

INIMPUTABILIDAD Y RIESGO DE VIOLENCIA

Paola Andrea Tejada¹
Franklin Escobar-Córdoba²

Resumen

En este artículo se presenta un reporte de caso de inimputabilidad en relación con el delito de lesiones personales. El paciente se encuentra interno bajo medida de seguridad en una clínica privada. En este caso, la estimación del riesgo de violencia ha permitido que el individuo se integre progresivamente al medio social. A partir del caso, se analiza cuán difícil es evaluar el riesgo de violencia, sobre todo cuando dicha acción, en algunos casos, no sólo está en manos de los psiquiatras forenses, sino en los psiquiatras generales. La bibliografía existente, en su mayoría, procede del ámbito legal, donde aplica a pacientes que han cometido un delito; de ahí la necesidad de definir el riesgo de que el evento violento se vuelva a presentar.

Palabras clave: defensa por insania, factores de riesgo, informes de casos, violencia.

Title: Insanity and the Risk of Violence.

Abstract

This paper presents a case report of insanity defense in relation to the crime of personal injuries. The patient is interned under safety measures in a private clinic. Estimation of the risk of violence in this case, has allowed the individual to integrate progressively with the social milieu. The evaluation of the risk of violence is a difficult task that is not exclusive of forensic psychiatrists, since on occasions it must also be done by general psychiatrists. The majority of the existing literature comes from the legal arena, where it applies to patients who have previously committed a crime and is necessary to define the risk of the violent event presenting again.

Key words: Insanity defense, case report, risk factors, violence.

¹ Médica cirujana; residente de tercer año de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

² Profesor asociado de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia; magíster en Psiquiatría Forense; Ph. D. (candidato) Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

Paciente declarado inimputable por el delito de lesiones personales; se encuentra bajo medida de seguridad en institución psiquiátrica. La estimación del riesgo de nuevos episodios de violencia, en este caso, ha permitido que el individuo retome de manera paulatina el contacto con su medio en un ambiente ambulatorio. La evaluación del riesgo de violencia es una habilidad que no es exclusiva de los psiquiatras forenses, ya que en ocasiones debe ser hecha por psiquiatras generales, aunque la mayoría de la literatura existente procede del ámbito legal, donde aplica a pacientes que han cometido previamente un delito; por ello es necesario definir el riesgo de que el evento violento se vuelva a presentar.

Presentación del caso

Paciente de 34 años de edad, natural de Los Cedros (Boyacá), soltero, escolaridad segundo de primaria, agricultor, religión católica. Actualmente se encuentra interno en la Clínica de Nuestra Señora de La Paz, entidad privada, adonde fue remitido por el Ministerio de la Protección Social, al programa de rehabilitación, como inimputable por el delito de lesiones personales.

El paciente presenta primer episodio de enfermedad mental a los 19 años de edad, aproximadamente. Este episodio se caracteriza por

hiperbulia, inquietud motora, agresividad, irritabilidad, insomnio global, ideas delirantes de tipo persecutorio y alucinaciones auditivas. Por este episodio es hospitalizado en la unidad de salud mental de un hospital público donde, refiere el paciente, se hace diagnóstico de trastorno afectivo bipolar (TAB). Desde entonces, el paciente ha requerido cuatro hospitalizaciones más, todas en la misma institución. Describe que las crisis presentadas son de características similares y desencadenadas por el consumo de alcohol etílico.

Hace un año aproximadamente, dice el sujeto, que había suspendido por un mes la medicación formulada para ese entonces, haloperidol decanoato y otras que no recuerda, ya que su familia no disponía de dinero para suministrárselas. Comenta que una semana antes de los hechos por los que se le condenó como inimputable, presenta una reactivación sintomática. Para ese entonces, vivía en Neiva, con su hermano. Éste, al ver el inicio de los síntomas, le entrega dinero y lo envía a la terminal de transporte para que tome un bus a Bogotá y sea valorado nuevamente por psiquiatría. Respecto a los hechos imputados, el paciente refiere:

Estaba muy asustado, sentía que la gente me miraba y me quería hacer algo, miraba pasar a los gamines y me daba miedo, había una señora

vendiendo tamales y yo me robé uno de los cuchillos y lo guardé para defenderme. Cuando llegué al terminal el señor con el cual me había enviado mi hermano para que me cuidara, me dejó ahí, yo vi a la gente y sentía que me iban a robar, entonces saqué el cuchillo y chucé a nueve personas.

