

## LA PREDICCIÓN ES EL PRIMER PASO EN LA PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA VIOLENTA

### ENTREVISTA A ANTONIO ANDRÉS PUEYO

#### REDACCIÓN DE INFOCOP

Con la finalidad de realizar una aproximación al tema de la predicción del comportamiento violento, que constituye una de las principales preocupaciones y exigencias del trabajo de la mayor parte de los profesionales pertenecientes al ámbito clínico y forense, *Infocop* ha entrevistado a **Antonio Andrés Pueyo**, uno de los máximos exponentes en este campo en nuestro país.

Antonio Andrés Pueyo es catedrático de Psicología y profesor de Psicología de la Violencia en la Facultad de Psicología y la Facultad de Derecho (Criminología) de la Universidad de Barcelona, así como investigador Principal del GEAV (Grupo de Estudios Avanzados en Violencia) y director del Máster de Psicología Forense y Criminal de dicha Universidad. En su calidad de experto en este campo, ha sido invitado al III Congreso Nacional de Psicología organizado por el Consejo General de la Psicología de España (COP), que se celebrará próximamente en Oviedo los días 3 y 7 de julio de 2017, para impartir la conferencia que lleva por título “*Predicción del comportamiento violento: ¿intuición clínica o algoritmos matemáticos?*”.

#### ENTREVISTA

**Infocop:** *La predicción del comportamiento violento, constituye un aspecto determinante en el trabajo profesional en el ámbito clínico, penitenciario y forense. ¿Cuál es el estado de la cuestión? ¿Qué estrategias utilizan*



Antonio Andrés Pueyo

*habitualmente los profesionales en este campo para determinar la predicción de la reincidencia violenta?*

**Antonio Andrés Pueyo:** Tradicionalmente el problema de la gestión de la violencia había sido casi exclusivo de los profesionales de la justicia y la seguridad y, por tanto, un problema genuino para juristas, forenses y técnicos penitenciarios. La violencia en la práctica clínica era un problema secundario – excepto en el caso del suicidio y las autolesiones– y, en cierto modo, menor. Pero esto ha cambiado mucho en los últimos años y la problemática generada por la violencia ya compete a muchos y diversos profesionales. Es fácil comprender lo que quiero decir si pensamos el lugar que hoy ocupan la violencia doméstica y de pareja, la violencia terrorista, las agresiones sexuales, el mobbing, el bullying, etc. La violencia se ha convertido en un problema social

de primer orden y para su prevención, gestión e intervención (tanto con víctimas como con agresores) se dedican enormes esfuerzos de los que no se libra prácticamente ningún profesional de los servicios que el Estado presta a la población (sanidad, justicia, seguridad, educación, servicios sociales...).

Todos los profesionales y, en mi opinión, la sociedad en general han llegado al convencimiento profundo de que la única forma de combatir la violencia, en todas sus formas, es la prevención y para ello las claves que dan la Epidemiología y la Salud Pública son de gran utilidad. Evitar la violencia implica conseguir que los agresores no utilicen esa conducta y estrategia tan dañina por medio de distintos recursos preventivos. En cualquier ámbito profesional la prevención siempre implica dos actuaciones secuenciadas: primero, la predicción y, después, la intervención ajustada a la gravedad del pronóstico. Y tanto en una como en otra los psicólogos, forenses, criminólogos, etc., han de actuar con la máxima eficacia para evitar las consecuencias de la violencia.

La predicción es el primer paso de la prevención y consiste en estimar el riesgo de que suceda en el futuro un acto violento, un nuevo delito, un atentado, etc., y siempre ha sido una preocupación para los profesionales que trabajan en prisiones o en contextos de salud mental. Hasta hace unos 25 años esta predicción se basaba en “diagnosticar” la peligrosidad de un delincuente o de un enfermo mental fundamentada en el



conocimiento de la biografía, la patología mental y el estado que tenía el paciente o interno penitenciario sobre el que los profesionales pronosticaban el riesgo futuro de nuevos hechos violentos. Pero las cosas han cambiado en estos los últimos 25 años y se ha producido una mejora sustantiva de los procedimientos de predicción de la violencia y la reincidencia. Este cambio ha sido de naturaleza técnica, se ha construido una nueva tecnología de predicción que ha abandonado parcialmente el “diagnóstico clínico” de la peligrosidad y lo ha sustituido por la estimación probabilística del riesgo de nuevos hechos violentos y delictivos.

Técnicamente el procedimiento tradicional de “diagnosticar” la peligrosidad se basaba en el juicio clínico que ahora se suele denominar “juicio clínico no-estructurado”. Esta técnica –por otra parte, muy habitual entre profesionales clínicos, forenses y penitenciarios de nuestro entorno– es demasiado imprecisa, intuitiva, subjetiva y con una capacidad predictiva muy limitada, apenas superior a la que podría hacer un lego en estas tareas. En este ámbito se ha producido un cambio y una mejora importante.

