

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 pródomos 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:

Quílez Jover J, Icart Isern MI. 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:

¹Jorge Quílez Jover
²M^a Teresa Icart Isern

¹Enfermero Especialista de Salud Mental. Parc Sanitari Sant Joan de Déu.
²Catedrática Enfermería Comunitaria y Salud Pública. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Barcelona. L'Hospitalet Llobregat (Barcelona).

Dirección de contacto:

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

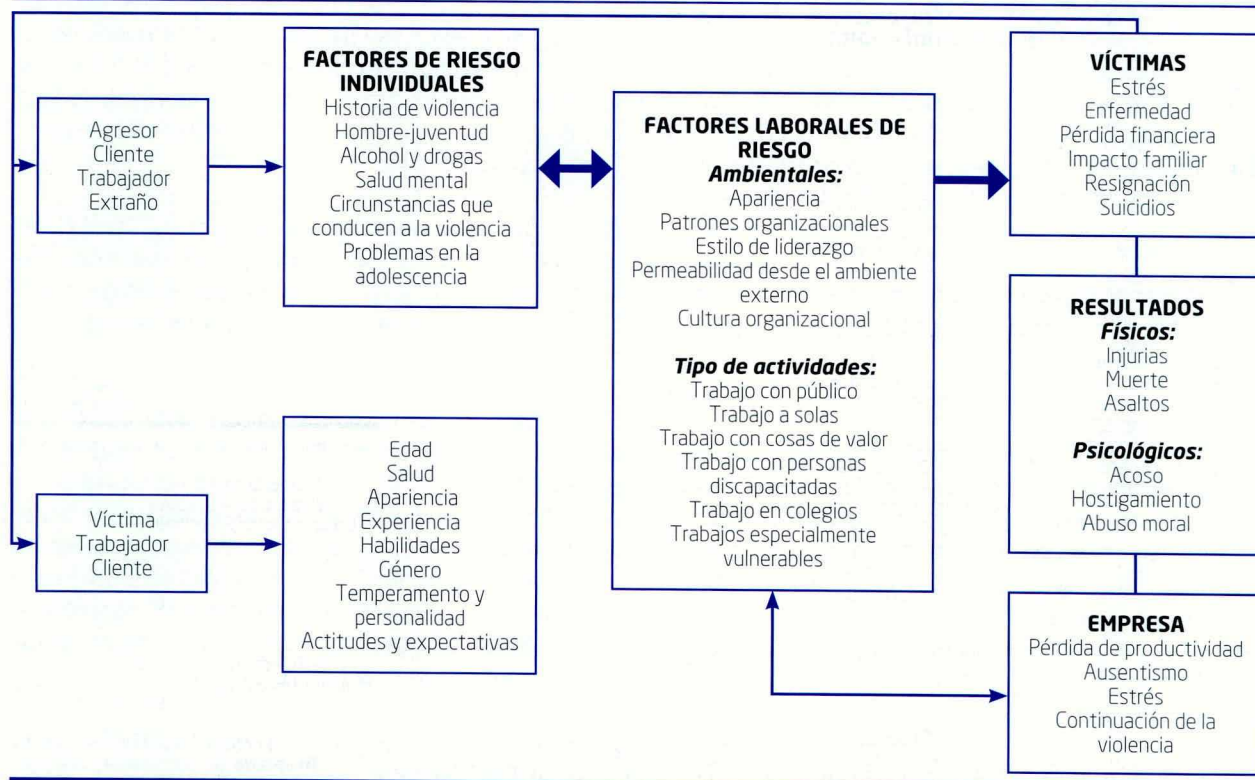
Respecto a las incidencias recogidas en el sector sanitario, se puede afirmar que especialmente en el medio hospitalario (servicios de urgencias y psiquiatría), es donde se acumulan mayor número de episodios violentos (8). Según el estudio de Cervantes (9), durante 2005-2007, de un total de 846 incidentes, 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*”).

