



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Variables predictivas de violencia en pacientes diagnosticados de esquizofrenia ingresados en un hospital psiquiátrico

Jorge Quílez i Jover



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- Compartitqual 3.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - Compartitqual 3.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-ShareAlike 3.0. Spain License.**

Programa de Doctorat en Ciències Infermeres



**UNIVERSITAT DE
BARCELONA**

**Variables predictivas de violencia
en pacientes diagnosticados de
esquizofrenia ingresados en un
hospital psiquiátrico**

Doctorando:

Jorge Quílez i Jover

Directores:

Dra. M^a Teresa Icart Isern

Dra. Susana Ochoa Guerre

Tutora:

Dra. M^a Teresa Icart Isern

Barcelona, 2016



**UNIVERSITAT DE
BARCELONA**

Escola Universitaria de Enfermeria

Programa de Doctorado en Ciencias Enfermeras

**Variables predictivas de violencia en
pacientes diagnosticados de esquizofrenia
ingresados en un hospital psiquiátrico**

Doctorando:

Jorge Quílez i Jover

Directores:

Dra. M^a Teresa Icart Isern

Dra. Susana Ochoa Guerre

Tutora:

Dra. M^a Teresa Icart Isern

Barcelona, 2016

Índice

Agradecimientos	1
Resumen /Summary	3
Presentación	5
Acrónimos y abreviaturas.....	9
1. Introducción general	11
1.1. Concepto de violencia	13
1.2. Teorías sobre el origen de la violencia.....	15
1.2.1. Teorías reduccionistas (activas o innatas).....	16
1.2.2. Teorías sociales (reactivas)	20
1.3. Tipología de la violencia.....	23
1.4. Violencia interpersonal.....	28
1.5. Violencia laboral.....	29
1.5.1. Clasificación de los tipos de violencia laboral	31
1.5.2. Violencia laboral y sanidad	33
1.5.3. Violencia laboral y los profesionales de salud	33
1.6. Violencia laboral y Salud Mental	35
1.6.1. Violencia interpersonal y los pacientes esquizofrénicos	36
1.7. Análisis de la violencia laboral	38
1.7.1. Modelos conceptuales de violencia laboral.....	38
1.7.3. Modelo conceptual ecológico.....	39

1.7.2. Modelo conceptual de Chappell & Di Martino	42
1.7.2.1. Factores de la víctima.....	43
1.7.2.2. Factores del perpetrador	45
1.7.2.3. Factores del entorno.....	47
1.8. Valoración del riesgo de violencia.....	54
1.9. Escalas predictivas de violencia.....	58
2. Objetivos e Hipótesis	75
3. Participantes y método.....	81
3.1. Ámbito y diseño del estudio	83
3.2. Selección de los participantes.....	85
3.3. Variables e instrumentos del estudio	86
3.3.1. Variables.....	86
3.3.2. Fuentes de información o instrumentos para medir las variables	87
3.3.3. Procedimiento para la obtención de datos.....	88
3.3.4. Análisis de datos.....	89
3.6. Aspectos éticos.....	89
4. Resultados.....	91
4.2. Resultados sociodemográficos	93
4.3. Resultados clínicos	95
4.4. Resultados Modelo Chappell & Di Martino.....	96
4.5. Resultados de la escala de Riesgo de Violencia de Plutchik (RV).....	98

4.6. Resultados de la Escala de predicción y evaluación de riesgo de violencia (EPERV-55)	99
4.7. Regresión logística EPERV-55 y RV.....	103
4.8. Regresión logística EPERV-55, RV y Modelo Chappell & Di Martino .	104
5. Discusión	107
5.1. Relación entre el modelo de Chappell & Di Martino y violencia	109
5.2. Relación entre los factores de riesgo de la RV y violencia.....	116
5.3. Relación entre los factores de riesgo de la EPERV-55 y violencia	116
5.4. Relación entre factores predictivos y escalas de predicción	124
5.5. Dificultades y limitaciones	125
5.6. Recomendaciones y aplicabilidad práctica	126
5.7. Implicaciones para la investigación.....	131
5.8. Implicaciones para la gestión.....	134
6. Conclusiones	143
7. Bibliografía	149
8. Anexos	169

Agradecimientos

Quiero agradecer la elaboración de esta tesis a muchas personas, pero en especial a María Teresa Icart Isern por acompañarme en este viaje nuevo para mí, por estar siempre dispuesta a revisar los sucesivos documentos que he ido trabajando, por animarme con mails inesperados dándome a entender que no estaba solo y que siguiera trabajando, por su visión crítica y neófita de la salud mental, por su compromiso y profesionalidad incluso en situaciones difíciles para ella. Gracias de verdad.

A Susana Ochoa por su preocupación, cuidados y atención para con mi tesis, sus consejos siempre valiosos y su experiencia impagable en cuanto al planteamiento de los objetivos y al manejo del SPSS. Gracias Susana por ser tan cercana y accesible. Quién iba a decirnos hace 17 años que acabarías tutorizando mi tesis. Mil gracias.

A Stephen Kelly y Eva Giménez por su traducción al inglés de los artículos elaborados. A Stephen por sus aportaciones no solo semánticas sino clínicas en el desarrollo de la investigación y la elaboración de los resultados. Thanks you very much!! Y a Eva por su ayuda y participación en la traducción del primer artículo, sé que te costó horrores, pero como siempre sales airosa!! Ya sabes que te quiero mucho, un granito de esta tesis es tuyo.

Al grupo del Màster Universitari en Lideratge i Gestió d'Infermeria de la Universidad de Barcelona. Fue allí donde algunos nos propusimos llegar hasta el final y lanzarnos a por la tesis y lo vamos a conseguir!!! Gracias Alicia, Anna,

Lydia, Olga, Neus, Maria i Roser por los ánimos, comidas y cenas que hemos hecho y por la amistad mantenida aunque hayan pasado cinco.... Fem via!!!

A Irene, mi mujer y a mis hijos Hugo e Irene, a los cuales les he robado tiempo para dedicárselo a esta empresa, espero que algún día lo entiendan y lo valoren. He intentado en todo momento que ese robar tiempo no les supusiera modificar su día a día. Gracias por la paciencia y los ánimos. Sois, sin duda, lo más importante de mi vida.

Al grupo EPERV-55 (Alexandrina Foix, Mar Pica, María Dolores López, Joaquín del Pino, Verónica García, Sonia Monedero, Oscar Rosillo, Nuria Moreiras) por ser un grupo de investigación enfermero comprometido y responsable, y en especial a Hilari Andrés Mora por dejarme participar en su proyecto de investigación y por compartir con el grupo, del que formo parte, todos sus éxitos. Muchas gracias equipo.

Resumen /Summary

Resumen:

Objetivo: Identificar los factores de riesgo que influyen en que las Enfermeras de Salud Mental sean objeto de conductas violentas por parte de pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

Metodología: Estudio descriptivo, observacional, longitudinal de 146 pacientes ingresados en unidades de salud mental. Los factores de riesgo se clasificaron de acuerdo al modelo conceptual de Chappell y Di Martino. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas mediante la escala de predicción y evaluación de riesgo de violencia (EPERV-55) y la escala de Riesgo de Violencia de Plutchik (RV) y registros de incidentes violentos.

Resultados: Los factores de riesgo que presentaron diferencias estadísticamente significativas fueron, para la violencia verbal hacia el personal de enfermería: el sexo masculino ($p=0,033$), el consumo de cannabis ($p=0,001$), la ausencia de permisos ($p<0,001$), el consumo de tóxicos en la infancia ($0,023$), la presencia de medidas restrictivas ($p<0,001$) y el Factor 4: Consumo de drogas ($p=0,016$). Y para la violencia física hacia el personal de enfermería: la ausencia de permisos ($p=0,007$), la presencia de medidas restrictivas ($p<0,001$) y el Factor 5: Control de la automutilación ($p=0,019$).

Conclusión: El uso de escalas de predicción de la violencia ayuda a reducir su riesgo y mejorar la asistencia sanitaria.

Palabras Clave:

Lugar de Trabajo; Violencia; Enfermería; Esquizofrenia; Agresión.

Summary:

Objective: To identify risk factors that influence Mental Health Nursing are subjected to violent behavior from patients diagnosed with schizophrenia.

Methodology: descriptive, observational, longitudinal study of 146 patients admitted to mental health units. Risk factors were classified according to the conceptual model Chappell and Di Martino. Sociodemographic and clinical variables were collected by the scale prediction and assessment of risk of violence (EPERV-55) and Risk scale Violence Plutchik (RV) and records of violent incidents.

Results: The risk factors were statistically significant differences for the verbal violence against nursing: male gender ($p = 0.033$), cannabis ($p = 0.001$), the absence of permissions ($p < 0.001$), the drug consumption in childhood (0.023), the presence of restrictive measures ($p < 0.001$) and Factor 4: Drug ($p = 0.016$). And for physical violence against nursing: the absence of permissions ($p = 0.007$), the presence of restrictive measures ($p < 0.001$) and Factor 5: Control of mutilation ($p = 0.019$).

Conclusion: The use of scales of violence prediction helps reduce risk and improve health care.

Keywords:

Workplace; Violence; Nursing; Schizophrenia; Aggression.

Presentación

Esta tesis, inscrita en el Programa de Doctorado en Ciencias Enfermeras de la Universidad de Barcelona, ha sido co-dirigida por la Dra. María Teresa Icart Isern, Catedrática de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Barcelona y la Dra. Susana Ochoa Guerre Coordinadora de la Unitat de Recerca del Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

Esta investigación surge de la detección, por el método observacional, de un mayor número de incidentes violentos hacia el personal de enfermería en las unidades de salud mental respecto al resto de profesionales sanitarios y pretende aportar evidencia sobre los factores predictores de violencia en los pacientes diagnosticados de Esquizofrenia que viven en instituciones psiquiátricas. Para ello se han tenido en cuenta los factores relacionados con los pacientes, los profesionales que les atienden y el entorno; para el registro de los datos se han aplicado cuestionarios y escalas ya existentes para prevenir o detectar conductas violentas.

Algunos resultados preliminares han sido publicados en revistas científicas nacionales e internacionales. Estos artículos se presentan como anexos.

Además, esta tesis no sólo tiene como objetivo generar evidencia en cuanto a los factores predictores de violencia hacia el personal de enfermería por parte de pacientes diagnosticados de esquizofrenia, sino que también quiere servir como incentivo para los enfermeros de salud mental, animándoles a que se planteen preguntas en su día a día, que se cuestionen las acciones que realizan, que las plasmen en proyectos de investigación, que investiguen, que publiquen y si lo

desean, que elaboren tesis relacionadas con su ámbito de actuación. No es una empresa fácil, sobre todo para los profesionales de enfermería que nos hemos formado en una época en la que la investigación estaba solo reservada a los médicos, psicólogos, farmacéuticos, entre otros profesionales sanitarios.

Por mi parte, he dedicado 5 años de mi vida a esta tesis, robándole el tiempo a las noches y a los fines de semana, y lo peor de todo a mis seres queridos. He aprovechado momentos de soledad para poder buscar y revisar artículos, leer y releer sobre el tema, redactar artículos y poco a poco ir construyendo este documento.

Desgraciadamente, la investigación enfermera en España se enfrenta a muchos hándicaps, se enfrenta a seguir siendo considerada investigación de segunda clase, a disponer de pocas plazas liberadas de enfermeras, para dedicarse a la investigación por parte de las instituciones sanitarias. Otra dificultad es el hecho de que los organismos oficiales no recogen con la misma seriedad las iniciativas o propuestas de innovación que provienen de esta disciplina (favoreciendo la relación paternalista entre profesionales) y no reconociendo la realidad sanitaria de nuestros días en los que la enfermera prescribe o indica de manera competente pero dejándola desamparada y en la ilegalidad a través de un real decreto médico.

Pero un rasgo que sí que nos caracteriza como colectivo es la disciplina. Nos cuesta arrancar pero cuando arrancamos es difícil que se nos detenga. Es por esto que debemos aprovechar todas las oportunidades, pues la investigación enfermera tiene mucho camino por recorrer, y en concreto la enfermería de salud mental.

Mientras tanto, las experiencias se suceden, y nosotros los enfermeros, seguimos teniendo en nuestras manos la responsabilidad de cuidar a la población, tanto a la sana como a la enferma, observando, escuchando, mirando, valorando, diagnosticando, planificando, curando, educando, rehabilitando, ayudando y acompañando a nuestros pacientes a lo largo de toda su vida.....

Porque, todo esto, es nuestra razón de ser.

Acrónimos y abreviaturas

AVDs	Actividades de la vida diaria.
BELS	Basic Everyday Living Skills
Cal/OSHA	California Division of Occupational Health and Safety
CIE	Consejo Internacional de Enfermeras.
CIE-10	Clasificación internacional de enfermedades, décima versión
EMVAC	Escala para la valoración de la Manía por clínicos
EPERV-55	Escala de prevención y evaluación del riesgo de violencia
EU-OSHA	European Agency for Safety and Health at Work
HCR-20	Assessing Risk for Violence
ISP	Organización Internacional de Servicios Públicos
MAS	Escala de Manía de Bech-Rafaelsen
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale
PCL-R	Psychopathy Checklist Revised
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PS33	Preliminary Scheme
RAE	Real Academia Española de la Lengua
RV	Escala del riesgo de violencia Plutchik

SERPI	Servicio Especializado en Rehabilitación Psiquiátrica Intensiva
TMG	Trastorno Mental Grave
USA	Unidad de Subagudos
VRAG	Violent Risk Appraisal Guide
V-RISK-10	Violence Risk Screening 10

1. Introducción general

“Vivimos en un mundo donde nos escondemos para hacer el amor, mientras la violencia se practica a plena luz del día”.

John Lennon (1940-1980)

Cantante y compositor británico.

1.1. Concepto de violencia

Uno de los primeros pasos en toda investigación es el de acotar y precisar el objeto a investigar, para así construir su significado. Cuando se define la violencia desde lo evidente, normalmente se refiere a: “La utilización de una fuerza física o verbal para causar daños o heridas a otro, con el fin de obtener de un individuo o de un grupo algo que no quiere consentir libremente”. Toda acción o conducta que se ajuste a estas características es fácilmente considerada violenta, y se puede cuantificar, conocer su magnitud y quiénes son los actores de la misma; en pocas palabras, establecer los “hechos”.

Pero cuando se trata de precisar su significado, se tiende a cualificar la acción desde el tipo de relación donde se presenta o en la cual surge, como la violencia interpersonal o individual, intrafamiliar, étnica, social, política, criminal, estructural, institucional, psicológica, etc. En otras palabras, se tiende a definir interpretativamente sobre la base de las relaciones o contextos sociales donde ocurre, que a su vez se consideran sus fuentes, más que en términos de lo que la palabra violencia designa en sí misma. De esta manera la ambigüedad se potencia, y así el término violencia comienza un juego constante entre ser “sujeto” o “adjetivo” (violento/a) del tipo de relación de que se trate, dependiendo de los intereses, situación o uso de quien la define, al no poder dejar de lado la carga emocional que el sentido de la palabra conlleva.

Es importante tener en cuenta que la “violencia” no sólo designa a los “hechos” que podemos ver, cuantificar, ubicar en contextos y determinar sus actores, sino también en lo que acarrea en cuanto a juicio, dolor, sufrimiento, tragedia, angustia, odio, miedo, etc. Resulta interesante señalar que sus

consecuencias visibles e invisibles, tienden normalmente a obviarse explícitamente en su definición (1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada día más de 4.000 personas en el mundo pierden la vida de forma violenta (1,6 millones al año). Además de las defunciones y lesiones que causa, la violencia provoca consecuencias de enorme alcance y gravedad que pueden durar toda la vida. Dichas situaciones de violencia son percibidas como un problema de salud pública tal y como recogió la OMS en 2002 en su Informe Mundial sobre la violencia y la salud, en el cual se hizo el primer análisis exhaustivo del problema de la violencia a escala mundial definiendo; En qué consiste, a quién afecta y que se puede hacer al respecto (2).

Normalmente existe la tendencia a utilizar el concepto de violencia y el de agresividad de manera indiscriminada. Por un lado, aunque existen multitud de definiciones, según la Real Academia Española de la Lengua (RAE), la palabra violencia proviene del latín. Deriva de *violentia*, *violentiae*, cualidad de *violentus*, *violenta*, *violentum* que significa violento, fogoso, impetuoso, arrebatado. Este adjetivo procede del sustantivo *vis* cuyo significado es fuerza y el sufijo *-lentus* que tiene valor como continuidad. Por tanto se puede considerar como el concepto original de este término la cualidad del que usa la fuerza de manera continuada. Además, la Enciclopedia Universal (2012) señala la violencia como: “Un comportamiento deliberado que resulta en daños físicos o psicológicos a otros seres humanos, o más comúnmente a otros animales y se lo asocia, aunque no necesariamente, con la agresión, ya que también puede ser psicológica o emocional, a través de amenazas u ofensas.

Por otro lado, la palabra agresividad según la RAE hace referencia a un conjunto de patrones de actividad que pueden manifestarse con intensidad variable, incluyendo desde la pelea física hasta los gestos o expresiones verbales que aparecen en el curso de cualquier negociación. La palabra agresividad procede del latín, en el cual es sinónimo de acometividad, implica provocación y ataque.

Sin embargo, y a pesar de no existir una definición única para cada concepto, sí existe un elemento común a la hora de enfocar y plantear la cuestión, el concepto de violencia debe ser más amplio que el de la mera agresividad (pegar, golpear, empujar, disparar,...) y debe incluir y comprender otras conductas susceptibles de violentar e intimidar al que las sufre. Así, la violencia incluiría, además de las agresiones físicas, las conductas verbales o físicas amenazantes, intimidatorias, y abusivas.

Son muchas las maneras posibles de clasificar las formas de violencia (3–7), pero la más actual y de mayor consenso es la clasificación que podemos encontrar en el Informe Mundial de la OMS, el cual define la violencia como: “El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”(2).

1.2. Teorías sobre el origen de la violencia

No existe una ciencia ni una disciplina que estudie esta característica del comportamiento humano, la cual presenta tantas manifestaciones que no hay forma operativa medible de poder dar cuenta de todas ellas. Además, como su

conceptualización es compleja, eso provoca que no sea fácil la descripción completa de dichas manifestaciones. Es indudable que la primera dificultad para el análisis del fenómeno de la violencia es la de formular un concepto preciso y suficiente de lo que debe entenderse por ella. Pero aquí entraríamos en un terreno en el cual, por lo pronto, podríamos salir más confusos que al entrar.

Ciertamente, las teorías de la violencia enunciadas por los clásicos se insertan en concepciones generales de la sociedad y en teorías generales sobre el sistema social, sobre el proceso político, sobre el comportamiento psíquico o sobre las formas de la cultura. Ello quiere decir que la violencia presenta una dificultad añadida a la hora de querer definirla: la de que es, sobre todo, una relación, una situación sólo definible con relación a un conjunto de variables y circunstancias. Teorizaciones de la violencia existen, en el seno de todas las ciencias del comportamiento y su consideración como producto de diversos procesos sociales ofrece la posibilidad de contrastar teorías acerca de cuándo, dónde y en qué forma se la puede esperar.

Las teorías sobre el origen de la violencia son múltiples en función del prisma disciplinario o campo en el cual se estudie: antropológico, social, político, filosófico, etc...., de ahí su variabilidad y heterogeneidad. Según el modelo explicativo se pueden agrupar en dos grandes grupos, teorías reduccionistas (activas o innatas) que conciben la violencia como algo innato y/o teorías sociales que conciben la violencia como algo adquirido (8).

1.2.1. Teorías reduccionistas (activas o innatas)

Suponen que el origen de la agresión se encuentra en los impulsos internos de la persona; incluyen orientaciones que van desde el psicoanálisis hasta los

estudios etológicos. Las teorías principales de este grupo son, la teoría etológica, la teoría psicoanalítica, la teoría de la personalidad, la teoría de la ambivalencia de Fromm, la teoría de la señal-activación y la teoría genética (9,10). Este grupo de teorías, explican la violencia desde el interior del ser humano, es decir el ente es quien propicia la violencia por cuestiones que tienen que ver con su ser.

- **Teoría etológica**

Esta perspectiva surge del intento de extrapolar las causas del comportamiento animal a la conducta humana. Considera que la agresión es una reacción innata que se basa en impulsos inconscientes biológicamente adaptados y que se han ido desarrollando con la evolución de la especie, la finalidad de la agresión es la supervivencia de la persona y de la propia especie. Esta teoría también es conocida como la sociobiológica y/o la válvula de escape de Lorenz, la cual elabora un modelo "psicohidráulico" para explicar el comportamiento. El modelo consiste en imaginar al animal como un depósito de agua que sólo puede salir a través de una válvula situada en el fondo y que cuando el depósito se carga de agua abre la válvula por medio de un cordel conectado al platillo de una balanza. Los pesos situados en la balanza equivalen a los estímulos. Cuando mayor es el peso situado en el platillo, mayor es la abertura de la válvula y mayor la cantidad de líquido que sale. El agua equivale a la energía, cuanto más tiempo lleve un comportamiento sin realizarse mayor será la energía de acción específica acumulada y por lo tanto aumenta la probabilidad de que el comportamiento violento se produzca (11).

- **Teoría psicoanalítica**

Sostiene que la agresividad es un componente instintivo básico que surge como reacción ante el bloqueo de la libido, es decir, ante el bloqueo o impedimento de la consecución de aquello que provoca placer. Si la persona es capaz de liberar la tensión interior acumulada por el bloqueo de la libido se producirá un estado de relajación, pero si no es capaz de liberarla, surgirá la agresión. Desde esta perspectiva, la agresión es el resultado de un cúmulo de afectos negativos internos que la persona es incapaz de exteriorizar. Desde esta teoría podemos deducir que la violencia es un factor sujeto al interior del ser y que las agresiones se manifiestan a partir de afectos negativos que muchas veces se encuentran en la sociedad y, por lo tanto, también puede entenderse como un estado del propio ser humano (9).

- **Teoría de la personalidad**

Fundamenta el comportamiento violento en rasgos constitucionales de la personalidad, como la ausencia de autocontrol y la impulsividad o la existencia de déficits cognitivos. Desde esta perspectiva se considera que los factores de personalidad determinan o, en algunos casos, aumentan la probabilidad de que la persona se implique en conductas agresivas. Algunos ejemplos de enfoques que pueden incluirse en este apartado son: la teoría de Eysenck, que explica el comportamiento violento por los elevados niveles de psicoticismo y neuroticismo, o la teoría de Kretschmer que clasifica biotipológicamente el comportamiento desviado de las personas (12).

- **Teoría de la ambivalencia de la agresión de Fromm**

La agresión puede ser maligna o benigna, positiva o negativa, constructiva o destructiva. Existe agresión en la huida o en el combate, la conservación de la

vida puede ser expresada como agresión defensiva. Fromm encuentra una estrecha relación entre frustración y agresividad: la frustración conduce a la depresión, la ansiedad, la impotencia, el hastío, el aburrimiento. A su vez el aburrimiento puede ser crónico depresivo y conducir a la destructividad y a la violencia. La violencia puede expresarse como violencia sexual o resentimiento social (13).

- **Teoría de la señal – activación**

Fue propuesta por Berkowitz (1962), quien trató de explicar la agresión a partir de los supuestos de la teoría de la frustración, pero introduciendo una serie de modificaciones. En particular, Berkowitz considera que la frustración surge cuando la persona prevé que va a perder aquello que quiere. La frustración, por tanto, no surge por la privación de algo per se, sino que es necesario desear poseer ese algo. Además, Berkowitz sostiene que existe una variable intermedia entre la frustración y la agresión a la que denomina cólera. La frustración provoca cólera y la cólera activa el organismo y lo prepara para la agresión, que finalmente se producirá dependiendo del grado de activación emocional del sujeto (14).

- **Teoría genética**

Esta teoría sostiene que las manifestaciones agresivas son el resultado de síndromes patológicos orgánicos (por ejemplo, la anomalía del cromosoma XYY) o de procesos bioquímicos y hormonales (por ejemplo, altos niveles de testosterona y noradrenalina) que tienen lugar en nuestro organismo. Esta teoría enfatiza la importancia de la predisposición genética y los aspectos hereditarios en el desarrollo de la conducta violenta y agresiva (9).

1.2.2. Teorías sociales (reactivas)

Suponen que el origen de la agresión se encuentra en el medio ambiente que rodea a la persona, de modo que la agresión es una reacción de emergencia frente a los sucesos ambientales o a la sociedad en su conjunto. Las principales teorías son la teoría del aprendizaje social, la teoría de la interacción social, la teoría sociológica y la teoría ecológica (9).

- **Teoría del aprendizaje social**

En las teorías del aprendizaje, el elemento constitutivo de los comportamientos proviene de la asociación de una determinada respuesta a un estímulo concreto, asociación que queda cristalizada por el refuerzo en la ejecución de ese comportamiento. En el caso del comportamiento agresivo el mecanismo es idéntico. Ciertos estímulos provocan cierta clase de comportamientos agresivos, los cuales se refuerzan por las ejecuciones realizadas.

En Psicología Social la teoría más importante entre todas las que se refieren al comportamiento agresivo es la del "Aprendizaje social". En esencia, lo que esta teoría postula es que se pueden aprender comportamientos por imitación, más concretamente, al constatar que esos comportamientos observados han sido recompensados o reforzados. De este modo, si alguien ve que un comportamiento agresivo de una persona es reforzado, entonces lo puede aprender. La imitación de la conducta agresiva dependerá de si el modelo observado obtiene o no recompensas positivas: si obtiene un beneficio se incrementará la probabilidad de que se imite el comportamiento agresivo, pero si el modelo es castigado disminuirá la probabilidad de imitación. Desde esta

perspectiva cobran especial relevancia los modelos que puedan personificar figuras como los padres y los amigos (15).

- **Teoría de la interacción social**

De todas las perspectivas teóricas comentadas hasta el momento, ésta es la que concede mayor importancia a la influencia del ambiente y a los contextos sociales más cercanos a la persona en su comportamiento y, además, destaca el carácter bidireccional de la interacción: el ambiente influye en la persona y ésta, a su vez, en el ambiente. Así, las deficiencias en la socialización familiar, las relaciones entre padres e hijos de baja calidad, los problemas de rechazo social de los iguales por tener comportamientos antisociales y la afiliación con iguales desviados socialmente o delincuentes, son factores de suma importancia que aumentarán la probabilidad de que el individuo se implique en comportamientos de carácter violento (9).

- **Teoría sociológica**

Esta teoría interpreta la violencia como un producto de las características culturales, políticas y económicas de la sociedad. Factores como la pobreza, la marginación, la dificultad del desarrollo intelectual, la explotación o el sometimiento a sistemas altamente competitivos, están en el origen del comportamiento desviado de ciertos ciudadanos y, por tanto, son la principal causa de los problemas de conducta en las personas. Desde esta corriente también se concede gran importancia a los valores predominantes en la sociedad.

En este sentido, hay que tener en cuenta el valor positivo que muchas culturas le conceden a algunos tipos de violencia, como por ejemplo, la violencia exhibida en algunos deportes tales como la lucha grecorromana, así como en

determinados espectáculos como las corridas de toros en España. La cultura a la que se halla sometido un individuo, así como el entorno social en que se relaciona habitualmente, determinan sus concepciones hacia estos fenómenos sociales. El sujeto sabe, a partir de modelos a lo que está expuesto continuamente, que la violencia no siempre es negativa, y hasta puede resultar un medio de entretenimiento. Así es como se crea lo que Imbert (1992) denomina “*Cultura de la violencia*”, basada en una tendencia manifiesta a exhibir conductas violentas que son consideradas apropiadas en algunas circunstancias. Por ejemplo, en la cultura mediterránea, existe una tendencia a utilizar la violencia de distintas maneras: alborotos en la calle, gestos obscenos o códigos expresivos particulares. En otras cultura, se practican ceremonias y rituales en las que la violencia es uno de los principales protagonistas (práctica de la ablación del clítoris en mujeres en sociedades africanas). Esta manifestación violenta, es rechazada por la cultura occidental e incluso es considerada como una violación de los Derechos Humanos (16).

- **Teoría ecológica**

Esta teoría fue propuesta por Bronfenbrenner (1979) y contempla a la persona inmersa en una comunidad interconectada y organizada en cuatro niveles principales que reflejan cuatro contextos de influencia en la conducta y son los siguientes (17):

- **Microsistema:** Compuesto por los contextos más cercanos a la persona, como la familia, el trabajo o la escuela; incluye todas aquellas actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona experimenta en su entorno inmediato determinado.

- **Mesosistema:** Se refiere a las interacciones existentes entre los contextos del microsistema.
- **Exosistema:** Comprende aquellos entornos sociales en los que la persona no participa activamente pero en los que se producen hechos que sí le pueden afectar, como el grupo de amigos, o los medios de comunicación.
- **Macrosistema:** Se refiere a la cultura y momento histórico-social determinado en el que vive la persona e incluye la ideología y valores dominantes en esa cultura.

1.3. Tipología de la violencia

La discusión sobre el carácter innato o adquirido de la violencia humana, y el intento de pensadores y científicos a lo largo de la historia por definir el concepto y clasificar su tipología sigue siendo motivo de investigación y debate. Autores como Rousseau, Bandura, Lewis y otros, apostaron en sus postulados por el carácter adquirido de la violencia. Por otro lado el filósofo inglés Thomas Hobbes, tres siglos antes que Sigmund Freud, defendió el carácter innato que la humanidad tiene en relación a la violencia. Mucho después, los etólogos Konrad Lorenz, Karl Von Frisch y el holandés Nikolaas Tinbergen, comparando la conducta animal y humana, detectaron que la violencia es genética, y que el instinto de agresión humana dirigido hacia sus congéneres es la causa de la violencia contemporánea (8).

Una de las tipologías que ganó relevancia y consenso a partir de mediados del siglo XIX, es la tipología propuesta por Johan Galtung a la que denominó: “El triángulo de la violencia” (18). Según Galtung, la violencia es como un iceberg, de modo que la violencia visible es solo una pequeña parte del conflicto. Solucionarlo

supone actuar en todos los tipos de violencia propuestos por él, que serían tres (Figura 1):

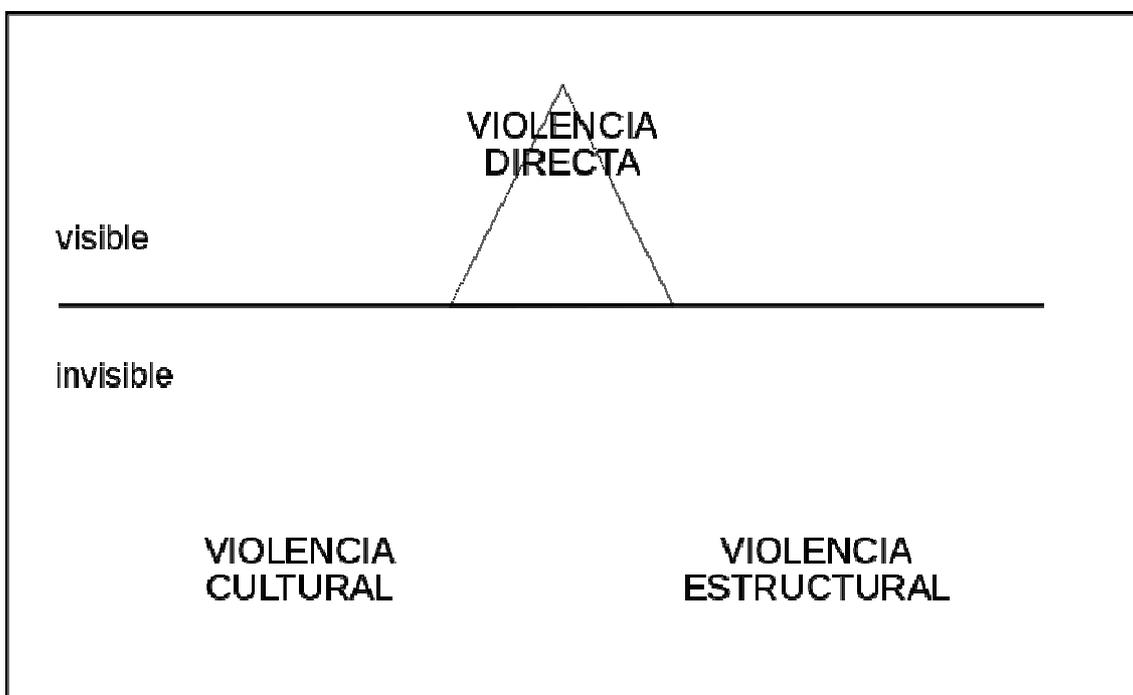


Figura 1. Triángulo de la Violencia de Johan Galtung (1995) (18)

- **La violencia directa**, la cual es visible, se concreta con comportamientos y responde a actos de violencia. Es la que realiza un emisor o actor intencionado (en concreto, una persona), y quien la sufre es un ser vivo dañado o herido física o mentalmente. Entendiendo la violencia como la aplicación de métodos fuera de lo natural, nos referimos a un abuso de autoridad cuando alguien cree tener poder sobre otro, acto que sucede generalmente en las relaciones asimétricas. Si bien lo más visible de la violencia directa es la violencia física, que se manifiesta a través de golpes que suelen dejar marcas en el cuerpo (hematomas y traumatismos), no por ello es la única que se practica, puesto que toda acción destructiva contra la naturaleza también debe de entenderse como violencia directa.

- **La violencia estructural**, está originada por todo un conjunto de estructuras, tanto físicas como organizativas, que no permiten la satisfacción de las necesidades. Esta es la peor de las tres violencias (directa, estructural y cultural), porque es el origen del resto, es la que más mata y como es muy complicado distinguirla es difícil luchar contra ella. Si en un conflicto, sistemáticamente, una parte sale ganando a costa de la otra, esto no es un conflicto sino que es violencia estructural. Por tanto, nos encontramos ante un grave problema. Para poder responder a cuestiones como, por ejemplo, ¿qué es lo que ha ocurrido para que estalle una guerra en un país que hasta entonces habíamos creído pacífico, a inicios de la década de los años 70' del siglo XX?, Galtung y otros desarrollaron el concepto de violencia estructural. Este concepto presenta una visión de la violencia más dinámico y más invisible definiéndolo así: “Aquello que provoca que las realizaciones afectivas, somáticas y mentales, de los seres humanos estén por debajo de sus realizaciones potenciales”.

El término violencia estructural es aplicable en aquellas situaciones en las que se produce un daño en la satisfacción de las necesidades humanas básicas (supervivencia, bienestar, identidad o libertad) como resultado de los procesos de estratificación social, por tanto, no existe la necesidad de violencia directa. El término violencia estructural remite a la existencia de un conflicto entre dos o más grupos sociales (normalmente caracterizados en términos de sexo, etnia, clase, nacionalidad, edad u otros) en el que el reparto, acceso o posibilidad del uso de los recursos, es resuelto sistemáticamente a favor de alguna de las partes y en perjuicio de las demás, debido a los mecanismos de estratificación social.

- **La violencia cultural**, es la que crea un marco legitimador de la violencia y se concreta en actitudes. Esta forma de la violencia hace referencia a aspectos de la cultura que la legitiman a través del arte, la religión, la ciencia, el derecho, etc.

De los tres tipos de violencia (directa, estructural y cultural) la directa es clara y visible, por lo que resulta relativamente sencillo detectarla y combatirla. En cambio, la violencia cultural y la violencia estructural, son menos visibles, pues en ellas intervienen más factores, por lo tanto detectar su origen, su prevención y remedio es más complicado.

A menudo, las causas de la violencia directa están relacionadas con situaciones de violencia estructural o justificadas por la violencia cultural; muchas situaciones son consecuencia de un abuso de poder que recae sobre un grupo oprimido, o de una situación de desigualdad social (económica, sanitaria, racial, etc.) y reciben el espaldarazo de discursos que justifican estas violencias.

Una de las tipologías más abaladas en los últimos años es la que la OMS propone en su Informe Mundial (2), donde además de definir el concepto de violencia, propone una clasificación dividiendo la violencia en tres grandes categorías según el autor del acto violento: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva (Figura 2).

A su vez, estas tres amplias categorías se subdividen para reflejar tipos de violencia más específicos.

- **La violencia dirigida contra uno mismo:** Comprende los comportamientos suicidas y las autolesiones, así como la automutilación.

- **La violencia interpersonal:** Se divide en dos subcategorías, violencia intrafamiliar o de pareja, y violencia comunitaria la cual se produce entre individuos no relacionados entre sí y que pueden conocerse o no; acontece generalmente fuera del hogar (escuelas, lugar de trabajo, instituciones, prisiones, residencias, hospitales).
- **La violencia colectiva:** Es el uso instrumental de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro grupo o conjunto de individuos, con objeto de lograr objetivos políticos, económicos o sociales.

Esta clasificación de la OMS tiene también en cuenta la naturaleza de los actos violentos, que pueden ser físicos, sexuales o psíquicos, o basados en las privaciones o el abandono, así como la importancia del entorno en el que se producen, la relación entre el autor y la víctima y, en el caso de la violencia colectiva, sus posibles motivos.

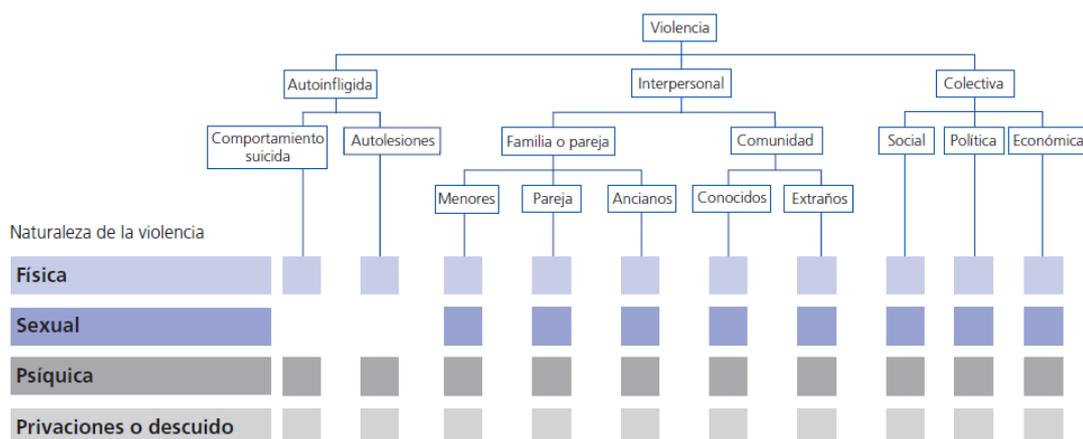


Figura 2. Clasificación de la violencia según la OMS (2).

1.4. Violencia interpersonal

La violencia interpersonal es un tipo de violencia que se divide en dos subcategorías:

- **violencia familiar y con la pareja íntima:** En otras palabras, violencia principalmente entre miembros de una familia o con la pareja íntima, usualmente, pero no siempre, tiene lugar en el hogar.
- **Violencia comunitaria:** Violencia entre individuos sin relación, quienes pueden, o no, conocerse, generalmente se produce fuera del hogar.

El primer grupo incluye formas de violencia tales como maltrato a los niños, violencia de pareja íntima y abuso a personas de la tercera edad. El segundo grupo incluye violencia juvenil, actos aleatorios de violencia, violaciones o asalto sexual por extraños y violencia en ámbitos institucionales tales como escuelas, centros de trabajo, cárceles y lugares de convalecencia.

Aunque en la mayoría de los casos la violencia interpersonal no causa una muerte inmediata, puede conllevar enfermedades capaces de dañar de por vida la salud de la persona. La OMS y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), presentaron recientemente el Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014; este informe tiene un enfoque especial, porque no se centra en la violencia autoinfligida o colectiva, sino que se centra en la perspectiva interpersonal (19).

Debemos comprender que la violencia interpersonal se manifiesta mediante el maltrato infantil y juvenil, la violencia entre parejas, el maltrato a adultos mayores

y la violencia sexual. Sus consecuencias pueden cambiar el modus vivendi, porque recae en el ámbito social y económico de quien la sufre.

En ese sentido, para el Estado también representa un problema porque sobrecarga los sistemas de salud, de justicia, así como los servicios de asistencia social y de previsión.

Los datos del Informe revelan que, en el ámbito mundial, una cuarta parte de la población adulta ha sufrido maltrato físico en la infancia; una de cada 5 mujeres sufrió abuso sexual en la infancia; una de cada 3 mujeres ha sufrido violencia física por parte de su pareja; y solo en el último mes del 2014, un 6 % de los adultos mayores habían sufrido algún tipo de maltrato (19).

Un aspecto positivo para este tipo de violencia es que puede prevenirse, y de hecho algunos países ya están invirtiendo en ello. El aspecto más negativo se basa principalmente en dos factores: por un lado, en la mayoría de países la inversión para corregir el problema no va de acuerdo con la magnitud del mismo; asimismo, los planes de prevención no se han basado en datos procedentes de encuestas nacionales (19).

1.5. Violencia laboral

Uno de los riesgos a los que están sometidos los trabajadores en el desempeño de su labor deriva de la interrelación con otras personas. El despliegue de comportamientos violentos puede suponer un importante riesgo para su salud y seguridad. La violencia sufrida en el lugar de trabajo es un problema al que se le va prestando una atención creciente. Según datos aportados por la Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo en la Unión Europea de 2010 (20), la violencia física ha afectado al 1,9% y la verbal al 11% de los trabajadores de la Unión Europea en los doce meses anteriores a la

realización de la encuesta; siendo el sector servicios el que más episodios de violencia registra. Los datos referentes a España ofrecen un porcentaje algo inferior a la media comunitaria, obteniendo un 1% en violencia física y un 5,2% en violencia verbal (20).

De hecho, y a pesar de la gravedad y notoriedad de las agresiones con resultado de muerte o de daños físicos a las personas, el problema de la violencia en el lugar de trabajo está, principalmente, centrado en los abusos verbales y las amenazas. En la mayoría de las ocasiones, o no se les presta atención o se asumen como parte integrante del trabajo y, sin embargo, pueden tener importantes efectos sobre las personas que los sufren (e incluso sobre el resto de trabajadores que son testigos). El problema radica en que, a diferencia de las agresiones físicas, el impacto de otros tipos de conductas violentas es difícil de determinar, a veces los efectos no son inmediatos sino que se producen a largo plazo, y dependen también de las distintas percepciones sobre lo que se considera una conducta verbal abusiva o amenazante.

Una de las principales dificultades es la definición de lo que es una acción violenta relacionada con el lugar de trabajo. Los dos problemas básicos que se plantean se refieren, por una parte, a lo ya comentado sobre la amplitud del concepto de violencia y, por otra parte, a su relación con el trabajo. Que un acontecimiento de violencia se produzca en el lugar de trabajo no tiene porqué significar necesariamente que tal suceso sea un resultado directo de la propia actividad laboral. Habría que entender que tal evento se produzca bajo la premisa de la actividad laboral dependiente del empresario, o en otros lugares donde los trabajadores desarrollen su trabajo o se les requiera que estén presentes como condición del desempeño de su trabajo. Por otra parte, algunos episodios pueden

ocurrir fuera del lugar de trabajo pero derivar de la relación laboral, por ejemplo, un cliente que se encuentra con un trabajador en la calle.

1.5.1. Clasificación de los tipos de violencia laboral

Una de las clasificaciones más difundidas sobre los tipos de violencia en el trabajo es la elaborada por la *California Division of Occupational Health and Safety* (Cal/OSHA). Esta clasificación divide a los eventos violentos en tres grupos en función de quienes son las personas implicadas y del tipo de relación existente entre ellas (21).

- **Violencia tipo I**

Este grupo se caracteriza porque quienes llevan a cabo las acciones violentas no tienen ninguna relación legítima de trato con la víctima. Es decir, no existe un trato comercial entre el perpetrador y la víctima. Los casos más habituales se refieren a acciones con ánimo de robo. El mayor riesgo de sufrir violencia de este tipo lo tienen los establecimientos comerciales, bancos, lugares de almacenamiento de objetos valiosos, personas que trabajan con intercambio de dinero, taxistas, etc.

- **Violencia tipo II**

En estos casos existe algún tipo de relación profesional entre el causante del acto violento y la víctima. Tanto el causante como la víctima pueden ser el que recibe un servicio ofrecido (cliente, paciente o consumidor) o el que lo oferta (profesional). Normalmente estos hechos violentos se producen mientras se ofrece el servicio, tales como los agentes de la seguridad pública, conductores de

autobús, personal sanitario, profesores, vendedores u otros trabajadores del sector público o privado que ofrecen servicios profesionales, públicos o privados.

- **Violencia tipo III:**

En este tipo de violencia el causante de la misma tiene algún tipo de relación laboral con el lugar de trabajo o con algún trabajador en concreto de tal lugar. Muchos son los escenarios que pueden plantearse en este grupo: el más común es aquel en el que hay una implicación laboral directa entre el perpetrador (por ejemplo, un empleado actual, o que ya no lo es) y el trabajador-víctima. Otro caso es aquel en el que existe una relación personal entre ambos sujetos (cónyuge, ex-cónyuge, pariente, amigos). Más raramente suele existir una implicación más indirecta; por ejemplo, el perpetrador elige un cierto lugar (no tanto a los trabajadores que en él trabajan) porque tiene rencor, animadversión hacia tal sitio que tiene para él una carga representativa o simbólica.

Los tipos de conductas violentas y sus consecuencias suelen variar en función del tipo de que se trate. Las conductas de mayor violencia y con peores consecuencias para la víctima se sitúan en el tipo I. En el tipo II lo más habitual son agresiones físicas con consecuencias leves y abusos verbales y amenazas. En contraste con los de tipo I, en las que su periodicidad y acontecimiento es irregular, los de tipo II surgen del contacto habitual y diario de los trabajadores con receptores insatisfechos de bienes y servicios. Así, el tipo II representa un riesgo constante para muchos trabajadores. Lo más habitual en el tipo III es que el objetivo de la acción violenta fijado por el agresor sea un compañero de trabajo o un superior. Las acciones del perpetrador pueden estar motivadas por

dificultades percibidas en su relación con la víctima, buscando revancha, ajuste de cuentas o hacer uno mismo justicia.

1.5.2. Violencia laboral y sanidad

La OMS junto al Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Internacional de Servicios Públicos (ISP), definen la violencia laboral como: “Incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluidos los trayectos de ida y vuelta al mismo, que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud” (22,23).

La sanidad, incluida en el sector servicios, es el ámbito que más riesgo de violencia presenta debido al estrecho contacto de los trabajadores con los usuarios/as. En 2012, el Consejo General de Enfermería de España, realizó una radiografía de las agresiones en el ámbito sanitario evidenciando que, aunque se observa una ligera disminución del número de agresiones (pasando en tres años del 39% al 33%), el personal de enfermería, en concreto sus profesionales son los sanitarios más agredidos con porcentajes de entre el 38 y el 40%. Además se observa un incremento de la agresividad verbal frente a la física (del 61 al 69%), y un incremento de las agresiones y conductas violentas en la atención especializada frente a la atención primaria de salud, pasando de un 49% a un 53% (24).

1.5.3. Violencia laboral y los profesionales de salud

La evidencia disponible sugiere que la cuarta parte de la violencia en el lugar de trabajo se dirige contra trabajadores del sector salud, entre ellos las enfermeras (25,26); no obstante, es difícil dar una cifra de su prevalencia específicamente para este colectivo a nivel internacional. Diferentes estudios

internacionales han mostrado una prevalencia de violencia laboral hacia el personal de enfermería que varía entre un 10% y un 50%, llegando incluso a reportarse índices del 87% (27,28). Los estudios suelen dar cuenta de que dicha violencia se asocia con alteraciones físicas y mentales de las víctimas y con niveles elevados de bajas médicas (27,29).

