders With Schizophrenia and Other Psychosis. *Front Psychol.* 2018;9:1385.
 18. Arbach K, Andrés-Pueyo A. Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20. *Pap Psicol.* 2007;28:174-86.
 19. Varshney M, Mahapatra A, Krishnan V, Gupta R, Deb KS. Violence and mental illness: what is the true story? *J Epidemiol Community Health.* 2016;70:223-5.
 20. Waldheter EJ, Jones NT, Johnson ER, Penn DL. Utility of social cognition and insight in the prediction of inpatient violence among individuals with severe mental illness. *J Nerv Ment Dis.* 2005;193:609-18.
 21. Amore M, Menchetti M, Tonti C, Scarlatti F, Lundgren E, Esposito W, et al. Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: clinical study. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2008;62:247-55.
 22. Kurtovic E, Rovira M. Contrast between Spain and the Netherlands in the hidden obstacles to re-entry into the labour market due to a criminal record. *Eur J Criminol.* 2017;14:505-21.
 23. Sirotich F. Correlates of crime and violence among persons with mental disorder: an evidence-based review. *Brief Treat Crisis Interv.* 2008;8:171-94.
 24. Penney SR, Prosser A, Grimbois T, Darby P, Simpson AIF. Time Trends in Homicide and Mental Illness in Ontario from 1987 to 2012: Examining the Effects of Mental Health Service Provision. *Can J Psychiatry.* 2018;63:387-94.
 25. Maden A. *Treating violence: a guide to risk management in mental health.* Oxford: Oxford University Press; 2007.
 26. Taylor PJ. Advancing community safety through forensic mental health research. *Rev Esp Med Legal.* 2019;45:45-7.
 27. Kane E, Evans E, Shokraneh F. Effectiveness of current policing-related mental health interventions: A systematic review. *Crim Behav Ment Health.* 2018;28:108-19.