

Riesgo más allá de los muros: ¿un caso de sentimientos o de datos estructurados?

ED HILTERMAN¹

Investigador y jefe del Departamento de Investigación y Diagnóstico Psicológico del Instituto de Psiquiatría Forense de Rooyse Wissel, en Venray (Holanda)

127

1. INTRODUCCIÓN

Terbeschikkingstelling (TBS) es el término que se utiliza en holandés para *medida de seguridad*. Se trata de una medida de internamiento hospitalario en la cual se ofrece un tratamiento de refuerzo y que se puede imponer a personas que:

- hayan cometido un delito grave,
- no sean consideradas responsables o, al menos, no totalmente responsables del delito que han cometido, y
- se crea que hay posibilidades de que cometan otros delitos graves.

La medida de TBS puede ser de duración indeterminada: inicialmente se impone por un período de dos años y el juez puede alargarla por uno o dos años más si persiste el riesgo de reincidencia en delitos graves.

Durante la fase de internamiento de esta medida, el paciente es destinado a un hospital psiquiátrico forense. A pesar de que el paciente ingresa al hospital psiquiátrico forense por una orden judicial en cumplimiento de una condena, el tratamiento psicológico es voluntario. Durante ese tratamiento debe existir colaboración mutua: el paciente y los terapeutas acuerdan diferentes asuntos.

Uno de los objetivos de la política de permisos del TBS es posibilitar que los pacientes puedan integrarse de nuevo en la sociedad de forma gradual. Este retorno progresivo a la sociedad garantizando la libertad de movimiento de los pacientes fuera de la institución constituye un elemento esencial del tratamiento. Sin embargo existen ciertos riesgos, hasta cierto punto inevitables, como consecuencia justamente de esta libertad de movimiento fuera del hospital.

1. El autor agradece a la señora Lola Vallés Port la traducción del artículo al castellano.

En el invierno de 2002 la Sección de Sociología de la Universidad de Nimega llevó a cabo una investigación con quinientos habitantes de esta ciudad holandesa. Se les preguntó acerca de su sensación de seguridad y también sobre su opinión respecto a la efectividad de la psiquiatría forense. Nos parece interesante destacar que el 76% de las personas entrevistadas se mostraron a favor del tratamiento de los delincuentes con problemas de salud mental. Cuando se les preguntó si estos delincuentes deberían tener la oportunidad de reintegrarse en la sociedad, un 49% de los encuestados se mostraron a favor de la resocialización de este tipo de delincuentes que sufren una enfermedad psiquiátrica. También al pedirles su opinión sobre la utilidad del tratamiento la respuesta fue mayoritariamente a favor del tratamiento. Sin embargo, cuando se les preguntó sobre una cuestión que implicaba mayor riesgo, es decir, si este tipo de delincuentes deberían regresar a la sociedad, la respuesta se inclinó a una posición más conservadora: «mejor dejar a estos tipos donde están». De la misma manera no sorprende que aquellas personas encuestadas que demostraron sentirse más inseguras y con un comportamiento más orientado a evitar situaciones de riesgo, fueron los mismos que se opusieron más claramente al retorno de este tipo de delincuentes a la sociedad una vez terminado su tratamiento.

El hecho de que los encuestados mostraran una actitud más crítica hacia la utilidad del tratamiento, podría interpretarse como un signo de desconfianza hacia la fiabilidad de las técnicas que se usan para asesorar sobre el nivel de riesgo de reincidencia.

En este artículo voy a tratar la valoración del riesgo de reincidencia dentro de la psiquiatría forense, así como del papel que los distintos tipos de expertos juegan en él. Voy a intentar relacionar las principales perspectivas teóricas sobre el riesgo y el debate sobre el «riesgo» que existe actualmente en la psiquiatría forense.

Por ello voy a empezar con un breve repaso al concepto de riesgo que utilizan las distintas perspectivas teóricas sobre el riesgo en las ciencias sociales. Asimismo voy a relacionar el papel del experto en valoración del riesgo dentro de las distintas perspectivas, entendiendo por experto aquella persona que tiene un extenso conocimiento o habilidad en una área determinada.