Donde sí existe consenso, es a la hora de indicar que el personal de enfermería es uno de los grupos profesionales con mayor incidencia de agresiones. Algunos estudios confirman que la violencia laboral afecta de manera significativa a este colectivo llegando a casi cuadruplicar la incidencia con respecto al resto de profesiones (22,30), siendo los servicios de urgencias, unidades de cuidados intensivos y psiquiatría donde suele haber mayor incidencia (22,31). Es por ello que, nos centraremos en la violencia laboral a la que se ven expuestas las enfermeras en su puesto de trabajo y en especial a aquellas que desarrollan su actividad en el ámbito de la salud mental, Además centramos nuestro interés en las unidades de psiquiatría como las unidades en las que existe mayor incidencia, y más concretamente en las que atienden pacientes con un trastorno mentales en fase aguda (30,32–35).

Estudios recientes determinan que más del 60% de las Enfermeras de Salud Mental experimentaron o sufrieron algún tipo de conducta violenta en el último año y que el 43% de estas conductas o actos violentos acabaron en lesión (36). La evidencia sugiere que el personal de enfermería es el que más actos de violencia recibe por parte de los pacientes. Sin embargo ha habido muy pocos estudios enfocados en evaluar los factores que influyen en esta hecho (30,37). Es fundamental ir más allá de la simple idea de que a mayor presencia de enfermería

menor riesgo y conocer cuál es la relación entre el perfil del profesional de enfermería psiquiátrico y la manifestación de conductas violentas.

1.6. Violencia laboral y Salud Mental

Por otro lado, la violencia en pacientes psiquiátricos hospitalizados es un tema de gran trascendencia por las repercusiones clínicas y legales que se derivan de la conducta violenta (38,39). El mismo concepto de violencia comporta múltiples problemas semánticos y se relaciona con abuso, agresión, peligrosidad, coacción, impulsividad, etc.

Se han demostrado las graves consecuencias inmediatas y futuras que la violencia tiene a largo plazo para la salud y para el desarrollo psicológico y social de los individuos, las familias, las comunidades y los países. Por ello, reconocer los factores predictivos de riesgo es una cuestión de suma importancia para la sociedad (40). Las formas de conceptualización del tema y las reacciones comunitarias hacia los diversos grados de riesgo han variado a lo largo de la historia y, como otras cuestiones que involucran a la seguridad pública, han resultado desgraciada y frecuentemente ser más el resultado de las presiones sociales que del conocimiento científico (41).

Las consecuencias de la violencia son cada vez más importantes en los servicios de salud. Los agentes de salud se encuentran con frecuencia entre los primeros que ven a las víctimas de la violencia, tienen capacidad técnica y gozan de una posición especial en la comunidad para ayudar a las personas expuestas a ese riesgo (42). Además, tienen la responsabilidad de desempeñar una función de liderazgo y orientación en el desarrollo de programas de salud encaminados a prevenir la violencia ejercida contra ellos mismos y contra los demás.

1.6.1. Violencia interpersonal y los pacientes esquizofrénicos

Desde hace décadas, las investigaciones se han centrado en tratar de determinar cuál es el tipo de paciente más susceptible de comportarse de forma violenta, y se puede afirmar que, según la mayoría de los estudios revisados, existen dos poblaciones de riesgo, los pacientes con síntomas psicóticos activos y los que presentan consumo de sustancias tóxicas. La prevalencia es entre 12-16 veces mayor entre pacientes que presentan dependencia a tóxicos (alcohol y otras drogas respectivamente), frente a los que no presentan diagnósticos psiquiátricos (43).

Las revisiones y estudios epidemiológicos sobre la materia demuestran que la enfermedad mental, y en concreto la esquizofrenia, no es causa directa de violencia aunque exista la creencia de que detrás de todo acto violento existe un enfermo mental y de que todo enfermo mental es una persona potencialmente peligrosa (44). A pesar de ello, personas con indicadores de enfermedad mental con una determinada sintomatología (delirante, alucinatoria, afectiva...) sin tratamiento adecuado (mala adherencia), con concurrencia de consumo de sustancias o con diagnóstico asociado de trastorno de personalidad, presentan una mayor frecuencia de conducta violenta (45,46), con cifras de "riesgo relativo" de entre 4 y 6 veces más elevadas que el resto de personas que padecen patologías mentales y que no cumplen con los indicadores ya citados (47,48). Estas cifras pueden inducir a error, porque teniendo en cuenta otros factores en distintos estudios (edad, sexo, nivel educacional, historia previa en la población general, etc.) pueden alcanzar valores parecidos o incluso superiores en dichos indicadores que se asocian con la violencia (49).

Desgraciadamente, a las personas diagnosticadas de trastornos esquizofrénicos, y por extensión otros trastornos mentales graves, se les suele relacionar con una conducta violenta habitual o probable. Esta asociación se agudiza cuando se analizan, tanto las actitudes de distintas personas, sectores sociales (sociedad), como los mensajes de los medios de comunicación (50).

Si contextualizamos el comportamiento violento, identificamos factores de riesgo y utilizamos otras medidas epidemiológicas adecuadas para valorar la contribución causal del diagnóstico (51), la contribución a la violencia global de las personas con esquizofrenia es inferior al 5 % del total (39,52).

Por otro lado, el uso de instrumentos de evaluación de riesgos estructurados para predecir los resultados violentos en individuos diagnosticados con esquizofrenia plantea una serie de retos. Aunque la evidencia de una asociación positiva entre la esquizofrenia y la violencia se ha encontrado en estudios epidemiológicos de gran escala en diferentes países, con diferentes diseños y resultados, el comportamiento violento no es común en esta población. Pudiéndose llegar a afirmar que el comportamiento violento no se puede predecir sin un alto número de falsos positivos. A pesar de esto, se sigue identificado a los pacientes diagnosticados de esquizofrenia como la población hospitalizada más comúnmente asociado con la violencia.

Por otro lado, existe poca evidencia directa para apoyar el uso de estas herramientas de evaluación del riesgo en la esquizofrenia, específicamente. Más bien, las propiedades psicométricas y la exactitud de predicción de instrumentos disponibles han sido estudiadas en muestras psiquiátricas genéricas, y la suposición es que, estas propiedades son aplicables a pacientes con esquizofrenia (52).

Una vez conocida la relevancia y trascendencia de la violencia, sobre todo en el sector de la salud mental, se puede decir que es necesaria una evaluación objetiva y sistemática de la violencia en la enfermedad mental y sentar las bases de la investigación para la determinación de los factores de riesgo asociados a su manifestación. La monitorización o supervisión constante de estas situaciones es una cuestión clave para identificar los factores predictivos y las causas y, de esta forma, prevenir la conducta violenta.

1.7. Análisis de la violencia laboral

Históricamente, el análisis de la violencia laboral se ha centrado básicamente en la violencia física y sus manifestaciones, sin embargo la violencia psicológica ha ido tomando protagonismo en los últimos años a raíz de varios estudios que han constatado que mientras la violencia física suele ser puntual, la violencia psicológica puede ser más persistente y duradera en el tiempo (32).

Las formas que puede adoptar la violencia o su amenaza son múltiples tanto en su origen como en su proceso, lo cual determina que sea más difícil de preveer su aparición y de intervenir ante ella. La mayoría de autores coinciden en la multicausalidad de la violencia laboral decantándose más por factores predictores que por causas directas (3,6). Entre los diferentes factores predictores destacan los factores individuales y los situacionales, aunque estos dos factores no son suficientes para explicar la violencia laboral, puesto que esta violencia es el resultado de la interacción de factores individuales, situacionales y globales (32).

1.7.1. Modelos conceptuales de violencia laboral

Ningún factor por sí solo explica por qué algunos individuos tienen comportamientos violentos hacia otros o por qué la violencia es más prevalente

en algunas comunidades que en otras. La violencia es el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales. Comprender la forma en que estos factores están vinculados con la violencia es uno de los pasos más importantes en el enfoque de la salud pública para prevenirla.

Para estudiar la violencia se han desarrollado diversos modelos, uno de ellos es el modelo ecológico adoptado por la OMS para interpretar la violencia en la sociedad y planificar acciones para su prevención, otro es el modelo interactivo de Chappell y Di Martino diseñado para evaluar la violencia en el trabajo, el cual fue utilizado en el informe sobre violencia en el trabajo *Violence at Work* (32), realizado por dichos autores para la OIT, en el año 1998 y que luego fue aplicado en diversos estudios sobre violencia laboral.

1.7.3. Modelo conceptual ecológico

El modelo ecológico se comenzó a utilizar a finales de los años setenta (17), se aplicó inicialmente al maltrato de menores y posteriormente a la violencia juvenil. En fecha más reciente, los investigadores lo han usado para comprender la violencia de pareja y el maltrato de las personas mayores. El modelo explora la relación entre los factores individuales y contextuales y considera la violencia como el producto de diferentes niveles de influencia sobre el comportamiento, como se muestra en la Figura 3.



Figura 3: Modelo Ecológico para comprender la violencia propuesto por la OMS 2002 (2).

- **El nivel individual**

El primer nivel del modelo ecológico pretende identificar los factores biológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de una persona. Además de los factores biológicos y personales en general, se consideran factores tales como la impulsividad, el bajo nivel educativo, el abuso de sustancias psicotrópicas y los antecedentes de comportamiento agresivo o de haber sufrido maltrato. En otras palabras, este nivel del modelo ecológico centra su atención en las características del individuo que aumentan la probabilidad de ser víctima o perpetrador de actos de violencia.

- **El nivel de las relaciones**

El segundo nivel del modelo ecológico indaga el modo en que las relaciones sociales cercanas aumentan el riesgo de convertirse en víctima o perpetrador de actos violentos. En los casos de la violencia familiar, la interacción casi diaria o el compartir el domicilio con un agresor puede aumentar las oportunidades para que se produzcan encuentros violentos. Dado que los individuos están unidos en una relación continua, es probable que la víctima sea reiteradamente maltratada por el agresor. En el caso de la violencia interpersonal entre los jóvenes, las

investigaciones revelan que éstos tienen muchas más probabilidades de involucrarse en actos violentos cuando sus amigos promueven y aprueban ese comportamiento. Los compañeros, la pareja y los miembros de la familia tienen el potencial de configurar el comportamiento de un individuo y sus experiencias.

- **El nivel de la comunidad**

El tercer nivel del modelo ecológico examina los contextos de la comunidad en los que se inscriben las relaciones sociales, como la escuela, el lugar de trabajo y el vecindario, y busca identificar las características de estos ámbitos que se asocian con ser víctimas o perpetradores de actos violentos. La frecuente movilidad de residencia, la heterogeneidad y una densidad de población alta son ejemplos de tales características, y cada uno se ha asociado con la violencia. De igual manera, las comunidades aquejadas por problemas como el tráfico de drogas, el desempleo elevado o el aislamiento social generalizado también es más probable que experimenten hechos violentos. Las investigaciones sobre violencia muestran que determinados ámbitos comunitarios favorecen la violencia más que otros; por ejemplo, las zonas con pobreza o deterioro físico, o donde hay poco apoyo institucional.

- **El nivel social**

El cuarto y último nivel del modelo ecológico examina los factores sociales más generales que determinan las tasas de violencia. Se incluyen aquí los factores que crean un clima de aceptación de la violencia, los que reducen las inhibiciones contra ésta, y los que crean y mantienen las brechas entre distintos segmentos de la sociedad, o generan tensiones entre diferentes grupos o países.

Entre los factores más generales también cabe mencionar las políticas sanitarias, educativas, económicas y sociales que mantienen niveles altos de desigualdad económica o social entre distintos grupos de la sociedad.

El modelo ecológico destaca las causas múltiples de la violencia y la interacción de los factores de riesgo que operan dentro de la familia y en los ámbitos social, cultural y económico. En un contexto de desarrollo, el modelo ecológico indica también el modo en que la violencia puede ser causada por diferentes factores en distintas etapas de la vida.

1.7.2. Modelo conceptual de Chappell & Di Martino

Este modelo fue desarrollado por Duncan Chappell y Vittorio Di Martino para el estudio *Violence at Work* (32) y fue publicado por la OIT en 1998. Como se ha indicado, fue diseñado especialmente para estudiar la violencia en el ámbito del trabajo, y en él se identifican los factores de riesgo laboral tanto individuales y sociales como organizacionales, presentes en la manifestación de conductas violentas en el ámbito del trabajo. Dicho modelo ha sido utilizado en diversos países de la comunidad europea y en países de América para la interpretación de la violencia laboral.

El modelo conceptual de Chappell & Di Martino, basado en el modelo de Poyner y Warner, (Figura 4), propone una visión en la que interactúan tres factores: el perpetrador (agresor), la víctima y el entorno. Las categorías específicas que se incluyen en cada factor son:

1. Factores del perpetrador: edad, experiencias previas de maltrato, consumo de drogas, problemas de salud mental y las circunstancias que conducen a la agresión.

2. Factores de la víctima: edad, apariencia, experiencias de maltrato previo, salud, sexo, personalidad y temperamento, actitudes y expectativas.
3. Factores del entorno: características físicas, de la organización y aspectos culturales.

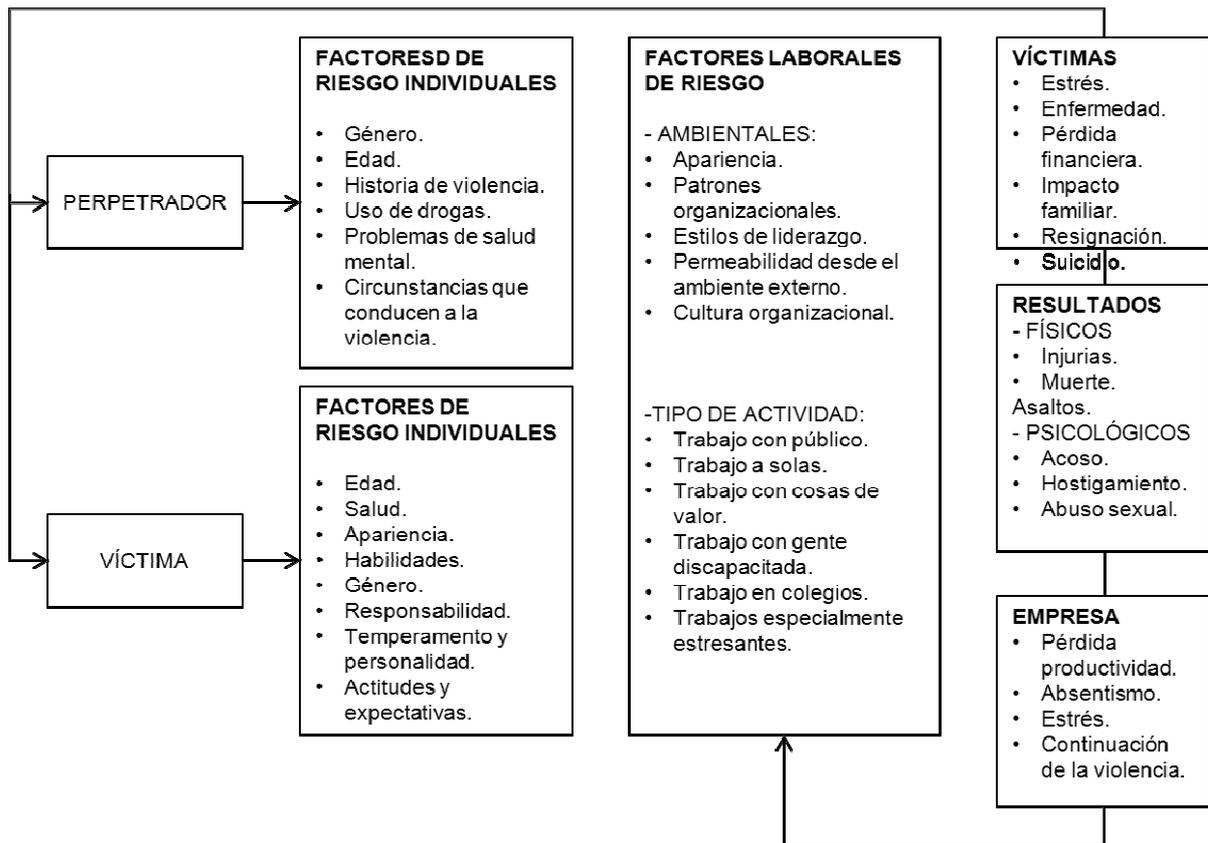


Figura 4 Modelo Interactivo de Chappell y Di Martino (2006) (32)

1.7.2.1. Factores de la víctima

Existen muchos atributos personales que influyen en la presencia o en la ausencia de factores de riesgo individuales de las víctimas de violencia laboral. Chappell & Di Martino establecen que los factores de riesgo más relevantes son: la apariencia, la edad, la experiencia, las habilidades, la salud, el temperamento, la personalidad, el sexo, la responsabilidad, las actitudes y las expectativas (32).

Como veremos de aquí en adelante, diversos estudios determinan que los atributos individuales de las enfermeras que trabajan en el ámbito de la salud mental tienen relación con la presencia o ausencia de conductas violentas (53).

De todos los factores de riesgo planteados, el sexo y el estado civil son los únicos en los que se observan tendencias sin llegar a contar con evidencia clara. Varios artículos describen que los profesionales solteros tienden a presentar más incidentes violentos; en cuanto al sexo, se observa que las enfermeras presentan más incidentes que los enfermeros hombres (30,54,55).

En cuanto al factor edad, existe diversidad de opiniones, encontrando por un lado, estudios que evidencian una menor presencia de conductas violentas en equipos de enfermería jóvenes (con edades inferiores a 30 años), mientras que otros estudios refieren que los que presentan menos incidentes violentos son los equipos profesionales con edades superiores a 50 años.

Los factores en los que la literatura sí aporta evidencia y consenso son: la experiencia, las habilidades, la salud, el temperamento, la personalidad, la responsabilidad y las actitudes y expectativas. En cuanto a la experiencia laboral, la mayoría de los estudios describen que a mayor experiencia laboral (más de 20 años) menos presencia de incidentes (30,54), al igual que la falta de competencia profesional (entendida ésta como la combinación de edad, experiencia laboral y formación), o el no ser enfermero especialista en salud mental, son factores generadores de incidentes violentos (30,33,54,56). Diversos artículos defienden que la presencia de equipos de enfermería competentes aseguran que se lleven a cabo intervenciones que promueven alternativas a la contención o al aislamiento

y estilos de comunicación efectiva, reduciendo así el número de incidentes violentos (33,57,58).

Por otro lado, la exposición reiterada a conductas violentas, ya sean verbales o físicas, provoca un efecto negativo en la salud mental de las enfermeras, con lo que disminuye la calidad de los cuidados que prestan a los pacientes (37,59). También la presencia de estrés laboral por la carga excesiva de trabajo suele ser una de las causas generadoras de conductas o incidentes violentos (30,37); diversos estudios describen que una ratio 1:1 reduce estos incidentes significativamente (30). En el caso de los turnos de noche o rotatorios, los estudios revelan que suelen ser los turnos que registran más incidentes violentos (33,54). Es importante destacar la personalidad y las actitudes personales, ya que el estilo de conducta ejercido por el profesional de enfermería ante una situación de crisis influye directamente en la escalada o desescalada del acto violento (37).

1.7.2.2. Factores del perpetrador

Chappell & Di Martino describen que los atributos individuales del agresor que influyen en la presencia de conductas violentas son la edad, sexo, experiencias previas de violencia o maltrato, consumo de drogas, problemas de salud mental y las circunstancias que conducen a la agresión.

En cuanto a la edad, la mayoría de los estudios determinan que el intervalo de edad comprendido entre los 20-40 años (madurez joven) es donde suele generarse más conductas violentas (32,36,60–62). Incluso hay estudios que indican que edades inferiores a 25 años presentan una asociación negativa con el riesgo de violencia (30) .

En relación al sexo se ha descrito en la mayoría de los estudios que el sexo masculino es el que presenta más riesgo de generar conductas violentas (63), revelando que el sexo masculino aumenta 12,8 veces el riesgo de conductas violentas (64). A esto hay que sumarle las aportaciones que hace Owen es su estudio evidenciando que, los pacientes que cuentan con una historia previa de experiencias de violencia o maltrato presentan más riesgo de generar conductas violentas (30).

Por otro lado, se sabe que el consumo de sustancias tóxicas aumenta las tasas de conductas violentas en las unidades de salud mental (30,34,63). Tóxicos como el cannabis o el alcohol presentan una asociación muy estrecha con la presencia de actos violentos en pacientes diagnosticados de esquizofrenia (65–67) y estudios recientes indican que la combinación de consumo de tóxicos y la presencia de conductas autoagresivas aumentan el riesgo de conductas violentas heteroagresivas (48,68)

El tipo de trastorno y el reingreso u hospitalización de larga duración, también están asociados con el incremento de conductas violentas, ya sea porque los pacientes con una psicopatología más severa (los cuales tienen más riesgo de cometer actos violentos generados por la patología) requieren de un mayor tiempo de ingreso o porque a mayor tiempo de ingreso, más posibilidad de que suceda un acto violento. En diversos estudios se observa que la mayoría de actos violentos se concentran en los diagnósticos de esquizofrenia en gran medida, seguidos de los trastornos bipolares y los trastornos de personalidad (69,70).

En cuanto a las diversas circunstancias que pueden conducir a la violencia, la literatura científica destaca conceptos como tipo de ingreso, pródromos de

violencia y medidas restrictivas como factores de riesgo. En relación al tipo de ingreso podemos afirmar que los pacientes ingresados de manera judicial o involuntaria presentan tasas más altas de violencia (68,71). Por otro lado, el uso de medidas restrictivas para prevenir la violencia, desde la limitación de permisos pasando por el aislamiento terapéutico hasta las sujeciones mecánicas, son acciones que suelen indicarse e iniciarse ante la presencia de dificultades en la relación interpersonal en los pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Estas dificultades suelen asociarse a una interpretación distorsionada del entorno y una apreciación inexacta de las señales y códigos sociales provocando en la mayoría de los casos un aumento de la agresividad y de conductas autoagresivas (68,72). Por lo que el uso de medidas restrictivas como primera elección de terapia, o un número elevado de pacientes en situación de aislamiento o contención, aumentan las tasas de riesgo de conductas violencia (30,63).

1.7.2.3. Factores del entorno

Chappell & Di Martino agruparon en su modelo a los factores laborales (entorno) en dos categorías (ambiental y tipo de trabajo). La categoría ambiental integra los factores relacionados con: las características físicas (entorno y apariencia), la organización de los servicios (patrón organizacional, estilo de liderazgo, permeabilidad desde el exterior) y la cultura organizacional.

En cuanto a los tipos de trabajo, Chappell & Di Martino describen que los que se realizan de cara al público, en solitario, con objetos de valor, con personas con discapacidad, en colegios o trabajos especialmente estresantes, son los de mayor riesgo (32). A continuación se describen más detalladamente estas dos categorías.

- **Características físicas**

En cuanto a las características físicas, los estudios revisados describen la influencia de varios factores en la presencia de incidentes violentos. El hacinamiento en las salas de psiquiatría es uno de los aspectos que siempre se ha asociado con la presencia de conductas violentas, ya que implica un aumento en la interacción entre pacientes que puede ser generadora de dichas conductas (33,35,73,74). Otro aspecto importante en la generación de incidentes violentos, es el flujo de personas en la unidad, pues los pacientes suelen valorar la importancia de sentirse familiarizados con el personal y poder contar con el personal presente y visible para sentirse seguros. El hecho de que a según qué horas la presencia de trabajadores en la unidad se vea incrementada (turno de mañana y tarde), y el hecho de comenzar a ver caras nuevas y que la atención o dinámica de la unidad se vea alterada puede ser un factor generador de incidentes (75).

El hecho de que en las unidades, los pacientes sientan que se respeta el espacio privado, es otro aspecto importante que influye en la presencia de incidentes violentos. Acciones o normativas que prohíban el acceso a espacios como los controles de enfermería, el office, los espacios de servicio, las habitaciones de los demás pacientes o incluso el préstamo de artículos personales entre usuarios/as, son fundamentales para mantener una sensación de seguridad en las unidades y reducir los incidentes (73–75).

Los ruidos, la mala iluminación y ventilación de los espacios también son cuestiones relevantes, ya que pueden actuar como estresores contextuales.

Parece lógico, que proporcionar un entorno terapéutico favorable puede influir en la reducción de la frecuencia de incidentes violentos (73,75).

Por otro lado, la visibilidad, la proximidad entre espacios y las dimensiones son características que generan controversias, ya que el tamaño y la forma de las unidades no solo está determinado por la necesidad de aumentar la visibilidad (condición de seguridad) sino también por la estructura del resto del hospital y las necesidades de acomodar a un determinado número de pacientes (37,75). Por un lado, la visibilidad y proximidad entre las salas y el control de enfermería facilitan que el personal pueda ver y oír lo que está sucediendo y, si es necesario, se pueda intervenir precozmente (75), pero para algunos pacientes el hecho de no disponer de espacios amplios (espacio para pasear y mantener los límites personales), puede llegar a ser estresante. Mientras que para el personal de enfermería los espacios grandes pueden suponer un hándicap, pues estos acostumbran a tener recovecos que dificultan el control adecuado de los pacientes.

- **Organización de los servicios**

En cuanto a la organización de los servicios, los estudios revisados describen la influencia de varios factores en la presencia de incidentes violentos. En cuanto a los tiempos de ingreso, los estudios revisados citan que el 54% de los incidentes se producen durante la primera semana de ingreso y el 20% durante las primeras 24 horas (43,74). También hay un amplio rango de variabilidad en cuanto a la hora del día de más riesgo. Los estudios citan a los turnos de mañana y tarde, y sobre todo los tiempos de transición (cambios de turno), horarios de

comidas y horas de mayor intensidad de contacto, como los intervalos de mayor riesgo (76,77).

La falta de libertad de los pacientes, entendida como la restricción de movimientos dentro de la unidad o el ingreso involuntario, es uno de los factores de riesgo organizacional más importantes, pues la sensación de restricción de movimiento (puertas cerradas tanto de las habitaciones como de la unidad o uso/abuso de contenciones mecánicas) llevan a los pacientes, en ocasiones, a sentirse impotentes en cuanto al manejo de su plan de tratamiento y la mayoría de estudios lo asocian fuertemente con la presencia de incidentes violentos (74,76). Otro tipo de restricciones impuestas a los pacientes como la negación de privilegios (negación de cigarrillos), o ciertas demandas, puede actuar como detonante de incidentes violentos (34,76).

Existe cierta controversia en cuanto a la relación entre la ratio de personal y el riesgo de incidentes violentos. Es cierto, que la lógica hace pensar, que a mayor ratio de personal menor tasa de incidentes, pero por un lado encontramos estudios que aportan evidencia sobre que esta asociación es negativa (37,76,78), y por otro lado encontramos estudios que indican que una ratio 1:1 (enfermera:paciente) disminuye el riesgo (30,74). Generalmente, la tendencia es que en las unidades de mayor riesgo de incidentes, la dotación de personal sea superior a otras unidades, lo cual lleva a una mayor intensidad de contacto entre enfermera-paciente, con lo que aumenta el riesgo de incidentes violentos. Esto refuerza la idea de que las enfermeras deben establecer estrategias de observación discreta y un abordaje especializado ante pacientes que son propensos a ser agresivos o más irritables y deben aumentar la participación

interpersonal (socialización) a medida que los pacientes mejoran o se estabiliza su patología (37).

Aspectos organizativos de gestión como la presencia de personal suplente, o alumnos en las unidades también puede aumentar el riesgo de incidentes violentos, ya sea debido a que los profesionales dedican un tiempo a enseñar a los alumnos o al personal nuevo y esto reduce el tiempo de atención a las demandas de los pacientes o porque los alumnos o profesionales noveles presentan una baja o nula formación en el abordaje de pacientes violentos y al interactuar con ellos provocan, en ocasiones, que los incidentes se precipiten (30,33).

Otros factores relevantes son la baja programación de actividades recreativas o, por el contrario, la sobre estimulación. Los niveles de estimulación o actividad en las unidades son importantes en el entorno de la hospitalización psiquiátrica por lo que el personal debe desarrollar estrategias para evitar el aburrimiento de los pacientes sin llegar al extremo de la sobreestimulación (74,79). También influye, de manera considerable, en el incremento del riesgo de incidentes violentos el no prestar a los pacientes una ayuda adecuada para superar las dificultades de realización de actividades de la vida diaria (AVDs). Uno de los objetivos primordiales de las unidades de hospitalización psiquiátrica es detectar las necesidades de la persona enferma y responder a ellas de manera adecuada. Las AVDs que suelen estar alteradas y presentar más riesgo, según los artículos revisados, son la administración de medicación autónoma, la alimentación, el vestirse / desvestirse y la higiene. Estos momentos de mayor intensidad de relación han sido detectados en varias investigaciones como momentos de mayor

riesgo de violencia, llegando a tasas del 44% de agresiones verbales en la administración de medicación y tasas del 18% de agresiones físicas en las actividades de higiene (74,80).

Muchos estudios refuerzan la idea de que el trabajo en equipo es esencial para mantener y preservar entornos saludables para los trabajadores y los pacientes. Esta estrategia colectiva mejora la solidaridad entre profesionales (apoyo ante el sufrimiento) y minimiza la disparidad en la normativa o toma de decisiones ante una situación estresante o conflictiva de la unidad reduciendo así el riesgo de incidentes violentos (73,79).

- **Cultura organizacional**

Aspectos culturales como una baja implicación del personal, un escaso reconocimiento y apoyo hacia los profesionales por parte de la dirección del hospital influyen de manera directa en la percepción y la gestión de las conductas de violencia de los profesionales, aumentando significativamente el riesgo de incidentes violentos y reduciendo la autonomía profesional, la innovación y el compromiso para alcanzar los objetivos asistenciales (79,81–83).

Otro aspecto a destacar es la cultura de comunicación de conductas violentas por parte de los profesionales a las direcciones de los centros. En la mayoría de estudios revisados se detectó una infracomunicación de los incidentes violentos (30,33,69). Se ha observado que esta infradeclaración de los incidentes violentos en unidades de salud mental puede ser debida a tres cuestiones, que los profesionales se acostumbran a los niveles de violencia que ejercen los pacientes en dichas unidades, que los profesionales no comunican el incidente por no haber

sido capaces de gestionarlo de manera adecuada (se puede cuestionar su profesionalidad y/o autoconcepto), y el miedo a represalias generado por la idea de que la declaración de incidentes, en ocasiones, puede tener una respuesta punitiva por parte de la organización hacia la enfermera (74,84,85).

Pero estas acciones no deben quedarse como acciones aisladas sino que deben enmarcarse dentro de un modelo asistencial. Para ello, es importante que se genere en las organizaciones sinergias que aboguen por un cambio cultural que implique una transformación en sus comportamientos y, sobre todo, un nuevo enfoque del concepto de cuidado, alineándose hacia un modelo de atención centrado en la persona, con una visión holística y humanista donde los pacientes sean tratados con dignidad y respeto (74). Este modelo asistencial debería incorporar un conjunto de principios generales como el desarrollo de la motivación de personas (liderazgo y gestión por valores) y el desarrollo de la concienciación y la colaboración de familiares y pacientes.

Una iniciativa en este aspecto es la Norma Libera desarrollada por la Fundación Cuidados Dignos la cual proporciona las reglas que han de seguirse para garantizar una gestión rigurosa de las medidas restrictivas y la posibilidad de su eliminación (sin abandonar la seguridad de la persona cuidada) en el centro o servicio en el que se desee implantar (86).

Los líderes de las organizaciones deben estar preparados para evaluar los incidentes violentos y poder tomar las decisiones y acciones oportunas dirigidas a reducir los riesgos. Se deben emplear estrategias como evaluaciones ambientales (87), planes formativos, la inclusión de valoraciones iniciales del paciente mediante escalas o cuestionarios que evalúen el riesgo de violencia (88–90), para

poder detectarlo a priori y adecuar la estrategia de ingreso. Es preciso adaptar los circuitos de admisión de pacientes en las salas, intentando adecuar la capacidad de las unidades y las ratios de personal al riesgo de conductas violentas en función de los tipos de trastornos de los pacientes ingresados y de sus estancias. Se debe procurar el establecimiento de una política clara para la gestión de los incidentes violentos (pre incidente, durante el incidente y post incidente) incluyendo programas de apoyo formalizados de supervisión clínica de casos reales o potenciales de incidentes violentos ya que muchos estudios recalcan el impacto en la salud de las enfermeras que han sido víctimas de un incidente violento. Estos incidentes deben ser tratados aunque el profesional refiera haberlos superado, puesto que la exposición reiterada ante conductas violentas puede desencadenar comportamientos disfuncionales que comprometan la calidad de la atención y contribuir al burnout y al absentismo (70). Para ello las instituciones deben instaurar mecanismos para que los profesionales puedan expresar los sentimientos generados tras una experiencia negativa, como por ejemplo grupos de apoyo en los equipos que promuevan dinámicas de práctica reflexiva (78).

1.8. Valoración del riesgo de violencia

La valoración del riesgo se basa en conocimientos empíricos y no sólo en intuiciones clínicas. El punto débil de éstas es que, por la variedad y simultaneidad con que se dan los factores de riesgo, son muy inestables y pueden inducir al clínico al error. La recogida de datos para la valoración del riesgo incluye entrevistas personales, evaluación psicológica y/o médica estandarizada, revisión de expedientes sociosanitarios y judiciales y a la obtención de información colateral (91).

Este proceso de recogida de información y las decisiones sobre la predicción del riesgo se pueden realizar por medio de procedimientos clínicos, procedimientos actuariales y procedimientos mixtos, que tienen en común tomar una decisión pronóstica a partir de la información relevante (factores de riesgo y protección) de cada comportamiento a predecir (violencia física, sexual, contra la pareja, etc.).

1.8.1. Valoración clínica no-estructurada

En este procedimiento, basado en la historia clínica o en la entrevista y los test y fundamentado mayoritariamente en diagnósticos psiquiátricos, se toma una decisión (juicio clínico o predicción) con arreglo a la información obtenida por el evaluador siguiendo el procedimiento propio de la clínica. Este procedimiento, aún siendo el más frecuente, no sigue normas fijas o estables: las decisiones se ponderan a juicio discrecional del evaluador. Por ello, la estrategia clínica en este contexto es muy subjetiva. De hecho, presenta una fiabilidad interjueces baja y una fundamentación teórica débil. Se presupone —con mucha frecuencia erróneamente— que todas las conductas violentas son estáticas e inmodificables, y que las personas violentas están destinadas a comportarse de ese modo. En cualquier caso, mediante la valoración clínica no-estructurada es muy difícil reconstruir el proceso de toma de decisiones, en el caso de que se desee revisarlo (92,93).

1.8.2. Valoración actuarial

Se trata de un procedimiento que emplea instrumentos objetivos *ad hoc* que permiten cuantificar el riesgo de violencia por medio de un registro detallado de los datos relevantes de la historia personal del sujeto. El evaluador obtiene la

información requerida, bien entrevistando al sujeto o a personas relevantes, bien buscando en expedientes o ficheros (94). Los procedimientos actuariales implican también una ponderación adecuada de la importancia de cada información por medio de reglas matemáticas empíricamente sustentadas. Estas reglas permiten obtener una puntuación de probabilidad determinada que refleja el riesgo de que suceda aquello que queremos prevenir. En este enfoque no hay ningún modelo teórico que explique el porqué de las conductas violentas, lo único relevante es la probabilidad estimada de que puedan ocurrir en el futuro (90).

Los protocolos actuariales se han diseñado con la finalidad de predecir el riesgo de comportamientos violentos específicos, en un período temporal concreto, para una población determinada y en un contexto sociocultural específico. Estos procedimientos aplican las reglas descubiertas en estudios grupales a los individuos. El riesgo de error es tanto mayor cuanto mayor sea la heterogeneidad de los individuos dentro de un grupo, lo que suele ocurrir, por ejemplo, en el caso de los agresores sexuales o de los maltratadores domésticos. Ésta es la limitación más importante de este procedimiento que, no obstante, es de gran utilidad.

1.8.3. Valoración basada en el juicio clínico estructurado

Se trata de un procedimiento mixto «clínico-actuarial» del que forman parte aspectos propios de la valoración clínica (evaluación clínica estructurada y toma de decisión final) y de la actuarial (recogida e inclusión de datos predictores empíricamente verificados). Este tipo de evaluación se realiza con la ayuda de las *guías de valoración del riesgo*, basadas en la investigación clínica y en los estudios epidemiológicos. El procedimiento es completo, pero requiere

protocolizar el proceso de evaluación y adiestrar adecuadamente a los profesionales (90).

Lo más significativo es analizar los factores de riesgo asociados empíricamente a la violencia y contrastados clínicamente en un protocolo a modo de guía de valoración del riesgo. Ello facilita la toma de decisiones del profesional al disponer de una fuente de información relevante y necesaria. Las guías de valoración del riesgo son muy variadas y se ajustan a los diversos tipos de violencia (sexual, de sexo, etc.). Todas ellas presentan algunos aspectos comunes: a) están diseñadas para predecir un resultado concreto; b) están elaboradas para un intervalo temporal, una población determinada y un contexto sociocultural específico; y c) están encaminadas a la gestión del riesgo (95).

La valoración del riesgo por medio del juicio clínico estructurado supone algo más que predecir la violencia futura. Así, al valorar la presencia e intensidad de los factores de riesgo estáticos y dinámicos, se pueden tomar diversos tipos de decisiones: a) proponer procedimientos de gestión del riesgo individualizados y apropiados al momento de la evaluación; b) iniciar la prevención de la violencia futura; c) desarrollar la protección de las víctimas por medio de la elaboración de planes específicos para el riesgo existente; y d) diseñar programas de tratamiento concretos en función de las características de los agresores. Todo ello constituye la gestión del riesgo.

Aunque a priori, las valoraciones basadas en el juicio clínico estructurado pueden parecer el procedimiento de elección, y su uso esté aumentando en las instituciones psiquiátricas. Actualmente, no existe una evidencia clara de que tales instrumentos superen la exactitud predictiva de las valoraciones actuariales (52).

1.9. Escalas predictivas de violencia

La reducción o prevención de la violencia no es tarea fácil; en los últimos 30 años se han desarrollado nuevas fórmulas para predecir dicha conducta, las cuales han ido sustituyendo en gran parte las intuiciones clínicas por conocimientos empíricos, ayudando no sólo al profesional asistencial en su manejo diario, sino también al juez, para reforzar sus veredictos. Asimismo hemos asistido a la sustitución del término peligrosidad por el de riesgo de violencia junto con el desarrollo de instrumentos para la valoración del riesgo de violencia, alejándonos así de pronósticos todo/nada y acercándonos a tomas de decisiones graduales y re-evaluables (89).

Actualmente, los procedimientos o técnicas de predicción de la violencia más fiables para los estudios grupales son las valoraciones actuariales. Las cuales se caracterizan esencialmente, por un registro cuidadoso y detallado de todos los datos relevantes de la historia personal del sujeto, especialmente aquellas informaciones que se relacionan empíricamente con el comportamiento o criterio a predecir. Todo ello, en detrimento de las valoraciones por medio de juicio clínico estructurado, técnicas de evaluación mixta clínico-actuariales, donde el evaluador requiere de numerosas decisiones basadas en el conocimiento experto de la violencia y de los factores de riesgo (96).

Aunque en la actualidad existan más de 120 escalas estructuradas para la prevención de violencia en poblaciones psiquiátricas y penitenciarias (52,97), los instrumentos validados en español son escasos y la mayoría destacan por ser sólo escalas observacionales y no específicas para pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Actualmente, no resulta posible predecir y evaluar el riesgo de violencia de forma precisa de un paciente mental y, por ello, es importante que los

profesionales de la salud mental sigan trabajando en la línea de crear evaluaciones mixtas clínicas-actuariales que permitan desarrollar intervenciones, permaneciendo alerta ante los síntomas de agitación creciente y pródromos como indicios verbales, agitación motora, cambios en el nivel de conciencia y evaluación de la afectividad asociada a la progresión de su comportamiento (98).

Los instrumentos de valoración del riesgo de violencia que están más orientados a la violencia en pacientes psiquiátricos y que han sido validados y adaptados a la población española son:

- **Assessing Risk for Violence HCR-20:**

Este instrumento evalúa el riesgo de violencia física y fue desarrollado para ser aplicado en el ámbito psiquiátrico civil, forense y penitenciario. Funciona como una guía con la cual se alcanzan juicios probabilísticos sobre el riesgo de ocurrencia de violencia en el futuro. Permite realizar una evaluación personalizada orientada al manejo preventivo mediante la consideración de 20 factores de riesgo, los cuales ha sido seleccionados a partir de su asociación con la violencia demostrada en la literatura científica y profesional, y también mediante la consulta a profesionales de la salud mental forense (88).

Dicho instrumento contiene tres subescalas que reúnen factores de riesgo de tres tipos: pasados, presentes y futuro. La subescala histórica (H) está compuesta por 10 ítems de carácter estático que recogen información típicamente documentada en los registros oficiales y hace referencia a la biografía del paciente. La psicopatía es medida con el instrumento *Psychopathy Checklist Revised* (PCL-R) el cual establece un fuerte correlato con la presencia de violencia, el PCL-R también forma parte del esta subescala H.

ITEMS HISTÓRICOS (Pasado)	
H1	Violencia previa
H2	Edad temprana en el momento de la primera conducta violenta
H3	Inestabilidad en las relaciones de pareja
H4	Problemas laborales
H5	Problemas relacionados con el uso de sustancias
H6	Trastorno mental grave
H7	Psicopatía
H8	Inadaptación temprana
H9	Trastorno de personalidad
H10	Fracaso previo al alta o liberación
ITEMS CLÍNICOS (Presente)	
C1	Deficiencia en el juicio
C2	Actitudes negativas
C3	Síntomas activos de trastorno mental grave
C4	Impulsividad
C5	Respuesta desfavorable al tratamiento
FACTORES DE RIESGO MEDIOAMBIENTALES (Futuro)	
R1	Deficiencia del plan de reinserción social
R2	Exposición a factores desestabilizadores
R3	Falta de apoyo personal
R4	Incumplimiento del plan terapéutico
R5	Estrés

Figura 5. Ítems de la HCR-20 (Elaboración propia)

La subescala clínica (C) incluye cinco ítems relacionados con el funcionamiento psicológico actual del evaluado como el juicio, negativismo, síntomas activos, impulsividad, o dificultades ante el tratamiento.

La subescala de riesgo (R) está compuesta de cinco ítems que reflejan factores de riesgo situacionales futuros como falta de plan de reinserción, factores desestabilizadores, estrés, falta de recursos o apoyo tanto personales como sociales, incumplimiento del régimen terapéutico, y se debe codificar como IN o OUT según si el contexto al que hace referencia la predicción es institucional o comunitario.

Los ítems C y R de las subescalas, intentan ayudar en la formulación de los planes de gestión del riesgo porque son sensibles al cambio. Asimismo, la inclusión de factores dinámicos hace que el instrumento sea adecuado para hacer evaluaciones repetidas en función de cambios en las circunstancias, pues un fundamento en esta perspectiva de trabajo es el carácter cambiante y situacional del riesgo de violencia.

Los clínicos deben establecer el nivel (bajo, moderado o alto) de riesgo de violencia para cada caso basándose en la evaluación estructurada de los factores de riesgo, la importancia que estima que poseen para el caso en cuestión y el grado de intervención que considere adecuado para prevenir la violencia. Para la administración de esta escala se utilizan diversas fuentes de datos que puedan garantizar una información fiable (expedientes, historias clínicas y entrevistas). Toda la información obtenida tanto de la historia clínica, como de la documentación disponible, debe ser revisada previamente a la entrevista con el paciente, esta información proporcionará un esquema a completar durante la entrevista con el sujeto detectando los campos que faltan por explorar. La administración del HCR-20 requiere un entrenamiento específico, además de juicio y capacidad profesional y cierta familiaridad con la bibliografía sobre la naturaleza y la predicción de la violencia (96).

La importancia del HCR-20 como un predictor de la conducta violenta ha sido destacada por varios estudios. Brunero y Lamont (2009) indicaron que HCR-20 reúne las filosofías de evaluación de riesgos actuariales y clínicos, que hace que sea el instrumento principal para el enfoque profesional estructurado. Gray et al. (2003) indicaron que HCR-20 es un fuerte predictor de la violencia en poblaciones penitenciarias con trastornos mentales y en unidades psiquiátricas, al igual que es

altamente fiable como predictor de la violencia comunitaria. Además, Fujii et al. (2005) señaló que HCR-20 se puede utilizar con validez similar en pacientes de distintas etnias (asiático-estadounidense, euro-americana y nativo-hawaiano). Por otra parte, la HCR-20 se puede utilizar tanto para hombres y mujeres.

Aunque HCR-20 fue diseñado como una herramienta de evaluación del riesgo de violencia, puede ser útil en la toma de decisiones acerca del traslado del paciente a otras unidades de mayor seguridad o para ser dados de alta hospitalaria. Otra ventaja del HCR-20 es que proporciona a los médicos y profesionales de la salud la flexibilidad y libertad para añadir información relevante en la evaluación de riesgos, la prevención de la pérdida de información vital para la evaluación de riesgos y la adaptación a las situaciones cambiantes. Como resultado, HCR-20 es más fiable que el juicio clínico y más flexible que otras medidas actuariales en la evaluación de riesgos. HCR-20 también se puede utilizar para identificar las lagunas en los planes de intervención debido a sus elementos dinámicos que cambian la evaluación del paciente después de aplicar el tratamiento. Esto ayuda a los profesionales de salud mental a monitorear el progreso del paciente durante el tratamiento. Por último, la combinación de elementos estáticos y dinámicos permite a la HCR-20 identificar el nivel de riesgo actual, la presencia de factores de riesgo y el plan de tratamiento más adecuado a seguir.

En cuanto a las desventajas, el uso de HCR-20 sólo como un predictor de la violencia no es razonable, ya que no depende de los signos evidentes de violencia potencial, lo que significa que la evaluación dependerá totalmente del informe y de las observaciones de los demás sin tener que observar o escuchar al paciente. Además, HCR-20 no es un predictor útil para la autoagresión, por lo que

la seguridad del paciente puede verse comprometida. En cuanto a la duración de la violencia, la eficacia predictiva de la escala es alta durante períodos cortos (menores de un año), ofreciendo una eficacia modesta en períodos más largos, de cinco años. Webster declaró otro inconveniente, según él, los resultados de la HCR-20 hay que utilizarlos con mucha cautela debido a la inconsistencia y la subjetividad que se produce en el proceso de calificación (99).

- **Psychopathy Checklist Revised (PCL-R):**

Se trata del instrumento de referencia a nivel internacional para la evaluación de la psicopatía en la población penitenciaria y en la práctica clínica forense. Tiene capacidad para detectar determinados perfiles delictivos así como predecir reincidencias, quebrantamientos de condena y conducta antisocial dentro y fuera de los centros penitenciarios. El evaluador, a partir de la información recogida durante una entrevista semiestructurada, de entre 90 y 120 minutos de duración, y de la documentación disponible sobre el sujeto: historial delictivo, informes periciales, actas de juicios, historial laboral, valoraciones de iguales, etc., rellenará el instrumento compuesto por 20 ítems (que se puntúan con 0, 1 ó 2 puntos) en lo que puede tardar aproximadamente unos 15 minutos.

La PCL-R proporciona una puntuación general de Psicopatía y puntuaciones en 2 factores (Interpersonal/Afectivo y Desviación social) y en 4 facetas (Interpersonal, Afectiva, Estilo de vida, Antisocial). Los estudios de fiabilidad y validez realizados con una muestra española de población penitenciaria han demostrado el fuerte paralelismo que existe entre la versión original en inglés y española así como su eficacia y utilidad en nuestro contexto (100).