Hoy se está complementando la práctica del juicio clínico no estructurado (que habitualmente llamamos “intuición clínica”, “experiencia clínica” y, también “ojo clínico”) con la incorporación de nuevas técnicas predictivas, como las “actuariales” o las basadas en el “juicio clínico estructurado”. Estas nuevas técnicas han mejorado la precisión predictiva, la objetividad y la transparencia de las decisiones sobre el riesgo futuro de violencia de pacientes e internos penitenciarios. Este cambio está llegando a casi todos los sectores profesionales aunque, como es natural, es un proceso lento. Donde más ha impactado este cambio en

España, y en la mayoría de países occidentales, es en el campo forense y policial y también, pero en menor medida, en los servicios clínico-sanitarios y los servicios sociales. Pero esta transformación es rápida y se está generalizando con una relativa urgencia por la propia presión de la demanda social de actuar eficazmente contra cualquier tipo de violencia. En este proceso de renovación tecnológica cuenta mucho la voluntad decidida de los profesionales de mejorar su actuación que, en el caso de la violencia, es muy trascendente.

***I.: Como ha señalado, en muchas ocasiones los profesionales se dejan llevar por su “ojo clínico” a la hora de establecer la probabilidad de reincidencia de un determinado preso o paciente. ¿Cuál es su opinión al respecto? ¿Cuál es la evidencia científica disponible acerca de la eficacia de la intuición clínica en estas predicciones?***

**A.A.P.:** Los profesionales se caracterizan por ser técnicos que toman decisiones expertas en las que se sustentan las intervenciones. Las decisiones que toman se basan en aplicar sus competencias sobre un conjunto complejo de informaciones casi siempre incompletas y difíciles de obtener. Entre estas informaciones destacan las derivadas de la demanda, del paciente o interno, del tipo de violencia a pronosticar, etc. Las decisiones pronósticas se apoyan en el conocimiento y recursos técnicos disponibles y de la realidad individual del caso. En general, los profesionales clínicos y forenses utilizan casi siempre el “ojo clínico” en detrimento de otras estrategias, como las actuariales o de juicio clínico estructurado y que son mucho más rigurosas, objetivas y precisas, alegando casi siempre la idiosincrasia de cada caso. Esta realidad es la

cristalización del viejo dilema entre lo nomotético y lo idiográfico.

De nuestro conocimiento de la práctica profesional con la predicción de la reincidencia y la violencia en España (y en muchos otros países) podemos concluir que la intuición o juicio clínico no-estructurado es el más frecuente, aunque este no esté reñido con el uso de técnicas más precisas (como los tests, las entrevistas semi-estructuradas, etc.). Las decisiones basadas en el “ojo clínico” se sustentan en procesos que ocurren exclusivamente en la “mente del clínico o del experto” y ahí radica una de sus debilidades.

Gradualmente se van incorporando técnicas más específicas que mejoran los pronósticos reduciendo y sustituyendo el uso del “ojo clínico” por otras tecnologías más precisas, de mayor validez y fiabilidad y con un nivel de potencia predictiva más elevado. El GEAV, nuestro grupo de investigación tiene como uno de sus objetivos la generalización de técnicas predictivas, basadas en técnicas actuariales o de juicio clínico estructurado al mundo profesional. Numerosos estudios, algunos de ellos ya “clásicos”, han demostrado la clara superioridad de las técnicas actuariales o de juicio clínico estructurado sobre aquellas fundamentadas en el “ojo clínico” y la intuición del experto.

La evidencia científica de que las técnicas actuariales y las de juicio clínico estructurado superan en capacidad predictiva a las de juicio clínico no-estructurado se ha reiterado desde 1954 en que Paul E. Meehl (1920-2003) (destacado psicólogo de la Universidad de Minnesota) analizó empíricamente la capacidad predictiva del juicio clínico tradicional (basado en la experiencia del evaluador) y de las técnicas actuariales (llamadas “estadísticas” en aquel mo-

mento). Entonces ya se observó que las técnicas actuariales superan a las de juicio clínico, por lo menos, en un 10-15% de incremento de la validez predictiva. Estos resultados se han repetido y replicado en varios estudios durante estos últimos 50 años y ya forman parte de una evidencia aceptada por la comunidad científica.

