



Anuario de Psicología Jurídica

ISSN: 1133-0740

revistas_copm@cop.es

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

España

Martín Jurado, Alicia; Carrasco Ortiz, Miguel Ángel

Riesgo de Violencia y Trastorno Mental

Anuario de Psicología Jurídica, vol. 21, 2011, pp. 69-81

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=315026314008>

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

redalyc.org

Sistema de Información Científica

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

Riesgo de Violencia y Trastorno Mental

Aggression Risk and Mental Disorder

Alicia Martín Jurado

Complejo Asistencial de Burgos, España

Miguel Ángel Carrasco Ortiz

Universidad Nacional de Educación a Distancia, España

Resumen. El principal objetivo de esta investigación fue estudiar la presencia de violencia en pacientes con trastorno mental y potencial violento. Se trataba de identificar indicadores de riesgo asociados con la aparición de comportamientos violentos a corto y medio plazo, analizando variables de carácter histórico, sociodemográfico y clínico. Se aplicaron tres instrumentos a una muestra ambulatoria de 30 pacientes: una entrevista sobre factores de riesgo de violencia creada *ad hoc* para el estudio; la *Guía para la Valoración del Riesgo de Comportamientos Violentos HCR-20* (Webster, Douglas, Eaves y Hart, 1997); y la *Escala de Agresividad Manifiesta OAS* (Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott y Williams, 1986). La prevalencia de amenazas y/o comportamientos agresivos fue de alrededor del 60%, similar para los dos períodos de seguimiento. Los resultados mostraron una asociación de variables, tanto dinámicas como estáticas, con la violencia manifestada en los dos primeros meses y, principalmente, de variables estáticas con la violencia presentada en el segundo periodo de seguimiento.

Los presentes resultados apoyan el uso de las herramientas de juicio clínico estructurado para la valoración del riesgo que deben hacer los profesionales. No obstante, sumar la valoración de otras variables puede mejorar esta tarea predictiva.

Palabras clave: pacientes ambulatorios, trastorno mental, valoración del riesgo, violencia.

Abstract. The main aim of this investigation was to study the onset of violence in potentially violent patients with mental disorders. We tried to identify risk indicators associated with violent behavior in the short and medium term. We analyzed historical, social-demographic and clinical variables.

We applied three assessment tools to a sample of 30 outpatients: an interview about violence risk factors; the *Historical Clinical Risk Management Guide-20 HCR-20* (Webster, Douglas, Eaves y Hart, 1997); and *The Overt Aggression Scale OAS* (Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott y Williams, 1986).

The prevalence of threats and/or violent behavior was similar for the two studied periods: about 60%. A link of dynamic acute and static variables with violence was observed in the two first months, and mainly of the latter variables in the second period.

Structured clinical risk tools are useful to perform risk assessment by professionals, but adding other variables can improve this predictive task.

Keywords: mental disorder, outpatients, risk assessment, violence.

Introducción

¿Hay un mayor riesgo de violencia en las personas con trastorno mental? Parece difícil realizar afir-

La correspondencia sobre este artículo dirigirla a la primera autora al Complejo Asistencial de Burgos. Servicio de Psiquiatría. Hospital Divino Vallés. c/ Islas Baleares, s/n., 09006 Burgos. E-mail: alimj75@yahoo.es

maciones definitivas. Si buscamos respuestas en la literatura sobre el tema, hallamos resultados que apoyan, tanto una respuesta negativa, el enfermo mental no es más violento que el resto de personas pertenecientes a la población general, como afirmativa, es más violento que otros sujetos sin diagnóstico previo (Montañés-Rada, Martín-Ramírez y De Lucas-Taracena, 2006).

A principios de la década de los 90, un grupo de investigadores de Estados Unidos se embarcó en un ambicioso proyecto con el objetivo de superar las limitaciones metodológicas de las investigaciones previas sobre violencia y enfermedad mental, considerándose un intento serio para desenmarañar esta compleja interrelación y constituyéndose así, como un estudio de referencia. Fue llamado *MacArthur Violence Risk Assessment Study*. Se centró en la identificación de factores de riesgo de violencia específicos en la población psiquiátrica, y en la comprensión de la fuerza predictiva de esos factores.

Este estudio encontró que la prevalencia de violencia entre los que tenían un trastorno mental grave, que no fuera abuso de sustancias, era indistinguible de los controles del vecindario que no presentaban abuso de sustancias. Analizando los diferentes trastornos, un trastorno de abuso de sustancias comórbido a otro trastorno mental doblaba el riesgo de violencia; aquellos sujetos con esquizofrenia tuvieron la frecuencia más baja de violencia durante el periodo de un año (14.8%), comparados con los que tenían un trastorno bipolar (22.0%) o depresión mayor (28.5%). Encontraron además, un amplio número de relaciones bivariadas entre factores de riesgo específicos y violencia (Monahan, 2002), entre los que cabe mencionar ser varón, contar con episodios de violencia previa, las experiencias infantiles de malos tratos (presenciados o sufridos), la psicopatía, la suspicacia, la ira, y los pensamientos intrusivos persistentes de violencia.

En los últimos años, se han efectuado estudios con diferentes diseños cuyos resultados, en general, demuestran que la prevalencia de la conducta violenta en personas con trastornos mentales graves es mayor que en la población general, y que este índice aumenta considerablemente ante la coexistencia de abuso de sustancias (Arbach y Andrés-Pueyo, 2007).

Scott y Resnick (2006) señalan, en una revisión sobre el riesgo de violencia en personas con trastorno mental, cuatro grupos de factores de riesgo: sociodemográficos, histórico-disposicionales, clínicos y contextuales. Entre los factores que aparecen asociados de forma más constante al riesgo de conducta violenta en enfermos mentales, cabe destacar la comorbilidad con el consumo de sustancias (Fernández, Mendiola, Ramírez y Valle, 2005;

Montañés-Rada et al., 2006; Stuart, 2003; Swanson et al., 2006; Walsh y Gilbarry, 2004; Weiss y Kohler, 2006), el incumplimiento del tratamiento prescrito (Echeburúa, Fernández-Montalvo y De Corral, 2008; Volavka, Citrome y Huertas, 2006), y los antecedentes de conducta violenta (Monahan, 2002; Steinert, 2002).