ITEM	DESCRIPTIVO DEL ITEM
1	Locuacidad y encanto superficial
2	grandiosidad y egocentrismo
3	Necesidad de estimulación / tendencia al aburrimiento
4	Mentira patológica
5	Necesidad de control y manipulación
6	Falta de remordimiento y culpa
7	Superficialidad afectiva
8	Insensibilidad y falta de empatía
9	Estilo de vida parasitario
10	Mal control conductual
11	Promiscuidad sexual
12	Problemas de conductas precoces
13	Falta de metas realistas a largo plazo
14	Impulsividad
15	Irresponsabilidad
16	Incapacidad para reconocer la responsabilidad propia
17	Múltiples relaciones maritales breves
18	Delincuencia juvenil
19	Quebrantamiento de libertad condicional
20	Versatilidad criminal

Figura 6. Items de la PCL-R (Elaboración propia)

La popularidad de la PCL-R ha crecido por muchas razones. Existe un consenso general entre los médicos que consideran que la PCL-R es actualmente la herramienta más válida y útil para la identificación de la psicopatía (99). Además, con la PCL-R se obtuvieron mejores resultados que con cualquier otra herramienta para los delincuentes de homicidios. La herramienta ofrece una oportunidad para evaluar la psicopatía sin una entrevista, por lo que es posible llevar a cabo diversos estudios retrospectivos, aunque esto se debe utilizar con precaución en el diagnóstico clínico de la psicopatía. La PCL-R se basa en la teoría de la sensibilidad de refuerzo de Gray, donde los ítems 1 y 2 reflejan el sistema de activación conductual y el sistema de inhibición conductual de la teoría. Los elementos de diagnóstico incluidos en la PCL-R implican conductas criminales reales, a diferencia de otras herramientas que se centran en los rasgos básicos de la personalidad psicopática. Otra ventaja es la capacidad de la

herramienta para predecir la violencia a largo plazo. La PCL-R identifica igualmente la psicopatía en mujeres como en hombres. Sus medidas no están influenciadas por la etnia y son transferibles entre culturas. Y su capacidad para identificar la psicopatía (uno de los predictores más robustos de la violencia criminal y la reincidencia) hace que su uso se incluya en diversos instrumentos de evaluación de riesgo clínico actuariales y estructurados.

En cuanto a las desventajas, el factor 1 de la PCL-R demuestra ser un pobre predictor de la conducta objetivo, mientras que el resto de factores no parecen evaluar la capacidad de autolesión, por lo tanto, la PCL-R no puede predecir las autolesiones. La herramienta se basa en una decisión binaria 'reincidencia o no', que no proporciona una medida de la gravedad y/o frecuencia de los actos violentos; por lo tanto, muchos actos violentos pueden no ser identificados por la PCL-R. Es cara, necesita varias horas para ser completada, por un profesional altamente calificado (psiquiatra/psicólogo), y requiere revisión de la historia clínica, formativa y educacional del paciente. Presenta inconsistencias entre las calificaciones retrospectivas y las valoraciones clínicas debido a la calidad de los datos psiquiátricos y la experiencia de quienes llevan a cabo las evaluaciones, reduciendo así la precisión de la PCL-R cuando se utiliza de forma retrospectiva.

Un estudio realizado por Coid et al. (2009) indicó que la capacidad predictiva de la PCL-R disminuye con la edad del infractor, lo que significa que su capacidad para predecir la psicopatía disminuye en delincuentes mayores. El mal uso de la herramienta puede tener graves consecuencias en materia de justicia penal, con un considerable potencial de perjudicar al paciente. La PCL-R es una herramienta muy subjetiva pues 16 de los 20 ítems son juzgados por la persona que evalúa (99).

- **Violence Risk Screening 10 (V-Risk-10):**

El V-Risck-10 es un instrumento breve de cribado para la evaluación del riesgo de violencia en psiquiatría en estadio agudo y crónico, fue desarrollado por el Centro de Investigación y Educación en Psiquiatría Forense, en Oslo, entre los años 2001-2008. Este instrumento fue diseñado para ayudar a los departamentos de psiquiatría a evaluar el riesgo de violencia ante la numerosa y rápida rotación de población de pacientes en sus unidades. Los instrumentos de evaluación existentes hasta entonces, desarrollados principalmente para la psiquiatría forense, necesitaban demasiado tiempo y experiencia para poder ser administrados de manera adecuada por los profesionales.

Ha sido validada, tanto para su uso en la admisión en unidades de agudos, por el riesgo de violencia durante la estancia en el hospital y al alta, como en el entorno comunitario para evaluar el riesgo de violencia durante el siguiente primer año del paciente en la comunidad. Presenta una buena validez, con un alto valor predictivo negativo y una ROC por encima de 0,80. Estos resultados se refieren tanto al contexto hospitalario como al comunitario, y la validez predictiva (amenazas) de violencia física y verbal es igual para ambos sexos.

ITEM	DESCRIPTIVO DEL ITEM (previa y/o actual)
1	Violencia
2	Amenazas (verbales o físicas)
3	Abuso de sustancias
4	Enfermedad mental grave
5	Trastorno de personalidad
6	Demuestra falta de comprensión de la enfermedad y/o conducta
7	Expresa desconfianza
8	Muestra falta de empatía
9	Planificación poco realista
10	Futuras situaciones de estrés

Figura 7. Items de la V-RISK-10 (Elaboración propia)

El V-Risck-10 está destinado a ser un instrumento de ayuda para el seguimiento / detección de pacientes psiquiátricos que necesitan una evaluación del riesgo de violencia más profunda. Cuenta con una lista de verificación, para ayudar a los profesionales a no pasar por alto elementos importantes que pueden incluir un mayor riesgo de violencia.

Es un procedimiento clínico estructurado con elementos históricos, clínicos y futuros de evaluación de riesgos. Esto significa que se trata de una guía clínica para la detección temprana de posible riesgo de violencia y no un instrumento actuarial. Contiene algoritmos fijos y explícitos para estimar la probabilidad específica o la probabilidad absoluta de que una persona va a participar en actos de violencia en el futuro. El precursor de la V-Risk-10, la *Preliminary Scheme* (PS33), se inspiró en el HCR-20, pero la actual versión de 10 ítems es sustancialmente diferente de la PS33 (101,102).

- **Violent Risk Appraisal Guide (VRAG):**

VRAG es considerada una de las escalas actuariales más utilizadas para la predicción de la violencia y ha sido citada en varias ocasiones como un fuerte predictor de la violencia y ha sido aplicados en muchos países, como Escandinavia, Europa continental y el Reino Unido (99). VRAG se puede aplicar tanto a hombres con trastornos mentales como a población masculina penitenciaria. La herramienta fue desarrollada por Quinsey & Harris en 1998, a partir de datos obtenidos de una cohorte de pacientes reclusos en el Centro de Salud Mental Penetanguishene (Canadá) entre 1965 y 1980, para predecir la reincidencia violenta de pacientes con trastornos mentales y antecedentes de delincuencia. También se puede utilizar para evaluar el riesgo de reincidencia

violenta y sexual de los delincuentes sexuales dentro de un período específico tras su salida de prisión.

VRAG consta de 12 ítems que abordan una amplia gama de características demográficas, historia criminal y psicométricas. La escala incluye dos ítems relacionados con temas de desarrollo (separación de los padres antes de los 16 años, dificultades en la escuela primaria); cuatro ítems en relación con la delincuencia (edad de inicio en la delincuencia, víctimas por lesiones, historia de delitos no violentos, el sexo de las víctimas); y el resto de ítems comprenden el diagnóstico de trastorno de la personalidad, la psicopatía, el abuso del alcohol, el diagnóstico de esquizofrenia, el estado civil y la recidiva en situación de libertad condicional.

ITEM	DESCRIPTIVO DEL ITEM
1	Psicopatía
2	Inaptación escolar
3	Trastorno de personalidad
4	Edad en el momento del delito
5	Separación de uno de los padres (excepto fallecimiento) antes de los 16 años.
6	Incumplimiento de libertad condicional
7	Historia de delitos no violentos
8	No estar casado o equivalente.
9	Esquizofrenia.
10	Lesión grave inflingida a una víctima
11	Historial de abuso de alcohol
12	La víctima del delito actual es una mujer

Figura 8. Ítems de la VRAG (Elaboración propia)

Cada ítem se pondera de acuerdo con su capacidad para discriminar a los reincidentes de los no reincidentes. La puntuación total VRAG oscila en un rango de entre 26 a 38, asignándose la puntuación obtenida en una de las nueve

categorías de riesgo, siendo la categoría 1 la que engloba a los participantes que tienen el menor riesgo de repetir la ofensa, y la categoría 9 la de los participantes que tienen la mayor probabilidad de reincidencia. Las 9 categorías van desde un 0% a un 100% de probabilidad de reincidencia violenta entre los 7-10 años después de su excarcelación.

En cuanto a las propiedades psicométricas, la VRAG predice con exactitud el comportamiento peligroso en el 74% de los casos. Además, la VRAG es una excelente predictora de reincidencia en los pacientes con trastorno de la personalidad, esquizofrenia, discapacidad intelectual, comportamiento antisocial y psicopatía. Por otra parte, Harris & Rice recomienda el uso de VRAG en la reincidencia sexual (90).

En cuanto a sus ventajas se puede decir que es un instrumento actuarial que puede predecir la reincidencia violenta. Su importancia se debe a que la VRAG se ha validado con delincuentes con trastornos mentales y además se puede aplicar a diferentes poblaciones penales. Además, se puede aplicar a sujetos de diferentes áreas geográficas y de diferentes orígenes culturales, y puede ser utilizada en muchos idiomas. La VRAG se basa en los factores de riesgo determinados empíricamente, lo cual hace que sea altamente precisa en la predicción, ya que está libre del sesgo personal y supera la dificultad de tratar con muchas variables. La puntuación total de la VRAG se basa en un sistema de clasificación muy elaborado y empíricamente determinado. A diferencia de otros instrumentos de evaluación del riesgo, que tengan en cuenta la esquizofrenia como un factor predictivo, la VRAG considera a la esquizofrenia como un factor protector en lugar de un factor predictor, debido a que considera los síntomas negativos de la esquizofrenia (falta de interés e iniciativa, retraimiento social,

depresión, apatía y falta de respuesta emocional) como comportamientos y patrones de pensamiento que en cierto modo se han perdido o deteriorado por la patología, provocando en la persona cierta dificultad para reaccionar de manera violenta ante estímulos externos e internos.

La obtención de los datos no requiere de un psiquiatra o psicólogo. La VRAG es más precisa en períodos cortos (menos de 1 año), y por lo tanto podría ser muy útil en la orientación de los recursos limitados asignados para hacer frente a los delincuentes de alto riesgo. Se puede utilizar para evaluar una población determinada, para clasificar a los delincuentes sexuales individuales en función del riesgo, y para estimar la probabilidad de reincidencia de los violadores y abusadores de niños (99).

En cuanto a sus desventajas se puede decir que a pesar de la alta capacidad predictiva de la VRAG en poblaciones con enfermedades mentales y criminales, algunos críticos han advertido que sus resultados no se deben generalizar a otras poblaciones. Otra desventaja de la VRAG es que se basa en los factores de riesgo estáticos y no incluye ningún factor dinámico para ayudar al profesional en la identificación de objetivos de tratamiento que podrían remediar el nivel de riesgo. Otro inconveniente es que la VRAG no identifica la naturaleza, la gravedad, la frecuencia y la inminencia de violencia en el futuro. Además, también presenta los mismos problemas asociados a la PCL-R, que representa el 53% de la puntuación total de la VRAG. Otra desventaja es que los datos obtenidos no se pueden completar sin una evaluación psiquiátrica. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre los pacientes hospitalizados violentos y no violentos en cuanto a edad, sexo, etnia, categoría diagnóstica y el estado civil. Otro inconveniente es que la VRAG sólo indica la presencia o ausencia de un

trastorno de la personalidad, de esquizofrenia y/o de psicopatía, pero no indica trastornos sexuales, como las parafilias, ni se ocupa del abuso de drogas (103).

- **Escala de prevención y evaluación del riesgo de Violencia (EPERV-55):**

Esta escala está validada con usuarios/as hospitalizados en unidades de salud mental. La EPERV-55 utiliza la metodología de la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) Internacional, integrando los diagnósticos de enfermería siguientes:

- Riesgo de violencia dirigida a otros (138): Riesgo de conductas en que la persona demuestre que puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para otros.
- Riesgo de violencia autodirigida (140): Riesgo de conductas en que la persona demuestre que puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para sí misma.
- Riesgo de suicidio (150): Riesgo de lesión autoinflingida que pone en peligro la vida.

Consta de 55 ítems distribuidos en 13 factores (autocontrol físico, optimismo y estado de ánimo positivo, autocontrol del pensamiento, consumo de drogas, control de la automutilación, afrontamiento de problemas, sensibilidad /relación social, concentración, relación con el suicidio, signos fisiológicos de la ansiedad, ansiedad percibida, cognición y temor verbalizado), que se obtuvieron de los 15 resultados de la *Nursing Outcomes Classification* (NOC) (Control del riesgo: consumo de drogas, Nivel de estrés, Autocontrol del impulso suicida, Deseo de vivir, Severidad de la Soledad, Nivel de depresión, Cognición, Habilidades de

interacción social, Control de la automutilación, Nivel de miedo, Nivel de hiperactividad, Autocontrol de la agresión, Afrontamiento de los problemas y Autocontrol del pensamiento distorsionado).

Los 55 ítems fueron redactados para su respuesta mediante una escala tipo Likert de 5 niveles que indicaba el grado de acuerdo/desacuerdo con el enunciado del ítem. La puntuación mínima es de 55 y la máxima de 125.

La escala EPERV-55 cuenta con una guía de soporte para su cumplimentación, la cual se elaboró incluyendo aspectos de otros instrumentos de evaluación, tales como la *Basic Everyday Living Skills* (BELS) diseñada para evaluar las Habilidades Básicas de la Vida Diaria, la *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) para evaluar los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia, HCR-20, Escala de Ansiedad de Hamilton, los diagnósticos de salud mental de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), NANDA, NOC, Cuestionario de Sevilla Calidad de Vida, Inventario de razones para vivir, Lista de eventos estresantes de Holmes & Rahe, Escala para la Valoración de la Manía por Clínicos (EMVAC), Escala Young para la evaluación de la manía y la Escala de Manía de Bech-Rafaelsen (MAS).

En cuanto a las ventajas, se puede decir que utiliza una nomenclatura validada por la comunidad científica de enfermería (NOC) para la construcción de sus ítems de valoración, la obtención de los datos no requiere de un psiquiatra o psicólogo. Es más precisa en períodos cortos (menos de 1 año), y por lo tanto, es muy útil en la orientación de los recursos durante la estancia de los pacientes en unidades de psiquiatría, además indica cuales son los momentos de necesidad de máxima seguridad y cuáles son los momentos de alta o traslado a unidades de menor riesgo. La EPERV-55 identifica igualmente el riesgo de violencia en

mujeres como en hombres y sus medidas no están influenciadas por la etnia y son transferibles entre culturas. Para finalizar, presenta una excelente consistencia interna y una fiabilidad test-retest con un acuerdo moderado / bueno (104).

En cuanto a las desventajas, la EPERV-55 es una escala de nueva creación, lo cual implica escasa replicación para aumentar la validación en diferentes escenarios, tipologías de pacientes y otros contextos culturales.

- **Escala del riesgo de violencia Plutchik (RV):**

La Escala RV es una escala autoaplicada de 12 ítems, que evalúa las conductas violentas. Los doce ítems valoran circunstancias objetivas y subjetivas. No existe punto de corte establecido: a mayor puntuación, mayor gravedad (105). En cuanto a las ventajas, la RV es una de las primeras escalas que se diseñaron para evaluar la conducta violenta y prevenir el riesgo de violencia, ha servido de base para el resto de escalas que han ido apareciendo a lo largo del siglo XX. La obtención de los datos no requiere de un psiquiatra o psicólogo y su administración es rápida. Identifica igualmente el riesgo de violencia en mujeres como en hombres y sus medidas no están influenciadas por la etnia y son transferibles entre culturas.

En cuanto a las desventajas, la RV es una escala que requiere una revisión previa de la historia clínica y delictiva del paciente para poder confirmar las respuestas del paciente. Se basa en factores de riesgo estáticos e incluye pocos factores dinámicos. No evalúa el riesgo de violencia autodirigida pues las preguntas están orientadas hacia los actos heteroagresivos.

La investigación, objeto de esta tesis, se ha basado en la combinación de la escala Plutchik (RV) y el instrumento de predicción de conductas violentas

(EPERV-55) en relación a la capacidad de predecir la presencia de conductas violentas hacia el personal de enfermería. La Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik (RV) es una escala autoaplicada de 12 ítems, que evalúa las conductas violentas. Por otro lado, se eligió la Escala de predicción y evaluación de riesgo de violencia (EPERV-55) por ser un instrumento validado para población española y por ser específica para pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG).

La HCR-20 se descartó porque su administración requiere de un entrenamiento específico, la duración de la administración es larga y porque su puntuación depende en gran parte de la subjetividad del profesional que la administra. Pero principalmente fue descartada por requerir de un periodo de tiempo previo para recoger toda la información necesaria para rellenar los ítems (revisión de la historia clínica), y así durante la entrevista, poder completar los campos que faltan por explorar. Tiempo que en según qué unidades de salud mental no se dispone pues el ingreso es agudo, impredecible y de corta estancia. La PCL-R se descartó por los mismos motivos que la HCR-20 y por ser además, una escala de uso penitenciario. La V-Risk-10, aunque es una herramienta de solo 10 ítems y validada para administrarla en unidades de salud mental, sigue basándose en la HCR-20 y contando con una gran subjetividad a la hora de rellenar los ítems y requiere de una revisión previa del historial del paciente. La VRAG se descartó por estar validada solo para hombres y para delincuentes con trastornos mentales y nuestra muestra cuenta con mujeres y la mayoría de la población de estudio no es delincuente.

2. Objetivos e Hipótesis

“La violencia es miedo a las ideas de los demás y poca fe en las propias”.

Forges (1943-?)

Humorista y dibujante español.

- **Objetivo General:**

Esta investigación tiene como objetivo determinar el peso significativo que tienen los factores de riesgo individuales de conductas violentas que presentan los pacientes esquizofrénicos hacia el personal de enfermería de las unidades psiquiátricas del Parc Sanitari Sant Joan de Déu entre los años 2012-2014.

- **Objetivos específicos:**

- Evaluar la relación de los factores individuales del modelo de Chappell & Di Martino con la presencia de conductas violentas por parte de pacientes diagnosticados de esquizofrenia, hacia el personal de enfermería.
- Evaluar la relación de los factores de la escala RV con la presencia de conductas violentas por parte de pacientes diagnosticados de esquizofrenia, hacia el personal de enfermería.
- Evaluar la relación de las 13 áreas de la EPERV-55 con la presencia de conductas violentas por parte de pacientes diagnosticados de esquizofrenia, hacia el personal de enfermería.
- Evaluar la relación de la combinación de los factores de la escala RV y las 13 áreas de la EPERV-55, con la presencia de conductas violentas por parte de pacientes diagnosticados de esquizofrenia, hacia el personal de enfermería.
- Evaluar la relación de la combinación de las áreas de la EPERV-55, la puntuación de la RV y los factores individuales del modelo de Chappell & Di

Martino con la presencia de conductas violentas por parte de pacientes diagnosticados de esquizofrenia, hacia el personal de enfermería.

- **Hipótesis:**

Las hipótesis que me planteo para este estudio son:

1. Los pacientes que cumplen con los factores de riesgo individual del Modelo de Chappell & Di Martino de varón, joven, con consumo de tóxicos, historia previa de violencia y diagnóstico de esquizofrenia paranoide, presentarán diferencias estadísticamente significativas en la presencia de conductas violentas hacia el personal de enfermería respecto al resto de población que no los cumple.
2. Los pacientes con una puntuación alta de la escala RV presentarán diferencias estadísticamente significativas en la presencia de conductas violentas hacia el personal de enfermería respecto al resto de población de estudio.
3. Los pacientes con una puntuación baja en algunos factores de la EPERV-55 presentarán mayor presencia de conductas violentas hacia el personal de enfermería respecto al resto de población de estudio.
4. La suma de puntuaciones bajas en algunos factores de las escalas EPERV-55 y la puntuación total de la RV será más efectiva en la predicción de conductas violentas hacia el personal de enfermería que las escalas por separado.
5. La suma de puntuaciones bajas en algunos factores de la escala EPERV-55, la puntuación total de la RV y los factores individuales del modelo de Chappell

& Di Martino será más efectiva en la predicción de conductas violentas hacia el personal de enfermería que las escalas y los factores por separado.

3. Participantes y método

“Los medios violentos nos darán una libertad violenta”.

Mahatma Gandhi (1869-1948)

Político y pensador indio.

3.1. Ámbito y diseño del estudio

Estudio observacional, descriptivo y longitudinal con usuarios/as del Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD) ingresados en las áreas de hospitalización de las unidades de subagudos (USA) y las unidades de media y larga estancia (SERPI) durante el periodo de 2012 a 2014.

Este estudio se ha realizado en el Parc Sanitari Sant Joan de Déu ubicado en la población de Sant Boi de Llobregat, en la provincia de Barcelona, el cual cuenta con unidades de salud mental específicas para el abordaje y tratamiento de pacientes afectados de TMG. Las unidades en las que se realizará el estudio son:

- **Servicio de SERPI:**

La SERPI es un recurso pensado para usuarios/as afectados de TMG en situaciones de mayor severidad y refractariedad, por lo cual, aglutina un perfil clínico caracterizado por la desestabilización o la fragilidad psicopatológica intensa (mayoritariamente cuadros de la esfera psicótica y afectiva mayor). En consecuencia, predominan los ingresos de larga estancia e involuntarios, de usuarios/as a menudo incapacitados legalmente, de forma total o parcial. La población adulta de referencia para la SERPI es de 1.211.077 habitantes. Dicho recurso está compuesto de 5 unidades:

- **Sant Carlos/ Unidad U1:**

Es una unidad de hospitalización completa, con una dotación de 28 camas y 2 de aislamiento, para usuarios/as en situación de inestabilidad, riesgo elevado y con complejidad psicopatológica y clínica. Se trata de usuarios/as jóvenes que han superado todos los dispositivos comunitarios de la atención primaria y los

recursos sociosanitarios y pedagógicos por su mayor complejidad. Son refractarios al tratamiento y presentan síntomas positivos, negativos y/o conductuales muy invalidantes y/o con riesgos moderados: desorganización muy elevada, sintomatología productiva, auto-heteroagresividad, agitación, consumo de tóxicos y/o alteraciones conductuales muy importantes.

- San Carlos / Unidad U2:

Es una unidad de hospitalización que cuenta con medidas de seguridad y vigilancia (iguales que las de la U1); está destinada a usuarios/as con riesgos minimizados y mayor estabilización que pueden empezar a trabajar en un proyecto rehabilitador propiamente dicho.

- San Carlos / Unidad U3:

Es una unidad absolutamente abierta a la comunidad y está destinada a usuarios/as psicopatológicamente estabilizados, en proceso de rehabilitación intensiva y recapacitación, con un mayor grado de autonomía que les permite el retorno a la comunidad.

- San Carlos/ Soporte Comunitario:

Programa de rehabilitación domiciliar que atiende a usuarios/as estabilizados que pasan a régimen de externación hospitalaria y reinserción en su entorno familiar, social y comunitario y que necesitan un cierto apoyo y acompañamiento así como en la revinculación a su contexto (incluidos los dispositivos sanitarios y de salud mental comunitarios).

- Clínica San Benito Menni:

Unidad de hospitalización completa que cuenta con 120 camas y que interviene a nivel residencial. Atiende a usuarios/as con un largo proceso de institucionalización, con una edad media superior a los 50 años y con una

estancia media de 20 años. Se trata de usuarios/as que no pudieron ser externados en la década de los 80, muy defectuales o residuales y con necesidades residenciales.

- **Descripción del servicio de USA:**

Es una unidad de hospitalización psiquiátrica completa y de corta estancia (2-4 meses) para pacientes adultos, orientada a la atención y control de las alteraciones psicopatológicas y conductuales que, de manera subaguda, padecen los pacientes con trastornos mentales. Se caracteriza por su función de intervención diagnóstica y terapéutica intensiva así como por la perspectiva rehabilitadora, favoreciendo la reinserción social, familiar y ocupacional. El modelo de atención está enfocado a la Comunidad: atención clínica y de rehabilitación, en un contexto de actividades programadas intensivas. La población adulta de referencia de la unidad es de 938.942 habitantes.

3.2. Selección de los participantes

Los participantes en el estudio son los usuarios/as adultos diagnosticados de esquizofrenia que estaban ingresados en el área de hospitalización de Salud Mental de los servicios de USA y SERPI del PSSJD, con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años de edad y con ausencia de descompensación psicótica.

Se estimó que el tamaño de la muestra podía ser de entre 125-150 usuarios/as ya que el total de pacientes diagnosticados de esquizofrenia en las unidades de hospitalización de USA y SERPI es de unos 200 pacientes. La selección de los participantes se realizó siguiendo la normativa ética (Anexo 1) solicitando a los usuarios/as que cumplen los criterios de inclusión su participación voluntaria en el estudio.

3.3. Variables e instrumentos del estudio

3.3.1. Variables

- Para recoger los factores individuales de riesgo de Chappell & Di Martino se ha utilizado las variables sociodemográficas y clínicas, las cuales engloban:

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICOS	VARIABLES CLÍNICAS
Edad	Tipo de ingreso
Sexo	Historia de violencia
Fecha de nacimiento	Consumo de tóxicos
Estado civil	Circunstancias que conduce a la violencia
Nivel de estudios	Trastorno psiquiátrico
Personas con las que convive	Problemas en la adolescencia
Situación laboral	

Figura9. Variables sociodemográficas y clínicas (Elaboración propia)

- Para las variables predictivas de violencia se ha utilizado la Escala de predicción y evaluación de riesgo de violencia (EPERV-55) que engloba 13 factores y los 12 ítems de la Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik (RV):

- EPERV-55:

FACTORES EPERV-55
Factor 1: Autocontrol físico.
Factor 2: Optimismo y estado de ánimo positivo.
Factor 3: Autocontrol del pensamiento.
Factor 4: Consumo de drogas.
Factor 5: Control de la automutilización.
Factor 6: Afrontamiento de problemas.
Factor 7: Sensibilidad / relación social.
Factor 8: Concentración.
Factor 9: Relación con el suicidio.
Factor 10: Mensajes fisiológicos de ansiedad.
Factor 11: Ansiedad percibida.
Factor 12: Cognición.
Factor 13: Temor verbalizado.

Figura 10. Factores de la EPERV-55 (Elaboración propia)

- Escala RV:

ÍTEMS DE LA ESCALA DE RIESGO DE VIOLENCIA DE PLUTCHIK
¿Se enfada con facilidad?
¿Se enfada continuamente con la gente?
¿Se enfurece sin motivo?
¿Cuándo se enfada coge un arma?
¿Ha lastimado a alguien en alguna pelea?
¿Ha lastimado o atacado alguna vez a algún familiar?
¿Ha pegado o atacado alguna vez a alguien que no sea familiar suyo?
¿Ha usado alguna vez un objeto para agredir a alguien?
¿Podría conseguir un arma con facilidad?
¿Cuántas veces ha sido usted detenido por delitos no violentos como irse de una tienda o falsificar documentos?
¿Cuántas veces ha sido usted detenido por delitos como robo a mano armada o agresión violenta?
¿Guarda o colecciona armas en su casa y sabe cómo utilizarlos?

Figura 11. Items de la escala de violencia de Plutchik (Elaboración propia)

- Las variables que hacen referencia a los actos violentos son:

VARIABLES ACTOS VIOLENTOS	
Actos violentos:	Presencia
	Ausencia
Tipos de acto violento:	
- Heterodirigido:	Físico
	Verbal

Figura 12. Variables relacionadas con los actos violentos (Elaboración propia)

3.3.2. Fuentes de información o instrumentos para medir las variables

Los instrumentos que se utilizaron en el estudio fueron:

- Cuestionario de recogida de datos sociodemográficos y clínicos destacando los factores de riesgo individual del modelo de Chappell & Di Martino (Anexo 2).
- La EPERV-55 basada en la metodología enfermera NANDA / NOC (Anexo 3).
- La Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik (RV) (Anexo 4).
- El Registro de Monitorización de Conductas Violentas es un registro donde se anotaron las conductas violentas de los usuarios/as incluidos en el estudio (Anexo 5).
- La Historia Clínica informatizada para obtener los antecedentes de violencia y antecedentes en la adolescencia.

3.3.3. Procedimiento para la obtención de datos

La recogida de datos se ha realizado a partir de una entrevista clínica y la búsqueda de información a través de la Historia Clínica del usuario.

La información sobre los actos violentos llevados a cabo por los pacientes engloban los actos violentos heterodirigidos (físicos y verbales) detectados en un año e introducidos en la Historia Clínica mediante los comunicados de incidentes. Estos comunicados se recogieron siguiendo el protocolo del centro el cual regula cuáles, quién y cómo deben registrarse los actos violentos y rellenando un registro informático de incidentes el cual recoge la hora del suceso, la unidad, los profesionales implicados, la descripción del suceso, las acciones realizadas, las consecuencias derivadas y las posibles acciones de mejora.

Las entrevistas con el paciente fueron realizadas por el enfermero referente del paciente, con un tiempo de administración de una hora aproximadamente, durante ese tiempo el enfermero rellenaba el cuestionario sociodemográfico, y las escalas EPERV-55 y RV no fueron autoadministradas por los pacientes.

3.3.4. Análisis de datos

Para la explotación de las variables se creó una base de datos utilizando el paquete informático Excel de Microsoft Office ® para su análisis posterior mediante el programa SPSS19. El nivel de significación que se utilizó en las pruebas estadísticas fue de 95% ($\alpha=0,05$).

Se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas de las personas incluidas en el estudio. Se compararon las personas que realizan actos violentos y las que no, con relación a las variables cualitativas (sexo, consumo de tóxicos, subtipo diagnóstico, etc.) mediante la prueba de Chi² y con las variables cuantitativas numéricas (edad, etc.) mediante la t-Student.

Por otro lado, se realizó un análisis de regresión logística mediante el método de Stepwise de las variables significativas del modelo de Chappell & Di Martino, la escala EPERV-55 y la escala RV, en el análisis bivalente para determinar cuáles de las variables mencionadas eran más explicativas de violencia.

3.6. Aspectos éticos

Para la realización del estudio, se solicitó la autorización del Comité de Ética y del Comité de Investigación (Anexo 1), y se informó a la Dirección General del Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Se administró la hoja de

consentimiento informado a todos los participantes en el momento de inclusión en el estudio (Anexo 6) y se entregó una hoja de información en la que se explicaban los objetivos y el método de recogida de datos del estudio y se aseguraba la confidencialidad de los mismos (Anexo 7). En la base de datos se excluyó cualquier información que pudiera identificar directa o indirectamente a los participantes en el estudio. Con ello, se respetaron las normas internacionales de protección de datos, así como la legislación española vigente (Ley Orgánica 15/1999 del 13/12/99 de Protección de Datos de Carácter Personal, BOE 298 de 14/12/99). El responsable de la investigación garantiza la seguridad de la base de datos, que no podrá ser utilizada para otro fin que el señalado en el apartado de objetivos.

4. Resultados

“Como siempre, el principal resultado de la violencia es la necesidad de emplear mayor violencia.”

Aldous Huxley (1894-1963).

Escritor, novelista, ensayista y poeta inglés.

Este apartado comprende los resultados obtenidos en esta investigación, a partir de la explotación de las variables introducidas en las bases de datos elaboradas.

A partir de los resultados extraídos en la revisión bibliográfica sobre los factores predictores de violencia hacia los profesionales de enfermería en relación al modelo de Chappell & Di Martino (víctima, perpetrador y entorno), se redactaron 3 artículos, una para cada tipo, que fueron enviados a la revista Metas de Enfermería, los cuales fueron publicados, durante el proceso de elaboración de esta tesis, en los meses de noviembre de 2014, junio de 2015 y febrero de 2016 (Anexo 8), (Anexo 9) y (Anexo 10).

4.2. Resultados sociodemográficos

A partir de los resultados obtenidos en la muestra de 146 pacientes, se observa que, el 63% de la población estudiada son hombres, adultos de entre 41 a 65 años (61%) y solteros (76%). En cuanto al nivel de estudios, el 41.1% tiene estudios primarios, seguido de un 26,7% que no tiene ningún tipo de estudio, un 19,9% cuenta con estudios secundarios y un 8,2% con estudios universitarios. En relación a la actividad laboral, el 80.8% de los pacientes es pensionista respecto a un 8,2% que mantiene un trabajo activo y un 4.1% realiza un trabajo protegido (Tabla 1).

La unidad de convivencia del 43,8% es el hospital pues en las unidades de rehabilitación psiquiátrica intensiva el ingreso puede ser superior a 2 años, un 24,7% viven con los padres y un 10,3% vive solo. El 93,2% han nacido en España frente a un 6,8% que son inmigrantes. (Tabla 1)

Tabla 1. Perfil Sociodemográfico de los pacientes ingresados (n = 146 pacientes)

Variables sociodemográficas		Paciente ingresados	
		n	%
Edad	Adulto joven (18-40 años)	51	34,9
	Adulto maduro (41-65 años)	89	61,0
	Perdidos	6	4,1
Sexo	Hombre	91	62,3
	Mujer	49	33,6
	Perdidos	6	4,1
Estado civil	Soltero	111	76
	Casado	7	4,8
	Separado	20	13,7
	Viudo	2	1,4
	Perdidos	6	4,1
Nivel de estudios	Sin estudios	39	26,7
	Primarios	60	41,1
	Secundarios	29	19,9
	Universitarios	12	8,2
	Perdidos	6	4,1
Situación laboral	Trabajador activo	12	8,2
	Parado/ama de casa /estudiante	6	4,1
	Jubilado/ pensionista	118	80,8
	Trabajo protegido	6	4,1
	Perdidos	4	2,7
Unidad de convivencia	Solo	15	10,3
	Con padres	36	24,7
	Otros familiares	2	1,4
	Familia propia	7	4,8
	Residencia	6	4,1
	Hospital	64	43,8
	Otros	12	8,2
	Perdidos	4	2,7
Nacionalidad	Autoctono	136	93,2
	Extranjero	10	6,8

4.3. Resultados clínicos

En relación al tipo de ingreso, el 43,1% son ingresos judiciales o por orden judicial, seguidos de un 31,5% de ingresos involuntarios y de un 15,1% de ingresos voluntarios (Tabla 2).

Tabla 2. Perfil clínico de los pacientes ingresados (n = 146 pacientes)

Variables Clínicas		n	%
Tipo de ingreso	Voluntario	22	15,1
	Involuntario	46	31,5
	Judicial	63	43,1
	Perdidos	15	10,3

En cuanto a los actos de violencia física o verbal hacia el personal asistencial, durante el periodo estudiado (1 año), se identificaron 18 actos de violencia física y 30 actos de violencia verbal, de los cuales 4 (22,22%) fueron actos de violencia física hacia el personal de enfermería y 13 (43,33%) fueron actos de violencia verbal hacia enfermeras (Tabla 3).

Los servicios en los que se realizaron más actos de violencia física hacia el personal de enfermería fueron las unidades de Media Estancia (Unidades 1 y 2), Larga Estancia y Unidad de Subagudos, recogiendo un acto de violencia física para cada unidad. Hay que destacar que en la unidad de Media Estancia 3 no se registraron actos de violencia física hacia ningún tipo de profesional sanitario durante el estudio.

En relación a la violencia verbal hacia el personal de enfermería, fueron las unidades de Media Estancia (Unidades 1, 2 y 3) las que registraron mayor incidencia, con 9 actos de un total de 13, seguidas por las unidades de Larga Estancia y Subagudos con 2 actos de violencia verbal cada una. Cabe

destacar que los actos de violencia verbal hacia el resto de personal se concentraron principalmente en la unidad de Media Estancia 2, aglutinando 13 de los 30 actos y la unidad de Subagudos y la unidad de Media Estancia 1, con 6 actos de violencia verbal en cada una de ellas.

Tabla 3. Actos de violencia física o verbal hacia el personal de enfermería (n = 146)

Servicio	Violencia física		Violencia verbal	
	Resto de profesionales	Enfermería	Resto de profesionales	Enfermería
Unidad de Media Estancia 1	5 (83,3%)	1 (16,6%)	6 (60%)	4 (40%)
Unidad de Media Estancia 2	5 (83,3%)	1 (16,6%)	13 (76,4%)	4 (23,5%)
Unidad de Media Estancia 3	0 (0%)	0 (0%)	3 (75%)	1 (25%)
Unidad de Larga Estancia	3 (75%)	1 (25%)	2 (50%)	2 (50%)
Unidad de Subagudos	5 (83,3%)	1 (16,6%)	6 (75%)	2 (25%)
Total	18 (81,8%)	4 (18,2%)	30 (69,8%)	13 (30,2%)

4.4. Resultados Modelo Chappell & Di Martino

Las variables referidas a los factores descritos en el modelo de Chappell & Di Martino que presentaron diferencias estadísticamente significativas fueron:

- Para la violencia verbal hacia el personal de enfermería: el sexo masculino ($p=0,033$), el consumo de cannabis ($p=0,001$), la ausencia de permisos ($p<0,001$), el consumo de tóxicos en la infancia ($p=0,023$) y la presencia de medidas restrictivas ($p<0,001$).
- Para la violencia física hacia el personal de enfermería: se observaron diferencias estadísticamente significativas en: la ausencia de permisos ($p=0,007$) y la presencia de medidas restrictivas ($p<0,001$).

Por otro lado la edad media de los pacientes que generaron violencia verbal fue de 40,38 años y de violencia física 42,5 años (Tabla 4).

Tabla 4. Factores de riesgo individual de los pacientes hacia las enfermeras.

Factores Chappell & Di Martino		Violencia verbal hacia enfermeras			Violencia física hacia enfermeras		
		Presencia	Ausencia		Presencia	Ausencia	
		N (%)	N (%)	Valor p	N (%)	N (%)	Valor p
Sexo	Hombres	12 (14,8)	69 (85,2)	0,033	3 (3,7)	78 (96,29)	0,649
	Mujeres	1 (2,4)	41 (97,6)		1 (2,2)	44 (97,8)	
Antecedentes de violencia	Presencia	9 (10,8)	74 (89,2)	0,428	4 (4,6)	83 (95,4)	0,217
	Ausencia	2 (6,1)	31 (93,9)		0 (0)	32 (100)	
Consumo Cannabis (THC)	Presencia	9 (25,7)	26 (74,3)	0,001	2 (5,9)	32 (94,1)	0,292
	Ausencia	4 (4,5)	84 (95,5)		2 (2,2)	90 (97,8)	
Consumo cocaína	Presencia	4 (21,1)	15 (78,9)	0,106	0 (0)	19 (100)	0,392
	Ausencia	9 (8,7)	95 (91,3)		4 (3,7)	103 (96,3)	
Consumo morfina	Presencia	1 (20)	4 (80)	0,489	0 (0)	6 (100)	0,648
	Ausencia	12 (10,3)	105 (89,7)		4 (3,4)	115 (96,6)	
Consumo anfetamina	Presencia	2 (25)	6 (75)	0,17	0 (0)	8 (100)	0,597
	Ausencia	11 (9,6)	104 (90,4)		4 (3,4)	114 (96,6)	
Consumo alcohol	Presencia	5 (11,4)	39 (88,6)	0,428	1 (2,2)	45 (97,8)	0,627
	Ausencia	8 (10,1)	71 (89,9)		3 (3,8)	77 (96,3)	
Tipo de ingreso	Voluntario	1 (9,1)	18 (17,3)	0,485	0 (0)	19 (16,7)	0,44
	involuntario	10 (90,9)	86 (82,7)		3 (100)	95 (83,3)	
Permiso	Presencia	4 (4,2)	92 (95,8)	<0,001	3 (11,5)	23 (88,5)	0,007
	Ausencia	9 (34,6)	17 (65,4)		1 (1)	98 (99)	
Cambio de tratamiento	Presencia	10 (14,3)	60 (85,7)	0,061	4 (5,4)	70 (94,6)	0,155
	Ausencia	1 (2,7)	36 (97,3)		36 (100)	0 (0)	
Antecedentes infancia	Presencia	11 (11,7)	83 (88,3)	0,315	4 (4)	95 (96)	0,241
	Ausencia	2 (5,7)	33 (94,3)		0 (0)	33 (100)	
Tóxicos infancia	Presencia	8 (18,6)	35(81,4)	0,023	3 (6,7)	42 (93,3)	0,08
	Ausencia	5 (5,8)	81 (94,2)		1 (1,1)	86 (98,9)	
Trastornos en la infancia	Presencia	8 (11,3)	63 (88,7)	0,619	3 (3,9)	73 (96,1)	0,474
	Ausencia	5 (8,6)	53 (91,4)		1 (1,8)	55 (98,2)	
Incidentes familiares en la infancia	Presencia	6 (14)	37 (86)	0,301	1 (2,3)	43 (97,7)	0,72
	Ausencia	7 (8,1)	79 (91,9)		3 (3,4)	85 (96,6)	
Problemas académicos	Presencia	1 (7,7)	12 (92,3)	0,763	1 (5,9)	16 (94,1)	0,462
	Ausencia	12 (10,3)	104 (89,7)		3 (2,6)	112 (97,4)	
Inmigración	Presencia	2 (20)	8 (80)	0,278	0 (0)	8 (100)	0,606
	Ausencia	11 (9,2)	108 (90,8)		4 (3,2)	120 (96,8)	

Tabla 4. Factores de riesgo individual de los pacientes hacia las enfermeras.

	Media (DE)	Media (DE)	Valor p	Media (DE)	Media (DE)	Valor p
Edad	40,38 (10,43)	47,14 (12,28)	0,051	42,5 (15,11)	46,60 (11,89)	0,502
Número de medidas restrictivas	3,69 (3,57)	0,67 (1,11)	<0,001	4,25 (0,96)	0,81 (1,43)	<0,001

*Valor p calculado con U-Mann Whitney

La regresión logística determinó que los factores que explican mejor la presencia de violencia verbal hacia el personal de enfermería entre la población de pacientes diagnosticados de esquizofrenia son: la presencia de medidas restrictivas ($p < 0,001$) y el sexo masculino ($p = 0,050$) con una R^2 de Nagelkerke = 0,438. El factor que explica mejor la presencia de violencia física hacia el personal de enfermería es la presencia de medidas restrictivas ($p = 0,002$) con una R^2 de Nagelkerke = 0,358 (Tabla 5).

Tabla 5. Regresión logística de variables del modelo de Chappell & Di Martino que explican la violencia verbal y física hacia enfermería.

	Violencia verbal			Violencia física		
	B (ET)	OR (IC)	Valor p	B (ET)	OR (IC)	Valor p
Número de medidas restrictivas	0,789 (0,199)	2,202 (1,490- 3,253)	<,0001	0,811 (0,264)	2,250 (1,341-3,774)	0,002
Sexo	2,544 (1,298)	12,732 (1,000-162,029)	0,050			
Model R^2 Nagelkerke	0,438			0,358		

4.5. Resultados de la escala de Riesgo de Violencia de Plutchik (RV)

En cuanto a los resultados obtenidos para la escala de Riesgo de violencia de Pluchik, se puede constatar que no existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la RV entre las personas que cometieron

actos violentos y los que no (verbales o físicos), ni en el caso de que estos actos fueran dirigidos hacia el personal de enfermería, ni tampoco hacia el resto de profesionales sanitarios (Tabla 6 y 7).

Tabla 6. Factores de riesgo de violencia verbal y física hacia el personal de enfermería según la escala RV

	Violencia verbal hacia el personal de enfermería					Violencia heteroagresiva hacia el personal de enfermería				
	Presencia		Ausencia		Valor p	Presencia		Ausencia		Valor p
Descriptivo	Media	DS*	Media	DS*		Media	DS*	Media	DS*	
RV TOTAL	18,77	6,23	16,93	3,89	0,135	19,75	6,70	17,12	4,19	0,227

Tabla 7. Factores de riesgo de violencia verbal y física hacia el resto de personal sanitario según la escala RV

	Violencia verbal hacia profesionales sanitarios					Violencia heteroagresiva hacia profesionales sanitarios				
	Presencia		Ausencia		Valor p	Presencia		Ausencia		Valor p
Descriptivo	Media	DS*	Media	DS*		Media	DS*	Media	DS*	
RV TOTAL	19,03	5,68	16,93	3,89	0,019	19,11	5,39	17,12	4,19	0,072

*DS: Desviación estándar

4.6. Resultados de la Escala de predicción y evaluación de riesgo de violencia (EPERV-55)

Los factores que presentaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la EPERV-55 entre las personas que cometieron actos violentos (verbales o físicos) y los que no, tanto los dirigidos hacia el personal de enfermería como al resto de profesionales sanitarios fueron:

- Violencia verbal :

Sólo el Factor 4: Consumo de drogas ($p=0,016$), presentó diferencias estadísticamente significativas hacia el personal de enfermería. Si consideramos al resto de profesionales sanitarios, los factores que presentaron diferencias fueron, el Factor 1: Autocontrol físico ($p=0,005$), el Factor 4: Consumo de drogas ($p=0,027$) y el Factor 11: Ansiedad percibida ($p=0,020$) (Tablas 8 y 9).

Tabla 8. Factores de riesgo de violencia verbal hacia el personal de enfermería según la escala EPERV-55

	Descriptivo	Violencia verbal hacia el personal de enfermería				
		Presencia		Ausencia		Valor p
		Media	DS*	Media	DS*	
Factor 1	AUTOCONTROL FÍSICO	27,50	7,79	30,75	6,52	0,178
Factor 2	OPTIMISMO Y ESTADO DE ÁNIMO POSITIVO	33,00	5,64	31,92	5,90	0,546
Factor 3	AUTOCONTROL DEL PENSAMIENTO	16,75	6,58	17,23	5,48	0,938
Factor 4	CONSUMO DE DROGAS	13,62	6,63	17,52	4,20	0,016
Factor 5	CONTROL DE LA AUTOMUTILACIÓN	17,46	4,77	18,42	2,82	0,861
Factor 6	AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS	18,85	6,28	20,68	5,07	0,325
Factor 7	SENSIBILIDAD / RELACION SOCIAL	21,58	6,20	21,54	5,40	0,884
Factor 8	CONCENTRACIÓN	12,69	2,59	12,85	2,64	0,838
Factor 9	RELACIÓN CON EL SUICIDIO	12,54	3,71	12,37	3,33	0,752
Factor 10	MENSAJES FISIOLÓGICOS DE ANSIEDAD	8,54	1,56	8,59	1,56	0,916
Factor 11	ANSIEDAD PERCIBIDA	3,38	1,33	3,51	1,07	0,818
Factor 12	COGNICIÓN	8,23	1,59	8,16	1,30	0,704
Factor 13	TEMOR VERBALIZADO	4,00	1,22	4,05	0,98	0,921
EPERV TOTAL		199,00	37,81	208,09	27,08	0,310

*DS: Desviación estándar

Tabla 9. Factores de riesgo de violencia verbal hacia el resto de personal sanitario según la escala EPERV-55

	Descriptivo	Violencia verbal hacia profesionales sanitarios				
		Presencia		Ausencia		Valor p
		Media	DS*	Media	DS*	
Factor 1	AUTOCONTROL FÍSICO	26,83	6,75	30,75	6,52	0,005
Factor 2	OPTIMISMO Y ESTADO DE ÁNIMO POSITIVO	32,75	4,19	31,92	5,90	0,395
Factor 3	AUTOCONTROL DEL PENSAMIENTO	18,66	6,40	17,23	5,48	0,232
Factor 4	CONSUMO DE DROGAS	15,03	5,54	17,52	4,20	0,027
Factor 5	CONTROL DE LA AUTOMUTILACIÓN	17,43	3,79	18,42	2,82	0,118
Factor 6	AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS	20,07	5,41	20,68	5,07	0,582
Factor 7	SENSIBILIDAD / RELACIÓN SOCIAL	22,52	4,88	21,54	5,40	0,351
Factor 8	CONCENTRACIÓN	12,63	2,34	12,85	2,64	0,678
Factor 9	RELACIÓN CON EL SUICIDIO	12,73	3,10	12,37	3,33	0,593
Factor 10	MENSAJES FISIOLÓGICOS DE ANSIEDAD	8,23	1,68	8,59	1,56	0,283
Factor 11	ANSIEDAD PERCIBIDA	2,97	1,33	3,51	1,07	0,020
Factor 12	COGNICIÓN	8,33	1,21	8,16	1,30	0,513
Factor 13	TEMOR VERBALIZADO	4,57	3,29	4,05	0,98	0,405
EPERV TOTAL		202,52	28,82	208,09	27,08	0,347

*DS: Desviación estándar

- Violencia física:

En cuanto a la violencia física, sólo el Factor 5: Control de la automutilación ($p=0,019$), presentó diferencias estadísticamente significativas hacia el personal de enfermería, observándose una tendencia en el Factor 7: Sensibilidad/Relación social ($p=0,064$). Si consideramos al resto de profesionales sanitarios, encontramos que los factores que presentaron diferencias estadísticamente significativas fueron, el Factor 1: Autocontrol físico ($p=0,005$), el Factor 4: Consumo de drogas ($p=0,027$), el Factor 5: Control de la automutilación ($p=0,039$), y el Factor 8: Concentración ($p=0,026$), observándose una tendencia en el Factor 6: Afrontamiento de problemas ($p=0,067$) y en el Factor 7: Sensibilidad/Relación social ($p=0,076$) (Tablas 10 y 11).

