



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y

Neurocirugía de Chile

Chile

Ross, Thomas; Pfaefflin, Friedemann; Fontao, María Isabel
El BEST-Index: Un instrumento para la valoración de la peligrosidad y las habilidades prácticas en
pacientes psiquiátricos
Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 45, núm. 4, diciembre, 2007, pp. 278-287
Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527710003>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

El BEST-Index: Un instrumento para la valoración de la peligrosidad y las habilidades prácticas en pacientes psiquiátricos

BEST-Index: An instrument for evaluating the dangerousness and practical ability in psychiatry patients

Thomas Ross¹, Friedemann Pfaefflin¹ y María Isabel Fontao¹

The aim of this study was to introduce a unified approach to assessment of social risk and related social behaviours in offender groups using the Behavioural Status Index (BEST-Index); and to explore its clinical utility for the forensic psychiatric field. Using an initial sample of N = 86 forensic psychiatric patients, the BEST-Index, the Psychopathy Checklist Revised [PCL-R] and the scale HCR-20 (Historical-Clinical-Risk Management-20) were applied three times in intervals of nine months. Results: The BEST-Index has satisfactory inter rater reliability; the data suggest good convergent validity of the BEST-Index scales and the actuarial instruments (HCR-20, PCL-R); the BEST-Index also allows for monitoring behavioural change over the treatment period.

Key words: Forensic psychotherapy and psychiatry. Violence risk assessment. Social skills. Treatment evaluation.

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2007; 45 (4): 278-287

Introducción

En el ámbito de la psiquiatría y psicología forense existen instrumentos que forman parte de la batería estándar de todo peritaje judicial. Entre los más difundidos figuran la Escala de Calificación de la Psicopatía Revisada (Psychopathy Check List Revised [PCL-R]; Hare, 2003), el HCR-20 (Webster et al, 1997) y el Static-99

(Hanson & Thornton, 2000). La utilización de estos métodos por parte de expertos entrenados facilita la identificación de individuos con alto riesgo de exhibir comportamientos violentos y/o con riesgo de reincidencia. Por este motivo constituyen un recurso inestimable en el proceso de toma de decisiones en el ámbito judicial.

En la práctica clínica, en cambio, estos instrumentos se limitan a facilitar la identificación de

Recibido: 18 de abril de 2007

Aceptado: 10 de octubre de 2007

¹ Sección de Psicoterapia Forense, Hospital Universitario de Ulm, República Federal de Alemania.

Sin conflictos de interés.

pacientes con acentuados rasgos psicopáticos cuyo pronóstico terapéutico es reservado. Sin embargo, no orientan al equipo tratante respecto de cómo proceder con el gran número de personas con menor potencial violento y accesibles al tratamiento psicoterapéutico. Esto se debe a que la mayoría de los tests y escalas empleados para la valoración del riesgo de aparición de comportamientos violentos fueron concebidos para facilitar la identificación de grupos extremos dentro de la población penitenciaria o psiquiátrico-forense. Dado que su objetivo central es la identificación de conductas y reacciones *patológicas*, estos instrumentos descartan de plano la posibilidad de la existencia de cierto grado de *normalidad* en la conducta de un paciente psiquiátrico-forense. Si bien la identificación y valoración de los *recursos* del paciente es un punto central en el ámbito psiquiátrico-forense, actualmente no existen métodos que se concentren en este aspecto de la evaluación.

Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo del proyecto que se describe en este trabajo fue ampliar la base empírica del Behavioural Status Index (BEST-Index; Reed & Woods, 2000; Reed et al, 2002), un instrumento creado con el objeto de medir déficits y recursos en pacientes psiquiátricos mediante la observación de una multiplicidad de aspectos bien delimitados de la conducta, y explorar su utilidad para medir cambios clínicos relevantes en la práctica clínica forense.

Método

Muestra

La muestra se compuso de 86 sujetos de sexo masculino internados en clínicas psiquiátricas forenses*. En la muestra sólo se incluyeron pacientes que 1) habían cometido delitos violentos contra las personas, delitos sexuales o delitos contra la propiedad privada y que 2) padecían un trastorno psiquiátrico (con excepción de retardo

mental grave y psicosis agudas). Al momento del primer levantamiento de datos, el tiempo de permanencia en la institución de todos los pacientes incluidos en la muestra era superior a seis meses.