Las perspectivas teóricas sobre el riesgo que voy a tratar son cuatro:

- a) El enfoque realista, de orientación positivista, que se basa sobretodo en la investigación cuantitativa (también conocido como objetivismo científico-natural o racionalismo técnico-científico).
- b) La perspectiva de la sociedad del riesgo de Ulrich Beck, que parte de la idea de que la sociedad moderna produce sus propios riesgos.
- c) La perspectiva simbólico-cultural o funcionalismo estructural, que adopta las ideas de Mary Douglas como base.
- d) La perspectiva de «gubernabilidad» basada en las teorías de Michel Foucault.

2. EL RIESGO EN LA PERSPECTIVA REALISTA

En la perspectiva realista el riesgo es visto como una amenaza, como una fuente de peligro real y objetiva que puede ser medida. En consecuencia, utilizan-

do cálculos cuantitativos, se puede medir la proporción de riesgo al que está sometido un individuo ante un hecho específico dentro de un contexto específico y puede colocarse dentro de un continuo de riesgo.

En ésta perspectiva el experto es el investigador, básicamente empírico, cuyas investigaciones permiten identificar y valorar los factores de riesgo más relevantes. En este caso colaboradores especializados pueden llevar a cabo la recogida de datos necesaria para determinar y valorar los factores de riesgo.

3. EL RIESGO EN LA PERSPECTIVA DE LA SOCIEDAD DEL RIESGO

Ulrich Beck, uno de los fundadores de la perspectiva de la sociedad del riesgo, afirma que «los riesgos y las amenazas que sufrimos hoy en día se diferencian de aquellos superficialmente similares de la edad media en la naturaleza global de la amenaza y por tener causas modernas» (Beck 1992). Este autor define el riesgo como «*la manera sistemática de tratar con las amenazas y la inseguridad inducida e introducida por la modernidad misma*» (originalmente en cursiva). Más tarde Beck se desplaza a una definición de riesgo más amplia y más construida socialmente: «*lo que construye el riesgo es su percepción y definición cultural* (originalmente en cursiva). El riesgo es aquello que la gente define como riesgo (Beck 2000) ». La definición de riesgo que hacía Beck en 1992 se puede considerar cercana a la perspectiva realista, mientras que las modificaciones que introduce en el 2000 le acercan más a la perspectiva simbólico-cultural. Beck tiende a desplazarse entre la perspectiva realista y la simbólico-cultural dado que también afirma: «...los riesgos son al mismo tiempo “reales” y constituidos por la percepción y la construcción social (Beck 2000, 219)».

En la perspectiva de la sociedad del riesgo el experto es descrito como un «productor externo de conocimiento» que es responsable de la producción de las definiciones de riesgo (Beck 1992). El público en general es visto como el consumidor de estas definiciones de riesgo. Beck dice que la respuesta que la gente profana da a estas definiciones de riesgo parece irracional, pero que en realidad es racional ya que los expertos, según él, no pueden enfrentarse al aumento de los riesgos que trae consigo la modernidad.

4. EL RIESGO EN LA PERSPECTIVA SIMBÓLICO-CULTURAL DE MARY DOUGLAS

Douglas ve el riesgo como una interpretación construida socialmente, como una respuesta a un peligro «real» que existe de forma objetiva, incluso si el conocimiento que tenemos de dicho riesgo sólo puede ser abordado a través de procesos socio-culturales (Lupton 1999). Para Mary Douglas, el riesgo es una respuesta contra el abuso de poder consecuencia del estilo de vida moderno. Las consecuencias que se desprenden de una mala gestión del riesgo son una manera de contrarrestar el poder de las autoridades ya que permite forzarlas a proveer una restitución para las víctimas de esa mala gestión. Douglas afirma que hablar

de peligro fue apropiado en el pasado, pero que en la actualidad la noción de peligro se sustituye por la de riesgo porque hablar simplemente de peligro carece de la connotación científica que tiene la idea de riesgo y no permite hablar de un posible cálculo preciso (Douglas 1992). Para Douglas la idea de riesgo es una estrategia occidental contemporánea para enfrentar el peligro y la diferencia (...) para gestionar la desviación social y alcanzar un orden social (Lupton 1999).