Tabla 10. Factores de riesgo de violencia física hacia el personal de enfermería según la escala EPERV-55

	Descriptivo	Violencia física hacia el personal de enfermería				
		Presencia		Ausencia		Valor p
		Media	DS*	Media	DS*	
Factor 1	AUTOCONTROL FÍSICO	22,75	12,87	30,57	6,35	0,188
Factor 2	OPTIMISMO Y ESTADO DE ÁNIMO POSITIVO	31,25	3,86	32,15	5,67	0,574
Factor 3	AUTOCONTROL DEL PENSAMIENTO	17,50	7,14	17,68	5,47	0,916
Factor 4	CONSUMO DE DROGAS	15,25	6,60	17,41	4,28	0,436
Factor 5	CONTROL DE LA AUTOMUTILACIÓN	14,00	4,90	18,51	2,69	0,019
Factor 6	AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS	16,50	5,92	20,85	5,13	0,158
Factor 7	SENSIBILIDAD / RELACIÓN SOCIAL	17,50	4,20	22,07	5,23	0,064
Factor 8	CONCENTRACIÓN	11,75	2,36	12,99	2,48	0,220
Factor 9	RELACIÓN CON EL SUICIDIO	11,50	3,32	12,55	3,27	0,394
Factor 10	MENSAJES FISIOLÓGICOS DE ANSIEDAD	8,50	1,91	8,50	1,62	0,926
Factor 11	ANSIEDAD PERCIBIDA	2,50	1,29	3,46	1,12	0,132
Factor 12	COGNICIÓN	8,00	0,82	8,16	1,30	0,635
Factor 13	TEMOR VERBALIZADO	3,75	0,96	4,18	1,83	0,447
EPERV TOTAL		180,75	29,81	209,09	26,00	0,035

*DS: Desviación estándar

Tabla 11. Factores de riesgo de violencia física hacia el resto de personal sanitario según la escala EPERV-55

	Descriptivo	Violencia física hacia profesionales sanitarios				
		Presencia		Ausencia		Valor p
		Media	DS*	Media	DS*	
Factor 1	AUTOCONTROL FÍSICO	25,35	7,80	30,57	6,35	0,003
Factor 2	OPTIMISMO Y ESTADO DE ÁNIMO POSITIVO	31,65	5,12	32,15	5,67	0,730
Factor 3	AUTOCONTROL DEL PENSAMIENTO	16,47	7,14	17,68	5,47	0,415
Factor 4	CONSUMO DE DROGAS	14,17	5,82	17,41	4,28	0,034
Factor 5	CONTROL DE LA AUTOMUTILACIÓN	16,11	4,48	18,51	2,69	0,039
Factor 6	AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS	18,50	4,78	20,85	5,13	0,067
Factor 7	SENSIBILIDAD / RELACIÓN SOCIAL	19,56	5,35	22,07	5,23	0,076
Factor 8	CONCENTRACIÓN	11,56	2,87	22,52	4,88	0,026
Factor 9	RELACIÓN CON EL SUICIDIO	11,72	3,30	12,55	3,27	0,317
Factor 10	MENSAJES FISIOLÓGICOS DE ANSIEDAD	8,56	1,38	8,50	1,62	0,898
Factor 11	ANSIEDAD PERCIBIDA	2,94	1,21	3,46	1,12	0,074
Factor 12	COGNICIÓN	8,44	1,15	8,16	1,30	0,382
Factor 13	TEMOR VERBALIZADO	4,06	0,94	4,18	1,83	0,782
EPERV TOTAL		191,44	33,09	209,09	26,00	0,015

*DS: Desviación estándar

4.7. Regresión logística EPERV-55 y RV

La regresión logística determinó que los factores que explican mejor la presencia de violencia verbal entre la población de pacientes diagnosticados de esquizofrenia son:

- Violencia verbal:

El factor que explica mejor la violencia verbal hacia el personal de enfermería es el Factor 4: Consumo de drogas ($p=0,007$) con una R^2 de Nagelkerke = 0,108. En cuanto al factor que explica mejor la violencia verbal hacia el resto de profesionales sanitarios es el Factor 1: Autocontrol físico ($p=0,008$) con una R^2 de Nagelkerke = 0,079 (Tabla 12).

- Violencia física:

Con relación a la violencia física, el factor que explica mejor la presencia de violencia física hacia el personal de enfermería es el Factor 5: Control de la automutilación ($p=0,013$) con una R^2 de Nagelkerke = 0,205, y para el resto de profesionales sanitarios el Factor 1: Autocontrol físico ($p=0,043$) y el Factor 5: Control de la automutilación ($p=0,041$) con una R^2 de Nagelkerke = 0,166 (Tabla 13).

Tabla 12. Regresión logística de variables de la EPERV-55 y la escala RV que explican la violencia verbal y física hacia el personal de enfermería

	Violencia verbal hacia DUEs			Violencia heteroagresiva hacia DUEs		
	B (ET)	OR (IC)	Valor p	B (ET)	OR (IC)	Valor p
Factor 5 EPERV-55 Control de la automutilación				-0,346 (0,139)	0,707 (0,539-0,929)	0,013
Factor 4 EPERV-55 Consumo de drogas	-0,143 (0,053)	0,867 (0,781-0,962)	0,007			
Model R2 Nagelkerke	0,108			0,205		

Tabla 13. Regresión logística de variables de la EPERV-55 y la escala RV que explican la violencia verbal y física hacia el resto de profesionales

	Violencia verbal hacia profesionales sanitarios			Violencia heteroagresiva hacia profesionales sanitarios		
	B (ET)	OR (IC)	Valor p	B (ET)	OR (IC)	Valor p
Factor 1 EPERV-55 Autocontrol físico	-0,081 (0,031)	0,922 (0,868-0,979)	0,008	-0,081 (0,040)	0,922 (0,853-0,998)	0,043
Factor 5 EPERV-55 Control de la automutilación				-0,158 (0,077)	0,854 (0,734-0,993)	0,041
Model R2 Nagelkerke	0,079			0,166		

4.8. Regresión logística EPERV-55, RV y Modelo Chappell & Di Martino

La regresión logística determinó que los factores que explican mejor la presencia de violencia verbal entre la población de pacientes diagnosticados de esquizofrenia son:

- Violencia verbal:

Con relación a la violencia verbal, el factor que explica mejor la violencia verbal hacia el personal de enfermería es la presencia de medidas restrictivas ($p=0,001$) con una R2 de Nagelkerke = 0,355. En cuanto al factor que explica mejor la violencia verbal hacia el resto de profesionales sanitarios es la ausencia de permisos ($p<0,001$) y el consumo de tóxicos en la infancia ($p=0,018$), con una R2 de Nagelkerke = 0,275 (Tabla14 y 15).

- Violencia física:

Con relación a la violencia física, los factores que explican mejor la presencia de violencia física hacia el personal de enfermería son el Factor 5: Control de la automutilación ($p=0,038$) y la presencia de medidas restrictivas ($p=0,008$) con una R2 de Nagelkerke = 0,534, y para el resto de profesionales sanitarios el Factor 5:

Control de la automutilación ($p=0,30$) y la ausencia de permisos ($p<0,001$) con una R^2 de Nagelkerke = 0,305. (Tabla 14 y 15).

Tabla 14. Regresión logística de variables de la EPERV-55, escala RV y el modelo Chappell & Di Martino que explican la violencia verbal y física hacia el personal de enfermería.

	Violencia verbal hacia DUEs			Violencia heteroagresiva hacia DUEs		
	B (ET)	OR (IC)	Valor p	B (ET)	OR (IC)	Valor p
Factor 5 EPERV-55 Control de la automutilación				-0,377 (0,182)	0,686 (0,480-0,979)	0,038
Número de medidas restrictivas	0,744 (0,191)	2,104 (1,447-3,060)	<0,001	1,032 (0,391)	2,806 (1,303-6,042)	0,008
Model R2 Nagelkerke	0,355			0,534		

Tabla 15. Regresión logística de variables de la EPERV-55, escala RV y el modelo Chappell & Di Martino que explican la violencia verbal y física hacia el resto de profesionales sanitarios.

	Violencia verbal hacia profesionales sanitarios			Violencia heteroagresiva hacia profesionales sanitarios		
	B (ET)	OR (IC)	Valor p	B (ET)	OR (IC)	Valor p
Factor 5 EPERV-55 Control de la automutilación				-0,173 (0,080)	0,841 (0,719-0,983)	0,030
Ausencia de permisos	1,839 (0,482)	6,291 (2,448-16,167)	<0,001	2,248 (0,601)	9,470 (2,917-30,746)	<0,001
Consumo tóxicos en infancia	-1,128 (0,477)	0,324 (0,127-0,824)	0,018			
Model R2 Nagelkerke	0,275			0,305		

5. Discusión

***“La violencia hiere el cuerpo y la mente del que la ejecuta, del que la sufre,
de los que la lloran, de toda la humanidad. Nos rebaja a todos.”***

Kathy Reichs (1950 -).

Escritora, profesora y antropóloga forense.

Esta tesis pretende aportar evidencia sobre el peso significativo que tienen los factores de riesgo en las conductas violentas protagonizadas por los pacientes diagnosticados de esquizofrenia hacia el personal de enfermería y el resto de personal sanitario de las unidades psiquiátricas estudiadas. Se pretende verificar las hipótesis relacionadas con la existencia de factores predictores de conductas violentas de dichos pacientes, mediante los factores individuales del Modelo de Chappell & Di Martino, las escalas RV y EPERV-55.

Para contrastar estos supuestos se establecieron cinco objetivos. Los tres primeros pretendían evaluar la influencia de los factores de riesgo individuales tanto del modelo de Chappell & Di Martino, como de la escala EPERV-55 y la escala RV. Los dos últimos estaban orientados a analizar la influencia combinada entre los factores de la EPERV-55 y la RV por un lado, y por otro, entre los factores de la EPERV-55, la RV y el Modelo de Chappell & Di Martino.

5.1. Relación entre el modelo de Chappell & Di Martino y violencia

Esta investigación establece de manera detallada que, de entre todos los factores individuales del perpetrador, que propone el modelo de Chappell & Di Martino para la violencia laboral, los factores que intervienen en la presencia de violencia verbal hacia el personal de enfermería por parte de pacientes con esquizofrenia son principalmente: El sexo masculino y la presencia de medidas restrictivas, seguidos por el consumo de cannabis, la ausencia de permisos y el consumo de tóxicos en la infancia y una tendencia a menor edad (juventud). Mientras que los factores que intervienen en la presencia de violencia física hacia el personal de enfermería principalmente son, la presencia de medidas restrictivas, seguido por la ausencia de permisos. Se cumple en gran parte, la hipótesis planteada y lo que el Modelo de Chappell & Di Martino propone como

factores de riesgo: sexo masculino, edad joven, con consumo de tóxicos, historia previa de violencia y diagnóstico de trastorno mental (32).

Las aportaciones principales de esta investigación en cuanto al Modelo de Chappell & Di Martino son que: En el apartado de factores individuales de violencia del perpetrador, concretamente en el subapartado de circunstancias que conducen a la violencia, se puede incorporar el concepto “ausencia de permisos” a la hora de evaluar a pacientes de salud mental hospitalizados; otros aspectos como las medias restrictivas o el tipo de ingreso, aunque no son recogidos en el modelo, ya han sido descritos en otros artículos sobre el tema (30,63,68,71). Nuestros resultados refuerzan el hecho de que los pacientes que no gozaron de permisos, registraron tasas más elevadas de conductas violentas, generalmente por dificultades en el manejo e interacción social.

Las mencionadas dificultades en la relación interpersonal pueden acentuar acciones médicas dirigidas a la reducción de estímulos como aislamientos terapéuticos y/o de restricción de permisos (salidas terapéuticas y programadas a la comunidad) para prevenir conductas violentas (63). Se sabe que los pacientes con esquizofrenia, muestran alteraciones a la hora de interpretar las señales sociales y deficiencias en el reconocimiento facial de las emociones negativas, las cuales a su vez, se asocia con aumento de la agresividad y la violencia en la esquizofrenia (72). Del mismo modo, la falta de estimulación y la mala interacción social con los demás, también aumenta el riesgo de conductas autolesivas (68). Por lo que, un esfuerzo importante en la educación del paciente (dominio técnico y comprensión psicológica) en métodos de resolución de conflictos, *role playing* de situaciones interpersonales difíciles dirigidas a mejorar las estrategias de afrontamiento, podrían reducir las tasas de conductas violentas (106).

Para su aplicación; las enfermeras deben tener un conocimiento experto y ser capaces de reconocer los síntomas psicóticos, más allá de los delirios y las alucinaciones, además de contar con un conocimiento profundo y comprensión de las dificultades cognitivas que experimentan los pacientes diagnosticados de esquizofrenia para así poder adecuar la educación sanitaria a su nivel cognitivo.

Esta investigación contribuye a ampliar el conocimiento en cuanto a los vínculos existentes entre los fenómenos demográficos y la presencia de actos violentos, los cuales han sido explorados en diferentes estudios, pero con resultados ambiguos y poco consistentes (107). Uno de estos elementos es el sexo, por un lado, existe la teoría defendida por esta investigación (el Modelo de Chappell & Di Martino) y una gran parte de los estudios que afirman que, el sexo masculino es un factor de riesgo en la ejecución de conductas violentas (61,108,109), revelando incluso, que el sexo masculino aumenta 12,8 veces el riesgo de dichas conductas (64). Esta investigación refuerza el hecho de que los hombres son más violentos que las mujeres, pero también hay que considerar dos aspectos importantes: Que en las Unidades de salud mental de media y larga estancia donde se administraron las escalas, el sexo masculino es predominante, este hecho se repite en todas las unidades de este tipo del país, pues las mujeres suelen conservar mejor el autocuidado y suelen permanecer en los núcleos familiares (110,111).

Por otro lado, existe la teoría que afirma que la mayoría de los estudios están sesgados porque normalmente no se tiene en cuenta las situaciones o contextos, ni fenómenos históricos o culturales e interpersonales del sexo que pueden influir en la tasa de actos violentos (107). Algunos estudios como por ejemplo el City-128, aportan evidencia al investigar sobre la influencia de la étnia en la presencia

de conductas violentas, observándose que los pacientes de minorías étnicas ingresados en Unidades de salud mental son generalmente hombres jóvenes, diagnosticados de esquizofrenia, con riesgo de heteroagresión e ingresados por orden judicial (112). Sin embargo en nuestro estudio, la población inmigrante no presentó diferencias significativas en la presencia de conductas violentas, respecto a la población autóctona en ningún factor individual propuesto por el Modelo de Chappell & Di Martino.

En el presente estudio, tener una edad más joven parece tener una tendencia con el aumento de riesgo de violencia verbal hacia el personal de enfermería. Coincidiendo con la mayoría de las investigaciones, en el intervalo de adulto joven de entre 20 y 40 años (32,60,61,112).

El tipo de ingreso es también uno de los fenómenos vinculados a la presencia de actos violentos, y su relación es intuitivamente lógica, dándose altas tasas de actos violentos en pacientes con ingresos judiciales o involuntarios (68,71,112). Aunque no existe evidencia respecto a si la presencia de actos violentos responde a una reacción frente al ingreso involuntario o a la situación clínica del paciente, la cual obliga a proceder con un ingreso involuntario.

En cuanto a la relación entre la presencia de conductas violentas y las modificaciones de tratamiento podemos destacar varias causas asociadas a dichas modificaciones como la mala adherencia al tratamiento y el bajo control de las conductas agresivas (113). El hecho de que el paciente no quiera tomar la medicación o exija más medicación que la pauta, son factores generadores de conductas violentas (112), por lo que, llegar a un acuerdo previo con el paciente en cuanto a la pauta farmacológica y como gestionarla de manera adecuada, puede reducir este riesgo.

Curiosamente el estudio de City-128 (112) también detectó el dato anteriormente mencionado, señalando que a menos restricciones mejor aceptación del tratamiento. A esto se le deben añadir los efectos provocados por los fármacos en la conducta violenta, pues también está muy documentado, que la mayoría de los medicamentos antipsicóticos pueden provocar efectos iatrogénicos como agitación, acatisia y/o inquietud, los cuales pueden contribuir en el abandono del tratamiento, aumentando así del riesgo de conductas violentas (114,115).

Es importante destacar, el binomio entre el consumo de drogas y la violencia y su relación con la esquizofrenia, el cual ha estado, tradicionalmente, muy analizado en la literatura científica. Pero las nuevas teorías apuntan a que esta relación está condicionada en la mayoría de los casos, por las características de la personalidad y/o problemáticas sociales siendo poco probable, que solo sea por un simple efecto adictivo (116). En concreto, con relación al consumo de cannabis, nuestros resultados coinciden con la mayoría de estudios, revelando una asociación entre los síntomas de abstinencia al cannabis y el aumento de conductas violentas (65).

Algunos trabajos refuerzan también la existencia de una asociación entre el consumo de alcohol y la presencia de conductas violentas por parte de pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide (66,67), pero hay que tener en cuenta que en nuestro estudio el efecto de esta variable es menos significativo, ya que los pacientes se encuentran hospitalizados y no pueden consumir alcohol.

Cabe añadir que, estudios recientes concluyen que los individuos que presentan conductas autoagresivas tienen una mayor probabilidad de practicar la violencia interpersonal (68) y si a esta combinación se le suma el consumo de

tóxicos, la tasa de conductas violentas es sistemáticamente, más alta (48,109). En conclusión, es importante destacar que, la mayoría de investigaciones sugieren que los individuos con trastornos por consumo de sustancias pueden ser más peligrosos que las personas con esquizofrenia y otras psicosis, y que la psicosis comórbida con el abuso de sustancias no confiere ningún riesgo adicional (117). En consecuencia, las estrategias de reducción de la violencia se deben centrar en la prevención primaria y secundaria del abuso de sustancias y no solamente dirigirse a la estabilización sintomatológica de las personas con enfermedad mental grave.

La presencia de medidas restrictivas es otro factor que, al igual que en esta investigación, la literatura reconoce como predictor de conductas violentas (37,112). Según el estudio City de Bowers et al. (112), aspectos como, altos niveles de organización y orden en las unidades, una rotación del personal de enfermería adecuada (evitando el agotamiento y el *burnout*), personal con una formación específica en el uso adecuado de medidas restrictivas y la sensación de seguridad experimentada por los pacientes (ausencia de enfrentamientos entre pacientes, intimidación, acoso, robo, racismo, presencia de sustancias ilegales como alcohol o cannabis), son factores organizacionales que influyen en la reducción de conductas violentas.

Un dato de nuestra investigación que llama la atención es el bajo número de actos heteroagresivos (físicos y verbales) recogidos durante el periodo estudiado, pues la mayoría de los estudios afirman que los profesionales sanitarios y en especial los que desarrollan su labor en servicios especiales, como la salud mental, y más concretamente las enfermeras, son los profesionales que sufren más actos violentos (36). Cabe hacer una reflexión en torno a esta cuestión y

preguntarnos si los pacientes son realmente tan agresivos como a priori se cree o si el hecho de haber realizado el estudio en un hospital monográfico de salud mental, sea el motivo de la baja incidencia de actos violentos, aspecto que concuerda con los resultados obtenidos en el estudio City-128 de Inglaterra (112,118). Esto se explicaría porque, tanto el personal como las unidades de atención y las políticas organizativas están orientados a la formación, el abordaje y el tratamiento de la salud mental.

Es en este punto donde hay que poner en valor la comunicación, como herramienta principal de la enfermería de salud mental para trabajar con los pacientes, tal y como propone H. Peplau (119). La enfermería se caracteriza por el establecimiento de una relación de ayuda, que implica interacción con el individuo e influencia mutua. En ocasiones, esta habilidad no se relaciona con su puesta en práctica, donde intervienen factores como son, las características personales, la predisposición o las variables socioculturales.

En la sociedad en general y en el ámbito sanitario en particular, el acto comunicativo, a pesar de ser una herramienta tan asequible, puede convertirse en algo precario si existe la tendencia a "la instrumentalización de las personas". La base de la prevención de la violencia es el desarrollo de una alianza terapéutica estable y responsable; esta permite actuar antes de que el conflicto estalle, anticipándonos ante una descompensación o la aparición de estrés. En este sentido varias publicaciones señalan que los pacientes que usan más y mejor los servicios de salud mental y los que establecen relaciones más cercanas con el personal sanitario realizan menos amenazas o actos violentos y necesitan tratamiento involuntario con menor frecuencia (120). Por ello, cabe insistir en la importancia de incorporar en las unidades espacios de educación sanitaria

centrados, en este caso, en métodos de resolución de conflictos, dirigidas a mejorar las estrategias de afrontamiento (disminuir la frustración y el rechazo) trabajando explícitamente factores como la hostilidad, el criticismo y la sobreimplicación y así conseguir una disminución de las recaídas y los reingresos de la población con esquizofrenia (120).

5.2. Relación entre los factores de riesgo de la RV y violencia

La RV básicamente evalúa el riesgo de violencia a partir de dos aspectos importantes, uno es la historia previa de violencia y, el otro, el uso de armas. A partir de los resultados de esta investigación en relación a los factores de riesgo de la RV, se puede afirmar que dichos factores no intervienen en la presencia de violencia verbal o física, ya sea hacia el personal de enfermería o hacia el resto de personal sanitario para los pacientes de salud mental hospitalizados. Como se observa en los datos extraídos a partir de los factores 1, 2, 3, 5, 6, 7 y 10 de la RV, los antecedentes de violencia no han presentado diferencias significativas, y por otro lado, los factores 4, 8, 9, 11 y 12 de la RV en relación al uso de las armas o de cualquier objeto para agredir tampoco presentó diferencias, en consecuencia, los resultados obtenidos con este instrumento no detectaron conductas violentas, por lo tanto, las puntuaciones obtenidas, por parte de los pacientes en general, fueron bajas. La literatura existente refuerza este hecho, relacionando este instrumento con el riesgo de impulsividad e incluso de suicidio obteniendo, sobretodo, buenos resultados para la población adolescentes con patología mental hospitalizada (121,122).

5.3. Relación entre los factores de riesgo de la EPERV-55 y violencia

Los resultados de esta investigación determinan que, el factor de la EPERV-55 que interviene en la presencia de violencia verbal hacia el personal de enfermería

es el consumo de drogas; mientras que los factores que intervienen hacia el resto de personal sanitario son: El autocontrol físico, el consumo de drogas y la ansiedad percibida. En cambio, el factor que interviene en la presencia de violencia física hacia el personal de enfermería es el control de la automutilación y hacia el resto de personal sanitario son factores como: El autocontrol físico, el consumo de drogas, el control de la automutilación y la concentración.

En cuanto al consumo de drogas, esta investigación contribuye a reforzar lo que la literatura científica confirma en cuanto a la relación existente entre dicho consumo y la presencia de actos violentos, como se ha comentado previamente. Además, los datos obtenidos a partir de la escala EPERV-55, a diferencia de otros estudios (30,34,63), ayudan a concretar mejor cuáles son los aspectos que influyen sobre este concepto ya que, el Factor 4: Consumo de drogas, es valorado por 4 ítems como: a) el paciente reconoce el riesgo del abuso de drogas, b) el paciente es capaz de desarrollar estrategias efectivas para controlar el consumo, c) el paciente puede reconocer cambios en el estado de salud ante el efecto de las drogas y d) el paciente controla el consumo. Estos ítems describen de manera detallada los aspectos que intervienen en dicho consumo, los cuales se deben incorporar en la valoración inicial del paciente para poder explorarlos e intervenir de manera adecuada y mejorar así el pronóstico de violencia en relación con el consumo de drogas (123).

Además de la valoración, como ya hemos mencionado con anterioridad, las acciones más importantes se deberían centrar en la prevención primaria (promoción y protección específica de la salud) y secundaria (diagnóstico precoz, cribado o screening) del consumo y/o abuso de sustancias. Es, en este punto, donde la enfermería de salud mental tiene un amplio terreno a desarrollar,

realizando intervenciones dirigidas a la promoción y prevención del consumo de drogas, puesto que es un factor muy fuertemente asociado a la violencia, y no solamente realizar acciones para la estabilización sintomatológica de la enfermedad mental (124).

Otro aspecto en el que esta investigación aporta evidencia, a partir de los datos obtenidos del Factor 5: Control de la automutilación de la escala EPERV-55, es la importancia de la responsabilidad del equipo terapéutico para establecer una alianza terapéutica sólida con el paciente. Dicho factor 5, engloba 3 ítems como: a) buscar ayuda ante el impulso de autolesión, b) mantener el compromiso de no autolesionarse y c) poder controlarse a la hora de acumular medios para autolesionarse. Se sabe que los pacientes que son capaces de gestionar estos impulsos autolesivos, gestionan mejor los actos heteroagresivos llegando incluso a poder evitarlos con ayuda de los profesionales (68). Por ello, es importante destacar la relación terapéutica como palanca para gestionar mejor estas habilidades y compromisos, y reducir así el riesgo de violencia en las unidades.

Otro aspecto que esta investigación revela es la relación existente entre los síntomas como irritabilidad, impulsividad, explosiones de ira, enfado, déficit de control de impulsos, ansiedad y la presencia de violencia verbal hacia el resto del personal sanitario (125), obtenida a partir de los ítems del Factor 11: Ansiedad percibida de la escala EPERV-55. Para mejorar estos síntomas, los esfuerzos del personal de enfermería se deben enfocar hacia el aumento del ejercicio y la utilización de técnicas de relajación sobre las que existe evidencia acerca de su capacidad para reducirlos (120).

La evidencia que aportaron los ensayos clínicos controlados aleatorios sobre la relajación muscular progresiva en la esquizofrenia es muy alentadora, pero

también muy preliminar, indicando que proporcionar relajación muscular progresiva puede aliviar la angustia psicológica y los estados de ansiedad, y puede mejorar el bienestar subjetivo en pacientes con esquizofrenia en fase aguda (126,127).

Por otro lado, diversos estudios abalan la importancia de realizar ejercicio físico para reducir los síntomas negativos de la esquizofrenia y el aislamiento, a la vez que mejorar el estado de ánimo y la socialización de los pacientes, lo que reduciría considerablemente la presencia de factores de riesgo de conductas violentas (128,129). La actividad física se relaciona con el aumento de la alegría de vivir y los sentimientos de felicidad, con la sensación de estar contento y satisfecho consigo mismo. Estar físicamente activo reduce los sentimientos de inutilidad relacionados con la inactividad y se relaciona con sentimientos de libertad e independencia (130). En conclusión, mantenerse físicamente activo, disminuye la irritabilidad, mejora las relaciones familiares y alivia el dolor, la ansiedad y el mal humor e incluso controla los síntomas positivos de la esquizofrenia como ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, agitación y pensamiento desorganizado (130).

Esta investigación también revela que la presencia de aspectos relacionados con la cognición como la incapacidad para prestar atención, la falta de concentración y la falta de escucha activa son factores predictores de violencia física hacia el resto de personal sanitario tal y como demuestran los ítems del Factor 8: Concentración de la escala EPERV-55. Estudios recientes relacionan los deterioros de la neurocognición y cognición social que sufren los pacientes con esquizofrenia con la presencia de conductas violentas, en los que se describe que las tareas cognitivas en las que los pacientes no rinden adecuadamente

incluyen no sólo las pruebas neuropsicológicas o neurocognitivas de la memoria, la atención y el funcionamiento ejecutivo, sino también pruebas de cognición social como la percepción del afecto, la conciencia emocional, la teoría de la mente, el procesamiento sensible al contexto, y el razonamiento emocional (131). Sin embargo, este vínculo se debe matizar, pues las deficiencias en el razonamiento social pueden ser más importantes que otras habilidades neurocognitivas.

La neurocognición parece estar vinculada a la violencia en la medida en que afecta a los procesos de más alto nivel de razonamiento social, a los síntomas psiquiátricos, al funcionamiento social y a la propensión a la violencia (131). En esta línea, los esfuerzos psicoterapéuticos para mejorar diversos dominios cognitivos, neurocognitivos y sociales en la esquizofrenia deben centrarse en terapias de rehabilitación cognitiva y metacognitiva, y en tratamientos basados en la mentalización, los cuales pueden ser útiles para reducir de manera indirecta el riesgo de violencia en dichos pacientes (131).

En cuanto a la relación entre los factores predictivos de la EPERV-55 y el resto de escalas de predicción, podemos afirmar que es necesario incorporar a la práctica diaria el uso de instrumentos para la evaluación del riesgo de violencia, apostando por el uso de escalas de nueva creación tanto actuariales como mixtas (clínico-actuariales) como la EPERV-55. Esta escala es considerada como una herramienta actuarial de primer orden y puede ser utilizada para predecir la reincidencia y el riesgo de violencia.

La EPERV-55, a diferencia de la VRAG, no se basa en factores de riesgo determinados empíricamente, y es más eficaz para la evaluación de los aspectos modificables asociados con la violencia, esto provoca que no se pierda

información esencial relacionada con la evaluación de riesgos y no restringe su aplicabilidad.

Además, la EPERV-55 a diferencia de la PCL-R, realiza una evaluación clínica estructurada, basándose en elementos dinámicos que pueden servir de guía en el día a día (evaluación de riesgo inminente), siendo un buen instrumento para predecir la violencia institucional, por encima de la PCL-R y VRAG que presentan una asociación más débil hacia la violencia institucional.

En cuanto a la duración de la evaluación del riesgo de violencia se encontró que, la EPERV-55 tenían una capacidad predictiva significativa de la violencia a corto plazo (período de hasta 14 días), mientras que la PCL-R tenía capacidad predictiva moderada durante períodos más cortos de seguimiento (días/semana).

En términos de sexo, la EPERV-55 se puede utilizar por igual tanto en población psiquiátrica femenina como masculina a diferencia de la VRAG que sólo se utiliza para la población masculina.

En cuanto a la presencia de los factores predictores de la EPERV-55 en el resto de escalas de evaluación de violencia y que en esta investigación han resultado ser relevantes, podemos admitir que:

- El Factor 1: Autocontrol físico: De los diferentes ítems que lo componen, sólo es valorado el ítem de impulsividad por las escalas HCR-20 y PCL-R. El ítem de arrebatos verbales sólo es valorado por el Factor 2 de la V-Risk-10. Y el ítem se abstiene de golpear a los demás (violencia física) por el Factor 1 de la escala V-Risck-10 y el Factor 10 de la escala VRAG. Podemos afirmar que este factor es valorado por todas las escalas, pero la EPERV-55 profundiza más en el concepto y aporta otros ítems a tener en cuenta como las explosiones de ira, la irritabilidad y el control del enfado (Tabla 16).

- El Factor 4: Consumo de drogas: Este concepto no es explorado por la escala PCL-R. La escala V-Risk-10 lo valora con su Factor 3: Abuso de sustancias, la HCR-20 lo valora en el ítem H5: Problemas relacionados con el uso de sustancias y la escala VRAG con el Factor 11: Historia de de abuso de alcohol. En cuanto a este factor, y visto que el consumo de drogas es uno de los factores que mayor relación tiene con la presencia de conductas violentas, tanto verbales como físicas hacia el personal de enfermería, y físicas hacia el resto de personal sanitario, se puede aseverar que para poblaciones donde el consumo de drogas está presente o se sospeche su consumo, las escalas de evaluación de elección son la EPER-55, la V-Risk-10, la HCR-20 y la VRAG (Tabla 16).
- El factor 5: Control de la Automutilación: Este factor no está presente entre los factores predictores de ninguna de las escalas de evaluación, y es uno de los factores, según los resultados obtenidos en esta investigación, relacionados con la presencia de violencia física tanto hacía enfermería como hacia el resto del personal sanitario. Estos datos nos ayudan a afirmar que, para explorar de manera adecuada este riesgo real entre los pacientes hospitalizados y diagnosticados de esquizofrenia y poder así, reducir la presencia de conductas de violencia física, la EPERV-55 es la única escala que lo recoge (Tabla 16).
- El Factor 8: Concentración: Este concepto no es explorado directamente por el resto de escalas, la HCR-20 y la VRAG ni siquiera lo contemplan y la PCL-R lo explora en parte al evaluar el Factor 2: egocentrismo (reduciendose la capacidad de atención y escucha activa) y el Factor 8: falta de empatía, al igual que la V-Risk-10 con el Factor 8: falta de empatía. Podemos confirmar que este factor no es valorado de manera adecuada por el resto de escalas, y

que la EPERV-55 profundiza más en el concepto y aporta otros ítems a tener en cuenta como la atención, la escucha activa y el nivel de concentración (Tabla 16).

- El Factor 11: Ansiedad Percibida: Este factor no está presente entre los factores predictores de ninguna de las escalas de evaluación, y es uno de los factores, según los resultados obtenidos en esta investigación, relacionados con la presencia de violencia verbal hacia el resto del personal sanitario. Estos datos nos ayudan a confirmar que, para explorar de manera adecuada este riesgo real entre los pacientes hospitalizados y diagnosticados de esquizofrenia y poder reducir la presencia de conductas de violencia verbal, la EPERV-55 es la escala de elección ya que, valora los ítems importantes a tener en cuenta en relación a la violencia (Tabla 16).

Tabla 16. Presencia de los ítems de la EPERV-55 en el resto de escalas (elaboración propia)

FACTOR EPER-55	Descripción de los ítems	HCR-20	PCL-R	V-RISCK-10	VRAG
AUTOCONTROL FÍSICO	Explosiones de ira	X	X	X	X
	Irritabilidad	X	X	X	X
	Impulsividad	Factor C4	Factor 14	X	X
	Se abstiene de arrebatos verbales	X	X	Factor 2	X
	Identifica alternativas a la agresión	X	X	X	X
	Verbaliza el control de los impulsos	X	X	X	X
	Se abstiene de golpear a los demás	X	X	Factor 1	Factor 10
	Identifica cuando de enfada	X	X	X	X
CONSUMO DE DROGAS	Reconoce el riesgo del abuso de drogas	X	X	X	X
	Desarrolla estrategias para el control del consumo de drogas	X	X	X	X
	Reconoce cambios en el estado de salud	X	X	X	X
	Controla la ingestión de drogas	Factor H5	X	Factor 3	Factor 11
CONTROL DE LA AUTOMUTILACIÓN	Se contiene para acumular medios para autolesionarse	X	X	X	X
	Busca ayuda cuando siente la necesidad urgente de autolesionarse	X	X	X	X
	Mantiene el compromiso de no autolesionarse	X	X	X	X
	No se autolesiona	X	X	X	X
CONCENTRACIÓN	Atiende	X	Factor 2	X	X
	Se concentra	X	X	X	X
	Falta de escucha activa	X	Factor 8	Factor 8	X
ANSIEDAD PERCIBIDA	Ansiedad	X	X	X	X

Para este estudio se utilizó la escala EPERV-55 por dos cuestiones, la primera porque el personal de enfermería se sentía más cómodo al utilizarlo ya que conocía la nomenclatura NANDA y NOC utilizadas para la construcción de los

ítems, y a la hora de puntuar ya tenía la experiencia previa de la evaluación de los planes de cuidado, y además, el tiempo de administración no era excesivamente largo, lo cual no interfería en la dinámica asistencial diaria. También se utilizó la escala RV porque su administración era rápida y aportaba información complementaria a la EPERV-55 en cuanto al uso de armas u objetos para agredir y la historia previa de violencia.

Por lo que podemos afirmar que, antes de establecer el uso de instrumentos de evaluación, ya sea escalas o cuestionarios, se debe tener en cuenta el perfil del paciente a estudiar y sobretodo el factor tiempo, pues la mayoría de profesionales se ven generalmente limitados por este factor a la hora de su cumplimentación haciéndolos poco prácticos para las dinámicas asistenciales de las Unidades de salud mental actuales (52,99).

5.4. Relación entre factores predictivos y escalas de predicción

Esta investigación determina que el factor predictivo que explica mejor la presencia de violencia verbal hacia el personal de enfermería a partir de la regresión logística de los factores de la EPERV-55, la RV y las variables del Modelo de Chappell & Di Martino es el número de medidas restrictivas, mientras que los factores que intervienen en la violencia verbal hacia el resto del personal sanitario son, la ausencia de permisos y el consumo de tóxicos en la infancia.

En cambio, los factores que interviene en la presencia de violencia física hacia el personal de enfermería son el Factor 5 (control de la automutilación) de la EPERV-55 y el número de medidas restrictivas y los factores que intervienen en la violencia física hacia el resto del personal sanitario son, el Factor 5 (control de la automutilación) de la EPERV-55 y la ausencia de permisos.

De todos los factores descritos, sólo el consumo de drogas es el único ítem recogido por alguna de las escalas, concretamente en la HCR-20, la V-Risk-10 y la VRAG.

Se puede afirmar que, las variables referidas al número de medidas restrictivas y la ausencia de permisos tienen una estrecha relación con el incumplimiento de tratamiento, con síntomas psiquiátricos agudos o enfermedad mental grave, que son recogidos por la escala HCR-20, la V-Risk-10 y la VRAG. Pero no los podemos dar por sentado pues, no todos los pacientes que realizan un incumplimiento del tratamiento o están descompensados psicopatológicamente acaban siendo tratados mediante medidas restrictivas o se quedan sin permisos (63,71).

En cuanto al control de la automutilación, se puede decir que ninguna de las escalas, excepto la EPERV-55, lo recogen como un factor a tener en cuenta, siendo uno fenómeno que se acentúa con el consumo de tóxicos en los pacientes con esquizofrenia (48).

5.5. Dificultades y limitaciones

Las dificultades halladas durante la realización del estudio fueron, por un lado, la falta de colaboración por parte de algunos usuarios/as de las unidades de media y larga estancia, por ser la violencia un tema todavía tabú y que provoca cierto recelo a la hora de aceptar la participación. En ese sentido algunos pacientes que en un principio habían aceptado participar, al administrarles las escalas y empezar a responder ítems relacionados con la violencia, decidieron en ese mismo instante dejar de participar por miedo al resultado de la escala o por incomodidad al tener que responder ciertas cuestiones relacionadas con la violencia. Entendemos pues, que este aspecto puede sesgar los resultados ya

que quizás los pacientes más violentos pueden ser los que declinen participar en el estudio para evitar salir retratados en este estudio.

Otra dificultad fue el concienciar a los profesionales de las unidades donde se realizó el estudio sobre la importancia de registrar todo tipo de incidente violento, ya fuera verbal o físico, pues incidentes que para ellos eran normales como gritos y/o insultos, generados por parte de algunos pacientes, no los reconocían como agresiones verbales. Por esto, es casi seguro que incidentes de violencia, sobretodo verbal, no hayan sido recogidos con el rigor necesario, ya que, en muchas ocasiones es difícil diferenciar cuando forman parte de la dinámica normal de la unidad o son actos de violencia verbal.

En cuanto a las limitaciones, el hecho de que el hospital haya sido un hospital monográfico de salud mental dibuja una realidad que no se da en todas las Unidades hospitalarias de salud mental. Pues el centro cuenta con la mayoría de su personal de enfermería titulado y formado en salud mental (especialidad DIIR), las Unidades están diseñadas para el abordaje de esta tipología de pacientes y la organización está orientada hacia esta población. Por ello, los datos obtenidos en esta investigación pueden no ser comparables con los datos que se obtendrían en una planta de psiquiatría integrada en un hospital general, donde el personal rota por las unidades sin, en ocasiones, tener la formación adecuada (sobretodo enfermería), donde las infraestructuras, la mayoría de las veces, no acompañan a las dinámicas de la unidad y donde la organización centra más sus esfuerzos en el tratamiento somático que en el psiquiátrico.

5.6. Recomendaciones y aplicabilidad práctica

La violencia en la enfermedad mental es de origen multifactorial y sus manifestaciones dependen de la presencia de diversos factores de riesgo, como

las conductas inadecuadas como irritabilidad y/o impulsividad, consumo de sustancias, fugas, etc., las cuales amenazan la seguridad de los pacientes y de los profesionales de la salud. El uso de medidas coercitivas para hacer frente a estas conductas como son las medidas farmacológicas forzadas, la observación constante, y/o las contenciones mecánicas, generan sentimientos contradictorios tanto para los pacientes como para el personal sanitario (37). Por lo que otros enfoques dirigidos a aportar mejoras en estos aspectos son siempre bien acogidos tanto por los profesionales de la salud como por los gestores de los centros sanitarios.

Es importante, recomendar la formación del personal de enfermería sobre cómo aplicar escalas de evaluación del riesgo de violencia, con el fin de que sean utilizadas más ampliamente en el contexto hospitalario (132). También es importante tener accesible para el personal, los protocolos de medidas restrictivas y/o guías de actuación, así como los registros de incidencias, los cuales deben ser documentados y revisados con regularidad. Además de estas dos recomendaciones, hay que añadir que, la monitorización o supervisión constante de situaciones de conductas violentas es una cuestión clave para identificar los factores predictivos y sus causas. Por tanto, es necesaria una evaluación objetiva y sistemática de la violencia en la enfermedad mental y establecer las bases de investigación para la determinación de los factores de riesgo asociados a su manifestación. Dicha determinación permitirá detectar el riesgo de violencia y facilitará la planificación de los cuidados de enfermería, incorporando intervenciones específicas, destinadas a mejorar el manejo de las conductas violentas mediante las *Nursing Interventions Classification* (NIC).

A partir de los resultados obtenidos de esta investigación podemos concluir que las intervenciones de enfermería (NIC) que van dirigidas específicamente a mejorar los resultados de salud del paciente (NOC) obtenidos de la EPERV-55 y los factores del modelo de Chappell & Di Martino son:

- NICs dirigidas a mejorar la gestión de los conflictos y la frustración:
 - o Ayuda para el control del enfado (4640): Facilitación de la expresión del enfado de manera adaptativa y no violenta.
 - o Autocontrol de la agresión (1401): Acciones personales para abstenerse de conductas violentas, combativas o destructivas hacia los demás.
 - o Reestructuración cognitiva (4700): Estimular al paciente para que modifique los patrones de pensamiento distorsionados y para que se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista.
- NICs dirigidas a reducir las medidas restrictivas:
 - o Detección del riesgo (1908): Acciones personales para identificar las amenazas contra la salud personal.
 - o Contención farmacológica (6430): Administración, monitorización e interrupción de sustancias psicotrópicas utilizadas para controlar la conducta extrema de un individuo.
 - o Manejo ambiental para prevenir la violencia (6487): Control y manipulación del ambiente físico para disminuir la posibilidad de conductas violentas dirigidas hacia uno mismo, los demás o el ambiente.
- NICs dirigidas a prevenir estilos de vida no saludables:

- Prevención del consumo de sustancias nocivas (4500): Prevenir un estilo de vida que incurra en el alcoholismo y el consumo de drogas.
 - Tratamiento del consumo de sustancias nocivas (4510): Cuidar del paciente y los familiares que presenten una disfunción debido al consumo o dependencia de sustancias nocivas.
- NICs dirigidas a mejorar el funcionamiento social y aumentar los permisos y reducir los aislamientos:
- Potenciación de la socialización (5100): Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con los demás.
 - Modificación de la conducta: habilidades sociales (4362): Ayuda al paciente para que desarrolle o mejore las habilidades sociales interpersonales.

Por otro lado, la EPERV-55, al tener los ítems alineados con los resultados de enfermería NOC, ayuda a poder relacionar los planes de cuidados diseñados por el personal de enfermería y la puntuación de la escala, con lo que, una modificación en un NOC del plan de cuidados de un paciente puede además modificar el valor del ítem valorado en la escala y a su vez modificar directamente el resultado ofrecido por la EPERV-55 en cuanto al riesgo de violencia. Por ejemplo, un paciente presenta el diagnóstico de enfermería (NANDA) Riesgo de violencia dirigido a otros, y se plantea como resultados NOC: el nivel de miedo, el autocontrol de la agresión, el nivel de hiperactividad, el control del riesgo de consumo de drogas, el control de la automutilación, la cognición y el nivel de estrés. Cuando la enfermera realice las autoevaluaciones programadas de estos NOCs y sus indicadores (Ítems de la EPERV-55) y las puntuaciones, estas puntuaciones se pueden incorporar directamente en la escala y ofrecer al instante cual es el

nuevo valor del riesgo de violencia para el paciente, sin tener que pasar la totalidad de ítems de la escala.

Es importante recordar que la mayoría de Guías de Práctica Clínica recomiendan que el riesgo de violencia en la esquizofrenia se debe evaluar de manera sistemática (133). La literatura sugiere que las tasas más altas de reducción del uso de medidas restrictivas (aislamiento, reclusión y/o contención mecánica) se han logrado mediante la mejora simultánea de varios elementos de la atención, los cuales evitan las crisis o pródromos que conducen al uso de estas medidas. Estos elementos son: La mejora del liderazgo en los equipos asistenciales, la formación de los profesionales en el abordaje verbal y farmacológico como primera elección (134), la participación de los usuarios/as en el diseño de protocolos y guías de atención, el uso de herramientas para valorar y predecir el riesgo de violencia (90) y el análisis posterior al uso de las medidas restrictivas, las cuales hacen que sea posible evitar el uso de estas medidas sin que haya un aumento de la violencia (135).

Además, otro aspecto a considerar, si no se dispone de tiempo para administrar la escala EPERV-55, es la incorporación en la valoración de enfermería al ingreso de los factores 1, 4, 5, 8 y 11 de dicha escala, junto con otras variables como el sexo masculino, la presencia de medidas restrictivas, edades comprendidas entre los 40-45 años, el consumo de cannabis, la ausencia de permisos y el consumo de tóxicos en la infancia del modelo de Chappell & Di Martino, así se podrá valorar de manera rápida, el riesgo de violencia hacia el personal de enfermería o hacia el resto de personal sanitario.

5.7. Implicaciones para la investigación

Para la aplicación de posibles medidas sanitarias y sociales aún es necesario avanzar en la investigación de esta problemática de forma que podamos conocer qué es lo que diferencia a los pacientes que actúan de forma violenta del resto, teniendo en cuenta que, los pacientes diagnosticados de esquizofrenia suelen presentar otros factores, como el consumo o antecedentes de consumo de sustancias, abuso de medidas restrictivas, falta de mecanismos de autocontrol, etc., todos ellos asociados con la violencia.