Todas las víctimas eran desconocidas. Posterior a esto, varias personas que se encontraban en el lugar tratan de atacarlo, hasta que interviene la Policía. Es llevado inicialmente a los calabozos de la Policía Judicial (SIJIN) por tres días, luego es internado en el Hospital Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva (Huila) durante un mes. De allí es trasladado a la clínica psiquiátrica de carácter privado, donde se encuentra interno actualmente.

A su ingreso, en abril de 2004, es un paciente colaborador, está alerta, es hiperproséxico, tiene memoria de fijación y evocación parcialmente conservada, está orientado, no presenta alteraciones sensoriales o ideas delirantes, su lenguaje es coherente. Por otra parte, tiene afecto poco resonante, conducta motora inhibida y temblor fino en manos. Su inteligencia, juicio y raciocinio no están comprometidos.

En su historia personal se destaca baja escolaridad, repitió primero de primaria una vez, refiere haber dejado de estudiar porque “no le gus-

taba”. Sabe leer, escribir, sumar y restar. Siendo él todavía pequeño, su familia se muda al Guaviare, y es allí donde el paciente realiza sus estudios. Al hacerse mayor trabaja en cultivos de coca, hasta presentar por primera vez un episodio de enfermedad mental, momento en el cual se traslada a Bogotá. Ha trabajado ocasionalmente en construcción. Es soltero, pero ha tenido relaciones afectivas previas, la última hace un año.

En su historia familiar informa que es el octavo de una familia de once hermanos, cuatro hombres y siete mujeres; el paciente es el menor de los hombres. Su madre tiene 65 años y se dedica al hogar. Su padre murió hace ocho años en un accidente de tránsito. Refiere buenas relaciones con sus padres y describe un ambiente de crianza armónico y de apoyo. Actualmente, su red de soporte está compuesta por su familia en Bogotá, conformada por su madre, dos hermanos, un sobrino y un hermano mayor que vive en Neiva.

Especifica antecedentes patológicos positivos para paludismo y parotiditis. Es fumador de cigarrillo ocasional. Hasta hace diez años, era bebedor frecuente de guarapo y cerveza. En su familia, el padre y los hermanos son bebedores excesivos de alcohol etílico. Una prima segunda paterna presenta un TAB y otra tía paterna enfermedad mental no es-

pecificada. El resto de antecedentes son negativos, incluso los judiciales.

En marzo de 2005 es valorado por psiquiatría forense en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), donde el perito determina que el examinado no tenía un plan previo para la realización del acto, ni tampoco las personas que hirió tenían algún tipo de relación con el examinado, y, además, que las personas agredidas tampoco tenían relación entre sí.

Dictamina que el sindicado, momentos antes de los hechos que se le imputan, presentaba sintomatología psicótica aguda consistente en ideación delirante persecutoria y alucinaciones auditivas. En el examen mental de esa fecha no se encuentran síntomas psicóticos agudos. Se concluyó que el examinado presentó, para el momento de los hechos, síntomas psicóticos que comprometieron su capacidad de comprensión y autodeterminación; debido a un *trastorno mental permanente*, en términos psiquiátricos forenses, que le impidió comprender su actuar ilícito y autodeterminarse según esa comprensión.

La evolución del paciente ha sido buena; en el último año ha recibido tratamiento con moduladores del estado de ánimo, benzodiacepinas y antipsicóticos. Actualmente, está en tratamiento con carbonato de

litio (900 mg diarios), clonacepam (1,5 mg diarios) y clozapina (100 mg diarios). Es un paciente con tendencia al aislamiento pero con buenas relaciones con sus compañeros, acepta límites y se relaciona adecuadamente con su entorno. Durante su internamiento de catorce meses no ha presentado episodios de violencia. El equipo de salud mental tratante es enfático al describir el compromiso permanente de su familia.

En enero de 2005, se solicita autorización al juzgado de ejecución de penas correspondiente, para que el paciente pueda acceder a salidas parciales vigiladas, las cuales son aprobadas y llevadas a cabo hasta la actualidad, sin que sean reportados episodios de agresividad o violencia.

Revisión del tema

Si bien la gran mayoría de las personas con enfermedad mental o retardo psicomotor no presentan por esta razón un peligro para los demás, hay situaciones donde se hace preciso determinar el riesgo de que estas personas puedan cometer un acto violento. El riesgo se define como la probabilidad de que una persona pueda cometer un acto violento contra otro en el futuro bajo ciertas circunstancias. Esta definición, a su vez, tiene tres componentes (1):

1. El riesgo sólo se puede determinar cuando no hay certeza de que una u otra probabilidad puede ocurrir. Es decir, si hubiera una certeza absoluta sobre la ocurrencia de un resultado determinado, no existiría el riesgo.
2. Se deben sopesar los posibles resultados en caso de que un posible acto ocurra o no ocurra.
3. Se deben considerar los posibles beneficios o consecuencias negativas que se deriven del riesgo definido.