La edad media de los pacientes era 37,3 años ($n = 77$, d.t. = 8,9, rango 20-65). Ochenta por ciento de los pacientes ($n = 64$ sobre un total de $n = 80$) habían sido condenados por delitos violentos contra las personas; casi la mitad de los pacientes (46,9%) había cometido delitos sexuales ($n = 30$ sobre un total de $n = 64$). El resto de los pacientes (20%) había sido condenado por delitos contra la propiedad ($n = 16$ sobre un total de $n = 80$). Respecto del diagnóstico según el DSM-IV ($n = 81$; American Psychiatric Association, 1994), $n = 19$ (23,5%) pacientes padecían esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, $n = 13$ (16,1%) pacientes recibieron un diagnóstico de abuso de substancias, $n = 40$ pacientes (49,4%) padecían un trastorno de personalidad, $n = 8$ (9,9%) pacientes recibieron un diagnóstico de parafilia y $n = 1$ (1,2%) paciente padecía un trastorno del aprendizaje.

Los pacientes fueron evaluados en tres oportunidades (T1, T2, T3) en intervalos de nueve meses. En el curso de los 18 meses de seguimiento, la muestra se modificó debido a la terminación o interrupción del tratamiento, enfermedad o circunstancias ocasionales que impidieron la evaluación de algunos pacientes. En T2 la muestra se compuso de $n = 79$ pacientes y en T3 de $n = 62$ pacientes.

Instrumentos

El “*Behavioural Status Index*” (BEST-Index; Reed & Woods, 2000; Reed et al, 2002) fue creado con el objetivo de reflejar cambios en actitudes y conductas como efecto de intervenciones terapéuticas. El instrumento constituye una guía para la observación y el registro de habilidades prácticas en la vida cotidiana (“*daily living skills*”), de la sintomatología clínica relevante y de con-

*El estudio fue aprobado por el Delegado para la protección de datos del estado de Baden-Wurtemberg (Alemania). En el estudio participaron once clínicas psiquiátrico-forenses. El personal y los pacientes no recibieron compensación monetaria por su participación en el estudio.

ductas relacionadas con la peligrosidad por parte de un observador entrenado. Tomando como punto de partida la definición de la conducta considerada normal (por ejemplo en la relación con la familia o el manejo del tiempo libre) se trata de estimar en qué medida el paciente se ha alejado de la norma para determinadas formas de conducta social, aptitudes cognitivo-emocionales y habilidades prácticas (Woods & Reed, 1999a, b; Woods, Reed, & Collins, 2001a, b, c). Tanto los déficits como los recursos de los pacientes son considerados en igual medida al momento de evaluar la conducta actual. Las seis escalas del BEST-Index (Peligrosidad, Insight, Comunicación y Habilidades Sociales, Trabajo y Tiempo Libre, Cuidado de Sí y la Familia, Empatía) evalúan 150 componentes de la conducta relevantes en el contexto clínico-forense. En los estudios iniciales en el marco de la construcción del instrumento llevados a cabo sobre una muestra de 503 pacientes psiquiátrico-forenses se analizó la consistencia interna de las escalas Peligrosidad, Insight y Comunicación y Habilidades So-

ciales. Las tres escalas exhibieron índices elevados: $\alpha = ,90$ (Peligrosidad), $\alpha = ,97$ (Insight) y $\alpha = ,95$ (Comunicación y Habilidades Sociales). Asimismo, para estas escalas se realizó un análisis de la confiabilidad interjueces. Siguiendo el criterio de tolerancia de un punto (si la diferencia entre las puntuaciones de los jueces para un ítem es menor o igual a 1 se considera que las puntuaciones son concordantes; Reed et al, 2002) se obtuvieron índices adecuados: escala Peligrosidad: 86%, escala Insight: 82%; escala Comunicación y Habilidades Sociales: 78% (Woods & Reed 1999b; Woods, 2000).

En la Figura 1 se presenta un ejemplo de la grilla empleada para evaluar los ítems del BEST-Index.

En el presente estudio se exploraron las similitudes y diferencias del BEST-Index con dos instrumentos ampliamente difundidos en el ámbito de la psiquiatría y psicología forense. Estos instrumentos se describen a continuación en forma sucinta.