Douglas insiste en que las diferencias entre los expertos y los profanos en ésta materia no deberían explicarse en base a diferentes o equivocadas perspectivas sobre el riesgo sino en base a aspectos culturales. Según la perspectiva simbólico-cultural las perspectivas sobre el riesgo son definidas e interpretadas según el contexto cultural, aspecto que nos ayuda a medir los riesgos y sus consecuencias.

5. EL RIESGO EN LA PERSPECTIVA GUBERNAMENTAL SEGÚN LAS TEORÍAS DE FOUCAULT

Los seguidores de Foucault, comparados con las perspectivas mencionadas hasta ahora, tienen una orientación más marcadamente socio-construccionista. Según la perspectiva gubernamental el riesgo es entendido como una estrategia gubernamental que utiliza el poder para controlar y gestionar a la población y a los individuos particulares. «El riesgo en la perspectiva Foucaultiana es una tecnología de la moral» que se usa para ordenar el futuro (Ewald 1991). La información sobre los distintos tipos de riesgos es obtenida y analizada a través de una red heterogénea compuesta por todo tipo de expertos como investigadores en medicina, estadísticos, sociólogos, científicos medio ambientales, abogados, contables, etc. (Lupton 1999).

5.1 ¿Se pueden aplicar las perspectivas teóricas sobre el riesgo a la valoración del riesgo en la psiquiatría forense?

Las perspectivas sobre el riesgo que hemos descrito hasta ahora tratan de amenazas tecnológicas, como la polución y los desastres ambientales. Estas amenazas tecnológicas son sucesos inciertos de la misma manera que lo son los delitos cometidos por delincuentes. Dado que ambos fenómenos son inciertos y difíciles de predecir estoy de acuerdo con Busfield (2002) en el hecho que las perspectivas teóricas dominantes sobre el riesgo pueden aplicarse en la psiquiatría forense. En el mismo sentido Douglas afirma que «Cuando mejor se estudia el diálogo cultural es (...) en el contexto forense. El concepto de riesgo emerge como una idea clave en los tiempos modernos porque se usa como un recurso forense» (Douglas 1992).

5.2 La determinación del riesgo en la psiquiatría forense

El riesgo en la psiquiatría forense es determinado principalmente por el riesgo a la reincidencia entendida como la violencia u otro tipo de comportamiento crimi-

nal del paciente (no tomo en consideración aquí la violencia u otra tipo de comportamiento incorrecto de los profesionales o las visitas). Existen dos contextos principales donde puede darse este comportamiento:

- dentro de la institución: el paciente puede atacar a miembros del personal, visitantes u otros pacientes;
- fuera de la institución: durante un permiso o una vez cumplida la medida de seguridad.

Para valorar el riesgo a la reincidencia en la psiquiatría forense existen tres métodos principales:

- opinión clínica no estructurada
- valoración del riesgo clínico estructurado
- valoración del riesgo actuarial

5.2.1 Opinión clínica no estructurada

El elemento central de la opinión clínica no estructurada es la libre interpretación de la información seleccionada del paciente que hace el personal clínico, los psicólogos o los psiquiatras, que tienen el encargo de emitir un pronóstico. El pronóstico no se basa ni se estructura según un esquema y puede ser muy diferente dependiendo de cada profesional o paciente. El profesional es quien decide cuáles son los factores de riesgo principales en su paciente. El experto es por tanto el profesional clínico, que es al mismo tiempo responsable del tratamiento y de la evaluación de éste. Las ventajas de éste método son que los profesionales pueden enfocar su trabajo únicamente en su paciente y en la información clínica que disponen de él. Las desventajas son que hay aspectos poco relevantes que son muy valorados mientras que se dejan de lado otros aspectos más relevantes. Asimismo la subjetividad, la simpatía o la antipatía y las asociaciones personales juegan un papel importante y además a través de la subjetividad los casos son difícilmente comparables.