Como he mencionado anteriormente, la evidencia sugiere que los factores que intervienen en la violencia hacia el personal de enfermería son diferentes respecto a los existentes hacia otro tipo de profesiones. Sin embargo hay muy pocos estudios destinados a evaluar este fenómeno (30,37), es por ello que esta investigación se ha centrado en esta cuestión.

Es fundamental conocer cuál es la relación entre el perfil del profesional de enfermería psiquiátrico y la manifestación de conductas violentas. Las investigaciones deben centrarse sobre esta relación y aportar evidencia en cuanto a cómo influye este factor y cómo se puede prevenir. Es preciso conocer cuáles son las competencias necesarias para el abordaje y tratamiento de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, las cuales deben ir dirigidas a mejorar el contacto social, la conciencia de enfermedad, el cumplimiento del régimen terapéutico y el reconocimiento de signos y síntomas de la patología, etc. Se deben identificar estas competencias necesarias y trabajar su adquisición en la formación universitaria del Grado de Enfermería y en la formación post graduada, así como incorporarlas en la práctica diaria en los equipos de trabajo, ya que son

aspectos claves para mejorar la calidad asistencial y reducir el riesgo de conductas violentas.

A su vez, también es esencial investigar la influencia de las intervenciones enfermeras en el ámbito tanto intra como extra hospitalario (entorno), y su relación con la presencia de conductas violentas hacia el personal de enfermería, este aspecto es otra pieza crucial en cuanto a la reducción del riesgo.

Es preciso evaluar el impacto de programas de promoción y prevención de conductas de riesgo, e incorporar en el tratamiento estrategias de afrontamiento que incluyan aspectos sociales y culturales que influyen, como hemos visto, de manera significativa en las conductas violentas. Sabemos que las mejoras en la atención, la concentración y la escucha activa pueden ser un marcador útil con respecto a la eficacia de la reducción del riesgo de violencia. En consecuencia, se debe incentivar la investigación en relación con la mejora de estos aspectos cognitivos en pacientes con esquizofrenia con el fin de aportar evidencia sobre esta intervención y su relación con la reducción de los factores de riesgo para la violencia y otros resultados adversos (131).

Una línea futura de investigación sería introducir los conceptos que aportan los modelos conceptuales de predicción del riesgo de violencia. Estos modelos están centrados en la detección de factores que ayudan a crear unidades más “tranquilas”; en las que los pacientes y los profesionales se sientan cómodos, donde se puedan contener y reconducir las respuestas emocionales tanto de los pacientes como de los profesionales ante comportamientos difíciles. También se debería disponer de diseños institucionales estructuralmente más seguros y efectivos para establecer normas y rutinas. Estos modelos han supuesto para

enfermería un nuevo enfoque; a la vez que en la práctica se han incorporado nuevos campos de intervención, como por ejemplo el manejo ambiental, para mejorar la atención prestada.

Tabla 17. Ítems a incorporar del modelo Safewards

DOMINIO	Ítem a incorporar
Equipo asistencial	Existencia de planes de trabajo Rechazo de solicitudes de pacientes Comunicación de malas noticias Ignorar demandas de apoyo o asistencia
Espacio físico	Comodidad Respeto por la intimidad Espacios cerrados Reparaciones rápidas Remodelaciones frecuentes Ambiente limpio y ordenado Personalizar habitaciones Personalizar espacios comunes
Factores externos	Relaciones conflictivas con amigos Relaciones conflictivas con familia Dificultades en el hogar
Características del Paciente	Síntomas psiquiátricos Consumo de drogas Características demográficas (joven, hombre) Rasgos de personalidad
Relación entre pacientes	Hacinamiento Malos entendidos Intimidación Robo y daños a otros pacientes
Marco Legal	Respeto por los derechos de los pacientes

Un ejemplo de estos modelos es el modelo *Safewards* diseñado por Bowers et al. (106) que tiene como objetivo detectar los factores que influyen en el aumento de las tasas de conflictos y del uso de contenciones en las unidades de salud mental para poder modificarlos (Tabla 17). Este modelo propone seis dominios claves de exploración: equipo asistencial, espacio físico, factores externos, relaciones entre pacientes, características individuales de los pacientes y marco

legal. Los cuales podrían incorporarse en nuevas investigaciones porque además no son contemplados en las escalas de evaluación del riesgo de violencia existentes.

En conclusión, incorporar en las futuras investigaciones los ítems contemplados en el modelo *Safewards*, puede ayudar a comprender mejor cuales son los factores que intervienen en la presencia de conductas violentas, y así reducir el riesgo de conflicto, el uso de medidas restrictivas y, por consiguiente, reducir el riesgo de conductas violentas (106) ya que, la mayoría de los estudios no se centran en este aspecto y priorizan: La relación terapéutica, el efecto del fármaco o el tipo de terapia, antes que otros.

Por otro lado, los instrumentos validados en español son escasos y la mayoría destacan por ser sólo escalas observacionales y ser poco específicos para pacientes con TMG. Por lo que la EPERV-55 debe ser validada en otros escenarios diferentes a las unidades psiquiátricas de media y larga estancia y se debe ajustar para reforzar los puntos fuertes de los pacientes, y así poder emplearla como herramienta para la prevención de la violencia (132). Es preciso animar a los profesionales de la salud mental para que sigan trabajando en la línea de crear evaluaciones mixtas clínicas / actuariales que permitan desarrollar intervenciones, para detectar los pródromos, signos y síntomas de violencia (98).

5.8. Implicaciones para la gestión

A partir de los datos obtenidos en esta investigación podemos afirmar que, un factor determinante en relación a la incidencia y la prevalencia de actos violentos en los centros sanitarios, depende de cómo los equipos directivos gestionan este aspecto. Para conseguir una reducción de la violencia en sus

unidades o clínicas, las direcciones de los hospitales deben incorporar las siguientes estrategias a través de sus objetivos asistenciales y de calidad:

- Conseguir equipos de alto rendimiento de trabajo en las unidades de salud mental y estructuras físicas eficaces para el abordaje de la patología mental son objetivos que las organizaciones deben tener presentes para lograr unidades con bajas tasas de violencia y uso limitado de medidas restrictivas. Las estrategias claras para conseguir estos objetivos son, la educación / formación / capacitación y supervisión clínica de los profesionales de salud de primera línea y la elaboración de procedimientos normativos de trabajo que regulen la manera de intervenir en las unidades.
- Identificar los puntos críticos y aplicar elementos de mejora para gestionarlos de forma adecuada. Las enfermeras conjuntamente con los pacientes deberían adaptar la estructura y tal vez reducir el número de reglas, pero a su vez ser más rigurosas en la aplicación de las existentes; Por ejemplo, empleando la observación intermitente en vez de la observación constante. En definitiva generar pequeños cambios en las rutinas o prácticas habituales puede tener un gran impacto sobre las tasas de conductas violentas y por tanto en el uso de medidas restrictivas (106).

La influencia de la organización de los servicios impacta directamente en la presencia de conductas violentas. Es muy importante mejorar la sensación subjetiva de los pacientes de falta de libertad, entendida como la disminución de movimientos, sea mediante contenciones mecánicas, o incluso el ingreso involuntario, siendo uno de los factores de riesgo organizacional más importantes.

Por ello es esencial incorporar en el día a día, intervenciones dirigidas a mejorar estas sensaciones de restricción e impotencia.

Asimismo, es preciso establecer ratios de personal de enfermería adecuadas, no solo teniendo en cuenta el número de profesionales sino incluyendo en la decisión, la competencia profesional de los enfermeros, ya que como hemos visto, a mayor ratio, mayor intensidad de contacto entre enfermera-paciente y esto puede ser un detonante de incidentes violentos. Por esto, antes de incrementar la ratio, hay que valorar y favorecer que los profesionales que se encuentran en la unidad sean capaces de establecer estrategias de observación discreta y un abordaje especializado ante pacientes que son propensos a ser agresivos o más irritables, y de aumentar la participación y relación interpersonal (socialización) a medida que los pacientes mejoran o se estabiliza su patología incorporando, en el día a día, programas de actividades recreativas para evitar el aburrimiento (sin llegar a la sobreestimulación).

También influye, de manera considerable, en el incremento del riesgo de incidentes violentos el no prestar a los pacientes una ayuda adecuada en las dificultades de realización de actividades de la vida diaria (AVDs). Uno de los objetivos primordiales de las unidades de hospitalización psiquiátrica es detectar las necesidades de la persona enferma y responder a ellas de manera adecuada. Para ello, los profesionales deben poder prestar cuidados de manera adecuada sobretodo los relacionados con la administración de medicación autónoma, la alimentación, el vestirse/desvestirse y la higiene, ya que son los momentos de mayor riesgo por haber mayor contacto directo entre enfermera y paciente. Las organizaciones deben favorecer que estas intervenciones no se realicen de

manera solitaria y que siempre haya dos personas para llevarlas a cabo, para poder intervenir en caso de que se presente un incidente violento.

Además, las organizaciones deben incentivar el trabajo en equipo multidisciplinar, siendo esto esencial para mantener y preservar entornos saludables para los trabajadores y los pacientes. Esta estrategia colectiva mejora la solidaridad entre profesionales (apoyo ante el sufrimiento) y minimiza la disparidad en la normativa o toma de decisiones ante una situación estresante o conflictiva de la unidad reduciendo así el riesgo de incidentes violentos.

La cultura organizacional también impacta directamente en la presencia de conductas violentas. Es importante destacar la importancia del reconocimiento del personal sanitario por parte de las direcciones y sus mandos intermedios. La falta de reconocimiento influye de manera directa en la percepción y la gestión de las conductas de violencia de los profesionales, aumentando significativamente el riesgo de incidentes violentos y reduciendo la autonomía profesional, la innovación y el compromiso para alcanzar los objetivos asistenciales. Para evitar estas conductas, las direcciones deben incentivar acciones como, estar presentes, apoyar las propuestas y sugerencias de mejora con el objetivo de promover la calidad de la asistencia y aumentar la implicación del personal.

De la misma manera, la cultura de comunicación de conductas violentas por parte de los profesionales a las direcciones es primordial. Como hemos visto, la mayoría de estudios detectan una infracomunicación de los incidentes violentos por parte de los profesionales (30,33,69) y la relacionan con tres

causas, que los profesionales se acostumbran a los niveles de violencia que ejercen los pacientes en las unidades de salud mental, los profesionales no comunican el incidente por no haber sido capaces de gestionarlo de manera adecuada (se puede cuestionar su profesionalidad y/o autoconcepto), y el por miedo a represalias generado por la idea de que la declaración de incidentes, en ocasiones, puede tener una respuesta punitiva por parte de la organización hacia el personal. Para ello las organizaciones deben incorporar en la práctica diaria de los equipos el uso de escalas de evaluación del riesgo de violencia como la EPERV-55, para intentar reducir el riesgo e implicar a los profesionales en la cultura de seguridad.

En esa línea, se deben incorporar en los centros aplicativos informáticos que gestionen la comunicación de incidentes violentos, los cuales deben contemplar la opción de ser anónimos para evitar la infracomunicación, y así poder evaluar los incidentes de manera rigurosa y poder hacer un seguimiento de las medidas de resolución adoptadas. Para ello los líderes de las organizaciones deben estar alineados con la cultura de prevención de la violencia y, en primer lugar, tomar las decisiones y acciones oportunas dirigidas a reducir los riesgos como evaluaciones ambientales, planes formativos, la inclusión de valoraciones iniciales del paciente mediante escalas como la EPERV-55 que evalúen el riesgo de violencia, para poder detectarlo a priori y adecuar la estrategia de ingreso y en segundo lugar, adaptar los circuitos de admisión de pacientes en las salas, intentando adecuar la capacidad de las unidades y las ratios de personal al riesgo de conductas violentas en función de los tipos de trastornos de los pacientes ingresados y de sus estancias.

Asimismo, es importante establecer de una política clara para la gestión de los incidentes violentos incluyendo programas de apoyo a los profesionales, dirigidos a evaluar y tratar el impacto en la salud de las enfermeras que han sido víctimas de un incidente violento. Por último, las instituciones deben apostar por la creación de espacios de reflexión en los equipos de trabajo, para que los profesionales puedan expresar los sentimientos generados tras una experiencia violenta, y que promuevan dinámicas de práctica reflexiva.

Para las organizaciones, los costes de la violencia están relacionados con mayores tasas de bajas o ausencias por enfermedad, mayores tasas de rotación de profesionales (costes de recambio y pérdida de habilidades), la reducción de la satisfacción laboral, la pérdida de motivación y la disminución de la productividad tanto de los trabajadores que han sido víctimas como de sus compañeros. Además, el aumento de las primas de seguros impactan directamente en las pérdidas económicas de las organizaciones (136). Un meta-análisis de 36 estudios demostró que los factores que influyen en el clima de violencia son, el grado de exposición, la motivación de la organización para reducir la violencia, las tensiones emocionales y físicas del trabajo, el compromiso organizacional, la satisfacción de los profesionales en el trabajo, y la rotación de personal (137). Además, también hay que tener en cuenta los costes de litigio en caso de acciones legales contra el autor del incidente, los costes de las quejas y/o compensaciones a los trabajadores, los daños materiales y/o equipos dañados, los costes de la formación, los gastos de rehabilitación y la pérdida de la buena imagen social y la reputación de la organización (138).

En 2010, la *European Agency for Safety and Health at Work* (EU-OSHA), en su informe *Workplace Violence and Harassment: a European Picture* (139), diseñó una tabla en la que describía de manera sencilla los niveles de intervención laboral para las organizaciones, las cuales hoy en día aún son vigentes (tabla 18).

Tabla 18. Niveles de intervención para combatir la violencia laboral (139)

Niveles de intervención laboral	Intervenciones primarias	Intervenciones secundarias	Intervenciones terciarias
Político / Social	Leyes Regulaciones Acuerdos corporativos Acuerdos Marco (EU) Registro de incidentes violentos	Investigación Acciones de las autoridades de seguridad Gestión de los conflictos	Provisión de oportunidades de rehabilitación
Trabajador / empresa	Acuerdos corporativos Directrices políticas Planes de crisis	Directrices de actuación Posibilidades de pedir ayuda	Programas dirigidos a cuidados postincidentes para los trabajadores
Actividad laboral / Tarea	Diseño del riesgo (entorno laboral, disposición) Equipos de seguridad Sistemas de alarma Guardias de seguridad	Formación Modelo de gestión de las situaciones de crisis y la agresión	Grupos de soporte, sesiones formativas
Individual / profesional	Formación (autoprotección, trato con personas agresivas)	Ayuda y soporte individual	Terapia individual Reparación Counselling

Estas intervenciones para la prevención y la gestión de la violencia en el trabajo se centran en el individuo, la relación entre el trabajador y la organización, el trabajo/tarea y el nivel social y político. Las intervenciones también pueden clasificarse como primarias, secundarias o terciarias, cada una sirviendo a

diferentes propósitos. Las intervenciones primarias tiene el objetivo de eliminar o reducir la exposición a la violencia. El objetivo de las intervenciones secundarias es gestionar con eficacia los incidentes violentos, una vez que se han producido, y reducir al mínimo las consecuencias para las víctimas. Por último, las intervenciones terciarias se centran en el tratamiento y rehabilitación de los trabajadores que sufren las consecuencias de la exposición a la violencia.

6. Conclusiones

“La paciencia y el tiempo hacen más que la fuerza y la violencia”.

Jean de la Fontaine (1621-1695).

Fabulista francés.

El objetivo fundamental de esta tesis fue conocer los factores predictores de violencia hacia personal de enfermería por parte de pacientes diagnosticados de esquizofrenia ingresados en un hospital psiquiátrico. El conocer los factores que influyen en esta relación enfermera/paciente es prioritario para mejorar la calidad en la prestación de los cuidados, ya que por un lado, el personal de enfermería es el grupo profesional que tiene un contacto más directo con los pacientes y, por desgracia y/o consecuencia, recibe más violencia por parte de éstos, ya sea de manera verbal o física. Por otro lado, los pacientes diagnosticados de esquizofrenia son etiquetados, generalmente, como violentos o incluso más violentos que el resto de pacientes. El conocimiento de cuáles son los factores generadores de conductas violentas puede ayudar a prevenirlas y también a luchar contra el estigma, al reconocer que estas conductas quizás no tienen una base meramente patológica y que quizás, influyen otros factores más de tipo relacional, social, etc.... los cuales pueden ser incluso los causantes únicos o principales.

En cuanto a las hipótesis planteadas en esta tesis, podemos decir que:

1. La primera hipótesis planteaba si los pacientes que cumplen con los factores de riesgo individual del Modelo de Chappell & Di Martino (varón, joven, con consumo de tóxicos, historia previa de violencia y diagnóstico de esquizofrenia paranoide), presentarían diferencias estadísticamente significativas en la presencia de conductas violentas hacia el personal de enfermería.

Podemos afirmar que a partir de los datos obtenidos en la investigación, las variables que presentaron diferencias estadísticamente significativas fueron: el sexo masculino, el consumo de cannabis y tóxicos en la infancia, la ausencia de permisos y la presencia de medidas restrictivas (para la violencia verbal); además

de la ausencia de permisos y la presencia de medidas restrictivas (para la violencia física. La juventud y la historia de violencia no presentaron diferencias significativas. De todos estos factores, la regresión logística determinó que los factores que explican mejor la presencia de violencia verbal hacia el personal de enfermería son la presencia de medidas restrictivas y el sexo masculino. Y para la violencia física solo la presencia de medidas restrictivas.

Podemos concluir que, sólo dos de los factores predictores que propone el modelo de Chappell & Di Martino (el sexo masculino y el consumo de tóxicos) se correlacionan con los datos de nuestro estudio, y otros factores como la presencia de medidas restrictivas o la ausencia de permisos son factores que sí predicen las conductas violentas para la relación enfermera /paciente diagnosticado de esquizofrenia.

2. La segunda hipótesis planteaba si los pacientes con una puntuación alta de la escala RV presentarían diferencias estadísticamente significativas en la presencia de conductas violentas hacia el personal de enfermería.

Con de los datos obtenidos podemos concluir que las variables referidas a los factores descritos en la RV no presentaron diferencias estadísticamente significativas para la violencia verbal ni para la violencia física hacia el personal de enfermería, ni tampoco hacia el resto de profesionales sanitarios. Con lo que la RV no es una escala que detecte los factores predictores de violencia hacia el personal de enfermería por parte de pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

La RV básicamente evalúa el riesgo de violencia a partir de dos aspectos importantes, uno es la historia previa de violencia y, el otro, el uso de armas. A partir de los datos obtenidos en nuestro estudio vemos que la historia previa de violencia no ha presentado diferencias significativas. Por otro lado, la población

de estudio no tiene acceso a armas, con lo que es lógico que los resultados obtenidos con este instrumento no detecten conductas violentas y, en consecuencia, las puntuaciones obtenidas, por parte de los pacientes en general, han sido bajas. Este instrumento podría ser válido para otros ámbitos más comunitarios y para otro tipo de perfil de paciente.

3. La tercera hipótesis planteaba si los pacientes con una puntuación baja en algunos factores de la EPERV-55 presentarían diferencias estadísticamente significativas en la presencia de conductas violentas hacia el personal de enfermería.

De los 13 factores de la EPERV-55, los factores que presentaron puntuaciones bajas y diferencias estadísticamente significativas para la violencia verbal y física hacia el personal de enfermería fueron, el Factor 4: Consumo de drogas (para la violencia verbal) y el Factor 5: Control de la automutilación (para la violencia física).

4. La cuarta hipótesis planteaba si la suma de puntuaciones bajas en algunos factores de las escalas EPERV-55 y la puntuación total de la RV sería más efectiva en la predicción de conductas violentas hacia el personal de enfermería que las dos escalas por separado. La regresión logística determinó que los factores que explican mejor la presencia de violencia verbal entre la población de pacientes diagnosticados de esquizofrenia son el Factor 4: Consumo de drogas para la violencia verbal y el Factor 5: Control de la automutilación para la violencia física. Como la Escala RV no presentó diferencias estadísticamente significativas y además obtuvo puntuaciones bajas, podemos concluir que la suma de las dos escalas no es más predictiva

que el uso de cada escalas por separado. Incluso se puede concluir que para este tipo de paciente la escala EPERV-55 es más predictiva.

5. En cuanto a la quinta hipótesis: la suma de puntuaciones bajas en algunos factores de la escala EPERV-55, la puntuación total de la RV y los factores individuales del modelo de Chappell & Di Martino será más efectiva en la predicción de conductas violentas hacia el personal de enfermería que las escalas y los factores por separado.

Por un lado, de los 13 factores de la EPERV-55, sólo los factores 4 y 5 Consumo de drogas (para la violencia verbal) y Control de la automutilación (para la violencia física) respectivamente, son los factores predictores. Por otro lado, de los factores predictores que propone el modelo de Chappell & Di Martino son: el sexo masculino y el consumo de tóxicos, los que se correlacionan con los datos de nuestro estudio. Si sumamos la capacidad predictiva de la EPERV-55 con los resultados obtenidos de los factores del modelo de Chappell & di Martino, la potencia predictiva aumenta ya que se incorporan los datos sociodemográficos del modelo de Chappell & di Martino a los clínicos actuariales de la EPERV-55. Con lo que se puede concluir que la suma de los instrumentos y del modelo aumenta la potencia predictiva.

7. Bibliografía

“Para una persona no violenta, todo el mundo es su familia”.

Mahatma Gandhi (1869-1948)

Político y pensador indio.

Normativa de citación utilizada: Vancouver edición 2014

Gestor de referencias y citas bibliográficas utilizado: Mendeley Desktop versión 1.15.3

1. Hernández T. Des-cubriendo la violencia [Internet]. Violencia, Sociedad y Justicia en América. 2002. Recuperado a partir de:
http://132.247.1.49/BibliotecaV2/Documentos/Educacion/Revistas/violencia_escolar_edumedsup.pdf
2. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet*. Elsevier; 2002;360(9339):1083-8.
3. Barclay LJ, Aquino K. Workplace aggression and violence. *APA handbook of industrial and organizational psychology, Vol 3: Maintaining, expanding, and contracting the organization*. Washington: American Psychological Association; 2011. p. 615-40.
4. Buss AH. *The psychology of aggression*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc; 1961.
5. Greenberg L, Barling J. Predicting employee aggression against coworkers, subordinates and supervisors: The roles of person behaviors and perceived workplace factors. *J Organ Behav*. US: John Wiley & Sons; 1999;20(6):897-913.
6. Hershcovis MS, Barling J. Towards a Relational Model of Workplace Aggression. En: Langan-Fox J, Cooper CL, Klimoski RJ, editores. *Research Companion to the Dysfunctional Workplace*. Northampton, MA, US: Edward Elgar Publishing; 2007. p. 268-84.
7. Neuman JH, Baron RA. Aggression in the Workplace: A Social-Psychological Perspective. En: Spector SFPE, editor. *Counterproductive work behavior: Investigations of actors and targets*. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2005. p. 13-40.

8. Montoya V. Teorías de la violencia humana [Internet]. Sincronía. Departamento de Letras; 2005 [citado 3 de enero de 2016]. p. 5.
Recuperado a partir de:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/citart?info=link&codigo=2492729&orden=143814>
9. Díaz M. Teorías sobre el origen de la violencia [Internet]. 2002 [citado 3 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de:
<http://derechobullying.jimdo.com/t%C3%A9cnicas-de-investigaci%C3%B3n/marco-te%C3%B3rico/teorias-sobre-el-origen-de-la-violencia/>
10. Jiménez AT. Antropología de la violencia. Jiménez AT, editor. Winchester, Virginia, EE.UU.: Eds. Taller Abierto; 1999.
11. Lorenz K. On aggression. London: Routledge; 1996.
12. Kretschmer E. Physique and Character: An Investigation of the Nature of Constitution and of the Theory. London: Routledge; 2013.
13. Fromm E, Germani G. El miedo a la libertad. Barcelona: Paidós Ibérica; 2000.
14. Jeffery CR, Berkowitz L. Aggression: A Social Psychological Analysis. J Crim Law Criminol Police Sci. New York, NY, US: McGraw-Hill; 1964;55(1):132.
15. Bandura A. Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa-Calpe; 1982.
16. Breen PE, Díaz MC. La mente criminal.: Teorías explicativas del delito desde la Psicología Jurídica. Madrid: Librería-Editorial Dykinson; 2011.

17. Bronfenbrenner U. La Ecología del desarrollo humano: experimentos en entornos naturales y diseñados. Barcelona: Paidós; 1987.
18. Galtung J. Violence, Peace, and Peace Research. *J Peace Res.* 1969;6(3):167-91.
19. Butchart A, Mikton C, Dahlberg LL, Krug EG. Global status report on violence prevention 2014. *Inj Prev.* junio de 2015;21(3):213.
20. Parent-Thirion A, Vermeulen G, van Houten G, Lyly-Yrjänäinen M, Biletta I, Cabrita J. 5th European working conditions survey. 2012.
21. Cal/OSHA Guidelines for Workplace Security. California Department of Industrial Relations, Division of Occupational Safety and Health. 1995.
22. Galián Muñoz I, Llor Esteban B, Ruiz Hernández JA. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la Región de Murcia. *Rev Esp Salud Publica.* junio de 2012;86(3):279-91.
23. Mayhew C, Chappell D. Workplace violence in the health sector—a case study in Australia. *Safety.* 2003;19:6.
24. www.consejogeneralenfermeria.org | Documentos de Interés - Resumen - Radiografía de las agresiones, 2012. [Internet]. [citado 10 de marzo de 2014]. Recuperado a partir de:
<https://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/doc-interes/summary/42-documentos-de-interes/1216-radiografia-de-las-agresiones-2012>
25. Internacional A. El cuidado de los derechos humanos: Oportunidades y desafíos para el personal de enfermería y partería. London: Amnistia

- Internacional; 2006.
26. Li KE, Fung VKP, Kwok KTT, Tong JMK, Yen PF. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Med J.* 2006;12(1):6-9.
 27. Efe SY, Ayaz S. Mobbing against nurses in the workplace in Turkey. *Int Nurs Rev. Wiley Online Library;* 2010;57(3):328-34.
 28. Johnson SL. International perspectives on workplace bullying among nurses: a review. *Int Nurs Rev. Wiley Online Library;* 2009;56(1):34-40.
 29. Sá L, Fleming M. Bullying, Burnout, and Mental Health Amongst Portuguese Nurses. *Issues Ment Health Nurs.* 2008;29(4):411-26.
 30. Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C. Violence and Aggression in Psychiatric Units. *Psychiatr Serv. New South Wales, Australia;* 1998;49(11):1452-7.
 31. Chen K-P, Ku Y-C, Yang H-F. Violence in the nursing workplace - a descriptive correlational study in a public hospital. *J Clin Nurs. Taiwan;* 2012;22(5-6):798-805.
 32. Chappell D, Di Martino V. Violence at work. International Labor Office. Geneva; 2006.
 33. Decaire MW, Bedard M, Riendeau J, Forrest R. Incidents in a psychiatric forensic setting: association with patient and staff characteristics. *Can J Nurs Res. Ontario;* 2006;38(3):68-80.
 34. Duxbury J. An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *J Psychiatr Ment Health Nurs.*

2002;9(3):325-37.

35. Koekkoek B, van Meijel B, Hutschemaekers G. «Difficult Patients» in Mental Health Care: A Review. *Psychiatr Serv.* 2006;57(6):795-802.
36. Staggs VS. Nurse staffing, RN mix, and assault rates on psychiatric units. *Res Nurs Health.* Kansas City; 2013;36(1):26-37.
37. Bowers L, Allan T, Simpson A, Jones J, Van Der Merwe M, Jeffery D. Identifying Key Factors Associated with Aggression on Acute Inpatient Psychiatric Wards. *Issues Ment Health Nurs.* 2009;30(4):260-71.
38. Doyle M, Dolan M. Violence risk assessment: combining actuarial and clinical information to structure clinical judgements for the formulation and management of risk. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2002;9(6):649-57.
39. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA, et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* Durham; 2006;63(5):490-9.
40. Monahan J. Predicting violent behavior: An assessment of clinical techniques. Beverly Hills, CA: Sage Publications; 1981.
41. Fluttert FAJ, Van Meijel B, Van Leeuwen M, Bjørkly S, Nijman H, Grypdonck M. The Development of the Forensic Early Warning Signs of Aggression Inventory: Preliminary findings: Toward a Better Management of Inpatient Aggression. *Arch Psychiatr Nurs.* 2011;25(2):129-37.
42. Bowers L, Brennan G, Flood C, Lipang M, Oladapo P. Preliminary outcomes of a trial to reduce conflict and containment on acute psychiatric wards: City Nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2006;13(2):165-72.

43. Soliman AE, Reza H. Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv. Cairo*; 2001;52(1):75-80.
44. Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. *Br J Psychiatry. London*; 2002;180:490-5.
45. Edlinger M, Rauch A-S, Kemmler G, Yalcin-Siedentopf N, Wolfgang Fleischhacker W, Hofer A. Risk of violence of inpatients with severe mental illness - Do patients with schizophrenia pose harm to others? *Psychiatry Res. 2014*;219(3):450-6.
46. Witt K, van Dorn R, Fazel S. Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS One. Public Library of Science*; 2013;8(2):e55942.
47. Ghoreishi A, Kabootvand S, Zangani E, Bazargan-Hejazi S, Ahmadi A, Khazaie H. Prevalence and attributes of criminality in schizophrenic patients. *J Inj Violence Res. 2014*;
48. Haddock G, Eisner E, Davies G, Coupe N, Barrowclough C. Psychotic symptoms, self-harm and violence in individuals with schizophrenia and substance misuse problems. *Schizophr Res. 2013*;151(1-3):215-20.
49. Corrigan PW, Watson AC. Findings from the National Comorbidity Survey on the frequency of violent behavior in individuals with psychiatric disorders. *Psychiatry Res. 2005*;136(2-3):153-62.
50. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría. 2008*;28(1):48-83.

51. Angermeyer MC. Schizophrenia and violence. *Acta Psychiatr Scand.* Germany; 2000;407:63-7.
52. Singh JP, Serper M, Reinharth J, Fazel S. Structured assessment of violence risk in schizophrenia and other psychiatric disorders: a systematic review of the validity, reliability, and item content of 10 available instruments. *Schizophr Bull.* 1 de septiembre de 2011;37(5):899-912.
53. Quílez J, Icart MT. Factores individuales de las enfermeras de salud mental en la presencia de violencia laboral. *Metas de Enfermería. Difusión Avances de Enfermería;* 2014;17(9):69-73.
54. Galián Muñoz I, Llor Esteban B, Ruiz Hernández JA. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la Región de Murcia. *Rev Esp Salud Publica.* 2012;86(3):279-91.
55. Choiniere JA, MacDonnell JA, Campbell AL, Smele S. Conceptualizing structural violence in the context of mental health nursing. *Nurs Inq.* 2014;21(1):39-50.
56. Ngako KJ, Van Rensburg ESJ, Mataboge SML. Psychiatric nurse practitioners' experiences of working with mental health care users presenting with acute symptoms. *Curationis.* 2012;35(1):E1-9.
57. Yusuf F, Hendriks MM, Eng TS, Kandasamy R, R, Selvarani S, et al. The impact of verbal abuse on staff working in the psychiatric wards. *Singapore Nurs J.* 2006;33(3):31-6.
58. Dickens G, Piccirillo M, Alderman N. Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: perspectives of nurses and patients. *Int J Ment Health Nurs.* 2013;22(6):532-44.

59. Huifang, Zheng; Xinmei, Cao; Leiyang N et al. Influence of group psychological intervention of psychological status of psychiatric nurses after suffering workplace violence. *Chinese Nurs Res.* 2013;27(5C):15.
60. Singh JP, Grann M, Lichtenstein P, Långström N, Fazel S. A novel approach to determining violence risk in schizophrenia: developing a stepped strategy in 13,806 discharged patients. *PLoS One. Public Library of Science;* 2012;7(2):e31727.
61. Dack C, Ross J, Papadopoulos C, Stewart D, Bowers L. A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. *Acta Psychiatr Scand.* abril de 2013;127(4):255-68.
62. Quílez Jover J, Icart Isern MT. Influencia de los factores individuales de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia en la presencia de violencia laboral en unidades de salud mental. *Metas de enfermería. Difusión Avances de Enfermería;* 2015;18(5):6-11.
63. Khoshknab MF, Tamizi Z, Ghazanfari N, Mehrabani G. Prevalence of Workplace Violence in Psychiatric Wards, Tehran, Iran. *Pakistan J Biol Sci.* Tehran; 2012;15(14):680-4.
64. Lejoyeux M, Nivoli F, Basquin A, Petit A, Chalvin F, Embouazza H. An Investigation of Factors Increasing the Risk of Aggressive Behavior among Schizophrenic Inpatients. *Front psychiatry.* 2013;4:97.
65. Large M, Mullin K, Gupta P, Harris A, Nielssen O. Systematic meta-analysis of outcomes associated with psychosis and co-morbid substance use. *Aust N Z J Psychiatry.* 2014;48(5):418-32.
66. Douglas KS, Guy LS, Hart SD. Psychosis as a risk factor for violence to

- others: a meta-analysis. *Psychol Bull.* 2009;135(5):679-706.
67. Kudumija Slijepcevic M, Jukic V, Novalic D, Zarkovic-Palijan T, Milosevic M, Rosenzweig I. Alcohol abuse as the strongest risk factor for violent offending in patients with paranoid schizophrenia. *Croat Med J.* 2014;55(2):156-62.
 68. Nijman H, Merckelbach H, Evers C, Palmstierna T, à Campo J. Prediction of aggression on a locked psychiatric admissions ward. *Acta Psychiatr Scand.* 2002;105(5):390-5.
 69. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Fischer JE, Haug H-J. Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. *Clin Pract Epidemiol Ment Heal.* Berne; 2007;3(1):30.
 70. Chang J-C, Lee C-S. Risk Factors for Aggressive Behavior Among Psychiatric Inpatients. *Psychiatr Serv.* Taiwan; 2004;55(11):1305-7.
 71. Georgieva I, Vesselinov R, Mulder CL. Early detection of risk factors for seclusion and restraint: a prospective study. *Early Interv Psychiatry.* 2012;6(4):415-22.
 72. Harris ST, Oakley C, Picchioni MM. A systematic review of the association between attributional bias/interpersonal style, and violence in schizophrenia/psychosis. *Aggress Violent Behav.* 2014;19(3):235-41.
 73. Lawoko S, Soares JJF, Nolan P. Violence towards psychiatric staff: a comparison of gender, job and environmental characteristics in England and Sweden. *Work Stress.* 2004;18(1):39-55.
 74. Hamrin V, Iennaco J, Olsen D. A review of ecological factors affecting inpatient psychiatric unit violence: implications for relational and unit cultural

- improvements. *Issues Ment Health Nurs.* 2009;30(4):214-26.
75. Johnson ME. Keeping the Unit Safe: A Grounded Theory Study. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2006;12(1):13-21.
76. Chou K-R, Lu R-B, Mao W-C. Factors relevant to patient assaultive behavior and assault in acute inpatient psychiatric units in Taiwan. *Arch Psychiatr Nurs.* 2002;16(4):187-95.
77. Johnson K, Delaney M. Keeping the unit safe: the anatomy of escalation. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 13:42-52.
78. Bowers L, Alexander J, Simpson A, Ryan C, Carr-Walker P. Student psychiatric nurses' approval of containment measures: Relationship to perception of aggression and attitudes to personality disorder. *Int J Nurs Stud.* 2007;44(3):349-56.
79. Cintas C. Quand la violence au travail ne se trouve pas là où on l'attend...: Le cas d'un hôpital psychiatrique. *Nouv Rev psychosociologie.* 2007;4:213-31.
80. Ridenour M, Lanza M, Hendricks S, Hartley D, Rierdan J, Zeiss R, et al. Incidence and risk factors of workplace violence on psychiatric staff. *Work.* IOS Press; 2014;51(1):19-28.
81. Morrison EF. The culture of caregiving and aggression in psychiatric settings. *Arch Psychiatr Nurs.* Richmond; 1998;12(1):21-31.
82. Martin T, Daffern M. Clinician perceptions of personal safety and confidence to manage inpatient aggression in a forensic psychiatric setting. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2006;13(1):90-9.

83. De Benedictis L, Dumais A, Sieu N, Mailhot M-P, Létourneau G, Tran M-AM, et al. Staff perceptions and organizational factors as predictors of seclusion and restraint on psychiatric wards. *Psychiatr Serv.* 2011;62(5):484-91.
84. Parnell S. Inpatient psychiatric healthcare worker and administrator perceptions of workplace interventions for patient-on-staff assault [tesis doctoral]. Texas. Texas Woman's University; 2012.
85. Edward K-L, Ousey K, Warelow P, Lui S. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *Br J Nurs.* Mark Allen Healthcare; 2014;9(12):653-9.
86. Urrutia AM. Los otros derechos en la práctica diaria. *Estud jurídicos.* Centro de Estudios Jurídicos; 2012;
87. Gillespie GL, Gates DM, Fisher BS. Individual, relationship, workplace, and societal recommendations for addressing healthcare workplace violence. *Work.* IOS Press; 2014;51(1):67-71.
88. Arbach K, Andrés-Pueyo A. Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20. *Papeles del Psicólogo.* Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos; 2007;28(3):174-86.
89. Andrés-Pueyo A. La predicción de la violencia. *Papeles del psicólogo.* Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos; 2007;(003):145.
90. Andrés-Pueyo A. Valoración del riesgo de violencia: instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. *Psicothema Rev Psicol.* Oviedo: Colegio Oficial de Psicólogos de Asturias; 2010;(3):403.

91. Douglas KS, Webster CD. The HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme: Concurrent Validity in a Sample of Incarcerated Offenders. *Crim Justice Behav.* 1999;26(1):3-19.
92. Elbogen EB, Mercado CC, Scalora MJ, Tomkins AJ. Perceived Relevance of Factors for Violence Risk Assessment: A Survey of Clinicians. *Int J Forensic Ment Health.* 2002;1(1):37-47.
93. Maden T. *Treating Violence: A Guide to Risk Management in Mental Health.* New York: Oxford University Press; 2007.
94. Harris GT, Rice ME. Characterizing the Value of Actuarial Violence Risk Assessments. *Crim Justice Behav.* 2007;34(12):1638-58.
95. Hilton NZ. Sixty-Six Years of Research on the Clinical Versus Actuarial Prediction of Violence. *Couns Psychol.* 2006;34(3):400-9.
96. Webster CD, Hilterman E, Andrés-Pueyo A. *HCR-20 : Guía para la valoración del riesgo de comportamientos violentos.* Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona; 2005.
97. Singh JP, Fazel S. Forensic Risk Assessment: A Metareview. *Crim Justice Behav.* 2010;37(9):965-88.
98. Stuart GW. *Principles and practice of psychiatric nursing, 10th edition.* Elsevier Health Sciences; 2014.
99. Jaber FS, Mahmoud KF. Risk tools for the prediction of violence: VRAG, HCR-20, PCL-R. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2015;22(2):133-41.
100. Hare RD. *PCL-R : Escala de evaluación de psicopatía de HARE revisada: Manual técnico.* Madrid: TEA; 2010.

101. Roaldset JO, Hartvig P, Bjørkly S. V-RISK-10: Validation of a screen for risk of violence after discharge from acute psychiatry. *Eur Psychiatry*. 2011;26(2):85-91.
102. Hartvig P, Roaldset JO, Moger TA, Ostberg B, Bjørkly S. The first step in the validation of a new screen for violence risk in acute psychiatry: The inpatient context. *Eur Psychiatry*. 2011;26(2):92-9.
103. Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, Cormier CA. *Violent offenders: Appraising and managing risk*, second edition. Washington: American Psychological Association; 2006.
104. Andrés H, Monedero S, Pica M, Moreiras N, Quílez J, Foix A, Molina JA, Domínguez D, García V. Validació de l' Escala de Predicció i Evaluació del Risc de Violència (EPERV-55) [Internet]. 2011. Recuperado a partir de: https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CC0QFjACahUKEwjHL-c7N_HAhWKXR0KHQI7CPg&url=http://experienciespladesalut.gencat.cat/SitePages/FitxaD.aspx?IdIniciativa=1252&usg=AFQjCNFV3TMOi4xv8Vma8dChZJCN9pjrzw&cad=rja
105. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Salvador M, Marín JJ, Santo-Domingo J. Validación de la escala de riesgo de violencia de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol (Madr)*. 1998;61(4):307-16.
106. Bowers L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;21(6):499-508.
107. Cutcliffe JR, Riahi S. Systemic perspective of violence and aggression in mental health care: towards a more comprehensive understanding and

- conceptualization: part 2. *Int J Ment Health Nurs*. 2013;22(6):568-78.
108. Bo S, Abu-Akel A, Kongerslev M, Haahr UH, Simonsen E. Risk factors for violence among patients with schizophrenia. *Clin Psychol Rev*. Elsevier Ltd; 2011;31(5):711-26.
109. Ochoa S, Suarez D, Novick D, Arranz B, Roca M, Baño V, et al. Factors predicting hostility in outpatients with schizophrenia: 36-month results from the SOHO study. *J Nerv Ment Dis*. 2013;201(6):464-70.
110. Frades B, Ruipérez MA, Moro M. Estudio descriptivo de los pacientes atendidos en la Unidad de Media Estancia de Salud Mental del Hospital Pare Jofré durante los años 2005-2008. *Rehabil Psicosoc*. 2011;8(1):23-31.
111. Lera G, Giner F, Puchades P, Romeu E, González A, Palop V. Insight among severe mentally ill people and long acting treatment vs those institutionalized. *Norte de Salud Mental. Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria*; 2013. p. 29-36.
112. Bowers L, Stewart D, Papadopoulos C, Iennaco JD. Correlation between levels of conflict and containment on acute psychiatric wards: The city-128 study. *Psychiatr Serv*. 2013;64(5):423-30.
113. Volavka J, Citrome L. Heterogeneity of violence in schizophrenia and implications for long-term treatment. *Int J Clin Pract*. 2008;62(8):1237-45.
114. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Volavka J, Monahan J, Stroup TS, et al. Comparison of antipsychotic medication effects on reducing violence in people with schizophrenia. *Br J Psychiatry*. julio de 2008;193(1):37-43.
115. Jeste D V, Gladsjo JA, Lindamer LA, Lacro JP. Medical comorbidity in

- schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1996;22(3):413-30.
116. Mullen PE. Schizophrenia and violence: from correlations to preventive strategies. *Adv Psychiatr Treat.* 2006;12(4):239-48.
117. Fazel S, Långström N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA. American Medical Association;* 2009;301(19):2016-23.
118. Jones J, Nolan P, Bowers L, Simpson A, Whittington R, Hackney D, et al. Psychiatric wards: places of safety? *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010;17(2):124-30.
119. Landete Belda L. La comunicación, pieza clave en enfermería. *Enfermería Dermatológica. Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea;* 2012;6(16):16-9.
120. Parra SG, Molina JD, Huertas D, Fontecilla HB, Mora-Mínguez F, Pascual-Pinazo F. Violencia asociada con los trastornos esquizofrénicos. *Arch Psiquiatr. Editorial Triacastela;* 2008;71(2):109-27.
121. Alcázar-Córcoles MÁ, Verdejo AJ, Bouso-Sáiz JC. Propiedades psicométricas de la escala de impulsividad de Plutchik en una muestra de jóvenes hispanohablantes. *Actas Españolas Psiquiatr.* 2015;43(5):161-9.
122. Kotler M, Finkelstein G, Molcho A, Botsis AJ, Plutchik R, Brown SL, et al. Correlates of suicide and violence risk in an inpatient population: coping styles and social support. *Psychiatry Res.* 1993;47(3):281-90.
123. Clements SM. A Drug and Violence Group Program for Incarcerated Men [tesis doctoral]. Connecticut. ProQuest; 2008.

124. González Parra S, Molina JD, Huertas D, Blasco Fontecilla H, Mora-Mínguez F, Pascual-Pinazo F. Violencia asociada con los trastornos esquizofrénicos. Arch Psiquiatr. Fundación Archivos de Neurobiología; 2008;71(2):109-27.
125. Hoptman MJ. Impulsivity and aggression in schizophrenia: a neural circuitry perspective with implications for treatment. CNS Spectr. 2015;20(3):280-6.
126. Saltychev M, Laimi K. Meta-analysis amplifies the conclusions of a systematic review. Comment on the systematic review of Vancampfort et al. «Progressive muscle relaxation in persons with schizophrenia: a systematic review of randomized controlled trials». Clin Rehabil. 2013;27(12):1146-8.
127. Vancampfort D, Correll CU, Scheewe TW, Probst M, De Herdt A, Knapen J, et al. Progressive muscle relaxation in persons with schizophrenia: a systematic review of randomized controlled trials. Clin Rehabil. 2013;27(4):291-8.
128. Vancampfort D, De Hert M, Stubbs B, Ward PB, Rosenbaum S, Soundy A, et al. Negative symptoms are associated with lower autonomous motivation towards physical activity in people with schizophrenia. Compr Psychiatry. 2015;56:128-32.
129. Soundy A, Wampers M, Probst M, De Hert M, Stubbs B, Vancampfort D, et al. Physical activity and sedentary behaviour in outpatients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. Int J Ther Rehabil. 2013;20(12):588-95.
130. Rastad C, Martin C, Asenlöf P. Barriers, benefits, and strategies for physical activity in patients with schizophrenia. Phys Ther. 2014;94(10):1467-79.

131. O'Reilly K, Donohoe G, Coyle C, O'Sullivan D, Rowe A, Losty M, et al. Prospective cohort study of the relationship between neuro-cognition, social cognition and violence in forensic patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *BMC Psychiatry*. 2015;15(1):155.
132. Daffern M. The predictive validity and practical utility of structured schemes used to assess risk for aggression in psychiatric inpatient settings. *Aggress Violent Behav*. 2007;12(1):116-30.
133. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. McGrath J, editor. *PLoS Med*. Public Library of Science; 2009;6(8):e1000120.
134. Björkdahl A, Hansebo G, Palmstierna T. The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013;20(5):396-404.
135. Putkonen A, Kuivalainen S, Louheranta O, Repo-Tiihonen E, Ryyänen O-P, Kautiainen H, et al. Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. American Psychiatric Association; 2013;64(9):850-5.
136. Di Martino V, Hoel H, Cooper CL, others. Preventing violence and harassment in the workplace. European Foundation for the improvement of living and working conditions Dublin; 2003.
137. Yang L-Q, Caughlin DE, Gazica MW, Truxillo DM, Spector PE. Workplace mistreatment climate and potential employee and organizational outcomes: a meta-analytic review from the target's perspective. *J Occup Health Psychol*. 2014;19(3):315-35.

138. Hoel H, Sparks K, Cooper CL. The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence/stress-free working environment. Geneva: International Labour Organization. 2001.
139. Milczarek M. Workplace Violence and Harassment: a European Picture. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010.
140. Boulding W, Glickman SW, Manary MP, Schulman KA, Staelin R. Relationship between patient satisfaction with inpatient care and hospital readmission within 30 days. *Am J Manag Care*. 2011;17(1):41-8.

8. Anexos

“La violencia jamás resuelve los conflictos, ni siquiera disminuye sus consecuencias dramáticas”.

Juan Pablo II (1920-2005)

Papa de la iglesia católica.

Anexo 1.



La Comissió de Recerca del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, ha revisat i aprovat el projecte titulat "Validación de la Escala de Predicción y Evaluación de Riesgo de Violencia (EPERV)" Investigador Principal: Hilari Andrés

El projecte té el recolzament de la Comissió de Recerca. El tema es pertinent dintre de les línies de recerca de la Institució i el protocol es pot realitzar als termes proposats. El nivell de formació, experiència i dedicació dels investigadors garanteixen a la nostra opinió el desenvolupament del projecte.