La Escala de Psicopatía Revisada (Psychopathy

Puntaje 1 ("worst case")	Puntaje 2	Puntaje 3	Puntaje 4	Puntaje 5 ("best case")
Habla exclusivamente de sí mismo	La mayor parte del tiempo habla de sí mismo	Ocasionalmente habla de sí mismo	Casi todo el tiempo limita las expresiones sobre sí mismo a una extensión socialmente adecuada	Habla de sí mismo sólo cuando es adecuado

Definición: El paciente puede llevar buena parte de la conversación sin colocarse en el centro de la misma. Introduce temas personales sólo si se le pregunta por ellos o si éstos guardan una relación directa con la discusión (Informaciones para la valoración de estos ítems pueden obtenerse mediante una entrevista psiquiátrica o de parte del paciente mismo o de terceros – parientes, enfermeros u otros miembros del personal de la unidad).

Referencia para una conversación de media hora:
Casi todo el tiempo: como mínimo 25 minutos.
La mayor parte del tiempo: más de 15 minutos.
Ocasionalmente: como mínimo cinco minutos.

Figura 1. Escala Comunicación y Habilidades Sociales, ítem 17: Conversación egocéntrica. Definición y ejemplo de la evaluación graduada de la conducta.

Checklist-Revised [PCL-R]; Hare, 2003) permite la evaluación de aspectos de la conducta que definen la psicopatía. El constructo “psicopatía” se refiere a aspectos salientes o deficitarios en el área afectiva o interpersonal (por ejemplo encanto superficial, egocentrismo y grandiosidad, engaño, manipulación, afectividad superficial) y subsume además aspectos vinculados con la conducta antisocial (por ejemplo necesidad de estimulación y sentimiento de aburrimiento permanente, estilo de vida parasitario, impulsividad, renuencia a aceptar responsabilidades). La evaluación es llevada a cabo por un experto. Este recoge información por medio de una entrevista estructurada y un estudio sistemático del historial criminal. Los ítems se valoran en una escala de tres puntos (0, 1 ó 2). El punto de corte para la adjudicación de la categoría Psicopatía es de 30 (el puntaje máximo es de 40 puntos); los puntajes altos correlacionan con una elevada probabilidad de reincidencia. El PCL-R es el instrumento más difundido y mejor investigado para la evaluación de rasgos de personalidad típicos y estilos conductuales en delincuentes reincidentes. La escala se utiliza tanto con fines de investigación como en el marco de peritajes judiciales en institutos carcelarios y clínicas psiquiátricas forenses.

El *HCR-20* (Historical-Clinical-Risk Management-20; Webster et al, 1997) es un instrumento creado para la evaluación de la peligrosidad, es decir el riesgo de aparición de conductas violentas, en delincuentes y pacientes psiquiátricos forenses. Al igual que el PCL-R, el HCR-20 ha probado su utilidad en diversos contextos y para distintas poblaciones. La evaluación es realizada por un experto. El instrumento se compone de veinte ítems que evalúan factores de riesgo situados en el pasado (ítems históricos, por ejemplo conductas violentas en la niñez o adolescencia, edad del primer delito violento), en el presente (ítems clínicos, por ejemplo carencia de “insight”, actitu-

des negativas) y en el futuro (ítems de gestión de riesgo, por ejemplo carencia de planes realistas, falta de apoyo social). Los cinco ítems clínicos se refieren a aspectos dinámicos vinculados con la peligrosidad. Los ítems del factor gestión de riesgo se refieren a desarrollos futuros esperables en relación con la situación vital prevista del sujeto. La información requerida se obtiene de diversas fuentes (historial clínico y/o criminal, entrevista con la persona evaluada, informantes claves, etc); los ítems se valoran en una escala de tres puntos (0, 1 ó 2). La validez y la confiabilidad del HCR-20 han sido demostradas en una serie de estudios (por ejemplo Macpherson & Kevan, 2004; Dernevik, Grann & Johannson, 2002; Douglas & Webster, 1999; Douglas et al, 1999). Este instrumento se utiliza en forma estándar para realizar pronósticos de peligrosidad en institutos carcelarios y en clínicas psiquiátricas forenses.

Procedimiento

Antes de comenzar la recogida de datos se llevó a cabo en cada una de las once clínicas participantes un entrenamiento de dos días de duración dedicado a la teoría y uso del BEST-Index**, el PCL-R y el HCR-20. La recogida de datos en cada uno de los puntos de medición, que duró en promedio seis semanas, se llevó a cabo en todas las clínicas en forma simultánea. La valoración de los pacientes fue realizada exclusivamente por personal entrenado en el uso de los instrumentos; la evaluación con el PCL-R y el HCR-20 fue realizada por profesionales psicólogos o médicos, en la del BEST-Index participaron también integrantes del personal de enfermería.