La importancia de predecir con precisión el riesgo de violencia futura en los pacientes por parte de los profesionales de Salud Mental ha supuesto que, a lo largo de los últimos años, se hayan desarrollado nuevos instrumentos con tal objetivo (Andrés-Pueyo y Redondo, 2007). De acuerdo con Otto (2000), de las diferentes aproximaciones a la evaluación del riesgo de violencia, la evaluación clínica estructurada correspondiente a un enfoque mixto clínico-actuarial parece ser la más ventajosa. Esta aproximación se apoya en guías de valoración del riesgo, en las que se incluyen una serie de factores de riesgo previamente identificados. Se trata de una evaluación en la que apenas se introducen restricciones en la toma de decisiones, sin que por ello se resienta la precisión con respecto a otros procedimientos (Dahle, 2006; Gray, Snowden y MacCulloch, 2004; Mossman, 2000). Dentro de este grupo, se encuentra la *Guía para la Valoración del Riesgo de Comportamientos Violentos HCR-20* (Webster et al., 1997; adaptación de Hiltzman y Andrés-Pueyo, 2005) utilizada en nuestro estudio.

Según Otto (2000), los factores de riesgo de violencia en las personas con trastorno mental se encuadran en alguna de las dos siguientes categorías: factores de riesgo estáticos (no son susceptibles de cambio, ej. estructura psicopática de personalidad) y factores de riesgo dinámicos (susceptibles de cambio, ej. abuso de sustancias o sintomatología psicótica). La evaluación de los primeros, los factores estáticos, es fundamentalmente relevante para la planificación del tratamiento en personas con riesgo de violencia futura, mientras que la evaluación de los segundos, los factores dinámicos, es de gran importancia para estimar el riesgo inminente, y para la toma de decisiones en una intervención inmediata.

A la luz de la revisión bibliográfica realizada, parece necesario profundizar tanto en el estudio de la presencia de comportamientos agresivos en los enfermos mentales, como en la aplicación de instru-

mentos de valoración de violencia futura. En general, la investigación se ha centrado en población institucionalizada, en entornos controlados y con diagnósticos normalmente restringidos a determinadas enfermedades mentales graves y crónicas. Sin embargo, la sociedad está inmersa en una época de desinstitucionalización psiquiátrica, tendente a la integración comunitaria del enfermo mental, por lo que diferentes estudios (De Vogel y De Ruiter, 2005; Folino y Escobar, 2004) han señalado la importancia de diseñar investigaciones para la valoración del riesgo de violencia en población psiquiátrica ambulatoria. Esta población posee características peculiares, tales como una menor gravedad clínica y una mayor heterogeneidad diagnóstica, que sugieren la necesidad de protocolos de evaluación específicos.

La presente investigación tiene por objetivo identificar, en población psiquiátrica ambulatoria con antecedentes personales de agresión, los indicadores principales, tanto sociodemográficos como clínicos e históricos, que se han asociado a la aparición de comportamientos violentos. El análisis de estos indicadores se ha realizado prospectivamente durante los cuatro meses posteriores a la inclusión de los pacientes en el estudio. Se trata de delimitar los factores que mejor predicen a corto y medio plazo la aparición de conductas agresivas en pacientes psiquiátricos ambulatorios con potencial violento.

Método

Participantes

La muestra de estudio estuvo constituida por 30 pacientes con antecedentes personales de violencia cuyas características sociodemográficas se analizan detenidamente en el apartado correspondiente de resultados. Los pacientes recibían tratamiento psiquiátrico y/o psicológico en uno de los Equipos de Salud Mental del Complejo Asistencial de Burgos, perteneciente al Servicio Público de Sanidad de Castilla y León (SACYL). A esta Unidad, acuden personas mayores de 18 años derivadas de 6 Centros de Salud de Atención Primaria de la provincia de Burgos, siendo tres de ellos rurales y tres urbanos. El nivel socioeconómico en este contexto es medio-

bajo. Se trataba de una muestra ambulatoria con diversos diagnósticos, de gravedad variable, pero con un adecuado grado de estabilización que permitía el manejo del paciente integrado en la comunidad. Para ser incluidos en el estudio, debían haber protagonizado algún episodio de violencia en algún momento de su vida. Se ha entendido como *violencia* la emisión de un daño real, o la amenaza de llevar a cabo un daño o perjuicio grave hacia una o más personas (Hilberman y Andrés-Pueyo, 2005).

Instrumentos

Los diagnósticos clínicos fueron realizados a través de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV *SCID-I* (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1998) y de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II, *SCID-II* (First et al., 1998). Se trata de entrevistas semiestructuradas destinadas a establecer los diagnósticos más importantes de los Ejes I y II del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). El *SCID-II* además dispone de un Cuestionario de Personalidad autocomplimentado como herramienta de cribado que reduce el tiempo necesario para llevar a cabo la entrevista.

Además, fueron administrados tres instrumentos con formato de entrevistas individuales semi-estructuradas, cuyas características se detallan a continuación:

- *Entrevista sobre factores de riesgo de violencia* creada *ad hoc* para el estudio. Contenía preguntas sobre datos sociodemográficos (ej. estado civil, nivel de estudios, empleo actual, convivencia), clínicos (ej. introspección, síntomas psicóticos, estado de ánimo, ansiedad, apetito, sueño), y antecedentes personales y familiares (ej. violencia, enfermedad mental, conflictos...). Todos ellos identificados en la literatura como posibles factores de riesgo de violencia en esta población.
- *Guía para la valoración del riesgo de comportamientos violentos HCR-20* (Webster et al., 1997; adaptación de Hilberman y Andrés-Pueyo, 2005). Este instrumento está compuesto por 20 factores de riesgo, agrupados en 3 subescalas: *Histórica* con 10 ítems (*H*) (ej. violencia

previa, desajuste infantil, incumplimientos de la supervisión), *Clínica (C)* con 5 ítems (ej. carencia de introspección, presencia actual de síntomas de trastorno mental grave, impulsividad) y de *Gestión del riesgo (R)* con 5 ítems (ej. ausencia de planes de futuro, carencia de apoyo social, alto nivel de estrés experimentado). Cada ítem es puntuado con 0, 1 o 2 según la frecuencia o intensidad con la que el factor se presente en la persona evaluada. De su corrección se obtienen puntuaciones numéricas para cada una de las 3 escalas, además de una puntuación total y una valoración final estructurada del riesgo (bajo, medio o alto riesgo). Esta valoración final se denomina *Juicio Clínico Estructurado (JCE)*, el cual resulta tanto de la puntuación total como del juicio clínico del profesional tras la aplicación de la herramienta. Este instrumento es uno de los más utilizados en población clínica y penitenciaria. Incluye factores tanto estáticos (datos históricos) como dinámicos (información clínica actual y de futuro). Ha mostrado una buena validez predictiva y una fiabilidad interevaluador aceptable (Arbach, 2007; Dolan y Khawaja, 2004).