Sant Boi de Llobregat, 21 de desembre de 2010

Signat: Josep Maria Haro Abad
President Comissió Recerca

Anexo 2.

Nº de caso _____

Datos sociodemográficos y clínicos

1. Servicio/Entrevistador (profesión) _____ 2. Fecha de recogida: a) Test: _____
 b) Retest: _____
4. Fecha de nacimiento (dd/mm/aa) _____ 5. Sexo a) Hombre b) Mujer
6. Estado civil:
- a) Soltero b) Casado/ pareja c) Separado/divorciado d) Viudo/a e) Otros _____ (especificar)
7. Estudios realizados:
- a. Ninguno b. Primarios incompletos c. Primarios completos d. Secundarios incompl.
 e. Secundarios completos f. Universitarios incompl. g. Universitarios completos h. Otros:
8. Personas con las que convive habitualmente:
- a. Solo b. Padres c. Otros familiares de la familia de origen d. Familia propia
 e. Residencia /piso protegido f. Hospital psiquiátrico g. Otras:
9. Situación laboral (último mes):
- a. Activo ocupado b. Activo parado c. Estudiante d. Ama de casa e. Jubilado o pensionista
 f. Trabajo protegido g. Baja laboral (recoger el motivo de la baja y año) _____
 h. Otras: especificar _____
10. CSM Referencia _____
11. Diagnóstico DSM-IV (Eje I- Eje II) _____
 Dx principal: _____ 12. CI: _____
13. Antecedentes de violencia (AV) a. SI Fecha último AV: _____ b. NO
 (Ver en HCL/HE/Infomes derivación) 1. Heteroagresiva 2. Autoagresiva
 3. Hacia objetos/propiedades
14. Consumo de Tóxicos:
- | | | | | |
|------------|-------|-------|-----------------------|----------------|
| a. THC | 1. NO | 2. SÍ | Fecha último consumo: | *Tipo consumo: |
| b. COC | 1. NO | 2. SÍ | Fecha último consumo: | *Tipo consumo: |
| c. MORF | 1. NO | 2. SÍ | Fecha último consumo: | *Tipo consumo: |
| d. AMP | 1. NO | 2. SÍ | Fecha último consumo: | *Tipo consumo: |
| e. ALCOHOL | 1. NO | 2. SÍ | Fecha último consumo: | *Tipo consumo: |
- (Ver en HCL/HE/Infomes derivación)
15. Tipo de Ingreso: a. Voluntario b. Involuntario c. Autorización Judicial d. Orden Judicial
 Fecha ingreso (Tasar en cuenta desde que ingreso en UA o similar, con ingreso interrumpido en H. Psiquiátrico):
16. Lugar o entorno actual: a. Hospitalización 1) SC1 2) SC2 3) SC3 4) SBM 5) USA
 b. Residencial/ Vivienda (piso/casa)
17. Tiempo de administración de la EPERV:
18. Grado de dificultad pasación EPERV:

SIEMPRE	FRECUENTEMENTE	A VECES	RARAMENTE	NUNCA
1	2	3	4	5

*CONSUMO EXPERIMENTAL (CE) CONSUMO OCASIONAL (CO) CONSUMO HABITUAL (CH) REHABILITADO (RH)

Anexo 3.

ESCALA DE PREDICCIÓN Y EVALUACIÓN DE RIESGO DE VIOLENCIA (EPERV-55)

Autor: Andrés H, Monedero S, Pica M, Moreiras N, Quílez J, Foix A, Molina JA, Domínguez D, García V.

Instrucciones: por favor, indique con un círculo la puntuación que valore para cada Indicador (total 55) y sume cada Área (total 13).

Nº DE ÁREAS (13) Y Nº DE INDICADORES (55)

	nunca	raramente	a veces	frecuentemente	siempre
1. CONTROL DE RIESGO: CONSUMO DE DROGAS (thc, coc, amp, morf, alcohol)	demostrado	demostrado	demostrado	demostrado	demostrado
Si NO hay Consumo: puntuar todas 5 y pasar a la siguiente Área.					
1 Reconoce el riesgo del abuso de drogas	1	2	3	4	5
2 Desarrolla estrategias efectivas para el control del consumo de drogas	1	2	3	4	5
3 Reconoce cambios en el estado de salud	1	2	3	4	5
4 Controla la ingestión de drogas	1	2	3	4	5
					TOTAL:

	nunca	raramente	a veces	frecuentemente	siempre
2. AUTOCONTROL DEL IMPULSO SUICIDA	demostrado	demostrado	demostrado	demostrado	demostrado
5 No intenta suicidarse	1	2	3	4	5
6 Busca ayuda cuando nota sentimientos autodestructivos	1	2	3	4	5
7 Verbaliza ideas de suicidio	1	2	3	4	5
8 Hace planes para el futuro	1	2	3	4	5
					TOTAL:

	nunca	raramente	a veces	frecuentemente	siempre
3. CONTROL DE LA AUTOMUTILACION	demostrado	demostrado	demostrado	demostrado	demostrado
9 No se autolesiona	1	2	3	4	5
10 Se contiene para acumular medios para autolesionarse	1	2	3	4	5
11 Busca ayuda cuando siente la necesidad urgente de autolesionarse	1	2	3	4	5
12 Mantiene el compromiso de no autolesionarse	1	2	3	4	5
					TOTAL:

ESCALA DE PREDICCIÓN Y EVALUACIÓN DE RIESGO DE VIOLENCIA (EPERV-55)

		nunca	raramente	a veces	frecuentemente	siempre
4. AUTOCONTROL DE LA AGRESIÓN		demostrado	demostrado	demostrado	demostrado	demostrado
13	identifica cuando se enfada	1	2	3	4	5
14	identifica alternativas a la agresión	1	2	3	4	5
15	se abstiene de arrebatos verbales	1	2	3	4	5
16	se abstiene de golpear a los demás	1	2	3	4	5
17	verbaliza el control de los impulsos	1	2	3	4	5
						TOTAL:

		grave	sustancial	moderado	leve	ninguno
5. NIVEL DE ESTRÉS						
18	Ansiedad	1	2	3	4	5
19	Recelo	1	2	3	4	5
20	Pensamientos opresivos	1	2	3	4	5
21	Aumento del consumo de fármacos psicotrópicos	1	2	3	4	5
22	Trastornos del sueño	1	2	3	4	5
						TOTAL:

		gravemente	sustancialmente	moderadamente	levemente	no
6. DESEO DE VIVIR		comprometido	comprometido	comprometido	comprometido	comprometido
23	Expresión de determinación de vivir	1	2	3	4	5
24	Expresión de optimismo	1	2	3	4	5
25	Busca información sobre su enfermedad/tratamiento	1	2	3	4	5
26	Utiliza estrategias para mejorar la salud	1	2	3	4	5
						TOTAL:

ESCALA DE PREDICCIÓN Y EVALUACIÓN DE RIESGO DE VIOLENCIA (EPERV-55)

7. NIVEL DE DEPRESION		grave	sustancial	moderado	leve	ninguno
27	Estado de ánimo deprimido	1	2	3	4	5
28	Eventos negativos de la vida	1	2	3	4	5
29	Culpabilidad excesiva	1	2	3	4	5
30	Expresión de sentimientos de indiferencia	1	2	3	4	5
31	Baja autoestima	1	2	3	4	5
						TOTAL:

8. COGNICIÓN		gravemente comprometido	sustancialmente comprometido	moderadamente comprometido	levemente comprometido	no comprometido
32	Atiende	1	2	3	4	5
33	Se concentra	1	2	3	4	5
34	Está orientado	1	2	3	4	5
35	Toma decisiones apropiadas	1	2	3	4	5
						TOTAL:

9. HABILIDADES DE INTERACCION SOCIAL		nunca demostrado	raramente demostrado	a veces demostrado	frecuentemente demostrado	siempre demostrado
36	Relaciones con los demás	1	2	3	4	5
37	Sensibilidad con los demás	1	2	3	4	5
38	Mostrar legitimidad	1	2	3	4	5
39	Utiliza formas/métodos de resolución de conflictos	1	2	3	4	5
						TOTAL:

ESCALA DE PREDICCIÓN Y EVALUACIÓN DE RIESGO DE VIOLENCIA (EPERV-55)

10. NIVEL DE MIEDO	grave	sustancial	moderado	leve	ninguno
40 Irritabilidad	1	2	3	4	5
41 Explosiones de ira	1	2	3	4	5
42 Conducta de evitación	1	2	3	4	5
43 Temor verbalizado	1	2	3	4	5
TOTAL:					

11. NIVEL DE HIPERACTIVIDAD	grave	sustancial	moderado	leve	ninguno
44 Falta de escucha activa	1	2	3	4	5
45 Impulsividad	1	2	3	4	5
46 Conducta motora excesiva	1	2	3	4	5
47 Hablar excesivamente	1	2	3	4	5
TOTAL:					

	nunca	raramente	a veces	frecuentemente	siempre
12. AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS	demostrado	demostrado	demostrado	demostrado	demostrado
48 Verbaliza aceptación de la situación	1	2	3	4	5
49 Utiliza estrategias de superación efectivas	1	2	3	4	5
50 Busca ayuda profesional de forma adecuada	1	2	3	4	5
51 Se adapta a los cambios en desarrollo	1	2	3	4	5

TOTAL:

ESCALA DE PREDICCIÓN Y EVALUACIÓN DE RIESGO DE VIOLENCIA (EPERV-55)

	nunca	raramente	a veces	frecuentemente	siempre
13. AUTOCONTROL DEL PENSAMIENTO DISTORSIONADO	demostrado	demostrado	demostrado	demostrado	demostrado
52 Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes	1	2	3	4	5
53 Solicita la ratificación de la realidad	1	2	3	4	5
54 Interacciona con los demás de forma apropiada	1	2	3	4	5
55 Expone pensamiento basado en la realidad	1	2	3	4	5
					TOTAL:

Guía para la Escala de Predicción y Evaluación de Riesgo de Violencia (EPERV-55)

Autor: Andrés H, Monedero S, Pica M, Moreiras N, Quílez J, Foix A, Molina JA, Domínguez D, García V.

Se recomienda leer la definición de cada Área (total 13) y de cada Indicador (total 55) durante la administración de la EPERV.

1. CONTROL DE RIESGO: CONSUMO DE DROGAS (THC, COC, MORF, AMP, ALCOHOL)

Se valoran las acciones personales para prevenir, eliminar o reducir el consumo de drogas que son una amenaza para la salud.

Se valorará paciente **REHABILITADO** cuando el consumo sea superior a 5 años. Entonces valoraremos que **NO** es consumidor.

1. Reconoce el riesgo del abuso de drogas

Es capaz de verbalizar el daño que comporta el hecho de consumir tóxicos de manera abusiva.

¿CONOCE LOS RIESGOS DE CONSUMIR DROGAS EN EXCESO?

1. Nunca: no reconoce el riesgo que comporta el abuso de drogas.
2. Raramente: de forma poco frecuente reconoce el riesgo que comporta el abuso de drogas.
3. A veces: ocasionalmente reconoce el riesgo que comporta el abuso de drogas.
4. Frecuentemente: en la mayoría de ocasiones reconoce el riesgo que comporta el abuso de drogas.
5. Siempre: sí reconoce el riesgo que comporta el abuso de drogas.

2. Desarrolla estrategias efectivas para el control del consumo de drogas

Lleva a cabo determinadas acciones con la finalidad de prevenir, eliminar o reducir el consumo de drogas (p. ej.: acepta que se le realicen controles de tóxicos, acude al CAST, acepta tratamiento para disminuir la ansiedad de no consumir u otro tipo de tratamiento específico para no consumir como el Colme®, Antabús®)

¿UTILIZA MÉTODOS/TÉCNICAS PARA CONTROLAR EL CONSUMO DE DROGAS, ES DECIR, PARA PREVENIRLO O DISMINUIRLO?

1. Nunca: no desarrolla estrategias efectivas para el control del consumo de drogas.
2. Raramente: de forma poco frecuente desarrolla estrategias efectivas para el control del consumo de drogas.
3. A veces: ocasionalmente desarrolla estrategias efectivas para el control del consumo de drogas.
4. Frecuentemente: en la mayoría de ocasiones desarrolla estrategias efectivas para el control del consumo de drogas.
5. Siempre: sí desarrolla estrategias efectivas para el control del consumo de drogas

3. Reconoce cambios en el estado de salud

Es capaz de verbalizar mejoría en su estado de salud gracias al control del consumo de tóxicos (p. ej.: estar menos irritable, tener mayor control de la impulsividad).

¿RECONOCE LOS BENEFICIOS DE REDUCIR EL CONSUMO?

1. Nunca: no reconoce cambios en el estado de salud.
2. Raramente: de forma poco frecuente reconoce cambios en el estado de salud.
3. A veces: ocasionalmente reconoce cambios en el estado de salud.
4. Frecuentemente: en la mayoría de ocasiones reconoce cambios en el estado de salud.
5. Siempre: sí reconoce cambios en el estado de salud.

4. Controla la ingestión de drogas.

Es capaz de medir el consumo

¿ES CAPAZ DE CONTROLAR CUÁNTO CONSUME?

1. Nunca: no controla la ingestión de drogas.
2. Raramente: de forma poco frecuente controla la ingestión de drogas.
3. A veces: ocasionalmente controla la ingestión de drogas.
4. Frecuentemente: en la mayoría de ocasiones controla la ingestión de drogas.
5. Siempre: sí controla la ingestión de drogas.

2. NIVEL DE ESTRÉS

Se valora la gravedad de la tensión física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente.

5. Ansiedad.

Sensación subjetiva de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática, cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo.

CUANDO TIENE ANSIEDAD, ¿CÓMO SE MANIFIESTA?

1. Grave: Afectación patológica (angustia, pánico, temores, miedo a perder el control, miedo a morir), agitación psicomotriz, irritabilidad, espasmos musculares, desmayo, náuseas, dificultad respiratoria aguda, bloqueo del pensamiento, somatizaciones).
2. Sustancial: Alteraciones conductuales (insomnio, sobreexcitación, preocupación creciente, llanto fácil, control y vigilancia, desesperanza dolorosa y creciente, disminución de la productividad, confusión, rumiación, olvido, dificultad para la concentración, disminución de la habilidad para aprender o solucionar problemas).
3. Moderado: Repercusiones somáticas evidentes (sequedad bucal, lanzar miradas alrededor, tensión facial, voz temblorosa, dilatación pupilar, poliuria y urgencia urinaria, tics, estremecimiento/ temblor de manos, dolor en el pecho, palpitaciones, disnea suspirosa, aumento de la respiración y/o pulso, mal contacto ocular, sudoración excesiva).
4. Leve: Expresión de intranquilidad, inquietud, preocupación excesiva.
5. Ninguno: No ansiedad.

6. Recelo

Idea exagerada o sin base real, manifestada por actitud desconfiada, suspicacia, hipervigilancia, con temor y sospechas de ser perjudicado por los demás.

POR LO GENERAL, ¿DESCONFÍA DE LOS DEMÁS?

1. Grave: El pensamiento, las relaciones sociales y la conducta están dominados por las ideas exageradas de perjuicio, riesgo de violencia auto-heterodirigida.
2. Sustancial: Culpa a otros, idea de perjuicio, interferencia en las relaciones interpersonales, actitud defensiva.
3. Moderado: Marcada desconfianza, hipervigilancia, inicio de afectación en las relaciones interpersonales.
4. Leve: Actitud defensiva, desconfianza, mantiene las relaciones interpersonales.
5. Ninguno: No recelo.

7. Pensamientos opresivos

Contenidos repetitivos, estereotipados, obsesivos y rígidos que disminuye la fluidez, espontaneidad y flexibilidad del pensamiento.

¿PRESENTA PENSAMIENTOS QUE LE IMPIDEN MANTENER UNA CONVERSACIÓN CON NORMALIDAD? ¿EN QUÉ MEDIDA INTERFIEREN?

1. Grave: El pensamiento, la conducta y la conversación están dominados por ideas fijas, frases cortas, con limitación en la capacidad de la comunicación.
2. Sustancial: Demandas incontroladas reiteradas, ideas, afirmaciones que impiden una conversación.
3. Moderado: Pensamiento rígido y repetitivo, limitando la conversación a dos o tres temas dominantes.
4. Leve: Actitudes o creencias de alguna rigidez, pero puede cambiar posiciones e ideas distintas.
5. Ninguno: No pensamientos opresivos.

8. Aumento del consumo de fármacos psicotrópicos

Aumento del consumo de agentes químicos (antipsicóticos, antidepresivos, estimulantes, eutimizantes, ansiolíticos, hipnóticos) que afectan al cerebro y al sistema nervioso, alteran los sentimientos, las emociones y la conciencia de diversas formas.

EN EL CASO DE HABER AUMENTADO EL CONSUMO DE FÁRMACOS, ¿CÓMO LE HA AFECTADO?

1. Grave: Posibilidad de aparición o agravamiento del mismo trastorno mental (problemas para interpretar la realidad, trastornos del pensamiento, ideación paranoide, alucinaciones, depresión), riesgo de violencia hetero-autodirigida, incapacidad, deterioro biopsicosocial y familiar, ideas suicidas). Absolutamente necesario tratamiento o intervención terapéutica efectiva adicional, incluso hospitalización.
2. Sustancial: Presenta deterioro cognitivo (concentración, atención, memoria, incapacidad para comprender), alteraciones conductuales (hipo/hiperactividad, agresividad verbal, hostilidad, irritabilidad, ansiedad, insultos, manipulación); emocional (tristeza, euforia) y físico. Precisa tratamiento o intervención terapéutica efectiva adicional.
3. Moderado: Antecedentes de aumento de consumo en el último mes. Aumento de demanda de consumo. Está indicado algún tipo de tratamiento o intervención terapéutica efectiva adicional.
4. Leve: Antecedentes de aumento de consumo a lo largo de su vida, probablemente necesite tratamiento o intervención terapéutica efectiva adicional.
5. Ninguno: No aumento del consumo de fármacos psicotrópicos

9. Trastornos del sueño

Deterioro del Patrón del sueño, trastorno de la cantidad y calidad del sueño por problemas para iniciar el sueño o mantenerlo (insomnio), problemas para permanecer despierto (somnolencia diurna excesiva), problemas para mantener un horario regular de sueño (problema con el ritmo del sueño/circadiano), comportamientos inusuales durante el sueño (conductas que interrumpen las fases del sueño).

EN EL ÚLTIMO MES, EN EL CASO DE TENER PROBLEMAS CON EL SUEÑO, ¿CÓMO LE AFECTA?

1. **Grave:** Disminución de la capacidad para funcionar, malestar clínicamente significativo (p. ej.: hipertensión arterial, infarto cardiaco, trastornos mentales), deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la vida cotidiana del individuo. Puede precisar hospitalización.
2. **Sustancial:** Insatisfacción total o mala calidad del sueño, preocupación excesiva tanto durante el día como durante la noche sobre el hecho de no dormir y sobre sus consecuencias, quejas de desvelo prolongado o insomnio mantenido casi todos los días asociado a fatiga diurna o afectación de las actividades diarias (hipo/hiperactividad) y alteraciones conductuales (irritabilidad, ansiedad, desorientación, distrés), aparición durante el sueño de signos de activación vegetativa de carácter intenso (taquicardia, taquipnea, sudoración), necesidad de ayuda terapéutica y/o tratamiento farmacológico.
3. **Moderado:** El patrón de sueño-vigilia del individuo no está sincronizado con el horario de sueño-vigilia deseado, sensación de sueño no reparador al despertarse, sueño interrumpido, despertarse tres o más veces por la noche, insomnio matinal. Dicha manifestación se ha presentado por lo menos tres veces a la semana durante al menos 1 mes.
4. **Leve:** Quejas que suelen consistir en dificultades para conciliar el sueño o para mantenerlo, tardar más de 30 minutos en conciliar el sueño, despertar antes o después de lo deseado.
5. **Ninguno:** No trastornos del sueño.

3. AUTOCONTROL DEL IMPULSO SUICIDA.

Se valoran las acciones personales para contener acciones e intentos de suicidio.

10. **Busca ayuda cuando nota sentimientos autodestructivos.**

Es capaz de recurrir a otros cuando tiene pensamientos de hacerse daño.

¿ES CAPAZ DE BUSCAR AYUDA CUANDO TIENE GANAS DE HACERSE

1. **Nunca:** no busca ayuda cuando nota sentimientos autodestructivos.
2. **Raramente:** de forma poco frecuente busca ayuda cuando nota sentimientos autodestructivos.
3. **A veces:** ocasionalmente busca ayuda cuando nota sentimientos autodestructivos.
4. **Frecuentemente:** en la mayoría de ocasiones busca ayuda cuando nota sentimientos autodestructivos.
5. **Siempre:** sí busca ayuda cuando nota sentimientos autodestructivos

11. **Verbaliza ideas de suicidio.**

Expresa verbalmente que presenta pensamientos de querer acabar con su vida, con el objetivo de buscar ayuda.

¿EN ALGUNA OCASIÓN EXPRESA PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA?

1. Nunca: no verbaliza ideas de suicidio.
2. Raramente: de forma poco frecuente verbaliza ideas de suicidio.
3. A veces: ocasionalmente verbaliza ideas de suicidio.
4. Frecuentemente: en la mayoría de ocasiones verbaliza ideas de suicidio.
5. Siempre: sí verbaliza ideas de suicidio.

12. No intenta suicidarse.

No lleva a cabo acciones para acabar con su vida.

ATENCIÓN A LA RESPUESTA:

¿HA REALIZADO ACCIONES PARA ACABAR CON SU VIDA?

1. Nunca: intenta suicidarse. Más de 5 intentos de suicidio a lo largo de su vida.
2. Raramente: de forma poco frecuente demuestra no intentar suicidarse. Entre 4 y 5 intentos de suicidio a lo largo de su vida.
3. A veces: ocasionalmente demuestra no intentar suicidarse. Entre 2 y 3 intentos de suicidio a lo largo de su vida.
4. Frecuentemente: en la mayoría de ocasiones demuestra no intentar suicidarse. 1 intento de suicidio a lo largo de su vida.
5. Siempre: demuestra no llevar a cabo acciones para acabar con su vida. Nunca ha intentado suicidarse.

*Si puntúa 5 en este ítem, puntuaremos con un 5 los ítems nº10 y 11.

13. Hace planes para el futuro.

Piensa en proyectos de futuro.

¿HACE PLANES PARA EL FUTURO?

1. Nunca: no hace planes de futuro.
2. Raramente: de forma poco frecuente hace planes de futuro.
3. A veces: ocasionalmente hace planes de futuro.
4. Frecuentemente: en la mayoría de ocasiones hace planes de futuro.
5. Siempre: sí hace planes de futuro.

4. DESEO DE VIVIR

Se valora el deseo, determinación y esfuerzo para sobrevivir.

14. Expresión de determinación de vivir.

Razones para seguir viviendo y/o no pensar en el suicidio.

¿POR QUÉ QUIERE SEGUIR VIVIENDO?

1. Gravemente comprometido: No expresión de determinación de vivir.
2. Sustancialmente comprometido: No encuentra razones para seguir viviendo, percibiéndose incapaz de llevar a cabo el suicidio. No tiene valentía para matarse por cobardía, preocupación por lo que pensarán de él (si lo hiciera o lo intentase).
3. Moderadamente comprometido: Aparición de pensamientos suicidas aunque tiene miedo a la desaprobación social y cree encontrar otras soluciones a los problemas, todavía le quedan muchas cosas por hacer, curiosidad por el futuro, no quisiera que su familia se sintiera culpable y piense que es egoísta o cobarde.
4. Levemente comprometido: Miedo a la muerte, objeciones morales (cree que hay razones para vivir y las creencias religiosas y la responsabilidad con la familia se lo prohíben: preocupación por los hijos, quiere a su familia y disfruta de ellos), valentía para enfrentarse a la vida.
5. No comprometido: Expresión de determinación de vivir.

15. Expresión de optimismo

Propensión a ver y juzgar las cosas en su aspecto más favorable

¿VE LA VIDA DE MANERA POSITIVA?

1. Gravemente comprometido: No expresión de optimismo.
2. Sustancialmente comprometido: Ni acuerdo ni desacuerdo (estoy contento/a con lo que hago, yo decido cómo quiero vivir, soy capaz de organizarme la vida diaria, estoy satisfecho/a con el trabajo/estudio que realizo, me satisface la energía que tengo, me siento a gusto con la gente, me siento a gusto con mis pensamientos).
3. Moderadamente comprometido: Poco acuerdo (estoy contento/a con lo que hago, yo decido cómo quiero vivir, soy capaz de organizarme la vida diaria, estoy satisfecho/a con el trabajo/estudio que realizo, me satisface la energía que tengo, me siento a gusto con la gente, me siento a gusto con mis pensamientos).
4. Levemente comprometido: Completo acuerdo (estoy contento/a con lo que hago, yo decido cómo quiero vivir, soy capaz de organizarme la vida diaria, estoy satisfecho/a con el trabajo/estudio que realizo, me satisface la energía que tengo, me siento a gusto con la gente, me siento a gusto con mis pensamientos).
5. No comprometido: Expresión de optimismo.

16. Busca información sobre su enfermedad/tratamiento.

Importancia asociada a conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento.

¿BUSCA INFORMACIÓN SOBRE SU ENFERMEDAD/TRATAMIENTO?

1. **Gravemente comprometido:** No busca información sobre su enfermedad/tratamiento.
2. **Sustancialmente comprometido:** Da muy poca importancia (no se da cuenta de que está enfermo, no conciencia de enfermedad, no busca pero acepta la información recibida sobre su enfermedad/tratamiento).
3. **Moderadamente comprometido:** Da alguna importancia (interés sobre su enfermedad/tratamiento, se da cuenta de su enfermedad pero atribuye su estado a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de trabajo, etc.), no conciencia de enfermedad pero suele cumplir tratamiento.
4. **Levemente comprometido:** Da mucha importancia (busca información sobre su enfermedad/tratamiento, se da cuenta de que está enfermo, ligera conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento: toma la medicación, vinculación a recursos de salud de la comunidad, acudiendo a las citas).
5. **No comprometido:** Siempre busca información sobre su enfermedad/tratamiento.

17. Utiliza estrategias para mejorar la salud.

Búsqueda activa de formas de modificar los hábitos sanitarios personales o el entorno para alcanzar un nivel alto de salud.

¿UTILIZA MÉTODOS PARA ADQUIRIR HÁBITOS SALUDABLES?

1. **Gravemente comprometido:** No utiliza estrategias para mejorar la salud.
2. **Sustancialmente comprometido:** Casi nunca hay expresión u observación de deseos de buscar un nivel más alto de bienestar.
3. **Moderadamente comprometido:** Ocasionalmente hay expresión u observación de deseos de un mayor control sobre las prácticas de salud y de familiaridad con los recursos de salud de la comunidad.
4. **Levemente comprometido:** Frecuentemente demuestra conocimientos sobre conductas promotoras de salud mediante la elección de actividades de la vida diaria apropiadas para alcanzar los objetivos del tratamiento o prevención.
5. **No comprometido:** Siempre utiliza estrategias para mejorar la salud.

5. NIVEL DE DEPRESION

Se valora la intensidad de la melancolía y de la pérdida de interés por los acontecimientos de la vida.

18. Estado de ánimo deprimido

Sentimientos de tristeza, desánimo, desvalimiento y pesimismo. Expresiones verbales de humor e influencia sobre su actitud o conducta.

EN CASO DE PRESENTAR SENTIMIENTOS DE TRISTEZA, ¿CÓMO SE MANIFIESTAN?

1. Grave: Sentimientos depresivos con marcada afectación biopsicosocial, llanto frecuente, síntomas somáticos, trastornos cognitivos (atención, concentración), inhibición psicomotriz, aislamiento social, déficit de autocuidado (higiene, alimentación), posible presencia de delirios depresivos, ideas suicidas (riesgo de violencia auto-heterodirigida).
2. Sustancial: Humor depresivo, marcada tristeza, sentimientos de desesperanza y sufrimiento, inutilidad, llanto fácil/ ocasional, pesimismo, desinterés social, enlentecimiento psicomotriz, ligera afectación del apetito y sueño (aumento o disminución), dificultades para animarse.
3. Moderado: Refiere sentimientos claros de tristeza, desánimo sin necesidad de preguntar. Responde positivamente cuando se le anima.
4. Leve: Expresión de ligera tristeza sólo cuando se le pregunta. No hay evidencia de depresión en su actitud o conducta.
5. Ninguno: No estado de ánimo deprimido.

19. Eventos negativos de la vida.

Afrontamiento, actitud, preocupación, impacto y adaptación a situaciones y factores estresantes de la vida.

¿DE QUÉ MANERA LE AFECTAN LOS PROBLEMAS EN SU VIDA DIARIA?

LISTA RECONOCIDA: Cambios en el trabajo o casa, enfermedad seria o accidente, dificultades económicas, separación o divorcio, discusiones de los padres, enfermedad o accidente de los padres o hermanos/as, muerte de padres, hermanos/a, abuelos/as, amigo/a, dificultades o conflicto con un miembro de la familia, ruptura con novio/a, problemas legales o con la policía, robo de pertenencias personales, fracaso en la escuela, embarazo, abuso físico, abuso sexual, otro problema serio.

1. Grave: Da suma importancia, preocupación total, desencadenante de enfermedad mental (depresión, ansiedad), con gran pesimismo, autoinculpación, comportamiento pasivo, abandono. Afrontamiento inefectivo.
2. Sustancial: Da mucha importancia, marcada preocupación, sentimiento de indefensión, uno cree no poder cambiar ni controlar lo que le sucede, ansiedad destructiva (evasión o confrontación), miedo, enfado, desconfianza, actitud pesimista, devaluación de los objetos deseados, sentido de fracaso personal, necesidad de apoyo social, respuestas fisiológicas (p.ej.: afectación del sistema inmunitario y mínimo interés de respuesta de lucha).
3. Moderado: Da alguna importancia, ligera preocupación, siente amenaza de un daño anticipado o futuro, vulnerabilidad y disminución de la resistencia de afrontamiento de la persona, humor negativo o pesimista, Ansiedad generalizada o inespecífica expresada como emoción de no aceptación y sorpresa. Requiere información sobre su problema o consejo para dar una respuesta razonable.
4. Leve: Da muy poca importancia, implicación en problemas o necesidades personales, conversaciones sobre temas egocéntricos, hay daño/pérdida pero con respuesta de

fortaleza (compromiso, desafío con ganancia personal, control), respuesta afectiva de alegría o tristeza pero de aceptación, ansiedad constructiva con afrontamiento de resolución, durante corto tiempo estado de humor optimista, perspicaz y positivo.

5. Ninguno: Afrontamiento efectivo delante de eventos negativos de la vida

20. Culpabilidad excesiva.

Remordimientos o autopercepciones sobre sucesos, reales o imaginarios, ocurridos en el pasado.

CUANDO SE CULPABILIZA DE MANERA EXCESIVA, ¿CÓMO SE MANIFIESTA?

1. Grave: Actitud de desvalimiento, inutilidad, pensamientos autolíticos, intensas ideas de culpa incluso de carácter delirante, oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras, su vida está dominada por delirios de culpa merecedores de grandes castigos (cárcel, tortura, muerte). Puede precisar hospitalización.
2. Sustancial: Fuerte sentimiento de culpa asociado con el desprecio, creencia de merecer castigo, siente que la enfermedad actual es un castigo, suele tener base delirante, ser referido espontáneamente, fuente de preocupación y humor depresivo. Precisa intervención terapéutica y/o tratamiento farmacológico.
3. Moderado: Preocupado sobre su responsabilidad, tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones, pero no afecta a su conducta.
4. Leve: Vagos sentimientos de culpa, autorreproches, se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente, pero no está afectado.
5. Ninguno: No culpabilidad excesiva

21. Expresión de sentimientos de indiferencia

Retraimiento emocional (falta de interés, implicación y compromiso afectivo en los diferentes eventos vitales) y contacto pobre (ausencia de empatía, franqueza en la conversación y sentido de cercanía, escasa comunicación verbal y no verbal).

¿DE QUÉ MANERA MUESTRA DESINTERÉS Y DESPREOCUPACIÓN POR CIERTOS PROBLEMAS VITALES?

1. Grave: Retraído, sin comunicarse, descuido total de su autocuidado personal, pérdida de interés e implicación emocional, aislamiento social, abandono de autocuidado personal.
2. Sustancial: No se implica aunque se le estimule, distante, sin propósitos, apático, deterioro de la interacción social, sin contactos sociales espontáneos, raramente participa en actividades sociales, abandono ocasional del autocuidado personal.
3. Moderado: Emocionalmente distante del entorno y demandas, pero si se le estimula, se implica, dócil, a veces necesita asistencia para atender a sus necesidades personales, algún interés en las actividades pero de manera mecánica, permaneciendo en un segundo plano.
4. Leve: Falta de iniciativa, poco interés por el entorno inmediato, algún interés en actividades sociales, interacciona con los demás cuando éstos quieren.
5. Ninguno: No expresión de sentimientos de indiferencia.

22. Baja autoestima

Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación.

¿CÓMO SE MANIFIESTA SU BAJA AUTOESTIMA?

1. Grave: Expresiones de desesperanza e inutilidad, larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus capacidades.
2. Sustancial: Verbalizaciones auto-negativas: “No me gusta como soy, No consigo lo que quiero”, evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar la situación o los acontecimientos, la persona se resiste a probar cosas o situaciones nuevas.
3. Moderado: Expresión o informes verbales de que la situación actual desafía su valía personal, manifiesta vergüenza o culpa, temor a que los demás no aprueben su forma de ser.
4. Leve: Conducta indecisa, no asertiva, esquiva, pasiva, no dice lo que piensa, generalmente está conforme o depende de las opiniones de los demás, falta contacto ocular.
5. Ninguno: No baja autoestima.

6. COGNICIÓN

Se valora la capacidad para ejecutar los procesos mentales complejos (conocer, pensar, aprender y juzgar).

23. Atiende

La atención es la capacidad de disponer los sentidos y la mente para enterarse de algo o concentrarse en una tarea o actividad.

OBSERVACIONAL

1. Gravemente comprometido: La atención únicamente se mantiene por breves momentos y con gran esfuerzo. Gran distracción por estímulos internos y externos. Imposibilidad en mantener una mínima conversación.
2. Sustancialmente comprometido: Presencia de escasa concentración, marcada distracción y dificultad en el cambio de foco de atención.
3. Moderadamente comprometido: Tendencia fácil a la distracción, dificultad en mantener la concentración y dificultades en cambiar la atención a otros temas.
4. Levemente comprometido: Disminución en la concentración, con distracción ocasional o atención oscilante.
5. No comprometido. Capacidad total para prestar atención.

24. Se concentra

Es capaz de centrar voluntariamente toda la atención de la mente sobre un objetivo, objeto o actividad que se esté realizando o pensando realizar en ese momento, dejando de lado toda serie de hechos u objetos que puedan ser capaces de interferir en su consecución o en su atención.

OBSERVACIONAL

25. Está orientado

Conciencia de las relaciones del paciente con su ambiente, incluyendo personas, lugar y tiempo. Bases para la valoración: respuestas a preguntas sobre orientación.

¿ESTÁ ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA?

1. Gravemente comprometido: Totalmente desorientado en tiempo, espacio y persona (existe una total confusión o ignorancia acerca de dónde está, año actual, personas más allegadas, tales como parientes, esposa/o, amigos o médico).
2. Sustancialmente comprometido: Marcada desorientación en espacio, tiempo y persona (no sabe dónde está, confunde la fecha en más de un año y sólo puede nombrar a una o dos personas de su vida actual).
3. Moderadamente comprometido: Considerable desorientación en espacio, tiempo y persona, tiene sólo una vaga noción de dónde está y no se encuentra familiarizado con su ambiente inmediato, puede identificar el año adecuadamente o de forma aproximada pero desconoce el día, mes y estación (sabe que está en un hospital pero desconoce su nombre, sabe el nombre de la ciudad pero no el barrio, sabe el nombre de su médico, pero no el de otros colaboradores, conoce el año y la estación pero no el mes).
4. Levemente comprometido: La orientación general es adecuada, pero existen dificultades en áreas específicas (sabe dónde está, pero desconoce el nombre de la calle, sabe el nombre del personal sanitario pero no sus funciones, sabe el mes pero confunde el día de la semana con el anterior o el posterior, se equivoca en la fecha en más de dos días).
5. No comprometido: Está orientado.

26. Toma de decisiones apropiadas

Toma de decisiones que sean correctas, adecuadas. Los problemas con la toma de decisiones afectan a la introspección, el juicio, la lógica, la decisión, la planificación, la capacidad para llevar a cabo las decisiones y el pensamiento abstracto.

¿TOMA DECISIONES APROPIADAS?

1. Gravemente comprometido: No toma ninguna decisión o las decisiones que toma no son las apropiadas.
2. Sustancialmente comprometido: De forma poco frecuente tomar decisiones apropiadas.

3. Moderadamente comprometido: Ocasionalmente toma decisiones apropiadas.
4. Levemente comprometido: Frecuentemente toma decisiones apropiadas.
5. No comprometido: Toma decisiones apropiadas

7. HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL

Se valoran las conductas personales que fomentan relaciones eficaces.

27. Relaciones con los demás

Interacciona con otros.

¿SE RELACIONA CON OTRAS PERSONAS?

1. Nunca: no se relaciona con los demás.
2. Raramente: de forma poco frecuente se relaciona con los demás.
3. A veces: ocasionalmente se relaciona con los demás.
4. Frecuentemente: en la mayoría de ocasiones se relaciona con los demás.
5. Siempre: sí se relaciona con los demás.

28. Sensibilidad con los demás

Muestra empatía hacia los demás.

¿SE PONE EN EL LUGAR DEL OTRO?

1. Nunca: no se muestra sensible con los demás.
2. Raramente: de forma poco frecuente se muestra sensible con los demás.
3. A veces: ocasionalmente se muestra sensible con los demás.
4. Frecuentemente: en la mayoría de ocasiones se muestra sensible con los demás.
5. Siempre: sí se muestra sensible con los demás.

29. Mostrar legitimidad

Ser justo, legal.

¿SE MUESTRA JUSTO Y LEGAL CON LOS DEMÁS?

1. Nunca: no se muestra legal.
2. Raramente: de forma poco frecuente se muestra legal.

3. A veces: ocasionalmente se muestra legal.
4. Frecuentemente: en la mayoría de ocasiones se muestra legal.
5. Siempre: sí se muestra legal.

30. Utiliza formas/métodos de resolución de conflictos

Usa estrategias para solventar problemas.

¿UTILIZA ALGUNA FORMA PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS?

1. Nunca: no utiliza formas de resolución de conflictos.
2. Raramente: de forma poco frecuente utiliza formas de resolución de conflictos.
3. A veces: ocasionalmente utiliza formas de resolución de conflictos.
4. Frecuentemente: en la mayoría de ocasiones utiliza formas de resolución de conflictos.
5. Siempre: sí utiliza formas de resolución de conflictos.

8. AUTOCONTROL DE LA AUTOMUTILACIÓN

Se valoran las acciones personales para reprimir las lesiones autoinfligidas intencionadas (no letales).

31. No se autolesiona

No se hace daño

**ATENCIÓN A LA RESPUESTA:
¿ALGUNA VEZ SE HA AUTOLESIONADO?**

1. Nunca: se autolesiona. Más de 5 autolesiones.
2. Raramente: de forma poco frecuente demuestra que no se autolesiona. Entre 4 y 5 autolesiones.
3. A veces: ocasionalmente demuestra que no se autolesiona. Entre 2 y 3 autolesiones.
4. Frecuentemente: en la mayoría de ocasiones demuestra que no se autolesiona. 1 antecedente de autolesión.
5. Siempre: no se autolesiona.

*Si puntúa 5 en este ítem, puntuaremos con un 5 los ítems nº31, 32 y 33.

9. NIVEL DE MIEDO

Se valora la gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente identificable.

32. Irritabilidad

Propensión a sentir ira.

¿CÓMO LO DEMUESTRA CUANDO SE SIENTE IRRITABLE?

1. Grave: se muestra hostil, no colabora.
2. Sustancial: verbalmente agresivo, brusco y cortante. Lenguaje querulante. Se observa irritabilidad contenida con síntomas físicos (temblor distal, disartria, movimientos rápidos...).
3. Moderado: a menudo maldice, pierde los estribos, amenazante. Se observa irritabilidad contenida sin síntomas físicos.
4. Leve: algo discutidor, manifiesta enfado con facilidad.
5. Ninguno: no irritable.

33. Explosiones de ira

La persona reacciona de forma repentina y violenta ante la injusticia u ofensa percibidas.

CUANDO SE MUESTRA HOSTIL Y VIOLENTO LLEGANDO A OFENDER A LOS DEMÁS, ¿CÓMO LO MANIFIESTA?

1. Grave: imposibilidad de mantener relaciones interpersonales o episodio de violencia física hacia los demás.
2. Sustancial: discurso ofensivo y amenazante.
3. Moderado: actitud manifiesta hostil, frecuente irritabilidad, expresiones directas de cólera y resentimiento.
4. Leve: presencia latente de cólera en forma de sarcasmo, falta de respeto, hostilidad e irritabilidad.
5. Ninguno: no explosiones de ira.

34. Conducta de evitación

Disminución de una conducta que se asocia con temor, hostilidad o desconfianza.

¿DE QUÉ MANERA EVITA SITUACIONES QUE LE PRODUCEN HOSTILIDAD/ DESCONFIANZA/ MIEDO?

1. Grave: Presencia de temor, hostilidad y recelo.

2. Sustancial: se mantiene alejado, tendencia al aislamiento.
3. Moderado: participa aunque abandona la acción prematuramente debido a la ansiedad.
4. Leve: participa cuando es requerido para ello.
5. Ninguno: No conducta de evitación.

35. Temor verbalizado

Emoción caracterizada por un intenso sentimiento habitualmente desagradable, provocado por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o incluso pasado.

EN CASO DE PRESENTAR TEMOR, ¿CÓMO LO VERBALIZA?

1. Grave: su vida está alterada por el terror y el pánico, conductas de evitación, irreflexión, estrechamiento del foco de atención en el origen del temor.
2. Sustancial: presencia de pavor y alarma, se evidencia palidez, aumento de la frecuencia respiratoria y falta de aliento, aumento de la presión arterial sistólica.
3. Moderado: disminución de la seguridad de uno mismo, presencia de manifestaciones físicas como aumento de la transpiración.
4. Leve: expresión de miedo y de sentirse asustado, no alteraciones somáticas o conductuales evidentes.
5. Ninguno: No temor verbalizado.

10. NIVEL DE HIPERACTIVIDAD

Se valora la gravedad de las pautas de inatención o impulsividad.

36. Falta de escucha activa

No escuchar y entender la comunicación desde el punto de vista del que habla.

OBSERVACIONAL

1. Grave: Total indiferencia, se evita la comunicación verbal y la no verbal.
2. Sustancial: Evitación del contacto ocular o facial, cierta indiferencia, superficialidad y escasa evidencia no verbal de implicación afectiva.
3. Moderado: Presencia evidente de distancia interpersonal, escucha mecánica, presencia de tedio o desinterés.
4. Leve: Presencia de tono artificial y forzado, ausencia de profundidad emocional.
5. Ninguno: Escucha activa.

37. Impulsividad

Trastorno de la regulación y control de los impulsos internos, lo que resulta en una descarga súbita, no modulada, arbitraria o mal dirigida de la tensión y emociones sin preocupación por sus consecuencias.

¿DE QUÉ MANERA PIERDE EL CONTROL?

1. Grave: Presencia de ataque homicida, asaltos sexuales, brutalidad o conductas autodestructivas.
2. Sustancial: Abuso verbal, destrucción de la propiedad o amenazas físicas sin tener en consideración las consecuencias.
3. Moderado: Presencia de cólera y agresividad verbal ante mínimas frustraciones, ocasionalmente aparecen amenazas o conductas destructivas.
4. Leve: Presencia de cólera con estrés y frustraciones, raramente actos impulsivos.
5. Ninguno: No impulsividad.

38. Conducta motora excesiva

Presencia evidente de hiperactividad motora generalizada.

OBSERVACIONAL

1. Grave: Presencia de interferencia con las relaciones interpersonales, hiperventilación, hiperactividad motora, marcha acelerada o incapacidad de permanecer sentado más de un minuto.
2. Sustancial: Sudoración profusa e inquietud, aunque la conducta no está significativamente alterada.
3. Moderado: Comportamiento inquieto, tensión motora, manifiesto temblor de manos, sudoración excesiva o tics nerviosos.
4. Leve: Presencia de inquietud ocasional, cambios de postura o temblor fino de manos.
5. Ninguno: No conducta motora excesiva.

39. Hablar excesivamente

Incremento en la cantidad y velocidad del habla.

OBSERVACIONAL

1. Grave: Discurso tan rápido y continuo que no puede ser interrumpido, el usuario domina la conversación.
2. Sustancial: Resulta difícil mantener una conversación, difícil de interrumpir.

3. Moderado: Presencia de conversación forzada, alguna dificultad para interrumpir la conversación, la expresión del habla está aumentada de forma fluctuante.
4. Leve: Habla notablemente más de lo normal, pero sin que la conversación sea forzada.
5. Ninguno: No habla excesivamente.

11. AUTOCONTROL DE LA AGRESIÓN

Se valora el autocontrol de conductas violentas, combativas o destructivas hacia los demás.

40. Identifica cuándo se enfada

Detecta cuando se enoja

¿SE DA CUENTA CUANDO SE ENFADA?

1. Nunca: no identifica cuándo se enfada.
2. Raramente: de forma poco frecuente identifica cuándo se enfada.
3. A veces: ocasionalmente identifica cuándo se enfada.
4. Frecuentemente: en la mayoría de ocasiones identifica cuándo se enfada.
5. Siempre: sí identifica cuándo se enfada.

41. Identifica alternativas a la agresión

Encuentra otras opciones para no recurrir a conductas violentas.

¿ENCUENTRA OTRAS ALTERNATIVAS PARA NO RECURRIR A CONDUCTAS VIOLENTAS?

1. Nunca: no identifica alternativas a la agresión.
2. Raramente: de forma poco frecuente identifica alternativas a la agresión.
3. A veces: ocasionalmente identifica alternativas a la agresión.
4. Frecuentemente: en la mayoría de ocasiones identifica alternativas a la agresión.
5. Siempre: sí identifica alternativas a la agresión.

42. Se abstiene de arrebatos verbales

Contiene los impulsos verbales.

¿CONTROLA LOS IMPULSOS VERBALES?

1. Nunca: no se abstiene de arrebatos verbales.
2. Raramente: de forma poco frecuente se abstiene de arrebatos verbales.
3. A veces: ocasionalmente se abstiene de arrebatos verbales.
4. Frecuentemente: en la mayoría de ocasiones se abstiene de arrebatos verbales.
5. Siempre: sí se abstiene de arrebatos verbales.

43. Se abstiene de golpear a los demás

Se controla para no agredir físicamente a otros

¿SE CONTROLA PARA NO AGREDIR A OTROS?

1. Nunca: no se abstiene de golpear a los demás.
2. Raramente: de forma poco frecuente se abstiene de golpear a los demás.
3. A veces: ocasionalmente se abstiene de golpear a los demás.
4. Frecuentemente: en la mayoría de ocasiones se abstiene de golpear a los demás.
5. Siempre: sí se abstiene de golpear a los demás.

44. Verbaliza el control de los impulsos

Expresa la capacidad de contener los impulsos

¿COMUNICA O EXPRESA LA CAPACIDAD DE CONTENER LOS IMPULSOS?