**I:** *En los últimos años se ha observado un cambio de paradigma en la predicción de la conducta violenta. Las propuestas más recientes ponen el acento en la fundamentación actuarial frente a la evaluación simple de la peligrosidad. ¿Podría explicarnos este punto de vista?*

**A.A.P.:** La base de la predicción de la violencia futura, hasta hace unos pocos años, era la creencia de que existe de una disposición genérica a la violencia y su reiteración en el tiempo que se conoce, desde C. Lombroso, como peligrosidad. Esta peligrosidad en el campo penal se etiqueta como “criminal” al hacer referencia al hecho de que un delincuente puede volver a cometer otro delito en el futuro. Esta idea de peligrosidad, desgraciadamente, se asocia todavía al enfermo mental siendo una de las causas de la estigmatización negativa de este colectivo.

La peligrosidad tiene una naturaleza compleja proveniente de una combinación de elementos psicopatológicos, biográficos y sociales. Sin embargo, la peligrosidad es, en cierto modo, una reificación de la maldad y no tiene realmente una gran capacidad predictiva y menos de aplicación general. Conforme se ha ido avanzando en el estudio de las causas de la violencia se ha cambiado de paradigma ya que, en muchos casos donde no existe una peligrosidad identificable clínicamente o biográficamente, en

cambio sí existe un riesgo de violencia notable y específico. El mejor ejemplo es la violencia contra la pareja en la que un agresor puede ser un individuo “socialmente adaptado”, sin “historial criminal o delictivo” ni “patologías mentales más o menos graves” y ser un “peligroso maltratador exclusivamente de su pareja o expareja”. Lo mismo podemos decir de los abusadores sexuales de menores que, cuando son identificados no encajan en la idea de “peligrosos criminales” por su, muchas veces, alto grado de adaptación y reconocimiento social, pero sin embargo tienen mucho riesgo de reiterar actos violentos de naturaleza sexual con menores a lo largo de toda su vida.

La concepción actual, basada en la evidencia de la investigación criminológica, psicológica y otras análogas, del porqué se reitera la violencia es más probabilística que causal y se basa en los estudios de los factores de riesgo y protección de la violencia. Se trata de conocer qué combinación de riesgos existen en un momento dado para pronosticar qué puede pasar en un futuro inmediato. Los anclajes empíricos para la predicción son tres: identificar qué queremos predecir, qué factores de riesgo están presentes (y seguirán influyendo) en el momento de la valoración y qué escenarios futuros son los que rodearán al sujeto con más probabilidad. De esta combinación de elementos –y por medio de herramientas estadísticas formales– surge la información básica acerca del riesgo futuro de violencia que facilita al profesional la tarea pronóstica y preventiva.

**I:** *De acuerdo con la evidencia científica, ¿qué avances se han producido en la identificación de factores de riesgo y protección asociados a los diferentes tipos de violencia?*

**A.A.P.:** El interés por resolver los retos urgentes que plantea la prevención de la violencia se ha ido extendiendo desde las disciplinas jurídicas y sociales, de corte más racional, hacía las más criminológicas y sanitarias, en las que la aproximación empírica es predominante. En los últimos 30 años ha habido una explosión de estudios epidemiológicos, biológicos, criminológicos, psiquiátricos, psicológicos, sociológicos e incluso económicos sobre las causas y las consecuencias de la violencia. Todos estos estudios, que siguen las metodologías empíricas, han cambiado definitivamente las bases de la prevención y la comprensión de la violencia. Como consecuencia, se han apartado en gran medida las prácticas basadas en las distintas teorías explicativas de la violencia (por su escasa utilidad) y se han sustituido por nuevos procedimientos basados en la nueva corriente denominada “práctica basada en la evidencia” puesto que la investigación ha facilitado un conocimiento empírico de gran aplicabilidad.

Los estudios empíricos han puesto su énfasis en la descripción rigurosa de las relaciones de covariación entre los factores antecedentes (de riesgo o protectores) y los consecuentes (los tipos de comportamientos violentos) a prevenir. Estos estudios han extremado su capacidad de análisis para encontrar, por medio de técnicas como los estudios de caso-control, longitudinales, cuasi-experimentales, etc., qué factores de riesgo/protección están relacionados con los distintos tipos de violencia. Hoy disponemos de un gran conocimiento, extenso y sólido, de los factores de riesgo y protección propios de cada tipo de violencia (sexual, contra la pareja, psicológica, filio-parental...) e, incluso, para tipos de poblaciones (hombres, jóvenes, mujeres, minorías, etc...). Este conocimiento no se



limita a reconocer qué factores de riesgo/protección son importantes para cada tipo de violencia, sino que disponemos de estimación de su tamaño de efecto, lo que permite priorizar en las intervenciones aquellos factores más importantes en detrimento de los menos relevantes.