- *Escala de Agresividad Manifiesta OAS* (Yudofsky et al., 1986). Evalúa cuatro modalidades de agresividad: verbal, física contra uno mismo, física contra objetos y física contra otras personas. Para los análisis se creó una nueva variable derivada del instrumento que fue denominada *Violencia*, y que resultaba del sumatorio de la puntuación en agresividad verbal grave más la agresividad física contra objetos y/o contra personas. Así, la variable dependiente fue transformada en una variable dicotómica con dos valores: violento/no violento.

Procedimiento

Previamente al inicio de la investigación, se presentó el correspondiente proyecto al Comité Ético de Investigación Clínica del Complejo Asistencial de Burgos. Una vez autorizado el estudio, los participantes fueron seleccionados mediante muestreo estratégico entre los pacientes que estaban siendo

tratados en el Equipo de Salud Mental. El criterio de inclusión fue, bien presentar en la actualidad conductas violentas, o bien, tener antecedentes personales de violencia detectados mediante la *Escala de Agresividad Manifiesta OAS* (Yudofsky et al., 1986). El estudio fue llevado a cabo entre septiembre de 2008 y enero de 2009. La participación fue voluntaria y no hubo ningún incentivo asociado. Fueron 9 los pacientes que rehusaron participar una vez se les propuso. Una vez los sujetos aceptaban participar, se convenía la cita y se administraban los instrumentos.

Un único investigador llevó a cabo tres consultas con cada paciente: la primera de ellas para completar los instrumentos y, las otras dos, transcurridos dos y cuatro meses respectivamente a partir del inicio del estudio. A lo largo de este seguimiento se registraba si los pacientes habían protagonizado algún episodio violento durante el transcurso de esos dos períodos de tiempo.

Análisis estadístico

Se utilizaron dos diseños ex post facto, retrospectivo y prospectivo, con comparaciones transversales y longitudinales (a dos y cuatro meses). Se analizó, como variable criterio, la conducta violenta de los sujetos de modo prospectivo, en relación con diversas variables predictivas de carácter sociodemográfico, clínico, e histórico. Los análisis estadísticos incluyeron análisis descriptivos y diferentes análisis no paramétricos, tales como, análisis de contingencias, prueba no paramétrica *U* de Mann-Whitney para comparación de muestras independientes y análisis de regresión logística binaria, con las variables que previamente habían mostrado riesgos relativos significativos.

Los datos fueron analizados usando la versión 11.5 del *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, 2002).

Resultados

Características sociodemográficas y clínicas de la muestra

Dado que la muestra fue seleccionada estratégica-

mente de acuerdo con el criterio de inclusión señalado, el análisis de sus características, tanto sociodemográficas como clínicas, permite extraer un perfil definitorio propio de este grupo de sujetos. En relación con las características sociodemográficas, los sujetos identificados como violentos fueron en un 70% varones, en su mayoría solteros (76.7%), con estudios primarios (53.4%) y sin empleo estable (76.7%). La edad media de los sujetos fue de 36 años (Desviación Tipo = 10.69) y la mitad de ellos convivían con sus familiares.

Respecto a las características clínicas y de acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2002), los diagnósticos de la muestra fueron: a) En el Eje I, Trastorno Depresivo (30%), Trastorno Bipolar (6.7%), Esquizofrenia (23.3%) y Trastornos por Consumo de sustancias (20%). Más del 90% de los pacientes tenían diagnóstico en este Eje; b) En el Eje II, la mitad de la muestra presentó diagnóstico, siendo los trastornos de personalidad correspondientes al Grupo B (Antisocial, Límite, Histriónico y Narcisista) los más frecuentes. Respecto al Eje IV, el 66,7% de los pacientes presentaba algún problema psicosocial o ambiental actual, siendo los correspondientes al ambiente social los más frecuentes.

Más de dos tercios de los pacientes evaluados presentaban síntomas de ansiedad, bajo estado de ánimo, irritabilidad y tendencia al aislamiento social. La sintomatología psicótica activa apenas tuvo representación en lo que se refiere a las características clínicas presentes en el momento del estudio. En el 80% de los casos, existía comorbilidad entre alguno de los tres Ejes Clínicos recogidos. El 83.3% de la muestra tenía pautado algún tratamiento farmacológico y, en casi la mitad de los casos, no había una adecuada adherencia terapéutica. El 66.7% de los

pacientes del estudio refería no haber consumido alcohol o sustancias en el último mes, mientras que más del 80% reconocía tener antecedentes de consumo a lo largo de su vida. Más del 70% de los pacientes había manifestado episodios agresivos recientes, en concreto, en los dos meses previos a la evaluación inicial. Además, el 60% de los casos tenía antecedentes personales de problemas legales, y el 53.3% historia de alguna amenaza o intento autolítico. En el 60% de los casos, había antecedentes familiares de violencia y/o de enfermedad mental.

Prevalencia de agresión verbal, física y contra objetos

Dado que la agresión fue un criterio de inclusión de la muestra, la totalidad de la misma había manifestado algún episodio de violencia en el pasado. En cuanto al seguimiento prospectivo, alrededor del 70% de los pacientes manifestaron agresividad verbal a lo largo de los dos períodos de seguimiento, y el 50% fueron agresivos contra objetos (*Tabla 1*). La agresividad física contra personas fue menos prevalente, pero mostró un incremento a medio plazo: 13.3% en los dos primeros meses y 26.7% a lo largo de los dos siguientes. La prevalencia de *violencia*, tal y como había sido operativizada, fue similar en ambos períodos, encontrándose alrededor del 60%.