Análisis de los datos

Para el análisis estadístico de los datos se empleó el programa estadístico SPSS 11.0.1. El análisis de confiabilidad interjueces y la exploración de las correlaciones entre el BEST-Index y el PCL-

**El entrenamiento en el uso del BEST-Index tiene una duración promedio de dos días completos e incluye los siguientes temas: importancia y el objeto de la evaluación en general y condiciones para la aplicación del BEST-Index en particular; diferencias entre la evaluación objetiva (sobre la base de observación de la conducta) y la autoevaluación; efectos de la evaluación sobre el diagnóstico de la conducta y el planeamiento de las intervenciones terapéuticas en el caso individual; trabajo con casos a modo de ejemplo.

R y el HCR-20 se realizaron sobre la base de los datos obtenidos en el primer punto de medición (T1). La estimación de confiabilidad interjueces se realizó sobre la base del porcentaje de puntuaciones concordantes entre dos jueces independientes.

Para el análisis de las correlaciones entre las escalas del BEST-Index y de éstas con el PCL-R y el HCR-20 se calculó el coeficiente producto momento de Pearson sobre la base de las puntuaciones medias para cada una de las seis escalas del BEST-Index, el puntaje total para el PCL-R y el puntaje total y de las escalas del HCR-20.

Además se analizaron los cambios entre los tres puntos de medición (T1, T2, T3) para el BEST-Index y los instrumentos estadísticos. Los cambios de los puntajes del BEST-Index entre los tres puntos de medición se analizaron tanto a nivel de las escalas, que operacionalizan áreas de la conducta con cierto nivel de abstracción, como a nivel de los ítems. Estos últimos se refieren a conductas observables y poseen por lo tanto relevancia clínica inmediata. Para el contraste de los tres puntos de medición a nivel de las escalas del BEST-Index y para los puntajes totales del PCL-R y del HCR-20 se realizaron análisis de varianza para medidas repetidas (variable independiente: punto de medición; variable dependiente: medias de la escala para los tres puntos de medición); para el análisis a nivel de los ítems se utilizó el análisis de varianza no paramétrico de Friedman.

En todos los casos se consideraron significativas las diferencias con un valor de $p < ,05$.

Resultados

BEST-Index: Análisis de confiabilidad interjueces

Para determinar la confiabilidad interjueces de las escalas del BEST-Index para la muestra del presente estudio, dos jueces entrenados evaluaron en forma independiente a un subgrupo de 16 pacientes (18,6% de la muestra total). En un primer paso se utilizó un método estándar para estimar el grado de acuerdo interjueces, el coeficiente de correlación intraclass 21 (ICC21). To-

das las escalas exhibieron correlaciones significativas: $r = ,49$, $F = 2,91$, $df = 319$, $p \leq ,001$ (Peligrosidad), $r = ,48$; $F = 2,82$, $df = 319$, $p \leq ,001$ (Insight), $r = ,41$, $F = 2,37$, $df = 478$, $p \leq ,001$ (Comunicación y Habilidades Sociales); $r = .48$, $F = 2,85$, $df = 299$, $p \leq ,001$ (Trabajo y Tiempo Libre); $r = ,41$, $F = 2,39$, $df = 447$, $p \leq ,001$ (Cuidado de Sí y de la Familia); $r = ,54$, $F = 3,33$, $df = 479$, $p \leq ,001$ (Empatía). En un segundo paso se calcularon los porcentajes de puntuaciones concordantes entre ambos jueces. Siguiendo el criterio de tolerancia de un punto de diferencia recomendado por los autores del instrumento (ver Apartado Instrumentos), los porcentajes oscilaron entre 82% (Trabajo y Tiempo Libre) y 88,8% (Empatía). Los porcentajes de concordancia exacta oscilaron entre 60% (Peligrosidad) y 40% (Trabajo y Tiempo Libre).

BEST-Index: Relaciones con el PCL-R y el HCR-20

En un primer paso se calcularon las correlaciones entre las escalas del BEST-Index. Las correlaciones entre las escalas Insight, Comunicación y Habilidades Sociales, Trabajo y Tiempo Libre y Cuidado de Sí y la Familia oscilan entre $r = +,26$ (Empatía/Cuidado de Sí y la Familia, $p < ,05$; Insight/Cuidado de Sí y la Familia, $p < ,05$) y $r = +,71$ (Insight/Comunicación y Habilidades Sociales, $p \leq ,001$). Las correlaciones de la escala Peligrosidad con las restantes escalas son negativas y oscilan entre $r = -,30$ (Peligrosidad/Cuidado de Sí y la Familia, $p < ,05$) y $r = -,44$ (Peligrosidad/Trabajo y Tiempo Libre, $p \leq ,001$). La correlación entre Peligrosidad e Insight fue la única estadísticamente no significativa ($r = ,16$, ns).