Los resultados de las valoraciones clínicas no estructuradas pueden variar mucho. Uno de los resultados del estudio Baxstrom en Norteamérica fue que los profesionales clínicos sobrestiman enormemente el riesgo a la reincidencia (Steadman, Coccozza 1974). Hanson y Bussiere (1998) llegaron a la conclusión que el pronóstico clínico presentaba una escasa relación con el comportamiento criminal real. Quinsey y Cyr (1986) descubrieron que los no expertos predecían la reincidencia tan bien o tan mal como lo hacían los profesionales. Ocho años más tarde Mossman (1994) llegó a la misma conclusión.

Van der Meer y Raes (2002) llevó a cabo una investigación cualitativa muy interesante recientemente en Holanda. Entrevistó a cuatro profesionales clínicos acerca de setenta y ocho pacientes a los que preguntó cuáles eran los factores de riesgo que consideraban más importantes en cada uno de los pacientes. Van der Meer y Raes concluyeron que:

- solo una minoría consultaba literatura reciente sobre el tema;
- existe una tendencia en estos profesionales a reflejar ideas personales en su valoración sobre el riesgo;
- y los profesionales inventaban o creaban razonamientos «científicos».

Llama la atención que los profesionales clínicos no mencionaban factores de riesgo que habían sido identificados como factores relevantes como resultado de una investigación empírica. Van der Meer concluyó que «Los profesionales tienen sus propias ideas personales sobre los factores de riesgo y además que no las comparten con otros profesionales cuando hay que tomar una decisión final.»

132

Las conclusiones a las que llegó Elbogen (2002) recientemente se encuentran en la misma línea: los profesionales clínicos no tienen en cuenta algunos de los factores que investigaciones recientes destacan como factores decisivos. Y Philipse (2002) concluyó que la opinión clínica no estructurada no tenía ningún tipo de relación con alguno de los criterios utilizados para medir la reincidencia.

A pesar de que en el mejor de los casos existe una baja correlación entre las predicciones y la reincidencia real, la opinión clínica no estructurada es el método más usado para valorar el riesgo de reincidencia. En lugar de medir el riesgo de reincidencia podría estar midiendo las preferencias personales y establecer una construcción del riesgo basada en los aspectos clínicos (y/o sociales).

5.2.2 Valoración estructurada del riesgo

En la valoración del riesgo clínica y empíricamente estructurada es también el profesional el que estima el riesgo. Una diferencia importante con el método no estructurado es que el riesgo es determinado usando una lista de factores de riesgo o de protección empíricamente seleccionados. El peso de cada factor es determinado a través de la reflexión clínica. El profesional puede añadir un factor de riesgo a la lista si cree que es muy relevante para su paciente (el HCR-20, Webster *et al.* 1997, es un ejemplo de este tipo de valoración).

En la valoración del riesgo Hilterman y Chakhssi (2002) mostraron que en los métodos de valoración estructurados los profesionales tienden a no tener en cuenta información importante como la historia de desviación del paciente o la violencia reciente que tiene lugar durante su internamiento. Estos resultados están en la misma línea que el estudio cualitativo de Van der Meer y Raes (2002) mencionado anteriormente.

Dernevik y Douglas (2002) se basan en un estudio a pequeña escala para decir que la valoración estructurada del riesgo que hacen los profesionales clínicos es poco exacta en relación a la violencia exterior pero era más exacta en relación a la violencia que tenía lugar dentro de la institución. Estos resultados refuerzan la importancia que tiene el contexto: la valoración tenía una validez predictiva significativa cuando se trataba de conductas que se daban en el ambiente familiar al profesional. En términos de validez predictiva la valoración clínica estructurada es un método más eficaz comparado con la opinión clínica no estructurada. Los valo-

res del test ROC (*receiver operating characteristic*)² varían entre .65 y .83 (Philippe 2002; Vogel *et al.* 2003). El problema de este tipo de investigación es el diseño retrospectivo donde la influencia subjetiva de la simpatía, las asociaciones personales, etc., no existen mientras que sí existen en la prospectiva «real» que los profesionales hacen al valorar el riesgo.