Factores de riesgo estáticos y dinámicos: variables asociadas a la violencia

El *HCR-20* no provee puntos de corte, son los

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes de las conductas agresivas durante el Seguimiento

Tipos de conducta agresiva	Seguimiento 1º		Seguimiento 2º	
	n	%	n	%
Agresividad verbal	21	70	22	73.3
Autoagresividad	7	23.3	8	26.7
Agresividad física contra objetos	16	53.3	15	50
Agresividad física contra personas	4	13.3	8	26.7
Violencia	19	63.3	18	60

Nota: Seguimiento 1º = 1º y 2º mes tras valoración inicial; Seguimiento 2º = 3º y 4º mes tras valoración inicial

propios clínicos los que deben establecer el nivel de riesgo de violencia en función de la evaluación estructurada realizada. Con relación a la puntuación total en el instrumento, y de acuerdo con la media reportada en otros estudios para muestras clínicas institucionalizadas (Arbach, 2007; Nicholls, Ogloff y Douglas, 2004), la muestra fue dividida en dos grupos: *Grupo de alta puntuación en HCR-20* (si la puntuación total obtenida era mayor que la media más una desviación tipo) y *Grupo de baja puntuación en HCR-20* (por debajo de ese punto de corte). El 6.7% de la muestra quedó incluida dentro del primer grupo (alta puntuación), y el 93.3% en el segundo (baja puntuación). Además de las puntuaciones numéricas (total y por escalas), el *Juicio Clínico Estructurado (JCE)* (valoración global del riesgo de violencia) mostró que el 36.7% de la muestra tenía una valoración global del riesgo bajo, el 33.3% de riesgo moderado, y el 30% una valoración del riesgo alto.

Con el objetivo de analizar las variables que se asociaban significativamente con la aparición futura de conducta violenta en los sucesivos períodos de seguimiento, se obtuvieron los diferentes *chi-cuadrado* mediante tablas de contingencia. En la *Tabla 2* se recogen los resultados significativos correspondientes al primer periodo de seguimiento y en la *Tabla 3*, los del segundo. Como puede apreciarse en dichas tablas, la variable *Juicio Clínico Estructurado (JCE)* (recodificada en grupo de bajo riesgo/

grupo de moderado y alto riesgo) estuvo significativamente asociada a la aparición de comportamientos violentos para los dos períodos de seguimiento. Para el primero de los períodos de seguimiento evaluados (meses 1º y 2º tras la valoración inicial), además del JCE se asociaron de forma significativa a la violencia las siguientes variables independientes: tener un *diagnóstico en los Ejes II y/o IV*, algunos síntomas clínicos como *estado de ánimo deprimido, irritabilidad y aislamiento social; antecedentes personales de amenazas o intentos autolíticos*; y la *violencia previa reciente*. En cuanto al segundo periodo de seguimiento evaluado (meses 3º y 4º posteriores a la evaluación inicial), las variables con asociaciones significativas a la aparición de violencia fueron los *antecedentes personales de problemas con la legalidad, el consumo actual de alcohol y/o sustancias, una menor edad* (grupo 19 a 30 años) y la *ausencia de tratamiento farmacológico pautado*.

Comparación de grupos violento y no violento

Tomando como criterio la presencia o ausencia de violencia durante el seguimiento, se establecieron dos grupos de sujetos: un grupo violento y otro no violento. Se analizaron las diferencias entre grupos en las puntuaciones inicialmente obtenidas en el HCR-20. Sólo la *Escala Clínica del HCR-20 (C)*

Tabla 2. Asociaciones de variables predictoras con la presencia de violencia durante el primer periodo de seguimiento (meses 1º y 2º tras la valoración inicial)

Variables	Chi-cuadrado de Pearson	Medida de asociación Phi	Riesgos relativos e IC al 95%
Edad	4.59*	0.39	9.00 (0.95-84.89)
Diagnóstico en Eje II	5.66*	0.43	7.71 (1.28-46.36)
Diagnóstico en Eje IV	7.17*	0.48	9.33 (1.63-53.20)
Estado de ánimo deprimido	4.75*	0.39	7.08 (1.07-46.67)
Irritabilidad	4.75*	0.39	7.08 (1.07-46.67)
Aislamiento social	6.11*	0.45	7.46 (1.40-39.38)
Violencia previa reciente	9.45**	0.56	21.60 (2.08-223.65)
AP de retraso en el desarrollo	7.44**	0.49	.47 (0.30-.74)***
AP de amenazas/intentos autolíticos	4.73*	0.39	5.77 (1.11-29.87)
AF de trastornos psiquiátricos	4.04*	0.36	4.90 (0.99-24.20)
JCE del riesgo de violencia	15.24**	0.71	38.25 (4.59-318.65)

Nota: AP: antecedentes personales; AF: antecedentes familiares; JCE: Juicio Clínico Estructurado; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$: nivel de significación (bilateral) para el estadístico chi-cuadrado, en todos los casos $gl = 1$; IC: Intervalo de Confianza

*** Resultado para la condición de la variable dependiente "violencia"

Tabla 3. Asociaciones de variables predictoras con la presencia de violencia durante el segundo periodo de seguimiento (meses 3º y 4º tras la valoración inicial)

Variables	Chi-cuadrado de Pearson	Medida de asociación Phi	Riesgos relativos e IC al 95%
Edad	5.62*	.43	11.00 (1.16-103.94)
Tratamiento farmacológico	4.00*	-.36	1.92 (1.32-2.80)***
Consumo actual de alcohol y/o sustancias	5.62*	.43	11.00 (1.16-103.94)
AP problemas legales	5.92*	.44	7.00 (1.36-35.92)
JCE del riesgo de violencia	7.75**	.50	10.00 (1.78-56.15)

Nota: AP: antecedentes personales; JCE: Juicio Clínico Estructurado; *p<0.05; **p<0.01: nivel de significación (bilateral) para el estadístico chi-cuadrado, en todos los casos gl=1; IC: Intervalo de Confianza

***: resultado para la condición de la variable dependiente "violencia"

diferenció significativamente los sujetos violentos de los no violentos en el primer periodo de seguimiento (*U* de Mann Whitney = 59.00; *p* < 0.05) y ninguna de las escalas de este instrumento resultó significativa para diferenciar ambos grupos en el segundo periodo de seguimiento. Por tanto, los sujetos que se comportaron de forma violenta en los dos primeros meses tras la valoración inicial mostraron mayores dificultades clínicas relativas a la carencia de introspección, la presencia de síntomas, mayor impulsividad, peor respuesta al tratamiento y presencia de actitudes negativas entre otras.