1. Nunca: no verbaliza control de impulsos.
2. Raramente: de forma poco frecuente verbaliza control de impulsos.
3. A veces: ocasionalmente verbaliza control de impulsos.
4. Frecuentemente: en la mayoría de ocasiones verbaliza control de impulsos.
5. Siempre: sí verbaliza control de impulsos.

12. AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS

Se valoran las acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

45. Verbaliza aceptación de la situación

Expresa verbalmente conformidad con el problema.

¿MANIFIESTA VERBALMENTE LA CONFORMIDAD CON LOS PROBLEMAS?

1. Nunca: no verbaliza aceptación de la situación.
2. Raramente: de forma poco frecuente verbaliza aceptación de la situación.
3. A veces: ocasionalmente verbaliza aceptación de la situación.
4. Frecuentemente: en la mayoría de ocasiones verbaliza aceptación de la situación.
5. Siempre: sí verbaliza aceptación de la situación.

46. Utiliza estrategias de superación efectivas

Usa métodos de afrontamiento efectivos.

¿USA MÉTODOS EFECTIVOS PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS?

1. Nunca: no utiliza estrategias de superación efectivas.
2. Raramente: de forma poco frecuente utiliza estrategias de superación efectivas.
3. A veces: ocasionalmente utiliza estrategias de superación efectivas.
4. Frecuentemente: en la mayoría de ocasiones utiliza estrategias de superación efectivas.
5. Siempre: sí utiliza estrategias de superación efectivas.

47. Busca ayuda profesional de forma adecuada

Recurre a profesionales de manera correcta.

¿RECURRE A PROFESIONALES?

1. Nunca: no busca ayuda profesional de forma adecuada.
2. Raramente: de forma poco frecuente busca ayuda profesional de forma adecuada.
3. A veces: ocasionalmente busca ayuda profesional de forma adecuada.
4. Frecuentemente: en la mayoría de ocasiones busca ayuda profesional de forma adecuada.
5. Siempre: sí busca ayuda profesional de forma adecuada.

48. Se adapta a los cambios en desarrollo

¿SE ADAPTA A LOS CAMBIOS?

1. Nunca: no se adapta a los cambios en desarrollo.
2. Raramente: de forma poco frecuente se adapta a los cambios en desarrollo.
3. A veces: ocasionalmente se adapta a los cambios en desarrollo.
4. Frecuentemente: en la mayoría de ocasiones se adapta a los cambios en desarrollo.

5. Siempre: sí se adapta a los cambios en desarrollo.

13. AUTOCONTROL DEL PENSAMIENTO DISTORSIONADO

Se valora la autorrestricción de la alteración de la percepción, procesos del pensamiento y pensamiento.

49. Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes

Verbaliza que presenta alteraciones de la sensopercepción.

EXPRESA QUE VE O SIENTE COSAS QUE NO SON REALES?

1. Nunca: no reconoce alucinaciones o delirios.
2. Raramente: de forma poco frecuente reconoce alucinaciones o delirios.
3. A veces: ocasionalmente reconoce alucinaciones o delirios.
4. Frecuentemente: en la mayoría de ocasiones reconoce alucinaciones o delirios.
5. Siempre: sí reconoce alucinaciones o delirios.

50. Solicita la ratificación de la realidad

Pide que se le oriente a la realidad.

¿PIDE QUE SE LE ORIENTE A LA REALIDAD?

1. Nunca: no solicita ratificación de la realidad.
2. Raramente: de forma poco frecuente solicita ratificación de la realidad.
3. A veces: ocasionalmente solicita ratificación de la realidad.
4. Frecuentemente: en la mayoría de ocasiones solicita ratificación de la realidad.
5. Siempre: sí solicita ratificación de la realidad.

51. Interacciona con los demás de forma apropiada

Interactúa con otros de manera correcta.

OBSERVACIONAL

1. Nunca: no interacciona con los demás apropiadamente.
2. Raramente: de forma poco frecuente interacciona con los demás apropiadamente.
3. A veces: ocasionalmente interacciona con los demás apropiadamente.
4. Frecuentemente: en la mayoría de ocasiones interacciona con los demás apropiadamente.
5. Siempre: sí interacciona con los demás apropiadamente.

52. Expone pensamiento basado en la realidad

Expresa ideas de acuerdo a la realidad.

OBSERVACIONAL

1. Nunca: no expone pensamiento basado en la realidad.
2. Raramente: de forma poco frecuente expone pensamiento basado en la realidad.
3. A veces: ocasionalmente expone pensamiento basado en la realidad.
4. Frecuentemente: en la mayoría de ocasiones expone pensamiento basado en la realidad.
5. Siempre: sí expone pensamiento basado en la realidad.

53. Solicita la ratificación de la realidad

Pide que se le oriente a la realidad.

¿PIDE QUE SE LE ORIENTE A LA REALIDAD?

1. Nunca: no solicita ratificación de la realidad.
2. Raramente: de forma poco frecuente solicita ratificación de la realidad.
3. A veces: ocasionalmente solicita ratificación de la realidad.
4. Frecuentemente: en la mayoría de ocasiones solicita ratificación de la realidad.
5. Siempre: sí solicita ratificación de la realidad.

54. Interacciona con los demás de forma apropiada

Interactúa con otros de manera correcta.

OBSERVACIONAL

1. Nunca: no interacciona con los demás apropiadamente.
2. Raramente: de forma poco frecuente interacciona con los demás apropiadamente.
3. A veces: ocasionalmente interacciona con los demás apropiadamente.

4. Frecuentemente: en la mayoría de ocasiones interacciona con los demás apropiadamente.
5. Siempre: sí interacciona con los demás apropiadamente.

55. Expone pensamiento basado en la realidad

Expresa ideas de acuerdo a la realidad.

OBSERVACIONAL

1. Nunca: no expone pensamiento basado en la realidad.
2. Raramente: de forma poco frecuente expone pensamiento basado en la realidad.
3. A veces: ocasionalmente expone pensamiento basado en la realidad.
4. Frecuentemente: en la mayoría de ocasiones expone pensamiento basado en la realidad.
5. Siempre: sí expone pensamiento basado en la realidad.

Autors

Andrés H, Monedero S, Pica M, Moreiras N, Quílez J, Foix A, Molina JA, Domínguez D,

García V.

Anexo 4.

ESCALA DE RIESGO DE VIOLENCIA DE PLUTCHIK (RV)

Instrucciones: por favor, lea cada afirmación cuidadosamente e indique con qué frecuencia se siente de esa manera, señalando en la columna indicada.

	NUNCA	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE
1. ¿Se enfada con facilidad?				
2. ¿Se enfada continuamente con la gente?				
3. ¿Se enfurece sin motivo?				
4. Cuando se enfada, ¿coge un arma?				
5. ¿Ha lastimado a alguien en alguna pelea?				
6. ¿Ha lastimado o atacado alguna vez a algún familiar?				
7. ¿Ha pegado o atacado alguna vez a alguien que no sea familiar suyo?				
8. ¿Ha usado alguna vez algún objeto para agredir a alguien?				
9. ¿Podría conseguir un arma con facilidad?				
10. ¿Cuántas veces ha sido usted detenido por delitos no violentos como irse de una tienda o falsificar documentos?				
11. ¿Cuántas veces ha sido usted detenido por delitos como robo a mano armada o agresión violenta?				
			SI	NO
12. ¿Guarda o colecciona armas en su casa y sabe como utilizarlas?				

Interpretación: A mayor puntuación, mayor riesgo. Los autores de la validación en español identifican como punto de corte una puntuación igual o mayor a 3.

Anexo 6.

Hoja de Consentimiento Informado:

Entiendo el estudio sobre la evaluación y predicción del riesgo de Violencia en Salud Mental, en el cual se me valorará sobre temas clínicos, sociales y demográficos. Entiendo que no hay ninguna clase de perjuicio y que puedo beneficiarme en este estudio y que no afectará al tratamiento habitual.

He leído la información anterior. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre ella y me las han contestado satisfactoriamente. Doy mi consentimiento voluntario para participar como sujeto en este estudio, y entiendo que tengo el derecho de retirarme del mismo en cualquier momento sin que ello pueda afectar de ninguna manera mi asistencia médica posterior.

Atentamente:

Responsable de la Investigación.

Por la presente, yo _____

He sido informado por _____

Acerca del estudio de investigación que realiza la Fundación Sant Joan de Déu.

Doy mi consentimiento para participar en el estudio, realizar las evaluaciones. Siendo consciente de poder abandonar el estudio en el momento que yo desee sin que esto me suponga perjuicio alguno.

Firma del participante en el estudio o tutor legal.

Firma del investigador

Fecha:

Copia para el usuario.

Anexo 7.

Hoja de información al paciente:

“VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE PREDICCIÓN Y EVALUACIÓN DE RIESGO DE VIOLENCIA (EPERV-55)”

Investigador principal:

Nombre de la Organización: PSSJD- Fundació Sant Joan de Déu.

Estimado/a Sr/a:

Nos dirigimos a usted con el fin de informarle sobre una investigación que estamos llevando a cabo y solicitar su colaboración. La patología que padece se engloba dentro de los trastornos mentales más frecuentes.

Desde hace más de 10 años el PSSJD-Fundació Sant Joan de Deú, gracias a la colaboración de muchos pacientes y familiares, investiga sobre el tipo de patologías para mejorar la calidad asistencial que brinda a quienes necesitan tratamiento.

Proposito del estudio:

El objetivo de este trabajo es validar, es decir, alcanzar el grado en que una situación o instrumento de medida mide lo que realmente pretende o quiere medir. La Validación de la Escala de Predicción y Evaluación de Riesgo de Violencia (EPERV) en Salud Mental será aplicada a pacientes con TMG ingresados en el área de hospitalización: SERPI y USA.

No implica ningún cambio en la terapia farmacológica ni psicológica llevadas a cabo por su psiquiatra o psicólogo.

El estudio es una entrevista semiestructurada (guía), en la observación y en la consulta de la HCl/papel, con una primera evaluación (basal) y una segunda a la semana. Además, se completará la evaluación con la recogida de datos sociodemográficos y clínicos.

Procedimiento:

Los participantes que accedan a participar en el estudio, previa aceptación través del consentimiento informado de la participación en el mismo, serán incluidos en el estudio. Se realizarán dos evaluaciones: basal y a la semana.

Voluntariedad:

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y, si en algún momento desea abandonar el estudio, lo podrá hacer sin ninguna clase de prejuicio. La firma de este documento no supone ningún compromiso.

¿Cuáles son los posibles beneficios y riesgos al participar?:

Su participación contribuirá al desarrollo del conocimiento en la evaluación y predicción del riesgo de violencia.

Los procedimientos del estudio no comportan ningún riesgo.

Los datos obtenidos en la investigación serán confidenciales. Esta investigación se realiza de manera absolutamente independiente del tratamiento habitual que reciba y estará a cargo de su terapeuta habitual. Su nombre no aparecerá en ningún momento fuera del hospital, y toda la información clínica será absolutamente confidencial y se encontrará codificada con códigos a los que sólo podrán acceder los miembros del hospital. Los resultados serán evaluados conjuntamente con la del resto de personas que colaboran con nosotros.

Confidencialidad:

La información recogida en este estudio respetará la confidencialidad recogida por la ley de protección de datos de carácter personal Ley 15/1999.

Persona de contacto:

Si tiene cualquier duda o pregunta sobre su participación en el estudio, puede contactar ahora o más adelante con:

Nombre: Hilari Andrés.

Dirección: Dr. Antoni Pujades, 42 (08830) Sant Boi de Llobregat.

Teléfono de contacto: 93 640 63 50.

Email: handres@pssjd.org

Anexo 8.

Gestión sanitaria

Factores individuales de las enfermeras de salud mental en la presencia de violencia laboral

Resumen

Este artículo tiene por objetivo proporcionar información actualizada en materia de factores de riesgo que influyen en que los profesionales de Enfermería psiquiátricos sean objeto de conductas violentas por parte de pacientes ingresados en unidades de salud mental. Los factores de riesgo se clasifican de acuerdo al modelo conceptual de Chappel y Di Martino, centrándose en los factores individuales de las víctimas (enfermeras). Los factores que presentan mayor relación con el aumento de incidentes violentos son: la escasa experiencia laboral, falta de formación, estrés laboral y el aumento del absentismo de los profesionales de referencia de las unidades de psiquiatría.

Palabras clave

Salud mental; Psiquiatría; Violencia; violencia laboral; revisión.

Abstract

Individual factors of mental health nurses when faced with work-related violence

The objective of this article is to provide updated information regarding those risk factors which lead to Psychiatric Nursing professionals being object of violent behaviours by patients hospitalized in mental health units. These risk factors are classified according to the conceptual model by Chappel and Di Martino, focusing on the individual factors of the victims (nurses).

The factors which show the highest relationship with an increase in violent incidents are: lack of work experience, lack of training, work-related stress, and the increase of absenteeism by professionals of reference in the Psychiatric Units.

Key words

Mental health; Psychiatry; violence; work-related violence; review.

Cómo citar este artículo:

Quilez Jover J, Icart Isem MT. Factores individuales de las enfermeras de salud mental en la presencia de violencia laboral. *Metas Enferm* nov 2014; 17(9): 69-73.



Autores:
Jorge Quilez Jover
M^a Teresa Icart Isem

Enfermero especialista de Salud Mental,
Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Barcelona
Catedrática de Enfermería Comunitaria y
Salud Pública, Departamento de Enfermería de
Salud Pública, Salud Mental y Materno-Infantil,
Universidad de Barcelona

Dirección de contacto:
Jorge Quilez Jover
Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Dirección de
Enfermería, Pabellón Sant Josep, 1^a planta,
C/ Doctor Fujades, 42,
08930 Sant Boi de Llobregat (Barcelona),
E-mail: jquilez@psjd.org

Fecha de recepción: el 7/08/2014.
Aceptada su publicación: el 9/10/2014.

Introducción

Son muchas las maneras posibles de clasificar las formas de violencia (1-5), pero la más actual y de mayor consenso es la definición que se puede encontrar en el Informe Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual define violencia como: "El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones".

En dicho informe se proponen dos clasificaciones de tipos de violencia, la primera se divide en tres categorías, según las características de los que cometen el acto de violencia (autoinfligida, interpersonal y colectiva), las cuales se subdividen a su vez para detallar los tipos más específicos. La segunda se divide en cuatro categorías según la naturaleza de los actos violentos (física, sexual, psíquica y privaciones o descuido) (6) (Figura 1).

Se prevé que el "Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia", que se publicará en 2014, se centrará en la violencia interpersonal, el cual abarca el maltrato infantil, la violencia juvenil, la violencia de pareja, la violencia sexual, el maltrato a ancianos y la violencia en establecimientos como escuelas, prisiones y lugares de trabajo. Se calcula que en el año 2000 murieron en el mundo 520.000 personas a consecuencia de la violencia interpersonal, lo que representa una tasa de 8,8 por cada 100.000 habitantes. Pero mucho más numerosas son las víctimas de agresiones físicas o sexuales no mortales y sufridas de forma reiterada (6).

La OMS junto al Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Internacional de Servicios Públicos (ISP), define la violencia laboral como: "Incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias

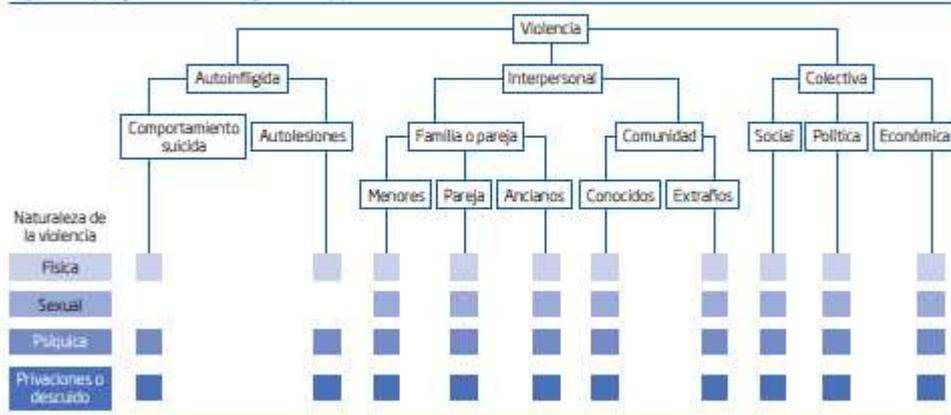
relacionadas con su trabajo, incluidos los trayectos de ida y vuelta al mismo, que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud" (7,8).

La sanidad, incluida en el sector servicios, es el ámbito que más riesgo de violencia presenta debido al estrecho contacto de los trabajadores con sus usuarios. Aunque la evidencia internacional disponible sugiere que la cuarta parte de la violencia en el lugar de trabajo se dirige contra trabajadores del sector salud, entre ellos las enfermeras (9,10), es difícil dar una cifra de su prevalencia en el colectivo de Enfermería. Diferentes estudios internacionales han mostrado una prevalencia de violencia laboral en enfermeras que varía entre un 10% y un 50%, se llega incluso a reportar cifras del 87% (11,12), esto genera alteraciones físicas y mentales en las víctimas y niveles elevados de bajas médicas (11,13).

Donde sí existe consenso es a la hora de indicar que el personal de Enfermería es el grupo profesional con mayor incidencia de agresiones en el ámbito sanitario. Algunos estudios confirman que la violencia laboral afecta de manera significativa a este colectivo por encima del resto de profesionales de la salud, se llega a casi cuadruplicar la incidencia con respecto al resto de profesiones (7,14) y los servicios de urgencias, UCI y Psiquiatría son en los que suele haber mayor incidencia (7,15).

En 2012, el Consejo General de Enfermería de España realizó una radiografía de las agresiones en el ámbito sanitario evidenciando que, aunque se observa una ligera disminución del número de agresiones (pasando en tres años del 39% al 33%), los profesionales de Enfermería continúan siendo los más agredidos con porcentajes entre el 38% y el 40%, se observa también un incremento de la agresividad verbal frente a la física (del 61% al 69%), y un incremento de las agresiones y conductas violentas en la Atención Especializada frente a la Atención Primaria de salud (de un 49% a un 53%) (16).

Figura 1. Tipología de la violencia según la OMS (6)



Estudios recientes determinan que más del 60% de las enfermeras psiquiátricas experimentaron o sufrieron algún tipo de conducta violenta en el último año y que el 43% de estas conductas o actos violentos acabaron en lesión (17). La evidencia sugiere que existe una asociación entre el personal de Enfermería y la violencia del paciente. Sin embargo, ha habido muy pocos estudios centrados en evaluar los factores que influyen en esta relación (14,18).

Este artículo tiene por objetivo proporcionar información actualizada en materia de factores de riesgo que influyen en que los profesionales enfermeros que desarrollan su actividad en el ámbito de la salud mental sean objeto de conductas violentas por parte de pacientes ingresados en dichas unidades. Los factores de riesgo se han clasificado de acuerdo al modelo conceptual de Chappell y Di Martino (19), centrándose en los factores individuales de las víctimas, que en este caso son las enfermeras.

Factores de riesgo de violencia

Si nos centramos en el entorno laboral, múltiples estudios han demostrado que además de la violencia física, que suele ser puntual, la violencia psicológica ocupa un lugar relevante, pues acostumbra a ser más persistente y duradera en el tiempo (19).

La mayoría de autores coinciden en la multicausalidad de la violencia laboral decantándose más por factores predictores que por causas directas (1,4). Entre los diferentes factores predictores se suelen priorizar los factores individua-

les y los situacionales, aunque estos dos factores no son suficientes para la explicación de la violencia laboral, puesto que dicha violencia es el resultado de la interacción de factores individuales, situacionales y globales (19).

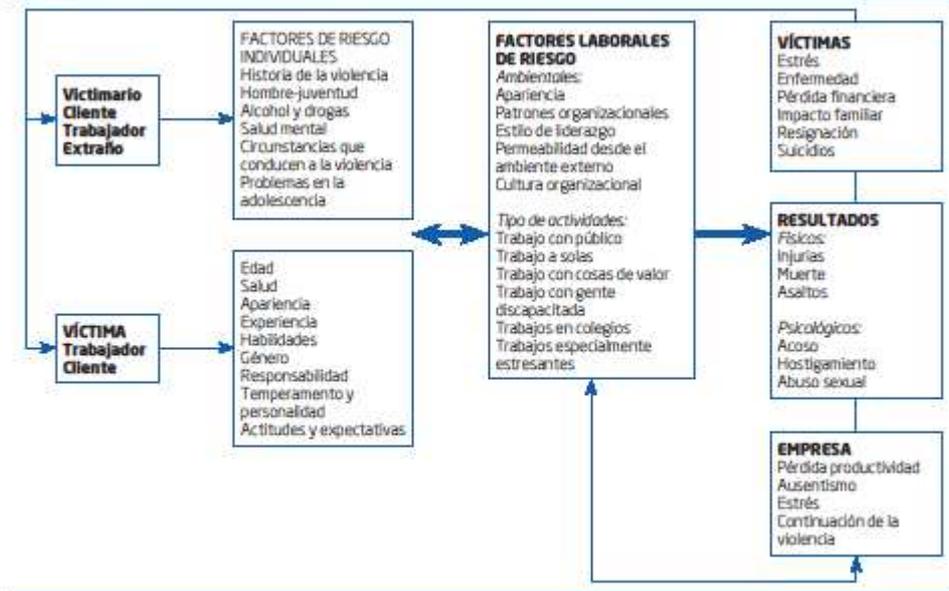
Existen diversos modelos explicativos en relación a la violencia laboral, de todos ellos destacamos el Modelo de Chappell y Di Martino (Figura 2) (19), el cual propone una visión en la que interactúan los factores de riesgo del perpetrador (paciente), factores de riesgo de la víctima (enfermera) y factores de riesgo laborales (entorno) contemplando la violencia desde una perspectiva más global. Estos autores señalan también que los hospitales son escenarios laborales en los que los profesionales están más expuestos a sufrir actos violentos, y en especial los centros psiquiátricos.

Factores Individuales de la víctima

Existen muchos atributos personales que influyen en la presencia o no de factores de riesgo individuales de las víctimas de violencia laboral. Chappell y Di Martino establecen que los factores de riesgo más relevantes son: la apariencia, la edad, la experiencia, las habilidades, la salud, el temperamento y personalidad, el sexo, la responsabilidad y las actitudes y expectativas (19). Diversos estudios determinan que los atributos individuales de las enfermeras que trabajan en el ámbito de la salud mental tienen relación con la presencia o ausencia de conductas violentas.

De todos los factores de riesgo planteados, el sexo y el estado civil son los únicos en los que se observan tendencias,

Figura 2. Modelo interactivo de Chappell y Di Martino, basado en el modelo de Payner y Warner (19)



Es aconsejable que las direcciones de los centros incorporen acciones de sensibilización a los trabajadores en cuanto a la comunicación de incidentes violentos con el fin de poder llegar a prevenirlos

aunque sin llegar a aportar evidencia clara. Varios artículos describen que los profesionales solteros tienden a presentar más incidentes violentos, al igual que en el sexo, donde se observa que las enfermeras presentan más incidentes que los enfermeros (7,14,20).

En cuanto al factor edad, existen diversidad de opiniones, encontrando, por un lado, estudios que evidencian en equipos jóvenes (con edades inferiores a 30 años) una menor presencia de conductas violentas y, por otro lado, otros estudios que refieren que son los equipos con edades superiores a 50 años los que presentan menos incidentes violentos. Los factores en los que la literatura sí aporta evidencia y consenso son: la experiencia, las habilidades, la salud, el temperamento y personalidad, la responsabilidad y las actitudes y expectativas.

En cuanto a la experiencia laboral la mayoría de los estudios describen que a mayor experiencia laboral (más de 20 años) menos presencia de incidentes (7,14). Al igual que la falta de competencia profesional (entendida esta como la combinación de edad, experiencia laboral y formación), o el no ser especialista en salud mental, son factores generadores de incidentes violentos (7,14,21,22).

Diversos artículos defienden que la presencia de equipos de Enfermería competentes aseguran que se lleven a cabo intervenciones que promuevan alternativas a la contención o aislamiento y estilos de comunicación efectiva, reduciendo así el número de incidentes violentos (21,23,24).

Por otro lado, la exposición reiterada a conductas violentas, ya sean verbales o físicas, provoca un efecto negativo en la salud mental de las enfermeras, disminuyendo así la calidad de los cuidados prestados a los pacientes (18,25). También la presencia de estrés laboral por carga de trabajo suele ser una de las causas generadoras de conductas o incidentes violentos (14,18); diversos estudios describen que un ratio 1:1 reduce estos incidentes significativamente (14).

En el caso de la turnicidad, la literatura científica al respecto señala que suelen ser los turnos de noche o rotatorios en los que se producen más incidentes violentos (7,21). Es importante destacar la personalidad y las actitudes personales, ya que el estilo de conducta ejercido por el profesional de Enfermería ante una situación de crisis influye directamente en la escalada o desescalada del acto violento (18).

Consideraciones finales

Es fundamental ir más allá de la simple idea de que a mayor presencia de enfermeros menor riesgo y conocer cuál es la

relación entre el perfil del profesional enfermero psiquiátrico y la presencia de conductas violentas. De aquí la importancia de poder describir las características que influyen en que estos profesionales sean objeto de conductas violentas para poder establecer criterios de prevención e intervención.

Es aconsejable que las enfermeras que desarrollan su práctica profesional en unidades de salud mental tengan el título de especialista en Salud Mental, y en caso de no poseerlo, que cuenten con un máster o posgrado en dicha área o, en su defecto, que realicen una formación previa que les capacite en el manejo o abordaje de pacientes psiquiátricos; ya que las estrategias tradicionales como las medidas restrictivas o el uso de la farmacología deben ser utilizadas como último recurso para evitar la violencia, puesto que un buen abordaje verbal puede resolver en la mayoría de los casos un incidente violento sin que el paciente acabe aislado o bajo contención mecánica (25). Hay que tener en cuenta que la mayoría de estudios refieren que las enfermeras con menos formación en Psiquiatría son más susceptibles de sufrir actos violentos (27).

Muchos estudios insisten en el impacto generado en la salud de las enfermeras que han sido víctimas de un incidente violento, el cual debe ser tratado aunque el profesional refiera haberlo superado, puesto que la exposición reiterada ante conductas violentas puede desembocar en comportamientos disfuncionales que comprometan la calidad de la atención y contribuir al burnout y al absentismo (27,28). Para ello, las instituciones deben instaurar mecanismos para que los profesionales puedan expresar los sentimientos generados tras una experiencia negativa, como por ejemplo grupos de soporte en los equipos que promuevan dinámicas de práctica reflexiva (29).

La baja comunicación de incidentes violentos por parte de los profesionales también es muy relevante en la mayoría de los estudios revisados, lo cual sugiere que de alguna manera los trabajadores toleran un gran número de incidentes sin informar a las instituciones (28). Es aconsejable que las direcciones de los centros incorporen acciones de sensibilización a los trabajadores en cuanto a la comunicación de incidentes violentos con el fin de poder llegar a prevenirlos.

Evaluar y reconocer los factores de riesgo generadores de conductas violentas puede ser útil a la hora de establecer estrategias de prevención e intervención no solo en relación a los profesionales (acciones formativas, competencia profesional, experiencia laboral, etc.) y usuarios (abordajes específicos en función de la patología), sino también en

cuestiones estructurales (espacios menos restrictivos), organizativas (seguimiento y control de las ratios en función de las cargas de trabajo) y culturales (mejorar la comunicación de incidencias y la práctica reflexiva).

Agradecimientos

Queremos agradecer la ayuda en la elaboración de este trabajo a Susana Ochoa Guerre, Hilari Andrés Mora, Irene Mateu Muñoz, Stephen Kelly y el grupo EPERV-55.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguna.

Si quieres ampliar más información sobre este artículo, consulta:

Introduce estos términos:  Salud mental; Psiquiatría; agresión; violencia laboral.

Contacta con los autores en:  jquitez@pssjd.org

Bibliografía

1. Barclay LJ, Aquino K. Workplace aggression and violence. Washington, DC: American Psychological Association; 2011.
2. Buss AH. The psychology of aggression. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc; 1961.
3. Greenberg L, Barling J. Predicting employee aggression against coworkers, subordinates and supervisors: The roles of person behaviors and perceived workplace factors. *J Organ Behav* 1999; 20(5):897-913.
4. Hersticovis MS, Barling J. Towards a relational model of workplace aggression. In: Langan-Fox J, Cooper CL, Klimoski RJ (eds). *Research companion to the dysfunctional workplace: Management challenges and symptoms*. Northampton, MA: Edward Elgar Publishing; 2007. p. 268-284.
5. Neuman JH, Baron RA. Aggression in the Workplace: A Social-Psychological Perspective. In: Spector SFPE (ed). *Counterproductive work behavior: Investigations of actors and targets*. Washington DC: American Psychological Association; 2005. p. 13-40.
6. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
7. Galán Muñoz I, Llor Esteban B, Ruiz Hernández JA. Violencia de los usuarios hacia el personal de Enfermería en los hospitales públicos de la Región de Murcia. *Rev Esp Salud Pub* 2012; 86(3):279-291.
8. Mayhew C, Chappell D. Workplace violence in the health sector - a case study in Australia. *Safety* 2003; 196.
9. Amnistía Internacional. El cuidado de los derechos humanos: oportunidades y desafíos para el personal de Enfermería y partería. Amnistía Internacional; 2006. [En línea] [fecha de acceso: 1 de octubre de 2014]. URL disponible en: <https://docs.amnesty.org/cgi-bin/ai/BRSCGV/Texto%20completo%20de%20Informe?CMD=VERDEJ&MLK0B=24993773535>
10. Li KE, Fung VKP, Kwok KTT, Tong JMK, Yen PF. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Med J* 2006; 12(1):6-9.
11. Efe SY, Ayaz S. Mobbing against nurses in the workplace in Turkey. *Int Nurs Rev* 2010; 57(3):328-334.
12. Johnson SL. International perspectives on workplace bullying among nurses: a review. *Int Nurs Rev* 2009; 56(1):34-40.
13. Sa L, Fleming M. Bullying, burnout, and mental health amongst Portuguese nurses. *Issues Ment Health Nurs* 2008; 29(4):411-426.
14. Owen C, Tarantelo C, Jones M, Tennant C. Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatr Serv* 1998; 49(11):1452-457.
15. Chen K-P, Ku Y-C, Yang H-F. Violence in the nursing workplace - A descriptive correlational study in a public hospital. *J Clin Nurs* 2013; 22(5-6):798-805.
16. Consejo General de Enfermería. Documentos de Interés - Resumen - Radiografía de las agresiones, 2012. [En línea] [fecha de acceso: 1 de octubre de 2014]. URL disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/doc-interes/summary/42-documentos-de-interes/1216-radiografia-de-las-agresiones-2012>
17. Staggs VS. Nurse staffing, RN mix, and assault rates on psychiatric units. *Res Nurs Heal* 2013; 36(1):26-37.
18. Bowers L, Allan T, Simpson A, Jones J, Van Der Merwe M, Jeffery D. Identifying key factors associated with aggression on acute inpatient psychiatric wards. *Issues Ment Health Nurs* 2009; 30(4):260-271.
19. Chappel D, Di Martino V. Violence at work. Geneva: Int Labor Off; 2005.
20. Choiniere JA, MacDonnell JA, Campbell AL, Smele S. Conceptualizing structural violence in the context of mental health nursing. *Nurs Inq* 2014; 21(1):39-50.
21. Decaire MW, Bedard M, Riendeau J, Forrest R. Incidents in a psychiatric forensic setting: association with patient and staff characteristics. *Can J Nurs Res* 2006; 38(3):68-80.
22. Ngako KJ, Van Rensburg ESJ, Mataboge SML. Psychiatric nurse practitioners' experiences of working with mental health care users presenting with acute symptoms. *Curationis* 2012; 35(1):E1-9.
23. Yusuf F, Hendriks MM, Eng TS, Kandasamy R, Selvarani S. The impact of verbal abuse on staff working in the psychiatric wards. *Singapore Nurs J* 2006; 33(3):31-36.
24. Dickens G, Piccirillo M, Alderman N. Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: perspectives of nurses and patients. *Int J Ment Health Nurs* 2013; 22(5):532-544.
25. Hui Fang Z, Ximmel C, Lelyan N. Influence of group psychological intervention of psychological status of psychiatric nurses after suffering workplace violence. *Chinese Nurs Res* 2013.
26. Duxbury J. An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002; 9(3):325-337.
27. Chang J-C, Lee C-S. Risk factors for aggressive behavior among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2004; 55(11):1305-07.
28. Sato K, Wakabayashi T, Kiyoshi-Teo H, Fukahori H. Factors associated with nurses' reporting of patients' aggressive behavior: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 2013; 50(10):1368-76.
29. Bowers L, Alexander J, Simpson A, Ryan C, Carr-Walker P. Student psychiatric nurses' approval of containment measures: Relationship to perception of aggression and attitudes to personality disorder. *Ment Heal Spec ISSUE* 2007; 44(3):349-356.

Tribuna de especialidades

Influencia de los factores individuales de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia en la presencia de violencia laboral en unidades de salud mental

ARTÍCULO ORIGINAL

Resumen

Objetivo: evaluar la información disponible en materia de factores de riesgo que influyen en que los pacientes diagnosticados de esquizofrenia ingresados en unidades de salud mental mantengan conductas violentas hacia el personal de Enfermería.

Método: la búsqueda de artículos se ha realizado en las bases de datos electrónicas PubMed, CINAHL y la plataforma Scopus desde enero de 1998 hasta 2013. Se han incluido estudios en lengua inglesa, francesa o española que evalúen la influencia de los factores de riesgo en relación a la presencia de conductas violentas de pacientes con esquizofrenia.

Resultados: para esta revisión se localizaron 158 estudios potencialmente relevantes. De estos, 42 (26,6%) se descartaron al aplicar los límites de la búsqueda: idioma, período de búsqueda y por carecer de la versión completa del documento. De los 116 estudios seleccionados para su valoración detallada, 105 (90,52%) se excluyeron por no cumplir algún criterio de inclusión como no recoger factores de riesgo de conductas violentas, analizar muestras que no incluían pacientes con esquizofrenia o no aportar resultados claros y concretos. Finalmente el número total de artículos seleccionados fue 11 (9,48%).

Discusión y conclusiones: los factores de riesgo se clasifican de acuerdo al modelo conceptual de Chappell y Di Martino centrándose en los factores individuales de los agresores (pacientes). Los factores que presentan mayor relación con el aumento de incidentes violentos son el consumo de tóxicos, ser hombre de entre 20-40 años de edad, ingreso judicial o involuntario, presencia de pródromos y el uso de las medidas restrictivas como primera elección de terapia.

Palabras clave

Enfermería; salud mental; esquizofrenia; violencia; agresión; violencia laboral; revisión narrativa.

Abstract

Influence of the individual factors of patients diagnosed with schizophrenia upon the presence of workplace violence in Mental Health Units

Objective: to assess the information available regarding risk factors with an influence on the potential violent behaviours towards the Nursing staff by patients diagnosed with schizophrenia admitted to Mental Health Units.

Method: the search for articles was conducted in the PubMed and CINAHL electronic databases, and the Scopus Platform, from January, 1998 to 2013. Studies in English, French and Spanish were included, which assessed the influence of risk factors regarding the presence of violent behaviours by patients with schizophrenia.

Results: for this review, 158 potentially relevant studies were located. Out of these, 42 (26.6%) were ruled out by applying the search limits: language, search period, and lack of the complete version of the document. Out of those 116 studies selected for their detailed assessment, 105 (90.52%) were excluded because some inclusion criterion was not met, such as lack of collection of risk factors for violent behaviours, analyzing samples which did not include patients with schizophrenia, or not providing clear and specific outcomes. Finally, the total number of articles selected was 11 (9.48%).

Discussion and conclusions: risk factors are classified according to the Conceptual Model by Chappell and Di Martino, focusing on the individual factors of the aggressors (patients). Those factors presenting a higher relationship with an increase in violent incidents are: the use of toxic substances; being a 20-to-40-year old male, involuntary or judicial commitment, presence of prodromes, and use of restraining measures as first therapy choice.

Key words

Nursing; Mental Health; schizophrenia; violence; aggression; workplace violence; narrative review.

Cómo citar este artículo:

Quilez Iover J, Icart Isern MT. Influencia de los factores individuales de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia en la presencia de violencia laboral en unidades de salud mental. *Metas Enferm* jun 2015; 18(5): 6-11.



Autores:
Jorge Quilez Iover
Teresa Icart Isern

*Enfermero Especialista de Salud Mental, Parc Sanitari Sant Joan de Déu.
*Catedrática Enfermería Comunitaria y Salud Pública, Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Barcelona, L'Hospitalet Llobregat (Barcelona).

Dirección de contacto:
Jorge Quilez Iover
C/ Doctor Pujades, 42,
Dirección Enfermería, Pabellón Sant Josep,
1ª planta, 08890 Sant Boi de Llobregat (Barcelona).
E-mail: jquilez@psjd.org

Fecha de recepción: el 21/10/2014.
Aceptada su publicación: el 22/04/2015.

Introducción

Este artículo es el segundo de una revisión bibliográfica dedicada a la violencia laboral en Enfermería de Salud Mental. En esta ocasión el foco se centra en las conductas violentas producidas por los pacientes diagnosticados de esquizofrenia ingresados en Unidades de Salud Mental, las cuales suelen generar grandes repercusiones clínicas y legales (1). Desde hace décadas, las investigaciones se han centrado en tratar de determinar cuál es el tipo de paciente más susceptible de comportarse de forma violenta, y se puede afirmar que, según la mayoría de los estudios revisados, existen dos poblaciones de riesgo: los pacientes con síntomas psicóticos activos y los que presentan consumo de sustancias tóxicas. La prevalencia es entre 12-16 veces mayor entre pacientes que presentan dependencia a tóxicos (alcohol y otras drogas respectivamente), frente a los que no presentan diagnósticos psiquiátricos (2).

Las revisiones y estudios epidemiológicos sobre la materia demuestran que la enfermedad mental, y en concreto la esquizofrenia, no es causa directa de violencia aunque exista la creencia de que detrás de todo acto violento existe un enfermo mental y de que todo enfermo mental es una persona potencialmente peligrosa (3). A pesar de ello, personas con una enfermedad mental con una determinada sintomatología (delirante, alucinatoria, afectiva...) sin tratamiento adecuado (mala adherencia), con concurrencia de consumo de sustancias o con diagnóstico asociado de trastorno de personalidad presentan una mayor frecuencia de conducta violenta (4), con cifras de "riesgo relativo" entre cuatro y seis veces más elevadas (5,6). Estas cifras pueden inducir a

error, porque teniendo en cuenta otros factores en distintos estudios (edad, género, nivel educacional, historia previa en la población general, etc.) pueden alcanzar valores parecidos o incluso superiores en dichos indicadores que se asocian con la violencia (7).

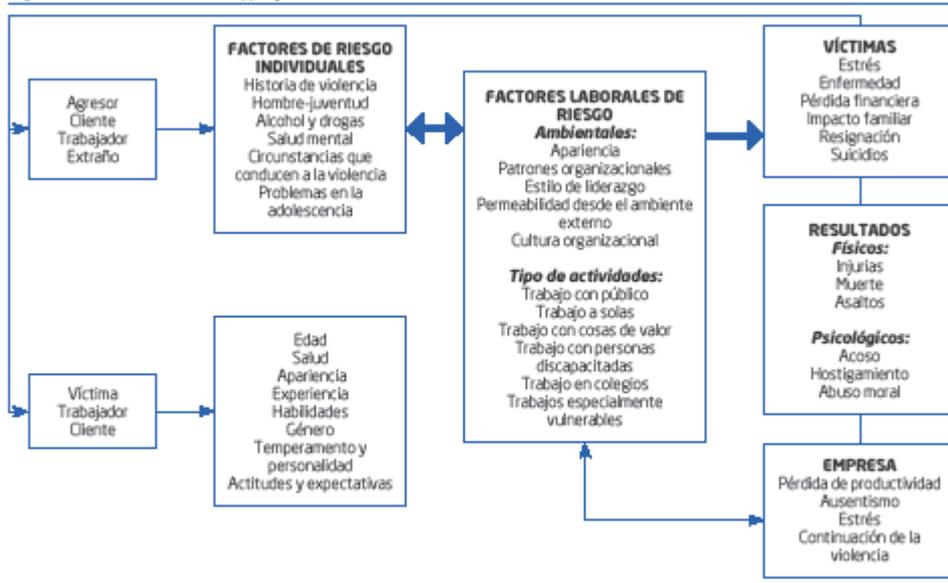
Respecto a las incidencias recogidas en el sector sanitario, se puede afirmar que especialmente en el medio hospitalario (servicios de urgencias y psiquiatría), es donde se acumulan mayor número de episodios violentos (8). Según el estudio de Cervantes (9), durante 2005-2007, de un total de 846 incidentes, el 29% se produjo en urgencias y un 22% en plantas hospitalarias. El 48% afectaba al personal de Enfermería y el 32% a médicos. Un 80% de la violencia es verbal, 15% con gestos de amenaza o invasión del espacio. En unidades de psiquiatría, el 7% de las personas ingresadas presentó conducta violenta durante su ingreso (10).

La Enfermería es la disciplina que protagoniza un mayor porcentaje de incidentes violentos, por tanto, se debe valorar y detectar sistemáticamente los factores que determinan el riesgo de violencia para intentar reducirlos al máximo. Por ello se ha planteado realizar esta revisión narrativa para describir y analizar cómo influyen los factores de riesgo individuales de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia en la presencia de violencia laboral hacia las enfermeras que trabajan en unidades de salud mental.

Método

Basándose en el modelo conceptual propuesto por Chappell y Di Martino (Figura 1), el cual propone una visión en el que

Figura 1. Modelo interactivo de Chappell y Di Martino



interactúan los factores de riesgo del perpetrador (paciente), factores de riesgo de la víctima (enfermera) y factores de riesgo laborales (entorno) contemplando la violencia desde una perspectiva más global, esta revisión se centrará en el estudio de los factores del agresor (paciente).

Se llevó a cabo una búsqueda online en las bases de datos Medline, Cinahl y Scopus. Los términos incluidos en la búsqueda fueron "violence nursing" "schizophrenia" "workplace", utilizando el operador booleano AND para combinar los distintos componentes de la búsqueda. Aunque en la literatura en muchas ocasiones se utiliza el término "agresión" para hablar de violencia, al realizar la búsqueda se consideró emplear el término "violencia" porque engloba todas las acciones que vulneran la salud psicofísica de las enfermeras, entendiendo que el concepto "agresión" forma parte de una esfera de la violencia, en concreto la violencia física.

Para refinar la búsqueda se aplicaron varios límites en las bases de datos: fecha de publicación desde enero de 1998 hasta marzo de 2013, idioma de publicación centrándose en artículos escritos en español, inglés y francés y que solo incluyeran el resumen. Una vez seleccionados los artículos, se revisaron las listas de referencias de todos los estudios para verificar si había estudios adicionales y para localizar otros artículos citados ("Snowballing technique").

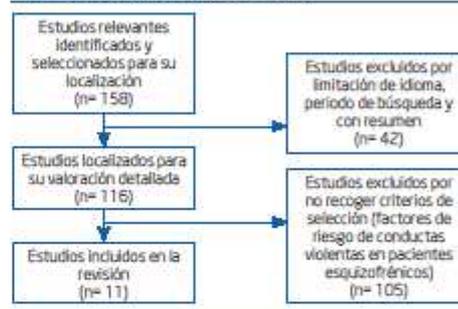
Los criterios de inclusión fueron: estudios prospectivos que recogieran factores de riesgo de conductas violentas en el lugar de trabajo, más concretamente en unidades de salud mental. La publicación debía presentar datos clínicos primarios, en los que la muestra o submuestra incluyera pacientes con esquizofrenia. Los resultados se debían presentar en forma de datos cuantitativos o cualitativos y expresar específicamente la proporción de pacientes y/o enfermeras y los factores de riesgo recogidos en el modelo conceptual de Chappell y Di Martino. Los artículos que cumplían los criterios de inclusión fueron evaluados atendiendo al diseño y capacidad de responder a la pregunta de investigación planteada.

Los criterios de exclusión fueron: estudios que recogieran datos relativos a alumnos de Enfermería en vez de profesionales enfermeros.

Resultados

Para esta revisión, como se muestra en la Figura 2, se localizaron 158 estudios potencialmente relevantes. De estos, 42 (26,6%) se descartaron al aplicar los límites de la búsqueda: idioma, período de búsqueda y por carecer de la versión completa del documento. De los 116 estudios seleccionados para su valoración detallada, 105 (90,52%) se excluyeron por no cumplir algún criterio de inclusión como no recoger factores de riesgo de conductas violentas, analizar muestras que no incluían pacientes con esquizofrenia o no aportar resultados claros y concretos. Finalmente, el número total de artículos seleccionados fue 11 (9,48%).

Figura 2. Estrategia de búsqueda bibliográfica



En la Tabla 1 se resumen las características de los estudios seleccionados clasificados según los objetivos de esta revisión y en función del factor del perpetrador (paciente) del modelo de Chappell y Di Martino.

Factores individuales del paciente

Chappell y Di Martino describen que los atributos individuales del agresor que influyen en la presencia de conductas violentas son la edad, el género, las experiencias previas de violencia o maltrato, el uso de drogas, los problemas de salud mental y las circunstancias que conducen a la agresión.

En cuanto a la edad, la mayoría de los estudios determinan que el intervalo de edad comprendido entre los 20-40 años (madurez joven) es donde suele generarse más conductas violentas (11-14). Incluso hay estudios que refuerzan que edades inferiores a 25 años presentan una asociación negativa con el riesgo de violencia (15).

En relación al género se ha descrito en la mayoría de los estudios que el sexo masculino es el que presenta más riesgo de generar conductas violentas (16), revelando incluso, que el género masculino aumenta 12,8 veces el riesgo de conductas violentas (17).

A esto hay que sumarle las aportaciones que hace Owen (15) es su estudio evidenciando que los pacientes que cuentan con una historia previa de experiencias de violencia o maltrato presentan más riesgo de generar conductas violentas.

Por otro lado, se sabe que el consumo de sustancias tóxicas aumenta las tasas de conductas violentas en las unidades de salud mental (15,16,18). Tóxicos como el cannabis o el alcohol presentan una asociación muy estrecha con la presencia de actos violentos en pacientes diagnosticados de esquizofrenia (19-21) y estudios recientes determinan que la combinación de consumo de tóxicos y la presencia de conductas autoagresivas aumentan el riesgo de conductas violentas heteroagresivas (6,22).

El tipo de trastorno y el reingreso u hospitalización de larga duración también están asociados con el incremento de

Tabla 1. Características de los estudios seleccionados en esta revisión.