De igual forma, la ocurrencia de cualquier evento adverso, incluido el riesgo de violencia, requiere la presencia de tres factores: un perpetrador, una víctima potencial y un ambiente u oportunidad para que el evento ocurra. La importancia de esto radica en que, a la hora de un plan de intervención, cualquier intento para manejar el riesgo se debe hacer interviniendo uno o más de estos tres factores (1).

Factores de riesgo

Se han descrito varias condiciones que ponen en riesgo de actos de violencia a los pacientes psiquiátricos. En general, los mejores *predictores* de futuros crímenes en personas con trastornos mentales son similares a las del resto de población, por ejemplo: crímenes previos, antecedentes judiciales en la familia, red social pobre, etc. (2). Las personas

con enfermedad mental severa, como esquizofrenia o TAB, presentan un riesgo aumentado cuando tienen síntomas activos. A su vez, si estos pacientes usan sustancias psicoactivas (SPA) o alcohol étílico, el riesgo es mayor. Las personas con psicopatía también tienen mayor riesgo de ser peligrosos para los demás. Estos riesgos son acumulativos, es decir, una persona con una enfermedad activa, que utilice SPA o alcohol étílico y que tenga rasgos psicopáticos, presentará el mayor grado de riesgo (2).

Algunos estudios han sugerido que dentro de los pacientes psicóticos, aquellos que presentan ideas delirantes de control o persecutorias tienen un riesgo mayor de desarrollar eventos violentos, pero, de igual forma, hay estudios donde esta relación no es tan clara (3).

Otros factores de riesgo descritos incluyen haber sido arrestado antes de los 16 años, haber estado en instituciones penales juveniles, no haber cumplido con periodos de prueba o libertad condicional, así como tener problemas de empleo antes del encarcelamiento, trastornos de conducta y tendencia a la impulsividad (4),(5).

En un estudio realizado exclusivamente en mujeres, se encontró que cuando éstas son violentas, la posibilidad de recidiva es similar a la encontrada en hombres, por lo cual

se señalan factores de riesgo similares, como son la comorbilidad con SPA, los trastornos de personalidad y el inicio de episodios violentos a temprana edad (6).

En pacientes con algún tipo de discapacidad mental se han descrito otros factores asociados a mayor riesgo de violencia, como afecto inapropiado, comportamiento sexual inadecuado, amenazas, autoagresión, pensamientos recurrentes de contenido violento o sexual, síntomas psicóticos, impulsividad, pobre alianza terapéutica, abuso de SPA y oportunidad de acceder a la víctima (7).

Aproximaciones

Se han descrito dos tipos de acercamientos para la valoración del riesgo: la actuarial, basada en unos factores de riesgo definidos, y la clínica, la cual trata de definir los factores de riesgo específicos para cada persona (1),(8).

Aproximación actuarial

Las variables descritas como actuariales no necesitan un entrenamiento especial para ser medidas. Los métodos actuariales permiten tomar decisiones basadas en datos que pueden ser codificados. Las decisiones son sistemáticas y se enfocan en un número relativamente peque-

ño de factores de riesgo conocidos (9). En su mayoría, se consideran estáticas porque se refieren a variables demográficas como edad, género, antecedentes judiciales previos o edad del primer delito, y cambian poco o nada en el tiempo o como respuesta a una intervención (1).

El riesgo estático incluye sólo factores históricos como problemas de comportamiento en la infancia, patrones de crianza, diagnósticos psiquiátricos previos, si se han cometido delitos anteriormente y la naturaleza de estos delitos, historia de abuso de alcohol u otras SPA y diagnósticos de trastornos de personalidad.

Varios instrumentos se han creado basados en éstas y otras variables. La *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG) (10), la *MacArthur Guided Decision Making Scale* (11) y la *Psychopathy Checklist Revised* (PCL-R) (12) son algunos ejemplos de escalas que miden factores de riesgo (1),(13). Una de las críticas que se han hecho es que este tipo de escalas han sido utilizadas poco en individuos con algún tipo de discapacidad mental (7). También se ha criticado que algunas de ellas son de difícil aplicación y requieren bastante tiempo; además, se ha señalado que son escalas usadas, principalmente, en ámbitos forenses pero poco prácticas en escenarios clínicos (9).