Análisis predictivo de sujetos violentos

Por último, se realizaron diferentes análisis de regresión logística con el objetivo de explorar la mayor o menor contribución que las variables estudiadas tuvieron en la clasificación de los pacientes como violentos o no violentos, a corto y medio plazo. Se realizaron dos análisis de regresión logística múltiple por cada periodo de seguimiento: uno de ellos con las variables derivadas del instrumento *HCR-20* (puntuaciones *H*, *C*, *R* y *JCE*); y el otro, con las variables sociodemográficas y clínicas que habían resultado significativas en los análisis previos. Se utilizó el método de selección de variables *adelante: condicional* (método de selección por pasos, que permite incluir en el modelo sólo las variables que resultan significativas). La variable dependiente en ambos casos fue la presencia de algún episodio violento durante el periodo de seguimiento.

Como se recoge en la *Tabla 4*, el predictor más consistente de la violencia presentada a lo largo de los dos periodos de seguimiento fue de nuevo la

variable *JCE*, resultado de la valoración cualitativa de los factores de riesgo de violencia históricos, clínicos y de gestión de riesgo de la escala *HCR-20*. El resto de factores derivados del instrumento no resultó significativo. La moderada o alta puntuación en el *JCE* aumentó 21.47 veces la probabilidad de comportarse agresivamente en los dos meses siguientes, y 10 veces en los cuatro meses posteriores. Para los análisis realizados a partir del *HCR-20*, el modelo de regresión obtenido para el primer periodo de seguimiento conseguía clasificar correctamente el 86.7% de los sujetos, mientras que en el modelo de regresión para el segundo periodo el porcentaje global de casos correctamente pronosticados fue del 76.7%.

Si analizamos la predicción del resto de las variables analizadas, en relación con la aparición de violencia a corto plazo, las variables que resultaron significativas fueron el *diagnóstico en el Eje IV* y la *violencia previa reciente* (en los dos meses anteriores a la inclusión en el estudio). Tener un problema psicosocial o ambiental aumenta 9.19 veces la posibilidad de comportarse violentamente, pero haber manifestado violencia previa aumenta dicho riesgo 21.27 veces. Cuando se predecía la violencia a medio plazo, cuatro meses después, la variable que resultó significativa fue la de *antecedentes personales de problemas legales*. La ventaja de mostrar un comportamiento violento en los cuatro meses posteriores frente a no mostrarlo aumenta 5.47 veces en aquellos pacientes con antecedentes de problemas con la ley. El modelo de regresión obtenido para el primer periodo de seguimiento conseguía clasificar correctamente el 80% de los sujetos, mientras que en el modelo de regresión para el segundo periodo, el porcentaje global de casos correctamente pronosticados fue del 73.3%.

Tabla 4. Análisis de regresión logística (variables significativas) para la violencia durante el seguimiento

Variables	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp.(β)	IC (95%)
<i>Seguimiento 1 (1º y 2º mes tras valoración inicial)</i>						
Diagnóstico Eje IV	2.21	1.05	4.45	0.03	9.19	1.17-72.06
Violencia previa reciente	3.05	1.31	5.44	0.02	21.27	1.63-277.71
<i>JCE</i> del riesgo de violencia	3.06	1.01	9.10	0.00	21.47	2.93-157.42
<i>Seguimiento 2 (3º y 4º mes tras valoración inicial)</i>						
Antecedentes problemas legales	1.69	.89	3.58	0.05	5.47	.94-31.81
<i>JCE</i> del riesgo de violencia	2.30	.88	6.84	0.00	10.00	1.78-56.15

Nota: *JCE*: Juicio Clínico Estructurado; en todos los casos $gl=1$; IC: Intervalo de Confianza

Discusión

La valoración del riesgo de violencia en personas con trastorno mental adquiere una gran relevancia dada las consecuencias que el comportamiento violento entraña, tanto para los familiares como para el grupo social con el que estas personas se relacionan (Grevatt, Thomas-Peter y Hughes, 2004; Kennedy, Bresler, Witaker y Masterson, 2007). Si bien algunos trabajos han estudiado la valoración del riesgo en población psiquiátrica general (Claix, 2004; Nichols et al., 2004), el estudio de las variables o factores de riesgo vinculados a la violencia en la población psiquiátrica ambulatoria ha sido escasamente estudiado y, menos aún, explorando la conducta violenta futura en aquellas personas con potencial violento previamente manifiesto.

Los resultados de este trabajo muestran la existencia de características sociodemográficas y clínicas propias de este grupo de población psiquiátrica, así como la presencia de factores de riesgo significativos vinculados a la emisión futura de violencia. En cuanto al perfil sociodemográfico característico que presentan los pacientes con potencial agresivo, se trata, en gran medida, de varones, jóvenes, solteros, con estudios primarios y sin trabajo estable. Estas características ya ha sido señaladas en estudios previos (Fresán y Apizcón, 2005; Medina y Arango, 2005; Morales, 2007; Scott y Resnick, 2006) e indican la consonancia de nuestros resultados con los hallados en la literatura. Con respecto a las características clínicas de la muestra estudiada, los sujetos

evaluados presentan diagnósticos variados y una elevada comorbilidad entre los tres Ejes Clínicos evaluados (síndromes clínicos, trastornos de personalidad y problemas psicosociales y/o ambientales). Ninguno de los diagnósticos obtenidos en el Eje I superó el 50% de la muestra de estudio, lo que sugiere la ausencia de una alteración específica asociada al perfil violento de esta muestra psiquiátrica. No obstante, los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos del estado de ánimo, los psicóticos y los trastornos por consumo de sustancias, en muchas ocasiones asociados a alteraciones de personalidad. Los estudios que han relacionado la presencia de trastornos mentales específicos con la prevalencia de violencia no son concluyentes (Montañés-Rada et al., 2006). De los diagnósticos hallados en nuestros datos correspondientes al Eje I, el consumo de sustancias es el que ha mostrado mayor convergencia con los trabajos previos (Scott y Resnick, 2006; Volavka et al., 2006). En este sentido, un porcentaje muy significativo de la muestra reconoció tener antecedentes de consumo de sustancias a lo largo de su vida, lo que está en clara sintonía con aquellos estudios que concluyen que el consumo de drogas y/o alcohol está fuertemente asociado a la conducta violenta (Fernández et al., 2005; Montañés-Rada et al., 2006; Stuart, 2003; Swanson et al., 2006; Walsh y Gilvarry, 2004; Weiss y Kohler, 2006).