5.2.3 Valoración del riesgo actuarial

La valoración del riesgo actuarial es el mismo tipo de valoración que realizan las compañías de seguros. Se determina el riesgo de reincidencia en base a un algoritmo. Los factores de riesgo y su importancia son el resultado de la investigación empírica realizada con grandes grupos de pacientes. Esto significa que la valoración del comportamiento futuro de un paciente se basa en el comportamiento que en el pasado han tenido grandes grupos de pacientes con características comparables.

El experto es el investigador que identifica los factores de riesgo a través de sus investigaciones empíricas. El resultado de sus investigaciones es una lista (*checklist*) de factores de riesgo y factores de protección. La información para elaborar la lista puede ser recogida por el experto, un profesional clínico, pero también por un colaborador con más distancia sobre el paciente. De hecho esta última opción es la más recomendable justamente por guardar una distancia con el paciente.

Un ejemplo de una escala actuarial es la *Leave Risk Assessment* (valoración del riesgo durante permisos) que yo mismo he desarrollado recientemente (Hilterman 2000). Consiste en nueve variables, que son:

- a) el tipo de delito que ha motivado la imposición de la medida; los pacientes condenados por un delito sexual sin violencia extrema o por provocar un incendio tienen un riesgo mayor de reincidencia que aquellos que han cometido un delito de lesiones o un delito sexual con violencia extrema;
- b) la relación con la víctima: los pacientes que tenían una relación con la víctima (expareja o familiar) presentaban un riesgo más bajo de comportamiento delictivo durante el permiso, comparado con los pacientes que tenían una relación menos cercana con la víctima (amigo, conocido, desconocido o autoridad);

2. Las curvas ROC (*receiver operating characteristics*) son utilizadas a menudo en investigación para predecir la violencia porque dependen en menor grado del porcentaje de individuos violentos de la muestra reflejado en la variable dependiente (en este contexto el número de pacientes/internos implicados en actos violentos) que en otros métodos (Mossman 1994). El método ROC sólo puede usarse para testar la exactitud de una predicción de una variable con dependencia dicotómica a través de una variable independiente continua. El test informa sobre la exactitud con la que los participantes son clasificados correctamente y la precisión se expresa en términos de sensibilidad y especificidad. En cada resultado la sensibilidad y la especificidad de la variable independiente son distribuidos inversamente e invariablemente, de manera que un incremento en uno conlleva una disminución del otro. El *Área Bajo la Curva* ROC (AUC) se usa para informar de la exactitud de la predicción. El espectro técnico estadístico del AUC va de 0, que indica una predicción totalmente negativa, a 1.00, que indica una predicción totalmente positiva; .50 indica que las variables dependiente e independiente no están relacionadas.

- c) la resistencia al tratamiento se mostró como un elemento importante en la valoración de la reincidencia durante el permiso;
- d) asimismo, cuanto menos responsables se sentían los pacientes del delito por el cual habían sido condenados, mayor era el riesgo a reincidir durante los permisos;
- e) el comportamiento desviado durante su internamiento también era un indicador importante;
- f) dos o más traslados (cambios a otra clínica) hacían aumentar la posibilidad de reincidencia;
- g) cuanto más veces habían quebrantado las condiciones de un permiso en los dos últimos años, más aumentaba la posibilidad de reincidencia;
- h) el aumento del número de conocidos desviados en la red social da un mayor riesgo de reincidencia durante un permiso;
- i) tomar bebidas alcohólicas durante el cumplimiento de la medida de seguridad TBS tiene una clara correlación con el aumento de la posibilidad de reincidencia.

El procedimiento es simple: hay que introducir la información necesaria para el programa informático y el nivel de riesgo es calculado automáticamente. El resultado es una clasificación como nivel bajo de riesgo o nivel alto de riesgo. Dependiendo del nivel de riesgo se toma una decisión sobre conceder o no el permiso.

En el contexto de este artículo no es posible tratar con detalle los aspectos más específicos de la investigación sobre la valoración del riesgo, pero quiero destacar la importancia de no ver el comportamiento criminal en términos de una simple dicotomía: cometerá o no un nuevo delito en el futuro. La realidad de (la valoración) del comportamiento delictivo es mucho más compleja y abarca también la gravedad y la frecuencia del comportamiento delictivo.