**I.: Como experto en el ámbito, ¿qué herramientas o guías disponemos actualmente en España para poder establecer mediante criterios objetivos una adecuada predicción del comportamiento violento?**

**A.A.P.:** Desde hace unos años el proceso de construcción, adaptación y distribución de herramientas y guías de valoración de riesgo de violencia es, a nivel internacional, muy intenso. Sin hacer una lección de historia hemos de situar el momento inicial de este proceso en el trabajo de Robert Hare y la construcción de la PCL (Lista de Chequeo de la Psicopatía), en la década de los años 90 del siglo pasado y en el contexto penitenciario. Este instrumento reúne los elementos básicos de la valoración del riesgo actuarial de la violencia que, después, han perfeccionado otros muchos.

Más o menos en ese mismo periodo, pero en el ámbito psiquiátrico, se diseñaron también las primeras herramientas actuariales para prevenir la violencia ejercida por enfermos mentales y, entre ellas, destacó el VRAG. Muy pronto se derivaron nuevas herramientas solamente útiles para predecir el riesgo de violencia sexual (Static-99, SVRAG...) y, también por esas fechas, se empezaron a desarrollar, por analogía, instrumentos de valoración de riesgo de violencia doméstica y de violencia contra la pareja como el SARA.

Desde ese inicio en la década de los años 90 hasta hoy se han desarrollado

muchísimos protocolos, guías, etc., de valoración de riesgo de violencia que se han difundido por todo el mundo. Hoy existen más de 400 herramientas nuevas o adaptaciones de estas con numerosas utilidades. Quizás donde más se ha avanzado en estos desarrollos sea en el campo penitenciario y penal, donde ya se utilizan masivamente, entre ellas, destacan la LSI-R, el OaSys, el COM-PASS, etc.

Si bien la PCL, y su versión actual: la PCL-R, se diseñaron originalmente para el ámbito penitenciario, su generalización al campo clínico, forense y criminológico no ha parado de crecer. Esta explosión de nuevas herramientas las ha convertido en muy específicas. Así, existen para predecir la violencia en personas afectadas por enfermedad mental (HCR-20 V3, CoVR...), para jóvenes (SAVRY, LSI-J...), para agresores sexuales (ERASOR SVR-20, RSVP...), instrumentos para valorar solamente factores de protección (SAPROF), para evaluar riesgos de violencia contra las mujeres (SARA, DVRAG, SAM...), etc.

En España no estamos muy alejados del resto de países occidentales que disponen de estas herramientas (Canadá, Reino Unido, EE.UU., Australia, Holanda, Alemania, etc.) y prácticamente tenemos, al menos una o dos de cada tipo y que son adaptaciones de calidad de las herramientas más importantes. Disponemos de adaptaciones de la PCL-R, del HCR-20 V3, del SVR-20, del RSVP, de la SARA, del SAVRY, del LSI... entre muchas otras. Y además, se han construido herramientas propias –y con una buena calidad contrastada– entre las que destacan unas para predecir violencia de género y de pareja, como son el protocolo VIOGEN, el EPV-R y el RVD-BCN, para violencia ejecutada

por jóvenes, el VRAI y también se ha desarrollado una de carácter más complejo para el sistema penitenciario y que se denomina RisCanvi y es de uso cotidiano en las prisiones de Cataluña. Llevaría mucho espacio presentar estas herramientas y, por eso, quien esté interesado le recomiendo que acceda a la página web de nuestro grupo, el GEAV ([www.ub.edu/geav](http://www.ub.edu/geav)) para ver los detalles de las mismas.

**I.: Para finalizar, ¿desea añadir algún otro comentario al tema que nos ocupa?**

**A.A.P.:** Complementando la anterior respuesta solamente indicar que disponer de estas herramientas permite, a los profesionales que las utilicen (psicólogos, policías, criminólogos, etc.), una mejora sustancial de su tarea predictiva y, por tanto preventiva que, como hemos dicho anteriormente, es la primera exigencia que tienen como profesionales. Pero, además, y esto es aún más importante, el uso adecuado de estas herramientas permite a los profesionales hacer más transparentes y contrastables sus decisiones a los ojos de cualquier observador o analista externo de esas decisiones. Nadie, tampoco los profesionales y expertos, tiene una “bola de cristal” para adivinar el futuro, la predicción de la violencia no consiste en adivinar lo que va a hacer una persona en el futuro. Los técnicos solo pueden estimar el riesgo de lo que puede pasar pero, para ello, deben utilizar todos los recursos mentales (propios), informacionales y técnicos que hoy el desarrollo científico pone en sus manos y, así, estas herramientas se han vuelto imprescindibles. El avance en esta faceta de la actividad profesional es innegable y debe continuar produciéndose e incorporarse a la actividad profesional de todos aquellos que se enfrentan a la prevención de la violencia.