Respecto a los diagnósticos del Eje II, los trastornos de personalidad del grupo B fueron los más pre-

valentes en nuestra muestra. Estas alteraciones se caracterizan por dificultades en el control de impulsos y la regulación afectiva, elementos que claramente se relacionan con una mayor vulnerabilidad hacia las manifestaciones violentas (Nestor, 2002). Tal y como han recogido Scott y Resnick (2006), posiblemente considerar características específicas asociadas a los trastornos mentales, tales como impulsividad, irritabilidad, y disminución del juicio y de la toma de decisiones puede ser más útil que el diagnóstico global considerado de forma aislada.

La comorbilidad entre alguno de los Ejes Clínicos I, II y IV (DSM-IV-TR, APA 2002) apareció en la mayoría de los sujetos de la muestra. En consonancia con estos resultados, Putkonen, Kotilainen, Joyal y Tühonen (2004) señalaron que un doble diagnóstico (Eje I + Eje II) aumenta el riesgo de violencia en personas con trastorno mental; por otra parte, es conocida la mayor severidad y cronicidad de las alteraciones mentales cuando aparecen de forma comórbida (Clark y Watson, 1991; Fombonne, Wostear, Cooper, Harrington y Rutter, 2001).

Dos características más definieron el perfil de la muestra psiquiátrica con potencial violento: los problemas psicosociales y ambientales, especialmente estos últimos, y las dificultades en la adherencia al tratamiento. Según Scott y Resnick (2006), entre los factores de riesgo de violencia en enfermos mentales juegan un importante papel los estresores ambientales o contextuales. Además de estos estresores, el incumplimiento terapéutico incrementa de manera sustancial el riesgo de comportamientos agresivos en los pacientes psiquiátricos que han recibido el alta hospitalaria, y que después son atendidos ambulatoriamente (Volavka et al., 2006), dato que se constata en nuestros resultados, en los que aproximadamente en la mitad de los casos no había una adecuada adherencia terapéutica.

El análisis del seguimiento de los comportamientos violentos mostró que la prevalencia de amenazas y/o comportamientos agresivos fue similar en los dos períodos de estudio. Esta prevalencia se situó en torno al 60%, porcentaje superior al informado en estudios con muestras psiquiátricas generales (10 al 40%). Esta mayor prevalencia es comprensible al tratarse de una muestra de pacientes potencialmente agresivos. Por otra parte, un aspecto que puede

explicar las diferencias entre los datos de prevalencia de unos estudios a otros se relaciona con la operativización que se hace del término *violencia*. Así, Dolan y Khawaja (2004) encontraron un 43% de violencia (definida exclusivamente como agresividad física contra personas) en los dos años siguientes al alta de una muestra psiquiátrica. En una revisión, Folino y Escobar (2004) informaron de prevalencias del 25 al 50% en períodos de seguimiento de hasta un año, en estudios que utilizaban diferentes tipos de conductas violentas. Arbach (2007) con una muestra psiquiátrica institucionalizada en un periodo de seguimiento de un año reportó prevalencias más bajas de agresividad verbal y contra objetos, pero más altas en violencia física contra personas. Sin embargo, Grevatt et al. (2004) informaron, en una muestra institucionalizada y con antecedentes violentos mayoritariamente, de una prevalencia de violencia física del 57% en un periodo de seguimiento de 6 meses. Por tanto, un aspecto que parece mediar en la obtención final de la prevalencia parece estar relacionado con el tipo de conductas agresivas que en cada estudio son consideradas. No obstante la prevalencia en los diferentes estudios con muestras potencialmente violentas ha oscilado entre el 25 y el 57%, intervalo al que se aproximan los resultados del presente estudio.

Entre los antecedentes hallados, fue importante el número de pacientes que habían manifestado comportamientos agresivos recientes, así como problemas legales y antecedentes familiares de violencia y/o enfermedad mental. Estos resultados son congruentes con lo mostrado en la literatura al respecto. Las medidas de violencia pasada están fuertemente correlacionadas con la violencia futura (Monahan, 2002; Steinert, 2002). De acuerdo con Scott y Resnick (2006), tanto una historia de abusos en la infancia, como la presencia de violencia doméstica en el seno familiar, aumenta la probabilidad de emitir futuras conductas violentas (Finzi, Cohen, Sapir y Weizman, 2000; Lyons-Ruth, 1996; Marcus y Kramer, 2001). La calidad de las relaciones de crianza correlaciona positivamente con el nivel de adaptación de los hijos, y negativamente con la agresión. Los modelos interpersonales negativos con los cuidadores primarios se relacionan con el desarrollo de expectativas de agresión, hostilidad y desconfianza

hacia el entorno (Carrasco y González, 2006; Del Barrio y Roa, 2006). El análisis de los factores de riesgo, tanto estáticos como dinámicos, puso de manifiesto que ambos tipos de factores se asociaban a la aparición de violencia futura. Se encontró una asociación de variables dinámicas agudas con la violencia manifestada en los dos primeros meses (estado de ánimo deprimido, irritabilidad, violencia previa reciente, diagnóstico en el Eje IV), pero también con variables más estáticas y estables (diagnóstico en el Eje II, antecedentes personales de amenazas o intentos autolíticos). En cuanto al segundo periodo de seguimiento, la mayoría de las asociaciones se produjeron con variables estáticas (antecedentes personales de problemas con la legalidad y ser joven), excepto en el caso del consumo actual de alcohol y/o sustancias. Lo que sugiere, en general, la importancia de los factores dinámicos en la emisión de violencia a corto plazo, y de los estáticos de la presencia de violencia a largo plazo. De todas las dimensiones del HCR-20, la variable JCE (Juicio Clínico Estructurado del Riesgo de Violencia), a su vez obtenida de la valoración de 20 variables de la guía estructurada, fue la que estuvo significativamente asociada a la aparición de comportamientos violentos para los dos periodos de seguimiento. Esta variable fue una de las que más discriminaba entre sujetos violentos frente a no violentos.