Las ventajas de la valoración actuarial del riesgo son la estandarización, que también contribuye a una mayor igualdad ante la ley, ya que los pacientes son valorados en términos comparables. La estandarización también permite comparar y testar los resultados. Es más objetiva y es muy compacta. Con la valoración actuarial es posible alcanzar en menos tiempo una valoración mejor y más válida, es decir, que también tiene ventajas económicas.

Una gran desventaja de este método es el énfasis en la historia (de desviación) del paciente. Muchos de estos instrumentos actuariales se construyen exclusivamente con las llamadas variables *estáticas* (históricas). Una vez se ha finalizado la valoración, el nivel de riesgo nunca puede cambiar, ya que la información en la que se basa es estática, no varía. Esta información estática puede también ser trivial, por ejemplo la edad del paciente no da mucha información relevante. El énfasis en la historia del paciente también puede contribuir a la estigmatización y quizás a través del mecanismo del etiquetage pueda contribuir a la reincidencia.

En el tratamiento hay que tener en cuenta que las variables históricas ofrecen muy poca información útil para las intervenciones terapéuticas y ninguna información sobre el progreso derivado de las intervenciones terapéuticas. En los últimos años se ha invertido mucho en medir aquellos aspectos que se valoran para deter-

minar el riesgo y que se pueden modificar en el ambiente terapéutico. Ejemplos de estas variables denominadas *dinámicas*, son la resistencia al tratamiento, la responsabilidad en relación al delito cometido y la violación de las condiciones impuestas durante el cumplimiento de la medida de seguridad.

Respecto a la controversia entre el método clínico no estructurado y el actuarial, Grove y Meehl (1996) dicen: «no conocemos ninguna controversia dentro de las ciencias sociales a la cual se hayan dedicado tantos estudios empíricos, tan variados y tan consistentes».

Burgess (1928) introdujo el método actuarial en la psiquiatría forense hace más de setenta años. Este autor demostró que éste método era más válido que la opinión clínica no estructurada. Desde entonces los resultados de la valoración actuarial han igualado los de la estimación clínica, pero en la mayoría de casos han demostrado una validez predictiva mayor (Mossman 1994).

5.3 La valoración de riesgo actuarial y las perspectivas teóricas

He empezado este artículo con una introducción a las principales perspectivas teóricas sobre el riesgo seguida de una discusión sobre si estas macro perspectivas podrían ser aplicadas a las prácticas de valoración de riesgo que se llevan a cabo en la psiquiatría forense. La perspectiva realista y la valoración de riesgo actuarial parten de las mismas premisas: el riesgo se puede medir y se puede colocar dentro de un *continuum* de riesgo. A partir de aquí es importante no considerar el riesgo a la reincidencia como una simple predicción dicotómica (sí o no) que incluiría solamente los dos extremos de la probabilidad: 0% y 100%. La valoración del riesgo sería una evaluación del grado de probabilidad de que sucesos específicos no deseados ocurran, que tenga en cuenta también la inminencia, la gravedad y la frecuencia de este tipo de sucesos y cuyo resultado serían probabilidades que irían desde el 0% hasta el 100%. Es más, la valoración debería tener en cuenta elementos dinámicos, es decir, cambiantes, y elementos influenciados así como factores contextuales.

Siguiendo a Lupton (1999) uno de los puntos débiles de la perspectiva realista es que no toma en consideración los procesos culturales y sociales. En la valoración de riesgo actuarial dentro de la psiquiatría forense esta omisión se traduce en la escasa atención que reciben los factores (de riesgo) dinámicos y contextuales.

Desde el punto de vista de la perspectiva *foucaultiana*, el método actuarial permite al poder la posibilidad de gestionar categorías de riesgo y tomar decisiones en base a los niveles de riesgo deseados. Sin embargo es importante evitar que decisiones que deben basarse en niveles de riesgo se conviertan en decisiones basadas en algunas características de los delincuentes que sean impopulares. Es el caso, por ejemplo, del trastorno mental en general, como está ocurriendo en Inglaterra con la nueva legislación sobre salud mental.