En un segundo paso se calcularon las correlaciones entre las escalas del BEST-Index y el PCL-R y el HCR-20 (Tabla 1).

BEST-Index. Cambio en los parámetros clínicos entre T1, T2 y T3

En un primer paso se analizaron las diferencias entre los tres puntos de medición (T1, T2, T3) a nivel de las escalas ($N = 6$). La mayoría de las escalas no exhibe diferencias significativas entre

Tabla 1. Correlación entre las escalas del BEST-Index y el PCL-R y el HCR-20 (61 ≤ n ≤ 76)

	PCL-R	HCR-20 tot	HCR-20 [H]	HCR-20 [C]	HCR-20 [R]
PEL	0,37***	0,41***	0,24*	0,52***	0,28*
INS	ns	ns	ns	-0,31**	-0,34**
COM	ns	ns	ns	-0,46***	ns
TRAB	ns	-0,38**	ns	-0,49***	-0,43***
CUID	ns	ns	ns	ns	ns
EMP	ns	-0,32**	ns	-0,46***	-0,41***

***p ≤ ,001; **p < ,01; *p < ,05

Referencia: PEL = Peligrosidad; INS = Insight; COM = Comunicación y Habilidades Sociales; TRAB = Trabajo y Tiempo Libre; CUID = Cuidado de Sí y la Familia; EMP = Empatía; HCR-20 tot = HCR-20; puntaje total; HCR-20 [H] = HCR-20; ítems Históricos; HCR-20 [C] = HCR-20; ítems Clínicos; HCR-20 [R] = HCR-20; ítems de Gestión de Riesgo

T1, T2 y T3 (Peligrosidad: Wilks` Lambda = 0,93, F = 2,17, ns; Comunicación y Habilidades Sociales: Wilks` Lambda = 0,97, F = 0,80, ns; Trabajo y Tiempo Libre: Wilks` Lambda = 0,89, F = 3,00, ns; Cuidado de Sí y la Familia: Wilks` Lambda = 0,90, F = 2,45, ns; Empatía: Wilks` Lambda = 0,95, F = 1,54, ns). Para la escala Insight (n = 54), en cambio, se observaron diferencias estadísticamente significa-

tivas; las puntuaciones de esta escala aumentaron en forma constante (Wilks` Lambda = 0,85; F = 4,50; p < ,05). Este resultado justifica el análisis a nivel de los ítems (N = 150) con el objeto de explorar la estructura de las diferencias halladas. Los ítems para los cuales se observaron diferencias estadísticamente significativas entre T1, T2 y T3 se exponen en la Tabla 2.

Tabla 2. Cambio Clínico a nivel de los Items entre T1, T2 y T3 (tres puntos de medición; análisis de varianza no paramétrico de Friedman, df = 2)

Escala/Item	n	χ^2	p
<i>Peligrosidad</i>			
Ítem 12 Infracciones contra la seguridad	45	11,02	<,01
Ítem 20 Trastorno psiquiátrico	45	6,69	<,05
<i>Insight</i>			
Ítem 6 Eventos que generan ansiedad	45	15,25	≤,001
Ítem 8 Identificar pensamientos que reducen la ansiedad	45	10,64	<,01
Ítem 12 Eventos que generan inseguridad	45	7,82	<,05
Ítem 15 Asumir responsabilidad personal	45	9,54	<,01
Ítem 18 Formular objetivos del tratamiento	45	7,61	<,05
Ítem 20 Expectativas de futuro	45	7,82	<,05
<i>Comunicación y Habilidades Sociales</i>			
Ítem 19 Expresar su opinión	50	6,10	<,05
<i>Trabajo y Tiempo Libre</i>			
Ítem 6 Trabajo en grupo	39	7,26	<,05
<i>Cuidado de Sí y la Familia</i>			
Ítem 26 Aseo personal	29	6,22	<,05
<i>Empatía</i>			
Ítem 2 Entender los sentimientos ajenos y diferenciarlos de los propios	45	9,14	=,01
Ítem 13 Ofrecer apoyo	45	6,89	<,05
Ítem 19 Reconocer a la víctima del delito como tal	45	12,11	<,01
Ítem 21 Concebir a la víctima del delito como persona	45	9,09	<,05

Entre T1, T2 y T3 se observan diferencias estadísticamente significativas en ítems pertenecientes a las seis escalas. La mayor cantidad de ítems con modificaciones importantes se observan en las escalas “Insight” (6 ítems) y Empatía (4 ítems). La mayoría de los 150 ítems, sin embargo, no exhibió modificaciones en el período de observación de 18 meses.