Aproximación clínica

Las variables clínicas se definen como factores dinámicos que pueden cambiar, requieren el uso de un juicio clínico entrenado y la realización de un examen mental. Este proceso se basa en los datos consignados en la historia clínica y demanda que los psiquiatras realicen una evaluación subjetiva basándose en su experiencia clínica. En este caso, la valoración del riesgo va a depender de la habilidad individual del psiquiatra (1). Estos factores están más inmediatamente relacionados con el último incidente agresivo, tienen menos influencias históricas y más influencias inmediatas (7).

El abordaje clínico generalmente es valorado desde una perspectiva de equipo y genera una hipótesis causal del riesgo en un individuo en particular (1). Desde este punto de vista, se enfatiza que, para pacientes que han sido violentos, es importante hacerles preguntas acerca del riesgo de ser violentos nuevamente o sobre disparadores. A la hora de evaluar el riesgo siempre se debe tener en cuenta su opinión. También se recomienda hacer preguntas directas sobre planes estructurados, familiaridad y acceso a armas, manejo de situaciones estresantes y empatía hacia los otros, especialmente hacia víctimas potenciales (1).

La aproximación clínica ha sido criticada por su baja validez y su falla para especificar cómo se llevo a cabo el proceso de toma de decisiones, y por tener un valor de predicción inferior al que se logra con las escalas actuariales. Otros consideran que tiene ventajas como la flexibilidad y se enfocan en los mecanismos a través de los cuales la violencia se produce, lo cual puede contribuir a la prevención (13).

La HCR-20: un modelo de evaluación actual (14),(15)

La HCR-20 es una herramienta que se ha desarrollado desde hace pocos años y trata de recoger información actuarial que la combina con datos clínicos y situacionales. La escala HCR-20 (*Violence Risk Assessment Scheme*) utiliza factores de riesgo derivados de estudios de violencia y enfermedad mental. Su ventaja es que puede ser usada en poblaciones generales o forenses. La HCR-20 se vale de factores respaldados empíricamente, pertenecientes a las tres dimensiones temporales: pasado (históricos), presente (clínicos) y futuro (medioambientales). Con ellos se puede obtener un puntaje global o destacar los aspectos parciales que orientan hacia la estimación del riesgo de violencia del sujeto.

Las siglas del título provienen de la denominación que en el original en

inglés se le dio a los tres tipos de factores: *historical*, *clinical*, *risk management*; el número 20 se refiere a la cantidad de ítems que constituyen el instrumento. Mientras los factores históricos son los más estáticos, los factores clínicos y medioambientales son los más dinámicos.

En síntesis, la HCR-20 proporciona una guía estructurada que los profesionales pueden usar a la hora de

tomar decisiones acerca de los planes de liberación anticipada, de alta y de supervisión extrahospitalaria (en la comunidad) con base en un listado explícito de factores de riesgo, seleccionados en función de investigaciones previas y del consenso entre expertos. La HCR-20 no se diseñó simplemente como una herramienta de investigación de la predicción de la violencia, sino para ser usada, también, en el control del riesgo de violencia (1),(8) (véase Tabla 1).

Tabla 1. Los ítems de la HCR-20 (8)

Histórico pasado	Clínicos (presente)	Factores de riesgo medioambientales (futuro)
H1 Violencia previa.	D1 Deficiencias en el juicio.	R1 Deficiencia del plan de reinserción social.
H2 Edad temprana en el momento de la primera conducta violenta.	D2 Actitudes negativas.	R2 Exposición a factores desestabilizadores.
H3 Inestabilidad en las relaciones de pareja.	D3 Síntomas activos de trastorno mental mayor.	R3 Falta de apoyo personal.
H4 Problemas laborales.	D4 Impulsividad.	R4 Incumplimiento del plan terapéutico.
H5 Problemas relacionados con el uso de sustancias.	D5 Respuesta desfavorable al tratamiento.	R5 Estrés.
H6 Trastorno mental mayor.	...	...
H7 Psicopatía.	...	...
H8 Inadaptación temprana.	...	...
H9 Trastorno de personalidad.	...	...
H10 Fracaso en previa alta o liberación.	...	...

La HCR-20 posee ventajas invaluable entre las que se destaca que sus resultados no dependen de conceptos subjetivos, ni de las habilidades individuales del entrevistador, que bien puede o no ser versado en el tema, puesto que la escala incluye factores medibles que confluyen en la problemática y, por lo tanto, predicen con mayor certeza la presentación o no de una conducta.