5.4 La valoración del riesgo clínica estructurada y las perspectivas teóricas

En el marco de la perspectiva de la sociedad del riesgo Ulrich Beck afirma que «las amenazas requieren de categorías científico-naturales y de instrumentos de

medición para que sean perceptibles». Pero también dice que «...los riesgos son a la vez “reales” y formados por la percepción y la construcción social» (Beck 2000). Vemos pues que, según el punto de vista de Beck, la perspectiva del relativismo cultural enfatiza adecuadamente los aspectos contextuales de las respuestas al riesgo. De esta manera Beck llega a una combinación de la perspectiva realista junto con un débil componente del construccionismo social.

Esto presenta una analogía con la valoración del riesgo estructurada, tal y como llevan a cabo los profesionales clínicos en la psiquiatría forense. Con éste método el riesgo a la reincidencia se mide a través de factores empíricos en combinación con la reflexión clínica. Por un lado la reflexión clínica está parcialmente basada en información estructurada sobre el paciente. Pero por otro lado ésta reflexión depende en gran manera de la percepción y la interpretación de los procesos culturales y sociales que haga el profesional clínico.

La valoración clínica estructurada tiene una base empírica que convierte el proceso de estimación en algo mucho más claro, visible y discutible, si lo comparamos con la opinión clínica no estructurada. Esto también significa que las decisiones basadas en éste método podrían ser usadas en señalar un culpable en el caso de reincidencia. O tal como dice Douglas (1992): se podría utilizar como «una manera de contrarrestar el poder de las autoridades ya que las fuerza a proveer una restitución para las víctimas de esa mala gestión».

Gracias al carácter estructurado de este tipo de valoración, éste método ofrece, según la perspectiva *foucaultiana*, la posibilidad de utilizar una estrategia reguladora desde el poder a través de la cual la población de pacientes podría ser monitorada y gestionada. Hecho que se haría evidente en el caso que la base empírica fuera reemplazada o combinada con factores determinados desde el gobierno, como ha ocurrido en la nueva legislación sobre salud mental en Inglaterra mencionada anteriormente.

5.5 La opinión clínica no estructurada y las perspectivas teóricas

En la perspectiva simbólico-cultural de Mary Douglas el riesgo es visto como una interpretación construida socialmente y responde a un peligro «real» que objetivamente existe, incluso en aquellos casos donde el conocimiento de dicho riesgo sólo puede conseguirse con la mediación de procesos socioculturales.

En la opinión clínica no estructurada el riesgo a la reincidencia es real, a pesar de que la estimación del riesgo viene determinada por el profesional clínico a través de la libre interpretación de una selección de la información de que dispone. Se desconoce qué peso real juega la percepción que el profesional clínico responsable de la valoración tiene de los procesos socioculturales, en la decisión sobre qué factores de riesgo son relevantes. Pero es claro que la construcción del peligro a través de la percepción de procesos socioculturales juega un papel importante pero indeterminado en este tipo de valoración. La perspectiva simbólico-cultural de Mary Douglas podría ser utilizada para alcanzar un mejor entendimiento de los procesos implicados en la estimación clínica del riesgo. Esto no llevaría a una mayor validez de éste método, pero podría comportar una mejor

comprensión de lo que se está valorando en la opinión clínica. Sobre todo porque al buscar un culpable en el caso que se produzca la reincidencia, el profesional clínico que utiliza la opinión clínica no estructurada es extremadamente vulnerable a la crítica dado que su estimación se basa en gran medida en sus sentimientos y/o su subconsciente.

6. CONCLUSIONES

La opinión clínica no estructurada es el método más extendido para estimar el riesgo de reincidencia en la práctica de la psiquiatría forense. La percepción y la interpretación de los procesos sociales y culturales que hace el profesional clínico juegan un papel importante pero indeterminado en éste método. Es más, no parece muy claro qué es lo que realmente se está midiendo en éste tipo de estimación dado que la relación con el resultado final —la reincidencia que ocurre— es en el mejor de los casos una baja correlación. Si se aplicara la perspectiva simbólico-cultural en la psiquiatría forense esto no contribuiría a una valoración más adecuada del riesgo a la reincidencia, pero podría ayudar a una mejor comprensión del proceso a través del cual se construye la opinión clínica no estructurada.