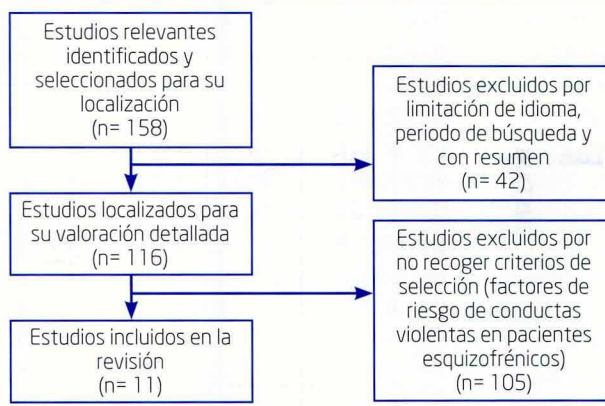
Los criterios de inclusión fueron: estudios prospectivos que recogieran factores de riesgo de conductas violentas en el lugar de trabajo, más concretamente en unidades de salud mental. La publicación debía presentar datos clínicos primarios, en los que la muestra o submuestra incluyera pacientes con 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, periodo 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	N° ACTOS VIOLENTOS* (tiempo)	N° PACIENTES	FACTORES DE RIESGO DEL PERPETRADOR				
			GÉNERO**	EDAD	Hº DE VIOLENCIA/ DROGAS	SALUD 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) ↑ Reingreso IP
Autor: Yusuf et al. País: Singapur Año: 2006	42 VV (1 mes)	42	54,8% H	30-49 años	19% consumo drogas	66,7% DE	26,2% TM 54,8% TT 17,1% TN
Autor: Abderhalden et al. País: Suiza Año: 2007	760 AT: 396 AG, 252 HA, 157 VV 72 meses (24 salas x 3 meses)	2.017 (262 violentos)	Factor no valorado			DE	IP 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 H/M	↑ 25 años	No consumo Presencia de violencia a historia	TP TLP	33% TM 36% TN ↑ De medidas restrictivas ↑ RI\$
Autor: Bowers et al. País: Reino Unido Año: 2009		136 unidades (±20 camas)			Consumo alcohol	TP en fase aguda	↑ De medidas restrictivas ↑ Puerta cerrada ↑ RI
Autor: Decaire País: Canadá Año: 2006	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 H/M				
Autor: Koekoek et al. País: Países Bajos Año: 2006	(1 mes)		60-68% hombres	26-32 años	Cronicidad	32-46% TP y TLP	↓ Nivel académico. Desempleado. No cuidador principal. NCE. DER: IP
Autor: Morrison País: Estados Unidos Año: 1998	146 AT (19 salas x 1 mes)	162				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: Staggs País: Estados Unidos Año: 2013	3193 AT: 1.305 HA (1 año)						

*Nº de actos violentos: (AT) actos totales, (AA) autoagresivos, (HA) heteroagresivos, (HO) hacia objetos, (VV) violencia verbal, (AG) actos graves; **Género: (H) hombre, (M) mujer; ***Salud mental: (DE) diagnóstico de esquizofrenia, (TP) trastorno psicótico, (TLP) trastorno de personalidad límite, (TB) trastorno bipolar; ****Circunstancias: (IP) ingreso prolongado, (R) reingreso, (TM) turno mañana, (TT) turno tarde, (TN) turno noche, (NCE) no consciencia enfermedad, (DER) 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 violencia (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:

encuentra@
ENFERMERIA INTELIGENTE

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



Contacta con los autores en:

jquilez@pssjd.org

Bibliografía

1. 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.
2. Soliman AE, Reza H. Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2001 Jan; 52(1):75-80.
3. Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. *Br J Psychiatry* 2002 Jun; 180:490-5.
4. Edlinger 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.
5. Ghoreishi 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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 Púb* 2012; 86(3):279-91.
9. 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.
10. Morera B, Hueso V, Martínez L. Conductas violentas y enfermedad mental: predicción y abordaje en pacientes hospitalizados. *Archivos Psiquiatr* 2001; 64(2):137-54.
11. Chappell D, Di Martino V. *Violence at work*. 3rd ed. Geneva: International Labour Organization; 2006.
12. 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.
13. 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* 2013 Apr; 127(4):255-68.
14. Staggs VS. Nurse staffing, RN mix, and assault rates on psychiatric units. *Res Nurs Health* 2013 Mar; 36(1):26-37.
15. Owen 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>
16. Khoshknab MF, Tamizi Z, Ghazanfari N, Mehrabani G. Prevalence of workplace violence in psychiatric wards, Tehran, Iran. *Pakistan J Biol Sci Pjbs* 2012 Jul 15; 15(14):680-4.
17. 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 Jan; 4:97.
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*. 2002 Jun;9(3):325-37.
19. Large M, Mullin K, Gupta P, Harris A, Nielsse O. Systematic meta-analysis of outcomes associated with psychosis and co-morbid substance use. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014 May;48(5):418-32.
20. 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.
21. 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 Apr; 55(2):156-62.
22. Nijman H, Merckelbach 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.
23. 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.
24. Chang J-C, Lee C-S. Risk factors for aggressive behavior among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2004 Nov; 55(11):1305-7.
25. 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.
26. 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 May; 19(3):235-41.
27. Stuart GW. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 9th ed. St. Louis: Elsevier; 2009.
28. 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.
29. 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.
30. Andrés-Pueyo A, Echeburúa E. Valoración del riesgo de violencia: instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. *Psicothema* 2010 Aug; 22(3):403-9.
31. Putkonen A, Kuivalainen S, Louheranta O, Repo-Tiihonen E, Rynnänen 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.
32. 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 Apr; 30(4):260-71.
33. 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.