Esto es importante en el caso de los inimputables, cuando se trata de predecir el resurgimiento de conductas violentas, dado que si se determina el cambio de medida de seguridad por libertad vigilada y reincide en la conducta violenta y agresiva, ésta puede ser de consecuencias catastróficas a escala social o individual o ambas; por lo tanto, sin lugar a dudas, los esfuerzos que se realicen para que el personal de salud, en cabeza del psiquiatra clínico o forense, tome una determinación basada en elementos objetivos, medibles, cuantificables son bien realizados.

Tratamiento

La valoración del riesgo puede ser usada con múltiples propósitos, como son definir intervenciones o tratamientos, programas de tratamiento, o tomar decisiones acerca de la ubicación de un paciente o del tipo de personal encargado de su tratamiento (7).

Ningún paciente inimputable debe egresar de un hospital hasta que se decida que éste puede vivir de forma segura en comunidad y que va a tener a su disposición el tratamiento, la supervisión y el soporte necesarios (2). La probabilidad de que el riesgo aumente con la exposición a factores estresantes o socioeconómicos difíciles y con la falta de redes de apoyo hace que éstos sean agentes que deben ser intervenidos en la medida de lo posible (4).

En el caso de los inimputables que permanecen intramuros, previo al egreso para su reintegro a la sociedad, deben tener un concepto del equipo de salud mental tratante, basado en elementos objetivos medibles y predecibles; una peritación psiquiátrica, como lo ordena el Código de Procedimiento Penal (16), y la opinión del defensor del pueblo encargado de vigilar el bienestar de los enfermos mentales y del juez de ejecución de penas, quienes considerarán los informes de cada uno de los profesionales involucrados para emitir su providencia al respecto.

El proceso que se debe seguir para tomar esta decisión debe cumplir con los siguientes pasos (2),(17):

1. Asegurar que la información relevante pasada y presente esté disponible, incluyendo historia clínica, información de terceros, autorreporte del paciente, examen del estado mental y resulta-

dos de pruebas practicadas. La información acerca del comportamiento previo es muy importante ya que el mejor *predictor* de violencia en el futuro es la violencia en el pasado. Se deben incluir datos demográficos, de personalidad, cognitivos, históricos y contextuales.

2. Definir circunstancias futuras que puedan aumentar el riesgo en ese individuo en particular. En algunas ocasiones, es posible identificarlas y se pueden proponer medidas para la intervención o modificación de éstas.
3. Buscar ayuda de otras instituciones, grupos, personas o instancias cuando sea necesario.
4. Dejar constancia en la historia clínica sobre el tratamiento del riesgo encontrado y cuándo será evaluado nuevamente.

Algunos autores dicen que el resultado de la evaluación no necesita dar una medida o porcentaje exacto, sino que es más útil una discriminación sencilla: bajo riesgo de violencia, medio o alto riesgo (7). Así, lo que se puede cuantificar para predecir con la mayor certeza el porcentaje en bajo, medio o alto riesgo de la aparición o no de la conducta es, sin lugar a dudas, el camino que se va a escoger.

El tratamiento del riesgo no es efectivo o completo si no es comunicado de una forma amplia y efectiva a los demás. Aquí se incluye al paciente,

su familia y las instituciones que tengan que ver con su cuidado. Cuando se comunica el riesgo, el lenguaje debe ser claro, debe evitar términos técnicos y debe reflejar los elementos tenidos en cuenta a la hora de tomar una decisión (1).

Compartir la información cuando un paciente ha sido violento es sumamente importante. Siempre deben ser registrados e informados estos incidentes. En dichos individuos, la información que puede ser de mayor ayuda es aquella que especifica las circunstancias en las cuales ocurrió el hecho, cómo fue tratado y cómo estas situaciones pueden ser evitadas (2).

Una vez que se ha identificado el riesgo de un comportamiento potencialmente peligroso, se tiene la responsabilidad de tomar alguna acción al respecto. Esto incluye proponer un plan terapéutico. Este plan de tratamiento debe ser flexible, ya que el riesgo varía en el tiempo, y esto hace necesario que las medidas tomadas deban ser revisadas periódicamente.