La valoración del riesgo estructurada presenta aspectos similares a la metodología de la perspectiva de la sociedad del riesgo.

Existe una gran coincidencia entre la perspectiva realista y la valoración del riesgo actuarial en la psiquiatría forense dado que ambas comparten el mismo marco referencial.

Cuanto más estructurada es la valoración más crece la posibilidad de validez de la determinación del riesgo a la reincidencia. La otra cara de la moneda es que cuanto más estructurado o actuarial es el carácter de la valoración, mayor posibilidades tiene una estrategia gubernamental reguladora del poder para monitorar y gestionar grupos e individuos.

BIBLIOGRAFÍA

- BECK, U. *Risk society: Towards a new modernity*. Londres: Sage 1992.
- *Ecological politics in the Age of Risk*. Cambridge: Polity Press, 1995.
- «Risk society revisited: Theory, politics and research programmes». En: ADAM, B.; BECK, U.; LOON, J. VAN (ed.). *The risk society and beyond: Critical issues for social theory*. Londres: Sage, 2000.
- BURGESS, E.W. «Factors determining success or failure on parole». *Journal of Criminal Law and Criminology* XIX: 239-286, 1928.
- BUSFIELD, J. «Psychiatric disorder and individual violence: imagined death, risk and mental health policy». En: BUCHANAN, A. (ed.). *Care of the mentally disordered offender in the community*. Oxford: Oxford University Press, 2002.
- DERNEVIK, M.; DOUGLAS, K.S. *The risks in risk assessment: the role of context and training in the accuracy of risk factors*, 2002.

- DOUGLAS, M. *Risk and Blame: Essays in cultural theory*. Londres: Routledge, 1992.
- ELBOGEN, E.B. «The process of violence risk assessment: A review of descriptive research». *Aggression and Violent Behavior*, 7, 2002, 591-604.
- EWALD, F. «Insurance and Risk». En: BURCHELL, G.; GORDON, C.; MILLER, P. (ed.). *The Foucault effect: Studies in Governmentality*. Londres: Harvester Wheatsheaf, 1991.
- GROVE, W.M.; MEEHL, P.E. «Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: The Clinical-Statistical Controversy». *Psychology, Public Policy and Law* 2, 2, 1996, 293-323.
- HANSON, R.K.; BUSSIÈRE, M.T. «Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies». *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66 (2), 1998, 348-362.
- HILTERMAN, E.; CHAKHSSI, F. «The HCR-20, BSI & LRA: A comparison of three methods of prospective risk assessment». Leuven, 12th European conference on Psychology and Law, 15 de septiembre de 2002.
- HILTERMAN, E.L.B. «Tijdens de oefening terug naar af: Een onderzoek naar de predictie van ernstige recidive door tbs-gestelden». *Tijdschrift voor Criminologie* 42 (3), 2000, 232-252.
- LUPTON, D. *Risk*. Londres: Routledge, 1999.
- MEER, B. VAN DE; RAES, B.C.M. «Length of stay in tbs facilities». Amsterdam, XXVII International Congress on Law & Mental Health, 12 de julio de 2002.
- MOSSMAN, D. «Assessing predictions of violence: Being accurate about accuracy», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62 (4), 1994, 783-792.
- PHILIPSE, M. «The development of a clinically based risk assessment tool in tbs». Amsterdam, XXVII International Congress on Law & Mental Health, 10 de julio de 2002.
- QUINSEY, V.; CYR, M. «Perceived dangerousness and treatability of offenders: The effects of internal versus external attributions of crime causality». *Journal of Interpersonal Violence*, 1, 1986, 458-471.
- STEADMAN, H.J.; COCOZZA, J.J. *Careers of the criminally insane: Excessive social control of deviance*. Lexington, Mass.: Heath, 1974.
- VOGEL, V. et al. «De waarde van gestructureerde risicotaxatie: een retrospectief empirisch onderzoek bij behandelde seksuele delinquenten». *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 58 (1), 2003, 9-29.