A pesar de la asociación significativa de estas variables, la puntuación total del instrumento estructurado para la valoración del riesgo de comportamientos violentos, HCR-20, mostró medias por debajo de las informadas en estudios con muestras psiquiátricas institucionalizadas (De Vogel y De Ruiter, 2005; Dolan y Khawaja, 2004; Grevatt et al., 2004), lo cual probablemente esté relacionado con la característica ambulatoria de la muestra, de menor gravedad clínico-social que las poblaciones hospitalizadas en media o larga estancia.

Los análisis predictivos permitieron explorar la mayor o menor contribución que las variables estudiadas tuvieron en la clasificación de los pacientes como violentos o no violentos, a corto y medio plazo. La variable JCE fue el predictor más consistente de la violencia presentada a lo largo de todo el seguimiento. Diferentes estudios en los que se ha empleado el HCR-20 para la valoración del riesgo

de violencia señalan una buena validez predictiva del *Juicio Clínico Estructurado* (Arbach, 2007; De Vogel y De Ruiter, 2005; Douglas, 1999). La única de las tres subescalas que diferenció los sujetos violentos de los no violentos fue la escala clínica (C) para el primer periodo de estudio. Según Douglas (1999), los factores *H* (históricos) y *R* (gestión del riesgo) del HCR-20 parecen ser mejores indicadores del riesgo de violencia a largo plazo en pacientes psiquiátricos integrados en la comunidad. Otros estudios informan de una mayor potencia predictiva a corto plazo de la escala clínica (C) (Arbach, 2007; Grevatt et al., 2004). Nuestros resultados coinciden con estos hallazgos en cuanto a la relación entre variables clínicas y violencia a corto plazo. Los factores históricos no emergieron en nuestros datos como variables relevantes, probablemente por el corto periodo de seguimiento empleado (cuatro meses). Además del *JCE*, otras variables analizadas que contribuyeron a clasificar correctamente a los sujetos con altos porcentajes fueron: para el primero de los periodos, el diagnóstico en el Eje IV y la violencia previa reciente; para el segundo periodo, los antecedentes personales de problemas legales.

Por tanto, lo que parece claro entre nuestros datos es que la combinación de factores estáticos y dinámicos (*Histórica, Clínica y Gestión del riesgo*) integrados en un *Juicio Clínico Estructurado* es la dimensión de mayor relevancia en la predicción del potencial violento. No obstante, también resultaron variables poderosas la presencia de algunos problemas psicosociales y ambientales, la violencia previa reciente y los antecedentes de problemas legales. Todos ellos, serían factores importantes a considerar para el diseño de protocolos de evaluación encaminados a la detección y valoración del riesgo de violencia en población psiquiátrica ambulatoria.

A pesar de las ventajas que supone haber diseñado un estudio prospectivo, haber utilizado diferentes métodos de acceso a la información para la recogida inicial de datos con una medida objetiva del riesgo de violencia o de haber evaluado a una muestra heterogénea desde el punto de vista diagnóstico e integrada en la comunidad, el presente trabajo cuenta también con importantes limitaciones metodológicas. Entre estas limitaciones cabe mencionar el reducido tamaño muestral, la selección no aleatoria

de los sujetos, que el criterio de inclusión puede resultar laxo, así como la ausencia de un grupo control clínico sin antecedentes de violencia y/o de un grupo control procedente de la población general de referencia. Ha supuesto también una limitación la obtención de información sobre la violencia de los sujetos a partir de la información exclusiva aportada por los propios pacientes. Futuros estudios intentarán paliar estas deficiencias y corroborar los resultados hallados.

Finalmente y a modo de reflexión, los comportamientos agresivos tienen una presencia nada desdenable en las consultas ambulatorias de Salud Mental, bien porque formen parte de la historia de los pacientes, bien porque constituyan el principal motivo de consulta. Las herramientas de juicio clínico estructurado, como el *HCR-20*, parecen útiles para la valoración del riesgo que deben hacer los profesionales. No obstante, el presente trabajo sugiere la necesidad de sumar a esta herramienta, la evaluación otras variables de tipo sociodemográfico y psicosocial que contribuyan a mejorar la predicción de la violencia. Es, pues, un desafío diseñar protocolos eficaces de evaluación para la valoración del riesgo de violencia en estas personas, con el fin de poder emitir juicios clínicos cada vez más acertados.

Conclusión

El potencial de riesgo de violencia en población psiquiátrica ambulatoria parece estar asociado a la existencia de características específicas, tanto socio-demográficas (Ej., ser varón, joven, soltero, con estudios primarios y sin trabajo estable) como clínicas (Ej., abuso de sustancias, problemas en el control de impulsos y en la regulación afectiva). Todo ello pone de manifiesto la importancia de los factores de riesgo, tanto estáticos como dinámicos. Los primeros principalmente en la predicción de la conducta violenta a largo plazo y, los segundos, para la predicción a corto plazo. La combinación de ambos tipos de factores, integrados en un *Juicio Clínico Estructurado* obtenido mediante el instrumento *HCR-20*, junto con la identificación de ciertas dificultades psicosociales y ambientales, violencia previa reciente y antecedentes de problemas con la jus-

ticia, poseen un importante potencial predictor de la violencia futura en la población psiquiátrica ambulatoria. La inclusión de estas variables en los protocolos de evaluación de dicha población puede ser de gran utilidad para la valoración del riesgo violento que realizan los profesionales en los dispositivos de Salud Mental.

Referencias

Andrés-Pueyo, A. y Redondo, S. (2007). Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles del Psicólogo*, 28, 157-173.

Arbach, K. y Andrés-Pueyo, A. (2007). Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el *HCR-20*. *Papeles del Psicólogo*, 28, 174-186.

Arbach, K. (2007). *Predicción de la conducta violenta en pacientes psiquiátricos*. Tesis Doctoral. Barcelona.

Carrasco, M. A. y González, M. J. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos. *Acción Psicológica*, 4, 7-38.

Claix, A. (2004). Evaluation of the *HCR-20* violence risk assessment scheme in a belgian forensic population. *Encephale*, 30, 447-453.

Clark, L. A., y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.