Discusión

Estudio de confiabilidad interjueces

Los coeficientes de correlación intraclasses (ICC-21), que informan sobre el grado de acuerdo entre los dos jueces, son satisfactorios para todas las escalas. Si bien los porcentajes de concordancia exacta no superan el 60%, los porcentajes de acuerdo obtenidos siguiendo el criterio de un punto de tolerancia recomendado por los autores del instrumento (Reed & Woods, 2000; Woods, 2000) son buenos (coeficientes de acuerdo superiores al 82% para todas las escalas) y se asemejan a los hallados en estudios anteriores (Woods, 2000). Estos resultados indican que el BEST-Index posee una confiabilidad interjueces adecuada. Si bien el uso de una escala Likert de tres puntos podría contribuir a elevar el grado de acuerdo interjueces, la escala de cinco puntos permite reflejar en forma más exacta el juicio clínico en un punto determinado y su modificación a través del tiempo, que constituye uno de los objetivos del BEST-Index.

Estructura interna del BEST-Index y correlaciones con instrumentos estadísticos

Las escalas del BEST-Index que miden habilidades interpersonales (Comunicación y Habilidades Sociales, Trabajo y Tiempo Libre, Cuidado de Sí y la Familia, Empatía) exhiben correlaciones positivas entre ellas y con la escala “Insight”, y correlaciones negativas con la escala Peligrosidad. Estos resultados sugieren que el BEST-Index posee una estructura coherente y que es un instrumento apropiado para cubrir el espectro de

aspectos clínicos relevantes en el contexto psiquiátrico-forense.

Varias de las escalas que miden habilidades interpersonales y la escala Insight exhiben una correlación positiva con la escala HCR-20 [C], que mide parámetros clínicos (por ejemplo, impulsividad, sintomatología actual) y con la escala HCR-20 [R], que mide parámetros de gestión del riesgo de reincidencia (por ejemplo baja adherencia al tratamiento, contactos sociales desestabilizadores). Por otra parte, no se observan correlaciones significativas entre dichas escalas y el PCL-R o la escala HCR-20 [H], que mide parámetros históricos (por ejemplo fracaso en la adaptación en la niñez o adolescencia, inestabilidad en las relaciones interpersonales). Estos resultados indican que las escalas del BEST-Index, con excepción de la escala Peligrosidad, son apropiadas para la medición de las variables dinámicas, sensibles al cambio y a las intervenciones terapéuticas. Este resultado, sin embargo, no justifica la conclusión de que las personas con marcadas aptitudes sociales son menos peligrosas que aquellas con déficits interpersonales. Para sostener esta interpretación serían necesarias correlaciones negativas elevadas entre las escalas del BEST-Index (con excepción de la escala Peligrosidad) con el PCL-R y con los factores históricos del HCR-20.

La escala Peligrosidad, a diferencia del resto de las escalas, correlaciona positivamente con el PCL-R y con las escalas HCR-20 [H], HCR-20 [C] y HCR-20 [R], lo cual sugiere una adecuada validez convergente entre esta escala y los instrumentos estadísticos. La escala Peligrosidad mide tanto aspectos dinámicos del constructo “peligrosidad”, como indican las correlaciones con las escalas HCR-20 [C] y HCR-20 [R], como también factores de riesgo estáticos, pertenecientes al pasado del sujeto y por lo tanto inmodificables, como sugieren las correlaciones con la escala HCR-20 [H] y el PCL-R. En estudios futuros sería recomendable una exploración exhaustiva de la validez convergente del BEST-Index con instrumentos validados en el área forense.

La ausencia de una correlación significativa

entre las escalas “Insight” y Peligrosidad indica que estas escalas miden aspectos independientes de la conducta. Este es un resultado inesperado porque la mayoría de las orientaciones psicoterapéuticas sostienen que existe una relación negativa entre ambos factores y por lo tanto aspiran a fomentar la capacidad de “insight” del paciente con el objetivo de reducir su peligrosidad. Una posible interpretación de la ausencia de correlación entre Peligrosidad e “Insight” es que, contrariamente a la opinión mayoritaria entre los clínicos forenses, la capacidad de comprender el mundo interno, inclusive del aspecto criminoso de determinadas conductas, no es una condición necesaria y/o suficiente para la disminución de la peligrosidad percibida por el entorno.