ESTUDIO	Nº ACTOS VIOLENTOS* (tiempo)	Nº PACIENTES	FACTORES DE RIESGO DEL PERPETRADOR				
			GÉNERO**	EDAD	Nº DE VIOLENCIAS DROGAS	SAUD MENTAL***	CIRCUNSTANCIAS****
Autor: Chang et al. País: Taiwan Año: 2004	224 HA (7 meses)	111	59% H / 41% M	22-45 años	No valorado (poco común en Asia)	100% antecedentes familiares tr. mental 46% DE	Psicosis incipiente (16-36 a) ↑ Retorno P.
Autor: Yusuf et al. País: Singapur Año: 2005	42 VV (1 mes)	42	54,8% H	30-49 años	19% consumo drogas	66,7% DE	26,2% TM 54,8% TT, 1,7% TN
Autor: Abdelhaiden et al. País: Siria Año: 2007	760 AT; 396 AG, 252 HA, 157 VV; 72 meses (24 sales x 3 meses)	2.017 (262 violentos)	Factor no valorado			DE	P TM o T
Autor: Owen et al. País: Australia Año: 1998	1.289 AT; 1.029 HA (personal), 220 HO, 174 HA (pacientes) (7 meses)	855	Riesgo HM	1-25 años	No consumo Presencia de violencia a Historia	TP TLP	33% TM 36% TN ↑ De medidas restrictivas ↑ RIS
Autor: Bowers et al. País: Reino Unido Año: 2009		136 unidades (420 camas)			Consumo alcohol	TP en fase aguda	↑ De medidas restrictivas ↑ Puerta cerrada ↑ RI
Autor: Decaire País: Canadá Año: 2005	52 AT; 30 AG (1 año)	80		22-71 años		DE o TP	
Autor: Duxbury et al. País: Reino Unido Año: 2002	221 AT; 157 VV; 30 HA (6 meses)	80	Riesgo HM				
Autor: Koelbæk et al. País: Países Bajos Año: 2006	(1 mes)	162	60-68% hombres	26-32 años	Cronicidad	32-46% TP y TLP	↓ Nivel académico. Desempleado; No cuidador principal MCE. DEB. P
Autor: Morrison País: Estados Unidos Año: 1998	146 AT (19 sales x 1 mes) (1 año)					TP	↑ TM y TN
Autor: Abeyasinghe et al. País: Sri Lanka Año: 2003	118 AT (1 año)				Consumo alcohol	DE Síntomas agudos. TB.	↓ Planes de actividades para los pacientes
Autor: Smeets País: Estados Unidos Año: 2013	3193 AT; 1305 HA (1 año)						

*Nº de actos violentos (AT) actos totales; (AV) actos agresivos; (HA) hechos agresivos; (HO) hechos objetivos; (HM) hechos subjetivos; (H) hechos objetivos; (V) violencia verbal; (AO) actos graves; **Género: (H) hombre; (M) mujer; ***Salud mental: (DE) diagnóstico de esquizofrenia; (TP) tratamiento psiquiátrico; (TLP) trastorno de personalidad límite; (TB) trastorno bipolar; ****Circunstancias: (P) ingreso por el estado; (R) ingreso por el estado; (RI) riesgo; (TM) turno mañana; (TT) turno tarde; (TN) turno noche; (MCE) no concurrencia en ferias; (DEB) dificultad para establecer relaciones.

Es necesaria una evaluación objetiva y sistemática de la violencia en la enfermedad mental y sentar las bases de investigación para la determinación de los factores de riesgo asociados a su manifestación

conductas violentas, ya sea porque los pacientes con una psicopatología más severa (los cuales tienen más riesgo de cometer actos violentos generados por la patología) requieren de mayor tiempo de ingreso o porque a mayor tiempo de ingreso, más posibilidad de que se dé un acto violento. En diversos estudios se observa que la mayoría de actos violentos se concentran en los diagnósticos de esquizofrenia en gran medida, seguidos de los trastornos bipolares y los trastornos de personalidad (23,24).

En cuanto a las diversas circunstancias que pueden conducir a la violencia, se puede destacar en la literatura científica conceptos como tipo de ingreso, pródromos de violencia y medidas restrictivas como factores de riesgo de violencia.

En relación al tipo de ingreso se puede afirmar que los pacientes ingresados de manera judicial o involuntaria presentan tasas más altas de violencia (22,25). Por otro lado, el uso de medidas restrictivas para prevenir la violencia, desde la restricción de permisos pasando por los aislamientos terapéuticos hasta las sujeciones mecánicas, son acciones que suelen indicarse e iniciarse ante la presencia de dificultades en la relación interpersonal en los pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

Estas dificultades suelen asociarse a una interpretación distorsionada del entorno y una apreciación inexacta de las señales y códigos sociales provocando en la mayoría de los casos un aumento de la agresividad y la conducta autoagresiva (22,26), por lo que el uso de medidas restrictivas como primera elección de terapia, o una cantidad elevada de pacientes en situación de aislamiento o contención aumentan las tasas de riesgo de conductas violentas (15,16).

Discusión y conclusiones

Es fundamental que los profesionales de Enfermería de salud mental aprendan a valorar a los pacientes de manera sistemática para determinar el riesgo de conductas violentas y poder intervenir de forma eficaz antes, durante y después de un episodio de agresividad (27,28).

La literatura sugiere que para reducir las tasas de medidas restrictivas hay que invertir en mejorar el liderazgo asistencial de los equipos de Enfermería, en la formación de los profesionales en el abordaje verbal y farmacológico (29), en la participación de los usuarios en el diseño de protocolos y guías de atención, en el uso de herramientas para valorar y predecir el riesgo de violencia (30) y en el análisis posterior al uso de las medidas restrictivas (31).

Otras estrategias, quizás no tan clínicas pero igual de importantes para reducir el riesgo de conductas violentas, deben dirigirse a incidir directamente en los circuitos de admisión de pacientes en las unidades, intentando adaptar la capacidad de las unidades y las ratios de personal al riesgo de conductas violentas en función de los tipos de trastornos ingresados y las estancias. En relación a este último aspecto varios estudios refuerzan la idea de que ratios bajas de profesionales bien capacitados son más efectivas para reducir el riesgo de conductas violentas que altas ratios con baja capacidad (14,15,32).

Por otro lado, en las últimas décadas se han desarrollado nuevas técnicas para predecir la conducta violenta, todas ellas derivadas de un mejor conocimiento de la naturaleza y de los procesos asociados a la violencia. Asimismo hemos asistido a la sustitución del término peligrosidad por el de riesgo de violencia junto con el desarrollo de instrumentos para la valoración del riesgo de violencia (33).

Por tanto, es necesaria una evaluación objetiva y sistemática de la violencia en la enfermedad mental y sentar las bases de investigación para la determinación de los factores de riesgo asociados a su manifestación. La monitorización o supervisión constante de estas situaciones es una cuestión clave para identificar los factores predictivos y las causas y, de esta forma, prevenir la conducta violenta.

Agradecimientos

Queremos agradecer la ayuda en la elaboración de este artículo a Susana Ochoa Guerre, Hilari Andrés Mora, Irene Mateu Muñoz, Stephen Kelly y al grupo EPERV-55.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de Intereses

Ninguno.

Si quieres ampliar más información sobre este artículo, consulta:

Introduce estos términos: 

Enfermería; Salud Mental; esquizofrenia; violencia; agresión; violencia laboral.



Contacta con los autores en:

jquinez@pssjd.org

Bibliografía

- Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA, et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006 May; 63(5):490-9.
- Soliman AE, Reza H. Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2001 Jan; 52(1):75-80.
- Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. *Br J Psychiatry* 2002 Jun; 180:490-5.
- Etlinger M, Rauch A-S, Kemmler G, Yalcin-Siedentopf N, Fleischhacker WW, Hofer A. Risk of violence of inpatients with severe mental illness - do patients with schizophrenia pose harm to others? *Psychiatry Res* 2014 Nov 30; 219(3):450-6.
- Dzorelishi A, Kabootvand S, Zangani E, Bazargan-Hejazi S, Ahmadi A, Khazaei H. Prevalence and attributes of criminality in patients with schizophrenia. *J Inj Violence Res* 2015 Jan; 7(1):7-12.
- Haddock G, Eisner E, Davies G, Coupe N, Barrowclough C. Psychotic symptoms, self-harm and violence in individuals with schizophrenia and substance misuse problems. *Schizophr Res* 2013 Dec; 151(1-3):215-20.
- Corrigan PW, Watson AC. Findings from the National Comorbidity Survey on the frequency of violent behavior in individuals with psychiatric disorders. *Psychiatry Res* 2005 Sep 15; 136(2-3):153-62.
- Galián Muñoz I, Llor Esteban B, Ruiz Hernández JA. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la Región de Murcia. *Rev Salud Pùb* 2012; 86(3):279-91.
- Cantera L, Cervantes G, Blanch J. Violencia ocupacional: El caso de los profesionales sanitarios. *Papeles del Psicólogo Rev del Col de Psicólogos* 2008; 29(1):49-58.
- Morera B, Hueso V, Martínez L. Conductas violentas y enfermedad mental: predicción y abordaje en pacientes hospitalizados. *Archivos Psiquiatr* 2001; 64(2):137-54.
- Chappell D, Di Martino V. *Violence at work*. 3rd ed. Geneva: International Labour Organization; 2006.
- Singh JP, Grann M, Lichtenstein P, Långström N, Fazel S. A novel approach to determining violence risk in schizophrenia: developing a stepped strategy in 13,806 discharged patients. *PLoS One* 2012 Jan; 7(2):e31727.
- Dack C, Ross J, Papadopoulos C, Stewart D, Bowers L. A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric inpatient aggression. *Acta Psychiatr Scand* 2013 Apr; 127(4):255-68.
- Staggs VS. Nurse staffing, RN mix, and assault rates on psychiatric units. *Res Nurs Health* 2013 Mar; 36(1):26-37.
- Dwen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C. Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatr Serv [Internet]*. 1998 Nov [cited 2015 Apr 30]; 49(11):1452-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9826247>
- Khoshnab MF, Tamizi Z, Ghazanfari N, Mehrabani G. Prevalence of workplace violence in psychiatric wards, Tehran, Iran. *Pakistan J Biol Sci* 2012 Jul 15; 15(14):680-4.
- Lejoyeux M, Nilvli F, Basquin A, Petit A, Chalvin F, Embouazza H. An Investigation of Factors Increasing the Risk of Aggressive Behavior among Schizophrenic Inpatients. *Front psychiatry* 2013 Jan; 4:97.
- Duxbury J. An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2002 Jun;9(3):325-37.
- Large M, Mullin K, Gupta P, Harris A, Nielsens D. Systematic meta-analysis of outcomes associated with psychosis and co-morbid substance use. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014 May;48(5):418-32.
- Douglas KS, Guy LS, Hart SD. Psychosis as a risk factor for violence to others: a meta-analysis. *Psychol Bull* 2009 Sep; 135(5):679-706.
- Kudumija Sijepcevic M, Jukic V, Novakic D, Zarkovic-Palijan T, Milosevic M, Rosenzweig I. Alcohol abuse as the strongest risk factor for violent offending in patients with paranoid schizophrenia. *Croat Med J* 2014 Apr; 55(2):156-62.
- Nijman H, Merkelbach H, Evers C, Palmstierna T, à Campo J. Prediction of aggression on a locked psychiatric admissions ward. *Acta Psychiatr Scand* 2002 May; 105(5):390-5.
- Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Fischer JE, Haug H-J. Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2007 Jan; 3:30.
- Chang J-C, Lee C-S. Risk factors for aggressive behavior among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2004 Nov; 55(11):1305-7.
- Georgieva I, Vesselinov R, Mulder CL. Early detection of risk factors for seclusion and restraint: a prospective study. *Early Interv Psychiatry* 2012 Nov; 6(4):415-22.
- Harris ST, Oakley C, Pichioni MM. A systematic review of the association between attributional bias/interpersonal style, and violence in schizophrenia/psychosis. *Aggress Violent Behav* 2014 May; 19(3):235-41.
- Stuart GW. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 9th ed. St. Louis: Elsevier, 2009.
- Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Me*. 2009 Aug; 6(8):e1000120.
- Björkdahl A, Hansebo G, Palmstierna T. The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2013 Apr; 20(5):396-404.
- Andrés-Pueyo A, Echeburúa E. Valoración del riesgo de violencia: instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. *Psicothema* 2010 Aug; 22(3):403-9.
- Putkonen A, Kulvalainen S, Louheranta O, Repo-Tihonen E, Ryyrönen O-P, Kautiainen H, et al. Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2013 Sep 1;64(9):850-5.
- Bowers L, Allen T, Simpson A, Jones J, Van Der Merwe M, Jeffery D. Identifying key factors associated with aggression on acute inpatient psychiatric wards. *Issues Ment Health Nurs* 2009 Apr; 30(4):260-71.
- Pueyo A, Redondo S. La predicción de la violencia. *Papeles del psicólogo, Papeles del Psicólogo Rev del Col de Psicólogos* 2007; 28(3):145-6.

Factores organizacionales y ambientales que influyen en la presencia de conductas violentas en unidades de hospitalización psiquiátrica

Jorge Quilez Jover¹, M^a Teresa Icart Isern²

¹Enfermera Especialista en Salud Mental. Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Barcelona

²Catedrática Enfermería Comunitaria y Salud Pública, Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Fecha de recepción: 22 de septiembre de 2015. Aceptada su publicación: 17 de diciembre de 2015.

Resumen

Objetivo: evaluar la evidencia disponible en materia de factores laborales en unidades de hospitalización psiquiátrica, que influyen en la presencia de conductas violentas hacia el personal de Enfermería. **Método:** se realizó una revisión narrativa de la literatura. La búsqueda de artículos se ha llevado a cabo en las bases de datos electrónicas PubMed, CINAHL, PsycInfo y la plataforma Scopus desde enero de 2000 hasta agosto de 2015. Se han incluido estudios en lengua inglesa, francesa y española, estudios prospectivos que recogieran factores de riesgo laboral de conductas violentas en el lugar de trabajo, más concretamente en unidades de salud mental. La publicación debía presentar datos clínicos primarios, en los que la muestra o submuestra incluyera pacientes hospitalizados.

Resultados: los factores de riesgo se clasificaron de acuerdo al modelo conceptual de Chappell y Di Martino, centrándose en los factores laborales (entorno). Los factores que presentaron mayor relación con el aumento de incidentes violentos son las barreras estructurales de las unidades (distribución física), la falta de seguimiento y control de las ratios en función de las cargas de trabajo y la tipología de patologías e ingresos y la infracomunicación de incidencias.

Conclusiones: evaluar y reconocer los factores de riesgo generadores de conductas violentas puede ser útil a la hora de establecer estrategias de prevención e intervención, no solo en relación a los profesionales (acciones formativas, competencia profesional, experiencia laboral, etc) y usuarios (abordajes específicos en función de la patología), sino también en cuestiones estructurales (espacios menos restrictivos), organizativas (seguimiento y control de las ratios en función de las cargas de trabajo) y culturales (mejorar la comunicación de incidencias y la práctica reflexiva).

Palabras clave

Salud mental; violencia; agresión; entorno laboral.

Abstract

Organization and environmental factors with impact on the presence of violent behaviours in Psychiatric Hospitalization Units

Objective: to assess the evidence available regarding occupational factors in Psychiatric Hospitalization Units, with impact on the presence of violent behaviour towards the Nursing Staff.

Method: a narrative review of literature was conducted. Articles were searched for in the electronic databases PubMed, CINAHL, PsycInfo, and the Scopus platform, from January, 2000 to August, 2015. The search included studies in English, French or Spanish; prospective studies including occupational risk factors for violent behaviour in the working place, more specifically in Mental Health Units. The publication should present primary clinical data, where the sample or sub-sample included hospitalized patients.

Results: risk factors were classified according to the concept model by Chappell and Di Martino, focusing on occupational factors (setting). The factors presenting the highest relationship with the increase in violent incidents were: structural barriers in the units (physical distribution), lack of follow-up and ratio control based on workloads and the typology of conditions and admissions, and the insufficient communication of incidences.

Conclusions: assessing and acknowledging the risk factors that generate violent behaviours can be useful in order to implement strategies for prevention and intervention, not only regarding professionals (training actions, professional competence, work experience, etc) and users (specific approach based on each condition), but also in structural matters (less restrictive spaces), organization matters (follow-up and control of ratios based on workloads), and cultural aspects (to improve the communication of incidences and the reflexive practice).

Key words

Mental health; violence; aggression; work setting.

Introducción

Aunque se conoce la existencia de una relación compleja entre las características del paciente, el personal sanitario y

el medio asistencial (1), la mayoría de los estudios se centran principalmente en los factores individuales de las víctimas o de los perpetradores, y prestan poca atención a los

Dirección de contacto:

Jorge Quilez Jover. Dirección Enfermería, Pabellón Sant Josep, 1^a pta. C/ Doctor Pujades, 42. 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona). E-mail: jquilez@pssjd.org

Cómo citar este artículo:

Quilez Jover J, Icart Isern MT. Factores organizacionales y ambientales que influyen en la presencia de conductas violentas en unidades de hospitalización psiquiátrica. *Metas Enferm* feb 2016; 19(1): 50-57.

factores organizacionales y ambientales que pueden ser, en ocasiones, precursores/inductores importantes de incidentes violentos (2). En este artículo el foco se centra en los factores organizacionales de riesgo (entorno) de las unidades de salud mental y su influencia en la aparición de conductas violentas hacia el personal de Enfermería.

La violencia laboral cada vez está recibiendo más atención en todo el mundo debido a su impacto no solo en el ámbito laboral, sino también en los costes socioeconómicos de sus efectos en la sociedad (3). La violencia laboral se da en todos los sectores profesionales, aunque el sector sanitario, y en concreto la atención psiquiátrica, sigue presentando un mayor riesgo asociado (2,4,5). Los estudios demuestran que hasta un 70% del personal psiquiátrico experimenta algún tipo de violencia laboral cada año y del 42% al 100% lo experimentará durante su carrera profesional (2,6). Además, los estudios sugieren que las enfermeras y las mujeres pueden sufrir más abusos en el trabajo que los psiquiatras y los hombres (2). Por otro lado, que los efectos de la violencia, a parte de las lesiones, pueden desembocar, si no son abordados de manera adecuada, en problemas psicológicos como ansiedad, depresión, quejas psicósomáticas y aislamiento (7,8).

Las razones de la presencia de violencia laboral en instituciones psiquiátricas son discutibles. Mientras algunos informes indican que las patologías graves (esquizofrenia, trastorno bipolar, etc.) están estrechamente relacionadas con la

presencia de violencia laboral, otros sugieren que la violencia está asociada a un mal funcionamiento de la organización (9). Es por esto que la identificación de estos factores de riesgo que pueden ser abordados a través de los pacientes, el personal y/o el medio asistencial ha de servir para la implementación de intervenciones específicas dirigidas a ayudar a construir entornos de trabajo que minimicen el riesgo de la violencia.

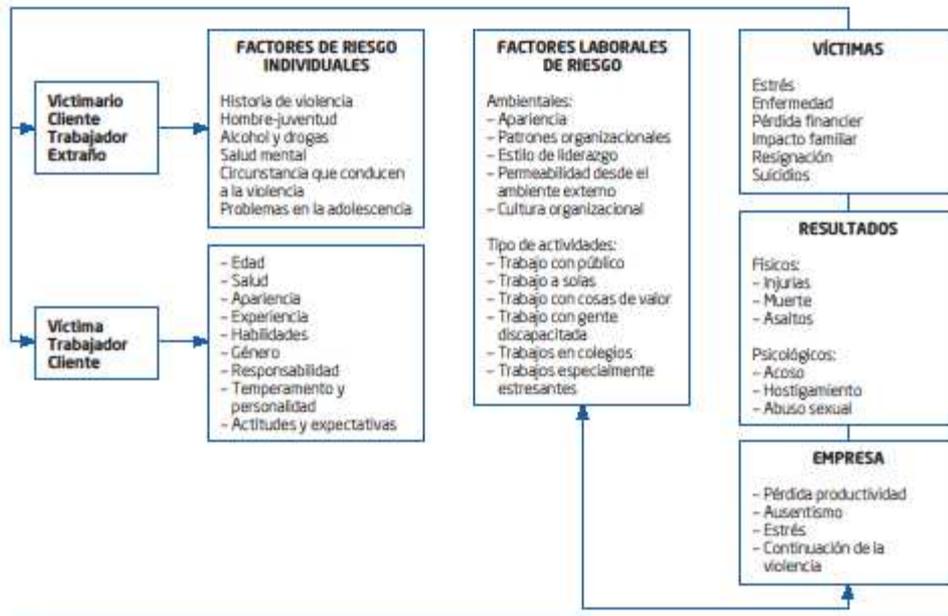
Por lo anteriormente expuesto se realizó esta revisión que tiene como objetivo evaluar y reconocer los factores de riesgo laborales (entorno) propuestos en el modelo de Chappell y Di Martino, generadores de conductas violentas en las unidades de salud mental, los cuales pueden ser útiles a la hora de establecer estrategias de prevención e intervención.

Método

Se realizó una revisión narrativa de la literatura. Esta revisión se centra en el estudio de los factores laborales (entorno), basándose en el modelo conceptual propuesto por Chappell y Di Martino (Figura 1), el cual propone una visión en la que interactúan los factores de riesgo del perpetrador (paciente), factores de riesgo de la víctima (enfermera) y factores de riesgo laborales (entorno), contemplando la violencia desde una perspectiva más global.

Para esta revisión se utilizó un enfoque sistemático para identificar las investigaciones existentes. Se llevó a cabo

Figura 1. Modelo interactivo de Chappell y Di Martino.



Basado en el modelo de Payner y Warner, 1998

una búsqueda online en las bases de datos Medline, Cinahl, PsycInfo y Scopus. Los términos incluidos en la búsqueda fueron "workplace" AND "psychiatric" AND ("aggression" OR "violence").

Para refinar la búsqueda se aplicaron varios límites en las bases de datos: fecha de publicación desde agosto de 2000 hasta agosto de 2015, idioma de publicación centrándose en artículos escritos en español, inglés y francés y que solo incluyeran el resumen. Una vez seleccionados los artículos se revisaron las listas de referencias de todos los estudios para verificar si había estudios adicionales y para localizar otros artículos citados (Snowballing technique).

Los criterios de inclusión fueron: estudios prospectivos que recogieran factores de riesgo laboral de conductas violentas en el lugar de trabajo, más concretamente en unidades de salud mental. La publicación debía presentar datos clínicos primarios, en los que la muestra o submuestra incluyera pacientes hospitalizados. Los resultados se debían presentar en forma de datos cuantitativos o cualitativos y expresar específicamente los factores laborales (entorno) de riesgo recogidos en el modelo conceptual de Chappell y Di Martino. Los artículos que cumplían los criterios de inclusión fueron evaluados atendiendo al diseño de la revisión.

Los criterios de exclusión fueron: estudios que recogieran datos relativos a violencia en la comunidad, servicios de urgencias, unidades médicas, entornos de asistencia comunitarios, prisiones y unidades forenses.

Resultados

Para esta revisión se localizaron 831 estudios potencialmente relevantes. De estos, 334 (40,19%) se descartaron al aplicar los límites de la búsqueda: idioma, periodo de búsqueda y por carecer de la versión completa del documento. De los 497 estudios seleccionados para su valoración detallada, 488 (98,19%) se excluyeron por no cumplir algún criterio de inclusión como no recoger factores de riesgo ambientales de conductas violentas, analizar muestras que no incluyeran pacientes hospitalizados o no aportar resultados

claros y concretos. Finalmente y tras eliminar los artículos repetidos, el número total de artículos seleccionados fue nueve (1,81%) (Figura 2).

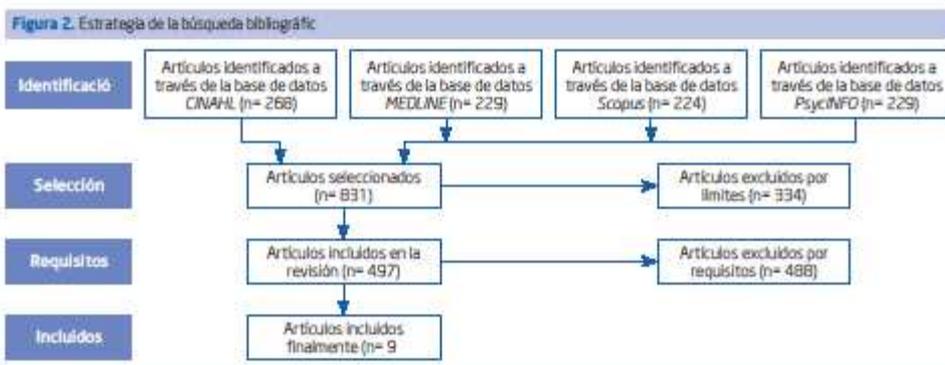
Los estudios seleccionados se clasificaron según los objetivos de esta revisión y en función del factor laboral (entorno) del modelo de Chappell y Di Martino (Tabla 1).

Chappell y Di Martino agrupan los factores laborales (entorno) en dos categorías (ambientales y tipos de trabajo). Dentro de las ambientales se estructuran en diferentes clases como: características físicas (entorno y apariencia), organización de los servicios (patrón organizacional, estilo de liderazgo, permeabilidad desde el exterior) y la cultura organizacional. Por su parte, dentro de los tipos de trabajo se describe que los trabajos de cara al público, solitarios, con cosas de valor, con personas con discapacidad, en colegios o trabajos especialmente estresantes son los de mayor riesgo (7).

Características físicas

En cuanto a las características físicas, los estudios revisados describen la influencia de varios aspectos en la presencia de incidentes violentos. El hacinamiento en las salas de Psiquiatría es uno de los aspectos que siempre se ha asociado con la presencia de conductas violentas, ya que implica un aumento en la interacción entre pacientes, la cual puede ser generadora de dichas conductas (2,10-12). Otro aspecto importante es el flujo de personas en la unidad, el hecho de que a según qué horas la presencia de trabajadores se vea incrementada (turno de mañana y tarde) puede ser un factor generador de incidentes, pues los pacientes suelen valorar la importancia de sentirse familiarizados con el personal y poder contar con el personal presente y visible para sentirse seguros (13).

El hecho de que en las unidades los pacientes sientan que se respeta el espacio privado es otro aspecto importante que influye en la presencia de incidentes violentos. Acciones o normativas que prohíban el acceso a espacios como los controles de Enfermería, el *offic* o los espacios de



ESTUDIO	AÑO	OBJETIVO	FACTORES LABORALES DE RIESGO		
			CARACTERÍSTICAS FÍSICAS	PATRONES ORGANIZACIONALES	CULTURA ORGANIZACIONAL
1 Autor: Hamrén et al. País: Estados Unidos	2009	Examinar la investigación sobre los factores ecológicos que pueden contribuir o disminuir la probabilidad de violencia en una unidad de hospitalización	Hacinamiento, espacio público/privado. Flujo alto de personas	Ingresos de larga duración, ingresos involuntarios, cambios de turno, horas de comida, aburrimiento, sobrestimulación, mejorar la atención en los ingresos y por aumento de pacientes graves, no prestación de ayuda en los AVD, no trabajar en equipo, menos de la unidad poco días	Uso excesivo de medidas restrictivas, estricta generalidad de autoridad/prohibición de fumar, personal nuevo, liderazgo débil, trato humanista, dignidad y respeto por el trabajo profesional. Falta de apoyo psicológico hacia los profesionales, aprobados (programas de acción), falta de mecanismos de comunicación/eficacia de sucesos violento
2 Autor: Johnson ME, Dobsony JR. País: Estados Unidos	2006	Desarrollar una teoría de riesgo medio de la prevención de la violencia en las unidades de hospitalización psiquiátrica	Visibilidad, Regular el flujo de personas. Proximidad entre los espacios y el control de Enfermería. Grandes vs pequeños espacios. Ruidos, espacio público/privado.	Ratio adecuada	
3 Autor: Rameil S País: Suiza	2012	Identificar las intervenciones eficaces que podría ser eficaces en la reducción de las agresiones		Iniciativa de un plan integral para gestionar la violencia, ratio inadecuado	Falta de comunicación entre los profesionales y la dirección. Baja formación en gestión de la violencia. Falta de protocolo de medidas restrictivas
4 Autor: Blénuour et al. País: Estados Unidos	2014	Evaluación de los factores de riesgo asociados con la agresividad del paciente hacia el personal de Enfermería en ocho unidades psiquiátricas		Turno de noche más violencia en general, turno de noche agresión física, turnos de fines de semana alto porcentaje de pacientes con TPO, equitativa, establecer límites a los pacientes, ayuda en las AVD, administrar medicación	
5 Autor: Gillespie et al. País: Estados Unidos	2015	Destacar las recomendaciones para la protección del personal sanitario de ser víctimas y de incurrir en las consecuencias negativas de la violencia en el trabajo que tiene experiencia			Falta de tolerancia ante las agresiones, evaluaciones ambientales, adaptar el trabajo para reducir riesgos, programas de prevención de violencia, análisis de los incidentes, informar a los trabajadores de las tendencias de violencia identificadas
6 Autor: Lawello et al. País: Suecia y Reino Unido	2004	Comparar la naturaleza de la violencia entre el personal masculino y femenino (en términos de psiquiatras) en unidades de salud mental	Hacinamiento, espacio público/privado, mala iluminación, mala ventilación	Atención a patologías graves, no trabajar en equipo, ratio inadecuado	Recursos presupestados, personal nuevo, servicios que no satisficieron la demanda
7 Autor: De Benedicis et al. País: Reino Unido	2011	Examinar si las percepciones del personal en cuanto a los factores relacionados con el equipo de atención y la violencia en la sala prefieren uso de redución y la restricción en las salas psiquiátricas			Inseguridad laboral, insatisfacción de los profesionales
8 Autor: Martin, T, Duffam M País: Países Bajos	2006	Predecir y determinar si se requiere un enfoque organizativo amplio e integrado y que este enfoque puede mejorar confianza y percepción de seguridad al personal		No trabajar en equipo, desconianza entre compañeros	Inseguridad laboral, desconianza en lo profesionales, bajo reconocimiento de los profesionales, falta de formación, personal nuevo
9 Autor: Grimae C País: Francia	2007	Destacar la relación entre la gestión de recursos humanos y la violencia en el trabajo		Falta de tiempo para relación paciente/profesional, aburrimiento, sensación de hacer mal el trabajo, no trabajar en equipo	Modo de reclutamiento, gestión de la calidad, individualización del trabajo, ignorancia de la carga de trabajo, falta de gestión de conflictos/condiciones de confortamiento de la población de atención, falta de formación en gestión de la violencia

servicio, las habitaciones de los demás pacientes o incluso el préstamo de artículos personales entre usuarios son fundamentales para mantener una sensación de seguridad en las unidades y reducir los incidentes (2,10,13).

Aspectos como los ruidos, la mala iluminación y ventilación de los espacios también son cuestiones de relevancia, ya que pueden actuar como estresores contextuales. Parece lógico que proporcionar un entorno terapéutico favorable puede influir en la reducción de la frecuencia de incidentes violentos (2,13).

Por otro lado, la visibilidad, la proximidad entre espacios y las dimensiones son características que generan controversias, ya que el tamaño y la forma de las unidades no solo está determinado por la necesidad de aumentar la visibilidad (condición de seguridad), sino también por la estructura del resto del hospital y las necesidades de acomodar a un determinado número de pacientes (13,14). Además, la visibilidad y proximidad entre las salas y el control de Enfermería facilitan que el personal pueda ver y oír lo que está sucediendo y puedan intervenir precozmente (13), pero el hecho de no disponer de espacios amplios (espacio para pasear y mantener los límites personales) para algunos pacientes puede llegar a ser estresante. Por su parte, para el personal de Enfermería puede suponer un hándicap, pues los espacios grandes acostumbran a tener recovecos dificultando el seguimiento adecuado de los pacientes.

Organización de los servicios

En cuanto a la organización de los servicios, los estudios revisados describen la influencia de varios aspectos en la presencia de incidentes violentos. En cuanto a los tiempos de ingreso los estudios revisados citan que el 54% de los incidentes se produce durante la primera semana de ingreso y el 20% durante las primeras 24 h (10,15). También hay un amplio rango de variabilidad en cuanto a la hora del día de más riesgo. Los estudios citan a los turnos de mañana y tarde, y sobre todo los tiempos de transición (cambios de turno), horarios de comidas y horas de mayor intensidad de contacto, como los intervalos de mayor riesgo (16,17).

La falta de libertad de los pacientes, entendida como la restricción de movimientos dentro de la unidad o el ingreso involuntario, es uno de los factores de riesgo organizacional más importantes, pues la sensación de restricción de movimiento (puertas cerradas tanto de las habitaciones como de la unidad o uso/abuso de contenciones mecánicas) llevan a los pacientes, en ocasiones, a sentirse impotentes en cuanto al manejo de su plan de tratamiento y la mayoría de los estudios lo asocia fuertemente con la presencia de incidentes violentos (10,16). Otro tipo de restricciones impuestas a los pacientes como la negación de privilegios (negación de cigarrillos) o demandas puede ser también detonante de incidentes violentos (16,18).

Existe cierta controversia en cuanto a la relación entre la ratio de personal y el riesgo de incidentes violentos, hay es-

tudios que aportan evidencia sobre que esta asociación es negativa (14,16,19), y estudios que indican que una ratio 1:1 (enfermera: paciente) disminuye el riesgo (10,20). Es cierto que la lógica hace pensar que a mayor ratio de personal menor tasa de incidentes, pero la mayoría de las investigaciones demuestran lo contrario. Si esto es así, una explicación posible sería que esto es debido a que en las unidades de mayor riesgo de incidentes la dotación de personal es superior a otras áreas o, como hemos relacionado antes, a mayor ratio mayor intensidad de contacto entre enfermera-paciente y esto sea detonante de incidentes violentos. Esto refuerza la idea de que las enfermeras deben establecer estrategias de observación discreta y un abordaje especializado ante pacientes que son propensos a ser agresivos o más irritables y aumentar la participación interpersonal a medida que los pacientes mejoran o se estabiliza su patología (14).

Aspectos organizativos de gestión, como la presencia de personal suplente o alumnos en las unidades, también pueden aumentar el riesgo de incidentes violentos, ya sea debido a que los profesionales le dedican un tiempo a enseñar a los alumnos o personal nuevo y esto reduce el tiempo de atención de demandas de los pacientes o porque los alumnos o profesionales noveles presentan una baja o nula formación en el abordaje de pacientes violentos y al interactuar con ellos provocan en ocasiones que estos incidentes se precipiten (11,20).

Otros factores relevantes son la baja programación de actividades recreativas o por el contrario la sobreestimulación en las unidades. Los niveles de estimulación o actividad en las unidades son importantes en el entorno de hospitalización psiquiátrica, por lo que el personal debe desarrollar estrategias para evitar el aburrimiento sin llegar al extremo de la sobreestimulación (10,21). También influye de manera considerable en el incremento del riesgo de incidentes violentos el no prestar a los pacientes una ayuda adecuada en las dificultades de realización de actividades de la vida diaria (AVD). Uno de los objetivos primordiales de las unidades de hospitalización psiquiátrica es detectar las necesidades de la persona enferma y responder a ellas de manera adecuada. Las AVD que suelen estar alteradas y presentar más riesgo según los artículos revisados son la administración de medicación autónoma, la alimentación, el vestirse y desvestirse y la higiene. Estos momentos de mayor intensidad de relación han sido detectados en varias investigaciones como momentos de mayor riesgo de violencia, llegando a tasas del 44% de agresiones verbales en la administración de medicación y tasas del 18% de agresiones físicas en las actividades de higiene (6,10).

Muchos estudios refuerzan la idea de que el trabajo en equipo es esencial para mantener y preservar entornos saludables para los trabajadores y los pacientes. Esta estrategia colectiva mejora la solidaridad entre profesionales (apoyo ante el sufrimiento) y minimiza la disparidad en la normativa o toma de decisiones ante una situación estre-

sante o conflictiva de la unidad reduciendo así el riesgo de incidentes violentos (2,21).

Cultura organizacional

Aspectos culturales como una baja implicación del personal, un escaso reconocimiento y apoyo hacia los profesionales por parte de la dirección del hospital influyen de manera directa en la percepción y la gestión de las conductas de violencia de los profesionales, aumentando significativamente el riesgo de incidentes violentos y reduciendo la autonomía profesional, innovación y compromiso por alcanzar los objetivos asistenciales (21-24).

Otro aspecto a destacar es la cultura de comunicación de conductas violentas por parte de los profesionales a las direcciones. En la mayoría de estudios revisados se detectó una infracomunicación de los incidentes violentos (11,20, 25). Se ha observado que esta infradeclaración en unidades de salud mental puede ser debida a tres cuestiones: que los profesionales se acostumbran a los niveles de violencia que ejercen los pacientes en las unidades de salud mental, que los profesionales no comunican el incidente por no haber sido capaces de gestionarlo de manera adecuada (se puede cuestionar su profesionalidad y/o autoconcepto de uno mismo), y el miedo a represalias generado por la idea de que la declaración de incidentes en ocasiones puede tener una respuesta punitiva por parte de la organización hacia la enfermera (10,26,27).

Discusión y conclusiones

El objetivo de esta revisión sistemática es evaluar y reconocer los factores de riesgo laborales (entorno), propuestos en el modelo de Chappell y Di Martino, generadores de conductas violentas en las unidades de salud mental, los cuales pueden ser útiles a la hora de establecer estrategias de prevención e intervención. Sin embargo, estas estrategias no deben quedarse como acciones aisladas, sino que deben enmarcarse dentro de un modelo asistencial. Para ello, es importante que se genere en las organizaciones sinergias que aboguen por un cambio cultural que impliquen una transformación en sus comportamientos y, sobre todo, un nuevo enfoque del concepto de cuidado, alineándose hacia un modelo de atención centrada en la persona y un modelo de atención holístico y humanista donde los pacientes sean tratados con dignidad y respeto (10). El cual, además, debía de incorporar en su modelo asistencial un conjunto de principios generales como el desarrollo de la motivación de personas (liderazgo y gestión por valores) y el desarrollo de la concienciación y la colaboración de familiares y pacientes. Una iniciativa en este aspecto es la norma desarrollada por la Fundación Cuidados Dignos, la cual proporciona las reglas que han de seguirse para garantizar una rigurosa gestión de las medidas restrictivas y la posibilidad de su eliminación (sin abandonar la seguridad de la persona cuidada) en el centro o servicio en el que se desee implantar (28).

Los líderes de las organizaciones deben estar preparados para evaluar los incidentes violentos y poder tomar las decisiones y acciones oportunas dirigidas a reducir los riesgos.

Estrategias como evaluaciones ambientales (29), planes formativos, la inclusión de valoraciones iniciales del paciente mediante escalas o cuestionarios que valoren el riesgo de violencia (30-32) para poder detectarlo *a priori* y adecuar la estrategia de ingreso. Es preciso adaptar los circuitos de admisión de pacientes en las salas, intentando adecuar la capacidad de las unidades y las ratios de personal al riesgo de conductas violentas en función de los tipos de trastornos ingresados y las estancias. Además, es necesario el establecimiento de una política clara para la gestión de los incidentes violentos (preincidente, durante el incidente y posincidente), incluyendo programas de apoyo formalizados de supervisión clínica de casos reales o potenciales de incidentes violentos, ya que muchos estudios recalcan el impacto en la salud de las enfermeras que han sido víctimas de un incidente violento, el cual debe ser tratado aunque el profesional refiera haberlo superado, puesto que la exposición reiterada ante conductas violentas puede desencadenar en comportamientos disfuncionales que comprometan la calidad de la atención y contribuir al *burnout* y el absentismo (33). Para ello, las instituciones deben instaurar mecanismos para que los profesionales puedan expresar los sentimientos generados tras una experiencia negativa, como por ejemplo grupos de soporte en los equipos que promuevan dinámicas de práctica reflexiva (19).

Evaluar y reconocer los factores de riesgo generadores de conductas violentas puede ser útil a la hora de establecer estrategias de prevención e intervención no solo en relación a los profesionales (acciones formativas, competencia profesional, experiencia laboral, etc.) y usuarios (abordajes específicos en función de la patología), sino también en cuestiones estructurales (espacios menos restrictivos), organizativas (seguimiento y control de las ratios en función de las cargas de trabajo) y culturales (mejorar la comunicación de incidencias y la práctica reflexiva).

Agradecimientos

Queremos agradecer la ayuda en la elaboración de este artículo a Susana Ochoa Guerre, Hilari Andrés Mora, Irene Matteu Muñoz, Stephen Kelly y al grupo EPERV-55.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Bresler S, Gaskell MB. Risk assessment for patient perpetrated violence: Analysis of three assaults against healthcare workers. *Work* [Internet]. IOS Press; 2014 Jun 4 [citado 5 dic 2015];51(1):73-7. Disponible en: <http://content.iospress.com/sire.ub.edu/artides/work/wor1888>
2. Lawoko S, Soares * JF, Nolan P. Violence towards psychiatric staff: a comparison of gender, job and environ-

- mental characteristics in England and Sweden. *Work Stress* 2004 Jan;18(1):39-55.
3. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet*. Elsevier 2002; 360(9339):1083-8.
 4. Staggs VS. Nurse staffing, RN mix, and assault rates on psychiatric units. *Res Nurs Health* [Internet] 2013 Feb [citado 3 ene 2016]; 36(1):26-37. Disponible en: <http://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-848723794108partnerID=40&md5=91d125b8cad4e468c40802ccd67d3b5>
 5. Galán Muñoz I, Llor Esteban B, Ruiz Hernández JA. Violencia de los usuarios hacia el personal de Enfermería en los hospitales públicos de la Región de Murcia. *Rev Esp Salud Publica*. 2012; 86(3):279-91.
 6. Ridenour M, Lanza M, Hendricks S, Hartley D, Rierdan J, Zeiss R, et al. Incidence and risk factors of workplace violence on psychiatric staff. *Work* [Internet]. IOS Press; 2014 May 27 [citado 5 ene 2016];51(1):19-28. Disponible en: <http://content.iospress.com/sire.ub.edu/articles/work/wor1894>
 7. Chappel D, Di Martino V. Violence at work. Geneva Int Labor Off. 2006.
 8. Herscovis MS, Barling J. Towards a relational model of workplace aggression. *Research companion to the dysfunctional workplace* [Internet] 2007. p. 268-84. Disponible en: <http://www.elgaronline.com/view/9781845429324.00024.xml>
 9. Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Tarrant J, et al. Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AeSOP study. *Arch Gen Psychiatry* [Internet] 2006 Mar [citado 3 ene 2015];63(3):250-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16520429>
 10. Hamrin V, Iennaco J, Olsen D. A review of ecological factors affecting inpatient psychiatric unit violence: implications for relational and unit cultural improvements. *Issues Ment Health Nurs* [Internet] 2009 Apr [citado 5 ene 2016];30(4):214-26. Disponible en: <http://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-68249112126&partnerID=t20tx3y1>
 11. Decaire MW, Bedard M, Riendeau J, Forrest R. Incidents in a psychiatric forensic setting: association with patient and staff characteristics. *Can J Nurs Res*. Lakehead University, Thunder Bay, Ontario, Canada; 2006; 38(3):68-80.
 12. Koekoek B, van Meijel B, Hutschemaekers G. "Difficult patients" in mental health care: a review. *Psychiatr Serv*. Am Psychiatric Assoc [Internet]; 2006 Jun [citado 5 ene 2016];57(6):795-802. Disponible en: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.2006.57.6.795>
 13. Johnson ME. Keeping the unit safe: a grounded theory study. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* [Internet] 2006 Feb 1 [citado 5 ene 2016]; 12(1):13-21. Disponible en: <http://jap.sagepub.com/sire.ub.edu/content/12/1/13>
 14. Bowers L, Allan T, Simpson A, Jones J, Van Der Merwe M, Jeffery D. Identifying Key Factors Associated with Aggression on Acute Inpatient Psychiatric Wards. *Issues Ment Health Nurs* [Internet] 2009 Jan [citado 5 ene 2016]; 30(4):260-71. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01612840802710829>
 15. Soliman AE, Reza H. Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv*. Institute of Psychiatry, Ain Shams University, Cairo, Egypt. alaasoliman@doctors.net.uk; 2001;52(1):75-80.
 16. Chou K-R, Lu R-B, Mao W-C. Factors relevant to patient assaultive behavior and assault in acute inpatient psychiatric units in Taiwan. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet] 2002 Aug [citado 5 ene 2016];16(4):187-95. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12143078>
 17. Johnson K, Delaney M. Keeping the unit safe: the anatomy of escalation. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 13:42-52.
 18. Duxbury J. An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. Blackwell Science Ltd 2002 [citado 5 ene 2016]; 9(3):325-37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00497.x>
 19. Bowers L, Alexander J, Simpson A, Ryan C, Carr-Walker P. Student psychiatric nurses' approval of containment measures: Relationship to perception of aggression and attitudes to personality disorder. *Int J Nurs Stud* [Internet] 2007 Mar [citado 5 ene 2016];44(3):349-56. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748905000465>
 20. Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C. Violence and Aggression in Psychiatric Units. *Psychiatr Serv* [Internet] 1998 Nov [citado 5 ene 2016];49(11):1452-7. Disponible en: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.49.11.1452>
 21. Cintas C. "Quand la violence au travail ne se trouve pas là où on l'attend...": Le cas d'un hôpital psychiatrique. / "When violence is not where it is expected": The case of a psychiatric hospital. *Nouv Rev psychosociologie*. 4:213-31.
 22. Morrison EF. The culture of caregiving and aggression in psychiatric settings. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet] 1998 Feb [citado 5 ene 2016];12(1):21-31. Disponible en: <http://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-00319889638partnerID=40&md5=d5a27d07e21e61333b7e410965bda9da>
 23. Martin T, Daffern M. Clinician perceptions of personal safety and confidence to manage inpatient aggression in a forensic psychiatric setting. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet] 2006 Feb [citado 5 ene 2016]; 13(1):90-9. disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16441399>
 24. De Benedictis L, Dumais A, Sieu N, Mailhot M-P, Létoirneau G, Tran M-AM, et al. Staff perceptions and organizational factors as predictors of seclusion and restraint on psychiatric wards. *Psychiatr Serv* [Internet]

- 2011 May [citado 5 ene 2016];62(5):484-91. Disponible en: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-79955672235&partnerID=tZOtx3y1>
25. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Fischer JE, Haug H-J. Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. *Clin Pract Epidemiol Ment Heal* [Internet] 2007 [citado 5 ene 2016];3(1):30. Disponible en: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-39049152105&partnerID=40&md5=0bcd2a782a3544e16acbff79f27e3201>
 26. Parnell S. Inpatient psychiatric healthcare worker and administrator perceptions of workplace interventions for patient-on-staff assault. *ProQuest* [Internet] 2012 [citado 5 ene 2016]. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1336635122>
 27. Edward K-L, Ousey K, Warelow P, Lui S. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British Journal of Nursing, Mark Allen Healthcare* [Internet]; 2014 [citado 5 ene 2016]. Disponible en: http://eprints.hud.ac.uk/21019/2/BJN_Aggression_revised_06141.docx
 28. Beaskoa AMU. Los otros derechos en la práctica diaria. *Estud jurídicos*. Centro de Estudios Jurídicos; 2012.
 29. Gillespie GL, Gates DM, Fisher BS. Individual, relationship, workplace, and societal recommendations for addressing healthcare workplace violence. *Work* [Internet]. IOS Press 2014 Jun 4 [citado 5 ene 2016];51(1):67-71. Disponible en: <http://content.iospress.com/sire.ub.edu/articles/work/wor1890?resultNumber=3&totalResults=6&start=0&q=%22workplace%22+and+%22psychiatric+unit%22+and+%28%22violence%22+or+%22aggression%22%29&resultsPageSize=50&rows=50>
 30. Andrés-Pueyo A, Echeburúa E. Valoración del riesgo de violencia: instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. *Psicothema* 2010; 22(3).
 31. Arbach K, Andrés-Pueyo A. Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20. *Papeles del Psicólogo. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos* 2007; 28(3):174-86.
 32. Pueyo AA. La predicción de la violencia. *Papeles del psicólogo*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos 2007; (003):145.
 33. Chang J-C, Lee C-S. Risk Factors for Aggressive Behavior Among Psychiatric Inpatients. *Psychiatr Serv* [Internet] 2004 Nov [citado 5 ene 2016];55(11):1305-7. Disponible en: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-7444256549&partnerID=40&md5=8bedfbc12da3fddbef45393710874d49>

Si quieres ampliar más información sobre este artículo, consulta:

Introduce estos términos: Salud mental; violencia; agresión; entorno laboral.

Introduce estos términos: Salud mental; violencia; agresión; entorno laboral.

Contacta con los autores en: jquinez@pssjd.org