Dahle, K. (2006). Strengths and limitations of actuarial prediction of criminal reoffence in a German prison sample: a comparative study of LSI-R, *HCR-20* and PCL-R. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 431-442.

De Vogel, V. y De Ruiter, C. (2005). The *HCR-20* in personality disordered female offenders: a comparison with a matched sample of males. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 226-240.

Del Barrio, V. y Roa, M. L. (2006). Factores de riesgo y protección en agresión infantil. *Acción Psicológica*, 4, 39-65.

Dolan, M. y Khawaja, A. (2004). The *HCR-20* and post-discharge outcome in male patients discharged from medium security in UK. *Aggressive behavior*, 30, 469-483.

Douglas, K. S. (1999). The HCR-20 violence risk assessment scheme. *Criminal Justice and Behavior, 26*, 3-19.

Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y De Corral, P. (2008). ¿Hay diferencias entre la violencia grave y la violencia menos grave contra la pareja?: un análisis comparativo. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology, 8*, 355-382.

Fernández, V. Mendiola, N., Ramírez, M. y Valle, J. (2005). Revisión del manejo de la agresividad patológica en situación de urgencia. *Actas Españolas de Psiquiatría, 33*, 194-200.

Finzi, R., Cohen, O., Cohen, Sapir, Y. y Weizman, A. (2000). Attachment Styles in Maltreated Children: A Comparative Study. *Child Psychiatry and Human Development, 31*, 113-126.

First, M., Spitzer, R., Gibbon, M. y Williams, J. (1998). *SCID-I (Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV)*. Masson.

First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., Williams, J. y Smith, L. (1998). *SCID-II (Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II)*. Masson.

First, M. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.

Folino, J. O. y Escobar, F. (2004). Nuevos aportes a la evaluación del riesgo de violencia. *MedUNAB, 7*, 99-105.

Fombonne, E., Wostear, G., Cooper, V., Harrington, R. y Rutter, M. (2001). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. 2. Suicidality, criminality and social dysfunction in adulthood. *British Journal Psychiatry, 179*, 218-223.

Fresán, A. y Apiquian, R. (2005). Violent behavior in schizophrenic patients: relationship with clinical symptoms. *Aggressive behavior, 31*, 511-520.

Gray, N., Snowden, R. y MacCulloch, S. (2004). Relative efficacy of criminological, clinical and personality measures of future risk of offending in mentally disordered offenders: a comparative study of HCR-20, PCL:SV and OGRS. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 523-530.

Grevatt, M., Thomas-Peter, B. y Hughes, G. (2004). Violence, mental disorder and risk assessment: can structured clinical assessments predict the short-term risk of inpatient violence? *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 15*, 278-292.

Hiltzman, E. y Andrés-Pueyo, A. (2005). *HCR-20. Guía para la valoración del riesgo de comportamientos violentos*. Adaptación española. Barcelona: Universitat de Barcelona.

Kennedy, J., Bresler, S., Witaker, A. y Masterson, B. (2007). Assessing violence risk in psychiatric inpatients: useful tools. *Psychiatric Times, 24*.

Lyons-Ruth, K. (1996) Attachment Relationships Among Children with Aggressive Behaviour Problems: The role of Disorganized Early Attachment Patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 64-73.

Marcus, R. F. y Kramer, C. (2001) Reactive and Proactive Aggression: Attachment and Social Competence Predictors. *The Journal of Genetic Psychology, 162*, 260-275.

Medina, O. y Arango, C. (2005). Violencia en esquizofrenia. Factores de riesgo. *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y neurología, 51*, 16-21.

Monahan, J. (2002). The MacArthur studies of violence risk. *Criminal Behaviour and Mental Health, 12*, 67-72.

Montañés-Rada, F., Martín-Ramírez, J. y De Lucas-Taracena, M. T. (2006). Violencia y jerarquía en los trastornos psiquiátricos y en la comunidad. Revisión y propuesta de un modelo evolucionista. *Anales de Psiquiatría, 22*, 53-63.

Morales, F. (2007). *El efecto de la impulsividad sobre la agresividad y sus consecuencias en el rendimiento de los adolescentes*. Barcelona: Tesis Doctoral.

Mossman, D. (2000). Book review evaluating violence risk "By the Book": a review of HCR-20: assessing risk violence, version 2 and the manual for the sexual violence risk-20. *Behavioral Sciences and the Law, 18*, 781-789.

Nestor, P. G. (2002). Mental disorder and violence: personality dimensions and clinical features. *American Journal of Psychiatry, 159*, 1973-1978.

Nicholls, T. L., Ogloff, J. R. y Douglas, K. S. (2004). Assessing risk for violence among male and female civil psychiatric patients: the HCR-20, PCL:SV and VSC. *Behavioral Sciences and the Law, 22*, 127-158.

Otto, R. K. (2000). Assessing and managing violence risk in outpatient settings. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 1239-1262.

Putkonen, A., Kotilainen, I., Joyal, C. y Tühonen, J. (2004). Comorbid personality disorders and substance use disorders of mentally ill homicide offenders: a structures clinical study on dual and triple diagnoses. *Schizophrenia Bulletin, 30*, 59-72.

Scott, C. L. y Resnick, P. J. (2006). Violence risk assessment in persons with mental illness. *Aggression and Violent Behavior, 11*, 598-611.

Steinert, T. (2002). Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 106*, 133-141.

Stuart, H. (2003). Violence and mental illness: an overview. *World Psychiatry, 2*, 121-124.

Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R. y Rosenheck, R. A. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 63*, 490-499.

Volavka, J., Citrome, L. y Huertas, D. (2006). Actualización del tratamiento biológico de la agresión. *Actas Españolas de Psiquiatría, 34*, 123-135.

Walsh, E. y Gilvarry, C. (2004). Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. *Schizophrenia Research, 67*, 247-252.

Weiss, E. M. y Kohler, C. G. (2006). The relationship between history of violent and criminal behavior and recognition of facial expression of emotions in men with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Aggressive Behavior, 32*, 187-194.

Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, W., Endicott, J. y Williams, D. (1986). The Overt Aggression Scale for the Objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal Psychiatry, 143*, 35-39.

Manuscrito recibido: 23/11/2010

Revisión recibida: 28/02/2010

Aceptado: 15/03/2010