Para la escala Cuidado de sí y la Familia, finalmente, no se observaron correlaciones estadísticamente significativas con el PCL-R ni el HCR-20. Una interpretación posible de este resultado es que los aspectos conductuales valorados en esta escala carecen de utilidad para estimar el grado de peligrosidad de un individuo. Una explicación alternativa es que el contexto extremadamente reglamentado de las unidades psiquiátrico-forenses, en las cuales por ejemplo los pacientes no necesitan comprar sus propios alimentos o artículos de higiene personal y las visitas de familiares tienen lugar bajo estrictas condiciones de seguridad, dificultan la medición de numerosos ítems de esta escala.

Medición del cambio clínico

El análisis del comportamiento del BEST-Index en los tres puntos de medición se llevó a cabo a nivel de las escalas y de los ítems. Las escalas del BEST-Index poseen una consistencia interna aceptable (Woods & Reed, 1999b; Woods, 2000), lo que sugiere que los ítems miden aspectos interrelacionados de un mismo constructo de cierto nivel de abstracción (“Insight”, Peligrosidad, etc). Sin embargo, en el contexto clínico, el carácter descriptivo de los ítems permite al equipo tratante identificar conductas concretas que se han modificado en forma positiva o negativa o aquellas que han permanecido inmodificadas. Esto

agudiza la observación clínica, orienta en la elección de intervenciones terapéuticas y permite evaluar sus efectos en forma confiable. En este sentido, la modificación de los ítems entre los distintos puntos de medición posee para el equipo tratante igual o mayor relevancia que el cambio a nivel de las escalas.

Los resultados de la evolución de los ítems entre los tres puntos de medición sugieren que el BEST-Index es un instrumento sensible al cambio clínico que puede ser utilizado para la investigación de procesos y resultados terapéuticos. El hecho de que la mayoría de los ítems no exhiba modificaciones entre T1 y T3 refleja posiblemente la evolución clínica típica de la población en estudio. La duración promedio de la permanencia de pacientes extremadamente perturbados en la unidad psiquiátrico-forense en Alemania es de seis años; los cambios clínicos se manifiestan más lentamente que en otros grupos de pacientes. Comparado con la duración promedio de la permanencia en la clínica, el período de observación de 18 meses fue relativamente breve y por lo tanto posiblemente insuficiente para reflejar cambios en áreas que se modifican en etapas posteriores del tratamiento. Básicamente, sin embargo, la utilización de este instrumento permite construir un cuadro preciso de la situación actual de cada paciente e identificar las áreas que deben ser reforzadas o aquellas en las cuales una determinada intervención clínica tuvo o no el efecto esperado.

Limitaciones del presente estudio y conclusiones

El estudio presenta algunas limitaciones metodológicas. La principal radica en las características de la muestra; la heterogeneidad de los diagnósticos y de los delitos que motivaron la internación en la unidad psiquiátrico-forense dificulta en cierta medida la interpretación de los resultados. Los resultados preliminares de las mediciones intermedias sugieren que los pacientes con trastornos esquizofrénicos presentan un perfil de cambio en el índice de peligrosidad diferente de los pacientes con trastornos de personalidad. Así,

la inclusión de pacientes con diagnósticos heterogéneos en la muestra sobre cuya base se calculan perfiles de cambio promedios puede llevar a una "neutralización" de los resultados y a la ausencia de diferencias entre los puntos de medición. Otra limitación radica en la cantidad de contrastes a nivel no paramétrico llevados a cabo entre los diferentes puntos de medición para todos los ítems del BEST-Index; este procedimiento conlleva la posibilidad de generar algunas significancias aleatorias debido a la acumulación del error de tipo I.

Los próximos estudios sobre el BEST-Index deberían básicamente continuar el proceso de validación del instrumento. En vista de este objetivo y de incrementar la relevancia práctica del instrumento sería importante realizar estudios clí-

nicos longitudinales en los cuales se recojan datos de pacientes en extensos períodos de observación mediante el BEST-Index y diversos instrumentos validados para la medición de constructos emparentados con las escalas del BEST-Index. Otro punto central en el proceso de validación del instrumento sería la aplicación del BEST-Index a grupos de pacientes psiquiátricos no forenses y a poblaciones forenses no clínicas.