Conclusiones

La responsabilidad de evaluar el riesgo de recidiva de episodios violentos en pacientes psiquiátricos no siempre está a cargo de especialistas forenses; muchas veces son los psiquiatras generales los encarga-

dos de esta evaluación. Si bien en la práctica clínica se cuenta con experiencia a la hora de evaluar otros riesgos, como el riesgo suicida, la evaluación del riesgo de heteroagresividad es poco conocida y en nuestro medio no existe un consenso sobre cómo se debe hacer.

Realizar este tipo de evaluaciones siempre se presenta como una disyuntiva de radical importancia; por un lado, se debe proteger al paciente y evitar etiquetarlo; por otro, se debe tener en cuenta la responsabilidad social que implica prevenir a los demás de ser víctimas de las acciones de un individuo.

En general, se puede concluir que a la hora de definir el riesgo de violencia debe tenerse en cuenta no sólo una evaluación transversal del paciente, sino todos los factores de riesgo. Asimismo se deben valorar las intenciones violentas, las acciones de heteroagresión previas, detectarse trastornos psiquiátricos y evaluar otros factores asociados con un mayor riesgo de violencia. Esta evaluación tiene que ser interdisciplinaria y valerse de todas las herramientas que se consideren necesarias.

Cualquier estudio que se realice para definir factores de riesgo de comportamientos violentos en nuestra población contribuirá notoriamente a mejorar el acercamiento de evaluación y tratamiento de este

tipo de pacientes. De igual forma, se sugiere la validación para nuestro medio de algunas de las escalas utilizadas con éxito en otros países.

Bibliografía

1. Kumar S, Simpson A. Application of risk assessment for violence methods to general adult psychiatry: a selective literature review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005;39:328-35.
2. Reed J. Risk assessment and clinical risk management: the lessons from recent inquiries. *Br J Psychiatry*. 1997;170(32):4-7.
3. Appelbaum P, Clark P, Monahan J. Violence and delusions: data from the macarthur violence risk assessment study. *Am J Psychiatry*. 2000;157:566-72.
4. Folino J, Marengo C, Marchiano S, Ascázibar M. The risk assessment program and the court of penal execution in the Province of Buenos Aires, Argentina. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2004;48(1):49-58.
5. Langstrom N, Grann M. Psychopathy and violent recidivism among young criminal offenders. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2002;(412):86-92.
6. Putkonen H, Komulainen E, Virkkunen M, Eronen M, Lönnqvist J. Risk of repeat offending among violent female offenders with psychotic and personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2003;160:947-51.
7. Lindsay W, Murphy L, Smith G, Murphy D, Edwards Z, Chittock C, et al. The dynamic risk assessment and management system: an assessment of immediate risk of violence for individuals with offending and challenging behaviour. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2004;17:267-74.
8. Folino JO, Escobar-Córdoba F. Nuevos aportes a la evaluación del riesgo de violencia. *Med UNAB* 2004;7(20):99-105.
9. Monahan J, Steadman H, Appelbaum P, Robbins P, Mulvey E, Silver E, et al. Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *Br J Psychiatry*. 2000;176:312-19.

10. Harris GT, Rice ME, Quinsey VL. Violent recidivism of mentally disordered offenders: the development of a statistical prediction instrument. *Crim Justice Behav.* 1993;20:315-35.
11. Grisso T, Appelbaum PS. The MacArthur treatment competence study, III: abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments. *Law Hum Behav.* 1995;19:149-74.
12. Hare RD. The hare psychopathy checklist: revised. Toronto: Multi-Health Systems Inc; 1990.
13. Dolan M, Doyle M. Violence risk prediction: clinical and actuarial measures and the role of the psychopathy checklist. *Br J Psychiatry.* 2000;177:303-11.
14. Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. Predicting violence in mentally and personality disordered individuals. In: Webster CD, Jackson MA, editors. *Impulsivity: theory, assessment and treatment.* New York: Guilford; 1997.
15. Webster CD, Eaves D, Douglas KS, Wintrup A. The HCR-20 scheme: the assessment of dangerousness and risk. Burnaby (British Columbia): Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission; 1995.
16. Código Penal y de Procedimiento Penal (leyes 599 y 600 de 2000). Compilado, concordado y anotado por Mario Arboleada Vallejo. 6th ed. Bogotá: Leyer; 2001.
17. Stone M. Prediction of violent recidivism *Acta Psychiatr Scand.* 2002;106(412):44-6.

Recibido para publicación: 21 de mayo de 2005

Aceptado para publicación: 21 de julio de 2005

Correspondencia
Franklin Escobar-Córdoba
Departamento de Psiquiatría, oficina 202
Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia
Campus Universitario
feescobar@unal.edu.co