Para finalizar cabe destacar que en la medida en que sus diferentes escalas e ítems permiten operacionalizar hipótesis clínicas sobre efectos terapéuticos a determinadas intervenciones y someterlas a prueba en forma sistemática, el uso del BEST-Index en la investigación clínica puede aportar beneficios concretos en la práctica de la psicoterapia y psiquiatría forense.

Resumen

El objeto de este estudio fue ampliar la base empírica de un instrumento para la valoración de la peligrosidad y las habilidades sociales (Behavioural Status Index [BEST-Index]) y explorar su utilidad en la práctica psiquiátrica. La muestra se compuso de N = 86 pacientes internados en unidades psiquiátricas forenses. Los pacientes fueron evaluados en tres oportunidades en intervalos de nueve meses con el BEST-Index, la Escala de Calificación de la Psicopatía Revisada (Psychopathy Check List Revised [PCL-R]) y la escala HCR-20 (Historical-Clinical-Risk Management-20). Resultados: El BEST-Index posee una confiabilidad interjueces adecuada; las escalas del BEST-Index exhiben correlaciones significativas con los instrumentos estadísticos PCL-R y HCR-20. Además, el BEST-Index permite valorar cambios conductuales relevantes en el curso del tratamiento.

Palabras clave: Psicoterapia y psiquiatría forense. Peligrosidad. Habilidades sociales. Evaluación del tratamiento.

Referencias

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4. ed.). Washington D. C.: Author. 1994.
2. Dernevnik M, Grann M, Johansson S. Violent behaviour in forensic psychiatric patients: Risk assessment and different risk-management levels using the HCR-20. Psychology, Crime & Law 2002; 8: 93-111.
3. Douglas K S, Webster C D. The HCR-20 violence risk assessment scheme: Concurrent validity in a sample of incarcerated offenders. Criminal Justice and Behavior 1999; 26: 3-19.
4. Douglas K S, Ogloff J R P, Nicholls T L, Grant I. Assessing risk for violence among psychiatric

- patients: The HCR-20 violence risk assessment scheme and the Psychopathy Checklist: Screening Version. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999; 6: 917-30.
5. Hanson R K, Thornton D. Improving risk assessments for sex offenders : A comparison of three actuarial scales. *Law and Human Behavior* 2000; 24: 119-36.
 6. Hare R D. The Hare Psychopathy Checklist-Revised. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems. 1991.
 7. Hare R D. The Hare Psychopathy Checklist-Revised (2. ed.). Toronto: Multi-Health Systems. 2003.
 8. Macpherson G J D, Kevan I M. Predictive validity of the HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme within a maximum security special hospital. *Issues in Forensic Psychology* 2004; 5: 62-80.
 9. Reed V, Woods P. The Behavioural Status Index: A life skills assessment for selecting and monitoring therapy in mental health care. United Kingdom: Psychometric Press. 2000.
 10. Reed V, Woods P, Collins M, Almvik R, van Erven A, Ross T, Pfäfflin F, *et al.* Behavioral Status Index (BEST-Index). Deutsche Manualbearbeitung. Ulm: Ulmer Textbank. 2002.
 11. Webster C D, Douglas K S, Eaves D, Hart S D. HCR-20: Assessing the Risk for Violence (Version 2). Vancouver: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University. 1997.
 12. Woods P. The Behavioural Status Index (BSI): Descriptive Studies within a forensic context. Anglia Polytechnic University. PhD Thesis. 2000.
 13. Woods P, Reed V. The Behavioural Status Index: therapeutic assessment of risk, insight, communication and social skills. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 1999a; 6: 79-90.
 14. Woods P, Reed V. The Behavioural Status Index (BSI): some preliminary reliability studies. *International Journal of Psychiatric Nursing Research* 1999b; 5: 554-61.
 15. Woods P, Reed V, Collins M. Measuring risk in a high security forensic setting through the Behavioural Status Index. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research* 2001a; 7: 793-805.
 16. Woods P, Reed V, Collins M. Measuring insight in a high-security forensic setting using the Behavioural Status Index. *British Journal of Forensic Practice* 2001b; 3: 3-12.
 17. Woods P, Reed V, Collins M. Measuring communication and social skills in a high security forensic setting using the Behavioural Status Index. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research* 2001c; 7: 761-77.

Correspondencia:

Dr. Thomas Ross
 Sektion Forensische Psychotherapie
 Universitaetsklinikum Ulm
 Am Hochstraess 8
 D-89081 Ulm
 República Federal de Alemania
 E-mail: thomas.ross@uni-ulm.de